

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA: ESTOMATOLOGÍA

**“ESTUDIO DE PREVALENCIA DE CARIES EN POBLACIÓN
INFANTIL DE 3 A 5 AÑOS PERTENECIENTES A LA COMUNIDAD
CARMEN SERDÁN”**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CENTRO DE SALUD T-III CARMEN SERDÁN

ERICK BELMONT PÉREZ

2162043345

01 de agosto 2021 – 31 de julio 2022

Enero, 2023

ASESORES

C.D. ANTONIO BELMONT GUERRERO

C.D.E.O. ANALY RESÉNDIZ LÓPEZ



C.D. ANTONIO BELMONT GUERRERO

ASESOR EXTERNO DEL SERVICIO SOCIAL

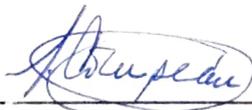
**JEFE DE SERVICIO EN ATENCION ODONTOLOGICA DEL
CENTRO DE SALUD CARMEN SERDAN T-III**

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM XOCHIMILCO



C.D.E.O. ANALY RESÉNDIZ LÓPEZ

ASESORA INTERNA



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

Introducción: La caries dental es una enfermedad multifactorial, caracterizada por su acción destructiva de los tejidos duros de los dientes, los cuales son: esmalte, dentina y cemento, produciendo un intenso dolor y molestias; en cuanto a los factores etiológicos se incluyen el consumo de carbohidratos, la higiene, los microorganismos que se tenga, dentro de estos el principal responsable es el *Streptococcus Mutans*, que consume los restos de carbohidratos adheridos en el biofilm o placa bacteriana que se encuentra en los dientes para metabolizarlos y a su vez, producen ácidos los cuales cambian el pH en la boca dando origen a la desmineralización de los tejidos dentales. En el caso de niños menores de 6 años, la enfermedad recibe el nombre de “Caries de la Infancia Temprana” (CIT), es una forma más agresiva de la enfermedad que se presenta poco después de la erupción de la primera dentición.

Objetivo: Determinar la prevalencia de caries, considerando el número de lesiones cariosas, presentes en los pacientes de la muestra representativa.

Material y método: Se tomo una muestra poblacional de 100 pacientes, en el rango de edad de 3 a 5 años, residentes de la colonia Carmen Serdán; se tomaron las variables: edad, sexo, número de dientes afectados por caries y severidad de las lesiones; se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 25, para determinar la prevalencia de acuerdo con las variables mencionadas, mediante a sus porcentajes y graficas resultantes.

Resultados: De acuerdo con la muestra representativa se determinó que el 66% de la población estudiada, niños de 3 a 5 años, presentó por lo menos una lesión cariosa, según la escala Pitts y Fyffe; el código 1 con afectación a nivel del esmalte presentó el 38%, de acuerdo con la clasificación de Wyne el tipo de caries predominante fue el tipo I (de leve a moderada), presentando el 44% en la muestra.

Conclusión: La hipótesis planteada tuvo como resultado ser correcta ya que en el estudio se confirmó que más del 60% de los pacientes en la muestra realizada

presento por lo menos una lesión cariosa; también se demostró que no existe relación o factor de riesgo el sexo del paciente, puesto que los pacientes que presentaron caries correspondieron exactamente al 50% en sexo masculino, mismo para el sexo femenino.

Palabras clave: Streptococcus Mutans, biofilm, lesión cariosa, desmineralización.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

- I. Introducción
- II. Marco teórico
- III. Justificación
- IV. Planteamiento del problema
- V. Objetivo General
- VI. Objetivos Específicos
- VII. Hipótesis
- VIII. Material y métodos
- IX. Resultados
- X. Conclusiones
- XI. Anexos
- XII. Bibliografía

CAPÍTULO III: ANTECEDENTES

- A. Zona de influencia
- B. Centro de salud
- C. Servicio estomatológico
- D. Bibliografía

CAPÍTULO IV: INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

Se realizaron diversas actividades como parte del servicio social en las instalaciones del Centro de Salud T-III Carmen Serdán, el periodo que comprendido el servicio social fue del 1 de agosto de 2021 al 31 de julio de 2022.

En las actividades realizadas se destacan: la toma de datos a pacientes que se realizarían pruebas COVID-19, captura de datos a la plataforma; se realizó junto con personal de enfermería la campaña antirrábica nacional. Posteriormente se realizaron actividades propias de estomatología, como fueron: realizar apartado de salud bucal en certificados médicos escolares, tratamientos restaurativos, exodoncias, profilaxis, aplicación de flúor entre diversas actividades del consultorio dental.

Los primeros 5 meses del servicio social en el centro de salud estuvieron restringidos a la realización de certificados médicos escolares, exodoncias y farmacoterapia debido a que se mantenía el semáforo rojo y naranja por la pandemia de COVID-19, por tal motivo los principales pacientes, en su mayoría fueron de edad escolar. Por lo tanto, se realizó la investigación de “Estudio de Prevalencia De caries en población Infantil de 3 a 5 años residentes de la comunidad Carmen Serdán.”

El tipo de investigación realizada fue: transversal, cuantitativa, descriptiva, se utilizó una muestra poblacional de 100 pacientes la cual cumplía con las características necesarias para el estudio, utilizando criterios de exclusión, se seleccionó a pacientes de forma aleatoria, los cuales cumplían con el rango de edad de 3 hasta 5 años con 11 meses, además de ser habitantes residentes de la colonia. Para el estudio se utilizó el formato de certificado médico escolar, del cual se capturaron los datos requeridos para la investigación, como son edad, sexo, dirección y se registró el número de caries y órganos dentales afectados.

Dentro de las actividades de difusión se realizaron platicas informativas de prevención y atención odontológica a pacientes que se encontraban en la sala de espera del centro de salud, entregando cepillos dentales y pastillas reveladoras de

placa bacteriana. Así mismo, se realizaron estas pláticas en ferias de la salud; colocando módulos de información en diversas colonias cercanas, en donde se dio la instrucción de técnica de cepillado dental y aclaración de dudas sobre los tratamientos que se realizan en el centro de salud.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

La palabra caries tiene su origen en el vocablo latino *rotēn*, que quiere decir podrido; por lo que, al referirse a dientes, el término correcto es caries dental (Jaramillo, D.C., 2003).

La caries dental es una enfermedad infecciosa de carácter multifactorial, son varios los factores que en conjunto le dan origen como son: bacterias específicas, edad, saliva, dieta, aspectos genéticos e higiene (Jaramillo, D.C., 2003).

Esta enfermedad causa la destrucción de los tejidos duros que constituyen a los dientes, es decir, el esmalte, la dentina y el cemento. Esta acción la realizan microorganismos, siendo el *Streptococcus Mutans*, el principal, que se adhiere en el biofilm (placa dental) y metaboliza los carbohidratos principalmente la sacarosa, produciendo ácidos que, a su vez, disminuyen el pH ocasionando la desmineralización. Cuando la caries encuentra un diente susceptible y el tiempo necesario, forma cavidades en el esmalte y al llegar a la dentina del diente afectado, provoca un dolor intenso, molestias y afecta la calidad de vida del paciente (Molina Frechero, 2015)

La presencia de caries en dientes temporales en menores de 6 años se denomina caries de primera infancia o caries de la infancia temprana (Ramírez-Puerta, B. S., 2017). Ésta se define como “la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de 71 meses de edad o menores.” En esta clasificación se incluye la caries “rampante en infantes” o también llamada “caries de biberón” o “síndrome de biberón (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2015); términos que han quedado en desuso ya que son engañosos, debido a que su etiología es multifactorial y no solo está condicionada a malos hábitos alimenticios.

La presencia de caries de primera infancia es considerada como un predictor de caries en dientes permanentes por lo que es de importancia la detección oportuna,

para evitar que estos se vean afectados (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020).

MARCO TEÓRICO

Definición de Caries de la Infancia Temprana

En los últimos 50 años, la Caries de la Infancia Temprana ha recibido diversos nombres, tales como son: caries de biberón, síndrome de biberón, caries de la lactancia, caries rampante, caries simple, caries negligente, caries maxilar-anterior, entre otros; fueron nombres o tipos de clasificaciones utilizados, porque se tenía el concepto de que la etiología, era por el uso del biberón y malos hábitos alimenticios exclusivamente, términos desmentidos por la *Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica*, la cual determino que la mala alimentación por si sola, no es la causa de la condición sino un proceso etiológico multifactorial. Por lo que estos términos con los que se le etiquetaba resultan engañosos, siendo “Caries de la Infancia Temprana” el término que mejor refleja la condición multifactorial (Amid I,2003), (De Figueiredo, 2000).

La *Academia Americana de Odontopediatría* hace la definición de la Caries de la Infancia Temprana y la Caries de la Infancia Temprana Severa; con las siguientes características y diferenciaciones.

- Caries de la Infancia Temprana (CIT): Es la presencia en dientes temporales, de una o más superficies cariadas (cavitadas o no), ausentes u obturadas, en niños hasta 5 años y 11 meses de edad.
- Caries Severa de la Infancia Temprana (CSIT): Es cualquier signo de caries de superficie lisa en un niño menor de tres años y de tres a cinco años, uno o más cavitados, faltantes (debido a caries) o superficies lisas obturadas en los dientes anteriores maxilares primarios o una puntuación mayor o igual a cuatro (3 años), mayor o igual a cinco (4 años) o mayor o igual a seis (5 años) (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020)

Factores Etiológicos

La etiología de la CIT, al ser multifactorial es una interacción de tres principales factores:

- Huésped
- Dieta
- Bacterias

Estos interactúan en conjunto para que la caries se presente (Caufield PW, 2000)

Factores de Riesgo

En varios estudios se ha demostrado que además de los factores etiológicos primarios intervienen otros factores en el proceso de caries en los infantes, como son:

- Hábitos del biberón y lactancia materna.
- Placa bacteriana
- Hábitos deficientes de higiene bucal
- La cantidad y calidad de la saliva
- La actividad muscular orofacial
- Las alteraciones estructurales de los tejidos duros del diente
- Baja concentración de flúor en el medio oral
- Alimentos o sustancias que contengan un pH bajo
- Mala posición y morfología dentaria retentiva
- Discapacidad física y/o mental
- Nivel socioeconómico.
- Nivel educativo de las personas a cargo del niño
- Dificultad para consultas regulares

Mecanismos de Contagio

Diversos estudios realizados entre 1975 y 1988, han demostrado la transmisión de madre a hijo, ya que estos compartían similitudes en bacterias analizadas en su saliva, dentro de estas bacterias analizadas se encontró al *Streptococcus Mutans*, demostrando que la forma de contagio entre madre e hijo se desarrolla por diversos hábitos, como compartir cubiertos, besos en la boca y probar o limpiar el biberón o chupón, lo que demuestra una transmisión vertical.

Un estudio realizado por Mattos-Graner y colaboradores, encontró en niños de la misma sala de cuna de entre 12 y 30 meses, presentaban genotipos idénticos de *Streptococcus Mutans*, demostrando la transmisión horizontal de este, es otra forma de adquirir el microorganismo (Palomer R, L. 2006)

Indicadores de riesgo.

Se define como riesgo de caries a la probabilidad que presenta el individuo de desarrollar la enfermedad, esto de acuerdo con los indicadores que éste presente para determinar las medidas, tanto preventivas como tratamientos indicados; por lo que se determina si el paciente es de bajo, medio o alto riesgo.

Los indicadores de riesgo de caries de mayor importancia son:

1. Experiencia previa de caries
2. Producción de saliva menor a 0.7 ml/min. (en estímulo) y 0.3 ml/min. (en reposo)
3. Concentraciones de *Streptococcus Mutans* y *Lactobacilos*, presentes en la saliva, considerando, niveles altos a más de 100,000 unidades formadoras de colonias (UFC) por mililitro de saliva.
4. Capacidad amortiguadora de la saliva manteniendo constante su pH, considerando como normal de entre 7.3 a 7.5.
5. Consumo y frecuencia de carbohidratos en la alimentación diaria.
6. Nivel socioeconómico

Tanto los indicadores de riesgo de caries, como las evidencias clínicas sirven para identificar a tres tipos de pacientes:

- **Riesgo bajo.** – En este tipo de pacientes no se encuentra caries presente, con fisuras remineralizadas, puede presentar caries inactiva; no requiere tratamiento restaurativo.
- **Riesgo medio.** – Se presenta con una a tres lesiones cavitadas, caries incipientes, restauraciones en los últimos dos años, además, puede presentar resequedad en mucosas, conteos microbianos altos y falta de control dietético.
- **Riesgo alto.** - Se observa biofilm en las superficies dentales, se identifican más de cuatro lesiones cavitadas las cuales pueden llegar a la dentina, presentan restauraciones en los últimos tres años, las cuales pueden tener reincidencia de caries, consumen azúcares y almidones, presentan disminución en flujo salival y altos conteos microbianos (Sánchez Pérez, L. 2018)

Prevención y Tratamiento

Existen diversas opciones para prevenir la caries como son: identificación de grupos de riesgo, fluoruros sistémicos, fluoruro tópico, selladores de fisuras, prácticas de higiene bucal, alimentación, tratamiento y diagnóstico tempranos (Maupomé, G.2007).

Para los pacientes de riesgo bajo solo se aplican medidas preventivas como son: la enseñanza de técnica de cepillado, aplicación de flúor y profilaxis cada seis meses (Sánchez Pérez, L. 2018).

En cuanto a los pacientes de riesgo medio y alto, se tiene que realizar procedimientos de obturación de cavidades, aplicación de selladores de fisuras, registrar volúmenes de secreción salival, llegar un control dietético, y medidas preventivas, se debe realizar las citas de control cada cuatro meses. En pacientes de alto riesgo se tomarán las mismas medidas preventivas y de tratamiento que en los de riesgo medio, adicionalmente se prescribe un estudio de diagnóstico bacteriológico para controlar y monitorear el consumo de carbohidratos, se indica

también la toma de radiografías para observar lesiones interproximales (Sánchez Pérez, L. 2018)

En el caso de la caries de la infancia temprana es importante también el cuidado bucal de la madre, principalmente por el riesgo de transmisión de madre a hijo que se puede presentar, además de comenzar a mantener la higiene bucal del menor desde la erupción del primer diente en boca (Maupomé, G.2007).

Índice cpod

En el año de 1937 Henry Klein y Carroll E. Palmer presentan el índice CPOD, cuyo objetivo es el de cuantificar la manifestación actual y pasada de caries, en dientes permanentes, realizando la sumatoria de dientes cariados, perdidos por caries y obturados (Valdez Penagos, R. G., 2018).

Sin embargo, fue en el año de 1944 en el que Gruebbel realiza la modificación del índice CPOD, para medir la experiencia de caries en los dientes temporales, creando el ceod, en este no se contemplan los dientes perdidos como factor de caries ya que se toma en consideración la exfoliación de los dientes temporales. En el caso de la dentición mixta se utiliza una combinación del índice CPOD y ceod, registrando en cada uno de los índices, los dientes permanentes y temporales (Valdez Penagos, R. G., 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2013 retoma los puntos de Klein y Palmer, por lo que decide retirar la condición de “extracción indicada” para incluirla en condición de caries. Por lo que las siglas ceod para el índice en dientes temporales cambia a cpod (Valdez Penagos, R. G., 2018).

Escala de Pitts y Fyffe

En el año 1988 Pitts y Fyffe proponen una escala para determinar la severidad de las lesiones cariosas, determinando el daño que estas presentan y no por el número de lesiones que se observen, la escala presenta los siguientes criterios:

- Código.0 Superficie sana: No hay evidencia de clínica tratada o no tratada de caries (leve tinción permitida en un caso contrario)
- Código.1 Caries incipiente: Sin pérdida clínicamente detectable de sustancia. Para fosas y fisuras, puede haber importantes manchas, decoloración o puntos ásperos en el esmalte. Para superficies lisas, presencia de áreas blancas y opacas con pérdida de brillo
- Código.2 Caries en el esmalte: Pérdida de tejido duro en fosas, fisuras, o sobre superficies lisas, pero no reblandecidas; piso o pared con esmalte socavado. La textura del material dentro de la cavidad; puede ser calcáreo o quebradizo, pero sin evidencia de que la cavidad ha penetrado en la dentina
- Código.3 Caries en dentina: Piso suavizado detectable, esmalte socavado, con una pared blanda, o el diente tiene un relleno temporal. En las superficies aproximadas, la punta del explorador debe entrar en una lesión con facilidad.
- Código.4 Compromiso pulpar: Cavidad profunda con probable afectación pulpar. La pulpa no debe ser sondeada (Pitts NB,1988)

Clasificación de Wyne.

Esta clasificación de la CIT identifica a tres tipos los cuales considera en su clasificación la etiología, momentos de aparición y velocidad en la que se presenta (Wyne, A. H.,1999) (Treuner, A., & Splieth, C. H.,2012).

•Tipo I (leve a moderada)

Se presenta en niños de 2 a 5 años, se produce por el consumo de alimentos cariogénicos y falta de higiene en combinación, se presenta como lesiones cariosas aisladas en incisivos o molares (American Academy of Pediatric Dentistry 2020).

- Tipo II (moderada a grave)

Se observa con la erupción de los primeros dientes erupcionados, afectando los dientes incisivos en cara vestibular y lingual, está relacionado con el uso desmedido del biberón puede o no presentar mala higiene y de no ser controlada fácilmente puede agravarse (American Academy of Pediatric Dentistry 2020).

- Tipo III (grave)

Esta condición tiene afectación de niños de 3 a 5 años, tiene su origen por el consumo de alimentos cariogénicos y deficiencia de higiene; esta presente en la mayoría de los dientes incisivos inferiores incluidos, además de afectar zonas que normalmente no presentan caries (American Academy of Pediatric Dentistry 2020).

Prevalencia de la CIT en el mundo

Estudios realizados mencionan una prevalencia en países desarrollados solo del 1% al 12% y del 50 al 80% en grupos de riesgo, en latinoamericana estudios realizados mencionan prevalencia del 69% al 70% en Colombia y del 30% al 62 % en Perú. Un estudio realizado por Solar B.S. en el 2019 realizado en Buenos Aires Argentina presenta una prevalencia de CTI del 76% en una población de 223 pacientes (Solar, 2019)

Prevalencia de CIT en México

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB) en el año 2009, reporto que la prevalencia de caries en la población es del 96% (9) (4). Los datos reportados del SIVEPAB del año 2019 fueron de 87% lo que muestra una mejora mínima a 10 años transcurridos (Valdez Penagos, R. G., 2018) (SIVEPAB 2019).

Sin embargo, la proporción registrada de caries en niños de 2 a 4 era mayor a los 66%, esto se registró en un periodo del 2005 al 2014. Mientras que en el 2019, el SIVEPAB menciona que un 36% de niños de 3 a 5 años que fueron examinados

presentaron caries severa en la infancia temprana (SIVEPAB 2015) (SIVEPAB 2019).

JUSTIFICACIÓN

Realizar este estudio permite conocer la situación presente en la que se encuentra la población en edad pre-escolar con respecto a la enfermedad de caries dental. Los datos obtenidos podrán revelar si ha existido una disminución de la prevalencia de la enfermedad a nivel local y poder realizar las acciones preventivas, o si, por el contrario, se incrementó.

Realizar una comparativa de este estudio con otros similares, ya sean de localidades cercanas o de otros estados que presenten características parecidas, ayuda a establecer las acciones de mayor eficacia para reducir la prevalencia de caries dental de este grupo de edad.

Los resultados que se obtengan serán a su vez un predictor de la posible situación en la que se encuentre la población adulta con respecto a su salud bucal en general. Para poder realizar las acciones de prevención, se tiene que determinar la magnitud del problema para posteriormente realizar las acciones de trabajo y así fijar a que personas será dirigido.

Así que el realizar este estudio permitirá tener el sustento para decidir las acciones, para mejorar la atención y servicio de salud bucal.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La falta de información de los padres de los menores sobre el cuidado bucal, la práctica de malos hábitos, además de la poca consulta dental y el consumo de alimentos azucarados; ocasionan los altos índices de caries en pacientes infantiles de la comunidad de Carmen Serdán.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de caries, considerando el número de lesiones cariosas, presentes en los pacientes de la muestra representativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir el sexo con mayor grado de incidencia de caries.
- Analizar el grado de severidad de las lesiones con relación a la profundidad que estas presenten.

HIPÓTESIS

De acuerdo con el nivel socioeconómico de los pacientes y la problemática planteada, se estima que más del 60% de los pacientes analizados en este estudio presentarán caries de la infancia temprana, en algún nivel de afectación, y por consiguiente menos del 40% de los pacientes estudiados, estarán libres de lesiones cariosas.

MATERIALES Y MÉTODOS

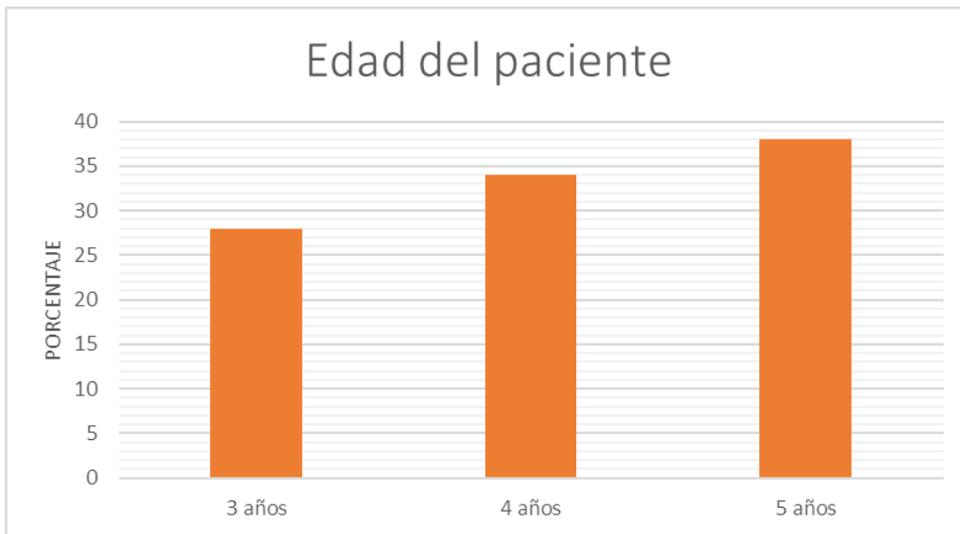
Para la evaluación de caries se utilizó el odontograma que se incluye en el formato de certificado médico escolar del centro de salud T-III Carmen Serdán (Figura 2). Se realizó una muestra poblacional de 100 pacientes, tomando como criterio de inclusión que se encontraran en el rango de edad de 3 a 5 años y que fueran pertenecientes a la colonia Carmen Serdán. Como criterios de exclusión se contempló a pacientes fuera del rango de estudio, negación a la revisión adecuada y pacientes que su lugar de residencia no fuera la colonia Carmen Serdán. Una vez realizada la observación clínica de la dentición clínica de cada paciente considerado en la muestra poblacional, se procedió a vaciar sus datos generales (edad, sexo, número de dientes afectados por la caries y severidad de las lesiones) en la base de datos para su análisis. Para tal propósito se utilizó el programa de estadística "IBM SPSS Statistics 25", con el cual determinar los porcentajes y graficas de interés como son el sexo, edad, el número de lesiones cariosas que presento cada paciente; esta información es utilizada para determinar la severidad de las lesiones

cariosas. Para este propósito, se utilizó la escala de Pitts y Fyffe, y la clasificación de Wynel, para establecer en las lesiones presentadas, la profundidad de daño en los tejidos dentales, si como la severidad de estas.

RESULTADOS

Los rangos de edades de los pacientes en la muestra representativa fueron 3, 4 y 5 años, (Grafica 1) de los cuales, la edad de 5 años fue presento el mayor porcentaje con el 38% seguido de la edad de 4 años, con 22% y siendo la edad de 3 años la de menor porcentaje con el 28% de frecuencia (Tabla 1).

Grafica 1



Fuente: Directa

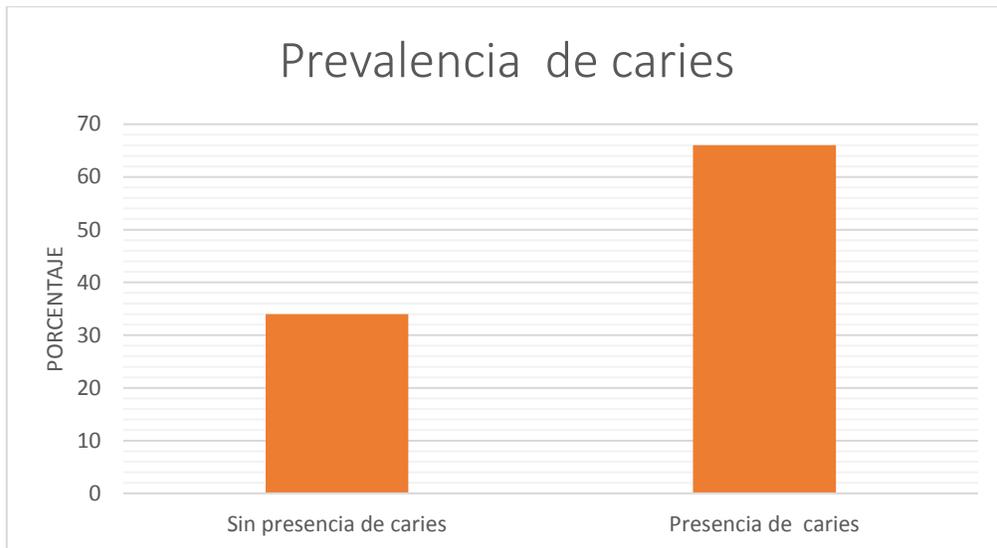
Tabla 1

Edad del paciente			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	3 años	28	28%
	4 años	34	34%
	5 años	38	38%
	Total	100	100%

Fuente: Directa

En la prevalencia de caries, con la que los pacientes de la muestra presentaron, reflejo un porcentaje del 34% de ausencia de cualquier lesión cariosa y en consecuencia, el 66% restante presenta una o más caries (Grafica 2, Tabla 2).

Grafica 2



Fuente: Directa

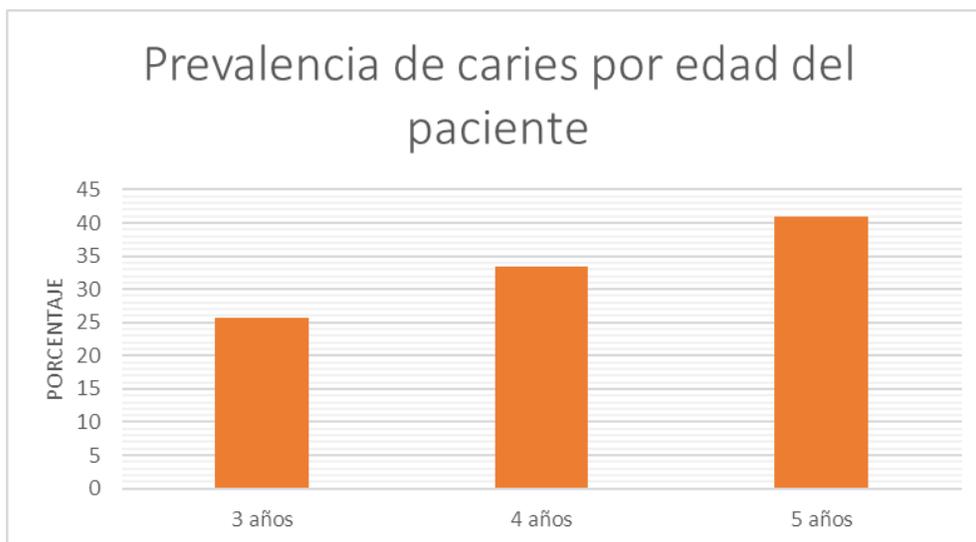
Tabla 2

Prevalencia de caries		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin presencia de caries	34	34%
Presencia de caries	66	66%
Total	100	100%

Fuente: Directa

En cuanto a la prevalencia de caries con respecto a sus edades se obtuvo los siguientes valores de los pacientes con lesiones cariosas, el 41% el rango de 5 años, 33% para la edad de 4 años y 26% para el rango de 3 años (Grafica 3, Tabla 3).

Grafica 3



Fuente: Directa

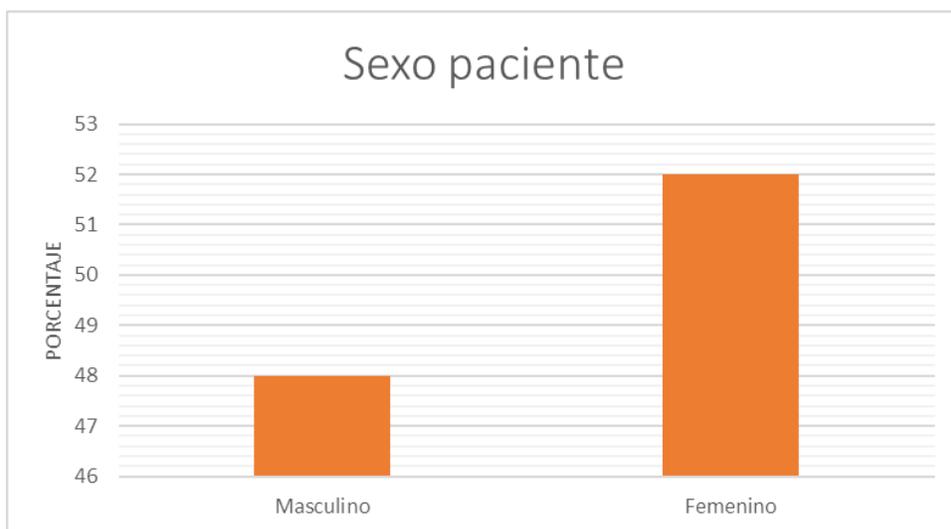
Tabla 3

Prevalencia de caries por edad del paciente				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	3 años	17	17%	26%
	4 años	22	22%	33%
	5 años	27	27%	41%
	Total	66	66%	100%
	Sin caries	34	34%	
Total		100	100%	

Fuente: Directa

La diferencia de porcentaje en cuanto al sexo de los pacientes incluidos en la muestra fue mínima, siendo superior el sexo femenino, con una frecuencia del 52%, mientras que el porcentaje de pacientes de sexo masculino fue del 48% (Grafica 4 Tabla 4).

Grafica 4



Fuente: Directa

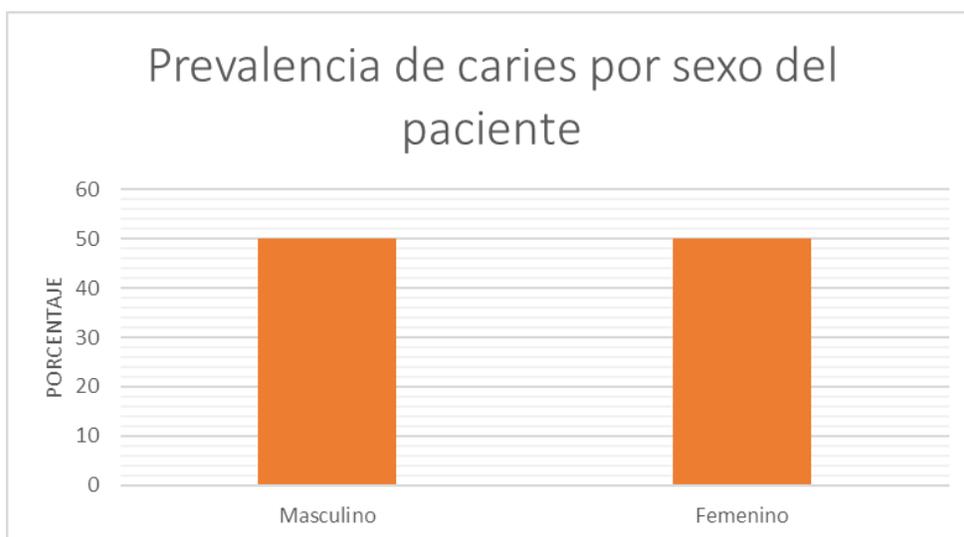
Tabla 4

		Sexo paciente	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	48	48%
	Femenino	52	52%
	Total	100	100%

Fuente: Directa

La prevalencia de caries de los pacientes por sexo obtuvo el mismo porcentaje, que es del 50% para ambos (Grafica 5 Tabla 5).

Grafica 5



Fuente: Directa

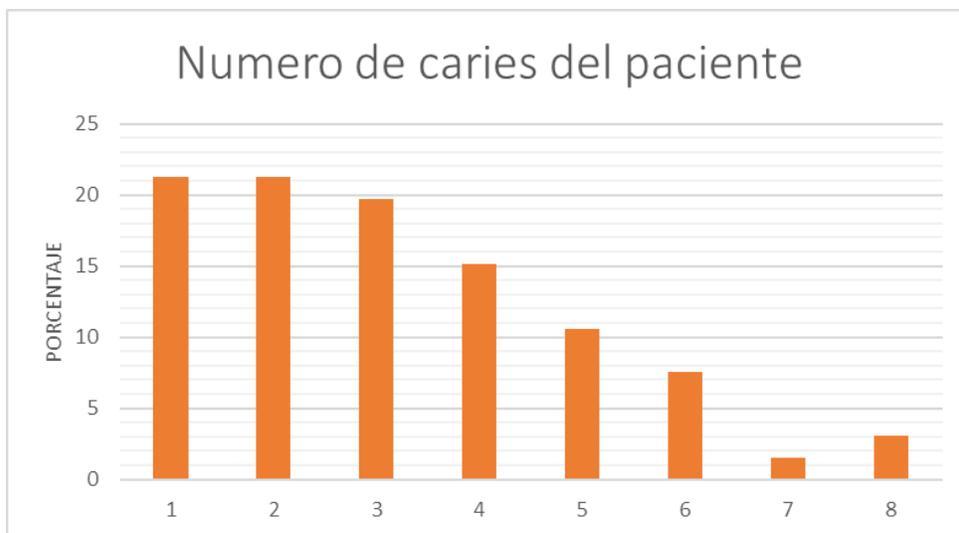
Tabla 5

Prevalencia de caries por sexo del paciente				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Masculino	33	33%	50%
	Femenino	33	33%	50%
	Total	66	66%	100%
	Sin caries	34	34%	
Total		100	100%	

Fuente: Directa

De los pacientes que presentaron caries se destacan aquellos que se observó con 1 y 2 lesiones cariosas ya que obtuvieron el mayor porcentaje con el 21%, seguido con el 20% de los pacientes que se observó 3 lesiones. El menor porcentaje fue de 2% que corresponde a un paciente con 7 lesiones de caries (Grafica 6, Tabla 6).

Grafica 6



Fuente: Directa

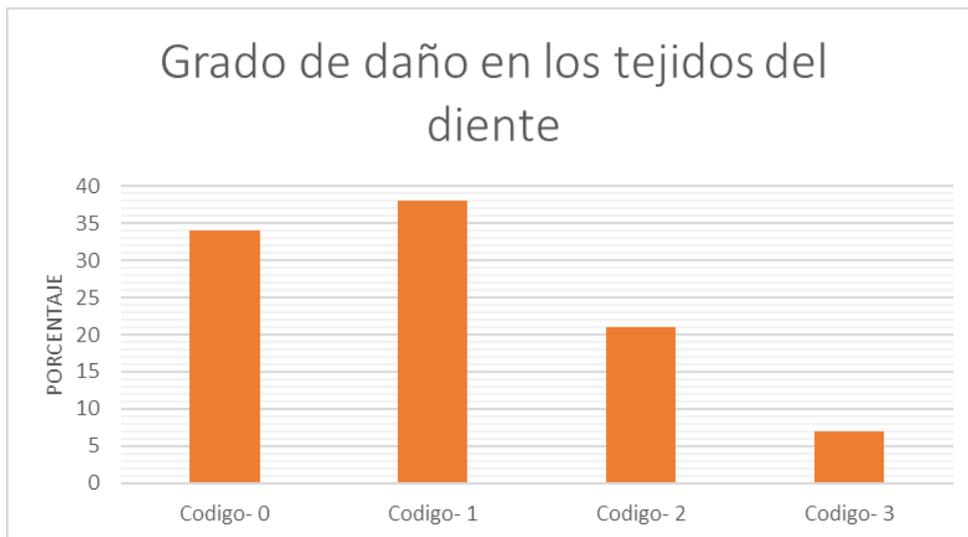
Tabla 6

Numero de caries del paciente				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Numero de lesiones cariosas	1	14	14%	21%
	2	14	14%	21%
	3	13	13%	20%
	4	10	10%	15%
	5	7	7%	11%
	6	5	5%	8%
	7	1	1%	2%
	8	2	2%	3%
	Total	66	66%	100%
Sin Caries		34	34%	
Total		100	100%	

Fuente: Directa

De acuerdo con la escala Pitts y Fyffe, se observa que el código con mayor porcentaje en la muestra estudiada es el código 1 con el 38%; dicho código indica una afectación del esmalte en el órgano dental afectado. Por el contrario, el código con menor porcentaje es el código 4 el cual presento el 7%, dicho código indica una afectación máxima en donde existe una comunicación con la pulpa dental (Grafica 7, Tabla 7).

Grafica 7



Fuente: Directa

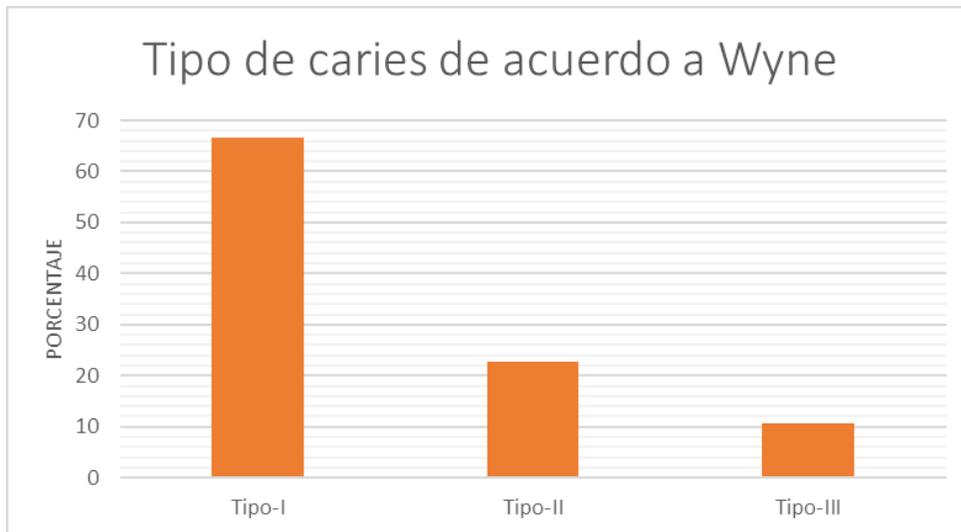
Tabla 7

Grado de daño en los tejidos del diente			
		Frecuencia	
		Porcentaje	
Válido	Codigo- 0	34	34%
	Codigo- 1	38	38%
	Codigo- 2	21	21%
	Codigo- 3	7	7%
	Total	100	100%

Fuente: Directa

Según la clasificación el tipo de caries predominante en la muestra de estudio es el tipo I, que se refiere a caries leve a moderada y la cual presenta el 67% de prevalencia mientras que el tipo III que se refiere a caries grave, solo presento el 11%, excluyendo a los pacientes que no presentaron caries (Grafica 8, Tabla 8).

Grafica 8



Fuente: Directa

Tabla 8

Tipo de caries de acuerdo a Wyne				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Tipo-I	44	44%	67%
	Tipo-II	15	15%	23%
	Tipo-III	7	7%	11%
	Total	66	66%	100%
Perdidos	Sistema	34	34%	
Total		100	100%	

Fuente: Directa

CONCLUSIONES

Se confirmo la hipótesis planteada, ya que con los datos de “frecuencia de caries” podemos determinar que el 66% de la muestra de población presento una o más lesiones cariosas, de la misma forma que se establece que el 34% de esta muestra no presenta ninguna lesión cariosa; en comparación con los datos reportados del SIVEPAB del año 2019 fueron 21% mayor, ya que en su estudio presenta una prevalencia de caries a nivel nacional del 87%.

Se determino que en poco más de la tercera parte de los pacientes estudiados presento de una a tres lesiones cariosas, así mismo la severidad de estas de acuerdo con los tejidos dentales afectados en su mayoría solo dañaron el esmalte. De igual forma se observó que más de la mitad de los casos con caries son leves a moderados; por el tipo I de la clasificación de Wyne.

En cuanto a la prevalencia de caries por rango de edad, se pudo observar que la edad con mayor afectación es la de 5 años, lo que puede coincidir con la erupción completa de la dentición temporal.

Se demostró que no existe un factor de riesgo por el sexo del paciente, que la prevalencia de la enfermedad por este factor no tuvo correlación, ya que no existió diferencia alguna entre ambos sexos.

ANEXOS

"Apartado dental del Certificado médico escolar de Centro de Salud Carmen Serdán T-III"

PIEL				MÚSCULO ESQUELÉTICO				RESPIRATORIO			
CONCEPTO	1.º	2.º	3.º	CONCEPTO	1.º	2.º	3.º	CONCEPTO	1.º	2.º	3.º
NORMAL				NORMAL				NORMAL			
PIODERMITIS				ALT. MIEMBRO SUPERIOR				RESFRADO COMÚN			
VERRUGAS VULGARES				DEV. COLUMNA				A. HIPERTRÓFICA			
PEDICULOSIS				ROD. VALGO VARO				OTITIS			
PITIRIASIS ALBA				PIE PLANO				BRONQUITIS			
MICOSIS				EN TRATAMIENTO				ASMA			
ESCABIASIS				OTRAS				OTRAS			
OTRAS											

OTROS APARATOS Y SISTEMAS (diagnóstico)			
CONCEPTO	1.º	2.º	3.º

DIENTES TEMPORALES	CONCEPTO				
		1.º	2.º	3.º	
	A	DIENTE SANO			
	B	DIENTE CARIADO			
	C	DIENTE OBTURADO Y CARIADO			
	D	DIENTE OBTURADO SIN CARIES			
	E	DIENTE AUSENTE			
	F	PARODONTOPATÍAS			
G	MALOCLUSIÓN				

DIENTES PERMANENTES	CONCEPTO				
		1.º	2.º	3.º	
	A	DIENTE SANO			
	B	DIENTE CARIADO			
	C	DIENTE OBTURADO Y CARIADO			
	D	DIENTE OBTURADO SIN CARIES			
	E	DIENTE AUSENTE			
	F	PARODONTOPATÍAS			
G	MALOCLUSIÓN				

SALUD BUCAL															
ODONTOGRAMA															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
DERECHO							IZQUIERDO								
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FECHA DE REVISIÓN															

ESTE DOCUMENTO ES VIGENTE			SELLO DE LA INSTITUCIÓN
DEL	DE	DE	
AL	DE	DE	
CLÍNICAMENTE APTO PARA ASISTIR A LA ESCUELA			SI () NO ()
CLÍNICAMENTE APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS DE ESFUERZO			SI () NO ()

5.- DIAGNÓSTICOS Y OBSERVACIONES (primera versión)

NOMBRE, N° DE CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO

6.- DERECHOS HABIENCIA			
CONCEPTO	1.º	2.º	3.º
RECETA			
REFERENCIA			
S.S.P.D.F.			
S.M.Y.U.D.F.			
I.S.S.S.T.E.			
S.E.P.			
D.I.F.			
I.M.S.S.			
OTRAS			

7.- DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES (revisiones subsecuentes)

FECHA	ESCOLARIDAD	DIAGNÓSTICOS	INSTITUCIÓN MÉDICA	NOMBRE, N° DE CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaramillo, D.C., (2003)., Odontología pediátrica 3 Ed (3.a ed.). Corporación para Investigaciones Biológicas.
2. Molina Frechero, N., Duran Merino, D., Castañeda Castaneira, E., & Juárez López, M. L. A. (2015). La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. GACETA MÉDICA DE MÉXICO, 485–490. <https://www.anmm.org.mx>
3. Ramírez-Puerta, B. S., Escobar-Paucar, G., Franco-Cortés, N. M., Ochoa-Acosta, E. M., Otálvaro-Castro, G. J., & Agudelo-Suárez, A. A. (2017). Caries dental en niños de 0–5 años del municipio de Andes, Colombia. Evaluación mediante el sistema internacional de detección y valoración de caries - ICDAS. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 35(1), 91–98. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n1a10>
4. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, (2015). 10 años vigilando la salud bucal de los mexicanos salud bucal. impreso en México. <http://www.spps.salud.gob.mx/>
5. American Academy of Pediatric Dentistry. (2020). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry, 79–81. https://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf
6. Palomer R, L. (2006). Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. Revista chilena de pediatría, 77(1), 56–60. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062006000100009>
7. Sánchez Pérez, L., Sáenz Martínez, L. P., Molina Frechero, N., Irigoyen Camacho, M. E., & Alfaro Moctezuma, P. (2018). Riesgo a caries. Diagnóstico y sugerencias de tratamiento. Revista ADM, 75(6), 340–349. <https://www.medigraphic.com/adm>
8. Maupomé, G., Soto Rojas, A. E., Irigoyen Camacho, E., Martínez Mier, E. Á., & Borges Yáñez, S. A. (2007). Prevención de la caries: Recomendaciones

actualizadas y estatus del conocimiento directamente aplicable al entorno mexicano. AMD, LXIV (2), 68–79. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=11994&id2=>

9. Valdez Penagos, R. G., Erosa Rosado, E., Zarza Martínez, Y. J., Cortés Quiroz, M. C., Ramírez Sánchez, R. G., & Juárez López, M. L. A. (2018). *Confiabilidad en la medición de caries dental (PROYECTO PAPIME PE 211915 ed.)*. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. <http://www.zaragoza.unam.mx/herramientas-para-el-aprendizaje/>
10. Wyne, A. H. (1999). Early childhood caries: nomenclature and case definition. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 27(5), 313–315. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1998.tb02026.x>
11. Treuner, A., & Splieth, C. H. (2012). *Prevención de la caries en la primera infancia (esp. ed., Vol. 25)*. Quintessence. <https://doi.org/10.1016/j.quint.2012.04.008>
12. Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Patologías Bucales SIVEPAB (2019). Lomelí Buyoli, G., Mejía González, A. M., & Rodríguez González, K. G. (2020). RESULTADOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE PATOLOGÍAS BUCALES SIVEPAB 2019..
13. Valdez Penagos, R. G., Erosa Rosado, E., Zarza Martínez, Y. J., Cortés Quiroz, M. D. C., Ramírez Sánchez, R. G., & Juárez López, M. L. A. (2018). *Confiabilidad en la medición de caries dental (1.ª ed., Vol. 1)*. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. <http://www.zaragoza.unam.mx/herramientas-para-el-aprendizaje/>
14. Sistema de Información del Desarrollo Social. (2001). Sistema de Información del Desarrollo Social. Recuperado 2022, de <http://www.sideso.cdmx.gob.mx/index.php?id=551>
15. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago,: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020:79-81.

16. Amid I, Ismail B, Determinants of health in children and the problem of early childhood caries. *Pediatric Dentistry* 2003; 25(4): 328-333.
17. De Figueiredo LR. *Odontología para el bebé. Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años.* Brasil: Ed. Amolca. 2000.
18. Caufield PW, Griffen AL. Dental caries. An infectious and transmissible disease. *Pediatric Clin North Am.* 2000 Oct;47(5):1001-19, v. doi: 10.1016/s0031-3955(05)70255-8. PMID: 11059347.
19. Solar, B. S., Fedelli, L., & Sancha Lantorno, A. (2019). Revalencia de caries temprana de la infancia en el ámbito hospitalario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires / Prevalence of early childhood caries in the hospital scope of the Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista del círculo Argentino de Odontología*, LXXVIII(228), 5–7. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1122917/2019-ca0-228-web.pdf>
20. Pitts NB, Fyffe HE. The effect of varying diagnostic thresholds upon clinical caries data for a low prevalence group. *J Dent Res.* 1988 Mar;67(3):592-6. doi: 10.1177/00220345880670031401. PMID: 3049719.

CAPÍTULO III: ANTECEDENTES

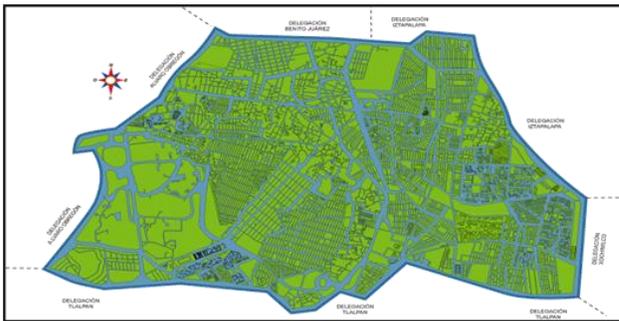
1.1 ZONA DE INFLUENCIA

A. Ubicación geográfica

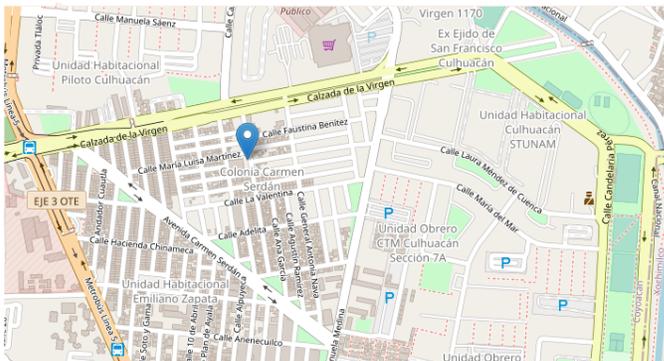
Ubicado en la alcaldía Coyoacán, el Centro de Salud T-III Carmen Serdán se encuentra dentro de la zona conocida como “Los Culhuacanes”, en la calle de Soledad Solórzano s/n, entre María Pistolas y Gertrudis Bocanegra, Colonia Carmen Serdán.

Colinda con las siguientes colonias:

- Emiliano Zapata
- U H CTM VIII
- U H CTM IX
- Piloto Culhuacán



Fuente: INEGI



Fuente: GOOGLE MAPS

B. Antecedentes históricos

La colonia Carmen Serdán se originó aproximadamente en el año 1966 sin ningún tipo de servicio público, como producto inicial de la reubicación de la que fueron objeto los horneros de tabique, quienes se asentaban en la Calzada de la Virgen en lo que ahora se denomina la colonia Avante; posteriormente se manifestaron flujos de la población en menor escala proveniente de otras zonas del entonces Distrito Federal, hoy Ciudad de México y otros estados como Michoacán, Guanajuato, y Estado de México, población de bajo ingreso económico que seleccionaba dicho barrio por la disponibilidad y costo accesible de los terrenos.

En el año de 1973, surge la necesidad de efectuar una redistribución interna en la colonia para la asignación de los lotes, de esta forma se llevó a cabo la notificación a la "Procuraduría de Colonias Populares" y "Habitación Popular", motivo por el cual surgieron algunas fricciones hasta que se definió la ubicación de los lotes en 1974.

C. Aspectos demográficos

En el estudio de los indicadores demográficos del INEGI (año de consulta) se observa que 8 918 653 pobladores habitan en la Ciudad de México y de estos, 608 479 personas en la Alcaldía Coyoacán, siendo el 6.8% del total de la Ciudad de México. Es de destacar que es más grande el porcentaje de población femenil 324 697 (53.4%), en comparación a los hombres 283 782 (46.6%), porcentaje parecido al de la población a nivel nacional. Llama la atención que la edad promedio poblacional es más alta en la alcaldía con relación con la Ciudad de México, así como con nivel nacional (37 años en la primera, comparativamente con los 33 años que es la mediana de la delegación y 27 años la que corresponde al grado nacional). Al hacer el comparativo con los datos de la Ciudad de México y a grado nacional, coincide de esa manera, que el conjunto de edad de 20 a 24 años es la categoría con más población en la Ciudad de México, al igual que a grado nacional (cuadro 1).

Cuadro 1 Población general por sexo 2015

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

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

D. Vivienda

Con relación a los primeros, el 65.58% son domicilios nucleares, 29.55% ampliados y 2.98% compuestos. El porcentaje de los hogares ampliados y compuestos (32.53%) representa un dato importante, puesto que da cuenta de la modificación y diversificación en la estructura de los hogares. Dichos datos son similares a los que muestra la Ciudad de México, generalmente, en un mínimo porcentaje en hogares nucleares que el que se muestra a grado nacional (65.58% y 69.71% respectivamente)(cuadro 2).

Cuadro 2 Tipo y clase de hogar en 2015

	Delegación Coyoacán		Ciudad de México		Nacional	
	Hogares	Población	Hogares	Población	Hogares	Población
	186 317	608 479	2 601 323	8 918 653	31 949 709	119 530 753
Hogares familiares*	82.91	93.10	85.01	94.80	88.85	96.53
Nucleares**	65.58	55.89	65.61	55.96	69.71	61.48
Ampliados***	29.55	38.01	30.65	39.20	27.91	35.49
Compuestos****	2.98	3.58	1.95	2.47	0.96	1.20
No especificado	1.88	2.52	1.79	2.38	1.43	1.83
No familiares	15.82	5.83	14.59	4.91	10.82	3.20
No especificado	1.27	1.08	0.40	0.28	0.33	0.27

* Hogar en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con el jefe(a). Se clasifican en nucleares, ampliados y compuestos.

** Hogar familiar conformado por el jefe(a) y cónyuge; jefe(a) e hijos; jefe(a), cónyuge e hijos.

*** Hogar familiar conformado por un hogar nuclear y al menos otro pariente, o por una jefe(a) y al menos otro pariente.

**** Hogar familiar conformado por un hogar nuclear o ampliado y al menos un integrante sin parentesco.

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

E. Servicios Educativos

Relacionadas con la población que asiste al colegio, en la alcaldía la población de 3 a 14 años es el que en su mayoría asiste a la misma, lo cual equivale a un 94.31% y la que está entre los 15 a 17 años asiste un 85.17% (23 236 jóvenes), cabe resaltar que alrededor de casi 3 mil de adolescentes no asisten al colegio.

Por otro lado, en el conjunto de edad de 18 a 29 años asisten al colegio el 42.19%, la mayor parte en los niveles de enseñanza media preeminente y preeminente.

Referente a las cifras conseguidas en la Ciudad de México en los equipos de edad referidos, llama la atención que es más alta la ayuda estudiantil en la delegación con relación a la Ciudad de México en todos los grupos de edad (cuadro 3).

Cuadro 3 Población de 3 años y más, en condición de asistencia escolar en Coyoacán

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

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

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

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

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

F. Servicios de salud

Los servicios de salud que recibe la población se pueden señalar una que más de dos terceras partes de la alcaldía Coyoacán son derechohabientes (77.81%). En el caso de la Ciudad de México, esta proporción es de 78.49% y a nivel nacional se eleva. Cabe señalar que en la Ciudad de México y en la delegación son más elevados el total de derechohabientes del IMSS (48.24%) que cualquier otra modalidad de seguridad social. Un 19.69% es derechohabiente del ISSSTE y 19.33% cuentan con Seguro Popular. Esto nos indica que un porcentaje importante de la población cuenta con acceso a servicios de salud de carácter públicos o privados (cuadro 4).

Cuadro 4 Población con derechohabiencia a servicios de salud

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

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

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

*** Incluye instituciones de salud pública o privada.

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Ciudad de México. Servicios de salud. México. 2016.
INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Nacional. Servicios de salud. México. 2016.

G. Morbilidad

Son semejantes las 3 primordiales razones de muerte tanto en la Ciudad de México como a nivel nacional e inclusive en el mismo orden: patologías del corazón, diabetes y tumores malignos (cuadro 5).

Cuadro 5 Principales causas de mortalidad

Ciudad de México	Nacional
1. Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón)	1. Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón)
2. Diabetes mellitus	2. Diabetes mellitus
3. Tumores malignos	3. Tumores malignos
4. Enfermedades cerebrovasculares	4. Accidentes (de tráfico de vehículos de motor)
5. Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado)	5. Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado)

* Excluye paro cardíaco

Fuente: INEGI. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. México. 2016

H. Mortalidad

La esperanza de vida en la Ciudad de México es más grande que a nivel nacional con una diferencia de 12 meses en el rango total. En la situación de los hombres es de un año un mes más grande y en las mujeres es de 8 meses más grande la esperanza de vida con respecto al nacional.

En el mismo cuadro se previene que en la Ciudad de México la esperanza de vida es más grande en las mujeres que en los hombres, con una diferencia de 4.7 años, lo cual supone que las mujeres viven más que los hombres, y que es congruente con los indicadores nacionales (cuadro 6)

Cuadro 6 Esperanza de vida

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

Fuente: INEGI. Población, hogares y vivienda. Mortalidad / Esperanza de vida al nacimiento.2016

1.2 ANÁLISIS DE CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

Los datos que se muestran proporcionan información respecto a que en la Ciudad de México y en especial, en la Alcaldía de Coyoacán se observa la existencia de componentes de tipo de la población, niveles educativos y condiciones de salud, así como de colaboración económica que corroboran que hay grupos de edad en condiciones de peligro hacia el viable consumo de drogas, debido al entorno en el que se hallan inmersos

La población de la ciudad de México presenta a las principales enfermedades crónicas como son problemas cardiovasculares y la Diabetes Mellitus que coinciden con las que se presentan a nivel nacional. Otros problemas que presenta la colonia es la baja escolaridad y la drogadicción se encuentra presente en sus calles.

La mayor parte de la población que asiste al centro de salud no es derechohabiente de otra institución pública o privada, ya que su actividad económica en su mayoría es el comercio.

En la colonia de Carmen Serdán tiene el problema que su poca escolaridad y población de bajos recursos, no tienen la cultura y hábito de visitar al dentista, esto como resultado de la poca información sobre salud bucal.

Por lo tanto, la población atendida requiere más promoción e información sobre la prevención de la salud ya que se ve reflejada en las enfermedades presentes y desconocimiento de las consecuencias y gravedad que estas presenten.

2. CENTRO DE SALUD T-III CARMEN SERDAN

Se cuenta con un horario de servicio de lunes a viernes de 07:00am a 02:00 pm.

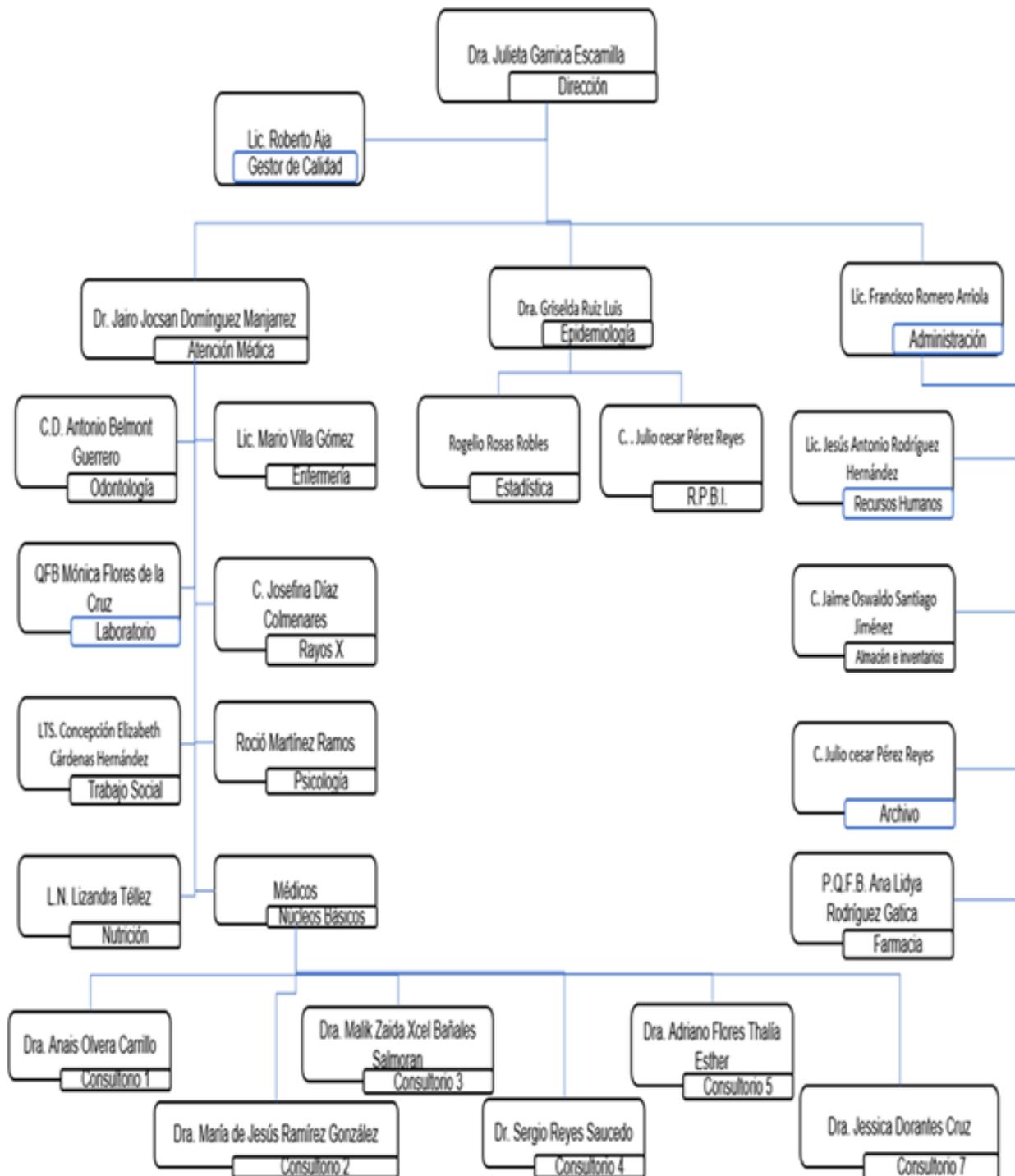
El centro de salud cuenta con los siguientes servicios:

- Atención medica general
- Medico en tu casa
- Psicología
- Nutrición
- Estomatología
- Farmacia
- Rayos X
- Inmunizaciones
- Centro de atención primaria en adicciones (CAPA)
- Trabajo social
- Optometría

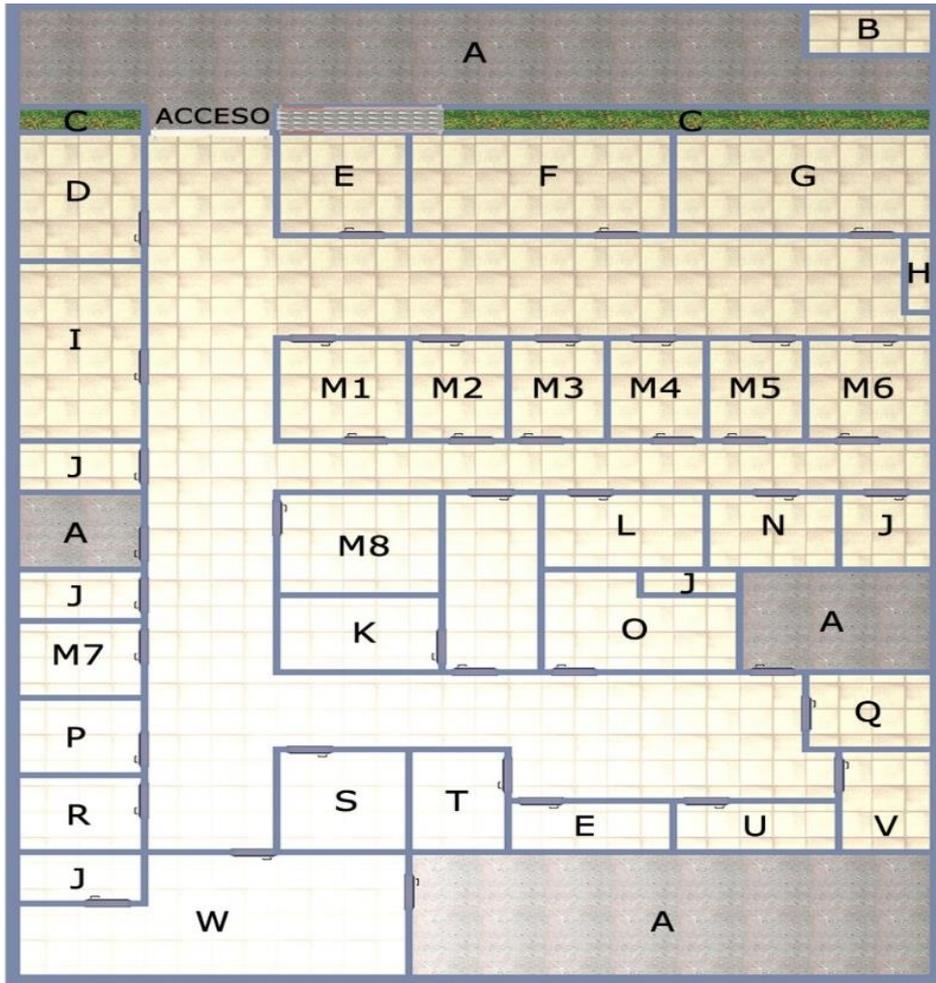
2.1 UBICACIÓN

Soledad Solórzano entre María Pistolas y Gertrudis Bocanegra, C.P. 04850, alcaldía Coyoacán, col. Carmen Serdán. México. CDMX.

2.2 Organigrama



2.3 Plano del Centro de Salud



A - Patio
 B - RPBI
 C - Jardín
 D - Farmacia
 E - Trabajo Social
 F - Laboratorio
 G - Rayos X
 H - Edufasas
 I - Archivo clínico
 J - Baño
 K - Módulo de enfermería
 L - Ropería

M - Módulo
 N - Séptico
 O - Enfermería
 P - Administración
 Q - C.E.Y.E.
 R - Dirección
 S - Salud bucal
 T - Curaciones e inmunizaciones
 U - Epidemiología y estadística
 V - Almacén
 W - Aula

3. SERVICIO DE ATENCION ODONTOLOGICA C.S.T-III CARMEN SERDAN

La atención odontológica en el centro de salud se encuentra a cargo de un jefe de servicio, mismo que tiene la responsabilidad y organización de las actividades de 3 cirujanos dentistas y 2 pasantes a su cargo.

El consultorio cuenta con tres unidades dentales, tres compresores, dos autoclaves, un equipo de rayos x intraoral y material e instrumental necesario para los tratamientos requeridos.

El paciente debe en primera instancia acudir al archivo del centro de salud para que le asignen un turno para recibir la atención.

En la primera cita se realiza el llenado de la historia clínica; para tal motivo se colocan sus datos personales, antecedentes patológicos familiares y personales, además de colocar sus signos vitales, también se le indica traer sus documentos y pasar a la oficina de trabajo social para conformar su expediente; ya sea personal o familiar. Si el paciente no es derechohabiente de ninguna otra institución tiene la opción de darse de alta en el centro de salud mas cercano a su domicilio, a lo cual seria beneficiario de la hoja de gratuidad con la que recibiría medicamento son costo. Si el paciente es derechohabiente de una institución pública no podría ser beneficiario de la gratuidad; por lo que no recibiría medicamento del centro de salud, pero si recibiera la atención y se le entregaría una receta para comprar su medicamento en cualquier farmacia.

Los tratamientos que se realizan en el consultorio dental son las siguientes:

- Revisión bucal de certificados médicos escolares
- Profilaxis
- Odontoxesis
- Aplicación de flúor
- Colocación de selladores
- Obturación con amalgama
- Obturación con resina
- Obturación provisional (curación)

- Exodoncia
- Farmacoterapia

Estos son los tratamientos que se realizan los cuales son preventivos y básicos, ya que no se incluyen: tratamientos de conductos, prótesis dentales, tratamientos periodontales, cirugías o tratamientos de ortodoncia.

BIBLIOGRAFIA

1. Loerea, M.J. Diagnóstico en salud. Presentación Web publicada el 23 de agosto 2010 (Consultado septiembre 2021) Disponible en: <http://es.slideshare.net/drloera/diagnostico-de-salud>
2. CONEVAL. Pobreza en México 2020[Internet].2020[citado 2021 septiembre 20].Disponible:http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2020.aspx
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, (2010-2014). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI,(2016). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

La realización de actividades estuvo limitada los meses agosto, septiembre y octubre, por el semáforo naranja y amarillo de la pandemia de COVID- 19. Por tal motivo solo se realizaba el registro del apartado odontológico en los certificados médicos escolares y tratamientos específicos de urgencia y que no requerían el uso de pieza de mano para evitar los aerosoles. Por los mismos motivos la afluencia de pacientes fue escasa en los mismos meses mencionado.

Por los factores mencionados, se realizaron actividades no correspondientes al área de odontología en diversos días de los meses mencionados, tales como registro y captura de datos de pacientes en kioscos de pruebas COVID-19, registro de aplicación de vacunas antirrábicas y captura de datos de pacientes con enfermedades crónicas y discapacidades.

Una vez que el semáforo de la pandemia de COVID-19 paso a verde se retomaron las actividades regulares de forma gradual, así como la asistencia de los pacientes fue aumentando con el transcurso de los días.

Las actividades propias del consultorio dental fueron tratamientos básicos, actividades de promoción de salud y actividades administrativas.

Dentro de estas actividades se incluían tratamientos dentales como: profilaxis, curetajes supragingivales, obturaciones provisionales, obturación con amalgama y con resina.

Las actividades administrativas que se realizaron fueron el llenado del registro de actividades en la hoja diaria del consultorio, llenado del apartado de revisión odontológica de los certificados médicos escolares, registrar datos de los pacientes en su respectiva historia clínica y el registro de los tratamientos realizados en la nota de evolución correspondiente.

También se realizaron otras actividades, las cuales fueron la esterilización limpieza y empaquetamiento del instrumental (CEYE), la realización de periódicos murales informativos, además de realizar platicas de técnica de cepillado e información de la enfermedad periodontal. Estas platicas fueron realizadas de forma intramuros en la sala de espera del Centro de Salud T-III Carmen Serdán y de forma extramuros en donde se asistió a ferias de la salud en calles de la misma colonia y colindantes, así como en deportivos públicos de la alcaldía Coyoacán.

Actividades realizadas en el mes de agosto del 2021

ACTIVIDADES	N°
Tratamientos	
• Profilaxis	0
• Curetajes	0
• Amalgamas	0
• Resinas	5
• Obturación	4
• Exodoncias	0
SUBTOTAL	9
Administración	
• Certificados médicos	60
• Historia clínica	20
• Llenado de hoja diaria	20
• Nota de evolución	10
SUBTOTAL	110
Otras	
• CEYE	10
• Platicas informativas intramuros	0
• Platicas informativas extramuros	0
• Cartel o periódico mural	0
SUBTOTAL	10
TOTAL	129

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Actividades realizadas en el mes de septiembre del 2021

ACTIVIDADES	N°
Tratamientos	
• Profilaxis	10
• Curetajes	4
• Amalgamas	0
• Resinas	20
• Obturación	15
• Exodoncias	5
SUBTOTAL	54
Administración	
• Certificados médicos	80
• Historia clínica	20
• Llenado de hoja diaria	25
• Nota de evolución	15
SUBTOTAL	140
Otras	
• CEYE	15
• Platicas informativas intramuros	4
• Platicas informativas extramuros	0
• Cartel o periódico mural	0
SUBTOTAL	19
TOTAL	213

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Actividades realizadas en el mes de octubre del 2021

ACTIVIDADES	N°
Tratamientos	
• Profilaxis	5
• Curetajes	5
• Amalgamas	0
• Resinas	25
• Obturación	20
• Exodoncias	5
SUBTOTAL	60
Administración	
• Certificados médicos	63
• Historia clínica	34
• Llenado de hoja diaria	20
• Nota de evolución	40
SUBTOTAL	157
Otras	
• CEYE	22
• Platicas informativas intramuros	5
• Platicas informativas extramuros	0
• Cartel o periódico mural	0
SUBTOTAL	27
TOTAL	244

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Actividades realizadas en el mes de noviembre del 2021

ACTIVIDADES	N°
Tratamientos	
• Profilaxis	8
• Curetajes	4
• Amalgamas	0
• Resinas	10
• Obturación	10
• Exodoncias	2
SUBTOTAL	34
Administración	
• Certificados médicos	30
• Historia clínica	22
• Llenado de hoja diaria	15
• Nota de evolución	20
SUBTOTAL	87
Otras	
• CEYE	20
• Platicas informativas intramuros	4
• Platicas informativas extramuros	0
• Cartel o periódico mural	1
SUBTOTAL	25
TOTAL	146

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Actividades realizadas en el mes de diciembre del 2021

ACTIVIDADES	Nº
Tratamientos	
• Profilaxis	5
• Curetajes	0
• Amalgamas	1
• Resinas	10
• Obturación	2
• Exodoncias	2
SUBTOTAL	20
Administración	
• Certificados médicos	0
• Historia clínica	10
• Llenado de hoja diaria	10
• Nota de evolución	15
SUBTOTAL	35
Otras	
• CEYE	15
• Platicas informativas intramuros	1
• Platicas informativas extramuros	0
• Cartel o periódico mural	0
SUBTOTAL	16
TOTAL	61

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Actividades realizadas en el mes de enero del 2022

ACTIVIDADES	Nº
Tratamientos	
• Profilaxis	5
• Curetajes	5
• Amalgamas	2
• Resinas	15
• Obturación	22
• Exodoncias	12
SUBTOTAL	61
Administración	
• Certificados médicos	20
• Historia clínica	26
• Llenado de hoja diaria	20
• Nota de evolución	20
SUBTOTAL	86
Otras	
• CEYE	18
• Platicas informativas intramuros	5
• Platicas informativas extramuros	0
• Cartel o periódico mural	0
SUBTOTAL	23
TOTAL	169

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Actividades realizadas en el mes de febrero del 2022

ACTIVIDADES	N°
Tratamientos	
• Profilaxis	8
• Curetajes	0
• Amalgamas	4
• Resinas	15
• Obturación	10
• Exodoncias	20
SUBTOTAL	57
Administración	
• Certificados médicos	10
• Historia clínica	26
• Llenado de hoja diaria	15
• Nota de evolución	20
SUBTOTAL	71
Otras	
• CEYE	22
• Platicas informativas intramuros	15
• Platicas informativas extramuros	2
• Cartel o periódico mural	0
SUBTOTAL	39
TOTAL	167

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Actividades realizadas en el mes de marzo del 2022

ACTIVIDADES	N°
Tratamientos	
• Profilaxis	10
• Curetajes	5
• Amalgamas	2
• Resinas	30
• Obturación	12
• Exodoncias	20
SUBTOTAL	79
Administración	
• Certificados médicos	8
• Historia clínica	20
• Llenado de hoja diaria	20
• Nota de evolución	10
SUBTOTAL	58
Otras	
• CEYE	20
• Platicas informativas intramuros	8
• Platicas informativas extramuros	4
• Cartel o periódico mural	0
SUBTOTAL	32
TOTAL	169

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Actividades realizadas en el mes de abril del 2022

ACTIVIDADES	Nº
Tratamientos	
• Profilaxis	13
• Curetajes	5
• Amalgamas	0
• Resinas	10
• Obturación	10
• Exodoncias	10
SUBTOTAL	48
Administración	
• Certificados médicos	10
• Historia clínica	20
• Llenado de hoja diaria	20
• Nota de evolución	20
SUBTOTAL	70
Otras	
• CEYE	18
• Platicas informativas intramuros	10
• Platicas informativas extramuros	2
• Cartel o periódico mural	0
SUBTOTAL	30
TOTAL	148

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Actividades realizadas en el mes de mayo del 2022

ACTIVIDADES	Nº
Tratamientos	
• Profilaxis	8
• Curetajes	0
• Amalgamas	2
• Resinas	5
• Obturación	5
• Exodoncias	15
SUBTOTAL	35
Administración	
• Certificados médicos	5
• Historia clínica	23
• Llenado de hoja diaria	22
• Nota de evolución	15
SUBTOTAL	65
Otras	
• CEYE	20
• Platicas informativas intramuros	4
• Platicas informativas extramuros	15
• Cartel o periódico mural	1
SUBTOTAL	40
TOTAL	140

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Actividades realizadas en el mes de junio del 2022

ACTIVIDADES	N°
Tratamientos	
• Profilaxis	0
• Curetajes	0
• Amalgamas	2
• Resinas	5
• Obturación	5
• Exodoncias	10
SUBTOTAL	22
Administración	
• Certificados médicos	5
• Historia clínica	10
• Llenado de hoja diaria	10
• Nota de evolución	4
SUBTOTAL	29
Otras	
• CEYE	5
• Platicas informativas intramuros	0
• Platicas informativas extramuros	10
• Cartel o periódico mural	0
SUBTOTAL	15
TOTAL	66

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Actividades realizadas en el mes de julio del 2022

ACTIVIDADES	N°
Tratamientos	
• Profilaxis	5
• Curetajes	2
• Amalgamas	1
• Resinas	8
• Obturación	12
• Exodoncias	5
SUBTOTAL	33
Administración	
• Certificados médicos	10
• Historia clínica	15
• Llenado de hoja diaria	15
• Nota de evolución	15
SUBTOTAL	55
Otras	
• CEYE	20
• Platicas informativas intramuros	2
• Platicas informativas extramuros	10
• Cartel o periódico mural	0
SUBTOTAL	32
TOTAL	120

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

Total anual de actividades período Agosto 2021- Julio 2022

ACTIVIDADES	N°
Tratamientos	
• Profilaxis	77
• Curetajes	30
• Amalgamas	14
• Resinas	148
• Obturación	127
• Exodoncias	106
SUBTOTAL	502
Administración	
• Certificados médicos	301
• Historia clínica	246
• Llenado de hoja diaria	212
• Nota de evolución	204
SUBTOTAL	963
Otras	
• CEYE	205
• Platicas informativas intramuros	58
• Platicas informativas extramuros	43
• Cartel o periódico mural	2
SUBTOTAL	308
TOTAL	1773

Fuente: Hojas de registro diarias y de control de C.S. T-III Carmen Serdán

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se puede observar en los datos la limitación en los tratamientos y la poca asistencia al consultorio dental en los meses correspondientes en los que se implementó el semáforo rojo y naranja por la pandemia de COVID-19; ya que se restringía el uso de pieza de mano por los aerosoles creados, personas con síntomas de enfermedades respiratorias. Otro factor del por el que los pacientes evitaron atenderse, fue la desconfianza en asistir al centro de salud ya que se realizaban pruebas de diagnóstico COVID, por lo que evitaban asistir, sobre todo por tratamientos de prevención. Sin embargo, los pacientes que requerían tratamientos de urgencia por dolor recibieron el diagnóstico y la medicación indicada para que posteriormente fueran atendidos con el tratamiento que corresponda, o en casos indicados se les realizó extracción dental.

De acuerdo con los datos, recabados de las actividades, podemos establecer que la obturación con resina, seguido de obturaciones temporales (curación) y las exodoncias son los tratamientos más realizados en el centro de salud.

Por el contrario, los tratamientos menos realizados fueron las profilaxis, curetajes y obturación con amalgama.

Las pláticas informativas extramuros también fueron limitadas en los meses en los que se implementó el semáforo COVID en rojo y naranja, para que en los meses posteriores se retomaron asistiendo a centros deportivos, ferias de la salud y escuelas primarias. Sin embargo, las pláticas intramuros dejaron de ser aplicadas, en los meses en los que el semáforo trascendió a color amarillo y verde ya que la asistencia al consultorio dental aumentó y se les dio prioridad a estas actividades y pláticas extramuros.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

En el servicio social realizado se pudo observar que la principal causa de consulta dental es por dolor; ya que en la colonia Carmen Serdán no se tienen los conocimientos y cultura de la salud bucal. Podemos determinar además que esta falta de higiene es transmitida a los hijos, esto por el porcentaje de pacientes en edad escolar presentaron lesiones cariosas, además de que los padres se mostraban desconocedores de la gravedad y condición de la salud bucal de sus hijos. Por estos factores las consultas por prevención como profilaxis fue nulo en comparación de los tratamientos restaurativos o la farmacoterapia.

Al realizar las pláticas intramuros y extramuros, se pudo observar que las personas mostraron interés, ya que realizaban preguntas y observaban con detenimiento las explicaciones y conceptos indicados. Por esta razón, es importante la realización de promover la salud bucal, ya que se debe hacer concientización de la prevención para evitar complejidad de tratamientos, la población que se debe tener prioridad en cuanto a la prevención son los niños en especial de 3 a 12 años puesto que es la edad en la que se presentan los dientes permanentes, por lo que es importante enseñar a los padres la forma adecuada de cepillar los dientes, cuidados en la alimentación, además de hacer conciencia de la visita odontológica cada 6 meses para realizar las revisiones en consultorio.

Los programas de salud son un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios que tienen como finalidad alcanzar objetivos en pro de la salud de la población de la colonia Carmen Serdán.

Prevenir y controlar las enfermedades dentales y promover la salud dental por medio de los esfuerzos comunitarios organizados. El compromiso es una de las características principales en la educación, la investigación y la administración de programas grupales de atención dental.

CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS



