



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**PREVALENCIA DE CARIES EN PRIMEROS
MOLARES PERMANENTES ERUPCIONADOS EN
ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD QUE
ACUDEN POR PRIMERA VEZ A CONSULTA
ESTOMATOLÓGICA DE CSTIII "DRA. MARGARITA
CHORNÉ Y SALAZAR"**

C.S TIII "DRA. MARGARITA CHORNÉ Y SALAZAR".

P. S. S. ANA ELSA DE AQUINO MARTÍNEZ

2142028217

02 DE AGOSTO DEL 2018 AL 31 DE JULIO DEL 2019.

ASESORA: DRA. NORMA LARA FLORES

ENERO, 2020.



DRA. MYRIAM ASTORGA CASTAÑEDA
ASESORA EXTERNA DE SERVICIO SOCIAL

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



DRA. NORMA LARA FLORES

ASESOR INTERNO DE LA UAM-XOCHIMILCO



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

Se realizó el servicio social en el Centro de Salud TIII “Dra. Margarita Chorné y Salazar”, ubicado en Av. División del Norte # 2986, Col Del Carmen, Atlántida, 04370 Ciudad de México, CDMX, durante el periodo de 02 de Agosto del 2018 al 31 de Julio del 2019.

En el presente informe se documenta un diagnóstico de salud pública en consultorio dental del centro de salud, aplicando conocimientos básicos de estomatología para identificar prevalencia de caries dental en primeros molares permanentes en escolares de 6 a 12 años de edad.

Como personal de salud, es de suma importancia conocer distintos aspectos de los pacientes que acuden para obtener atención médica y estomatológica, para comprender el porqué de las condiciones no óptimas en las que se encuentra su salud general y bucal. Asimismo, es importante conocer la accesibilidad que tienen para la obtención de medicamentos y del mismo servicio médico.

Este proyecto de investigación tiene como principal interés la salud bucal de la población y es de suma importancia que como personal que brinda dicho servicio sepamos intervenir ante cualquier situación y proporcionar la orientación adecuada para mejora de calidad de servicio; así como informar a la población cómo nuestra salud bucal puede repercutir en el bienestar general si no es cuidada de la manera correcta.

Entre las actividades realizadas, se llevó a cabo un micro-diagnóstico de salud, que incluyó a pacientes que acudieron al Centro de Salud “Dra. Margarita Chorné y Salazar” durante el periodo de Enero y Febrero del presente año 2019.

Se realizaron diversas actividades preventivas como pláticas informativas de distintas enfermedades bucodentales que pueden presentarse, así como actividades administrativas como elaboración de certificados médicos, participación en archivo general administrando los expedientes clínicos del total de pacientes registrados en el centro de salud. También dentro de las actividades extramuros hubo participación en las campañas de vacunación organizadas por la Secretaria de Salud. Dentro del consultorio dental las actividades fueron variadas y organizadas por roles mensuales, como estar a cargo del registro de pacientes de primera vez y subsecuentes en la libreta oficial para el control de pacientes diabéticos, hipertensos y embarazadas, así como el control de actividades realizadas con fecha y personal que las realizó. Se realizaron actividades de esterilización de instrumental, limpieza y orden de material, archivos ejecutivos y se acudió al aula a capacitaciones de RPBI, entre otras. En cuanto a las actividades clínicas que se realizan en consulta, están la elaboración de historias clínicas,

aplicación de flúor, colocación de selladores de foseas y fisuras, resinas, amalgamas, curaciones, técnica de cepillado, toma de radiografías, extracciones, cirugía de terceros molares, referencias, interconsultas y elaboración de recetas para pacientes con necesidad de farmacoterapia autorizada por el personal a cargo en el consultorio.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

La presencia de caries dental en población en edad escolar se asocia a una gran cantidad de variables¹. Entre estas variables son de gran importancia el consumo excesivo de carbohidratos, bebidas azucaradas, la deficiente o nula higiene bucal que realizan los niños y la desatención por parte de los padres o responsables de la salud bucodental de los niños.¹ El progreso de la lesión cariosa requiere, además de los factores anteriormente citados, un diente susceptible, placa bacteriana y un tiempo suficiente de exposición que permita no sólo la producción de ácidos por parte de las bacterias de la placa, sino también la desmineralización del tejido duro del diente.¹

La caries constituye un problema de salud pública, con un nivel alto de morbilidad y una elevada prevalencia en países no industrializados, a diferencia de los países del primer mundo, en donde, en la actualidad, la prevalencia de caries ha disminuido de manera considerable, reduciéndose el número de superficies afectadas y aumentando el de niños libres de caries.¹ Desde la década de 1960 se ha observado una disminución dramática de la prevalencia de caries, tanto en las comunidades fluoradas como en las no fluoradas. Esta disminución se atribuyó a la difusión del uso de fluoruros en diferentes formas, en especial en dentífricos, y, en menor grado, a cambios dietéticos, incluido el uso de sustitutos de azúcares¹.

Además del efecto del fluoruro, que actúa de diversas formas, incluso bajando la agresividad de la placa dental, la reducción de la caries dental puede ser debida a los hábitos mejorados de cepillado dental, en especial al aumento de la frecuencia del cepillado². Así, la prevalencia de caries a nivel mundial presenta parámetros discordantes: mientras que en los países desarrollados se ha reducido considerablemente gracias a adecuados programas de control y prevención a nivel masivo, en países como México la caries afecta a alrededor del 95% de los niños menores de ocho años de edad y al 99% de los adultos^{3,4}.

Los niños en edades tempranas son altamente vulnerables a problemas de salud en general. Muchas veces implican problemas de salud bucal como la caries dental

considerada como una enfermedad transmisible de origen multifactorial, plenamente relacionada con higiene oral defectuosa, alimentación nocturna, alto consumo de azúcares, colonización bacteriana, entre otras.⁵

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la caries de la infancia temprana como la presencia de uno o más órganos dentarios con caries, perdidos u obturados, en niños de 71 meses de edad o menores. Cuando esta condición no es tratada puede llegar a afectar a todos los dientes presentes en la cavidad bucal, lo que se denomina caries rampante.⁶

La prevalencia de la caries de la infancia temprana varía de 3.1% a 90% dependiendo de la vulnerabilidad de las poblaciones, sobre todo cuando éstas pertenecen a grupos de nivel socioeconómico bajo.⁷ Más datos epidemiológicos nos indican que el abordaje efectivo, para el control de la caries de la infancia temprana, debe estar basado en la prevención primaria.⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El propósito de este proyecto es el de identificar la prevalencia de caries en primeros molares permanentes erupcionados en escolares de 6 a 12 años de edad que acuden por primera vez a consulta estomatológica de CSTIII "Dra. Margarita Chorné y Salazar y de manera simultánea ofrecer a la población infantil la atención adecuada para el cuidado de su salud bucal ya que la intervención de los órganos dentarios temporales es la guía para la erupción y salud de la dentadura permanente. La caries dental representa un problema epidemiológico de importancia en la población en general, por ello es importante conocer los riesgos que esta representa para la salud bucal; es necesario dar promoción a la salud dental a los padres para que sean ellos mismos quienes impulsen la educación que el cuidado bucal representa.

El índice de CPOD, significa el promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. Se utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales. Se calcula con base en 28 dientes permanentes, excluyendo los terceros molares. Dicho índice se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un promedio. Se consideran sólo 28 dientes y que será la herramienta que se aplicará para alcanzar el objetivo general del presente proyecto.¹³

OBJETIVO

- ✚ Detectar la prevalencia de caries en primeros molares permanentes en escolares de 6 a 12 años que acuden por primera vez a consulta estomatológica al CSTIII "Dra. Margarita Chorné y Salazar".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Medir la prevalencia y la experiencia de caries dental a través del índice CPOD.
- ✚ Conocer los factores predisponentes más frecuentes para el desarrollo de la caries dental en pacientes escolares así como la dieta, frecuencia del cepillado, visitas al dentista.
- ✚ Aplicar medidas preventivas en la consulta de primera vez para la disminución la incidencia de nuevas lesiones de caries en niños de ese grupo de edad.
- ✚ Promover la salud bucal a los padres y los niños que acudan a consulta dental.

ANTECEDENTES.

La caries dental es un proceso que implica un desequilibrio de las interacciones normales entre la superficie/sub-superficie del diente y el biofilm microbiano adyacente. Este desequilibrio se manifiesta en un cierto plazo como desmineralización acumulativa del diente que, si es desenfrenado, tiene el potencial de producir cavitación del esmalte y daño colateral a la dentina y a la pulpa, culminando con la destrucción localizada de los tejidos duros del diente.⁹ Se considera que la severidad y el costo social de la caries dental en niños de edad preescolar y escolar, son considerables.¹⁰ Diversos autores han indicado que es un problema de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia, además tiene la característica de que se encuentra concentrada en poblaciones con desventajas sociales en México y en el Mundo.¹¹

Al no contar con encuestas epidemiológicas de salud bucal a nivel nacional, es necesario obtener información de estudios sobre poblaciones específicas en el caso de México. Por ejemplo, en el estado de Sinaloa, se realizó un estudio en 3048 niños de 6 a 12 años de edad, asistentes a 18 escuelas primarias con el objetivo de determinar la experiencia (promedio de dientes temporales/permanentes cariados, extraídos/ perdidos y obturados), prevalencia (porcentaje de niños con dientes temporales/permanentes cariados, extraídos/perdidos y obturados). El promedio de los índices ceod y CPOD fue de 4.68 ± 3.21 y 3.24 ± 2.72 , respectivamente. El CPOD para toda la muestra fue de 3.24 ± 2.72 y el ceod de 4.68 ± 3.21 .¹¹

En Campeche también se obtuvieron datos con índice ceod fue de 3.92 ± 3.86 en niños escolares de 6 años de edad, la prevalencia de caries fue de 75.2% lo que indicó un alto riesgo de caries y con un porcentaje de necesidades de tratamientos de 89.6%.¹²

En un estudio de seguimiento longitudinal realizado en la Ciudad de México en 2001, el número de escolares que participaron a lo largo del estudio fue de 114 niños, con edad promedio de 8.9 (ds 1.66) años al inicio del periodo de observación. El índice de caries CPOD, en el grupo de 10 a 12 años de edad fue de 2.75. La incidencia acumulada fue de 1.79 dientes. Más de un tercio de los escolares (39.5%) refirieron cepillarse los dientes de una a dos veces al día. El 11% de los niños indicó, al inicio del estudio, no utilizar dentífrico fluorurado.¹³

En el panorama general de los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales del 2017 (SIVEPAB), se examinaron 320,691 pacientes con un rango de edad de 0 a 99 años. Con esto se observa un incremento en la población examinada de apenas un punto porcentual con respecto al año 2016

(316,593). Lo anterior obedece al hecho de que durante éste año no se incrementó el número de unidades centinela en las entidades federativas.¹⁴

Las entidades que cuentan con un mayor número de unidades centinela son la Ciudad de México, Michoacán de Ocampo, Veracruz de Ignacio de la Llave, Tabasco, Hidalgo y Chihuahua, esto se ve reflejado en su participación: cada entidad revisó más de 5% de pacientes registrados en la plataforma del SIVEPAB durante el 2017.¹⁴

La presencia de detritos y/o cálculo adherido al diente es un indicador significativo de deficiente higiene bucal, lo que es considerado un importante factor de riesgo para la salud de la cavidad bucal. El cálculo dental es resultado de la acumulación de los depósitos de placa (biopelícula) que se han mineralizado a través de los iones de calcio de la saliva y se adhieren a los dientes y dentaduras lo que dificulta la limpieza, por lo que se convierte en un factor de riesgo importante para la enfermedad periodontal.¹⁴

Estado dentario:

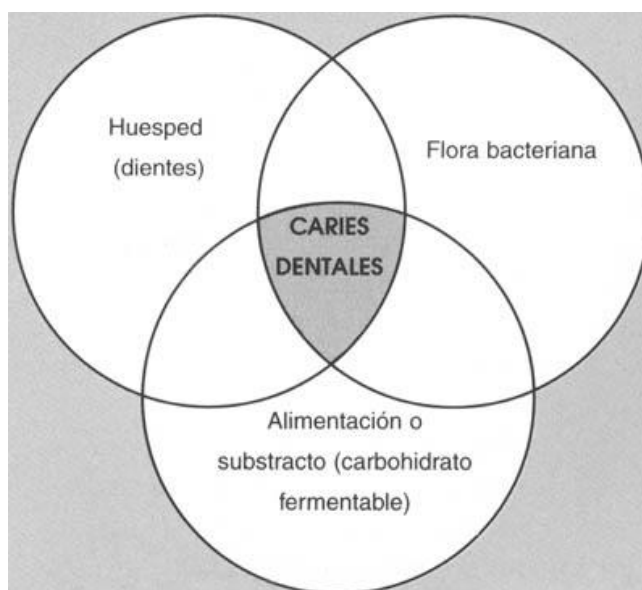
Dentro de los indicadores epidemiológicos de riesgo se ha empleado la experiencia de caries dental en dientes temporales, lo que ha demostrado ser el más poderoso predictor de caries para la dentición permanente joven.¹¹ Lo anterior es de suma importancia porque facilita la detección temprana en quienes tienen alta probabilidad de presentar un número elevado de lesiones cariosas en la dentición permanente. Es por esta razón que en el caso de las niñas, niños y adolescentes se revisa la experiencia de caries dental tanto en dentición primaria como permanente. Para determinar el estado de caries dental en dentición primaria se calculó por separado el promedio de dientes cariados, el promedio de dientes perdidos, el promedio de dientes obturados, así como el total de la experiencia de caries dental (cpod).¹⁴

De acuerdo a los resultados del SIVEPAB 2017, 25.6% de niñas, niños y adolescentes de menores de un año a 19 años de edad, que acuden a los servicios de salud, estuvieron libres de caries dental. La mitad de las niñas y los niños a los 2 años de edad estaban libres de caries dental, posterior a esta edad disminuyó la población libre de caries hasta los 7 años. Es importante señalar que las variaciones en la proporción de niñas y niños libres de caries dental de entre 6 y 12 años de edad son debidas a la exfoliación de los dientes temporales y a la erupción de los dientes permanentes.¹⁴

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad.¹⁵

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE LA CARIES DENTAL



1. FLORA BACTERIANA

Esta enfermedad depende de la presencia de placa conteniendo microorganismos acidogénicos. Estos proporcionan las enzimas necesarias para actuar sobre los restos alimentarios (carbohidratos) y producir un ácido que se forma en cantidad suficiente y que en contacto con la estructura dentaria por algún tiempo, inicia el desarrollo de una lesión cariosa, a través del secuestro de minerales.¹⁶

En la cavidad bucal las bacterias se pueden encontrar en forma planctónica, es decir en suspensión en la saliva, o bien formando una película adherida a la superficie de los tejidos blandos (lengua, mucosa, etc) y duros (superficie dental), llamada biofilm.¹⁷

El biofilm oral es una estructura formada por microorganismos que posee continuidad temporal y potencialmente puede ser patogénico. En tal caso, su presencia se asocia al desarrollo de caries, gingivitis, periodontitis, entre otras.

Mediante el uso de la microscopía óptica confocal se ha podido observar que en los biofilms las bacterias se encuentran: I) embebidas en una matriz polimérica compuesta por polisacáridos, proteínas, sales minerales, DNA y otros restos celulares, II) que constituyen entre un 10 y 20% del biofilm y III) se organizan en estructuras en forma de setas; circunscritas por canales de agua por donde viajan bacterias y diferentes metabolitos.¹⁷

Por localización, el biofilm se puede clasificar en supragingival, subgingival e interproximal.

- 1) Supragingival: se encuentra en las superficies dentales por encima del margen gingival y está constituido predominantemente por bacterias sacarolípicas gran positivas, entre las que se encuentran las especies cariogénicas.
- 2) Subgingival: Reside en el surco gingival, donde las condiciones de hábitat y la distinta composición de los elementos defensivos del hospedador, seleccionan una microbiota diferente abundando las bacterias gran negativas proteolíticas. Es en esta zona donde, preferentemente, se localizan las bacterias responsables de las enfermedades periodontales y periimplantarias y que pueden tener como consecuencia la pérdida de los dientes.
- 3) Interproximal: Situado entre dientes y responsable de la mayoría de las caries.

2. ALIMENTACIÓN O SUBSTRACTO (CARBOHIDRATOS FERMENTABLES)

La dieta no sólo es importante para su salud general, sino también para su salud bucal. Si no se sigue una dieta adecuada, es más probable que desarrollemos caries dental y enfermedades de las encías. Esto es aplicable a cualquier etapa de la vida, en el caso de los niños, por ejemplo, la adquisición de unos hábitos alimentarios es fundamental para prevenir la aparición de caries entre otras cosas. Del mismo modo, las mujeres embarazadas necesitan una dieta adecuada para que el desarrollo de los dientes de sus hijos se lleve a cabo normalmente. Factores socioeconómicos e incluso la obesidad son señalados como factores de riesgo para el desarrollo de caries dental.¹⁸

La dieta desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la caries dental, especialmente, en personas de riesgo. Lo normal es que la asociación de un elevado consumo de hidratos de carbono fermentables y la no incorporación de flúor se asocia a una mayor aparición de caries, sin embargo, ello no tiene razón de ser en aquellas sociedades desarrolladas con exposición adecuada al flúor e historia de

caries baja. Aunque no existe una relación directa entre malnutrición proteico-calórica y la caries, el déficit de vitaminas (A, D), calcio y fósforo puede ocasionar alteraciones en el desarrollo dentario y retraso en la erupción. En la malnutrición proteico-calórica tan frecuente en los países en vías de desarrollo, se ha detectado una disminución de Inmunoglobulina A en la saliva, lo que podría aumentar la susceptibilidad a la caries (la inmunidad de mucosas muestra afectaciones mediante la disminución de IgA secretora).¹⁸

No obstante, son muchos los estudios epidemiológicos que correlacionan el consumo de azúcar con la prevalencia de caries y en los que se demuestra una clara asociación entre frecuencia de consumo, la ingesta entre comidas y el desarrollo de caries dental. Por otra parte, son varias las características de los alimentos que pueden influir en el potencial cariogénico de estos, como por ejemplo concentración de sacarosa, consistencia, aclaración oral, combinación de alimentos, secuencia y frecuencia de ingestión y pH de los alimentos.¹⁹

La frecuencia de la ingesta de alimentos cariogénicos sobre todo entre comidas, tiene una fuerte relación con el riesgo de caries, pues favorece cambios en el pH y alarga el tiempo de aclaramiento oral lo que incrementa la probabilidad de desmineralización del esmalte. Respecto a la consistencia y aclaramiento oral son varios los estudios que han observado que algunos alimentos, aún con un alto contenido de azúcar, pueden tener mayor solubilidad y son más rápidamente eliminados de la cavidad oral, mientras que alimentos con un alto contenido en almidón (pan, cereales, patatas) pueden incrementar la producción de ácidos y es más lenta su eliminación de la cavidad oral.¹⁹

Cuando se habla de virulencia de un microorganismo, se está haciendo referencia a su capacidad de producir daño, es decir, generar una enfermedad. Los factores de virulencia son aquellas condiciones o características específicas de cada microbio que lo hacen patógeno.²⁰ En el caso del *Estreptococo mutans*, los más involucrados en la producción de caries son:

1. Acidogenicidad: el estreptococo puede fermentar los azúcares de la dieta para producir principalmente ácido láctico como producto final del metabolismo. Esto hace que baje el pH y se desmineralice el esmalte dental.
2. Aciduricidad: es la capacidad de producir ácido en un medio con pH bajo.
3. Acidofilicidad: el *Estreptococo mutans* puede resistir la acidez del medio bombeando protones (H⁺) fuera de la célula.

4. Síntesis de glucanos y fructanos: por medio de enzimas como glucosil y fructosiltransferasas (GTF y FTF), se producen los polímeros glucano y fructano, a partir de la sacarosa. Los glucanos insolubles pueden ayudar a la célula a adherirse al diente y ser usados como reserva de nutrientes.

5. Síntesis de polisacáridos intracelulares, como el glucógeno: sirven como reserva alimenticia y mantienen la producción de ácido durante largos períodos aún en ausencia de consumo de azúcar.

6. Producción de dextranasa: además de movilizar reservas de energía, esta enzima puede regular la actividad de las glucosiltransferasas removiendo productos finales de glucano.²⁰

3. SALIVA

La saliva es una solución supersaturada en calcio y fosfato que contiene flúor, proteínas, inmunoglobulinas y glicoproteínas, entre otros elementos. Es el factor singular de mayor importancia en el medio bucal. La ausencia de saliva es un condicionante para la formación de caries. La saliva mantiene la integridad dentaria por medio de su acción de limpieza mecánica, el despeje de carbohidratos, la maduración poseruptiva del esmalte, la regulación del medio iónico para proveer capacidad de remineralización sin la precipitación espontánea de sus componentes y la limitación de la difusión ácida.²⁰

La saliva previene la desmineralización del esmalte porque contiene calcio, fosfato y flúor, además de agentes buffer. El flúor está presente en muy bajas concentraciones en la saliva, pero desempeña un importante papel en la remineralización, ya que al combinarse con los cristales del esmalte, forma el fluorapatita, que es mucho más resistente al ataque ácido. La saliva es esencial en el balance ácido-base de la placa.

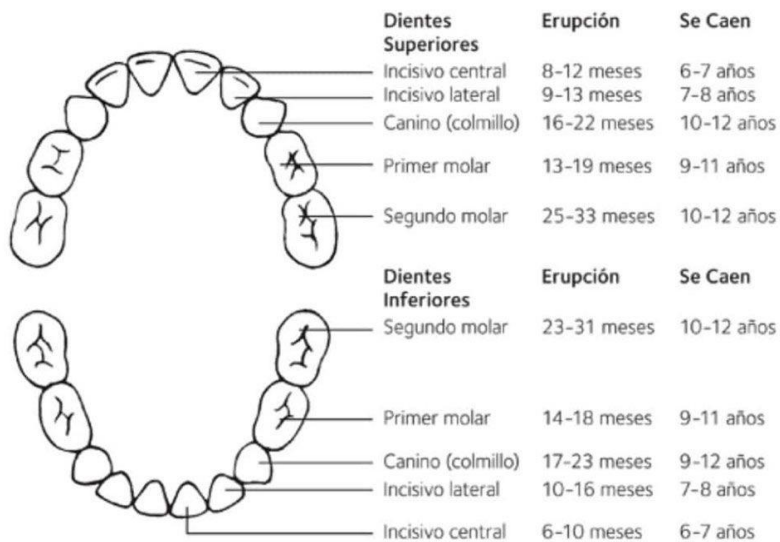
La saliva debe ser considerada como un sistema, con factores múltiples que actúan conjuntamente e influyen sobre el desarrollo de la caries dental.²⁰

4. HUÉSPED (DIENTES)

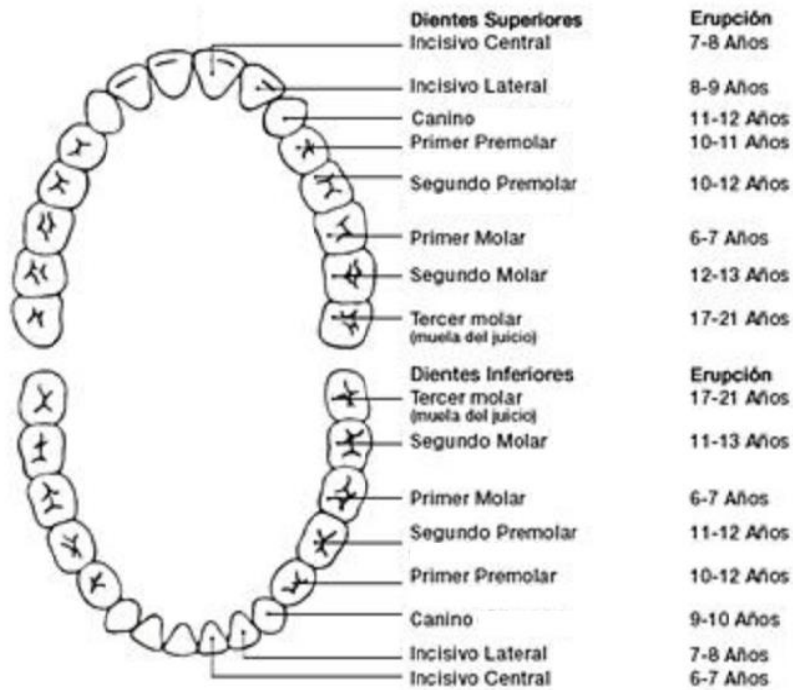
Una dentición sana y funcional es importante en todas las fases de la vida al permitir funciones esenciales humanas tales como el habla, la sonrisa, la socialización o el

comer. Los dientes ayudan a dar a la cara su forma individual. La dentición normal incluye 20 dientes primarios los cuales serán reemplazados por 32 dientes permanentes. La erupción dentaria empieza cuando el bebe tiene entre 6-10 meses de vida y suele iniciarse por los incisivos inferiores. A la edad de 2 años y medio toda la dentición primaria se ha completado. Los dientes primarios sanos permiten mantener el espacio para sus sucesores permanentes que se están desarrollando en el hueso subyacente. La pérdida prematura de los dientes primarios, por caries o traumatismo, muchas veces origina una pérdida de espacio para los sucesores y puede llevar a multitud de problemas en la dentición permanente. En torno a los 6 años de edad, erupcionan los incisivos permanentes inferiores y los primeros molares permanentes. El periodo de transición de la dentición primaria a la permanente se desarrolla normalmente entre los 6 y 12 años de edad. Idealmente, a los 21 años de edad los 32 dientes permanentes han erupcionado. Durante la vida de los dientes y de los tejidos orales, estos se ven expuestos a muchos factores ambientales que pueden originar patología o incluso la perdida dentaria.

PROCESO DE ERUPCIÓN DENTAL



Dientes Superiores		
Dientes	Erupción	Se Caen
Incisivo central	8-12 meses	6-7 años
Incisivo lateral	9-13 meses	7-8 años
Canino (colmillo)	16-22 meses	10-12 años
Primer molar	13-19 meses	9-11 años
Segundo molar	25-33 meses	10-12 años
Dientes Inferiores		
Dientes	Erupción	Se Caen
Segundo molar	23-31 meses	10-12 años
Primer molar	14-18 meses	9-11 años
Canino (colmillo)	17-23 meses	9-12 años
Incisivo lateral	10-16 meses	7-8 años
Incisivo central	6-10 meses	6-7 años



Cuando hablamos del huésped nos referimos no únicamente a los dientes (con su morfología, disposición, composición), sino también al medio oral que presenta el individuo y su predisposición genética a sufrir caries. La complejidad morfológica del diente y los defectos estructurales del esmalte del diente pueden marcar una mayor susceptibilidad a padecer caries. Los apiñamientos dentarios o las malposiciones dentarias son factores que dificultan la higiene dentaria y predisponen por tanto a la caries.²¹

DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD

La caries normalmente empieza de manera oculta a la vista en las fisuras del diente o en los espacios interdentarios. En su estadio inicial puede ser detenida e incluso revertida pero en su fase avanzada se forma una cavidad. En ese momento se hace necesario un tratamiento para restaurar la función del diente, incluyendo la remoción del tejido cariado y la realización de una obturación o corona. Si se deja sin tratamiento, la caries puede conllevar a una extensa destrucción del diente, con dolor e infección. Esto último puede originar la formación de un absceso o incluso una septicemia. En esta fase ya es necesaria la realización de un tratamiento de endodoncia o la extracción del diente. ²¹

Las consecuencias de la caries no tratada, particularmente en población infantil, incluye impactos negativos en la nutrición y crecimiento, pérdida de días de escolaridad y trabajo, reducción de la productividad en general e impactos significativos en la calidad de vida y en las interacciones sociales. ²¹

JUSTIFICACIÓN

La vigilancia de la caries dental, principalmente en niños, debe formar parte integral de la salud bucodental rutinaria. Este trabajo que tiene como finalidad el monitoreo de los factores de riesgo y de las necesidades de cuidados bucales es fundamental para desarrollar intervenciones apropiados y evaluar su efectividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio es de tipo transversal y descriptivo. Se elaboró una base de datos de formatos existentes de historias clínicas utilizadas en servicios de salud pública de la ciudad de México, (anexo 1), aplicada a pacientes escolares que acuden por primera vez al servicio de odontología en el centro de salud TIII "Dra. Margarita Chorné y Salazar" y con firma en consentimiento informado por padre, madre o tutor mayor de edad que acompañe al paciente; en el periodo de enero- abril del presente año. El tamaño de la muestra es de 49 niños que tienen entre 6 y 12 años de edad y que acuden a consulta odontológica en el centro de salud de forma aleatoria. Los datos obtenidos de las historias clínicas aplicadas se recolectaron en el programa de Microsoft Office Excel 2007. En la historia clínica el tipo de preguntas que se hicieron fueron abiertas y cerradas. Los datos que se toman en cuenta de la historia clínica para la realización de este trabajo son: el nombre del paciente, edad, sexo, motivo de consulta, dieta a base de carbohidratos, veces que realiza su higiene bucal al día y el índice de cpod para medir la prevalencia de caries en los pacientes, apuntando específicamente cuales son los molares con lesiones

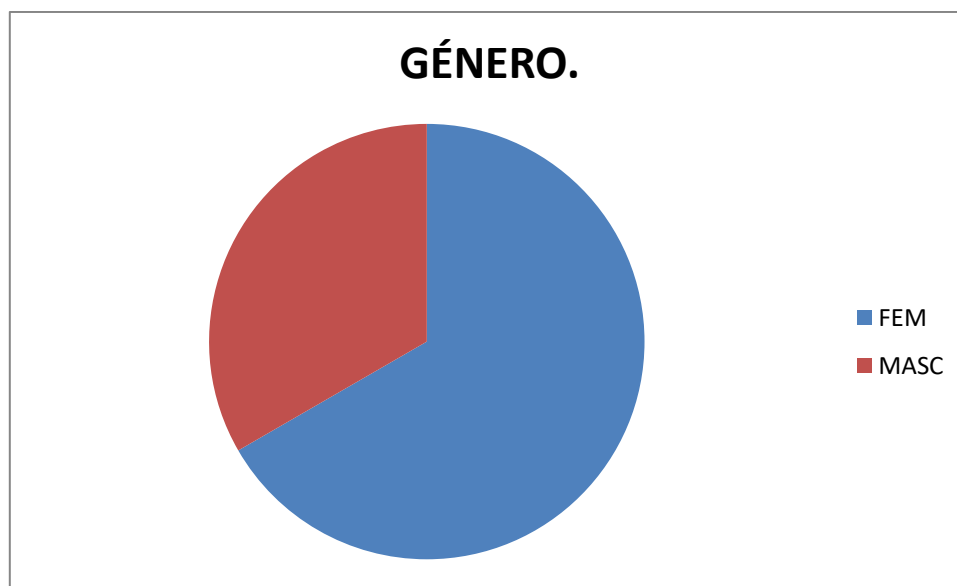
- ✓ Se revisaron en el consultorio dental del CSTIII. "Dra. Margarita Chorné y Salazar" 48 escolares de entre 6 y 12 años de edad, realizando la historia clínica de los mismos.
- ✓ Se hizo exploración bucal de tejidos blandos y duros como priorización de este proyecto.
- ✓ Dentro de la historia clínica se aplicó el índice CPOD para la medición de caries en primeros molares permanentes a las cuales se les dio tratamiento adecuado según la necesidad de los órganos dentarios.
- ✓ Como método de promoción a la salud se realizó detección de placa bacteriana, profilaxis y aplicación de fluoruro en gel para prevención y protección de los dientes en los menores.
- ✓ Como método de educación para la salud bucal, se explicó la técnica de cepillado dental y el uso de hilo dental.
- ✓ Para difusión y promoción a la salud, a los padres de familia también se les dio información necesaria para el cuidado de los dientes de sus hijos como el manejo en el consumo de carbohidratos y los panoramas del descuido de la salud buca

RESULTADOS

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

	No.	%
FEMENINO	26	53.0
MASCULINO	23	46.9
TOTAL	49	100

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO

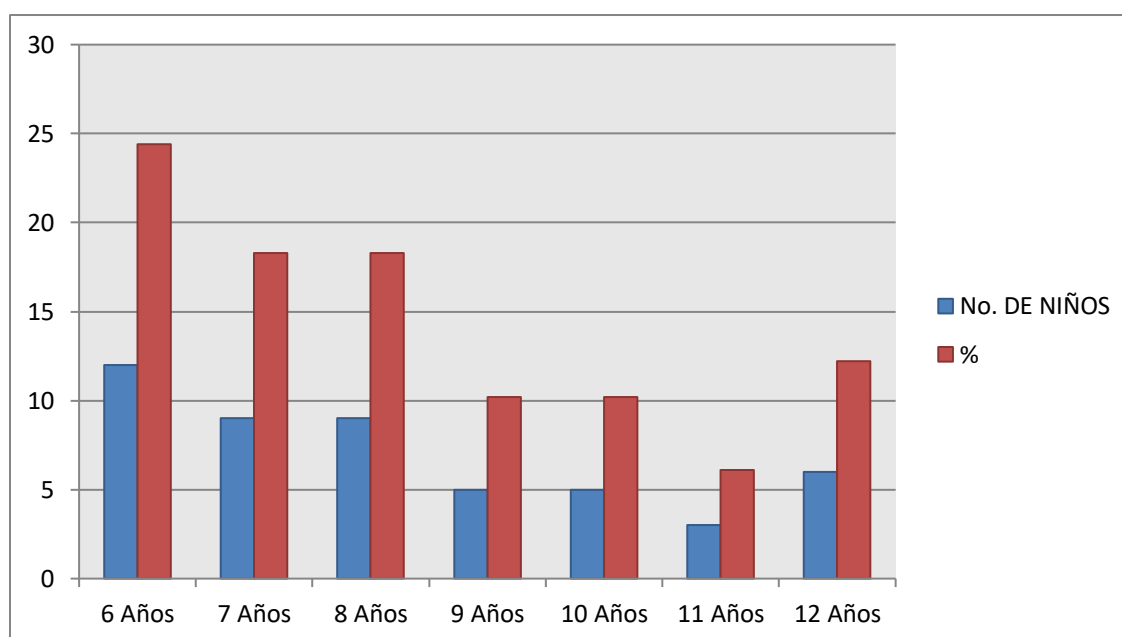


En la gráfica y tabla anteriores se observa que la población infantil femenina es mayor a la masculina por un total de 53% y 46.9%, respectivamente. El número de niñas incluidas en este estudio fueron 26 y 23 niños, lo que da un total de 49 niños estudiados.

CUADRO 2. EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

EDAD	No. DE NIÑOS	%
6 Años	12	24.4
7 Años	9	18.3
8 Años	9	18.3
9 Años	5	10.2
10 Años	5	10.2
11 Años	3	6.1
12 Años	6	12.2
TOTAL	49	100

GRÁFICA 2. EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

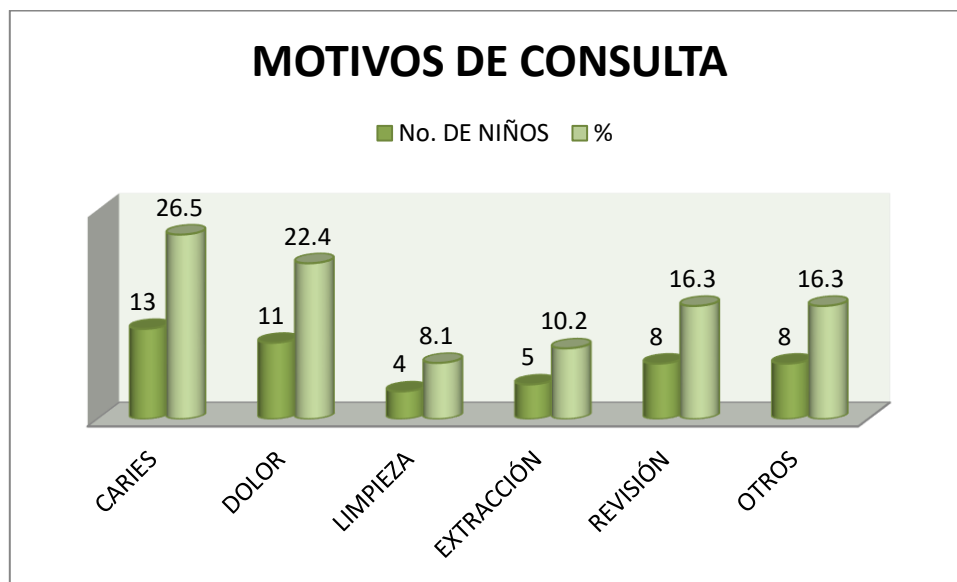


Las gráficas y tablas presentadas con anterioridad, muestran las edades de la población infantil estudiada, tienen un rango de edad escolar de 6 a 12 años, siendo la primera la de mayor porcentaje con 24.4% (12 niños) los que entran en ese rubro, seguido de la edad de 7 y 8 años con 18.3%, 12 años con 12.2% y la edad con menor porcentaje debido a la menor cantidad de niños estudiados con esa edad, es la de 11 años.

CUADRO 3. MOTIVOS DE CONSULTA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

MOTIVOS DE CONSULTA	No. DE NIÑOS	%
CARIES	13	26.5
DOLOR	11	22.4
LIMPIEZA	4	8.1
EXTRACCIÓN	5	10.2
REVISIÓN	8	16.3
OTROS	8	16.3
TOTAL	49	100

GRÁFICA 3. MOTIVOS DE CONSULTA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

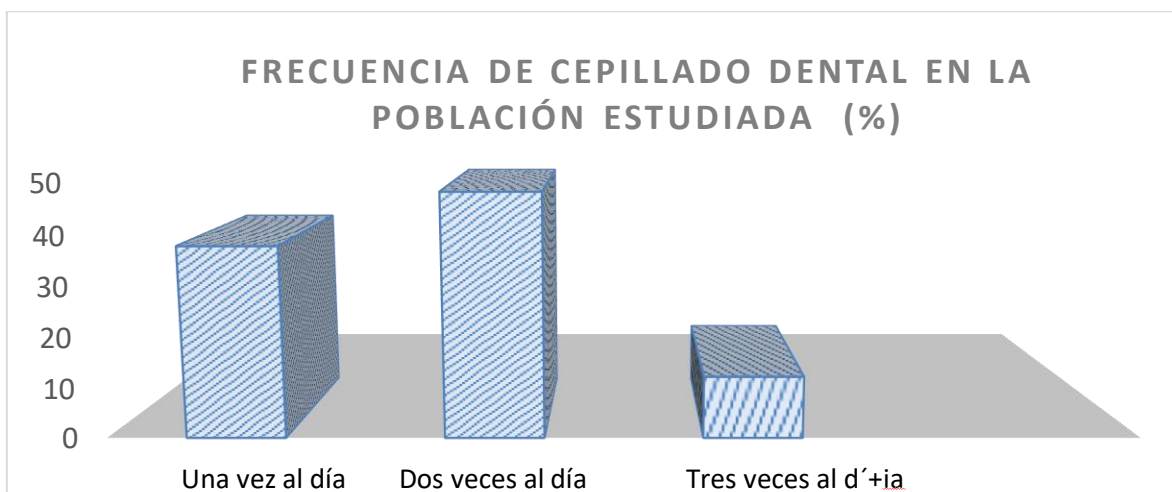


Si observamos la gráfica anterior, se muestra que de los motivos de consulta más solicitados en atención dental en escolares del presente estudio es la presencia de caries con un 26.5%, seguido del dolor con 22.4%, siendo menor el porcentaje de revisiones que acuden a consulta con un 16.3% y aún más el número de niños que llegan por limpieza (4 escolares), representando un 8.1% de la población estudiada.

CUADRO 4. FRECUENCIA DIARIA DE HIGIENE BUCAL

Higiene bucal al día	No. de niños	%
1	19	38.7
2	24	48.9
3	6	12.24
TOTAL	49	100

GRÁFICA 4.

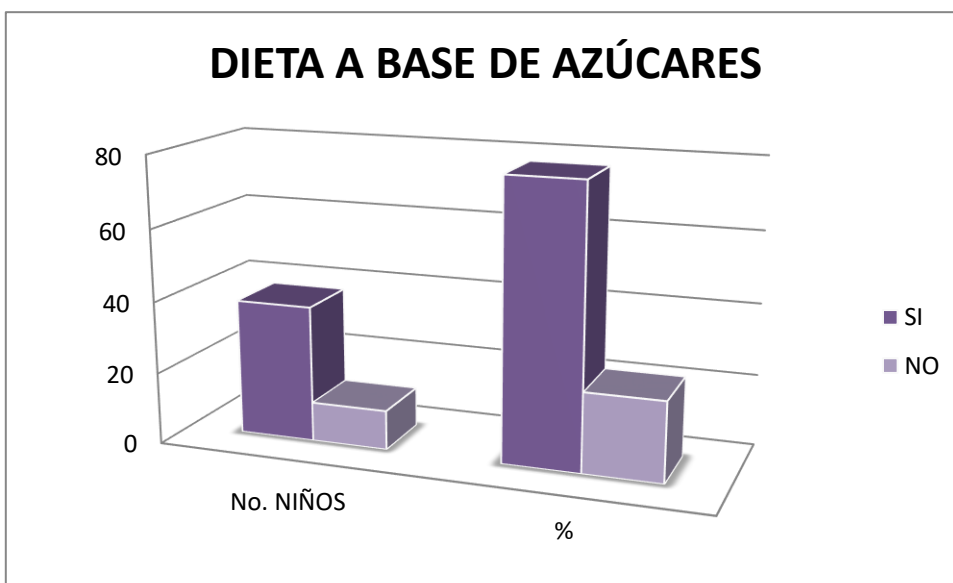


En el cuadro y gráfica No.4, se observa que casi la mitad de población estudiada con 48.9% realiza dos cepillados dentales al día, 19 niños (38.7%) mencionaron que realizan 1 cepillado al día, siendo el matutino el único que se realiza y solo 12.24% de ellos realizan 3 cepillados, en promedio uno después de cada alimento fuerte (desayuno, comida y cena).

CUADRO 5. DIETA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA RICA EN CARBOHIDRATOS (DULCES, REFRESCOS, JUGOS, GALLETAS, PAN, ETC).

DIETA A BASE DE CARBOHIDRATOS	No. NIÑOS	%
SI	38	77.5
NO	11	22.4
TOTAL	49	100

GRÁFICA 5. DIETA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA RICA EN CARBOHIDRATOS (DULCES, REFRESCOS, JUGOS, GALLETAS, PAN, ETC).

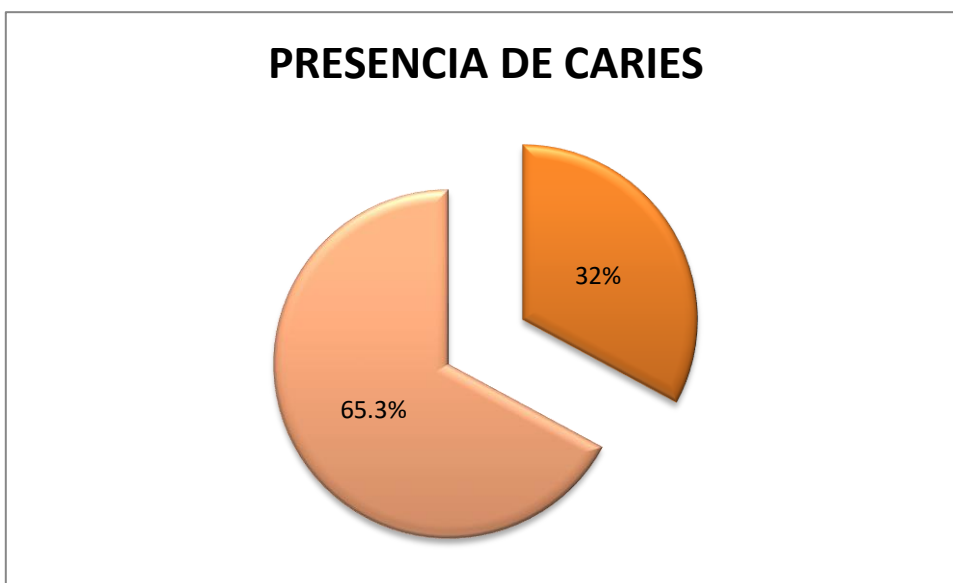


En esta tabla se puede observar que más de la mitad de la población escolar estudiada afirmó que llevan una dieta a base de carbohidratos o rica en ellos (77.5), es decir que solo un 22.4% de ellos aseguró no incluir azúcares en su dieta.

CUADRO 6. PRESENCIA DE CARIES EN PRIMEROS MOLARES PERMANENTES.

CARIES	No. DE NIÑOS	%
SI	32	65.3
NO	17	34.6
TOTAL	49	100

GRÁFICA 6. PRESENCIA DE CARIES EN PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

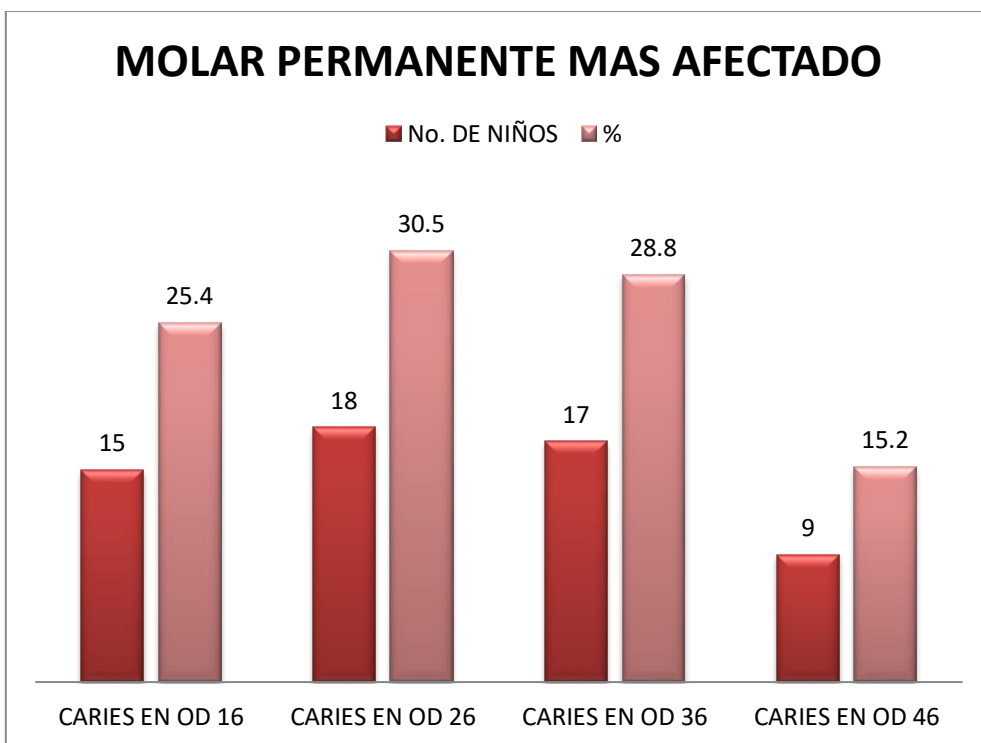


En los resultados plasmados en la tabla y gráfica anterior, podemos observar que más de la mitad de la población estudiada (65.3%) presenta caries en los primeros molares de la dentición permanente, en contraste con un 32% de ellos que no tienen caries en los mismos dientes de dicha dentición.

CUADRO 7. MOLAR PERMANENTE MÁS AFECTADO

	No. DE NIÑOS	%
CARIES EN OD 16	15	25.4
CARIES EN OD 26	18	30.5
CARIES EN OD 36	17	28.8
CARIES EN OD 46	9	15.2
TOTAL	59	100

GRÁFICA 7. MOLAR PERMANENTE MÁS AFECTADO

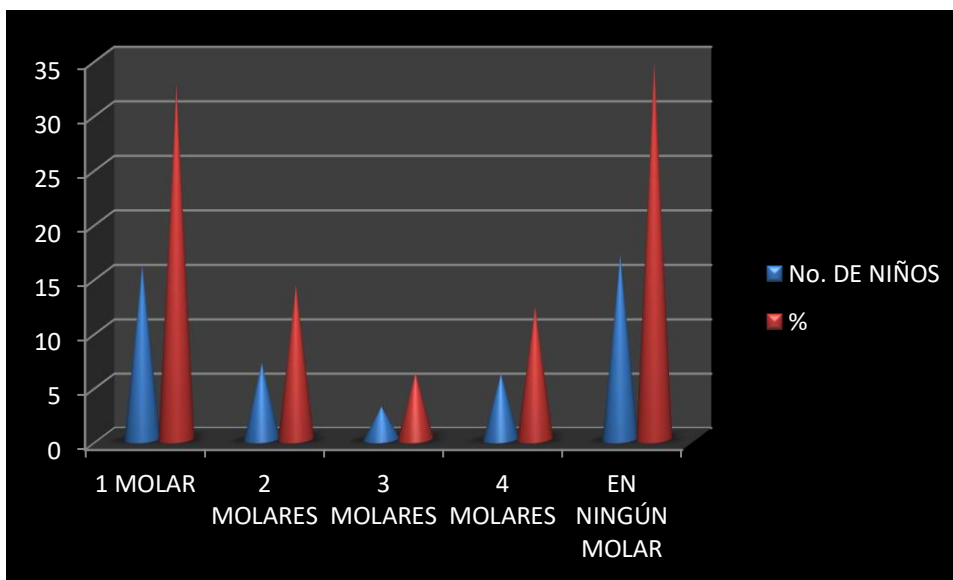


En este gráfico se muestra el molar más afectado por caries y en este estudio fue el primer molar superior izquierdo (OD 26) con un 30.5%, seguido del primer molar inferior izquierdo (OD 36) con un 28.8% y el menos afectado fue el primer molar inferior derecho con un 15.2%.

CUADRO 8. NIÑOS CON NÚMERO DE MOLARES CON LESIONES CARIOSAS

CARIES	No. DE NIÑOS	%
1 MOLAR	16	32.6
2 MOLARES	7	14.2
3 MOLARES	3	6.1
4 MOLARES	6	12.2
EN NINGÚN MOLAR	17	34.6
TOTAL	49	100

GRÁFICA 8. NIÑOS CON NÚMERO DE MOLARES CON LESIONES CARIOSAS.



En este rubro se muestra que 17 niños (34.6%) no tuvo afectado por caries ningún primer molar permanente. 16 escolares (32.6%) tuvieron afectado solamente un molar permanente, el 14.2% tuvieron dos molares afectados, un 12.2% tienen afectado los cuatro primeros molares permanentes y sólo 3 niños (6.1%) tuvieron afectados 3 de los 4 primeros molares permanentes.

TABLA 9. ÍNDICE CPOD EN ESCOLARES ESTUDIADOS.

DIETA A BASE DE CARBOHIDRATOS	FRECUENCIA DE HIGIENE BUCAL DIARIA	EDAD	SEXO	C	P	O	D	CARIES EN MOLARES
NO	2	6	F	10	4	2	16	0
NO	3	8	M	0	0	0	0	0
SI	3	6	F	1	0	0	1	0
SI	3	7	F	7	0	2	9	0
NO	2	12	F	9	2	0	11	0
SI	2	6	F	5	0	0	5	0
SI	1	11	F	4	0	0	4	0
SI	1	6	F	5	0	0	5	0
SI	1	12	M	3	0	3	6	0
SI	2	8	F	8	0	0	8	0
SI	2	7	F	4	0	0	4	0
SI	2	9	M	8	0	0	8	36
SI	2	7	M	8	0	0	8	36
SI	2	6	F	6	0	0	6	26
SI	2	11	M	2	2	0	4	16
SI	1	8	F	9	1	0	10	26
SI	2	8	F	12	0	0	12	36/46
SI	1	7	F	7	1	0	8	26
SI	1	9	F	12	0	0	12	26/36
SI	2	8	F	2	0	0	2	0

SI	3	12	M	3	0	0	3	46/16/36
SI	1	7	M	0	1	0	1	0
SI	1	8	M	6	0	0	6	16/26/36/46
SI	2	9	F	5	0	0	5	16/26/36/46
SI	2	8	F	3	0	0	3	16
SI	2	10	M	5	1	0	6	16
SI	1	9	M	6	1	0	7	26/36
NO	3	7	M	0	0	0	0	0
SI	1	8	M	12	0	1	13	16/26/36/46
SI	1	7	M	5	0	1	6	26/36
SI	2	10	M	2	0	2	4	26
NO	2	10	M	9	0	0	9	16/46
SI	1	6	F	4	0	0	4	16
NO	2	12	M	15	0	1	16	16/26/36/46
SI	1	6	F	3	0	0	3	16
SI	3	7	M	6	0	0	6	36
NO	2	11	F	1	0	0	1	0
NO	1	6	M	3	0	0	3	0
SI	1	6	M	2	0	0	2	16
SI	2	9	F	1	0	0	1	26
SI	2	8	F	6	0	2	8	26/36
SI	2	12	M	3	0	0	3	26
SI	1	12	F	4	0	0	4	46/26/36

NO	1	10	M	4	0	0	4	26/36
SI	2	6	F	5	0	0	5	0
NO	2	10	F	7	0	1	8	26/16/36
NO	2	6	M	6	0	1	7	16
SI	1	7	M	8	2	0	10	16/26/36/46

En la tabla No.9 presentada en la parte superior, se muestra la relación de los escolares estudiados cada uno con su índice CPOD correspondiente a la dentición perenne de interés. También podemos observar la relación que hay entre los factores de riesgo a caries de interés como lo es el consumo de carbohidratos en exceso, la frecuencia que tienen los niños para cepillarse los dientes, su género y edad y los molares afectados.

CUADRO 10. ÍNDICE DE CPOD POR GÉNERO ESTUDIADO

	GÉNERO	
	FEMENINO	MASCULINO
C	121	122
P	7	5
O	7	10
D	135	144
ÍNDICE	5.1	6.2

En el cuadro anterior podemos notar que el índice que se obtuvo en las niñas es igual a 5.1 y en los niños fue de 6.2, que indica que en los niños fue mayor el índice que determina la cantidad de dientes afectados.

DISCUSIÓN

Un trabajo que se realizó en el estado de Sinaloa en un estudio con una población escolar de 3048 niños, obtuvo un promedio de índice CPOD 4.68 ± 3.21 ; que comparado con este trabajo en donde la media que se obtuvo fue de $5.83 \pm$ no existe gran diferencia tomando en cuenta el número de personas estudiadas.

Asimismo, en el estado de Campeche se hizo un estudio de prevalencia de caries en escolares en donde el porcentaje de esta fue de 75%, lo que corresponde a un alto riesgo a caries en la población, que en comparación al presente estudio donde se encontró una prevalencia del 65% y aunque hay diferencia, el resultado en ambos casos fue insatisfactorio con el nivel de riesgo elevado a caries, lo que quiere decir que nuestra población infantil es susceptible a tener caries debido a los factores de riesgo ya mencionados anteriormente.

En un estudio realizado en 2001 en la Ciudad de México, el 39.5% de los escolares refirieron cepillarse los dientes de una a dos veces al día, lo que muestra una similitud en los resultados obtenidos en este trabajo, ya que el 48.9% realiza dos cepillados dentales al día y un 38.7% solo hace el cepillado dental matutino. Esto podría dejarse sujeto a beneficio de duda debido a que algunos escolares no se sinceran en sus respuestas lo que podría alterar los resultados.

En un estudio realizado con base en el Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Patologías Bucles (SIVEPAB) se menciona que el factor de riesgo que más se asocia a la prevalencia de caries es el consumo de carbohidratos elevado añadiendo la falta de higiene bucal, lo que coincide con este proyecto, ya que se obtuvo que el 77.5% de los estudiados lleva una dieta a base de carbohidratos, lo que es un porcentaje alto para el desarrollo de lesiones cariosas en boca.

Estos datos indican que la caries dental es la enfermedad bucal con más casos en la población infantil de nuestro país, y este trabajo funge como un recordatorio para la atención de esta patología para hacer que estos números reduzcan con el paso del tiempo.

CONCLUSIONES

Un primer paso para la planeación de los servicios de salud bucal es el conocimiento del perfil epidemiológico de la población. Así, basados en este conocimiento se pueden planear diferentes estrategias preventivas y curativas en estos niños escolares. La necesidad de realizar estudios epidemiológicos, como forma de monitorear las condiciones de salud bucal en las poblaciones ha sido ampliamente recomendada por la OMS. En conclusión, este trabajo fue aplicado para revelar la situación real de la población para llevar a cabo la planeación de programas de salud bucal que se adapten a las necesidades de tratamiento restaurador de la población.

Como conclusión, podemos decir que no existe relación alguna entre la dieta a base de azúcares con la prevalencia de caries, ya que en algunos casos registrados con afirmación a lo primero, a la exploración clínica para ubicar las lesiones cariosas en los primeros molares permanentes no existe presencia. Lo contrario en algunos casos en donde dijeron que no hay consumo de azúcares sí existe presencia de caries a la exploración bucal.

Aunado a eso, la prevalencia de caries en los escolares de una escuela pública en la Ciudad de México, es alta y ese resultado persiste desde estudios longevos, en donde podemos percatarnos de que muchos son los factores que van relacionados con esta enfermedad.

Asimismo, en la relación de la frecuencia de cepillado con la presencia de caries es muy variable, ya que algunos casos mencionan tener de 2 a 3 cepillados al día y a la exploración no tienen presencia de lesiones cariosas en los molares permanentes, y en su minoría, quienes afirmaron lo mismo sí tienen caries en los primeros molares permanentes, independientemente de su índice CPOD.

De la relación entre el género y la prevalencia de caries en los primeros molares permanentes, se concluye que en este estudio quienes tuvieron afectados 3 o 4 molares fueron los niños, y que en algunos casos, las niñas tienen presencia de lesiones cariosas pero en menor medida, o con sólo 1 primer molar permanente.

Como conclusión final, puedo resaltar que el número de escolares estudiados fue reducido, por ello, se recomienda realizar un estudio con más amplitud y con mayor número de población infantil estudiada para que genere resultados más trascendentes.

Esto puede ser a causa de la omisión de la veracidad en todas las respuestas de la historia clínica.

Se observó durante el servicio social que las personas que tienen activo el seguro popular, desaprovechan el servicio dental por varias razones, entre ellas: la desinformación acerca de la existencia del servicio, por creer que el servicio tiene costos elevados, por pensar que por ser gratuito es de mala calidad, o porque no desean ser atendidos hasta que tengan alguna molestia; esa finalmente es el mayor motivo por el cual acuden a consulta dental en los centros de salud.

En general, la prevalencia de la caries dental en escolares sigue siendo una patología bucal con riesgos elevados de avance ya que no se ha logrado su disminución o erradicación completa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina N, Irigoyen M, Castañeda E, Sánchez G, Bologna R. Caries dental en escolares de distinto nivel socioeconómico. *Rev Mex Pediatr.* 2002;69(2):53-6.
2. Bratthall D, Hansel G, Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe. *Eur J Oral Sci.* 1996;104(4 (Pt 2)):416-22; discussion 423-5, 430-2.
3. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB). 2009. [Internet] Consultado el 5 de mayo de 2014. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx>.
4. Molina Frechero N, Castañeda Castaneira E, Gaona E, Mendoza Roaf P, González Montemayor T. Consumo de productos azucarados y caries dental en escolares. *Rev Mex Pediatr.* 2004;71(1):14-6.
5. Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediátrica Española* 2010;68(7):351-7.
6. Seminario A, Ivancaková R. Early childhood caries. *Acta Médica (Hradec Králové)* 2003;46(3):91-4.
7. Yiu C, Wei S. Management of rampant caries in children. *Quintessence International* 1992;23(3):159-68.
8. Arango M, Baena G. Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revisión de la literatura. *Revista Estomatología* 2004;12(1):59-65.
9. Pitts NB, Stamm JW. International Consensus Workshop on Caries Clinical Trials (ICW-CCT) - Final consensus statements: Agreeing where the evidence leads. *J Dent Res* 2004; 83 (Spec Iss C):C125-C128.
10. Maupomé G, Borges SA, Ledesma C, Herrera R, Leyva ER, Navarro A. Prevalencia de caries en zonas rurales y periurbanas marginadas. *Salud Pública Mex* 1993; 35:357- 67.
11. Villalobos J, Medina C, Vallejos A, Espinoza J. Caries dental en escolares de 6 a 12 años de Navolato, Sinaloa: resultados preliminares. *Rev Biomed* 2005; 16:217-219.}
12. Herrera M, Medina C, Rosado G, Minaya-Sánchez M, Vallejos A, Casanova J. Prevalencia de caries y necesidades de tratamiento en preescolares en comunidad de Campeche. Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Campeche. México; 2001.
13. Irigoyen ME, Zepeda MA, Sánchez L, Molina N. Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*; 2001; 58 (3).
14. Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales. SIVEPAB. México; 2017.

15. Definición de caries dental. Organización Mundial de la Salud; 2012. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
16. McDONALD, R.E. y AVERY, D.R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Buenos Aires - Argentina, Edit. Médica Panamericana, 1993. p. 210 – 250.
17. Yadab S, Sharma M. Biofilms: microbios y enfermedades. Departamento de Microbiología; 12(6). India, 2008.
18. González Sanz A, González Nieto B, González Nieto E. 2012. Nutrición, dieta y salud oral. En Castaño A, Ribas B. Odontología preventiva y comunitaria. La odontología social, un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Fundación Odontología Social. 155-69.
19. Mobley C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE. The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. Academia de Pediatría. 2009; 9 (6): 410-4.
20. Duque de Estrada J, Pérez JA, Hidalgo-Gato I. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. Facultad de ciencias médicas de Matanzas; Matanzas, Cuba. 2006.
21. Federación Dental Internacional (FDI). El desafío de las enfermedades bucodenales: una llamada a la acción global. 2da edición. Pág:16-18. Brighton, RU. 2015.

CAPÍTULO III: CENTRO DE SALUD

El centro de Salud TIII “Dra. Margarita Chorné y Salazar”, se encuentra ubicado en AV. División del Norte No: 2986, en la colonia Atántida, de la alcaldía Coyoacán, C.P: 04370. Limitada al norte con calle Norte; al sur con calle Parque, al oriente con calle reforma y al poniente con Av. División del norte. Teléfono 56897419. Las colonias de responsabilidad de esta alcaldía son 36 y 11 unidades habitacionales.

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA UNIDAD

Consultorios de consulta general	Epidemiología	Control de Zoonosis
Consultorio de salud Bucal	CEYE	Electrocardiograma
Inmunizaciones	RPBI	Estadística
Farmacia	Psicología	Médico en tu Casa
Almacén	Área de estimulación temprana *Viernes	Módulo de Vasectomía sin Bisturí
Laboratorios Clínicos	Trabajo social	Módulo de detección de Cáncer
Radiografías		Planificación Familiar
Nutrición		Atención domiciliaria al adulto Mayor
Consulta Externa		Módulo de Orientación e Información
Caja		Módulo de seguro popular * Martes y Jueves
Archivo		Espirometría

Aula de usos Múltiples		
Enfermería		
Administración		

SERVICIO ESTOMATOLÓGICO

El servicio estomatológico brindado en el centro de salud TIII “Dra. Margarita Chorné y Salazar” cuenta con los turnos matutino y vespertino; iniciando actividades a las 07:00 a.m y concluyéndolas a las 8:00 p.m. Cada turno tiene el instrumental y material básico para realizar actividades correspondientes al primer nivel de atención, entre las que se encuentran: actividades preventivas, tales como: técnica de cepillado, técnica de hilo dental, revisión de tejidos bucales para detección oportuna de lesiones patológicas, profilaxis, detección de placa dentobacteriana, flouroterapia, selladores de foseas y fisuras, revisión de higiene de prótesis, sesiones de salud bucal, odontoxesis, toma de radiografías dentoalveolares para niños y adultos, resinas, amalgamas, ionómeros de vidrio, curaciones, extracciones de dientes temporales y permanentes, farmacoterapia, terapia pulpar, referencias a especialidades.

Asimismo, se realizan actividades extramuros como las capacitaciones y asistencia a escuelas para brindar pláticas educativas sobre salud bucal, control de placa dentobacteriana, aplicaciones de flúor, entrega de cepillos dentales y participaciones en la semana nacional de salud bucal y ferias de salud.

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

**CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES PERIODO AGOSTO
2018- JULIO 2019.**

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		9.7%
• Historias Clínicas	17	
• Exploración Bucal	21	12.0%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	(32)	18.3%
○ Pláticas de salud bucal	456 personas	
• Intramuros	(11)	6.3%
○ Pláticas de salud bucal	187 personas	
PREVENTIVAS		
• Flúor	22	12.6%
• Selladores de foseas y fisuras	5	2.8%
CURATIVAS		
• Ionómeros	9	5.1%
• Óxido de zinc y eugenol	5	2.8%
• Resinas	10	5.7%
• Amalgamas	3	1.7%
• Extracciones	12	6.8%
• Farmacoterapia	15	8.6%
ADMINISTRATIVAS		
• Registro y manejo de pacientes		
• Esterilización	diaria	
OTRAS	12	6.8%
TOTAL	174	100%

CONCENTRADO DE ACTIVIDADES MENSUALES

AGOSTO 2018.

GÉNERO	GRATUIDAD/SEG G POPULAR	EDAD	DX	TX	FECHA
Fem	0911139857	10	Sana	H.C/Fluor/ selladores	10/08/18
Fem	0918178534	46	Abseso periapical s/fistula	H.C/Rx/Ex tracción/fa rmacotera pia	10/08/18
Fem	0918357344	6	sana	H.C/Fluor/ selladores	10/08/18
Masc	Pagó	8	caries	resina	30/08/18
Masc	Pagó	49	Periodontitis	odontoxes is	30/08/18
Fem	Pagó	31	Pulpitis Irreversible	Farmacote rapia	30/08/18
			16 personas	Pláticas	30/08/18

SEPTIEMBRE 2018.

Género	GRATUIDAD/SEG POPULAR	EDAD	DX	TX	FECHA
Masc	09171662486	74	Periodontitis	H.C/Odontoxesis/	06/09/18
Masc	0912074794	18	caries	Ex.B/2Resinas/1 amalgama/Rx	06/09/18
Fem	pagó	46	Molar ectópico	Ex.B/Exodoncia /farma/Rx	20/09/18
			Pláticas	15 personas	21/09/18

OCTUBRE 2018.

GÉNERO	GRAT/SEG POPULAR	EDAD	DX	TX	FECHA
Fem	5454471	18	Molar incluido	Ex.B/Exodoncia/ Farma/Rx	03/10/18
Masc	0918340813	6	caries	H.C/Flúor/2resinas /ionómero	03/10/18
masc	pagó	19	Abs.periapical	H.C/Rx/ Farmacoterapia	11/10/18
			Curso RPBI		11/10/18
			Pláticas	23 personas	16/10/18

Noviembre 2018

GÉNERO	GRAT/SEG.POPULAR	EDAD	DX	TX	FECHA
fem	0918105211	27	caries	H.C/Rx/Zoe /odontoxesis	12/11/18
fem	0912462433	36	sana	H.C/Rx /Odontoxesis /flúor	12/11/18
Fem	0912462433	12	sana	H.C/flúor	13/11/18
fem	091246433	8	sana	Ex.B/sellador/ flúor	14/11/18
Masc	4587121	24	Molar incluido	H.C/Rx/ Extraccion/ Farma	14/11/18
fem	4587121	13	caries	H.C/Ionómero	15/11/18
			Pláticas	21 personas	16/11/18

DICIEMBRE 2018

Género	Grat/Seg.Popular	Edad	Dx	Tx	Fecha
Masc	pagó	21	caries	Ex.B/Zoe	03/12/18
Fem	0910985574	7	caries	H.C/2 Resinas/1 amalgama/flúor	04/12/18
Masc	0910985574	7	sano	H.C/Flúor	04/12/18
Masc	0912462456	11	sano	Ex.B/Flúor	12/12/18
Fem	0917046403	14	caries	2 Resinas	13/12/18
Masc		23	caries	2Exodoncias/farma	17/12/18
Masc	pagó	31	Abs. Periapical	Farmacoterapia	18/12/18
			Plásticas	19 personas	17/12/18

ENERO 2019

Género	Grat/Seg.Popular	Edad	Dx	Tx	Fecha
Fem	56737602	20	Caries	2 ionómeros	18/01/19
Masc	0918010174	10	caries	1 amalgama	18/12/19
Masc	Pagó	31	caries	Curación Zoe	24/01/19
Fem	0914320076	7	caries	H.C/Resina/Flúor	24/01/19
Masc	pagó	26	Abs.Periapical	RX/Farma	25/01/19
Fem	0912408182	9	sana	Fluoroterapia	25/01/19
			Plásticas	21 personas	25/01/19

FEBRERO 2019

Género	Grat/Seg.Popular	Edad	Dx	Tx	Fecha
Masc	0915128950	48	Molar incluido	2 Extracciones/Farma	05/02/19
Fem	pagó	21	caries	H.C/2 ionómeros	05/02/19
Fem	0909567403	56	Restos Radiculares	H.C/3 Extracciones/Farma	14/02/19
Masc	0917195360	5	Sano	Flúor	15/02/19

			Semana nacional de salud		
			Pláticas	26 personas	26/02/19

MARZO 2019

Género	Grat/Seg.Popular	Edad	Dx	Tx	Fecha
Masc	4962781	22	Pulpitis Irreversible	Curación Zoe	07/03/19
Masc	0908273478	12	Caries	2 Ionómeros	07/03/19
Fem	pagó	19	Ortodoncia	Extracción/ Farma	08/03/19
Fem	0911140270	8	Sana	H.C/Flúor	14/03/19
Fem	0911140270	11	Sana	Fluoroterapia	14/03/19
			Pláticas	27 personas	15/03/19

ABRIL 2019

Género	Grat/Seg.Popular	Edad	Dx	Tx	Fecha
Fem	0916128358	34	Pulpitis irreversible	Curación Zoe	04/04/19
Masc	0913286811	25	Caries	Ionómero	04/04/19
Masc	0918105293	6	sano	Fluoroterapia	05/04/19
Fem	0918105293	11	sana	flúor	05/04/19
Masc	0918105293	10	sano	Fluoroterapia	05/04/19
Fem	pagó	25	Abs. Periapical	Farmacoterapia	05/04/19
Fem	0912083745	34	Pulpitis Irr	Farmacoterapia	06/04/19
Masc	pagó	67	Alveolitis	Farmacoterapia	06/04/19

			Pláticas	19 personas	06/04/19
--	--	--	----------	-------------	----------

CAPÍTULO V: FOTOGRAFÍAS



Fotografía 1. Vista de la sala de espera saliendo del consultorio dental del CSTIII "Dra. Margarita Chorné y Salazar"



Fotografía 2. Vista lateral de la sala de espera en donde se dieron las pláticas informativas.



Fotografía 3. Cuarto de revelado en donde se encuentran también las vitrinas donde se almacena el material e instrumental en uso.



Fotografía 4. Esterilizador de instrumental que tiene uso diario.



Fotografía 5. Vista del consultorio dental desde la unidad 3.



Fotografía 6. Cajones de almacenamiento de bibliógrafos de cada doctor de base



Fotografía 7. Se observan las dos tarjas y el contenedor de RPBI del consultorio.



Fotografía 8. Unidad 3 del consultorio.



Fotografía 9. Unidad 1 del consultorio.



Fotografía 10. Unidad 2 del consultorio.

Fotografía 11. PSS. En escuela asignada para dar pláticas y técnicas preventivas

ANEXOS



SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
HC-SS-02-P

HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

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?

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 SANGUÍNEAS

SI NO

ALCOHOLISMO

SI NO

¿CUÁLES?

DIABETES

SI NO

EMBARAZO

SI NO

OTRAS ENFERMEDADES

SI NO

HEPATITIS

SI NO

ALE

SI NO

¿CUÁLES?

RGI

AA

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:



CENTRO DE SALUD

CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

México, D.F., a _____ de _____ de 20_____.

Nombre del paciente: _____

Nombre Apellido paterno Apellido materno

Núm. de expediente _____

El que suscribe C. _____ Paciente (); Familiar (); Tutor () Cuidador (); en pleno uso de mis facultades mentales, **declaro y manifiesto:**

1.- Expreso mi libre voluntad para que se me valore y sea atendido en el Servicio Dental del Centro de Salud: _____ para recibir atención odontológica del primer nivel de atención que otorgan los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

2.- He sido informado(a) por el Cirujano(a) Dentista _____, con Cédula Profesional número _____ adscrito(a) al Servicio Odontológico, acerca de mi estado de salud bucodental y plan de tratamiento a seguir:

Puntualizando que dicha información me fue proporcionada en lenguaje claro, preciso y sencillo; también se me explicó de los posibles riesgos, efectos secundarios y de los beneficios que el plan de tratamiento presenta, así como de las opciones y alternativas.

3.- Comprendo la necesidad de utilizar, si es necesario, el uso de anestesia local y bajo criterio del Cirujano(a) Dentista tratante, el cual me informará antes de su aplicación y me explicará de las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse.

4.- Entiendo que el plan de tratamiento varía en tiempo, molestias y complicaciones de una persona a otra y que la odontología no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías sobre el resultado del tratamiento planeado.

5.- Me han explicado y estoy conforme de realizar los estudios radiográficos para completar el diagnóstico y realizar el plan de tratamiento odontológico indicado, así como solicitar consulta con el médico del módulo en caso de ser necesario.

6.- En caso de presentarse una situación inesperada durante el plan de tratamiento, autorizo al Cirujano(a) Dentista a realizar el procedimiento que a su juicio considere para su solución.

7.- Me comprometo a colaborar durante el plan de tratamiento y acudir a mis citas de control clínico con buena higiene bucal, entiendo que el no hacerlo puede provocar resultados distintos a los esperados.

8.- Me han explicado que será informado(a) en cada momento y cuando A lo solicite, de A evolución del plan de tratamiento, ya sea de manera verbal o escrita si fuera necesario y a criterio del Cirujano(a) Dentista.

Por lo anterior:

9.- OTORGO MI CONSENTIMIENTO al Cirujano(a) Dentista de esta Unidad de Salud para que me realice el o los tratamientos odontológicos necesarios, en el entendido que los mismos van encaminados éticamente para mejorar mi salud y de que puedo anular este consentimiento por escrito en caso de no estar de acuerdo con el tratamiento.

Nombre completo, firma y/o huella digital del paciente

Nombre completo, firma y cédula profesional del Cirujano (a) Dentista / Estomatólogo (a)

Nombre completo, firma y/o huella digital del familiar, tutor o cuidador responsable del paciente

Nombre completo, firma y/o huella digital del testigo del paciente

Nombre completo, firma y/o huella digital del testigo de la institución

Los datos personales recabados en este documento, serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado _____

