



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

UNAM
POSGRADO
Programa de MAESTRÍA y DOCTORADO
en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud



DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**“USO DEL FLUORURO DIAMINO DE PLATA EN LA CARIES DE LA
PRIMERA INFANCIA”**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN -CLÍNICA DE RECEPCIÓN Y DIAGNÓSTICO (CRED)

PASANTE DE SERVICIO SOCIAL: OROPEZA SANCHEZ ISAMAR

MATRÍCULA: 2193068096

PERIODO DE SERVICIO
1 DE AGOSTO DEL 2024- 31 DE JULIO DEL 2025

ASESORES: DRA. RESENDIZ LÓPEZ ANALY.
DR. CADENA GONZÁLEZ JOSÉ GUSTAVO

"Uso del fluoruro diamino de plata en
la caries de la primera infancia"



ASESOR DE SERVICIO SOCIAL
DR. CADENA GONZÁLEZ JOSÉ GUSTAVO

"Uso del fluoruro diamino de plata en la
caries de la primera infancia"



ASESOR INTERNO
DRA. ANALÝ RESENDIZ LÓPEZ.



CDE. Karla J. Olvera Olvera
COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

INDICE	
1. RESUMEN DEL INFORME.....	6
2. INTRODUCCIÓN GENERAL.....	7
3. CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN	8
Introducción.....	8
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	9
Objetivos	9
-Objetivo General	9
-Objetivos Específicos	9
MARCO TEÓRICO.....	10
1.Caries	10
1.1 Etiología	11
1.2 Factores de riesgo a caries	12
1.3 Prevalencia de caries en la edad temprana	13
1.4 Manejo de conducta en la consulta pediátrica	14
2. Fluoruro Diamino de Plata.....	15
2.1 Uso del fluoruro Diamino de plata en la odontopediatra	16
2.2 Mecanismo de acción	17
2.3 Marcas más usadas en Latinoamérica	18
2.4. Percepción por parte del padre o tutor	19
4. Metodología.....	19
5. Resultados	20
6. CONCLUSIONES	20
7. Bibliografía.....	22
8. CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.....	26
9. CAPÍTULO IV. INFORME NÚMERICO NARRATIVO	29
10. CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	32
11. CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	33

1. RESUMEN DEL INFORME

El presente proyecto se realizó para hacer una revisión bibliográfica sobre el uso de **fluoruro diamino de plata** en la **caries de la primera infancia** ya que durante el año de servicio social pude ver con más frecuencia pacientes pediátricos menores a 5 años con lesiones cariosas activas, así como pacientes con antecedentes de caries en la primera infancia donde esta condición propició un mal hábito con respecto a la salud bucal en general provocando daños mayores e irreversibles como la pérdida parcial o total de los dientes durante la vida adulta, por lo cual es importante el conocer alternativas de tratamientos que puedan ayudar a los pacientes pediátricos y sobre todo que no tenga repercusiones en su economía y sea útil para frenar el **proceso carioso**.

En el presente trabajo se abordará desde la definición de **caries**, caries en la primera infancia, la prevalencia, etiología, manejo de conducta en la consulta pediátrica, uso del **fluoruro diamino de plata**, mecanismo de acción así como algunas marcas más usadas en Latinoamérica y el impacto que tiene este mismo sobre el padre o tutor de los menores

Se realizó el servicio social durante el periodo del 1 de Agosto de 2024 al 31 de Julio de 2025 en la división de estudios de posgrado e investigación en la clínica de recepción y admisión (CRED) de la Universidad Nacional Autónoma de México donde mi trabajo a desempeñar fue el realizar historias clínicas para el ingreso de los pacientes a las diversas especialidades que éste ofrece, dentro de mis actividades incluían el ingresar los datos personales del paciente al sistema que utiliza la CRED para así poder generar su código y número de expediente el cual servirá para identificarlo en cada clínica donde sea atendido, después dar el consentimiento informado para que el paciente pueda leerlo y firmarlo en caso de estar de acuerdo, tomarle fotografías intra y extra orales las cuales aparecerán en su carnet y expediente electrónico, al finalizar estos pasos se inicia como tal con la historia clínica en donde se realizan preguntas acerca de su vivienda, inmunizaciones, antecedentes personales y heredofamiliares patológicos para poder colocar en su carnet si hay alguna enfermedad, así como después de realizar el odontograma poder colocar el **padecimiento bucal** para poder determinar cual es la ruta clínica adecuada para cada paciente y así poder explicarle hacia donde debe dirigirse para poder iniciar con su tratamiento.

Palabras clave: caries, caries de la primera infancia, proceso carioso, fluoruro diamino de plata, padecimiento bucal.

2. INTRODUCCIÓN GENERAL

El presente documento corresponde al informe del servicio social realizado del 1 de Agosto de 2024 al 31 de Julio de 2025 en la Universidad Nacional Autónoma De México, Facultad De Odontología División De Estudios De Posgrado E Investigación -Clínica De Recepción Y Diagnóstico (CRED) ubicada en Investigación Científica 1853, C.U., Coyoacán, 04510 Ciudad de México, CDMX.

En el año cursado de servicio social me permití reforzar conocimientos, así como desarrollar el sentido de solidaridad y empatía a todos los pacientes que acudían a la CRED por alguna necesidad específica, para continuar sus tratamientos o sólo por una revisión, durante este periodo de tiempo pude realizar actividades como lo fue historias clínicas donde mediante preguntas realizadas a los pacientes pude saber si tenían alguna enfermedad, lo medicamentos que tomaban y como influían en su salud bucal, hábitos, así como superficialmente su situación económica, también revisión de los pacientes para realizar rutas clínicas de acuerdo con sus necesidades y situación económica, de igual manera pude desarrollar nuevas habilidades con los cursos que nos impartían las diferentes especialidades como lo fue odontopediatría con el taller "Personal de salud como agente de cambio para el desarrollo infantil" donde en conjunto con la aplicación de Vroom aprendí como podemos ayudar a los niños en consulta a perder el miedo y poder incluirlos más dentro de la misma y por último el Laboratorio de genética molecular con el "Curso de calibración de clínicos para estudios de investigación en Periodoncia" donde entendí la importancia de un buen uso de las sondas periodontales para dar un buen diagnóstico después de realizar el periodontograma para en conjunto con todo lo ya aprendido se pudiera dar una mejor atención a cada paciente.

El presente informe consta de VI capítulos divididos de la siguiente manera:

El Capítulo I es una introducción general a las actividades realizadas durante el año de servicio social.

El Capítulo II consta de la revisión bibliográfica acerca del Uso del Fluoruro Diamino de Plata en la caries de la primera infancia.

El Capítulo III es la descripción de la plaza donde se realizó el servicio social seguido del Capítulo IV que son las actividades realizadas dentro del mismo pero ordenadas por mes.

En el Capítulo V y VI se muestran los resultados obtenidos después de la investigación, así como los resultados.

3. CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caries como la destrucción del diente provocada cuando la placa bacteriana formada en la superficie dental convierte los azúcares de los alimentos y bebidas en ácidos, que con el tiempo disuelven el esmalte dental y la dentina, también hace un apartado para poder definir la caries de la primera infancia como caries caracterizadas por la presencia de uno o más dientes afectados por lesiones cariosas o de mancha blanca en dientes de leche de un niño menor de seis años¹.

Según la OMS, México cuenta con una afectación por patologías orales del 60% a 90% de la población donde la patología predominante es la caries dental ²en donde diversos factores como nivel socioeconómico, cultural, zona de residencia, sexo, etc son de gran impacto para la distribución y gravedad de esta enfermedad.³

En la presente revisión bibliográfica se aborda el tema de caries dental en la primera infancia, en donde se analiza el concepto de dicha patología, así como su afectación a la población mexicana y en Latinoamérica, sus diversos factores de riesgo, el uso del fluoruro diamino de plata como un tratamiento efectivo en el control y eliminación de la caries dental tomando en cuenta su mecanismo de acción y su funcionamiento ante casos en pacientes pediátricos con problemas de conducta o poco cooperadores, de igual manera analizando algunas marcas comerciales existentes en Latinoamérica para ver su funcionamiento y el impacto que tiene tanto en los pacientes como en los padres o tutores debido a las condiciones estéticas que provoca dicho producto.

El fluoruro diamino de plata (FDP) es un medicamento tópico utilizado para retrasar o detener el deterioro dental tanto en dientes primarios como en dientes permanentes, se considera un método conservador y de menor costo a utilizar en pacientes pediátricos. El FDP, ayuda a formar una película de grosor variable de fluoruro de calcio y fosfato de plata en la superficie del esmalte para hacerlo insoluble y resistente al ataque del ácido.⁴

Planteamiento del problema

A lo largo de la historia de la humanidad, la salud bucodental ha sido un problema que afecta a más de la mitad de la población mundial⁵, sin embargo en las últimas décadas se ha dado un mayor enfoque a buscar métodos de prevención tomando en cuenta varios factores en la población como lo son la parte socioeconómica, ubicación geográfica, alimentación, enfermedades, así como hábitos ya sea adquiridos o heredados, esto con el fin de poder llegar a tratamientos menos invasivos y más económicos como lo son el uso del fluoruro Diamino de plata para poder tratar lesiones cariosas, conociendo sus

indicaciones, ventajas, desventajas y poder llegar a ser una buena opción como tratamiento en México tomando en cuenta que muchas veces la situación socioeconómica en las familias no es favorable para poder llevar un control de salud bucodental en los niños, por lo que se llega a extremos donde el paciente sufre una pérdida prematura de la dentición trayendo con ello más problemas.⁶

Justificación

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), la prevalencia de caries en niños mexicanos oscila entre el 70% y el 90%, dependiendo de la región y del acceso a servicios odontológicos.

Ante la creciente cantidad de casos relacionados con enfermedades bucodentales como lo son la caries dental que resultan ser una enfermedad persistente y significativa en los niños⁷, se han buscado alternativas para prevenirlas, así como diversos tratamientos como el uso del fluoruro diamino de plata en la caries de la primera infancia, que puede brindar una alternativa segura para poder tratar a los pacientes pediátricos gracias a sus efectos bacteriostáticos, bactericidas, inhibidores y remineralizantes de caries⁸. Por ello resulta de suma importancia el poder conocer el uso y manejo del fluoruro diamino de plata como tratamiento para poder brindar a los pacientes⁹ y concientizarlos sobre sus efectos estéticos que a muchos pacientes e incluso familiares resultan ser desagradables, ante estas situaciones siempre el odontólogo responsable debe buscar la forma correcta de dirigirse hacia los pacientes y familiares sustentando el uso de la mejor alternativa para cada paciente.⁴

Objetivos

-Objetivo General

1. Demostrar los beneficios y propiedades del uso de Fluoruro Diamino de Plata como tratamiento en la caries de la edad temprana, así como definir correctamente el uso del término de caries de la primera infancia

-Objetivos Específicos

1. Definir el término "caries de la primera infancia"
2. Describir los componentes y las funciones del Fluoruro Diamino de Plata.
3. Analizar el uso del Fluoruro Diamino de plata en lesiones de caries en la edad temprana
4. Comparar algunas marcas comerciales en Latinoamérica con respecto a las desventajas que sus productos ofrecen.

MARCO TEÓRICO

1. Caries

La OMS ha definido a 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 que evoluciona hasta la formación de una cavidad.¹⁰ Se estima que las enfermedades bucodentales afectan a casi 3700 millones de personas. Según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2021, la caries dental no tratada en dientes permanentes es el trastorno de salud más frecuente. La mayoría de enfermedades y afecciones bucodentales comparten factores de riesgo modificables como lo son dietas ricas en azúcares libres, consumo de tabaco y alcohol así mismo existe una relación muy clara y uniforme entre la situación socioeconómica, la prevalencia y gravedad de estas enfermedades desde la infancia hasta la vejez.⁷

Durante Noviembre de 2024 y como resultado de la primera reunión mundial sobre salud bucodental organizada por la OMS realizada en Bangkok Tailandia se adoptó la Declaración de Bangkok –No hay salud sin salud bucodental- en la cual se aboga por promover a las enfermedades bucodentales en un lugar prominente de las prioridades mundiales de salud pública.¹¹

Caries de la Primera Infancia

De acuerdo con Pitts N. et, al la Caries de Primera Infancia (CPI) es definida como la presencia de una o más superficies cariadas (cavitadas o no cavitadas), perdida u obturada (debido a caries), en cualquier diente primario de un niño menor de hasta 71 meses de edad.¹²

A diferencia de la caries en dientes permanentes, la CPI afecta por lo general a los dientes superiores primarios. Algunos años atrás se también se le conocía como caries del biberón, ya que se le asociaba a la utilización de éste; sin embargo, se ha demostrado que no sólo se debe al uso frecuente del biberón, este tipo de lesiones cariosas pueden aparecer con la presencia de cualquier líquido azucarado (natural o artificial) como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos.¹³

1.1 Etiología

En la CPI al igual que otros tipos de lesiones cariosas es de etiología multifactorial y contiene tres factores epidemiológicos principales: huésped susceptible (representado por los dientes y la saliva), microorganismos cariogénicos (en mayor porcentaje el *Streptococcus mutans*) y carbohidratos fermentables que interactúan en un periodo determinado de tiempo, sin embargo la biología de la CPI puede ser modificada por diversos factores únicos para cada infante, relacionado a la inmadurez del sistema inmunológico, patrones de comportamientos asociados a la alimentación y la deficiente higiene oral en los infantes.¹⁴

Los microorganismos más asociados con el proceso de inicio de desarrollo de lesiones de caries es el grupo de *S. mutans*, junto a otros microorganismos como lactobacilos, presentan un nivel muy elevado de aciduria y acidogenicidad en medio ácido, en comparación con el resto de microorganismos del biofilm.¹³ Su capacidad de sintetizar glucanos extracelulares les confiere además gran virulencia, ya que aglutinan a las bacterias de la placa, promueven la colonización en la superficie dental y cambian las propiedades de difusión de la matriz de la placa.¹⁵

Se ha identificado al *Streptococcus mutans* como la principal bacteria cariogénica responsable de la caries dental, mientras que los *Streptococcus sobrinus* participarían en la progresión de la enfermedad.¹¹

Años atrás se creía que era necesaria la presencia de dientes para la adhesión y proliferación de *Streptococcus mutans* en la cavidad oral pero gracias a estudios como el de Achahui y col reportaron que la colonización por *Streptococcus* cariogénicos ocurre a mayor velocidad en tejidos blandos comparada con la colonización de tejidos dentales.¹⁶

Microorganismos cariogénicos

Dentro de diversos estudios se han encontrado que *Streptococcus mutans* y *Streptococcus sobrinus* son las principales bacterias presentes en las caries de la primera infancia. Los lactobacilos también intervienen en la progresión de las caries, pero no en su inicio. Las bacterias consumen y metabolizan carbohidratos como la sacarosa, la fructosa y la glucosa, así mismo producen ácido láctico. Este ácido disminuye el pH intra oral y provoca la desmineralización del esmalte dental. Una desmineralización prolongada eventualmente provoca la corrosión de la dentina y la cavitación.

Los niños que contraen *Streptococcus mutans* a una edad más temprana, incluso antes de la erupción del primer diente, tienen un mayor riesgo

de desarrollar caries. Este período se denomina .ventana de infectividad . Si se implementan medidas preventivas durante este período crucial, el riesgo de desarrollar caries es mucho menor, ya que menos bacterias patógenas colonizarán los nichos orales.¹⁷

Los dientes primarios mantienen el espacio para los dientes permanentes y son esenciales para el bienestar del niño, debido a que la caries dental puede llevar a dolor crónico, infecciones y otras morbilidades. La Caries de la Primera Infancia es prevenible, pero actualmente afecta a más de 600 millones de niños en el mundo, y permanece mayormente no tratada. Esta enfermedad tiene un gran impacto en la calidad de vida de los niños y sus familias y es una carga innecesaria a la sociedad.

La Caries de Primera Infancia, como otras formas de Caries, es considerada una enfermedad dinámica, mediada por la biopelícula, impulsada por azúcares, multifactorial, que resulta en un desbalance en la desmineralización y remineralización de los tejidos duros dentales.¹²

Además, se sabe que también la alimentación a libre demanda del seno materno y la utilización de tazas entrenadoras y de chupones endulzados pueden causar esta caries. La alimentación al seno materno, por sí sola, no genera CIT, pero cuando se combina con la ingesta de otros carbohidratos se ha encontrado que es altamente cariogénica.¹⁸

1.2 Factores de riesgo a caries

Los principales factores de riesgo de los niños menores de 5 años son: una dieta rica en carbohidratos, permitir que el lactante consuma bebidas azucaradas en las noches, utilizar el bebiéron por más de un año, presentar una mala higiene oral y el factor socioeconómico, siendo este último el más predisponente. Por otra parte, un defecto en el esmalte dental, prácticas inadecuadas de higiene oral y el bajo peso al nacer se asocian a las causas más frecuentes de la caries de la infancia temprana, presentando como consecuencia un alto porcentaje de prevalencia de esta enfermedad.¹⁹ En años anteriores se consideraba a la observación clínica de restauraciones colocadas recientemente debido a lesiones cariosas como un factor de riesgo, sin embargo son considerados más un indicador de enfermedad que un factor de riesgo ya que estas restauraciones no causan la enfermedad directa o indirectamente.²⁰ Las enfermedades bucodentales como lo son la caries dental tienen mayor predilección por las poblaciones más vulnerables y pobres en Latinoamérica. En los últimos años se pudo identificar que existe una relación entre los hábitos de crianza y la caries de la infancia temprana, donde estos hábitos de crianza afectan negativamente la salud oral de los infantes.¹⁹

El problema de lesiones cariosas se agrava en comunidades marginadas donde la falta de acceso a atención dental y la limitada disponibilidad de agua fluorada contribuyen a una mayor incidencia de la enfermedad.²¹

Con el paso de los años y la creciente cantidad de casos de enfermedades dentales se han desarrollado vías de atención para el manejo de caries las cuales proporcionan criterios con respecto al diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades las cuales clasifican el riesgo en niños de 0 a 5 años como riesgo bajo, moderado y alto proporcionando un diagnóstico, intervenciones preventivas e intervenciones restauradoras, estas vías de atención para niños remarcan aún más las decisiones con respecto al tratamiento individualizado y los umbrales de tratamiento basados en los niveles de riesgo, la edad y el cumplimiento de las estrategias preventivas de un paciente específico, las cuales van a producir una mayor probabilidad de éxito, menos complicaciones y un uso más eficiente de los recursos que un tratamiento menos estandarizado.²²

Tipo de pacientes en los que está indicado para la detención de la caries dental

1. Pacientes con riesgo de caries extrema como en los casos de disfunción salival, generalmente secundaria al tratamiento del cáncer, síndrome de Sjogren, xerostomía causada por medicamentos.
2. En pacientes que no pueden tolerar el tratamiento estándar por razones médicas o psicológicas. Estos incluyen la caries severa de la primera infancia como la caries del lactante.
3. Pacientes que tienen un riesgo mucho mayor de infección sistémica derivada de la caries dental no tratada, como en el caso de diversas formas de inmuno compromisos.
4. En lesiones difíciles de tratar que representan un desafío para el acceso, el aislamiento y la capacidad de limpieza necesarios para el éxito del tratamiento.²³
5. En pacientes que tienen más lesiones de las que pueden tratarse en una visita, de modo que surgen nuevas lesiones o las lesiones existentes se vuelven sintomáticas mientras esperan la finalización del tratamiento.²⁴
6. Pacientes pediátricos con un peso menor a 30 Lb o 13.6 Kg, en quienes está contraindicado realizar sedación.²⁵

1.3 Prevalencia de caries en la edad temprana

En México en algunos estudios incluidos se calculó la prevalencia general de caries. En la década de 1980, se reportaron prevalencias de caries de hasta 92,8%; 6, 7 entre los años 1990-1999, la mayor prevalencia reportada fue de 97%; de 2000 a 2009 la prevalencia más alta reportada fue de 95%; de 2010 a 2019 la mayor prevalencia fue de 94.6%; y de 2020 a 2021 se reportaron prevalencias de hasta 88.5%.²⁶

Según un estudio de Irigoyen existe un factor determinante al hablar de CPI que es el nivel socio económico²⁷ su estudio se basó en niños con NSE bajo y NSE medio-bajo y encontraron que los dientes temporales tuvieron una mayor cantidad de caries en el grupo con NSE bajo en comparación con los niños del grupo con NSE medio-bajo. En cuanto a los dientes permanentes, se encontró

una diferencia mínima y presentaron mayor cantidad de caries los niños del grupo con NSE medio-bajo con respecto a los del grupo con NSE bajo.²⁸ Al igual que en su estudio Vazquez-Nava dice que se registró la prevalencia de caries en niños de NSE alto, nivel medio y bajo del 97.5-100%, 95%, 95.6-100%, respectivamente²⁹ de igual manera reportaron que no existen diferencias significativas entre la prevalencia de caries dental en niños de familias con estatus económico bajo y alto.³⁰ García-Perez estudiaron un grupo de niños de una comunidad rural de Oaxaca, México, y obtuvieron una prevalencia de caries del 72.4% y un valor bajo en el CPOD.³¹

1.4 Manejo de conducta en la consulta pediátrica

Dentro de la profesión odontológica se presentan diversos factores que pueden ayudar o complicar la consulta misma como lo es la actitud de cada paciente lo que va a desencadenar una conducta con respecto al profesional, los seres humanos por naturaleza siempre buscamos el sentirnos cómodos y seguros ante una situación nueva aunque esta misma situación puede causar inseguridad y miedo a lo desconocido por lo que el trato puede dar un giro de 180°, en lo que respecta a la población infantil en odontología es muy difícil predecir el cómo será su conducta hacia algo nuevo como lo es ir a consulta y conocer a alguien nuevo que va a invadir su privacidad de cierto modo al revisar la cavidad bucal, para esto una clave importante son los padres o tutores que llevan al niño los cuales pueden ayudar a explicar y familiarizar al infante, con el paso de los años se han desarrollado varias formas de manejar la conducta de cada menor adaptando y siendo individual el manejo que se requiere. El objetivo de un óptimo tratamiento dental es proporcionar una atención de calidad y esto puede no ser posible si el paciente no coopera o no puede hacerlo.

Para solucionar este problema, a lo largo del tiempo se han descrito distintas técnicas que pueden ayudar a los odontólogos a manejar el comportamiento²³ de los niños y por otro lado, a los niños a estar más tranquilos y a familiarizarse con el entorno clínico. Para la AAPD (Academia Americana de Odontopediatría) cada paciente debe ser tratado de manera personal y con específico cuidado al momento del tratamiento dental. La selección de las técnicas depende de la edad, de las necesidades del paciente y de la habilidad del profesional. Se pueden agrupar estas técnicas en tres grandes grupos:

- Técnicas farmacológicas: se aplican exclusivamente en niños que no colaboran debido a falta de madurez física, emocional y psicológica o con necesidades especiales. Son la sedación y la anestesia general.
- Técnicas comunicativas: son las más frecuentes. Se aplican en los pacientes que tienen madurez suficiente para entender y comunicarse con el operador. En este grupo encontramos: "decir-mostrar-hacer", desensibilización, modelamiento, manejo de la contingencia y distracción.
- Técnicas no comunicativas: se aplican en pacientes que por diferentes razones interrumpen o impiden concluir el tratamiento. Tenemos: control de voz, estabilización protectora y restricción física.³²

TRATAMIENTOS

La prevención y el cuidado de enfermedades bucales pueden ser estructurados en tres fases:

- Prevención Primaria que incluye mejorar la educación en salud oral para padres/cuidadores y trabajadores de la salud, limitar el consumo de azúcares libres en comidas y bebidas, y exponer diariamente a los fluoruros.
- La Prevención Secundaria consiste en el control efectivo de las lesiones iniciales antes de su cavitación e incluye la aplicación de barnices fluorados con mayor frecuencia y la aplicación de sellantes de fosas y fisuras en molares susceptibles.
- La Prevención Terciaria, incluye la detención de las lesiones cavitadas y el tratamiento operatorio orientado a la preservación de la mayor cantidad de estructura dentaria.¹²

2. Fluoruro Diamino de Plata

El SDF fue desarrollado en Japón en la década de 1960 y se utiliza para controlar la aparición de caries dental en la infancia, prevenir la caries radicular, prevenir la caries de fisuras y la caries secundaria, desensibilizar los dientes hipersensibles y restaurar los dientes desmineralizados, prevención de la erosión dental, detección de tejido dañado en el proceso de caries dental, excavar y tratar los conductos radiculares infectados.⁹ El SDF es un fármaco dental que se usa tópicamente, con una fórmula líquida al 38%, con un pH de 10, y que comprende 5,0%-5,9% fluoruro, 24,4%-28,8% volumen de plata, 8% amoníaco, y 62% agua. Por otra parte, el SDF es un líquido cristalino que combina los efectos antimicrobianos de la plata con los efectos remineralizantes del fluoruro, se compone de iones fluoruro e iones de plata diamina, por lo que, su introducción se dio como resultado de un enfoque no invasivo y fácil de usar para el tratamiento de la caries invasiva. Además, el SDF es un tratamiento sencillo no quirúrgico que se utiliza para detener y prevenir las caries, sin embargo causa una decoloración negra permanente

Algunos estudios recientes señalan que el FDP al 38% detiene las caries dentales al minimizar la pérdida de mineral y la destrucción de colágeno. Es más, la alta concentración de iones de plata y fluoruro inhibió el crecimiento de biopelículas cariogénicas.⁴

El Fluoruro Diamino de Plata (38% p / v Ag (NH₃) 2F, 30% p / p) es un agente tópico incoloro compuesto de 24.4-28.8% (p / v) de plata y 5.0-5.9% de fluoruro, a pH 10,4, comercializado por algunas casas comerciales como

Advantage Arrest, FAgamin, E-SDF. Adicionalmente, podemos encontrarlo en la presentación Riva Star a la cual se le añadió Yodo para reducir las manchas oscuras en los dientes.

El Fluoruro Diamino de Plata (FDP) es un agente con propiedades anti-cariogénicas, remineralizantes y bactericidas utilizado para tratamiento y control de la caries. Sus componentes principales son:

- PLATA: los compuestos de plata se han utilizado por décadas para muchos fines médicos como agente antimicrobiano y en odontología desde hace más de un siglo para el tratamiento de caries.
- FLUORURO: es conocido por su efecto bacteriostático en odontología para prevenir la desmineralización de la estructura dental.
- YODURO: los materiales a base de yoduro son conocidos como materiales antisépticos cuando se aplican en tejidos vivos o en piel para reducir la posibilidad de infecciones, sepsis. El yoduro de potasio utilizado en combinación con el FDP proporciona un potente efecto antimicrobiano al tiempo que reduce el manchado potencial de los dientes tal como sucedía con su sistema predecesor de un componente.³³

En 1975, se introdujo un sistema de barniz a base de poliuretano conteniendo el 0.1% de flúor en la forma de difluorsilano (DFS). Su mecanismo de acción controla el proceso de remineralización, incorpora el fluoruro dentro de las capas del esmalte. Usualmente, se adhiere a la superficie dental por más de 24 horas y se obtienen mejores resultados si se realizan aplicaciones periódicas cada seis meses.⁹

2.1 Uso del fluoruro Diamino de plata en la odontopediatría

En la odontopediatría siempre se busca la forma más pertinente, fácil y cómoda para trabajar con cada paciente por lo que resulta de suma importancia conocer diferentes alternativas de tratamientos y así brindar una experiencia grata para cada persona sin importar cual es el motivo de consulta, siempre se busca brindar un servicio óptimo para que se cumplan las necesidades y expectativas del paciente para así no formar malas experiencias en cada niño. Para poder tratar lesiones cariosas en niños se debe buscar el método que ayude a poder combatir el problema, se tienen diversas opciones de tratamiento como lo son el uso de composites como las resinas, coronas, fundas de celuloide pero todo depende de las necesidades de cada paciente para elegir el mejor tratamiento, cuando los pacientes no son cooperadores o tienen alguna limitación se usan las diversas técnicas de manejo de conducta aunque en algunos casos extremos no son suficientes y se necesita llegar a la sedación donde entran más factores a consideración.

En los últimos años se ha demostrado que el fluoruro de diamino de plata es una buena opción para tratar lesiones cariosas en niños pequeños, personas con discapacidades del desarrollo y cualquiera que tenga dificultades para recibir atención bucal dentro de un consultorio dental.³⁴

Con el fluoruro Diamino de plata se ha encontrado una alternativa más segura y económica que ofrece grandes beneficios sin necesidad de llegar a alternativas más invasivas con los niños y muy pocas desventajas como lo es que, algunos niños notan un sabor metálico que dura aproximadamente un día esto es normal.

Una vez aplicado en la caries, el fluoruro de diamino de plata tiñe la caries de negro de forma permanente. Si se aplica a un diente temporal, el diente permanente que lo sustituya no se teñirá. El fluoruro de diamino de plata no mancha los dientes adyacentes. Solo teñirá la caries por lo que resulta ser una excelente opción para tratar lesiones cariosas.³⁵

2.2 Mecanismo de acción

El Fluoruro Diamino de Plata se usa en el tratamiento de superficies con sensibilidad dentinaria y para detener el progreso de la caries dental.

La disminución de la sensibilidad en pacientes tratados con Fluoruro Diamino de Plata es consistente con la teoría hidrodinámica de la hipersensibilidad dentinaria. La aplicación tópica del mismo resulta en el desarrollo de una capa escamosa en la dentina expuesta, que obstruye parcialmente los túbulos dentinarios, altas concentraciones acuosas de plata han sido muy conocido que forma esta capa protectora, de igual forma el FDP puede actuar como inhibidor de caries, y proporciona tres componentes activos a las zonas afectadas por la misma.

Al aplicar Fluoruro Diamino de Plata a una superficie deteriorada³⁵ se forma una capa escamosa de conjugados de plata-proteína, lo que aumenta la resistencia a la disolución ácida y digestión enzimática.

El Fluoruro Diamino de Plata inhibe específicamente las proteínas que descomponen la matriz orgánica de la dentina expuesta: metaloproteinasas de la matriz; catepsinas; y colagenasas bacterianas. Los iones de plata actúan directamente contra las bacterias en las lesiones al romper las membranas, desnaturalizando proteínas e inhibiendo la replicación del ADN.

El Fluoruro Diamino de Plata supera a otros medicamentos contra la caries ocasionando la muerte de las bacterias cariogénicas en los túbulos dentinarios. Los iones de plata y fluoruro penetran ~ 25 micras en el esmalte, y 50-200 micras en dentina. El fluoruro promueve la remineralización y la plata está disponible para la acción antimicrobiana tras su liberación por reacidificación.

Las lesiones cariosas que son detenidas con Fluoruro Diamino de Plata son de 150 micras de espesor. Las lesiones artificiales tratadas con Fluoruro Diamino de Plata son resistentes a la formación de biopelículas y mayor formación de cavidades, presumiblemente debido al remanente de plata iónica más plata y el fluoruro se depositan en la dentina desmineralizada que en la no

desmineralizada; correspondientemente, la dentina desmineralizada tratada es más resistente a la bacteria de la caries que la dentina tratada. Cuando las bacterias destruidas por los iones de plata se agregan a las bacterias vivas, la plata se reactiva, por lo que efectivamente las bacterias muertas matan a las bacterias vivas en un "Efecto Zombie". Este efecto reservorio ayuda a explicar por qué la plata depositada en bacterias y proteínas de dentina dentro de la cavidad tiene efectos antimicrobianos sostenidos.³³

FLUORURO DIAMINO DE PLATA ADICIONADO CON YODURO DE POTASIO.

Al igual que el fluoruro diamino de plata convencional, existe el fluoruro diamino de plata adicionado con yoduro de potasio que aunque proporciona las mismas propiedades tiene el beneficio de reducir el color negro característico después de cada aplicación.³⁵

Una de las principales barreras para la aceptación estética del tratamiento con FDP es la coloración negra que se produce sobre la superficie de la dentina cariada tratada.

En respuesta a esta limitación, se ha propuesto el uso complementario de yoduro de potasio (KI) con el objetivo de mitigar la pigmentación oscura inducida por los compuestos de plata, ya que es un material antiséptico que se aplica en tejidos vivos o piel para reducir infecciones o sepsis. El yoduro de potasio en combinación con el fluoruro diamino de plata proporciona un potente efecto antimicrobiano y reduce el manchado de diente.⁹

Aunque la tinción negra es una observación clínica frecuente después de la aplicación del FDP, es considerada la barrera principal para su uso clínico. Se ha sugerido el uso de Yoduro de Potasio (KI) 44 posterior a la aplicación de FDP para reducir el grado de tinción negra. Esto se debe a que el KI puede reaccionar con iones de plata libres para producir yoduro de plata, que es un producto de reacción de color blanco cremoso. El precipitado suelto se elimina mediante la adición del KI para minimizar la posibilidad de tinción posterior de una restauración suprayacente. La solución FDP / KI parece tener alguna acción antibacteriana, que puede ser útil para cavidades profundas que aún contienen tejido carioso infectado.³⁶

2.3 Marcas más usadas en Latinoamérica

Dentro del mercado podemos encontrar algunas marcas que manejan el fluoruro diamino de plata en diferentes concentraciones, como lo son³⁷:

MARCA	DESCRIPCIÓN
Saforide	Origen: Japonés Contenido: Fluoruro Diamino de Plata Porcentaje de FDP: 38% Pacientes: menores de 12 años

Advantage Arrest	Origen: Estados Unidos de América Contenido: Fluoruro Diamino de Plata y Fluoruro Porcentaje de FDP:38% Pacientes: todo tipo de pacientes (pediátricos, pacientes con discapacidad y pacientes geriátricos)
Riva Star	Origen: México Contenido: tiene dos presentaciones - Riva Star SDI: solución de FDP adicionado con Yoduro de potasio - Riva Star Aqua: solución con los mismos beneficios que Riva Star SDI pero a base de agua en lugar de amoniaco Porcentaje de FDP:38% Pacientes: todo tipo de pacientes

2.4. Percepción por parte del padre o tutor

En el tratamiento con uso de FDP es importante como en cualquier otro, mencionar las desventajas de este mismo, en el caso del paciente pediátrico es importante que al padre o tutor le quede claro que la mayor desventaja será el pigmento en el diente, para mayor comprensión se pueden añadir fotografías clínicas donde se logre apreciar el cambio de coloración.³⁷

En algunas encuestas realizadas a los padres y tutores sobre la aplicación de FDP en sus hijos, se encontró que el 30% percibieron como aceptable la tinción en dientes anteriores y 68% en dientes posteriores.³⁸

4. Metodología

Para la presente revisión bibliográfica se decidió analizar artículos publicados en los últimos 16 años (2009-2025), en bases de datos como PubMed, Scielo, International Journal Paediatric Dentistry, The American Academy Pediatric Dentistry, Community Dental Health, College of Dental Surgeons of British Columbia.

Se encontraron más de 65 artículos de los cuales sólo se escogieron 38 para la revisión, excluyendo artículos donde sus resultados no fueron concluyentes, estudios in vitro, artículos donde hubo más de dos variantes para poder llegar a un resultado. Los artículos seleccionados fueron en inglés y español.

5. Resultados

La mayoría de los estudios revisados coinciden en que el fluoruro diamino de plata al 38% es un tratamiento eficaz para detener la progresión de la caries en población pediátrica. Su efectividad se atribuye a su acción antimicrobiana, remineralizante e inhibidora de la desmineralización del esmalte y la dentina.

Por otro lado, se identificó que la prevalencia de caries de la primera infancia continúa siendo elevada en México y en diversos países de Latinoamérica, asociándose principalmente a factores socioeconómicos, hábitos de higiene deficientes, dietas ricas en azúcares, problemas de salud y ausencia de consumo de agua fluorada. En este contexto, el uso del fluoruro diamino de plata se posiciona como una herramienta terapéutica viable dentro de estrategias de salud pública.

En la mayoría de estudios se observó que este tratamiento resulta particularmente útil en pacientes con limitada cooperación, pacientes pediátricos, pacientes con capacidades diferentes o aquellos con dificultades para recibir tratamientos convencionales. En estos casos el uso del fluoruro diamino de plata representa una alternativa no invasiva, segura y de bajo costo.

En cuanto a la aceptación del tratamiento, diversos estudios reportan que uno de los principales inconvenientes es la pigmentación oscura que se produce en las lesiones tratadas. Sin embargo, se encontró que esta desventaja es más aceptada por padres y tutores cuando se trata de dientes posteriores, en comparación con los dientes anteriores, donde el impacto estético es mayor.

Finalmente, algunos estudios analizados señalan que la combinación del fluoruro diamino de plata con yoduro de potasio puede reducir la pigmentación oscura, mejorando la aceptación estética del tratamiento sin comprometer significativamente su efectividad.

6. CONCLUSIONES

El uso del fluoruro diamino de plata empleado en la práctica odontológica se consolida como una excelente alternativa terapéutica eficaz para el manejo de la caries de la primera infancia, debido a sus diversas propiedades antimicrobianas, bacteriostáticas, promover la remineralización e inhibir la desmineralización del esmalte y la dentina.²³

Su uso resulta especialmente relevante en pacientes pediátricos con limitada cooperación, en aquellos con necesidades especiales y en poblaciones con difícil acceso a servicios odontológicos³², ya que representa una opción segura, accesible y de bajo costo en comparación con tratamientos convencionales. A pesar de sus múltiples beneficios, la principal limitación del fluoruro diamino de plata es la pigmentación oscura que produce en las superficies dentales tratadas³⁶ lo cual influye en la aceptación por parte de padres o tutores. No obstante, esta desventaja puede ser mitigada mediante el uso del yoduro de potasio el cual ayuda con la pigmentación.³⁵

Asimismo, en estudios como el de Irigoyen M y cols mencionan la alta prevalencia de caries en la primera infancia, particularmente en contextos socioeconómicos desfavorables²⁷ resulta la necesidad de implementar estrategias preventivas y terapéuticas accesibles, dentro de las cuales el fluoruro diamino de plata podría jugar un papel muy importante.

7. Bibliografía

1. World Health Organization. Ending the neglect of oral health in universal health coverage [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 2025 Nov 13]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340445/9789240016415-spa.pdf>
2. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–1858.
3. Hosseinpour AR, Itani L, Petersen PE. Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey. *J Dent Res*. 2012;91(3):275–281.
4. Sotillo Virginia, Limongi Isabella, Medina Díaz A. Carolina, Martínez Vásquez María Gabriela. Fluoruro diamino de plata como terapia para la inactivación de lesiones de caries cavitadas en dientes primarios. *Rev Cien CMDLT* [Internet]. 2022 Jun [citado 2026 Mar 24]; 16(1): e-224071. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2790-83052022000101301&lng=es. Epub 12-Feb-2024. <https://doi.org/10.55361/cmdlt.v16i1.71>.
5. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: WHO; [citado 2025 Nov 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
6. Poot-Medina G, Ávila-Burgos L, Medina-Solís JJ, Lucas-Rincón SE, Hernández-Martínez CT, Medina-Solís CE, Maupomé G. Costo de la atención por caries en México: revisión de la literatura [Internet]. Disponible en: <https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/138230/REVISIONES.%20DE%20LA%20TEORIA%20A%20LA%20ACCION%20C3%83%E2%80%99CN.pdf>
7. Acuña-González GR, Casanova-Sarmiento JA, Islas-Granillo H, Márquez-Rodríguez S, Benítez-Valladares D, Borges-Yáñez A, Jiménez-Gayosso SI, Lucas-Rincón SE, Medina-Solís CE, Maupomé G. Revisión de la literatura sobre la relación del cepillado dental y la posición socioeconómica en niños y adolescentes de México.
8. Factores de riesgo de la caries de la infancia temprana relacionados a hábitos de crianza en Latinoamérica. *rob* [Internet]. 2022 Jan. 20 [cited

- 2026 Mar. 25];6(1):33-40. Available from:
<https://www.revistas.unibg.edu.pe/index.php/rob/article/view/1269>
9. Orellana-Centeno JE, Morales-Castillo V, González-Osorio M. Fluoruro diamino de plata: su utilidad en la odontología pediátrica. *Avan C Salud Med*. 2019;7(2):57–60.
 10. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 3rd ed. Geneva: WHO; 1987.
 11. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: WHO; [citado 2025 Nov 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
 12. Pitts NB, Báez RJ, Díaz-Guallory C, et al. Early childhood caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent*. 2019;29:384–386. Disponible en: <https://backup.revistaodontopediatria.org/ediciones/2020/1/art-1/>
 13. Guerrero-Castellón MP, Galeana-Ramírez MG, Corona-Zavala AA. Caries de la infancia temprana: medidas preventivas y rehabilitación. *Rev Odontol Latinoam*. 2011;4(1):25-28.
 14. Rojas FS, Echeverría LS. Caries temprana de infancia: ¿enfermedad infecciosa? [revista no especificada]. 2014;25(3):396–397. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-caries-temprana-infancia-enfermedad-infecciosa-S0716864014700732>
 15. Krzysciak W, Jurczak A, Koscielniak D, Bystrowska B, Skalniak A. The virulence of *Streptococcus mutans* and the ability to form biofilm. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2013;32(4):499–515.
 16. Achahui Arauco P, Albinagorta MJ, Arauzo-Sánchez CJ, Cadenillas Sueldo AM, Céspedes Martínez GP, Cigiñenas Raya EM, et al. Caries de infancia temprana: diagnóstico e identificación de factores de riesgo. *Odontol Pediatr*. 2014;13(2):119
 17. Tungare S, Paranjpe AG. Caries en la primera infancia [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [actualizado 2023 Aug 8; citado 2026 Mar 23]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535349/>
 18. Alonso NMJ, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. *Perinatol Reprod Hum*. 2009;23(2):90-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>
 19. Ramírez SB, Saldarriaga SM, Pabón GE. Factores de riesgo de la caries de la infancia temprana relacionados a hábitos de crianza en Latinoamérica. *Rev Odontol Basadrina*. 2022;6(1):33-40. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/fde2/cf0ef10759001676aecc6689893fe68ba0e7.pdf>

20. American Academy of Pediatric Dentistry. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry [Internet]. Chicago (IL): American Academy of Pediatric Dentistry; 2023 [citado 2026 Mar 23]. p. 301-307. Disponible en: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_cariesriskassessment.pdf
21. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 [Internet]. México: INSP; 2021 [citado 2026 Mar 23]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx>
22. Prevalencia de caries dental y factores asociados en escolares mexicanos: estudio transversal. Rev ADM. 2021;78(2):98-106.
23. Yasmi C, Abdullah M, Ureles S, Wright J, Sulyanto R, Divaris K, et al. Use of silver diamine fluoride for dental caries management in children and adolescents, including those with special health care needs. Pediatr Dent. 2017;39(5):135-145.
24. College of Dental Surgeons of British Columbia. Minimal and moderate sedation services in dentistry: standards and guidelines [Internet]. 2018 [citado 2026 Mar 23]. p. 35. Disponible en: <https://www.cdsbc.org>
25. Márquez-Pérez K, Zúñiga-López CM, Torres-Rosas R, Argueta-Figueroa L. Prevalencia reportada de caries dental en niños y adolescentes mexicanos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(5):653-660. doi:10.5281/zenodo.8316465. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10599778/#BIB025>.
26. Irigoyen M, Villanueva R, de la Teja E. Estado de caries dental en niños pequeños de una comunidad suburbana de la Ciudad de México. Community Dent Oral Epidemiol. 1986;14(6):306-309. doi:10.1111/j.1600-0528.1986.tb01078.x.
27. González M, Cabrera R, Grossi SG, et al. Prevalencia de caries dental y gingivitis en una población de escolares mexicanos. Community Dent Oral Epidemiol. 1993;21(1):11-14. doi:10.1111/j.1600-0528.1993.tb00710.x.
28. Vázquez-Nava F, Vázquez RE, Saldivar GA, et al. Rinitis alérgica, hábitos alimentarios y orales, cepillado dental y nivel socioeconómico: efectos en el desarrollo de caries dental en la dentición primaria. Caries Res. 2008;42(2):141-147. doi:10.1159/000121438.
29. García-Pérez A, Pérez-Pérez NG, Flores-Rojas AI, et al. Marginalización y fluorosis: su relación con la caries dental en niños de zonas rurales de

- México: un estudio transversal. *Community Dent Health*. 2020;37(3):216-222. doi:10.1922/CDH_00017Perez07.
30. García-Pérez A, González-Aragón Pineda AE, Rosales-Ibáñez R, et al. Asociación entre factores sociodemográficos y lesiones cariosas no cavitadas y cavitadas en escolares mexicanos de 8 a 12 años. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(25):1-6. doi:10.1097/MD.00000000000026435.
 31. Chico F, Martín Vacas A, Paz Cortés MM. Técnicas de manejo de conducta en odontopediatría: aspectos éticos y legales. *Cient Dent*. 2023;20(3):155-160. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9574>
 32. American Academy of Pediatrics. Fluoruro diamino de plata para detener la caries dental [Internet]. *HealthyChildren.org*; [citado 2026 Mar 24]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/oral-health/paginas/silver-diamine-fluoride-to-stop-tooth-decay.aspx>
 33. Craig GG, Knight GM, McIntyre JM. Clinical evaluation of diamine silver fluoride/potassium iodide as a dentine desensitizing agent: a pilot study. *Aust Dent J*. 2012;57(3):308-311. doi:10.1111/j.1834-7819.2012.01700.x
 34. Álvarez-Marín CA, Robles-Bermeo NL, Hegazy-Hassan W, Medina-Solís CE. Revisión de la literatura sobre el fluoruro diamino de plata y fluoruro diamino de plata con y sin yoduro de potasio y su efecto antibacteriano. En: *Revisiones en odontología: de la teoría a la acción* [Internet]. Toluca (México): Universidad Autónoma del Estado de México; 2022 [citado 2026 Mar 24]. p. 41. Disponible en: <https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/138230/REVISIONES.%20DE%20LA%20TEORIA%20A%20LA%20ACCION.pdf>
 35. Luciano Sánchez C, Yunes-Fragoso P, Beltrán Zuñiga EO, Martignon Biermann S, Cortés A, Abreu Placeres N. Efecto de la aplicación de fluoruro diamino de plata y yoduro de potasio en la detención y apariencia de lesiones de caries dental: serie de casos. *Cienc Salud*. 2025;9(2):45-55. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10307036>
 36. Chávez Jimenez AE. Fluoruro Diamino de plata. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México; 2010
 37. DentaQuest. ¿Qué es el fluoruro diamino de plata? [Internet]. [citado 2026 Mar 24]. Disponible en: <https://es.dentaquest.com/state-plans/regions/tennessee/oral-health-matters/silver-diamine-fluoride/>

8. CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

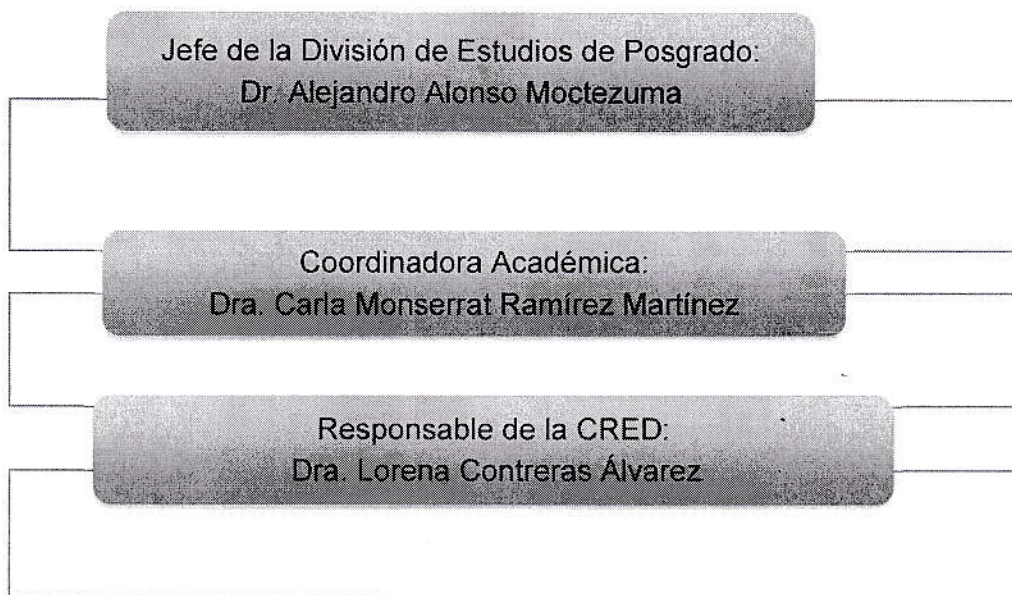
Se realizó el servicio social durante el periodo del 1 de Agosto de 2024 al 31 de Julio de 2025 en la división de estudios de posgrado e investigación en la clínica de recepción y admisión (CRED) de la Universidad Nacional Autónoma de México donde mi trabajo a desempeñar fue el realizar historias clínicas para el ingreso de los pacientes a las diversas especialidades que éste ofrece, dentro de mis actividades incluían el ingresar los datos personales del paciente al sistema que utiliza la CRED para así poder generar su código y número de expediente el cual servirá para identificarlo en cada clínica donde sea atendido, después dar el consentimiento informado para que el paciente pueda leerlo y firmarlo en caso de estar de acuerdo, tomarle fotografías intra y extra orales las cuales aparecerán en su carnet y expediente electrónico, al finalizar estos pasos se inicia como tal con la historia clínica en donde se realizan preguntas acerca de su vivienda, inmunizaciones, antecedentes personales y heredofamiliares patológicos para poder colocar en su carnet si hay alguna enfermedad, así como después de realizar el odontograma poder colocar el **padecimiento bucal** para poder determinar cual es la ruta clínica adecuada para cada paciente y así poder explicarle hacia donde debe dirigirse para poder iniciar con su tratamiento.

Objetivo Principal

La Clínica de Recepción y Diagnóstico (CRED) establece el primer contacto con el paciente para su recepción, orientación, evaluación y diagnóstico. En caso de ser aceptado en la institución, se establece la ruta clínica de atención y su canalización a los diferentes servicios tanto básicos, como de especialización odontológica.

Objetivos de la Calidad La CRED establece los siguientes objetivos de calidad:

1. Lograr el 90% de satisfacción de los pacientes en el servicio de Diagnóstico Oral.
2. Que los estudiantes de servicio social en conjunto con el profesor adscrito a la CRED logren identificar condiciones, lesiones y/o enfermedades orales en un porcentaje igual o mayor al 85% para emitir el diagnóstico oral presuntivo y establecer la ruta clínica conforme al perfil del paciente (CRED-G-PP). Los objetivos de calidad se encuentran disponibles y se comunican a las partes interesadas mediante letreros colocados al interior de la clínica, así como en las reuniones que la Dirección mantiene con los colaboradores, en las revisiones por la dirección; y en la página WEB de la Facultad de Odontología www.odonto.unam.mx/es/objetivos-de-la-calidad



La CRED proporciona los siguientes servicios:

- Recepción y orientación de primera vez.
- Apertura de expediente.
- Elaboración de historia clínica.
- Valoración clínica y radiográfica del paciente.
- Expedición, Actualización y Emisión de carnet de citas.
- Canalización a los diferentes niveles de atención.
- Manejo de expedientes.

Dirección:

Circuito Institutos S/N Ciudad Universitaria, Colonia Copilco Universidad,
Delegación Coyoacán, México Distrito Federal, C.P. 04510

La CRED se localiza en la planta baja del edificio D de la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI) de la Facultad de Odontología, dentro del Campus de Ciudad Universitaria muy cerca de la estación del metro Universidad, a un lado del CENDI y frente a la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia.



Horario de atención: lunes a viernes de 7:30 a 17:00 horas trámite presencial y personal.

Horario de admisión: lunes a viernes de 7:30 a 16:00 horas (cupó limitado).

9. CAPÍTULO IV. INFORME NÚMERICO NARRATIVO

Tabla 1. Actividades realizadas durante el mes de Agosto

MES	AGOSTO 2024 (Pacientes)
Actividad	
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	14
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	7
DIGITALIZACIONES	0
SIGNOS VITALES	2
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	29

Tabla 2. Actividades realizadas durante el mes de Septiembre

MES	SEPTIEMBRE 2024 (Pacientes)
Actividad	
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	0
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	27
DIGITALIZACIONES	0
SIGNOS VITALES	0
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	0

Tabla 3. Actividades realizadas durante el mes de Octubre

MES	OCTUBRE 2024
Actividad	
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	0
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	0
DIGITALIZACIONES	120
SIGNOS VITALES	122
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	0

Tabla 4. Actividades realizadas durante el mes de Noviembre

MES	NOVIEMBRE 2024
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	114
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	54
DIGITALIZACIONES	0
SIGNOS VITALES	0
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	0

Tabla 5. Actividades realizadas durante el mes de Diciembre.

MES	DICIEMBRE 2024
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	67
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	0
DIGITALIZACIONES	0
SIGNOS VITALES	0
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	0

Tabla 6. Actividades realizadas durante el mes de Enero.

MES	ENERO 2025
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	142
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	0
DIGITALIZACIONES	0
SIGNOS VITALES	0
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	6

Tabla 7. Actividades realizadas durante el mes de Febrero.

MES	FEBRERO 2025
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	19
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	0
DIGITALIZACIONES	0
SIGNOS VITALES	0
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	27

Tabla 8. Actividades realizadas durante el mes de Marzo.

MES	MARZO 2025
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	0
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	0
DIGITALIZACIONES	0
SIGNOS VITALES	0
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	42

Tabla 9. Actividades realizadas durante el mes de Abril.

MES	ABRIL 2024
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	0
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	0
DIGITALIZACIONES	0
SIGNOS VITALES	0
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	56

Tabla 10. Actividades realizadas durante el mes de Mayo

MES	MAYO 2025
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	0
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	0
DIGITALIZACIONES	0
SIGNOS VITALES	0
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	39

Tabla 11. Actividades realizadas durante el mes de Junio (periodo vacacional)

MES	JUNIO 2025
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	0
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	0
DIGITALIZACIONES	0
SIGNOS VITALES	0
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	0

Tabla 12. Actividades realizadas durante el mes de Julio.(periodo vacacional)

MES	JULIO 2025
ATENCIÓN EN MOSTRADOR (Captura de datos, cotejo de citas, informes)	0
TOMA DE FOTOGRAFÍAS	0
DIGITALIZACIONES	0
SIGNOS VITALES	0
HISTORIAS CLÍNICAS (H.C nuevas, actualizaciones, revaloraciones)	0

10. CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Con las diversas actividades realizadas durante este año como lo fueron la atención en el mostrador dando informes, cotejando citas y haciendo captura de los datos, tomando fotografías intra y extra bucal, haciendo la digitalización de todos los documentos de los pacientes, tomando signos vitales y realizando las historias clínicas, siendo todas de suma importancia para poder conocer cómo es el manejo de una clínica desde lo más básico hasta saber con las historias clínicas a la especialidad que será referido el paciente, siempre

brindando una atención individualizada para no perder la calidad de la atención ni los objetivos de la CRED.

De igual manera resulta de suma importancia los cursos que se realizan fuera de la clínica pero que siguen perteneciendo al plan de trabajo de esta misma, como lo fueron los cursos de odontopediatría con el manejo de conducta dentro del consultorio, el curso de calibración periodontal en conjunto con el Laboratorio de Genética Molecular así como las diversas pláticas sobre algunos temas en específico para poder adquirir más conocimientos y enfrentarnos a los diversos casos presentados en la clínica.

11. CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Durante este año de servicio social se realizaron diversas actividades, no todas enfocadas al ámbito odontológico, pero sí en su mayoría, al realizar todo en conjunto se llega a tener una mejor visión sobre el manejo de una clínica/consultorio y se aprende que cada actividad representa mejoras en la consulta, al tener un gran número de pacientes debido a la institución, localización e interconsultas se tiene una mayor práctica en el ámbito diagnóstico ya que se presentan pacientes con patologías que nunca vimos con un paciente físico en, las clínicas de la universidad, pero gracias a la capacitación que brinda la CRED se aprende a tratar cada paciente.

Los diversos doctores especialistas encargados de la clínica así como la directora de esta misma, te brindan más seguridad al momento de realizar la historia clínica, el odontograma o algún tipo de hallazgo en mucosas, ya que siempre están al pendiente y supervisando cada actividad, permitiendo poder desarrollarse de mejor manera que en un futuro será de gran utilidad.

Al ser una institución pública, la clínica rara vez llega a carecer de algún tipo de material, siempre se busca solucionar con los que se tienen a la mano de igual manera gracias a su estrategia de manejo de insumos se reduce de manera considerable los residuos y también el tiempo que cada paciente tarda para poder ser atendido.

La clínica siempre busca el poder mejorar su atención por lo que siempre se tiene abierto un buzón de sugerencias, las cuales son tomadas en cuenta y el personal está abierto a aprender nuevas técnicas, implementar tecnología cada vez más moderna etc.

El realizar el servicio social en la CRED se tiene abiertas grandes oportunidades de crecer personal y laboralmente, es un lugar donde el ambiente resulta ameno para realizar las actividades solicitadas y los pacientes que llegan la mayoría de veces están en la mejor disposición para que tu también aprendas, por todo lo anterior resulta ser un buen lugar para aprender diagnóstico en la consulta.