



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**PREVALENCIA DE CARIES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD T-L ZAPOTITLÁN**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

SECRETARÍA DE SALUD CENTRO DE SALUD T-L ZAPOTITLÁN.

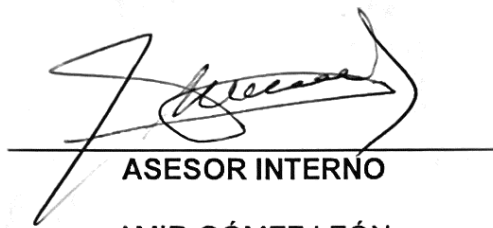
SAMANTA HERNÁNDEZ FLORES.
2163062719

FEBRERO 2021 A ENERO 2022

FECHA DE ENTREGA: ENERO 2023

AMIR GÓMEZ LEÓN

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Amir Gómez León', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

ASESOR INTERNO

AMIR GÓMEZ LEÓN

No. Económico 1481

Departamento de Atención a la Salud



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA
MARÍA SANDRA COMPEÁN DARDÓN

ÍNDICE

RESUMEN DEL INFORME	5
CAPÍTULO I. INVESTIGACIÓN	6
MARCO TEORICO	6
Caries Dental	6
Proceso de caries	7
Severidad de la lesión	7
Actividad de la lesión	8
Evaluación del riesgo.....	8
Tipos de riesgos	8
Factores Etiológicos Modulares:.....	8
El índice epidemiológico	9
Códigos y criterios del CPOD-cpod.....	10
Historia clínica.....	10
Identificación clínica	11
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
RESULTADOS	13
DISCUSION	18
CONCLUSIÓN	19
ANEXOS	20
Anexo 1	20
Anexo 2	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFÍA	25
CAPÍTULO II. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL ASIGNADA	28
Servicios con los que cuenta la Unidad de Salud	29
Organigrama General	30
Recursos utilizados	30
Recursos humanos	30
Servicio dental	31
CAPÍTULO III: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	32

Educativo y preventivo intramuros	32
Actividades extramuros campo (Escuela)	33
Consulta odontológica	34
Consulta odontológica por grupo de edad	34
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	35
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	35

RESUMEN DEL INFORME

El presente informe detalla las diversas actividades realizadas en el servicio social de la Licenciatura en Estomatología en el Centro de Salud T-I Zapotitlán (C.S T-I Zapotitlán), en la alcaldía Tláhuac, en el periodo de febrero 2021 a enero 2022.

El nuevo coronavirus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV2), identificado como el agente etiológico de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) comenzó en Wuhan, China, con una subsecuente propagación mundial.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara pandemia sanitaria el 11 de marzo del 2020, lo que representa una emergencia sanitaria y potencialmente una crisis de salud pública en los países afectados a lo largo de los cinco continentes. La transmisión del virus nos ha planteado desafíos importantes para la odontología, la medicina y sus escuelas, en todos los países afectados.

Diversos autores publicaron estudios que consideraban a la odontología como una de las profesiones con mayor riesgo de infección ante el COVID-19, ocupando incluso en muchos de ellos el primer lugar.²

La Asociación Dental Americana (ADA) anunció que se debía limitar a la atención dental solo los casos de emergencia (Dolor severo e Infección diseminada, recurrente o continua; Diente permanentemente avulsionado; y trauma severo).³ De esta forma se vio afectada la atención preventiva y restaurativa, incrementando los problemas dentales que podrían haber sido tratados con facilidad en el consultorio, ya que requieren de un tratamiento más invasivo, el costo de la atención curativa es muy alto y el gasto económico elevado rebasa la capacidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), es decir, la demanda de atención supera en mucho la capacidad de atención de los servicios de salud, por ende, los esfuerzos en cuanto a promoción de salud se deben reforzar.

Por lo anterior en sector salud el área odontológica, se vio limitada en la prevención y atención tanto en los Centros de Salud (C.S) como la prevención bucal en las Escuelas Públicas de Educación Básica del Sistema Educativo Nacional de los niveles preescolar y primaria (SEP). Por lo que se consideró importante estudiar la prevalencia de caries en niños de 6 a 12 años que acudieron al C.S T-I Zapotitlán.

Palabras claves: caries, prevalencia, salud bucal, odontología.

CAPÍTULO I. INVESTIGACIÓN

MARCO TEORICO

México es un país donde las diferencias sociales se ven reflejadas en el perfil epidemiológico de la población, distinguido por las enfermedades de la pobreza donde es común la superposición de enfermedades infectocontagiosas a las cuales se suman el crónico degenerativas.⁴ La OMS ha indicado que los estilos de vida de las personas, y las condiciones en las que viven y trabajan, influyen fuertemente en la salud y longevidad de una población.⁵

Los problemas bucodentales se encuentran dentro de dichas enfermedades, su incidencia se ve agravada por condiciones de vida precarias y por la falta de acceso a una atención oportuna.⁴

El reconocimiento de la OMS, en cuanto a la estrecha relación entre la salud bucal y la calidad de vida, la ha llevado a definirla como: La percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto sociocultural.⁶

La OMS identifica la caries dental como la tercera patología mundial que afecta en los países desarrollados a más del 95% de la población. En México, la caries dental afecta al 87% de la población que acude a los Servicios de Salud.⁷

Caries Dental

La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa y multifactorial transmisible, que tiene alta prevalencia.⁵ Producto de un desequilibrio ecológico, causado por el aumento de la ingesta de carbohidratos fermentables que lleva a un desbalance en la composición y la actividad en el biofilm y la pérdida mineral causada por los ácidos bacterianos (producto del metabolismo de los carbohidratos).⁸ No tiene distinción de edad o nivel socioeconómico, representa un problema de salud pública a nivel mundial.⁵

Sin embargo, cuanto más alto el grado de estudios, mayor el nivel de prevención; a diferencia del nivel bajo: cuanto menor el grado de estudios en dicho nivel, menor el grado de prevención dental. Por ende, la forma de vida de la población mexicana

va adaptándose al estilo urbano y la alimentación se vuelve más industrializada, aumentando el riesgo de caries.⁹

Su distribución por grupo etario muestra que la frecuencia de esta enfermedad se incrementa en la dentición permanente conforme avanza la edad, inversamente proporcional a lo esperado en la dentición primaria, ya que este decremento de los valores del índice de caries, extracción, obturación por diente (ceod), se ve influenciado por el proceso de exfoliación dentaria.¹⁰

Proceso de caries

Es la secuencia dinámica de las interacciones diente/biofilm que pueden ocurrir en el tiempo, sobre y dentro de una superficie dentaria. El proceso comprende un giro en el balance entre factores protectores (que remineralizan) y factores destructivos (que desmineralizan) a favor de la desmineralización de la estructura dentaria. Dicho proceso puede ser detenido en cualquier momento.⁸

La pérdida de minerales del tejido duro es una desorganización inicialmente en los prismas del esmalte, que al ser continua acaban por destruir la fase inorgánica de esta estructura dental.¹¹

Cuando se rompe el equilibrio entre la pérdida y la ganancia de minerales en el esmalte y se inclina a favor de la desmineralización progresiva, se da la primera manifestación clínica de caries que es la lesión blanca sin cavitación. Este cambio de color puede apreciarse mejor en el tercio cervical de las caras lisas de los dientes, principalmente en la superficie vestibular y lingual o palatina, aunque también la podemos encontrar en caras proximales y oclusales. Su aspecto se distingue mejor al remover el biofilm de la placa y los depósitos mineralizados, que, junto con la aplicación de aire comprimido por unos segundos, se apreciará el color blanco tiza debido a que el aire sustituye el agua cuyo resultado es una mayor proporción de luz entrante, la cual es retro dispersada en comparación con un esmalte sano. Esto se debe a un aumento en tamaño y número de porosidades al estar desmineralizado el esmalte. Estas manchas blancas se aprecian ovaladas, extendidas en una línea continua, opacas, sin brillo, con límites definidos y asociadas a la presencia del biofilm microbiano.¹¹

Las primeras fases de la caries dental suelen ser asintomáticas, mientras que las fases avanzadas pueden producir dolor, infecciones y abscesos, e incluso septicemia. Las fases avanzadas suelen dar lugar a la extracción del diente. El desarrollo de la caries está influenciado por la susceptibilidad del diente, las características bacterianas, la cantidad y la calidad de la saliva, el nivel de fluoruro y la cantidad y frecuencia de la ingesta de azúcares.¹²

Severidad de la lesión

Es el estadio del progreso de la lesión según la pérdida mineral, desde la pérdida inicial a nivel molecular hasta la destrucción tisular total. Lesiones cavitadas y no cavitadas son, por ejemplo, dos estadios específicos de la severidad de la lesión.⁸

Actividad de la lesión

Se distinguen dos tipos: lesión de caries activa y lesión de caries detenida.

- En el caso de la lesión de caries activa, en un período específico de tiempo hay pérdida de la trama mineral, es decir, la lesión está progresando.
- En el estadio inicial, la superficie es amarillenta o blanquecina, opaca con pérdida del lustre, y se siente áspera cuando un explorador de extremo redondo se desliza suavemente sobre ella. La lesión se ubica en un sitio de estancamiento: entrada de surcos y fisuras, cerca del margen gingival, apicalmente al punto de contacto. Esta lesión puede estar cubierta de placa gruesa.
- En el estadio avanzado, la dentina es blanda o coriácea a la presión de un instrumento. El concepto de “caries activa” debería ser reemplazado por el de “lesión de caries activa”.
- En la lesión de caries detenida, la pérdida de la trama mineral no avanza más. Es decir, se trata de una “cicatriz” producida por la actividad pasada de la enfermedad.
- En el estadio inicial, la superficie del esmalte es blancuzca, amarronada o negra, puede estar brillante, y se siente dura y lisa cuando el extremo de un explorador como se desliza sobre ella. En las caras libres, la lesión se localiza a una distancia del margen gingival.
- En el estadio avanzado, la dentina es brillante, dura a la presión. ⁸

Evaluación del riesgo

El riesgo se define como la probabilidad de que un suceso perjudicial o indeseado pueda ocurrir. La evaluación del riesgo incluye un análisis de la probabilidad de un cambio en el número, el tamaño o la actividad de las lesiones de caries. Su valor radica en la identificación de individuos con un incremento del riesgo durante un período de tiempo específico.⁸

Tipos de riesgos

Factores Etiológicos Modulares:

Tiempo: Debido a que la enfermedad necesita un tiempo determinado para el inicio y desarrollo.

Edad: Debido a que las piezas dentales deciduas tienen características diferentes a las piezas permanentes y las piezas permanentes de una paciente senil generalmente presenta diferentes características a las de un adolescente.

Estado de salud general: Ya que existen enfermedades y medicamentos que influyen en el flujo salival y/o en las defensas.⁸

Es importante destacar que la mayoría de los autores coinciden en señalar que entre los factores de riesgo más importantes en la aparición de la caries en la población infantil se encuentran la mala higiene bucal y la ingestión de azúcares en la dieta, los cuales son atributos que le confieren cierto grado de susceptibilidad a los pacientes infantiles, constituyendo una probabilidad medible, con valor predictivo, y que al modificarse aportan ventajas para la prevención individual, grupal o comunitaria.^{13,14}

El índice epidemiológico

Comúnmente utilizado para su control es: Dientes Cariados, Perdidos y Obturados (CPO) para dentición permanente. El índice utilizado para dientes temporales: cariado, exfoliado y obturado (ceo-d), propuesto por Gruebbel, es una adaptación del índice CPOD.¹⁵

Los códigos y condiciones que se han manejado de forma tradicional de acuerdo con Mena, Adriano y Murrieta.¹⁶

Cuadro.1 Categorización de la experiencia de caries en dientes permanentes y temporales.

DIENTES PERMANENTES		DIENTES TEMPORALES
CONDICIÓN/ESTADO		
0	Sano	A
1	Caries	B
2	Obturado con caries	C
3	Obturado sin caries	D
4	Perdido por caries	E
5	Perdido por otra razón	
6	Sellador barniz	F
7	Corona especial	G
8	No erupcionado	
9	Excluido	

Fuente: Elaboración propia.

El objetivo del CPO es cuantificar la experiencia de caries en dentición permanente a través de la sumatoria de los dientes cariados, perdidos por caries y obturados.

El resultado obtenido a través de la utilización de este indicador se presenta a través de un promedio, en cuyo caso se puede categorizar el grado de afección de la enfermedad en dentición temporal o permanente siguiendo los criterios de la OMS.¹⁶

Cuadro.2 Categorización del grado de afección de caries en dientes permanentes y temporales.

Categoría	Niños de 12 años de edad	Adultos de 35-44 años de edad
Muy bajo	< 1.2	< 5.0
Bajo	1.2 - 2.6	5.0 – 8.9
Moderado	2.7 - 4.4	9.0 – 13.9
Alto	4.5 - 6.5	> 13.9
Muy alto	> 6.5	S.D.*
*S.D. = Sin Dato Fuente: OMS ¹³		

Códigos y criterios del CPOD-cpod

El registro del indicador se lleva a cabo en fichas a través de la escritura de códigos correspondientes a cada una de las condiciones, como ya se mencionó es fácil encontrarnos con literatura científica que aún conserva la descripción de sus códigos y criterios para identificar la experiencia de caries, incluyendo la condición de extracción indicada.¹⁶

Historia clínica

Es el documento oficial que recopila los datos relacionados con el paciente, la historia de su estado de salud, los diagnósticos, el tratamiento y seguimiento.

La historia de salud familiar es un instrumento de trabajo básico, recoge la información relacionada con las características biológicas, socioeconómicas e higiénicas de la familia y sus integrantes; factores de riesgo, examen bucal, evolución de la familia, identificación de los problemas y medidas.¹⁷

La historia clínica individual recoge los datos de valor para seguir al paciente o hacer un análisis de sus características, comenzando por sus generales. Incluye, además:

- Antecedentes patológicos personales
- Hábitos
- Examen bucal

- Odontograma
- Diagnóstico
- Plan de tratamiento
- Evolución

Identificación clínica

El examen visual es el método más usado para la detección de caries, debido a que es una técnica sencilla que se realiza rutinariamente en la práctica clínica.¹⁷

Diagnóstico clínico

Se utilizan los elementos siguientes: anamnesis, observación visual, exploración táctil, examen radiográfico, transiluminación y sustancias detectoras de caries.¹⁷

Factores de riesgo. El factor de riesgo puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica, social o enfermedad anterior.¹⁷

- Alto grado de infección por *Streptococcus mutans*
- Alto grado de infección por lactobacilos
- Experiencia anterior de caries en personas muy afectadas por la enfermedad
- Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido
- Deficiente capacidad de mineralización
- Dieta cariogénica
- Mala higiene bucal
- Baja capacidad buffer salival
- Flujo salival escaso (xerostomía)
- Viscosidad salival
- Apiñamiento dentario moderado y severo
- Anomalías del esmalte
- Enfermedad periodontal
- Factores sociales

OBJETIVO GENERAL

Medir la experiencia de caries dental en pacientes de 6 a 12 años atendidos en el Centro de Salud T-I Zapotitlán en la Alcaldía Tláhuac, utilizando los criterios de CPOD/ceod.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la condición de salud bucal de acuerdo con el género, edad y lugar de origen.
- Comparar los resultados obtenidos de acuerdo con el género, edad y hábitos bucodentales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo transversal y descriptivo en el Centro de Salud T-I Zapotitlán; ubicada en el sur de la CDMX pertenecientes a la Alcaldía Tláhuac, durante el periodo comprendido mayo 2021 a noviembre 2021. El universo de estudio fue todos los niños de 6 a 12 años que acuden al C.S T-I Zapotitlán, la población objeto estuvo formada por un total de 80 niños de 6 a 12 años, cuyos casos fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos géneros de 6 a 12 años.
- Con asistencia al centro de Salud T-I Zapotitlán.
- Niños que cuenten con expediente clínico y consentimiento informado autorizado.

Criterios de exclusión:

- Niños menores de 6 años y mayores de 12 años.
- Niños que no pertenezcan al Centro de Salud T-I Zapotitlán.
- Niños que no cuenten con expediente clínico y consentimiento informado autorizado.

Variables

- Genéricos: Edad, género.
- Independientes: Higiene bucal.
- Dependientes: Caries.

La zona de estudio era de nivel socioeconómico bajo de acuerdo con los datos proporcionados para la elaboración de su expediente clínico. Se recabó información relacionada con la higiene bucal de los pacientes, para el diagnóstico de caries se utilizaron los criterios de diagnóstico recomendados por la Organización Mundial de Salud (OMS).¹⁸

Para determinar los indicadores de CPOD/ceod se consultó la historia clínica individual. Se obtuvo el índice de CPOD/ceod para evaluar la experiencia de caries dental, considerando el estado de salud bucal al incluir los dientes que estaban afectados por caries dental, los que presentaban alguna obturación y aquellos que fueron extraídos o perdidos por alguna causa.

La recolección de datos fue realizada por Samanta Hernández, pasante de la Licenciatura en Estomatología de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, quienes revisó los expedientes del C.S T-I Zapotitlán en la Alcaldía Tláhuac, se revisó la historia clínica estomatológica de los pacientes, para el logro satisfactorio de los objetivos propuestos.

Toda la información fue vaciada en un formato en Excel, para obtener la prevalencia. Una vez depurada la base de datos se procedió al análisis propiamente dicho para el cual se evaluaron las medidas correspondientes, en este caso el uso de las variables de edad, género, higiene bucal, que fueron relacionadas con la caries dental (media de órganos dentarios cariados, perdidos y obturados de los pacientes).

Para la relación y análisis de las variables se utilizó el programa “IBM SPSS Statistics Editor de Datos” y los resultados obtenidos, se representaron en cuadros y gráficos correspondientes.

Posteriormente se realizó el análisis para establecer la relación que existe entre las variables estimando proporciones para la experiencia de caries.

RESULTADOS

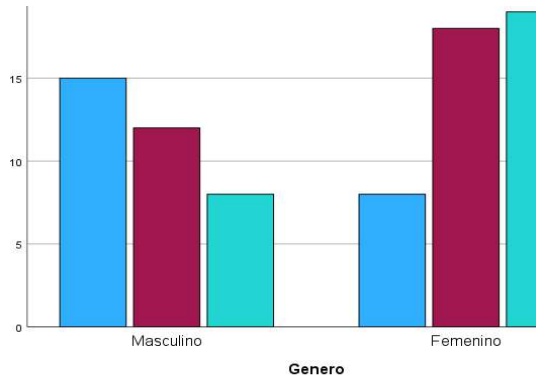
Se examinaron 80 pacientes en el C.S T-1 Zapotitlán conforme a los criterios ya mencionados, 35 niños evaluados representan un porcentaje del (43.8%) y 45 niñas con un (56.3%) respectivamente, el rango de edad contemplado fue de 6 a 12 años. De manera arbitraria, se conformaron 3 grupos de edad de ambos sexos, en el primero se agruparon los infantes cuya edad oscilaba entre los 6 a 7 años, el segundo de 8 a 9 años y en el tercero de 10 a 12 años. La tabla 1, muestra la cantidad de los infantes con respecto a su género; la tabla 2, agrupando la edad marcada anteriormente.

Tabla 1. Género

Género	N	Media	Desv. estándar	% de N total
Masculino	35	2.86	2.962	43.8%
Femenino	45	1.33	2.335	56.3%
Total	80	2.00	2.719	100.0%

Tabla 2. Edad agrupada

Género		Edad			Total
		6-7	8-9	10-12	
Masculino	Masculino	15	12	8	35
	Femenino	8	18	19	45
Total		23	30	27	80



Grafica 1. Frecuencia edad por género

Sobredicho en la metodología, se obtuvieron las siguientes tablas: el valor de ceod con respecto a la frecuencia, por cada participante examinado; de igual manera la frecuencia del CPOD. Es importante resaltar que los 80 participantes no contribuyen al 100% con la clasificación del ceod ni del CPOD, debido a una ausencia total de la dentición temporal o de la dentición permanente, por lo tanto, estos niños se encuentran excluidos para la cuantificación de cada clasificación conforme se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3. Casos excluidos

	Incluido		Casos Excluido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
ceo-d	68	85.0%	12	15.0%	80	100.0%
CPOD	76	95.0%	4	5.0%	80	100.0%

Se pudo observar, que 68 (85%) participantes entre niños y niñas se encuentran dentro de la clasificación ceod y 12 (15%) excluidos, por no presentar ningún diente temporal, por otro lado, los integrantes de la clasificación CPOD se constituye por 76 (96%) participantes y 4 (5%) excluidos por no cumplir con al menos un diente permanente.

Siguiendo el criterio anterior, se obtuvieron las siguientes frecuencias de ceod con respecto al número de participantes y con una sumatoria total de ceod de 171, lo cual corresponde con 17 niños de un rango de edad de 6-7; 23 niños de 8-9 y 11 niños de 10-12. Esto constituye un índice de ceod comunitario de 2.51 producto de la relación de (ceod / #de participantes incluidos).

Tabla 4. Frecuencia de ceod

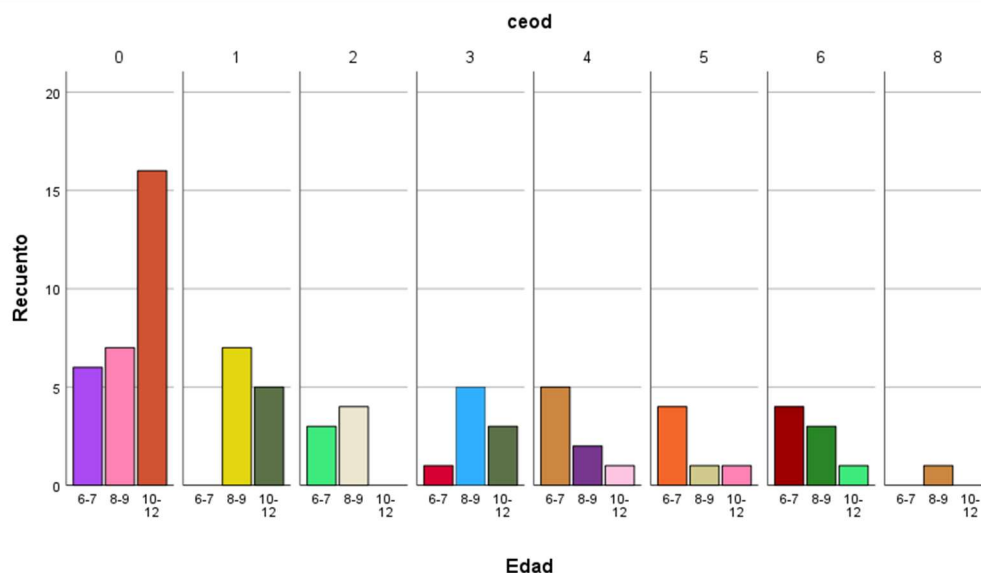
	N	%
0	17	21.1%
1	12	15.0%

2	7	8.8%
3	9	11.3%
4	8	10.0%
5	6	7.5%
6	8	10.0%
8	1	1.3%
Excluidos	12	15.0%

El número total de integrantes con caries para detención temporal representa un total de 51 (75%) y los participantes sin lesión son 17 (25%) del total registrado.

Tabla 5. Edad con ceod

		ceod								
		0	1	2	3	4	5	6	8	Total
Edad	6-7	6	0	3	1	5	4	4	0	23
	8-9	7	7	4	5	2	1	3	1	30
	10-12	4	5	0	3	1	1	1	0	27
Total		17	12	7	9	8	6	8	1	68
Excluidos		12	-	-	-	-	-	-	-	80



Grafica 2. Edad por ceod

Tabla 6. Género con ceod

		ceod								Total
		0	1	2	3	4	5	6	8	
Género	Masculino	9	2	6	7	3	1	4	0	35
	Femenino	8	10	1	2	5	5	4	1	45
Total		17	12	7	9	8	6	8	1	68
Excluidos		12								80

De la misma manera se obtuvo la frecuencia para el CPOD considerando los casos de dentición permanente, resultando la sumatoria de los casos totales del CPOD de 65 con 8 participantes del grupo de edad de 6-7; 5 de 7-8 y 18 de 10-12. El índice de CPOD comunitario resultó de 0.85 producto de la relación de (CPOD / #de participante incluidos).

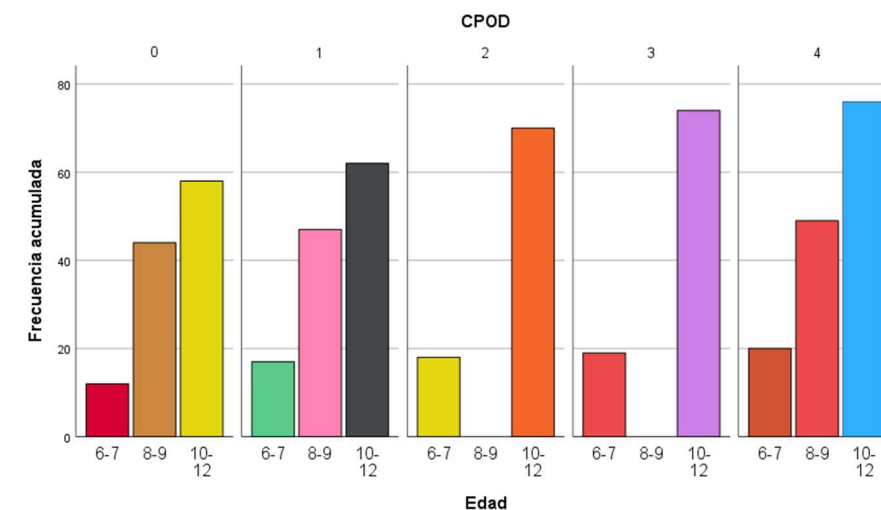
Tabla 7. Frecuencia de CPOD

	N	%
0	45	56.3%
1	12	15.0%
2	9	11.3%
3	5	6.3%
4	5	6.3%
Excluidos	4	5.0%

El número total de integrantes con caries para dentición permanente representa un total de 31 (40.78%) y los participantes sin lesión son 45 (56.30%) del total registrado.

Tabla 8. Género con CPOD

		CPOD					Total
		0	1	2	3	4	
Genero	Masculino	22	5	4	2	0	33
	Femenino	23	7	5	3	5	43
Total		45	12	9	5	5	76
Excluidos		4	-	-	-	-	80



Grafica 2. Edad por CPOD

En la siguiente tabla se muestra el vaciado de higiene bucal del total de la población, 26 niños (32.5%) tienen una higiene bucal buena, 33 niños (41.2%) tienen una higiene bucal deficiente, 21 niños (26.2%) tienen mala higiene.

Tabla 9. Edad con higiene

Edad	Higiene			Total
	Buena	Deficiente	Malo	
6-7	7	9	7	23
8-9	10	11	9	30
10-12	9	13	5	27
Total	26	33	21	80

Así mismo, se obtuvo el número de participantes con presencia de sarro, lo cual se determinó que 72 niños (90%) no presentaron sarro y solo 8 niños (10%) presentaron sarro en 1/3 de superficie dentaria.

Tabla 10. Género con sarro

Genero	Sarro		Total
	Sin Sarro	Con Sarro	
Masculino	31	4	35
Femenino	41	4	45
Total	72	8	80

DISCUSION

El objetivo principal de esta investigación fue determinar la experiencia de caries dental en pacientes de 6 a 12 años atendidos en el C. S. T-I Zapotitlán. Se basó fundamentalmente en este rango de edad debido a que se trata de la mayor población que acude al servicio dental y en la cual se manifiestan importantes cambios en el crecimiento, desarrollo y recambio dental temporal por la permanente.

Al comparar los resultados de las lesiones cariosas registradas, se observa la notable diferencia, evidenciando al estado de salud bucal, el 25% con dentición decidua presenta buena salud dental y el 75% de dentición temporal, tiene una deficiente salud dental presentando lesiones cariosas, obturaciones o dientes perdidos debido a la actividad cariogénica. Señalando que la mayor parte de la población con dentición decidua tiene afectación por caries. Mientras que en la dentición permanente la mayor parte con un 56.30% presenta una buena salud bucal y el 40.78% tiene una deficiente salud bucal al presentar lesiones cariosas.

De acuerdo con la dentición decidua existe una media de 2.17 asociada al género masculino, mientras al género femenino una media de 2.11 correspondiente. Se encontró en los resultados SIVEPAB⁶, que los hombres tienen mayor experiencia de caries dental comparados con las mujeres de la misma edad, esto puede deberse a que a esa edad existe una identificación de género que implica que las niñas sean más tranquilas experimentando actitudes y conductas establecidas por la cultura y la sociedad.¹⁹

Para el caso de la dentición permanentes se presentaron las siguientes medias para el género masculino de 0.58 y una media de 1.07 al género femenino, cuyo caso refiere más afectación por caries dental en el género femenino que al masculino, con un valor de 0.49 de diferencia. Este resultado concuerda con el estudio realizado por Valenzuela y col. 2017.²⁰ asocian una tasa de prevalencia de caries dental más alta en las niñas debido a la erupción temprana de los dientes en las mujeres debido a los factores hormonales; otros afirman que en las niñas existe una rápida terminación de la formación de la raíz y cierre apical, que puede llevar a una acelerada erupción, es decir, al vincularlo con un acelerado desarrollo físico.^{21,22,23}

La salud bucal en niños en el rango de 6-12 años, que presentan dentición decidua tuvo una media de 3.17 y para la dentición permanente posee una media de 0.70. así mismo, se presentaron más lesiones cariosas, dientes perdidos y obturados en el rango de edad de 6-7 años y menor frecuencia en el rango de edad de 8-12 años.

De acuerdo con los índices comunitarios obtenidos del ceod y CPOD, se pudo obtener una clasificación de índice bajo para el ceod derivado de un porcentaje de contribución mayor de los participantes con rango de edad de 8-9 y de 10-12 y de los cuales presentan una mayor exfoliación dental hacia la dentición permanente, obteniendo registros de pocas lesiones de los dientes temporales, para el caso del CPOD, el índice resulto bajo por las erupciones recientes.

La presente investigación demostró que la edad constituye un factor de riesgo fundamentalmente en el grupo de 6 a 9 años, teniendo en cuenta que en estas edades la mayor cantidad de dientes son temporales con un tiempo mayor de exposición al riesgo en la cavidad bucal. Los resultados obtenidos coinciden con los de Hernández *et al*, quienes hallaron mayor afectación (58 %) en los niños entre 5 y 8 años. Sin embargo, en el grupo de 10 a 12 años se producen los últimos recambios dentales, aunque inmaduros algunos, tienen menor tiempo expuestos a factores de riesgo de caries dental.²⁴

CONCLUSIÓN

Al termino de este estudio podemos concluir:

Es mayor el número de niños con experiencia a caries en dientes temporales con un (75%) contrastando con la dentición permanente con un (40.78%).

Del total de los niños, el (67.40%) de ellos no cuenta con una buena higiene bucal.

No existe diferencia significativa en la prevalencia de caries dental, entre ambos sexos, sin embargo, al considerar el riesgo de enfermedad, en la dentición temporal los niños presentan un porcentaje mayor comparado a las niñas y en la dentición permanente el caso es contrario, las niñas presentan un mayor porcentaje sobre los niños, lo cual pudiera estar relacionado con el hecho de que en las féminas la secreción salival es menor y están más expuestas a variaciones hormonales.²⁴

Los niños que tienen el rango de entre 6 y 9 años presentaron más lesiones cariosas, dientes perdidos y obturados, debido a la media obtenida de los índices de ceod (2.14) y CPOD (0.86) los niños más pequeños presentan más lesiones cariosas que los mayores.

De acuerdo con los índices comunitarios obtenidos del ceod y CPOD, se pudo obtener una clasificación de índice bajo para el ceod derivado de un porcentaje de contribución mayor de los participantes con rango de edad de 8-9 y de 10-12 de los cuales presentan una mayor exfoliación dental hacia la dentición permanente, obteniendo registros de pocas lesiones de los dientes temporales, para el caso del CPOD, el índice resultó bajo por las erupciones recientes.⁶

Con el presente estudio, se evidencia que, el incremento de la caries dental en la mayoría de los países guarda relación con la presencia de variados factores que son riesgos para la salud bucal y que se completan en variables biológicas y sociales como son: el bajo nivel económico, la ingestión de dieta cariogénica, el alto nivel de microorganismos cariogénicos y mala higiene bucal.²⁵

También se ha comprobado que padres o tutores con un nivel socioeconómico bajo pueden llegar a tener menos conocimientos sobre los factores que causan la enfermedad de la caries, necesidades higiénicas bucodentales y tienen menos acceso a servicios dentales.²⁶

ANEXOS

Anexo 1



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

T - 1 ZAPOTITLAN

HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
HC-SS-02-P

NÚM. GRATUIDAD: NÚM. SEGURO POPULAR: NÚM. EXPEDIENTE:

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FECHA: _____
DÍA MES AÑO

SEXO: Masculino Femenino

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: _____
DÍA MES AÑO EDAD

OCCUPACIÓN: _____ TEL: _____

DOMICILIO: _____
CALLE NÚM. COLONIA C.P.

REFERIDO POR: _____ MOTIVO DE CONSULTA: _____

DERECHOHABIENTE: IMSS ISSSTE OTRAS NINGUNO

II.- INTERROGATORIO (ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS)

CARDIOPATÍAS	SI	NO	VIH	SI	NO	¿CUÁLES? _____	SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	NO	EPILEPSIA	SI	NO	INGESTA EXCESIVA DE CARBOHIDRATOS	SI	NO
FIEBRE REUMÁTICA	SI	NO	TABAQUISMO	SI	NO	REALIZA HIGIENE ORAL	SI	NO
ENF. VÍAS RESPIRATORIAS	SI	NO	DROGADICCIÓN	SI	NO	ALERGIA A ANESTÉSICOS	SI	NO
DISCRASIAS SANGUINEAS	SI	NO	ALCOHOLISMO	SI	NO	¿CUÁLES? _____		
DIABETES	SI	NO	EMBARAZO	SI	NO	OTRAS ENFERMEDADES	SI	NO
HEPATITIS	SI	NO	ALE RGI A A	SI	NO	¿CUÁLES? _____		

III.- EXPLORACION FÍSICA (Cavidad bucal, cabeza, cuello y signos vitales)

A) LABIOS: _____

B) LENGUA: _____

C) CARRILLOS: _____

D) PALADAR DURO: _____

E) PALADAR BLANDO: _____

F) PISO DE LA BOCA: _____

G) GLÁNDULAS SALIVALES: _____

H) REGIONES GANGLIONARES: _____

I) PARODONTO: _____

J) OCLUSIÓN: _____

K) ATM: _____

L) TONO MUSCULAR: _____

M) SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: _____ FRECUENCIA CARDIACA: _____ PESO: _____

IV.- ODONTOGRAMA INICIAL

FECHA:

															DIENTES PERMANENTES					DIENTES TEMPORALES				
															CONDICIÓN/ESTADO									
															0	Sano	A							
															1	Caries	B							
															2	Obturado con caries	C							
															3	Obturado sin caries	D							
															4	Perdido por caries	E							
															5	Perdido por otra razón								
															6	Sellador, barniz	F							
															7	Corona especial	G							
															8	No erupcionado								
															9	Excluido								
															0	Ausencia								
															1	Hasta 1/3								
															2	Hasta 2/3								
															3	Más de los 2/3								

CPO - D															ceo - d				
C	P	O	CPO	TS	TP	c	e	o	ceo	ts	tp								

Índice de Higiene Oral Simplificado							
DIENTE	16/17	11/21	26/27	36/37	31/41	46/47	TOTAL
PDB							
CÁLCULO							

Índice Periodóntico Comunitario					
0) Sano	4) Bolsa > 6mm	17-16	11	26-27	
1) Hemorragia	8) Excluido				
2) Cálculo	9) No registrado	47-46	31	36-37	
3) Bolsa de 4-5mm					

IV.I- ODONTOGRAMA DE SEGUIMIENTO / FINAL

FECHA:

															DIENTES PERMANENTES					DIENTES TEMPORALES				
															CONDICIÓN/ESTADO									
															0	Sano	- A							
															1	Caries	B							
															2	Obturado con caries	C							
															3	Obturado sin caries	D							
															4	Perdido por caries	E							
															5	Perdido por otra razón								
															6	Sellador, barniz	F							
															7	Corona especial	G							
															8	No erupcionado								
															9	Excluido								
															0	Ausencia								
															1	Hasta 1/3								
															2	Hasta 2/3								
															3	Más de los 2/3								

CPO - D															ceo - d				
C	P	O	CPO	TS	TP	c	e	o	ceo	ts	tp								

Índice de Higiene Oral Simplificado							
DIENTE	16/17	11/21	26/27	46/47	41/31	36/37	TOTAL
PDB							
CÁLCULO							

Índice Periodóntico Comunitario					
0) Sano	4) Bolsa > 6mm	17-16	11	26-27	
1) Hemorragia	8) Excluido				
2) Cálculo	9) No registrado	47-46	31	36-37	
3) Bolsa de 4-5mm					

V.- ESTUDIOS DE LABORATORIO, RAYOS X, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO
 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:
 DIAGNÓSTICO: (Denominación y clave CIE-10/OMS)
 PLAN DE TRATAMIENTO:
 REFERENCIA: _____ CONTRARRREFERENCIA: _____ TRANSFERENCIA: _____

VI.- CONTROL DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

ACTIVIDAD	REVISIÓN 1			REVISIÓN 2			REVISIÓN 3			REVISIÓN 4			REVISIÓN 5			
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
ESQUEMA BÁSICO DE PREVENCIÓN																
DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA																
INSTRUCC. DE TÉCNICA DE CEPILLADO																
1 INSTRUCC. DE USO DE HILO DENTAL																
PROFILAXIS																
REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES																
SESIÓN SOBRE SALUD BUCAL																
2 REVISIÓN DE HIGIENE DE PRÓTESIS																
3 INSTRUCCIÓN DE AUTOEXAMEN DE CAVIDAD BUCAL																
4 APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR																
5 ODONTOXESIS																
6 SELLADO DE FOJETAS Y FISURAS																

VII.- NOMBRE Y FIRMA


DECLARO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON VERDÍCICOS

DEL PACIENTE O TUTOR Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTOMATÓLOGO

Nombre: _____ Nombre: C.D. Lorena Veliz González

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Firma: _____ Cédula Profesional: Ced. Prof. 3481582



Parentesco con el paciente: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Hora: _____

VIII.- NOTA DE EVOLUCIÓN (PSOAP)

FECHA, HORA Y SIGNOS VITALES	NOTA DE EVOLUCIÓN PSOAP, P: PRESENTACIÓN S: SUBJETIVO, O: OBJETIVO, A: ANÁLISIS, P: PLANES a) Diagnóstico, b) Tratamiento, c) Educativo



NOTAS DE EVOLUCIÓN

ECNM - 4

EXPEDIENTE NÚM.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

FECHA Y HORA SIGNOS VITALES	NOTAS DE EVOLUCIÓN SOAP S: SUBJETIVO, O: OBJETIVO, A: ANÁLISIS, P: PLANES	PLANES: a) Diagnóstico b) Tratamiento c) Educativo																																																																																																																																																																		
IV. I. - ODONTOGRAMA DE SEGUIMIENTO / FINAL FECHA:																																																																																																																																																																				
Índice CPO- D	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65											18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																	<p>DIENTES PERMANENTES</p> <p>CONDICIÓN/ESTADO</p> <table style="font-size: x-small;"> <tr><td>0</td><td>Sano</td><td>A</td></tr> <tr><td>1</td><td>Caries</td><td>B</td></tr> <tr><td>2</td><td>Obturado con caries</td><td>C</td></tr> <tr><td>3</td><td>Obturado sin caries</td><td>D</td></tr> <tr><td>4</td><td>Perdido por caries</td><td>E</td></tr> <tr><td>5</td><td>Perdido por otra razón</td><td>F</td></tr> <tr><td>6</td><td>Sellador, barniz</td><td>F</td></tr> <tr><td>7</td><td>Corona especial</td><td>G</td></tr> <tr><td>8</td><td>No erupcionado</td><td> </td></tr> <tr><td>9</td><td>Excluido</td><td> </td></tr> </table>	0	Sano	A	1	Caries	B	2	Obturado con caries	C	3	Obturado sin caries	D	4	Perdido por caries	E	5	Perdido por otra razón	F	6	Sellador, barniz	F	7	Corona especial	G	8	No erupcionado		9	Excluido	
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																																																																																																											
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																					
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																					
0	Sano	A																																																																																																																																																																		
1	Caries	B																																																																																																																																																																		
2	Obturado con caries	C																																																																																																																																																																		
3	Obturado sin caries	D																																																																																																																																																																		
4	Perdido por caries	E																																																																																																																																																																		
5	Perdido por otra razón	F																																																																																																																																																																		
6	Sellador, barniz	F																																																																																																																																																																		
7	Corona especial	G																																																																																																																																																																		
8	No erupcionado																																																																																																																																																																			
9	Excluido																																																																																																																																																																			
CPO - D	ceo - d																																																																																																																																																																			
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>C</td><td>P</td><td>O</td><td>CPO</td><td>TS</td><td>TP</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	C	P	O	CPO	TS	TP							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>c</td><td>e</td><td>o</td><td>ceo</td><td>ts</td><td>tp</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	c	e	o	ceo	ts	tp																																																																																																																																																	
C	P	O	CPO	TS	TP																																																																																																																																																															
c	e	o	ceo	ts	tp																																																																																																																																																															
<div style="display: flex;"> <div style="width: 30%; border-right: 1px solid black; margin-right: 5px;"> </div> <div style="width: 70%;"> </div> </div>																																																																																																																																																																				

BIBLIOGRAFÍA

1. Sigua-Rodríguez Eder Alberto, Bernal-Pérez Jorge Luis, Lanata-Flores Antonio Gabriel, Sánchez-Romero Celeste, Rodríguez-Chessa Jaime, Haidar Ziyad S et al. COVID-19 y la Odontología: una Revisión de las Recomendaciones y Perspectivas para Latinoamérica. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2020; 14(3): 299-309.
2. Santos-López Matías, Catrian-Fernández Hermann. COVID-19 y el Nuevo Rol del Odontólogo en el Equipo de Salud. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2020; 14(3): 296.
3. Curay Camacho Yamilette Tatiana, Koo Benavides Valery, Cubas Rivadeneira Kassandra Guadalupe, Huanca Cárdenas Katherine Rocio, López Ramírez Walter Gabriel, Barturen Heredia Edar Willian et al. COVID-19 y su impacto en la odontología. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2021; 31(3): 199-207.
4. Santos Madrigal NO, Moreno A, Lara Flores NL. Caries y salud bucal, percepciones acerca de la enfermedad. *Rev. Odontopediatr. Latinoam.* [Internet]. 2021; 11(2).
5. Cruz Palma Guillermo, Sánchez Najera Rosa Isela, Quiroga García Miguel Ángel, Galindo Lartigue Carlos, Martínez González Gustavo Israel. Caries dental y los determinantes sociales de la salud en México. *Rev Cubana Estomatol.* [Internet]. 2014; 51(1): 55-70.
6. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB). 2022. [Internet] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/765740/resultadosSIVEPA_B_2020.pdf
7. NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
8. Basso ML. Conceptos actualizados en cariología. *Rev Asoc Odontol Argent* 2019; 107:25-32.
9. González Fonseca M, Rocha Navarro M, González Fonseca A. Grado de educación, prevención e importancia dental: realidad en padres de familia de León, Guanajuato. México 2017. *Rev. ADM* 74 (2):64-68.
10. Murrieta Pruneda J, Zepeda Gómez L, Linares Vieyra C, González Guevara M, Meza Sánchez J. Experiencia promedio de caries en dentición primaria y secundaria y su asociación con la higiene oral en un grupo de escolares del

- municipio de Yautepec, estado de Morelos, México. Bol Med Hosp Infant Mex. 2013; 70(5):351-357.
11. De A, Mx, Sánchez-Pérez L, Sáenz Martínez L, Molina-Frechero N, Irigoyen-Camacho M, et al. Riesgo a caries. Diagnóstico y sugerencias de tratamiento. Caries risk assessment. Diagnosis and treatment suggestions. Revista ADM [Internet]. 2018;75(6):340–9.
 12. Organización Mundial de la Salud. Poner fin a la caries dental en la infancia: manual de aplicación de la OMS [Internet]. apps.who.int. Organización Mundial de la Salud; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340445>
 13. Nasco Hidal N, Gispert Abreu E, Roche Martínez A, Alfaro Mon M, Pupo Tigüero R. Factores de riesgo en lesiones incipientes de caries dental en niños. Rev. Cubana de Estomatología. 2013; 49 (2): 142-152.
 14. Aguilar Ayala F. Duarte Escobedo C. Rejón Peraza M, Serrano Piña R, Pinzón Te A. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Rev. Acta Pediatr Mex. 2014; 35: 259-266.
 15. Benítez-Morales B, Jiménez-Grande YI, Muñoz-Quintana G, et al. Correlación del índice CPOD y ceo-d con el índice de Higiene Oral Simplificado. Rev Tame. 2017;5.6(17): 621-624.
 16. Guadalupe Valdez R, Eliézer P, Rosado E, Josefina Y, Martínez Z, Del M, et al. Confiabilidad en la medición de caries dental [Internet]. Available from: <https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/cbiologicas/libros/ConfiabilidadMedicionCariesDental.pdf>
 17. Gumila Jardines Maylen, Cuenca Garcell Katiuska, Soto Cortés Ana Doris, Pérez Bondar Verónica, Rivalta Del Río Lilian. Diagnóstico terapéutico para la atención de pacientes con caries dental. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2019; 48(2): e234.
 18. Petersen P. Oral Health Surveys Basic Methods. World Health Organization. 2013; 5: 29-34.
 19. Molina F-N, Durán Merino D, Castañeda Castaneira E. La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. Gac Med Mex. 2015; 151: 485-90. Valenzuela Ramos MR, Cabrera Domínguez ME, Domínguez Reyes ME. Cronología eruptiva de dientes permanentes en una población indígena del Perú. Odontol Pediatr. 2017; 14(2).
 20. Anselmino CE. Cronología de la erupción dentaria permanente en nuestra población actual. Correlación entre edad dental y edad cronológica en la población de la ciudad de La Plata. Rev Socie Odontol Plata. 2017[citada 26 dic 2017] AÑO XXVII (53):9-14.

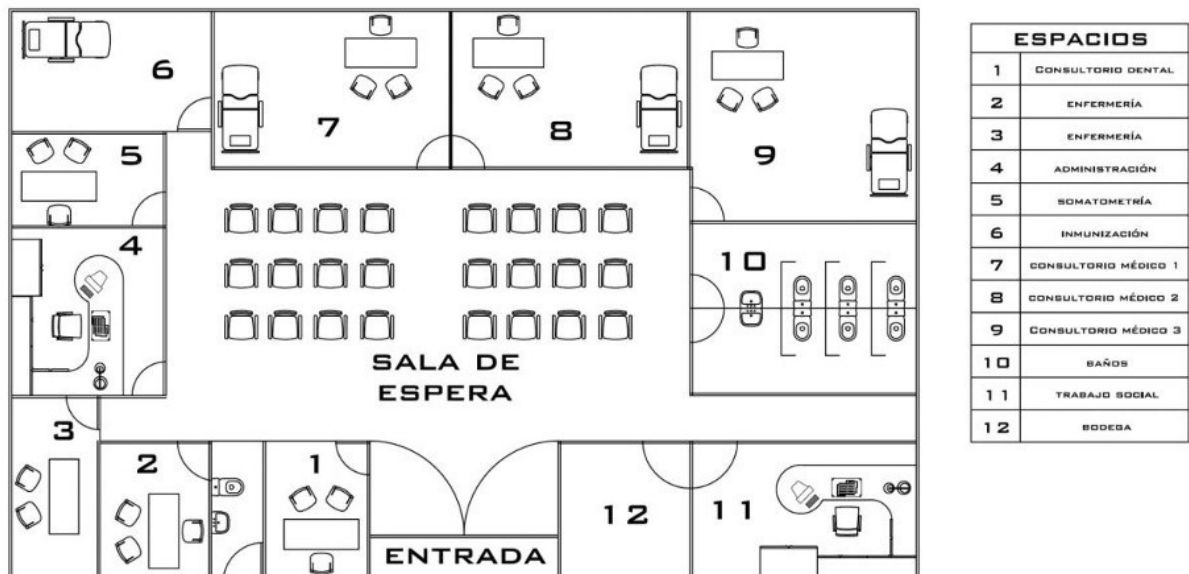
21. González Lema D, Terreros de Huc M. Evaluación de la interrelación de cronología y secuencia de erupción de canino y segundo premolar superior en pacientes entre los 9 y 12 años de edad. *Medicina*. 2015 [citado 25 dic 2017]; 19(1):21-24.
22. Castañeda Deroncelé Mario, Corona Carpio Marcia Hortensia, Estrada Pereira Gladys Aída, Quinzán Luna Ana Maria. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. *MEDISAN* [Internet]. 2016; 20(5): 604-610.
23. Ramón Jimenez Ruth, Castañeda Deroncelé Mario, Corona Carpio Marcia Hortensia, Estrada Pereira Gladys Aída, Quinzán Luna Ana Maria. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. *MEDISAN* [Internet]. 2016; 20(5): 604-610.
24. Mayor Hernández Félix, Pérez Quiñones José Alberto, Cid Rodríguez María del Carmen, Martínez Brito Isabel, Martínez Abreu Judit, Moure Ibarra Miriam D. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2014;36(3): 339-349.
25. Montoya MA, Castillo OA, Pacheco PYT. Prevalencia y severidad de caries dental en escolares de 6 a 12 años en dos escuelas públicas de la colonia Ignacio Romero Vargas en el estado de Puebla, México. *Rev Tame*. 2020;8.9(25): 1012-1016.

CAPÍTULO II. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL ASIGNADA

El Centro de Salud T-I Zapotitlán se encuentra ubicado en Av. Tláhuac S/N esquina con Felipe Ángeles S/N, Santiago Centro, Alcaldía Tláhuac, 13300.



Ilustración 1. Fuente: C.S T-I Zapotitlán Google maps 2021.



**PLANTA ARQUITECTÓNICA
DISTRIBUCIÓN DE ESPACIO**

Ilustración 2. Fuente: Plano Arquitectónico de la unidad. C.S T-I Zapotitlán 2021.

Las colonias que son responsabilidad de este centro de salud son:

N.	Zapotitlán	Marginación
1	Santiago Zapotitlán Centro	Medio
2	Santiago Zapotitlán Norte	Medio
3	Santa Ana Norte	Medio
4	Santa Ana Centro	Medio
5	Ampliación Zapotitlán	Medio
6	La Aurorita	Medio
7	La Conchita	Medio
8	Santa Ana Poniente	Medio

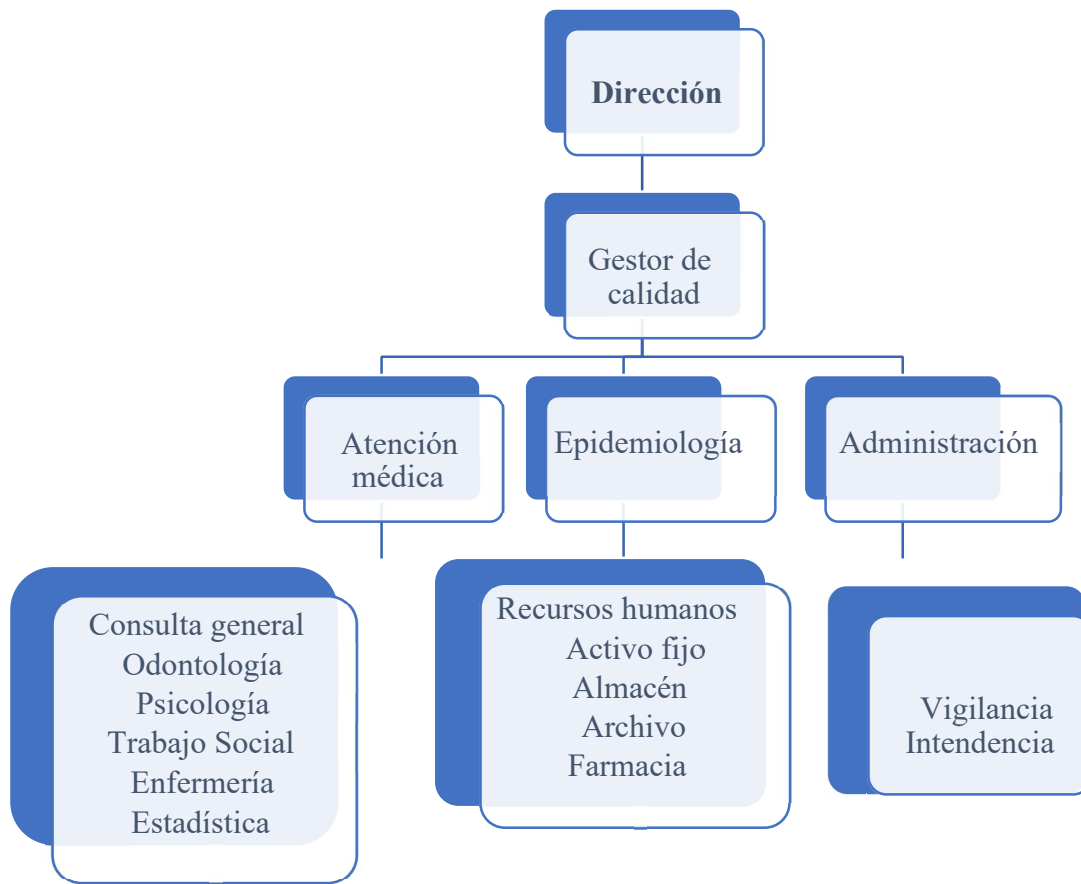
Tabla 1. Colonias de Zapotitlán de acuerdo con su marginación.

Servicios con los que cuenta la Unidad de Salud

La Unidad T-I Zapotitlán brinda atención a la comunidad únicamente turno matutino con un horario de lunes a viernes de 8:00 am a 16:00 pm, sábados y domingos de 8:00 am a 13:00, contando con los siguientes servicios:



Organigrama General



Recursos utilizados

El CS T-I Zapotitlán cuenta con personal capacitado en cada área que es requerida, con el fin de brindar un servicio de calidad a su población, además de permitir continuar la formación de pasantes de carreras como medicina, odontología y enfermería.

Recursos humanos

- 1.- Director del C. S. T-II Zapotitlán Humberto Medrano Vega, función: validación de informe.
- 2.- C.D. Lorena Del Carmen Véliz González, función: coordinador de Informe.
- 3.- Pasante en el servicio social de odontología del C. S. T-I Zapotitlán, Samanta Hernández flores, función: investigación y elaboración de informe.
4. Encargada del área de estadística C. S. T-II Zapotitla, Adriana Yadira Pérez Tapia, función: acceso a los registros de las actividades dentales del año 2021, para recolección de datos.

Servicio dental

Proporciona atención estomatológica a los pacientes que acuden al servicio. Está orientado a fortalecer la integración de las acciones de promoción de la salud bucal, la prevención y el control de enfermedades bucales. Para llevar a cabo la atención odontológica, es necesario que el paciente cuente con expediente clínico dentro de la unidad de salud, asimismo el Cirujano Dentista a cargo y los pasantes de odontología realizarán la historia clínica de los pacientes, la cual podrá ir acompañada de exámenes o estudios complementarios, en el caso de aquellos pacientes donde se sospeche de alguna deficiencia en sus condiciones de salud general.

Educativo preventivo intramuros: se compone de subindicadores divididos en 2 grupos:

a) Educativo intramuros:

- Control de placa bacteriana: se realiza al total de pacientes
- Sesión de salud bucal: consulta de primera vez
- Técnica de cepillado: todos los pacientes de primera vez
- Uso de hilo dental: todos los pacientes de primera vez

b) Preventivo intramuros:

- Profilaxis: pacientes de primera vez
- Odontoxesis: de consulta de primera vez, mayores de 20 años
- Aplicación tópica de flúor: pacientes de primera vez
- Revisión de higiene de prótesis
- Revisión de tejidos bucales
- Instrucción de autoexamen de cavidad bucal: todos los pacientes de primera vez
- Sellado de fosetas y fisuras

Actividades curativas:

- Obturaciones: amalgamas y / o resinas, ionómero de vidrio, cementos
- Medicados, material de restauración intermedia.
- Terapia pulpar: recubrimiento pulpar indirecto y directo, pulpotomía.
- Exodoncia de pieza temporal y permanente
- Curación con material temporal
- Farmacoterapia
- Radiographiías

Actividades extramuros:

Preescolar (4 visitas al año)

- Técnica de cepillado

- Control de placa bacteriana
- Sesión de salud bucal

Escolar (4 esquemas completos al año)

- Técnica de cepillado
- Instrucción de uso de hilo dental
- Control de placa bacteriana
- Sesión de salud bucal
- Aplicación de barniz de flúor (solo 2 aplicaciones al año)

CAPÍTULO III: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

A continuación se muestran tablas describiendo el total de actividades realizadas correspondientes al servicio social de la pasante en odontología Samanta Hernández Flores, del periodo de febrero 2021 a enero 2022, donde debido a la pandemia generada por SARS-CoV-2, se realizaron actividades correspondientes a COVID-19, dejando en segundo plano la práctica odontológica, atendiendo emergencias dentales y actividades de prevención, donde no se generaron aerosoles, se llevaron a cabo otras acciones como apoyo en la vacunación antirrubéola, Sarampión Rubéola (SR), contra COVID-19.

Educativo y preventivo intramuros

ACTIVIDADES PREVENTIVAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
Control de placa dentobacteriana	109	De manera visual y demostrativa.
Técnica de cepillado	97	En tipodonto.
Uso de hilo dental	88	En tipodonto.
Aplicación tópica de flúor	57	Barníz al 5%

Selladores de foseetas y fisuras	30	
Profilaxis	8	
Pláticas	33	Pláticas intramuros: Salud bucal 7 pasos para realizar un autoexamen para la detección de lesiones bucales. Salud Bucal y COVID-19 Enfermedad periodontal. Odontología para el bebé. Técnica de cepillado dental y uso de hilo dental.
Subtotal	422	

Tabla 2. Actividades preventivas realizadas durante el mes de mayo 2021 a enero 2021, realizados por P.S.S.O.

Actividades extramuros campo (Escuela)

Por motivos de contingencia covid-19, las escuelas no permitieron la realización de actividades que implicaran el retiro del cubrebocas, únicamente se dieron pláticas en 2 apartados:

- Primer módulo con un total de 27 pláticas para todos los grados escolares con un total de 282 asistentes.
- Segundo módulo con un total de 21 pláticas para todos los grados escolares con un total de 283 asistentes.

ACTIVIDAD	REALIZADAS
Control de placa bacteriana	282 / 283
Técnica de cepillado	282 / 283
Uso de hilo dental	282 / 283

Colutorio	-----
Platicas	27 / 21
Total	27/ 282 21/ 283

Tabla 3. Actividades preventivas extramuros (escuela) realizadas durante el mes de octubre 2021 a noviembre, realizados por P.S.S.O.

Consulta odontológica

Se dio atención dental a pacientes embarazadas, niños y al resto de la población por primera vez. Se les dio seguimiento a los pacientes para continuar con su tratamiento y posteriores revisiones.

CONSULTAS	REALIZADAS
Pacientes de primera vez	64
Pacientes subsecuentes	46
Total	110

Tabla 4. Consulta odontológica de primera vez y subsecuentes durante el mes de mayo 2021 a enero 2022, realizados por P.S.S.O.

Consulta odontológica por grupo de edad

Cabe mencionar que a pesar de que se brinda atención dental a todos los grupos de edad, durante el año 2021 la mayor atención que se brindó fue a niños comprendidos ente 0 y 15 años con un total de 65 consultas en comparación con la población de adultos mayores, que debido a la contingencia covid-19, es la población que menos acude a consulta estomatológica en el C.S T-I Zapotitlán.

CONSULTA POR GRUPO DE EDAD	REALIZADAS
Niños (0 a15 años)	65

Adultos (15 a 69 años)	45
Adultos mayores (70 años y más)	-----
Total	110

Tabla 5. Consulta odontológica por grupo de edad durante el mes de mayo 2021 a enero 2022, realizados por P.S.S.O.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

De acuerdo a las actividades realizadas durante el servicio social de la Licenciatura de Estomatología en el CS T-I Zapotitlán, podemos destacar que en su mayoría se llevaron de acuerdo a las necesidades de la población por la ya mencionada pandemia por COVID-19, las cuales fueron realizadas tomando en cuenta los protocolos asignados a fin de evitar la transmisión y propagación del virus SARS-CoV-2, dando como resultado nuestro reclutamiento y formación en áreas epidemiológicas, donde se mantuvo frente en áreas de filtro, entrega de resultados y vacunación en la Alcaldía Tláhuac; por otra parte, en el área odontológica se realizaron actividades de prevención y promoción a la salud.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

El confinamiento por COVID-19, repercutió considerablemente en la práctica odontológica. El desempeño de los especialistas debe responder en todo momento a la ética médica y velar por ofrecer alternativas a las necesidades de salud bucal de la población en todas las situaciones de la vida social.

Se debe de dar mayor énfasis a la atención preventiva ya que el costo de la atención curativa es muy alto y el gasto económico elevado rebasa la capacidad del Sistema Nacional de Salud, es decir, la demanda de atención supera en mucho la capacidad de atención de los servicios de salud, por ende, los esfuerzos en cuanto a promoción de salud deben ser desde la infancia.

Por lo anterior en sector salud el área odontológica, se vio limitada en la prevención y atención tanto en los Centros de Salud como la prevención bucal en las Escuelas Públicas de Educación Básica del Sistema Educativo Nacional de los niveles preescolar y primaria.

ANEXOS

Anexo 2

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

País: _____

Actividad principal: _____

Actividad secundaria: _____

Nº	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	DETALLE DE VALORES														
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1. MATERIALES				
2. MANO DE OBRA				
3. GASTOS DE VIAJE				
4. GASTOS DE ALIMENTACIÓN				
5. GASTOS DE ALUGERÍA				
6. GASTOS DE ENERGÍA				
7. GASTOS DE TELEFONÍA				
8. GASTOS DE TRANSPORTE				
9. GASTOS DE OTRAS ACTIVIDADES				
10. GASTOS DE OTROS				

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1. MATERIALES				
2. MANO DE OBRA				
3. GASTOS DE VIAJE				
4. GASTOS DE ALIMENTACIÓN				
5. GASTOS DE ALUGERÍA				
6. GASTOS DE ENERGÍA				
7. GASTOS DE TELEFONÍA				
8. GASTOS DE TRANSPORTE				
9. GASTOS DE OTRAS ACTIVIDADES				
10. GASTOS DE OTROS				

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1. MATERIALES				
2. MANO DE OBRA				
3. GASTOS DE VIAJE				
4. GASTOS DE ALIMENTACIÓN				
5. GASTOS DE ALUGERÍA				
6. GASTOS DE ENERGÍA				
7. GASTOS DE TELEFONÍA				
8. GASTOS DE TRANSPORTE				
9. GASTOS DE OTRAS ACTIVIDADES				
10. GASTOS DE OTROS				

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1. MATERIALES				
2. MANO DE OBRA				
3. GASTOS DE VIAJE				
4. GASTOS DE ALIMENTACIÓN				
5. GASTOS DE ALUGERÍA				
6. GASTOS DE ENERGÍA				
7. GASTOS DE TELEFONÍA				
8. GASTOS DE TRANSPORTE				
9. GASTOS DE OTRAS ACTIVIDADES				
10. GASTOS DE OTROS				

RESERVACIONES:

NOBRE Y FIRMA DEL ENCUENTADOR

FECHA DE EMISIÓN

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

CÉDULA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES CONDICIONANTES DE SALUD

Instructivo de llenado:

El instructivo tiene como propósito, guiar al Pasante de Servicio Social en la aplicación de la **Cédula de Identificación de los Factores Condicionantes**, de los integrantes de las familias y su entorno, que influyen en su situación de Salud. Se trata de recabar información que permita a los Pasantes elaborar el diagnóstico de Salud de las respectivas áreas que les sean asignadas.

El objetivo central de la cédula se enfoca a cada una de las variables seleccionadas para el estudio de los factores condicionados más importantes, definir y homogeneizar sus alcances y limitaciones. En otras palabras, se busca estandarizar el registro de los datos que se recaben de los integrantes de las familias a entrevistar.

Formato de la Cédula:

El formato de la Cédula está diseñado para registrar la situación de cada una de las variables a través de las técnicas de entrevista y observación. Sin embargo, la mayoría de las variables no se exploran con preguntas explícitas por lo que es necesario, durante la entrevista, transformar (traducir) cada variable en forma de pregunta y asegurarse que fue claramente entendida por la persona entrevistada.

Instrucciones Generales para la aplicación de la cédula:

- Antes de realizar las entrevistas es recomendable hacer un plan del número y lugar de las Cédulas a realizar, idealmente podrían concertarse la cita previamente.
- Se sugiere el Pre-llenado de la Cédula en su apartado "1" correspondiente a los datos de identificación.
- Antes de iniciar la aplicación de la Cédula es muy importante identificarse con la persona a entrevistar mostrando su identificación oficial como Pasantes de Medicina y mencionar su nombre y la Unidad de Salud donde realiza su Servicio de Social.
- Es muy importante explicar a los entrevistados los motivos de la visita y enfatizar que los datos que proporcione son de carácter confidencial y su utilidad es para detectar los factores de riesgo existentes.
- En algunas situaciones donde las personas a entrevistar muestran desconfianza o renuncia a participar, es recomendable iniciar la entrevista abordando algún tema de su interés para buscar que "Baje su tensión" y después insistir en la importancia de su participación

Con relación al llenado de formato se sugiere seguir los siguientes lineamientos:

- Llene con lápiz y tener goma de borrar a la mano
- Llene todos los apartados
- Anotar letras o números legibles
- Registre los datos en el lugar (renglón) que corresponda
- Asegúrese que fue comprendida su pregunta antes de registrar cada dato - Cuando haga las preguntas al entrevistado mírelo a la cara

La estructura general de la cédula es la siguiente:

1. Datos de Identificación
2. Características de la Vivienda
3. Entorno de la vivienda

4. Dinámica Familiar
5. Servicios de Salud
6. Datos de los integrantes de la familia.