



## **Casa abierta al tiempo**

**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 PACIENTES DIABÉTICOS QUE  
ASISTEN A LA CLÍNICA DE ADMISIÓN CREDP DE LA F.O. UNAM 2023-2024.**

### **INFORME DE SERVICIO SOCIAL**

**INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ:** CLÍNICA DE RECEPCIÓN EVALUACIÓN Y  
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (CREDP) DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE  
LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

#### **PASANTE:**

**SAMIA ALEJANDRA RUIZ MARTÍNEZ**

**MATRÍCULA:** 2193029795.

**PERIODO DEL SERVICIO SOCIAL:** 1 DE FEBRERO 2024 AL 31 DE ENERO 2025.

**FECHA DE ENTREGA:** ABRIL, 2025.

#### **ASESOR EXTERNO:**

**Mtro. Pablo Humberto Navarro Hernández -Coordinador de la Clínica de Recepción,  
Evaluación y Diagnóstico Presuntivo T.V. Facultad de Odontología UNAM.**

#### **ASESOR INTERNO:**

**Mtra. Denisse Elizabeth Duran Merino.**

**ASESOR EXTERNO**



---

**Mtro. Pablo Humberto Navarro Hernández**  
Coordinador de la Clínica de Recepción Evaluación y Diagnóstico Presuntivo T.V.  
Facultad de Odontología UNAM.

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO

Mtra. Denisse Elizabeth Duran Merino



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

## RESUMEN DEL INFORME

El servicio social fue realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México; en la Facultad de Odontología en el Servicio de la Clínica de Recepción Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), ubicada en Circuito Escolar C.U., Coyoacán, C.P. 04510, CDMX. Durante el lapso de tiempo del 1 de febrero del 2024 al 31 de enero del 2025, del turno vespertino, a cargo del Mtro. Pablo Humberto Navarro Hernández, asistiendo de lunes a viernes de 16:00 a 20:00 horas. Se realizaron actividades esenciales que el servicio requirió, atención de primera vez a pacientes, elaboración de su historia clínica, entrega del carnet, actualización y/o reposición; asignación de ruta clínica que el paciente requiere para el seguimiento de su atención dental; ya sea dentro de la facultad, en área de posgrados o diplomados que la institución ofrece.

El presente informe expone en los siguientes capítulos las actividades trabajadas durante el año del servicio social, así como la investigación realizada, titulada "Prevalencia de caries dental en pacientes diabéticos que asisten a la Clínica de Admisión CREDP de la F.O. de la UNAM" donde analizó la prevalencia de caries dental, mediante la revisión de expedientes de pacientes diabéticos de 60 a 69 años; registrados de noviembre 2023 a noviembre 2024, con el objetivo de determinar la prevalencia de caries de este grupo etario.

El estudio realizado fue transversal, descriptivo, observacional y cuantitativo. Se examinaron 107 expedientes de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, determinándose el índice CPOD, la frecuencia de cepillado dental, el uso de hilo dental y enjuague dental; posteriormente la población estudiada se agrupó por sexo, su mayoría fueron mujeres (60%). Los resultados fueron procesados mediante estadística descriptiva utilizando Microsoft Excel y se presentaron por medio de gráficos los resultados obtenidos.

Los resultados de esta investigación exponen una prevalencia del 100% a caries en la muestra de 107 expedientes de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. El índice CPOD promedio fue de 8.98 para el sexo femenino y de 7.81 para el masculino, lo que indicó una alta experiencia a caries, según los rangos de la OMS para ambos grupos. También se evidenció que los hábitos de higiene oral que presentaron son deficientes, con una minoría hacen uso del hilo dental y enjuague dental, especialmente en el sexo masculino, además se determinó que la frecuencia del cepillado dental predominante en ambos grupos fue de dos veces al día, con un 34.57% en mujeres y un 16.82% en hombres.

**Palabras clave:** Diabetes mellitus, caries, flujo salival, hiperglucemia.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN DEL INFORME</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN</b>	<b>5</b>
2.1 INTRODUCCIÓN	5
2.2 MARCO TEÓRICO	5
2.2.3 Diabetes mellitus	5
2.2.4 Tipos de diabetes	5
2.2.5 Diabetes mellitus tipo 1	6
2.2.6 Diabetes mellitus tipo 2	6
2.2.7 Fisiopatología de la diabetes mellitus	6
2.2.8 Signos y síntomas de la diabetes mellitus	6
2.2.9 Diagnóstico	7
2.2.10 Prevalencia	8
2.2.11 Complicaciones de la diabetes mellitus	8
2.2.12 Saliva	9
2.2.13 Composición de la saliva	9
2.2.14 Función de la saliva	9
2.2.15 La saliva y su capacidad amortiguadora	9
2.2.16 Biofilm.	10
2.2.17 Caries dental	10
2.2.18 Etiología	10
2.2.19 Remineralización dental	10
2.2.20 Diagnóstico de caries	10
2.2.21 Detección de caries mediante el Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries	11
2.2.22 Método de cuantificación de caries (CPOD)	11
2.2.23 Prevalencia y experiencia a caries	11
2.2.24 Complicaciones estomatológicas asociadas a Diabetes	11
2.2.25 Hiperglucemia y caries	12
2.2.26 Medidas de prevención	12
2.2.27 Aplicación de fluoruro de diamino de plata (FDP)	12
2.2.28 Selladores de fosas y fisuras en pacientes de alto riesgo	12
2.2.29 Hábitos de higiene oral y prevención de caries	13

2.2.30 Cepillo dental	13
2.2.31 Técnicas de cepillado	13
2.2.32 Técnica de Bass modificada	13
2.2.33 Técnica de Stillman	14
2.2.34 Técnica de Fones	14
2.2.35 Técnica de Leonard.	14
2.2.36 Frecuencia del cepillado	14
2.2.37 Enjuague bucal e hilo dental	14
2.2.38 Fluoruro y dentífricos	15
2.3 OBJETIVO GENERAL	15
2.4 MATERIAL Y MÉTODOS	15
2.4.1 Definición operacional de medición de las variables	16
2.4.2 Método de recolección de información	17
2.4.2.1 Extracción de datos a emplear	17
2.4.2.3 Elaboración y análisis estadístico	17
2.5 RESULTADOS	17
2.6 DISCUSIÓN	20
2.7 CONCLUSIONES	21
2.8 ANEXOS	22
2.9 Referencias bibliográficas	25
<b>CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA</b>	28
3.1 ANTECEDENTES	28
3.1.2 Facultad de Odontología	28
3.2 Clínica de Recepción Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP)	28
3.3 Base de datos	28
3.4 Actividades en la CREDP	29
3.5 Organización del servicio de la CREDP	29
3.6 Mobiliario e insumos de la CREDP	30
<b>CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO</b>	31
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b>	39
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES</b>	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL**

La plaza del servicio social fue cursada en la Clínica de Recepción Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), servicio anexo a la F.O. de la UNAM, turno vespertino, siendo el Mtro. Pablo Humberto Navarro Hernández, el coordinador de la clínica; ubicada en Circuito Escolar C.U. Coyoacán, C.P. 04510, CDMX.

Periodo; del 1 de febrero del 2024 al 31 de enero del 2025.

El servicio social constituye una etapa fundamental en la formación integral de los estudiantes de Estomatología, permitiendo poner en práctica los conocimientos teóricos y clínicos aprendidos durante la carrera en un entorno real de atención clínica. Las actividades realizadas en la CREDP, donde se lleva a cabo la evaluación clínica inicial de los pacientes a través del Expediente Clínico Único (ECU), una herramienta electrónica que facilita el registro, análisis y seguimiento de la información de cada paso de manera sistemática.

Durante este periodo, además de las actividades clínicas, en el capítulo II se desarrolla un trabajo de investigación estadístico enfocado en conocer la prevalencia e incidencia de la caries dental de información extraída de los expedientes de pacientes con diabetes mellitus de 60 a 69 años, que asistieron a tramitar su carnet en la clínica de admisión entre noviembre de 2023 a noviembre de 2024, también se identifican los hábitos de higiene oral de estos pacientes.

El presente informe describe en el capítulo III la plaza seleccionada del servicio social, así como su organización, localización y las funciones que se desarrollan en la clínica. En el capítulo IV se exponen las actividades realizadas durante el año, presentadas de manera narrativa, acompañadas de tablas y gráficas que muestran el total de actividades efectuadas. Asimismo, en el capítulo V se detalla un análisis basado en mi experiencia en este lugar y el impacto que tiene en la población atendida. En la parte final, en el capítulo VI se presentan las conclusiones relacionadas con lo aprendido y desarrollado en la plaza asignada, así como sugerencias para su mejora.

## **CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN**

### **2.1 INTRODUCCIÓN**

A principios de 1904, la Facultad de Odontología dio comienzo a la formación teórica y práctica de estudiantes en la carrera de Cirujano Dentista, con el fin de brindar un servicio de atención dental en tratamientos destinados a la población que estuviera interesada en mejorar su salud bucal.<sup>1</sup>

En el año de 1989 se implementó la Clínica de Recepción Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), antes llamada Clínica de Admisión.<sup>2</sup>

La CREDP cuenta con una plataforma llamada ECU (Expediente Clínico Único), donde la información recabada de las historias clínicas se archiva de manera virtual, lo que permite almacenar y acceder de manera eficaz al historial médico de los pacientes atendidos, solo personal autorizado, alumnos, docentes que tengan el acceso pueden hacer uso de la información de manera confidencial, responsable y salvaguardando la integridad del paciente, con fines académicos, de investigación o estadísticos (Anexo 1). En el mes de noviembre del 2024 se implementó "Smile", una plataforma actualizada, innovadora, que cumple con el mismo propósito que la anterior.

El análisis de expedientes clínicos permite identificar la presencia de ciertas comorbilidades, factores de riesgo y su relación con diversas enfermedades en la cavidad oral de la población en un tiempo específico. Esta investigación se centró especialmente en determinar la prevalencia de caries dental en personas con diabetes mellitus, así como identificar sus hábitos de higiene dental. Para ello se utilizó la información recopilada de las historias clínicas, con el propósito de conocer de manera más clara la relación entre estas dos enfermedades, así como el impacto de los hábitos de cuidado bucal en esta población estudiada.

### **2.2 MARCO TEÓRICO**

#### **2.2.3 Diabetes mellitus**

La diabetes mellitus (DM) es considerada una variación metabólica crónica, la cual mantiene los niveles de glucosa en sangre altos (hiperglucemia), debido a un fallo durante la secreción de la insulina o la capacidad de las células para utilizarla de manera eficiente. Diversos factores, como la calidad de vida, el ambiente cultural, social, físico y la predisposición genética, pueden aumentar la susceptibilidad de una persona a desarrollar esta enfermedad.<sup>3</sup>

Debido al constante aumento de su prevalencia y a las complicaciones latentes que conlleva, representa un problema de salud pública alarmante, lo que ha dado lugar a elevadas tasas de defunción.<sup>4</sup> Además, en la actualidad se considera una problemática significativa y preocupante, puesto que no solo afecta directamente a quien cursa con la enfermedad, sino que en muchas de las ocasiones repercute en las finanzas de la familia, generando que parte de sus recursos se destinen al servicio médico que el enfermo requiere.<sup>5</sup>

#### **2.2.4 Tipos de diabetes**

La Asociación Americana de la Diabetes (ADA), la categoriza en 4 tipos de acuerdo a su origen: diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), diabetes gestacional y por último, la diabetes secundaria, donde intervienen otras

enfermedades o ciertos medicamentos; sin embargo, las dos iniciales son principalmente más frecuentes.<sup>4</sup>

### 2.2.5 Diabetes mellitus tipo 1

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una alteración metabólica ocasionada por una respuesta autoinmune que genera una pérdida significativa de las células  $\beta$  del páncreas, encargadas de secretar insulina. La falta de esta hormona provoca hiperglucemia crónica.<sup>6</sup> Esta acción autoinmune repercute en la producción de insulina; así mismo, los individuos que padecen este tipo de diabetes son más propensos a una cetoacidosis diabética por la insulinopenia.<sup>7</sup>

Como consecuencia, los pacientes que cursan con esta enfermedad se vuelven insulino dependientes durante toda su vida para poder lograr conservar su glucosa en niveles adecuados.<sup>8</sup>

### 2.2.6 Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) destaca con presentar resistencia a la insulina, acompañada de una reducción gradual en su producción;<sup>4</sup> a largo plazo puede dar lugar a complicaciones en diversos órganos del cuerpo. Aunque no es tan común, también se puede presentar cetoacidosis diabética. Por lo tanto, es indispensable de un manejo multidisciplinar sustentado de una buena calidad de vida, una nutrición saludable, la administración de medicamentos y realizar ejercicios físicos acompañados de una vida activa con el fin de regular la glucosa plasmática.<sup>9</sup>

### 2.2.7 Fisiopatología de la diabetes mellitus

La DM1 también llamada insulino dependiente, generalmente inicia desde edades tempranas, como resultado del daño celular de las  $\beta$ -pancreáticas en los islotes de Langerhans, es una enfermedad crónica de origen inflamatorio. Entre la causa de destrucción de los islotes se encuentran: antecedentes heredo familiares, virus, agentes neurotóxicos o una respuesta inmunológica cruzada.<sup>10</sup>

La DM2 generalmente se asocia a una vida sedentaria, obesidad, genética predisponente,<sup>11</sup> resistencia a la insulina, una dieta alta en carbohidratos acompañada de sedentarismo e hiperglucemia.<sup>10</sup>

### 2.2.8 Signos y síntomas de la diabetes mellitus

El reconocimiento temprano de algunos signos y síntomas es clave para un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado (Tabla 1). En la DM1 los síntomas se presentan de manera rápida, siendo la cetoacidosis diabética frecuente. En cambio, en la DM2 los síntomas se manifiestan de manera más silenciosa, generalmente asintomática en etapas iniciales. Con el tiempo puede desarrollar complicaciones crónicas.<sup>11</sup>

**Tabla 1.** Signos y síntomas de la diabetes mellitus.<sup>11</sup>

Signos clínicos	Síntomas generales
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Hiperglucemia persistente:</b> Elevación constante de los niveles de glucosa en sangre (mayores a 126 mg/dL en ayuno)</li> <li>❖ <b>Glucosuria:</b> Presencia de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Poliuria:</b> Aumento de la frecuencia y cantidad de orina debido a la osmolaridad aumentada por la glucosa.</li> <li>❖ <b>Polidipsia:</b> Sed excesiva</li> </ul>

<p>glucosa en la orina</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Acidosis metabólica:</b> Alteraciones en el equilibrio ácido-base, especialmente en casos de cetoacidosis diabética.</li> <li>❖ <b>Pérdida de peso involuntaria:</b> A pesar de mantener el apetito o comer en exceso.</li> </ul>	<p>causada por la deshidratación secundaria a la poliuria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Polifagia:</b> Aumento en el apetito por la incapacidad de las células al emplear glucosa como fuente de energía.</li> <li>❖ <b>Fatiga:</b> Causada por la falta de energía disponible para las células.</li> <li>❖ <b>Visión borrosa:</b> Debido a alteraciones osmóticas en el cristalino o retinopatía diabética.</li> </ul>
--	--

Información adaptada y tomada de: Triebel Z, et al. 2024. Poor glycemic control impairs oral health in children with type 1 diabetes mellitus a systematic review and meta-analysis. <sup>11</sup>

### 2.2.9 Diagnóstico

Para la detección de DM se realiza la toma de glucosa plasmática en ayunas (FPG), considerando un resultado superior a 126 mg/dL como indicativo de sospecha o bien, consumir 75 g de glucosa y dos horas después realizar la prueba de glucosa, un resultado más arriba de 200 mg/dL también indica la sospecha de DM. Así mismo, es necesario realizar un análisis de sangre, como la medición de glucosa plasmática (PG) o la hemoglobina A1c, para confirmar el diagnóstico. Al obtener los resultados, si dos pruebas obtienen resultados diferentes fuera de rangos normales, corroboran su diagnóstico. En caso de obtener un valor de PG mayor a 200 mg/dL acompañado de algún síntoma como polidipsia, poliuria y polifagia, no es indispensable volver a tomar la prueba para confirmar el diagnóstico.<sup>7</sup>

Sin embargo, establecer el diagnóstico de DM2 es más difícil, debido a que en la mayoría de los casos son asintomáticos y pueden pasar desapercibidos, varias personas se enteran de la enfermedad cuando ya enfrentan complicaciones; donde al menos un 25% han tenido un problema microvascular en la etapa de ser diagnosticados.<sup>7</sup>

Existen tres criterios utilizados para diagnosticar DM, evaluando la concentración de azúcar en el torrente sanguíneo (Tabla 2).

**Tabla 2.** Análisis de la glucosa e interpretación de la hemoglobina A1C.

Valores normales	Prediabetes	Diabetes
FPG mayor a 100 mg/dL.	Se manifiesta la glucosa en ayunas deteriorada (IFG). FPG de 100 a 125 mg/dL.	FPG superior a 126 mg/dL.
2-h PG menor a 140 mg/dL.	Se manifiesta tolerancia a la glucosa alterada (IGT). 2-h PG valores de 140 a 199 mg/dL.	2-h PG mayor a 200 mg/dL acompañado con síntomas.
Hemoglobina A1c menor a	Hemoglobina A1c de 5,7%	Hemoglobina A1c arriba

5,5%.	a 6,4%.	de 6,5%.
-------	---------	----------

Cuadro tomado de: Blonde L, et al. 2022. American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline: Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Care Plan-2022.<sup>7</sup>

### 2.2.10 Prevalencia

La cifra de personas con DM se ha vuelto cuatro veces mayor a nivel global en los últimos 30 años, posicionándose como la novena causa de defunciones. Registros estadísticos de la Federación Internacional de Diabetes (FID) mencionó que la cantidad de personas con DM continuará en aumento; de acuerdo al registro de la prevalencia mundial del año 2000 que fue de 2.8% y se prevé un incremento del 10.4% en el año de 2040, que afectará entre 521 a 821 millones de personas a nivel mundial.<sup>12</sup> Sin embargo, en México la DM2 en el año de 2016 fue declarada como una alerta de epidemia a nivel federal.<sup>4</sup> Anteriormente, este padecimiento se asociaba que afectaba más a personas longevas; sin embargo, estudios recientes mencionan que en niños y adolescentes hay una creciente del 3% anual.<sup>11</sup>

### 2.2.11 Complicaciones de la diabetes mellitus

Algunos de los efectos adversos asociados a DM si no se controlan adecuadamente pueden repercutir gravemente en la salud, clasificándose en agudos y crónicos (Tabla 3).<sup>13</sup>

**Tabla 3.** Complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus.<sup>13</sup>

Complicaciones agudas	Complicaciones crónicas
<ol style="list-style-type: none"> <li>Hipoglucemia: Causada por sobredosis de insulina, falta de alimento o ejercicio. <ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas: Ansiedad, sudoración, temblores, palpitaciones, confusión, pérdida de conciencia, entre otros.</li> </ul> </li> <li>Cetoacidosis diabética: Esta es más común en DM1, destaca por tener niveles altos de glucosa en sangre, cetonas en orina, deshidratación severa y acidosis metabólica.</li> <li>Estado hiperosmolar hiperglucémico: Predominante en DM2, glucosa elevada, deshidratación severa, sin cetoacidosis significativa.</li> <li>Acidosis láctica: Poco común, ocasionada por disminución de oxígeno.</li> </ol>	<p>Microvasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Retinopatía diabética: Pérdida progresiva de la visión y puede conducir a ceguera</li> <li>Nefropatía diabética: Daño renal que puede progresar a insuficiencia renal.</li> <li>Neuropatía periférica: Dolor, hormigueo o pérdida de sensibilidad, especialmente en extremidades.</li> <li>Neuropatía autonómica: Disfunción en órganos como corazón, sistema gastrointestinal y vejiga.</li> </ul> <p>Macrovasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedad cardiovascular: Mayor riesgo de infarto de miocardio y enfermedad coronaria.</li> <li>Accidente cerebrovascular: Mayor</li> </ul>

	<p>incidencia de eventos isquémicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermedad arterial periférica: Compromiso del flujo sanguíneo en extremidades inferiores, aumentando el riesgo de amputaciones.</li> </ul> <p>Infecciones recurrentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Inmunidad comprometida que predispone a infecciones de la piel, vías urinarias y cavidad oral; debido a la alteración sistémica vascular.</li> </ul> <p>Pie diabético:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Combinación de neuropatía, enfermedad vascular, alteraciones en la cicatrización, que puede resultar en úlceras, infecciones y amputaciones.</li> </ul> <p>Alteraciones en la cicatrización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Heridas que tardan más tiempo en sanar.</li> </ul>
--	---

Información adaptada y presentada en el cuadro de: Mediavilla J. 2001. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento.<sup>13</sup>

### **2.2.12 Saliva**

#### **2.2.13 Composición de la saliva**

La saliva es un fluido acuoso, transparente que es secretada por tres glándulas salivares mayores que son la parótida, submandibular, sublingual y otras más pequeñas que se conocen como glándulas menores como labiales, genianas, palatinas y linguales. Está compuesta por enzimas, citocinas, inmunoglobulinas, hormonas, residuos celulares, minerales, iones, diversos tipos de proteínas salivales, donde predomina la amilasa y la mucina. La producción normal de la saliva oscila entre 0.5 y 1-5 L/día.<sup>14</sup>

#### **2.2.14 Función de la saliva**

La saliva es fundamental en la prevención de caries, entre sus principales funciones son la de limpieza, además tiene propiedades protectoras que sirve de combate contra microorganismos que se localizan en la cavidad oral; sus componentes ayudan y estimulan la remineralización de los tejidos dentales.<sup>14</sup> También se distingue por su versatilidad funcional en la hidratación de la mucosa oral, regulación del calcio, propiedades antimicrobianas<sup>15</sup> que son indispensables para la deglución de alimentos y preservar una óptima salud oral.<sup>14</sup>

#### **2.2.15 La saliva y su capacidad amortiguadora**

La saliva tiene una capacidad de amortiguación o neutralizadora, esto ocurre cuando se genera una agresión de ácidos, principalmente por el consumo de algunos alimentos, permitiendo neutralizar el cambio de pH, actuando como protección de los

dientes. También se encarga de disolver los azúcares adheridos en la superficie dental, aminorando el índice de caries en la cavidad oral.<sup>16,17</sup> En pacientes con DM se ha comprobado una reducción del flujo, amortiguación salival y variaciones en el metabolismo salival, lo que puede estar relacionado con la incidencia de caries.<sup>18</sup>

#### **2.2.16 Biofilm.**

Es la agrupación de microorganismos localizados en la superficie dental, formando así una biopelícula, unida a una matriz extracelular (MEC), en esta se adhieren a componentes salivales y residuos de alimentos; que al combinarse adquieren una composición cariogénica, siendo una causa principal de desarrollo, ya que hay una fuente de carbohidratos fermentables que al no ser retirada de la superficie del diente, se mineraliza y se convierte en cálculo.<sup>19</sup>

#### **2.2.17 Caries dental**

La caries dental es una enfermedad multifactorial crónica provocada por microorganismos cariogénicos, está condicionada por diversos elementos que dependen de la susceptibilidad del huésped, el tipo de alimentación, tipo de dentición y la secreción salival.<sup>17</sup> Que es acompañado de factores biológicos, conductuales, asociación de ciertas enfermedades, a la ingesta de ciertos medicamentos, la presencia de xerostomía, modificaciones en la composición de la saliva, el incremento de bacterias, una dieta alta en azúcares, deficiente higiene bucal, el nivel intelectual y el estatus económico.<sup>18</sup>

#### **2.2.18 Etiología**

La caries dental es la consecuencia del desequilibrio entre el mecanismo de desmineralización y remineralización; esta progresa cuando las bacterias depositadas en la biopelícula metabolizan los carbohidratos fermentables, provocando la formación de ácidos orgánicos que generan la desmineralización de las estructuras del diente.<sup>20</sup> Un factor importante para este proceso es el pH bucal, así como los gradientes de concentración de iones de calcio, fosfato, la composición de la saliva y el biofilm;<sup>19</sup> sin embargo, en personas con DM1 su saliva presenta cambios en sus componentes salivales, como un aumento de sus niveles de glucosa, ocasionando también el incremento de microorganismos cariogénicos como *Streptococcus mutans*, que se adhieren en la superficie del diente favoreciendo la evolución de lesiones cariosas mediante la enzima  $\alpha$ -amilasa salival.<sup>21</sup>

#### **2.2.19 Remineralización dental**

El proceso de desmineralización-remineralización es un mecanismo constante que implica lapsos alternos de pérdida de minerales y lapsos de recuperación de minerales en los dientes. Durante la remineralización, minerales como iones de calcio ( $\text{Ca}^{2+}$ ), hidrógeno y fosfato ( $\text{H}_2\text{PO}_4^-$  y  $\text{HPO}_4^{2-}$ ); se adhieren en las irregularidades de la lesión afectada por caries. Este proceso determina si la caries dental progresa o se detiene, dependiendo del equilibrio entre la desmineralización y la remineralización dental.<sup>20</sup>

#### **2.2.20 Diagnóstico de caries**

El diagnóstico es valorado mediante la evaluación y detección clínica, clasificándose de acuerdo el tipo de lesión cariosa, así mismo para su manejo y tratamiento.<sup>21</sup>

### **2.2.21 Detección de caries mediante el Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries**

Actualmente, es empleado El Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS) como estándar para clasificar y evaluar las lesiones cariosas en diferentes etapas de su evolución. Este sistema comprende 7 códigos, que van desde un diente sano, hasta un diente gravemente dañado por caries con pérdida de estructura.<sup>22</sup>

Clasificación de acuerdo con el código:

- Código 0: Representa un diente sano, sin signos de caries visibles.
- Código 1: Indica el primer cambio observable en el esmalte cuando está seco o como una opacidad leve o una mancha blanca.
- Código 2: Similar al código 1, pero los cambios son visibles incluso con el esmalte húmedo.
- Código 3: Se observa una ruptura en el esmalte, aunque sin exposición evidente de dentina.
- Código 4: Referencia una sombra visible a través del esmalte, indicando afectación en la dentina.
- Código 5: Lesión con cavidad que afecta la dentina, comprende menos del 50% de la superficie dentaria.
- Código 6: Lesión con cavidad más extensa que compromete más del 50% de la superficie dentaria.<sup>22</sup>

### **2.2.22 Método de cuantificación de caries (CPOD)**

El índice de caries CPOD es el más indicado para cuantificar las lesiones cariosas; este índice se utiliza en dentición permanente en mayores de 12 años y categoriza la experiencia a caries de acuerdo a la severidad que presentan. Sus siglas significan: (C) dientes con presencia de caries, (P) dientes ausentes por caries, (O) dientes con alguna obturación.

La sumatoria de las tres probables condicionantes para evaluar el índice de CPOD de cada persona en una determinada población se obtiene: C+P+O entre el número total de individuos valorados es igual al CPOD.<sup>23</sup> En la dentición temporal las siglas del índice se cambian a CEO-D que hace referencia a: (c) Diente temporal con caries, (e) Diente temporal indicado para extracción, (o) diente temporal con obturación, la suma total indica su índice.<sup>24</sup>

### **2.2.23 Prevalencia y experiencia a caries**

La prevalencia indica el total de personas con experiencia a caries de una determinada población, en un tiempo específico que presenten lesiones cariosas, ya sea en dentición decidua o permanente.<sup>21</sup> Se encarga de cuantificar el total de lesiones cariosas que existen en las caras del diente, las restauraciones que se hayan colocado, si presenta ausencia de dientes a causa de caries y el intervalo de tiempo, existen diversos índices a nivel mundial. En personas con DM1, la prevalencia de caries mundialmente oscila entre 56.2% a 100% con una magnitud de poca a muy elevada.<sup>25</sup>

### **2.2.24 Complicaciones estomatológicas asociadas a Diabetes.**

Se han reportado en algunos estudios ciertas complicaciones que tienen los pacientes con DM en la cavidad oral; la más relacionada es la enfermedad periodontal, progresión de caries dental por el descenso del flujo salival con incremento de bacterias como *Streptococcus mutans*, teniendo una mayor predisposición a

desarrollar infecciones, lesiones en la mucosa oral, principalmente fúngicas como candidiasis; así como alteraciones en la cicatrización, generando una recuperación más lenta y riesgosa. Presentan efectos secundarios en cavidad oral por la administración de algunos medicamentos para el tratamiento de DM, ocasionando xerostomía por la sequedad bucal. Además, los pacientes diabéticos descontrolados tienen más probabilidades de riesgo a complicaciones tras la realización de procedimientos dentales, debido a la alteración en la quimiotaxis, lo que los hace más susceptibles a desarrollar diversas patologías bucodentales.<sup>18, 26</sup>

### **2.2.25 Hiperglucemia y caries**

La hiperglucemia está relacionada con el descenso del flujo salival, el aumento de glucosa en la saliva y alteraciones en su capacidad amortiguadora, que actúan de manera importante en regular el pH de la saliva y la remineralización de los dientes, lo que se puede ver influido en la progresión de caries. No se ha demostrado la relación directa entre cambios en la composición de la saliva, el control glucémico y la incidencia de caries. Aunque, esta correlación se observa con mayor frecuencia en pacientes diabéticos descontrolados, quienes suelen presentar una elevada incidencia de caries y su salud bucal en general se ve más comprometida. En algunos casos, esto puede atribuirse al descuido en el tratamiento de su enfermedad y determinados factores conductuales.<sup>27</sup> Por otro lado, en pacientes obesos con DM es menos contradictorio, debido al factor en común que es una dieta rica en carbohidratos y azúcares, lo que puede estar en mayor asociación al alto índice de caries dental.<sup>18</sup>

### **2.2.26 Medidas de prevención**

#### **2.2.27 Aplicación de fluoruro de diamino de plata (FDP)**

El fluoruro de diamino de plata es un producto de aplicación directa sobre la superficie dental, diseñado para retardar o detener la progresión de caries. Este líquido está formado por dos elementos principales: plata, que posee propiedades antibacterianas y fluoruro, que contribuye a la remineralización del tejido del esmalte. Su efectividad se fundamenta por ser anticariogénico. Por otra parte, el flúor interactúa con el esmalte dental, ayudando a la formación de fluorhidroxiapatita; donde el nitrato de plata reacciona con la hidroxiapatita, generando fosfato de plata, que coagula a las proteínas generando una acción de efecto bacteriostático, inhibiendo el crecimiento bacteriano, reduciendo la permeabilidad de la dentina mediante la obliteración de los túbulos dentinarios.<sup>28</sup>

#### **2.2.28 Selladores de fosas y fisuras en pacientes de alto riesgo**

Los selladores de fisuras se implementaron en 1960, se utilizan de manera preventiva. La aplicación de sellantes sobre el tejido afectado por caries disminuye de gran manera la cantidad de bacterias, asimismo, al no tener acceso a nutrientes, las bacterias presentan un bajo potencial cariogénico. Este método consiste en la aplicación de un material que se adhiere sobre las fosas y fisuras en la parte oclusal de los dientes, formando un recubrimiento que sirve de protección y actúa como una barrera física que previene el contacto directo con los microorganismos, disminuyendo el riesgo de caries; ocasionalmente, se utiliza resina fluida que penetra en las irregularidades del esmalte, proporcionando una protección duradera, siendo este un procedimiento de mínima intervención.<sup>29</sup>

## 2.2.29 Hábitos de higiene oral y prevención de caries

### 2.2.30 Cepillo dental

El cepillo dental es el principal implemento de higiene bucal, estos se dividen en: manuales y mecánicos. Ambos se encargan de realizar el retiro de la placa bacteriana y los desechos que se encuentren en las superficies de los dientes, sin embargo, no es completamente efectivo para limpiar en las caras interproximales de los dientes, lo que hace que se tenga que complementar con aditamentos como el uso del hilo dental y enjuague dental.<sup>30</sup>

A lo largo del tiempo, los cepillos dentales han experimentado una evolución constante, así como su diseño y la manera en que funcionan. Existen diversos modelos que se ajustan a los requerimientos de cada persona, clasificándose en:<sup>30</sup>

1. Tipo de funcionamiento
  - Manuales: Usados de forma tradicional.
  - Eléctricos: Ofrecen movimientos automatizados.
  - Iónicos: Incorporado en 1889 por Pratt, este elimina la placa mediante interacciones iónicas.
2. Características del cepillo manual
  - Forma del mango: Corto, largo o curvo.
  - Dureza de las cerdas: Blandas, intermedias o duras.
3. Diseño específico: Cerdas largas o los cepillos especiales para tratamiento de ortodoncia.<sup>30</sup>

### 2.2.31 Técnicas de cepillado

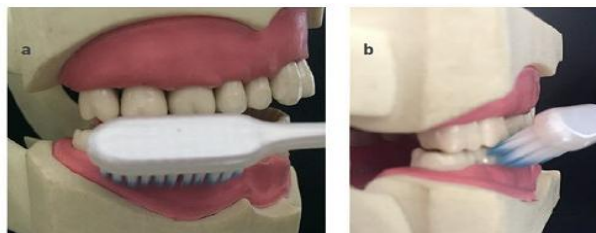
El cepillado es la técnica más eficaz para la eliminación de la placa dental acumulada en la superficie de la cara del diente. En el transcurso del tiempo, se han desarrollado diversas técnicas, estas se adaptan a las necesidades y características individuales, se pueden basar acorde a la edad, capacidades y estado de salud bucal.

### 2.2.32 Técnica de Bass modificada

Esta técnica de cepillado es excelente en limpiar y remover la placa dental del surco gingival y espacios interdientales, para no dañar a las encías es recomendable realizarla con un cepillo de cerdas suaves (Figura 1a, 1b).

Pasos para la técnica:

- Posicionamiento del cepillo: Se posiciona formando un ángulo de 45° perpendicular al eje longitudinal del diente, las cerdas deben apuntar hacia la parte apical.
- Inserción en los nichos interdientales: Los filamentos del cepillo entran en espacios interproximales y el surco gingival.
- Movimientos: Vibraciones leves, acompañados de un movimiento de barrido en dirección de la cara oclusal.<sup>31</sup>



**Figura 1a, 1b.** Técnica de Bass. Tomada de Rizzo-Rubio L, et al. 2016. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal.<sup>31</sup>

### **2.2.33 Técnica de Stillman**

El objetivo principal es la limpieza gingival. Los pasos para la técnica son:

- Posicionamiento del cepillo: Colocar en un ángulo de 45° con dirección a la zona apical del diente.
- Inserción de las cerdas: Apoyo entre la encía y el órgano dental.
- Movimientos: Con una ligera presión ejerciendo vibraciones delicadas para estimular el tejido gingival.
- Frecuencia: Una vez terminado los pasos anteriores, se coloca nuevamente y se repite el proceso.<sup>32</sup>

### **2.2.34 Técnica de Fones**

Esta técnica es la más sencilla, indicada en pacientes pediátricos o con habilidades motrices deficientes. Se recomienda usar un cepillo con cerdas de diversos niveles.

Pasos para la técnica:

1. Cara vestibular de los dientes:
  - Posicionamiento del cepillo: Ubicarlo en un ángulo de 90° respecto a los dientes.
  - Movimientos: Se realizan movimientos circulares en la cara de los dientes y la encía.
  - Frecuencia: Se repite de 5 a 8 veces.
2. Cara palatina/lingual:
  - Posicionamiento del cepillo: Ubicarlo lo más vertical posible.
  - Movimientos: Se emplean movimientos de zigzag.
3. Cara oclusal:
  - Movimientos: Se ejercen movimientos circulares.<sup>33</sup>

### **2.2.35 Técnica de Leonard.**

Es una técnica muy fácil donde solamente se emplean movimientos de arriba hacia abajo en las superficies vestibulares y palatino/lingual de la cara de los dientes.<sup>32</sup>

### **2.2.36 Frecuencia del cepillado**

El control de la placa dental es esencial para prevenir y controlar enfermedades como la gingivitis y periodontitis. Diversos estudios han demostrado que el cepillado dental dos veces al día, complementado con el uso de aditamentos auxiliares como el uso del hilo dental, enjuagues bucales y cepillos interdientales, son eficaces para el control de caries y enfermedades de los tejidos que rodean al diente.

La gingivitis puede desarrollarse rápidamente cuando no hay una limpieza adecuada, llegando a manifestarse al poco tiempo, esto se debe a la acumulación de placa dental en el surco gingival. Por ello, se debe crear y sustentar una rutina diaria de higiene bucal y prevención con el fin de conservar una salud bucal.<sup>34</sup>

### **2.2.37 Enjuague bucal e hilo dental**

Algunos de los componentes que se hallan en los enjuagues dentales y dentífricos han demostrado ser eficaces en disminuir la formación del biofilm en las superficies de los dientes.<sup>15</sup> Además, el uso del hilo dental desempeña un papel fundamental al acceder en áreas donde las cerdas del cepillo no llegan, como los espacios interdientales.<sup>32</sup>

### **2.2.38 Fluoruro y dentífricos**

La agregación del fluoruro ayuda a la remineralización del esmalte dental cambiando su estructura, haciéndola más resistente, permitiendo que la superficie del diente sea menos soluble y susceptible a la disolución de los ácidos elaborados por las bacterias. El fluoruro también afecta el metabolismo de los microorganismos hallados en el biofilm, en particular en el proceso de la glucólisis, disminuyendo una agresión al esmalte dental. La presentación comercial más común del fluoruro es en combinación con el xilitol, que también tiene propiedades anticariogénicas.<sup>15</sup>

### **2.3 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la prevalencia de caries dental en pacientes diabéticos mediante CPOD en la Clínica de Admisión CREDP de la F.O. UNAM en el periodo de noviembre 2023 a noviembre 2024.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la presencia de caries en pacientes de 60 a 69 años que refieran diabetes en el expediente clínico único (ECU).
- Determinar la distribución por sexo con diabetes de 60 a 69 años de edad que presentan caries mediante expediente clínico único (ECU).
- Determinar la frecuencia del cepillado dental, uso de hilo dental y enjuague, en pacientes de 60 a 69 años que refieran diabetes y que tengan al menos una lesión cariosa con base al expediente clínico único (ECU).

### **2.4 MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional y cuantitativo; en la CREDP de la F.O. UNAM, en la población de 60 a 69 años, con diagnóstico de diabetes mellitus. La información recopilada fue obtenida por medio del ECU, con el objetivo de determinar la prevalencia de caries dental, obturaciones con caries, dientes perdidos y hábitos de higiene dental (frecuencia del cepillado dental, uso de hilo dental y enjuague) en el periodo de noviembre de 2023 a noviembre 2024.

El universo de la muestra estuvo conformado por 118 expedientes de pacientes de 60 a 69 años que se presentaron en el periodo de noviembre 2023 a noviembre 2024. Quedando un total de 107 expedientes de pacientes de ambos sexos que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **Criterios de selección**

##### **Criterios de inclusión**

- Pacientes registrados en el archivero de la CREDP de la F.O. de la UNAM del periodo noviembre 2023 a noviembre 2024.
- Pacientes de edad de 60 a 69 años.
- Pacientes diagnosticados con diabetes y presentan al menos una lesión cariosa.

##### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que no padecen diabetes.
- Pacientes diabéticos totalmente desdentados.
- Pacientes que no presentan lesiones cariosas.
- Pacientes menores de 60 años y mayores de 69 años que presenten diabetes.

### Criterios de eliminación

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado y que no cumplan con los criterios de inclusión.

#### 2.4.1 Definición operacional de medición de las variables

En este estudio las variables utilizadas se clasificaron según su tipo de medición o atributos, con el fin de identificar la prevalencia de caries en pacientes diabéticos (Tabla 4).

Cualitativa nominal dicotómica:

- Se utiliza para clasificar una categoría de acuerdo con las características sin un orden en específico.

Cuantitativa continua:

- Es usada para clasificaciones que pueden expresarse numéricamente y que pueden asumir cualquier valor dentro de un rango determinado.

Cualitativa discreta:

- Es aquella variable que sólo puede representarse mediante valores enteros. Porque sus unidades de medida no pueden dividirse en fracciones.<sup>36</sup>

**Tabla 4. Tipo de variables**

Tipo de variable (independiente, dependiente o covariable).	Nombre de la variable.	Definición operacional.	Escala de medición.
Independiente.	Edad.	60 a 69 años.	Cuantitativa continua.
Independiente.	Sexo.	1. Femenino. 2. Masculino.	Cualitativa nominal dicotómica.
Independiente.	Diabetes.	Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus con o sin tratamiento.	Cualitativa nominal dicotómica.
Independiente.	Cepillado dental.	Cuantificar el número de cepillados que se realizan al día.	Cuantitativa discreta.
Independiente.	Hilo dental.	Si usa o no hilo dental.	Cualitativa nominal dicotómica.
Independiente.	Enjuague dental.	Si utiliza o no enjuague dental.	Cualitativa nominal dicotómica.
Dependiente.	Presencia de lesiones cariosas.	Pacientes que acuden a la CREDP y tienen una lesión cariosa.	Cualitativa nominal dicotómica.
Dependiente.	CPOD.	Cuantificar la	Cuantitativa discreta.

		experiencia de caries, perdidos y obturados.	
--	--	--	--

## 2.4.2 Método de recolección de información

### 2.4.2.1 Extracción de datos a emplear

La información del presente estudio se extrajo de las historias clínicas llenadas en el ECU, del periodo de noviembre 2023 a noviembre 2024, donde las variables a analizar fueron: pacientes que contaban con el diagnóstico de diabetes mellitus, edades comprendidas entre 60 a 69 años y que contaran con al menos una lesión cariosa. Mediante el odontograma se elaboró el CPOD, donde se cuantificó el total de dientes perdidos, cariados y obturados. Además, se determinó la frecuencia del uso de hilo dental, uso de enjuague y el número de cepillado dental al día.

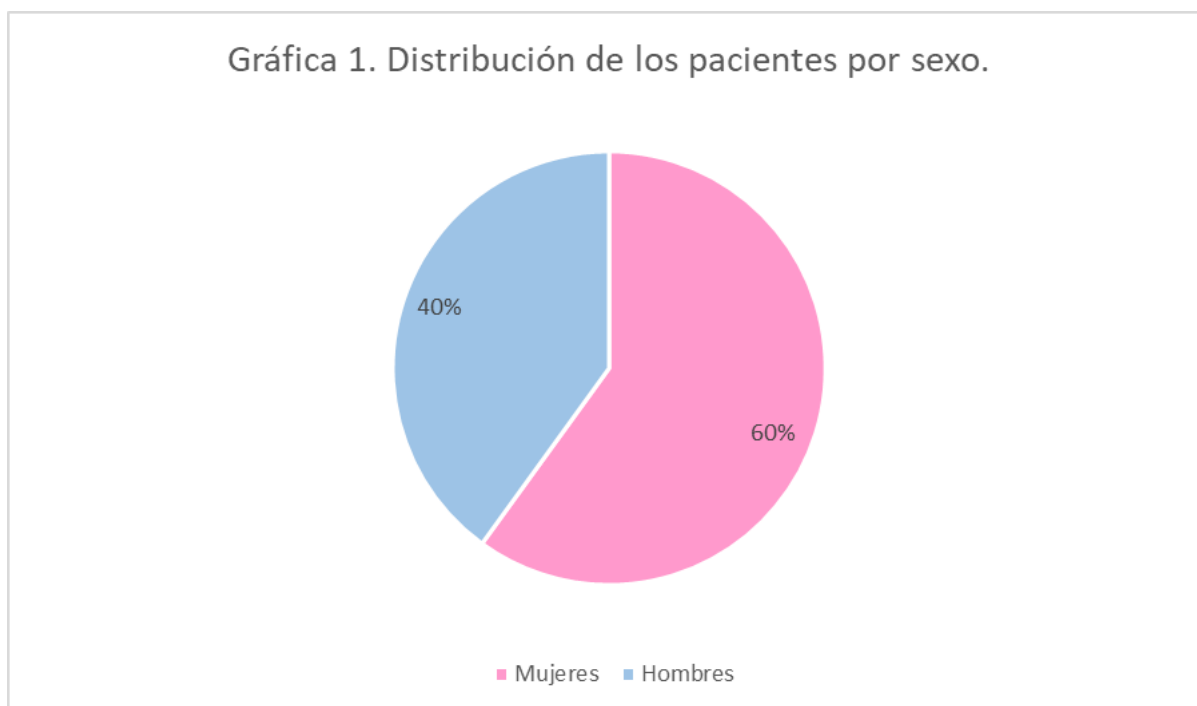
### 2.4.2.3 Elaboración y análisis estadístico

Se realizó una base de datos en el programa Excel, posteriormente fue analizada mediante estadística descriptiva.

## 2.5 RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 107 expedientes de pacientes del grupo de edad de 60 a 69 años. Se llevó a cabo el análisis mediante la revisión y evaluación de los datos personales de los expedientes clínicos, que incluyeron: edad, sexo, uso del hilo dental, uso de enjuague dental y número de cepillado dental al día, así como la presencia de caries, obturaciones con caries y dientes extraídos por caries.

De acuerdo a la distribución por sexo y edad, 64 (60%) fueron del sexo femenino con edad promedio de 64.3 años y 43 (40%) del sexo masculino con edad promedio de 64.7 años (Gráfica 1).



Fuente propia: Registros clínicos del ECU

A la valoración del índice de CPOD el 100% de la muestra estudiada tuvo al menos una lesión cariosa, el resultado fue obtenido mediante la suma de los 367 dientes cariados, 222 dientes perdidos y 322 dientes obturados, dividido entre los 107 expedientes de pacientes evaluados, determinando como resultado de la población estudiada un CPOD de 8.51 lo que representa una alta prevalencia a caries dental, también se señala que en el sexo femenino es el que presenta una prevalencia más elevada a caries con un resultado de CPOD de 8.98 respecto al sexo masculino de 7.81 (Tabla 5).

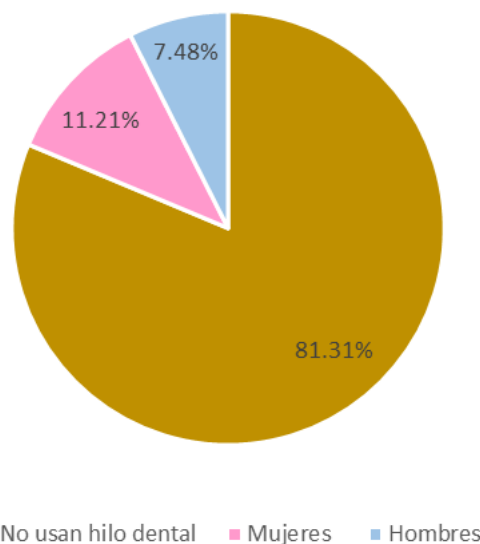
**Tabla 5.** Índice CPOD de pacientes diabéticos de 60 a 69 años.

Índice CPOD	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Cariados	202	165	367
Perdidos	133	89	222
Obturados	240	82	322
CPOD	8.98	7.81	8.51

Fuente propia: Registros clínicos del ECU

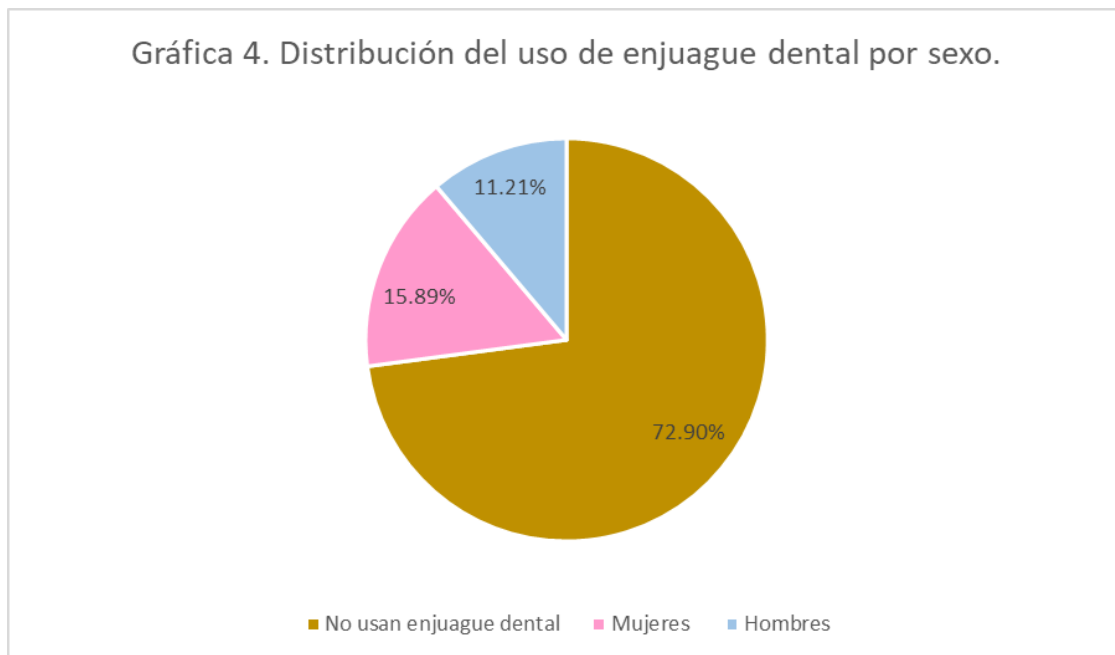
Para los hábitos de higiene dental de la muestra total, sólo 20 pacientes (18.69%) reportaron uso del hilo dental. De los cuales, 12 pacientes (11.21%) eran mujeres y 8 (7.48%) eran hombres (Gráfica 3).

**Gráfica 3.** Distribución del uso del hilo dental por sexo.



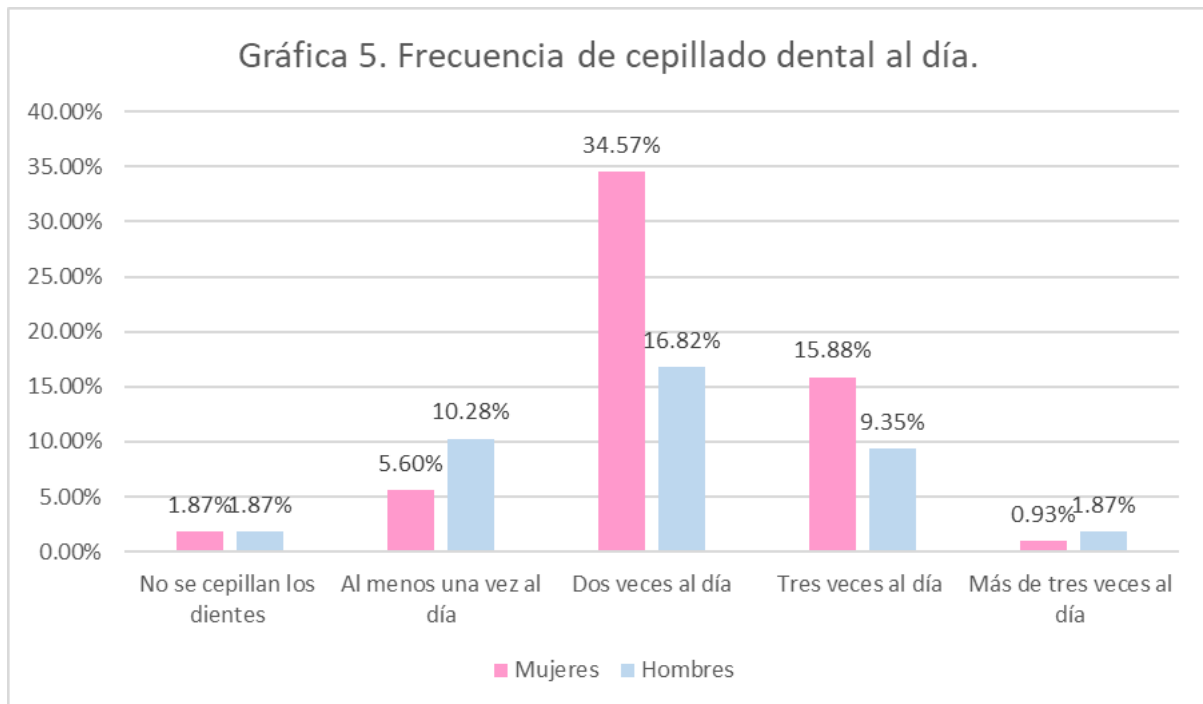
Fuente propia: Registros clínicos del ECU.

Por otra parte, en la evaluación del uso de enjuague como hábitos de higiene dental, se comprobó que sólo 29 pacientes (27.10%) hacen de su uso. De los cuales, 17(15.89%) son mujeres y 12 (11.21%) son hombres (Gráfica 4).



Fuente propia: Registros clínicos del ECU.

Con base en el registro de las historias clínicas obtenidas del ECU, se analizó la frecuencia del cepillado dental diario como parte de los hábitos para lograr una óptima salud bucodental. Se observó que 4 (3.73%) pacientes no se cepillan los dientes ninguna vez al día, donde de forma unánime 2 (1.87%) fueron mujeres y hombres; mientras que 17 (15.88%) lo que corresponde a 6 mujeres (5.60%) y 11 (10.28%) hombres se cepillan los dientes al menos una vez al día; por otra parte, 55 (51.40%) se cepillan 2 veces al día los dientes, lo que representa 37 (34.57%) mujeres y 18 (16.82%) hombres; por otro lado, 27(25.23%) pacientes que son 17 (15.88%) mujeres y 10 (9.35%) hombres indicaron que se cepillan los dientes tres veces al día. Finalmente, 3 (2.8%) pacientes informaron realizar el cepillado más de tres veces al día: 1 mujer (0.93%) y 2 (1.87%) hombres (Gráfica 5).



Fuente propia: Registros clínicos del ECU.

## 2.6 DISCUSIÓN

Rahiotis et al., en el año 2021 compararon tres grupos de personas: uno compuesto por personas sanas, otro grupo personas con DM2 bien controladas y el último por personas con DM2 descontroladas. En su estudio, evaluaron el índice CPOD, el flujo salival, observando que el grupo con mal control glucémico presentaba un flujo salival menor y un índice CPOD más alto en comparación con el grupo sano. Esta diferencia puede ser por determinantes como la edad, el tiempo con el padecimiento de DM y valores altos de glucosa en sangre.<sup>18</sup>

Por otro lado, Manjushree R, et al., en el año 2022 compararon a dos grupos; uno de niños sanos y el otro de niños con el diagnóstico de DM1 de edades entre 12-16 años, evaluaron su saliva, la cantidad de glucosa que presentaba y su asociación a la prevalencia de caries. Los resultados demostraron un menor índice de lesiones cariosas en el grupo con DM1, esto lo correlacionaron a factores como una dieta disminuida en sacarosa, mejores técnicas y cuidados dentales; sin embargo, dado que la caries es una enfermedad multifactorial, no se puede comprobar una relación directa, aunque pueden estar influidos ciertos factores.<sup>6</sup>

Lui T, et al., en el año 2021 realizaron un metaanálisis donde observaron la disminución en el flujo salival en personas con DM1. Esta alteración estaba asociada con un mayor riesgo de caries dental y con cambios en el microbioma oral, probablemente debido al aumento de la glucosa en la saliva, lo que también podría influir en la progresión de la caries. Sin embargo, aunque las diferencias observadas fueron significativas, los autores sugieren que se requiere un seguimiento mediante estudios longitudinales para confirmar la correlación entre el descontrol glucémico y la incidencia de caries dental.<sup>27</sup>

Sánchez J, et al., en el año 2022 llevaron a cabo un estudio de caso y control con el objetivo de demostrar la prevalencia de nuevos casos de DM2, identificando sus complicaciones, donde observo que el mayor grupo representativo era de edades comprendidas entre 60 y 69 años de edad y mayores de 70 años, predominando más en el sexo femenino.<sup>12</sup> De manera similar, un estudio realizado por ENSANUT en

2016 a la población mexicana, la prevalencia de diabetes fue de 13.7%, donde se observó que esta enfermedad va incrementando conforme avanza la edad hasta el rango de 60 a 69 años, siendo también donde se detectaron más casos registrados y un mayor descontrol glucémico el sexo femenino.<sup>35</sup>

De la misma forma, en este estudio realizado en expedientes de pacientes de edades entre 60 y 69 años que acudieron a la CREDP en el periodo de noviembre 2023 a noviembre 2024, se demostró que el padecimiento de DM afectó más en mujeres, donde tuvo una prevalencia de 60% a diferencia del sexo masculino que presentó el 40%. Con respecto a la relación asociada a la presencia de caries dental en nuestra muestra evaluada, en este estudio mediante el CPOD; ambos grupos presentaron una alta prevalencia a caries dental acorde al rango registrado por la Organización Mundial de la Salud, aunque en el sexo femenino presentó un valor más alto, con un resultado de 8.98, a diferencia del sexo masculino de 7.81; en el cual se incluyeron factores como son hábitos de higiene bucal, donde se evidenció un interés bajo en la implementación del uso de hilo dental y enjuague dental para ambos sexos, especialmente en el sexo masculino; en cuanto a la frecuencia del cepillado dental, predominó el cepillado dental dos veces al día con un 34.57% en mujeres y 16.82% en hombres. Sin embargo, este estudio contó con limitaciones al ser un estudio transversal, ya que no se llevó un seguimiento entre la relación directa de hiperglucemia y caries; siendo la caries una enfermedad que no tiene una única causa. Aunque las personas con DM tienen un riesgo más alto a incidencia de caries por la sequedad bucal, incremento de la glucosa y cambios en la composición de la saliva, no todas las caries están en relación directa a causa de la misma enfermedad; pero, sí pueden influir factores como la edad, hábitos deficientes de higiene y el sexo.

## **2.7 CONCLUSIONES**

La diabetes mellitus es una enfermedad de alta prevalencia globalmente, cuya incidencia aumenta conforme avanza la edad, afectando en mayor proporción al sexo femenino. De manera similar, la caries dental representa un problema en la salud bucodental en gran parte de la población. La coexistencia de ambas enfermedades y el mal control en su manejo puede favorecer el agravamiento de complicaciones en la cavidad bucal, repercutiendo negativamente en la salud oral de las personas diabéticas.

Este estudio evidencia un alto nivel de experiencia a caries con un CPOD promedio de 8.51, además refleja los hábitos deficientes de higiene bucal que presenta la población estudiada, los cuales podrían ser factores que contribuyan en el desarrollo de caries, tendiendo el factor en común que es la diabetes, que puede influir en elevar los niveles de glucosa en la saliva, aunque no necesariamente puede ser el origen de la progresión de la caries dental. Para disminuir el impacto de la diabetes en la salud bucal, es fundamental promover la enseñanza de adecuados hábitos de higiene, aumentar el acceso a los servicios odontológicos, concientizar a la población de la importancia de un buen manejo glucémico y la implementación de un estilo de vida saludable; complementado con un enfoque multidisciplinario, es clave para prevenir y manejar complicaciones que comprometan con su salud.

## 2.8 ANEXOS

### ANEXO 1 (Formato de Historia clínica CREDP)



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**



HISTORIA CLÍNICA, EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO No. 0111111-1

Lugar de realización: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Telefónico fijo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Tipo de interrogatorio: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Tipo y folio de identificación: \_\_\_\_\_

#### 2. ENTORNO Y HÁBITOS

Tipo de Habitación: \_\_\_\_\_ # de Cuartos: \_\_\_\_\_ # de Habitantes: \_\_\_\_\_ Personas en misma habitación: \_\_\_\_\_  
 # de Ingestas por semana: Leche: \_\_\_\_\_ Carne: \_\_\_\_\_ Huevo: \_\_\_\_\_ Frutas: \_\_\_\_\_ Verduras: \_\_\_\_\_ Leguminosas: \_\_\_\_\_ Cereales: \_\_\_\_\_  
 # de Comidas por día: \_\_\_\_\_ # Semanal de Baño: \_\_\_\_\_ Cambios de ropa: \_\_\_\_\_ # Diario de Cepillado: \_\_\_\_\_ Hilo: \_\_\_\_\_ Enjuague: \_\_\_\_\_

#### 3. MOTIVO (S) DE LA CONSULTA

\_\_\_\_\_

#### 4. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Vacunas: BGC: \_\_\_\_\_ Hepatitis C: \_\_\_\_\_ Pentavalente: \_\_\_\_\_ DPT (difteria, tosferina, tétanos): \_\_\_\_\_ Rotavirus: \_\_\_\_\_ Neumocócica: \_\_\_\_\_ RS (sarampión, rubéola): \_\_\_\_\_  
 Influenza: \_\_\_\_\_ SRP (sarampión, rubéola, meningitis): \_\_\_\_\_ Sabin: (poliomielitis): \_\_\_\_\_ Papiloma: \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_ (especificar): \_\_\_\_\_

#### Hábitos tóxicos:

Alcohol: \_\_\_\_\_ Ex bebedor: \_\_\_\_\_ Años de uso: \_\_\_\_\_ Último uso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tabaco: \_\_\_\_\_ Ex fumador: \_\_\_\_\_ Años de uso: \_\_\_\_\_ Último uso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Estupefacientes: \_\_\_\_\_ Ex consumidor: \_\_\_\_\_ Años de uso: \_\_\_\_\_ Último uso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Alergias: (especificar)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Medicamentos y fármacos:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Actividad y preferencia sexual:

\_\_\_\_\_

#### 5. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Enfermedad (es) y parentesco: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedad (es) y tiempo de evolución: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Enfermedades propias de la infancia: Amigdalitis: \_\_\_\_\_ Escarlatina: \_\_\_\_\_ Fiebre reumática: \_\_\_\_\_ Hepatitis A,B,C: \_\_\_\_\_ Influenza: \_\_\_\_\_ Parotiditis: \_\_\_\_\_  
 Poliomielitis: \_\_\_\_\_ Roséola: \_\_\_\_\_ Rubéola: \_\_\_\_\_ Sarampión: \_\_\_\_\_ Tuberculosis: \_\_\_\_\_ Varicela: \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_ (especificar): \_\_\_\_\_

Ha estado hospitalizado en los últimos 5 años: \_\_\_\_\_ Ha sido intervenido quirúrgicamente: \_\_\_\_\_ Hace cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ha tenido experiencias dentales desagradables: \_\_\_\_\_ Hace cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ha sufrido traumatismos: \_\_\_\_\_ Hace cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ha recibido alguna transfusión: \_\_\_\_\_ Hace cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_  
 Ha recibido trasplantes o injertos: \_\_\_\_\_ Hace cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_  
 Le han implantado algún material: \_\_\_\_\_ Hace cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_

#### Revisión por aparatos o sistemas. (Anotar enfermedades o lesiones, o en su defecto "Ninguna alteración").

Auditivo: \_\_\_\_\_  
 Cardiovascular: \_\_\_\_\_  
 Digestivo: \_\_\_\_\_  
 Endócrino: \_\_\_\_\_  
 Genitourinario: \_\_\_\_\_  
 Hemolinfático: \_\_\_\_\_  
 Músculo esquelético: \_\_\_\_\_  
 Nervioso: \_\_\_\_\_  
 Ocular: \_\_\_\_\_  
 Respiratorio: \_\_\_\_\_  
 Tegumentario: \_\_\_\_\_  
 Reproductor femenino: Embarazo: \_\_\_\_\_ No. de semanas: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Lactancia: \_\_\_\_\_ Uso de anticonceptivos: \_\_\_\_\_ Menopausia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de último regla: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ anomalías en ciclo menstrual: \_\_\_\_\_ Realización de Papanicolaou: \_\_\_\_\_ Fecha de última realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 7. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Signos vitales: Pulso: \_\_\_\_\_ x Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_ x Tensión arterial: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ cm Peso: \_\_\_\_\_ Kg



Inspección general: Marcha: \_\_\_\_\_ Movimientos anormales: \_\_\_\_\_ Facies: \_\_\_\_\_  
 Compleción: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Cuidado personal: \_\_\_\_\_

Cabeza y cuello: Cara: \_\_\_\_\_ Cráneo: \_\_\_\_\_ Cuello: \_\_\_\_\_  
 Nariz: \_\_\_\_\_ Oídos: \_\_\_\_\_ Ojos: \_\_\_\_\_

Cavidad Bucal: Presencia de lesión (es): \_\_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_ Forma: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Superficie: \_\_\_\_\_  
 Bordes: \_\_\_\_\_ Consistencia: \_\_\_\_\_ Base: \_\_\_\_\_ Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Alteraciones Dentales NO cariosas: (especificar y tiempo de evolución): \_\_\_\_\_

Alteraciones de CATM: Dolor: \_\_\_\_\_ Dificultad o incapacidad al abrir: \_\_\_\_\_ Ruidos articulares: \_\_\_\_\_ Desviación mandibular: \_\_\_\_\_ Edema: \_\_\_\_\_

**Odontograma:**

Diente permanente	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Periodonto																
Diente deciduo																
Periodonto																
Diente permanente	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

PERMANENTE / DECIDUO

- 0 Sano
- 1 Cariado (Incluye RR)
- 2 Fractura
- 3 Obturado con caries
- 4 Obturado sin caries
- 5 Perdido por caries
- 6 Perdido por otras causas
- 7 Sellador de fosetas y fisuras
- 8 Sin arupcionar
- 9 Soporte de prótesis
- No aplica

**8. EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA**

Tipo de radiografía: \_\_\_\_\_ Presencia de lesión: \_\_\_\_\_ Tipo de lesión: \_\_\_\_\_ Bordes: \_\_\_\_\_ Única o múltiple: \_\_\_\_\_  
 Localización: \_\_\_\_\_ Relación con órganos dentales: \_\_\_\_\_ Relación a proceso carioso: \_\_\_\_\_ Pérdida ósea: \_\_\_\_\_

**9. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO SISTÉMICO**

\_\_\_\_\_

**10. PADECIMIENTO BUCAL ACTUAL**

\_\_\_\_\_

**11. INTERCONSULTA**

A QUIEN SE DIRIGE: \_\_\_\_\_  
 Causa y/o petición: \_\_\_\_\_

**12. RUTA CLÍNICA**

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

**13. AUTORIZACIONES**

He leído y entiendo la información que he proporcionado, por lo que me responsabilizo de la cantidad y veracidad de los datos. Estoy en completa satisfacción sobre las respuestas otorgadas, deslindando al Alumno, Profesor y Facultad de Odontología de algún error u omisión por mi parte para completar esta historia clínica.

\_\_\_\_\_  
 (Clave) y nombre del profesor

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente o Tutor (relación)

\_\_\_\_\_  
 Tipo de identificación:

\_\_\_\_\_  
 Folio de Identificación:

\_\_\_\_\_  
 No. de cuenta y nombre del alumno

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Firma o huella dactilar

## ANEXO 2

Ciudad universitaria a 29 de enero del 2025.  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
UNAM  
PRESENTE

**Ing. Abigail Sánchez Gálvez**  
PRESENTE

Por este medio, el que suscribe Mtro. Pablo Humberto Navarro Hernández, me dirijo a Ud. con el objetivo de solicitar la relación de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus considerando un rango de 60 a 69 años de edad, correspondiente al periodo comprendido entre noviembre del 2023 y noviembre 2024 en el Expediente Clínico Unico (ECU); para que la estudiante Samia Alejandra Ruiz Martínez con número de matrícula 219302979 realice su trabajo de investigación titulado "PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES DIABÉTICOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE ADMISIÓN CREDP DE LA F.O. UNAM 2023-2024."

Agradecería mucho si pudiera proporcionarnos los datos como nombre y número de expediente, con el objetivo de realizar un levantamiento epidemiológico de presencia de lesiones cariosas en pacientes con Diabetes Mellitus que acudieron a consulta de primera vez en la CREDP de la F.O. de la UNAM.

Sin más por el momento, me despido de usted calurosamente.

ATENTAMENTE



Mtro. Pablo Humberto Navarro Hernández

## 2.9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Facultad de Odontología. Universidad Nacional Autónoma de México. Nuestra facultad. [Internet]. Ciudad de México: UNAM; 2021. [citado el 26 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.odonto.unam.mx/index.php/es/nuestra-facultad>
2. Facultad de Odontología. Universidad Nacional Autónoma de México. Clínica de Admisión [Internet]. Ciudad de México: UNAM; 2021 [citado 12 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.odonto.unam.mx/es/clinica-de-admision>
3. Jerez C, Medina Y, Ortiz A, Gonzales S, Aguirre M. Fisiopatología y alteraciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 2: revisión de literatura. Rev. NOVA 2022; 20(38), 65-103. Doi: <https://doi.org/10.22490/24629448.6184>
4. Buichia-Sombra F, Dórame-López NA, Miranda-Félix PE, Castro-Juarez AA, Esparza-Romero J. Prevalencia y factores asociados a diabetes mellitus tipo 2 en población indígena de México: revisión sistemática. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2020; 58(3):317-327. DOI: <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000036>
5. Ccorahua-Ríos M, Atamari-Anahui N, Miranda-Abarca I, Campero-Espinoza A, Rondón-Abuhadba E, Pereira-Victorio C. Type 2 diabetes mellitus prevalence between 2005 and 2018 in population under 30 using data from the Ministry of Health of Peru. Rev. Medwave. 2019; 19(10). DOI: 10.5867/medwave.2019.10.7723
6. Manjushree R, Anandakrishna L, Prasad K, Shetty AK, Ashmitha K. Evaluation of Salivary Components and Dental Plaque in Relation to Dental Caries Status in Type 1 Diabetes Mellitus. Rev. Int. J. Clin. Pediatr. Dent. 2022;15(2):121-125. DOI: 10.5005/jp-journals-10005-2325
7. Blonde L, Umpierrez GE, Reddy SS, McGill JB, Berga SL, Bush M et al. American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline: Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Care Plan-2022 Update. Endocr Pract. 2022 Oct;28(10):923-1049. doi: 10.1016/j.eprac.2022.08.002.
8. Lopes V, Zakur J, Machado L, Silveira N, Oliveira I. Diabetes Mellitus tipo 1 - uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Braz. J. Health Rev. 2023;6(5):24239-24249 Doi: [10.34119/bjhrv6n5-474](https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-474)
9. León-Ariza HH, Rojas MJ, Copy AF. Fisiopatología y mecanismos de acción del ejercicio en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Colomb Endocrinol Diabet Metab. 2023;10(2):790. Disponible en: <https://doi.org/10.53853/encr.10.2.790>
10. Cervantes R, Presno-Bernal J. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células  $\beta$  pancreáticas. Rev. de Endocrinología y Nutrición [Internet]. 2013 [Consultado 12 nov 2024];21(3):98-106. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf>
11. Triebel Z, Bencze B, Bányai D, Rózsa N, Hermann P, Végh D. Poor glycemic control impairs oral health in children with type 1 diabetes mellitus a systematic review and meta-analysis. BMC Oral Health. 2024;24(1):748. DOI: 10.1186/s12903-024-04516-y
12. Sánchez J, Sánchez N. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones. Rev. Finlay [Internet]. 2022 Jun [citado 2024 Nov 24];12(2): 168-176. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342022000200168&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000200168&lng=es).
13. Mediavilla J. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. SEMERGEN. 2001; 27:132-145. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(01\)73931-7](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(01)73931-7)
14. Nonaka T, Wong DTW. Saliva Diagnostics. Annu Rev Anal Chem (Palo Alto Calif). 2022;15(1):107-121. doi: 10.1146/annurev-anchem-061020-123959.
15. Vargas C, Koss M, López M. Acción Inmediata de los Enjuagues Orales en la Saliva. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2017 Sep [citado 2024 Dic 12];11(3):339-346. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2017000300339&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000300339&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000300339>.
16. Sáenz M, Madrigal D. Capacidad buffer de la saliva y su relación con la prevalencia de caries, con la ingesta de diferentes bebidas comerciales. Odontología Vital

- [Internet]. 2019 Dec [cited 2024 Dec 12];(31):59-66. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1659-07752019000200059&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752019000200059&lng=en).
17. Zhou G, Shu X, Long Y, Cao Y, Wang J, Liao G, Zou L. Dental caries and salivary alterations in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Dent.* 2024;150(1):105321 Doi: [10.1016/j.jdent.2024.105321](https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.105321)
  18. Rahiotis C, Petraki V, Mitrou P. Changes in saliva characteristics and carious status related to metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Dent.* 2021; 108:103629. doi: 10.1016/j.jdent.2021.103629.
  19. Meyer F, Schulelze E, Amaechi B, Limeback H, Enax J. Caries Etiology and Preventive Measures. *Eur. J. Dent.* 2024; 18(3):766-776.doi: 10.1055/s-0043-1777051.
  20. Cieplik F, Rupp CM, Hirsch S, Muehler D, Enax J, Meyer F, et al. Ca<sup>2+</sup> release and buffering effects of synthetic hydroxyapatite following bacterial acid challenge. *BMC Oral Health* 2020; 20 (1): 85.doi: 10.1186/s12903-020-01080-z.
  21. Machiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momeni A, et al. Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. *Caries Res.* 2020;54(1):7-14. doi: 10.1159/000503309.
  22. Cueto V. Uso de sellantes terapéuticos en superficies oclusales. *Odontoestomatología* [Internet]. 2024 [citado 2024 Dic 12];26(44):337. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-93392024000201337&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392024000201337&lng=es).
  23. Toledo-Silva JS, Lima-Illescas MV, Saquisili-Suquitana SP, Cuenca-León K. Índice CPO-D y limitación para hablar con claridad en escolares de 12 años, Cuenca-Ecuador. *Rev. Cient Odontol (Lima).* 2020;8(3): e020. DOI: 10.21142/2523-2754-0803-2020-030
  24. Duy D, Sarmiento P, Mejía H. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE CPOD Y LA LIMITACIÓN AL SONREÍR EN ESCOLARES DE 12 AÑOS DE LA PARROQUIA SAN SEBASTIÁN, CUENCA-ECUADOR 2016. *RCEO UG* [Internet]. 2021[citado 2024 Dic 12];4(4). Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/611/6112599007/index.html?>
  25. Udod O, Kulish A, Pavlenko O. Prevention of Dental Caries in Patients with Diabetes Mellitus. *Int. J. of Med. Dent.* 2021;25(2):78-85.
  26. Avilés E, Andrade G, Gallegos M. Patologías bucodentales más frecuentes en pacientes con diabetes mellitus y complicaciones durante el tratamiento odontológico. *Revisión de literatura. Anatomía digital.* 2023 [Citado el 18 noviembre 2024]; 6(4):41-55. Disponible en: <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i4.2705>
  27. Liu T, Wei Y, Zhu Y, Yang W. Caries Status and Salivary Alterations of Type-1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Evid Based Dent Pract.* 2021;21(1):101496. doi: 10.1016/j.jebdp.2020.101496.
  28. Sotillo V, Limongi I, Medina A, Martínez M. Fluoruro diamino de plata como terapia para la inactivación de lesiones de caries cavitadas en dientes primarios. *Rev Cien CMDLT* [Internet]. 2022 Jun [citado 2024 Dic 12];16(1):224071. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2790-83052022000101301&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2790-83052022000101301&lng=es).
  29. Cueto V. Uso de sellantes terapéuticos en superficies oclusales. *Odontoestomatología* [Internet]. 2024 [citado 2024 Dic 12];26(44):337. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-93392024000201337&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392024000201337&lng=es).
  30. Sanz-de-Madrid-Calvo JA, Manso-Platero FJ, Suárez-Marchena CM, Segura-Egea JJ, Machuca-Portillo MC. Cepillo iónico versus manual: eficacia en la remoción bioeléctrica de la placa bacteriana. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2024 Mar [citado 2024 Dic 12];40(1):15-20. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852024000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852024000100004&lng=es).

31. Rizzo-Rubio L, Torres-Cadavid A, Martínez-Delgado C. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. CES odontol. [Internet]. 2016 Dec [cited 2024 Dec 16];29(2):52-64. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-971X2016000200007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2016000200007&lng=en).
32. Baruah K, Kumar V, Khetani P, Baruah Q, Vinaychandra R, Dixit H. A Review on Toothbrushes and Tooth Brushing Methods. Int. J. Pharm. Sci. Invent. 2017; 6(5): 29-38.
33. Kortemeyer B. Técnicas de cepillado y ámbitos de aplicación. Quintessence. 2012; 25(7):436-440.
34. Janakiram C, Varghese N, Venkitachalam R, Joseph J, Vineetha K. Comparison of modified Bass, Fones and normal tooth brushing technique for the efficacy of plaque control in young adults- A randomized clinical trial. J Clin Exp Dent. 2020 Feb 1; 12(2):e123-e129. doi: 10.4317/jced.55747.
35. Basto-Abreu A, Barrientos-Gutiérrez T, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, López-Olmedo N, Cruz-Góngora Vanessa De la et al. Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2020 [citado 2025 Abr 06]; 62(1): 50-59. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342020000100050&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000100050&lng=es).
36. Espinoza E. Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. Parte I. Conrado [Internet]. 2018 [citado el 12 de marzo del 2025]; 4(1): 39-49. Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S199086442018000500039&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S199086442018000500039&lng=es&tlng=es).

## **CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA**

La plaza del servicio social fue cursada en la Clínica de Recepción Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP); se encuentra ubicada en Circuito Escolar C.U. Coyoacán, C.P. 04510, CDMX. En el edificio E, primer nivel, lado norte (del lado del estacionamiento de la torre de humanidades). Es una institución de atención odontológica y enseñanza perteneciente a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

### **3.1 ANTECEDENTES**

#### **3.1.2 Facultad de Odontología**

A principios de 1904 la Facultad de Odontología dio inicio en impartir conocimientos relacionados a resolver problemas y enfermedades de salud bucodental, comenzó en espacios pequeños, con pocos alumnos y pocos docentes; sin embargo, en los próximos años la matrícula fue creciendo y con ello la institución educativa; es por eso que se tuvo que ir implementando el aumento de administrativos, creación de nuevas aulas/clínicas y profesores. Al ser tan alta la demanda en atención odontológica, se necesitaba mejorar la organización y distribución de los pacientes dentro y fuera de la facultad; por ello; se creó una clínica destinada a servir como el ingreso y asignación de rutas clínicas a los pacientes.<sup>1</sup>

#### **3.2 Clínica de Recepción Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP)**

El servicio de la Clínica de Recepción Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP) anteriormente llamada Clínica de Admisión, fue abierta desde el 2 de octubre del año 1989. Esta clínica es un espacio de primer contacto a toda la población que desee atención odontológica, cumple una función fundamental dentro de la institución; ya que se encarga del primer acercamiento al paciente.<sup>2</sup> Se creó con el objetivo de mejorar el proceso de admisión para los pacientes que necesitan atención dental en esta institución universitaria, ya que el incremento en la demanda necesitaba una mejor organización, optimizar el sistema de recepción y derivación de los pacientes hacia los distintos servicios que se brindan dentro y fuera de la facultad; ya sea a nivel licenciatura, diplomados o áreas más específicas como el posgrado.<sup>2</sup>

#### **3.3 Base de datos**

Los datos recabados del historial clínico del paciente se crean en una plataforma digital llamada ECU (Expediente Clínico Único); sin embargo, con el fin de mejorar la atención y servicio, la universidad se vio con la necesidad de crear una plataforma más actualizada y de mejor alcance, por lo que surgió "Smile", esta nueva plataforma entró en vigor en la CREDP en el mes de noviembre de 2024, sustituyendo a la anteriormente usada para el ingreso de nuevos pacientes. Los datos obtenidos están disponibles para consulta tanto de los estudiantes como de los administrativos señalados en la ruta clínica del carnet del paciente. Esto ha servido para llevar a cabo estudios estadísticos, investigaciones o estudios epidemiológicos.<sup>3</sup>

El objetivo primordial de la clínica de admisión de la F.O. es realizar un diagnóstico presuntivo integral de los pacientes que acuden por primera vez, identificando sus principales necesidades odontológicas. A partir de este diagnóstico inicial, se determina la ruta clínica más adecuada para su atención, canalizando hacia las áreas o especialidades correspondientes dentro de la facultad. Este proceso busca garantizar una atención eficiente, personalizada y acorde a las condiciones

específicas del paciente, además de contribuir a la formación clínica de los estudiantes mediante la práctica supervisada.

### **3.4 Actividades en la CREDP**

- Elaboración de historias clínicas.
- Valoración clínica del estado de salud del paciente.
- Entrega de carnets a los pacientes con asignación de rutas clínicas.
- Actualización y/o reposición del carnet.
- Asignación de horarios de clínicas.
- Canalización de pacientes en la facultad y/o área de posgrado.
- Solicitud de interconsulta.
- Participación en jornadas de salud.

### **3.5 Organización del servicio de la CREDP**

La clínica está conformada por pasantes que estén estudiando el cuarto año de la carrera de odontología o en su defecto, que ya la hayan culminado y solo les falte hacer su pasantía; estos son encargados de brindar información a los pacientes, creación de historias clínicas y rutas clínicas, carnet y/o reposición de carnet; mediante un diagnóstico presuntivo integral; todos los procedimientos son supervisados por docentes y especialistas que se encargan de que los datos y la información proporcionada estén correctamente llenados, para que una vez terminada la atención dental, el paciente pueda seguir su ruta clínica y comenzar su tratamiento odontológico, en los espacios que ofrece la UNAM.

#### **Turno matutino (7:00 a 14:00 h)**

#### **Turno vespertino (14:00 a 20:00 h)**

- Coordinador de la clínica.  
C.D. Mtro. Pablo Humberto Navarro Hernández  
(lunes a viernes de 14:00 a 20:00 h).
- Docente.  
C.D. José Manuel Castro Rodríguez  
(lunes de 16:00 a 20:00 y viernes de 14:00 a 20:00 h).
- Docente.  
C.D. Yaneth Cristina Bollás Hernández  
(miércoles 14:00 a 20:00 h)
- Docente.  
C.D. Dolores Carrasco Ortiz  
(lunes y jueves 16:00 a 20:00 h).
- Docente.  
C.D. Agles Cruz Peralta  
(viernes 15:00 a 20:00 h).
- Docente.  
C.D. Karina Curioca Rey  
(viernes de 14:00 a 20:00 h).
- Docente.  
C.D. Magdalena Semenow María Gutiérrez  
(martes 14:00 a 20:00 h).
- Docente.

- C.D. Rosa Isela Lupercio Luna  
(lunes de 15:00 a 17:00 h y viernes de 14:00 a 15:00 h).
- Docente.
  - C.D. Israel Sánchez Morales (lunes, martes y viernes de 18:00 a 20:00 h).
- Docente.
  - C.D. Elizabeth Raquel Pollew Castañeda  
(lunes a viernes de 14:00 a 15 h).
- Docente.
  - C.D. Jocelyn Angélica Rodríguez Cruz  
(lunes y miércoles de 14:00 a 20:00 h).
- Docente.
  - C.D. Altamirano Luis Rosas  
(jueves de 14:00 a 20:00 h).
- Intendencia.
- Farmacia.

### **3.6 Mobiliario e insumos de la CREDP**

- 12 unidades dentales.
- Barreras de protección personal (bata, gorro, cubrebocas).
- Kit de admisión (1 espejo del n. 5, explorador y pinzas de curación).
- 14 iPads.

## CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Desarrollo y descripción cronológica de actividades concluidas durante el año de servicio social.

Para la función y organización de la CREDP, los pasantes del servicio social se dividen en 3 áreas encargadas con funciones diferentes, que son: **área de mostrador**, **área clínica** y **área de puerta**, las cuales se van rotando.

### Actividades realizadas.

**Atención primaria en estomatología:** Diagnóstico presuntivo y detección oportuna.

- **Área de mostrador.** Registrar la información general del paciente para su identificación y toma de fotografía para su expediente electrónico, designar al paciente al área clínica para su posterior revisión bucal y la realización de historia clínica, registrar y archivar los expedientes clínicos y por último la entrega de carnet al paciente.
- **Área clínica.** Revisar que los datos de identificación del paciente estén correctos en el ECU, elaboración de historia clínica y odontograma, identificación de hallazgos/diagnósticos, notas de interconsulta/solicitud de estudios; establecer la ruta clínica, informar al paciente sobre la ruta clínica trazada que necesita para el seguimiento de su atención dental.
- **Área de puerta.** Brindar información necesaria sobre la documentación requerida para la obtención del carnet/entregar formatos de consentimiento informado, revisar y ordenar tickets, comunicar el monto que se debe pagar, entrega y organización de turnos/control de ingreso de pacientes, explicación y canalización de ruta clínica a los pacientes/asignar horarios de las clínicas descritas en el carnet.
- Actividades en almacén. Llenado de reporte de recepción, asignar y recoger tabletas digitales a los pasantes del servicio social, entrega del expediente impreso, entrega de barreras de protección al personal.
- Promoción de la Salud. Jornada de salud a alumnos de nivel bachillerato de la UNAM, revisión bucal (explicación de temas como planificación familiar, adicciones, técnicas de cepillado).
- Capacitación. Explicación a nuevos pasantes de ingreso a la CREDP sobre el uso y funcionamiento de la plataforma digital.

**Tabla 6.** Informe mensual de actividades realizadas.

1 FEBRERO / 6 MARZO				
Actividades realizadas				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	0	0	0
6 – 13 años	1	3	3	3
14 – 25 años	22	22	22	22
26 – 42 años	12	12	12	12
43 – 57 años	13	13	13	13
+58 años	7	7	7	7
Total	55	57	57	57

Otras actividades realizadas		
Nombre de la actividad	Número de veces	Total
Participación en área de mostrador	2	2
Participación en área de puerta	2	2

7 MARZO/ 6 ABRIL				
Actividades realizadas				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	0	0	0
6 – 13 años	5	9	9	9
14 – 25 años	9	9	9	9
26 – 42 años	7	7	7	7
43 – 57 años	7	7	7	7
+58 años	9	9	9	9
Total	37	41	41	41
Otras actividades realizadas				
Nombre de la actividad	Número de veces		Total	
Participación en área de mostrador	2		2	
Participación en área de puerta	1		1	

7 ABRIL / 6 MAYO				
Actividades realizadas				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	3	3	3
6 – 13 años	6	6	6	6
14 – 25 años	14	14	14	14
26 – 42 años	8	8	8	8
43 – 57 años	5	5	5	5
+58 años	4	4	4	4
Total	37	40	40	40
Otras actividades realizadas				
Nombre de la actividad	Número de veces		Total	
Participación en área de mostrador	2		2	
Participación en área de puerta	2		2	

<b>7 MAYO / 6 JUNIO</b>				
<b>Actividades realizadas</b>				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	0	0	0
6 – 13 años	0	0	0	0
14 – 25 años	1	1	1	1
26 – 42 años	1	1	1	1
43 – 57 años	0	0	0	0
+58 años	0	0	0	0
Total	2	2	2	2
<b>Otras actividades realizadas</b>				
Nombre de la actividad	Número de veces		Total	
Participación en área de mostrador	0		0	
Participación en área de puerta	1		1	

<b>7 JUNIO / 6 JULIO / INICIO DE PERIODO VACACIONAL</b>				
<b>Actividades realizadas</b>				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	0	0	0
6 – 13 años	0	0	0	0
14 – 25 años	1	1	1	1
26 – 42 años	0	0	0	0
43 – 57 años	0	0	0	0
+58 años	0	0	0	0
Total	1	1	1	1
<b>Otras actividades realizadas</b>				
Nombre de la actividad	Número de veces		Total	
Resguardo de material, expedientes y comienzo de periodo vacacional	1		1	

<b>1 JULIO / 6 AGOSTO / PERIODO VACACIONAL</b>				
<b>Actividades realizadas</b>				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	0	0	0
6 – 13 años	0	0	0	0
14 – 25 años	0	0	0	0
26 – 42 años	0	0	0	0
43 – 57 años	0	0	0	0

+58 años	0	0	0	0
Total	0	0	0	0

<b>7 AGOSTO / 6 SEPTIEMBRE</b>				
<b>Actividades realizadas</b>				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	0	0	0
6 – 13 años	1	4	4	4
14 – 25 años	16	16	16	16
26 – 42 años	7	7	7	7
43 – 57 años	9	9	9	9
+58 años	6	6	6	6
Total	39	42	42	42
<b>Otras actividades realizadas</b>				
Nombre de la actividad	Número de veces		Total	
Participación en área de mostrador	1		1	
Participación en área de puerta	2		2	
Participación en jornada de salud	1		1	

<b>7 SEPTIEMBRE / 6 OCTUBRE</b>				
<b>Actividades realizadas</b>				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	0	0	0
6 – 13 años	0	2	2	2
14 – 25 años	16	16	16	16
26 – 42 años	11	11	11	11
43 – 57 años	14	14	14	14
+58 años	9	9	9	9
Total	50	52	52	52
<b>Otras actividades realizadas</b>				
Nombre de la actividad	Número de veces		Total	
Participación en área de mostrador	2		2	
Participación en área de puerta	1		1	

<b>7 OCTUBRE / 6 NOVIEMBRE</b>				
<b>Actividades realizadas</b>				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	0	0	0
6 – 13 años	1	10	10	10
14 – 25 años	12	12	12	12
26 – 42 años	2	2	2	2
43 – 57 años	7	7	7	7
+58 años	2	2	2	2
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>33</b>
<b>Otras actividades realizadas</b>				
Nombre de la actividad	Número de veces		Total	
Participación en área de mostrador	1		1	
Participación en área de puerta	2		2	

<b>7 NOVIEMBRE / 6 DE DICIEMBRE</b>				
<b>Actividades realizadas</b>				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	0	0	0
6 – 13 años	2	7	7	7
14 – 25 años	10	10	10	10
26 – 42 años	4	4	4	4
43 – 57 años	7	7	7	7
+58 años	5	5	5	5
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>33</b>
<b>Otras actividades realizadas</b>				
Nombre de la actividad	Número de veces		Total	
Participación en área de mostrador	0		0	
Participación en área de puerta	2		2	

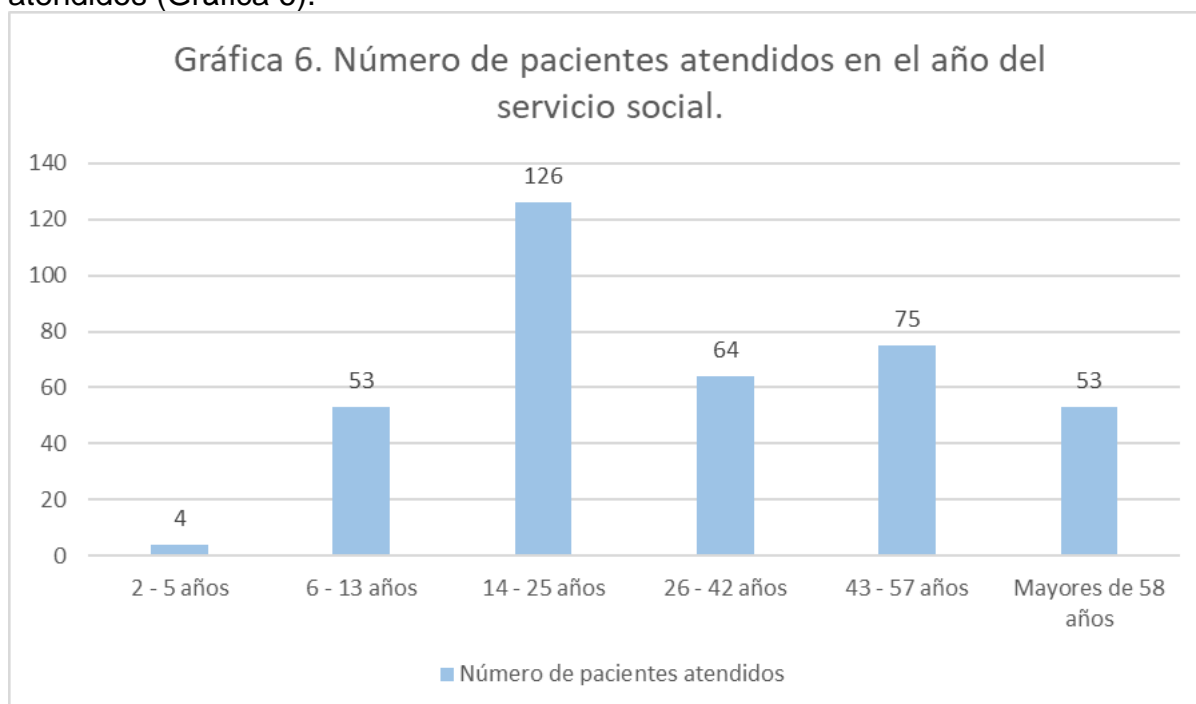
<b>7 DICIEMBRE / 6 ENERO / PERIODO VACACIONAL</b>				
<b>Actividades realizadas</b>				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	0	0	0
6 – 13 años	0	0	0	0
14 – 25 años	0	0	0	0
26 – 42 años	0	0	0	0

43 – 57 años	0	0	0	0
+58 años	0	0	0	0
Total	0	0	0	0

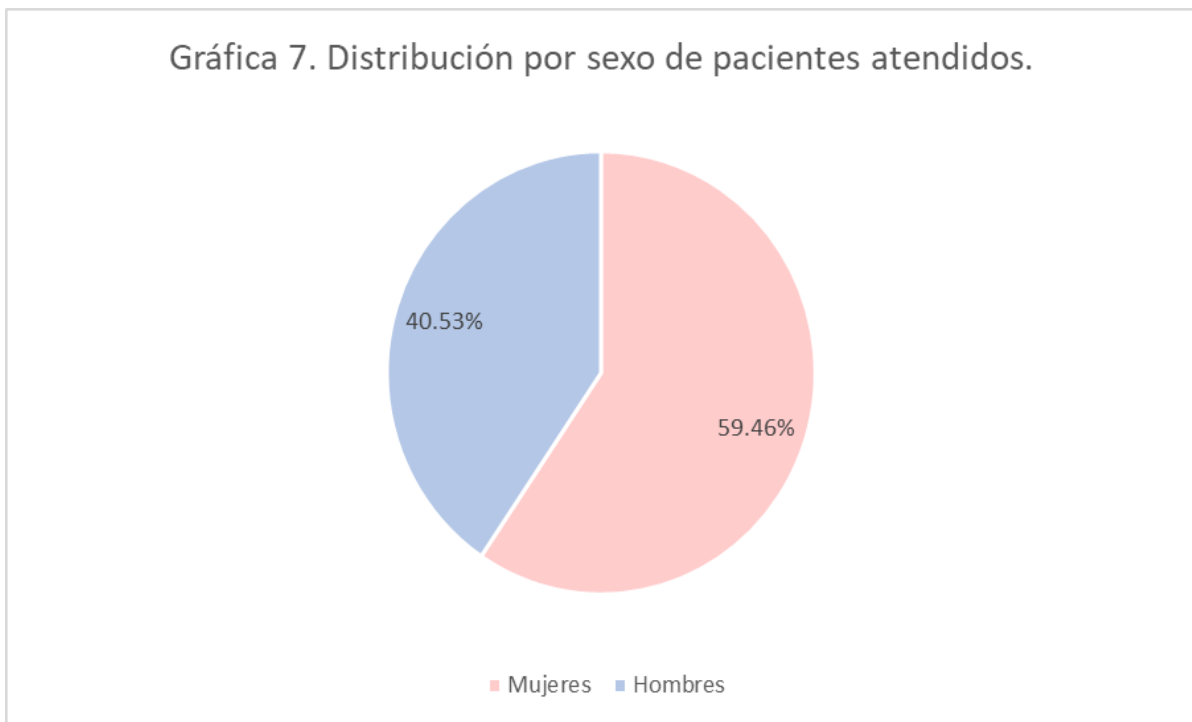
7 ENERO / 31 ENERO 2025				
Actividades realizadas				
Rango de edad	Toma de signos vitales	Historias clínicas elaboradas	Diagnósticos presuntivos	Elaboración de rutas clínicas
2 – 5 años	0	1	1	1
6 – 13 años	2	12	12	12
14 – 25 años	25	25	25	25
26 – 42 años	12	12	12	12
43 – 57 años	13	13	13	13
+58 años	11	11	11	11
Total	63	74	74	74
Otras actividades realizadas				
Nombre de la actividad	Número de veces		Total	
Participación en área de mostrador	0		0	
Participación en área de puerta	2		2	

### Representación gráfica de pacientes atendidos y actividades realizadas.

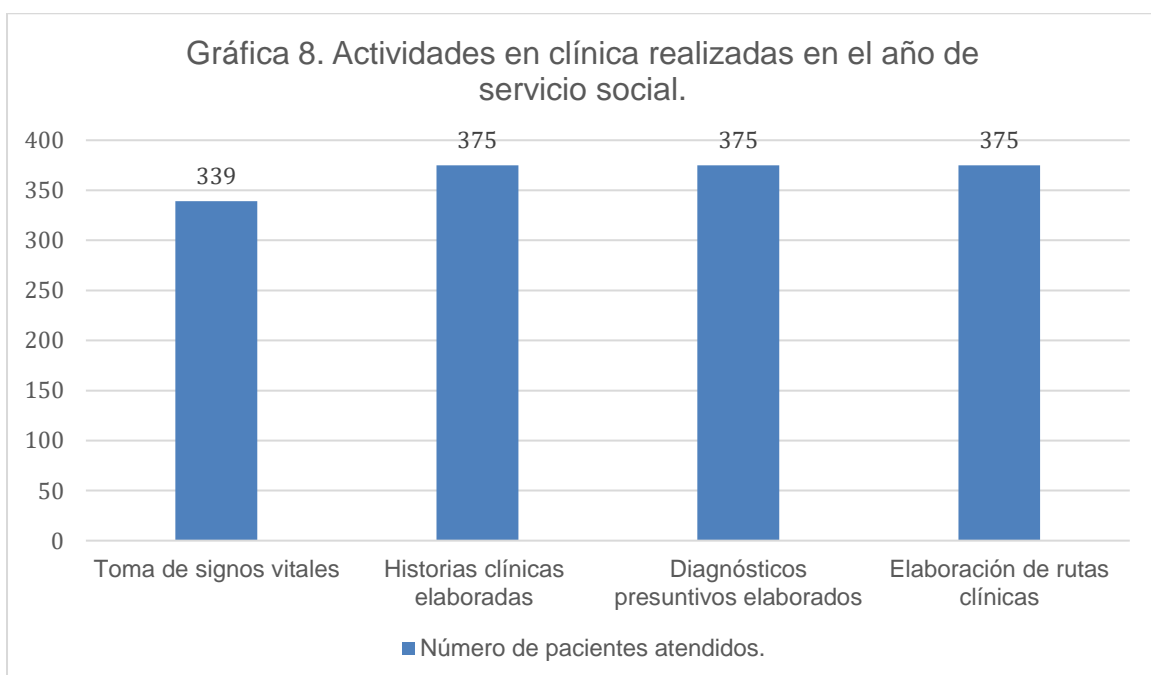
El mayor grupo representativo que solicitó su carnet fue de edades entre 14-25 años, con un total de 126 pacientes atendidos, a comparación de la atención dental solicitada para niños de 2 a 5 años fue significativamente baja, con solo 4 pacientes atendidos (Gráfica 6).



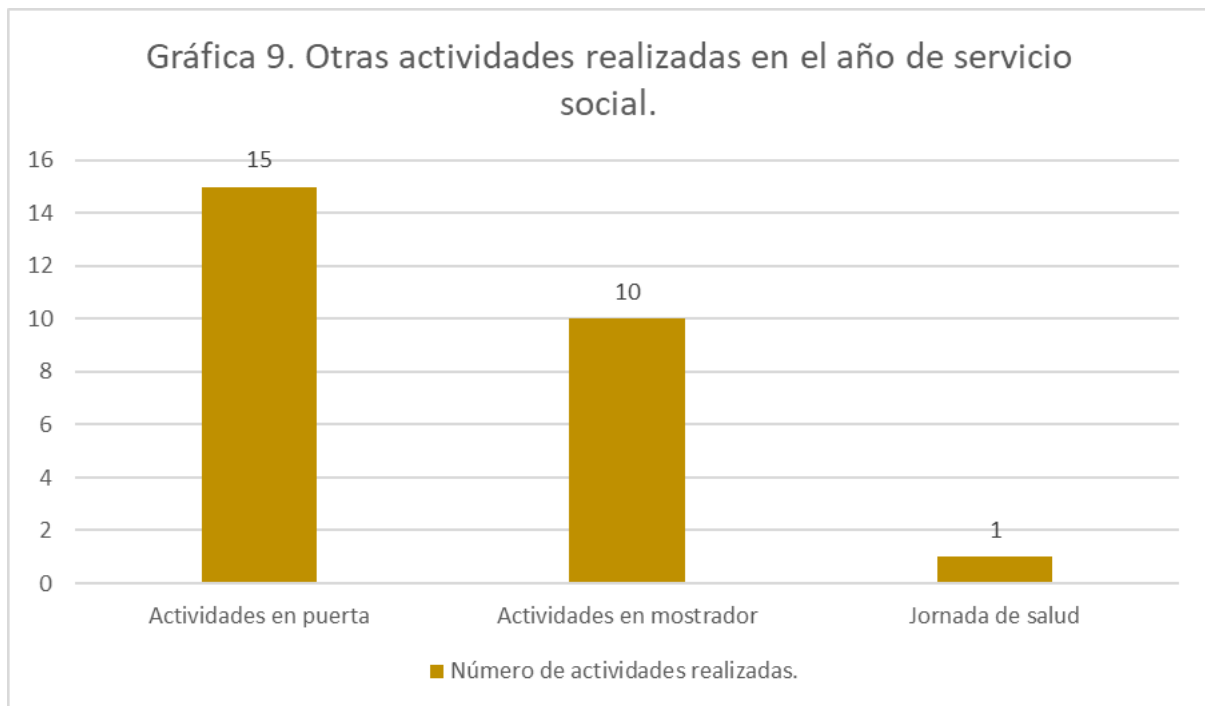
Para la distribución por sexo, se mostró una mayor proporción de mujeres (59.46%) que fueron atendidas, en comparación con los hombres (40.53%), durante el año del servicio social (Gráfica 7).



Las principales actividades realizadas fueron especialmente la toma de signos vitales y la elaboración de historias clínicas, en las cuales se estableció un diagnóstico presuntivo y se trazó su respectiva ruta clínica para la continuación de su tratamiento dental (Gráfica 8).



Otras actividades realizadas incluyeron la atención en puerta, brindando información a los pacientes, además cumplir con funciones administrativas en el mostrador y la participación de jornada de salud (Gráfica 9).



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

Las actividades de la CREDP son realizadas por pasantes del servicio social; ya sea por alumnos del último año de la carrera de odontología de la F.O. de la UNAM o pasantes externos que hayan seleccionado esa plaza proveniente de otras instituciones educativas y que solo les falte realizar su servicio social. Todas las actividades llevadas a cabo en la clínica están bajo la supervisión de docentes de la misma facultad.

Desde mi experiencia como pasante en la CREDP considero que la F.O. de la UNAM satisface las necesidades de la población, ya que ofrece un tratamiento integral a todos los que estén interesados en su salud dental, brinda un servicio realmente muy accesible económicamente y de calidad, en la Clínica de Admisión nosotros referimos a los pacientes dentro y fuera de la facultad, dependiendo del tratamiento que el paciente requiera, ya sea referido a alumnos de pregrado o alumnos de áreas específicas como el posgrado.

En mi opinión, en lo que concierne a las medidas de bioseguridad que se implementan en la CREDP son adecuadas, únicamente se utilizan barreras de protección personal como gorro, bata, cubrebocas, guantes e insumos, mismas que la institución proporciona; cabe destacar que las actividades realizadas en la clínica se limitan principalmente a la elaboración de historia clínica que contiene el examen extra e intrabucal; por lo que el riesgo de infecciones cruzadas es mínimo, salvaguardando tanto a los pacientes que reciben atención como a los que la brindamos.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES**

La Clínica de Recepción Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP) es un espacio fundamental del funcionamiento de la Facultad de Odontología de la UNAM; ya que, es la encargada del primer filtro en brindar atención de primera vez a pacientes. La elaboración de historias clínicas, la actualización y/o reposición de carnets y la asignación de rutas clínicas, han sido fundamentales para garantizar un diagnóstico presuntivo oportuno; para un correcto seguimiento en su atención dental. Además, fomenta la detección temprana y prevención de enfermedades bucales, contribuyendo significativamente a mejorar el bienestar de los pacientes. Al mismo tiempo, se consolida como un espacio de aprendizaje teórico-práctico para los estudiantes; ofreciendo servicios de calidad a costos accesibles para la población en general que requiera atención dental. Esta iniciativa refuerza el compromiso de la institución en la formación profesional. Mi experiencia obtenida me permitió fortalecer habilidades del diagnóstico clínico y administrativo, esencial en el ámbito odontológico. Como sugerencia, recomiendo la implementación de nuevas tabletas digitales que permitan optimizar tiempos, para que el servicio se pueda proporcionar de una manera más eficiente y rápida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Facultad de Odontología. Universidad Nacional Autónoma de México. Nuestra facultad. [Internet]. Ciudad de México: UNAM; 2021. [citado el 26 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.odonto.unam.mx/index.php/es/nuestra-facultad>
2. Universidad Nacional Autónoma de México. Manual de procedimientos de la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP) [Internet]. Ciudad de México: Facultad de Odontología; [citado 2025 Mar 6]. Disponible en: [https://www.abogadogeneral.unam.mx/sites/default/files/archivos/Repositorio/Facultad%20de%20Odontolog%C3%ADa/Manual%20de%20procedimientos%20de%20la%20Cl%C3%ADnica%20de%20Recepci%C3%B3n%20Evaluaci%C3%B3n%20y%20Diagn%C3%B3stico%20Presuntivo%20\(CREDP\)\\_reducido.pdf](https://www.abogadogeneral.unam.mx/sites/default/files/archivos/Repositorio/Facultad%20de%20Odontolog%C3%ADa/Manual%20de%20procedimientos%20de%20la%20Cl%C3%ADnica%20de%20Recepci%C3%B3n%20Evaluaci%C3%B3n%20y%20Diagn%C3%B3stico%20Presuntivo%20(CREDP)_reducido.pdf)
3. Ponce S. Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico (CRED) de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM. ROM. [Internet]. 2008 [citado 2024 Dic 12];12(4):166-167. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v12n4/1870-199X-rom-12-04-166.pdf>