

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES
DECHIAPAS**

**Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud
Publica. Licenciatura en Cirujano
Dentista**

TESIS

**Necesidades dentales y plan de
intervención en población infantil,
municipio de Berriozabal, Chiapas**

PRESENTA

**Ana Maria del Sol Tovilla Carballo
Andrés Eduardo Saucedo Vázquez**

ASESOR

**C.D. Jaime Raúl Zebadúa Picone
Mtro. Rolando Rosas Sánchez
Dr. Angel Gutiérrez Zavala**



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. A 30 de Julio de 2025



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 21 de Mayo de 2025

C. ANA MARIA DEL SOL TOVILLA CARBALLO

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Necesidades Dentales y Plan de Intervención en Población Infantil, Municipio de Berriozabal, Chiapas.

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Firmas

Mtro. Jaime Raúl Zebadua Picone

Mtro. Rolando Rosas Sánchez

Dr. Angel Gutiérrez Zavala



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

(Handwritten signatures of the reviewers)

Cop. Expediente





**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR**

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 21 de Mayo de 2025

C. **ANDRES EDUARDO SAUCEDO VAZQUEZ**

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Necesidades Dentales y Plan de Intervención en Población Infantil, Municipio de Berriozabal, Chiapas.

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. Jaime Raúl Zebadua Picone

Mtro. Rolando Rosas Sánchez

Dr. Angel Gutiérrez Zavala



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

Firmas





Cop. Expediente



SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD

INDICE

I.	Planteamiento del Problema.....	3
II.	Objetivos	4
2.1	Objetivo General.....	4
2.2	Objetivos específicos	4
III.	Fundamentación del proyecto	5
IV.	Marco Teórico.....	6
4.1	Marco Conceptual.....	6
4.2	Antecedentes del problema	13
V.	Material y métodos	19
5.1	Lugar de estudio.....	19
5.2	Tipo de estudio.....	19
5.3	Universo, muestra y muestreo.....	19
5.4	Criterios de investigación	19
5.4.1	Criterios de inclusión	19
5.4.2	Criterios de exclusión	19
5.5	Variables	20
5.6	Definición de las variables:.....	20
5.6.1	Operacionalización de las variables	20
5.7	Método y Procedimiento para la recolección de datos	21
VI.	Resultados.....	22
VII.	Conclusiones.....	26
VIII.	Plan de intervención	27
IX.	Bibliografía	28
X.	Anexos.....	29

I. Planteamiento del problema.

Las enfermedades bucales infantiles son condiciones patológicas que afectan la cavidad oral de los niños y niñas, comprometiendo estructuras como los dientes temporales, encías, lengua, mucosa oral y maxilares. Estas enfermedades pueden ser de origen infeccioso, traumático, congénito o derivadas de malos hábitos orales, y suelen manifestarse desde la primera infancia, afectando el crecimiento, el desarrollo y el bienestar general del menor.

Según Casamassimo, P. S. et al (2022) las enfermedades más comunes en la infancia incluyen:

Caries de la infancia temprana: considerada la enfermedad crónica más prevalente en niños menores de cinco años. Se caracteriza por una rápida destrucción de los dientes temporales causada por bacterias como *Streptococcus mutans*, asociada al consumo frecuente de azúcares.

Gingivitis y enfermedades periodontales: inflamación de los tejidos que rodean y soportan los dientes, ocasionada por la acumulación de placa bacteriana.

Malformaciones dentales y alteraciones del desarrollo: como hipoplasia del esmalte o agenesia dental.

Traumatismos dentales: frecuentes en niños en etapa preescolar y escolar, debido a caídas o actividades físicas.

Estas patologías, si no se previenen o tratan oportunamente, pueden generar dolor, infecciones, dificultad para comer o hablar, problemas de autoestima y ausentismo escolar. Una de los problemas por su magnitud y trascendencia es la caries.

Por lo anterior se investigó las necesidades dentales para realizar un plan de intervención en un grupo infantil que viven en el municipio de Berriozabal, Chiapas. durante el periodo Febrero – Junio de 2025.

II. Objetivos

2.1. Objetivo general.

Identificar las necesidades dentales para realizar un plan de intervención en un grupo poblacional infantil del municipio de Berriozabal, Chiapas, durante el periodo Febrero – Junio de 2025.

2.2. Objetivos Específicos:

1. Caracterizar la población de estudio del municipio de Berriozabal, Chiapas, durante el periodo Febrero – Junio de 2025.
2. Determinar la frecuencia de la caries en un grupo poblacional infantil del municipio de Berriozabal, Chiapas, durante el periodo Febrero – Junio de 2025.
3. Identificar las necesidades de tratamiento en un grupo poblacional infantil del municipio de Berriozabal, Chiapas, durante el periodo Febrero – Junio de 2025.
4. Realizar la propuesta de intervención para la población infantil del municipio de Berriozabal, Chiapas, durante el periodo Febrero – Junio de 2025

III. Fundamentación.

La salud bucal en la infancia representa un pilar fundamental para el desarrollo físico, emocional y social de los niños. Pese a su importancia, las enfermedades bucales como la caries dental, la gingivitis y los traumatismos orales siguen afectando significativamente a esta población, incluso en edades preescolares. Estas afecciones pueden generar dolor, infecciones, dificultad para alimentarse, bajo rendimiento escolar y problemas en la autoestima.

Un estudio de tipo **transversal** permite obtener una fotografía clara del estado actual de salud bucal en un grupo específico de niños en un momento determinado, lo que facilita la identificación de la prevalencia de enfermedades orales y su posible relación con factores sociales, conductuales y ambientales. Esta metodología es especialmente útil para diagnosticar la magnitud del problema, reconocer patrones comunes y orientar futuras acciones de prevención y promoción de la salud.

Además, la información obtenida mediante este enfoque puede ser de gran valor para las autoridades sanitarias, instituciones educativas y profesionales de la salud, ya que permite diseñar estrategias dirigidas a mejorar la salud bucal infantil, reducir desigualdades y promover hábitos saludables desde la primera infancia.

En este contexto, la presente investigación busca aportar evidencia científica actualizada que sirva de base para implementar programas de intervención comunitaria, fomentar la educación odontológica temprana y optimizar los recursos destinados a la atención bucodental en niños.

Además dicho proyecto de investigación será importante ya que a través de ello se podrá obtener el título de cirujano dentista en la Facultad de Ciencias odontológica y salud pública de la Unicach.

IV. Marco teórico.

4.1. Marco conceptual.

La salud bucal infantil es un componente esencial de la salud general y el desarrollo integral de los niños. La presencia de enfermedades bucales en edades tempranas puede afectar significativamente funciones básicas como la alimentación, el habla, el aprendizaje y la socialización. A pesar de los avances en odontología preventiva, las enfermedades orales siguen siendo altamente prevalentes en la población infantil, especialmente en contextos de vulnerabilidad social.

Principales enfermedades bucales en niños.

Las enfermedades bucales más comunes en la infancia incluyen:

- **Caries dental:** Es la patología bucal más frecuente a nivel mundial. La *caries de la infancia temprana* se caracteriza por la rápida destrucción de los dientes temporales, especialmente en niños menores de 5 años, y está fuertemente asociada con una dieta rica en azúcares, mala higiene y prácticas de alimentación inadecuadas (Casamassimo et al., 2022).

La caries dental en niños es una enfermedad crónica, infecciosa y multifactorial que afecta los tejidos duros de los dientes temporales y permanentes. Se produce por la interacción prolongada entre bacterias cariogénicas, azúcares de la dieta, y factores del huésped como la calidad del esmalte y la saliva. Es la enfermedad bucal más frecuente en la infancia, superando incluso a otras condiciones crónicas como el asma y la obesidad (Casamassimo et al., 2022).

En niños menores de cinco años, se denomina **caries de la infancia temprana** (CIT) cuando afecta uno o más dientes deciduos y progresa rápidamente, generando dolor, infecciones, pérdida temprana de dientes y alteraciones en el crecimiento y desarrollo.

Factores de riesgo de la caries

a) Biológicos

- Presencia de bacterias como *Streptococcus mutans*.
- Bajo flujo salival o saliva con menor capacidad buffer.
- Defectos del esmalte como hipoplasia.

b) Conductuales

- Consumo frecuente de azúcares, especialmente en biberón o mamila nocturna.
- Higiene bucal deficiente o inexistente.
- Falta de supervisión en el cepillado por parte de los cuidadores.

c) Sociales y culturales

- Nivel educativo bajo de los padres.
- Escaso acceso a servicios odontológicos.
- Desinformación sobre salud bucal.

Estudios han mostrado que los niños en condiciones de vulnerabilidad social presentan mayor prevalencia de caries y menos acceso a tratamiento (Petersen et al., 2005).

Cuadro clínico de la caries

El avance de la caries en los niños se da en varias etapas:

1. Fase inicial: desmineralización visible como mancha blanca en el esmalte.
2. Fase cavitada: pérdida visible de tejido dental.
3. Afectación dentinaria: dolor ante estímulos térmicos o dulces.
4. Compromiso pulpar: dolor intenso, inflamación o abscesos.

En la infancia, este proceso puede ser acelerado debido al menor grosor del esmalte en dientes temporales, lo que favorece la rápida diseminación de la infección (AAPD, 2021).

Tratamiento de la caries

El tratamiento en niños depende del estadio de la caries:

- Prevención activa en lesiones incipientes (fluoruros, educación en higiene).

- Restauraciones con resinas, ionómero de vidrio o coronas de acero en casos avanzados.
- Tratamientos pulpares como pulpotomía o pulpectomía si hay compromiso de la pulpa dental.
- Extracciones dentales en dientes no restaurables o con infección.

El enfoque actual prioriza técnicas mínimamente invasivas, como el tratamiento restaurativo atraumático (ART) y el uso de flúor diamino de plata para detener la progresión de la caries (Frencken et al., 2012).

Prevención de la caries

La prevención es la estrategia más eficaz y costo-efectiva. Las medidas recomendadas incluyen:

- Cepillado dental con pasta fluorada (1000–1450 ppm de flúor) al menos dos veces al día desde la erupción del primer diente.
- Educación a padres y cuidadores sobre hábitos alimenticios y de higiene bucal.
- Aplicación profesional de flúor y selladores dentales en molares.
- Evitar el uso prolongado del biberón y la lactancia nocturna sin higiene posterior.
- Visitas periódicas al odontopediatra desde el primer año de vida.

La participación activa de la familia, la escuela y los servicios de salud es fundamental para establecer y reforzar hábitos saludables desde la infancia (WHO, 2022).

Marco epidemiológico de la caries.

La salud bucodental infantil es un indicador fundamental del bienestar general, especialmente en comunidades rurales donde el acceso a servicios de salud puede ser limitado. Uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la experiencia de caries en población infantil es el índice COP-D (Cariados, Obturados y Perdidos por caries en dentición permanente) y el ceo-d en dentición temporal (cariados, extraídos y obturados).

Estos índices permiten cuantificar el daño acumulado por caries dental y son ampliamente empleados en estudios epidemiológicos para establecer diagnósticos

comunitarios, comparaciones regionales y prioridades en programas preventivos (Petersen et al., 2005).

El índice COP-D mide el número total de dientes permanentes:

- C: carizados (con lesiones activas no tratadas),
- O: obturados (restaurados por caries),
- P: perdidos (extraídos por caries).

En niños con dentición temporal se utiliza el índice ceo-d, con criterios equivalentes.

Un mayor valor del índice indica mayor deterioro de la salud oral. La OMS establece metas para que este índice sea igual o menor a 3 en niños de 12 años como estándar de salud bucal poblacional (WHO, 2022).

Numerosos estudios han demostrado que los niños en zonas rurales presentan índices COP-D/ceo-d más elevados que los de zonas urbanas. Esto se debe a múltiples factores:

- Acceso limitado a servicios odontológicos: menos cobertura de salud bucal y escasez de odontopediatras.
- Falta de programas preventivos sostenidos: escasa presencia de educación en salud oral.
- Condiciones socioeconómicas bajas: menor nivel educativo de los padres y menos recursos para la higiene bucal.
- Mayor consumo de azúcares y bebidas procesadas sin supervisión ni hábitos de cepillado adecuados (Martínez-Beneyto et al., 2020; De Amorim et al., 2018).

Un estudio realizado por Bravo Pérez et al. (2017) en escolares rurales reportó un ceo-d promedio superior a 4, con predominancia del componente cariado, y mínimos valores en los componentes obturado y perdido, lo cual refleja que las lesiones no están siendo tratadas.

Los altos valores del índice COP-D/ceo-d en áreas rurales reflejan una acumulación de necesidades de tratamiento no atendidas. Esto puede conducir a:

- Dolor e infecciones crónicas.
- Bajo rendimiento escolar.
- Dificultades para alimentarse y socializar.
- Pérdida prematura de dientes, afectando la erupción normal y el desarrollo facial.

Además, una baja proporción del componente "O" (obturado) indica fallas en la detección temprana y tratamiento oportuno, lo cual demanda intervenciones integrales de salud pública centradas en la prevención y atención oportuna en comunidades rurales.

El uso periódico del índice COP-D y ceo-d permite:

- Evaluar la eficacia de políticas de salud bucal.
- Detectar desigualdades sociales en salud.
- Justificar la implementación de programas preventivos (selladores, flúor, educación).
- Priorizar recursos en poblaciones con mayor vulnerabilidad como las zonas rurales.

• **Gingivitis:** Es una enfermedad inflamatoria reversible de las encías, causada por la acumulación de placa bacteriana. Aunque es menos severa en niños que en adultos, su presencia en edades tempranas puede ser un indicador de malos hábitos de higiene oral (Martínez-Beneyto et al., 2020).

• **Maloclusiones y alteraciones del desarrollo:** Factores genéticos, hábitos orales (como el uso prolongado del chupón o la succión digital) y pérdida prematura de dientes temporales pueden contribuir al desarrollo de maloclusiones (Petersen, 2012).

• **Traumatismos dentales:** Frecuentes en la infancia debido a caídas o accidentes, especialmente en niños activos. Pueden causar daños estéticos y funcionales importantes si no se tratan adecuadamente (Andreasen & Andreasen, 2018).

3. Factores determinantes

Las enfermedades bucales infantiles tienen un origen multifactorial. Entre los factores más relevantes se encuentran:

• **Factores biológicos:** como la presencia de bacterias cariogénicas (por ejemplo, *Streptococcus mutans*), el pH salival y la anatomía dental.

- **Factores conductuales:** como la higiene oral deficiente, el consumo frecuente de alimentos azucarados y la falta de visitas regulares al odontólogo.
- **Factores sociales y económicos:** el nivel educativo de los padres, el acceso limitado a servicios de salud bucal y condiciones de pobreza influyen directamente en la prevalencia de enfermedades orales en niños (WHO, 2022).

4. Impacto de las enfermedades bucales

Las consecuencias de una mala salud bucal infantil van más allá del dolor o la pérdida dental. Se ha demostrado que afectan negativamente el desarrollo nutricional, la autoestima, la calidad de vida y el rendimiento escolar de los niños (Sheiham, 2006). Además, pueden generar altos costos para el sistema de salud y para las familias.

5. Prevención y promoción

Las estrategias de prevención deben enfocarse en la educación para la salud, la promoción de hábitos de higiene bucal, la aplicación tópica de flúor, selladores de fosas y fisuras, y controles odontológicos periódicos desde el primer año de vida (American Academy of Pediatric Dentistry [AAPD], 2021). El enfoque comunitario, en conjunto con instituciones educativas y padres de familia, es clave para reducir la carga de enfermedades bucales en este grupo vulnerable.

MODELO DE INTERVENCIÓN PREVENCIÓN DE LA CARIES

Modelo	Acciones
Objetivo general	Reducir la prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años mediante acciones de promoción, prevención y tratamiento oportuno.
Objetivos específicos	Niños escolares (6 a 12 años) de comunidades rurales o en situación de vulnerabilidad.
Componente 1. Educación y promoción	Talleres para niños, padres y maestros, Materiales didácticos y juegos, Campañas escolares
Componente 2. Higiene bucal supervisada	Cepillado diario con pasta fluorada. Supervisión por docentes
Componente 3. Aplicación de fluor	Aplicación de barniz cada 6 meses. Registro clínico individual
Componente 4. Detección y tratamiento	Valoraciones clínicas semestrales. Tratamiento oportuno de lesiones
Componente 5. Participación comunitaria	Alianzas con escuelas y centros de salud. Capacitación de promotores
Evaluación	Índice ceo-d/COP-D antes y después. Frecuencia de cepillado supervisado y Frecuencia de cepillado supervisado

Kwan et al. (2005). WHO Bulletin, 83(9), 677–685.

4.2. Antecedentes

La caries dental es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia. Se estima que afecta entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar a nivel mundial (WHO, 2022). Su alta prevalencia, especialmente en países en desarrollo y en comunidades marginadas, ha sido motivo de múltiples estudios epidemiológicos.

Contexto internacional

Un estudio realizado por Petersen et al. (2005) en 42 países reportó que la prevalencia de caries en niños de 6 a 12 años varía ampliamente entre regiones, pero es especialmente alta en zonas rurales y contextos de pobreza. La investigación destaca que el componente más alto del índice ceo-d suele ser el de dientes cariados no tratados, lo que refleja una falta de acceso a servicios odontológicos.

En Brasil, De Amorim et al. (2018) compararon la salud bucal de niños preescolares en zonas rurales y urbanas. Encontraron que los niños rurales tenían significativamente mayores índices de ceo-d, debido a la limitada disponibilidad de servicios, el bajo nivel educativo de los padres y los hábitos dietéticos poco saludables.

En España, Bravo Pérez et al. (2017) realizaron un estudio en escolares de zonas rurales, hallando un índice ceo-d promedio de 4.5 en niños de 5 años, con una gran mayoría de lesiones sin tratar. Este estudio reafirma la necesidad de programas preventivos en comunidades con difícil acceso a atención dental.

Contexto nacional

En el contexto mexicano, estudios recientes reflejan una situación crítica. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018), el 80% de los niños entre 5 y 11 años presentaron al menos un diente temporal cariado, y en zonas rurales esta cifra fue aún mayor. Solo un pequeño porcentaje de estos niños había recibido tratamiento restaurativo, lo que revela inequidad en el acceso a servicios de salud bucal.

Un estudio llevado a cabo por Gaitán-Cepeda et al. (2019) en comunidades rurales del

estado de Hidalgo reportó una prevalencia de caries del 88.2% en escolares de 6 a 12 años, con un índice ceo-d de 4.9. Se identificaron factores asociados como la falta de cepillado dental diario, consumo frecuente de azúcares y escasa supervisión parental.

Asimismo, Ramírez-García et al. (2020) evaluaron la experiencia de caries en población preescolar en Chiapas, reportando una prevalencia del 92% y un ceo-d promedio de 5.6. El estudio concluyó que la atención odontológica en comunidades indígenas y rurales continúa siendo una deuda pendiente del sistema de salud mexicano.

Antecedentes de planes de intervención.

Programas escolares de prevención en salud bucal

Un estudio realizado por Plonka et al. (2013) en Australia evaluó la eficacia de un programa escolar de salud bucal basado en el cepillado diario con pasta fluorada supervisado por docentes. Los resultados mostraron una reducción significativa en la prevalencia de caries en niños de 6 a 12 años después de 18 meses de intervención. El estudio concluyó que las escuelas son espacios clave para promover hábitos saludables de higiene oral desde edades tempranas.

Aplicación de barniz de flúor como intervención comunitaria

Marinho et al. (2016) realizaron una revisión sistemática Cochrane que evaluó la efectividad del barniz de flúor en niños y adolescentes. Encontraron que su aplicación profesional (cada 3 a 6 meses) reduce significativamente la incidencia de caries en dentición permanente y temporal, y es especialmente útil en comunidades con acceso limitado a atención dental.

Educación a padres y cuidadores como estrategia de intervención

Un estudio en Colombia desarrollado por Restrepo et al. (2014) implementó un programa de intervención educativa dirigido a madres de niños preescolares en zonas rurales. Se abordaron temas como dieta, técnicas de cepillado, uso de flúor y visitas al odontólogo. A los seis meses, se observó una mejora significativa en los hábitos de higiene bucal y una disminución en la progresión de nuevas caries.

Enfoques integrales basados en promoción y prevención

Kwan et al. (2005), en colaboración con la OMS, propusieron un enfoque integral para la prevención de caries infantil, combinando intervenciones escolares, comunitarias y políticas de salud pública (como control del azúcar en alimentos, agua fluorada y campañas de educación masiva). Resaltan que la intervención más efectiva es aquella que involucra activamente a la familia, el entorno escolar y los servicios de salud.

Experiencia en México: Programa de salud bucal escolar

La Secretaría de Salud de México ha implementado desde hace años el Programa de Salud Bucal Escolar, que incluye acciones como enseñanza del cepillado, aplicación de flúor, detección de caries y promoción de buenos hábitos. Evaluaciones de este programa muestran disminuciones en la prevalencia de caries en escuelas donde las actividades son regulares y sostenidas (Secretaría de Salud, 2020).

V. Material y método.

5.1. Lugar de estudio.

El presente estudio se realizó en el municipio de Berriozabal Chiapas, en el barrio de Emiliano Zapata.

En una ciudad mexicana perteneciente al estado de Chiapas y que forma parte de la Zona metropolitana de Tuxtla Gutiérrez, siendo la duodécima ciudad por población del estado. Sus actividades principales son la ganadería, la silvicultura y la siembra de maíz y sorgo. Actualmente tiene como principal actividad el turismo y comercio dominical, además su actividad especial desde hace muchos años era la fabricación de hamacas ya que antes era zona de producción de ixtle y henequen. Se encuentra a 17 km de Tuxtla Gutiérrez, capital del Estado de Chiapas.



5.2. Tipo de estudio

Se realizó un tipo de estudio transversal ya que únicamente se evaluaron las variables en un momento dado.

5.3. Universo, Muestra y Muestreo

El universo de trabajo son todos los niños que cursan el primer año de primaria del Barrio de Emiliano Zapata.

5.4. Criterios de investigación

5.4.1 Criterios de inclusión

- Personas de ambos sexos de las edades que cursen el primer año de primaria
- Personas que tengan el consentimiento de los padres.

5.4.2. Criterios de exclusión

- Personas que no quieran cooperar con la revisión oral.
- No se tomará en cuenta a personas que presenten alguna discapacidad.

5.5. Variables

Las variables que se estudiarán son la Edad, Sexo, lugar de origen, lugar de residencia, origen del padre, hábitos higiénicos, antecedentes patológicos del padre, dientes cariados, dientes que requieren obturación, dientes que requieren extracción.

5.5.1. Definición de variables

1. **Edad:** “Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetal es.”
2. **Sexo:** Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer, por ejemplo: las mujeres tienen menstruación, pero los hombres no.”
3. **Lugar de residencia:** Lugar donde una persona normalmente pasa los periodos diarios de descanso, sin tener en cuenta las ausencias temporales por viajes de ocio, vacaciones, visitas a familiares y amigos, negocios, tratamiento médico o peregrinación religiosa.
4. **Lugar de origen:** Lugar donde nació el alumno.
5. **Antecedentes patológicos del padre:** Revisar si el padre es diabético o hipertenso.
6. **Hábitos higiénicos:** Se considerará si el niño usa cepillo dental, hilo dental y pasta dental.
7. **Numero de dientes cariados:** Es el número de dientes que tienen alguna caries, ya sea en el esmalte, dentina, pulpa o hueso alveolar.
8. **Numero de dientes que requieren obturación:** Es el número de dientes que requieren una restauración de algún diente que ha sido dañado por caries.
9. **Numero de dientes que requieren extracción:** Es un indicador clínico y epidemiológico que señala cuántos dientes en una persona (o en una población) presentan un nivel de daño o compromiso tal, que no pueden ser restaurados o tratados y, por tanto, deben ser removidos (extraídos) por un profesional dental.

5.5.1.1. Taxonomía de la operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición	Fuente
Edad	Cuantitativa	Número y Porcentaje por grupo de edad	Nominal	Historia clínica
Sexo	Cualitativa	Género (Masculino y femenino)	Nominal	“
Lugar de residencia	Cualitativa	Lugar donde vive actualmente	Nominal	“
Lugar de origen	Cualitativa	Lugar donde nació el niño	Nominal	“
Antecedentes patológicos del padre	Cualitativa	Diagnóstico	Nominal	“
Hábitos higiénicos	Cualitativa	Frecuencia de cepillado, uso del hilo dental y uso de pasta	Nominal	“
Número de dientes cariados	Cuantitativa	No y % de dientes cariados por niño	Nominal	“
Número de dientes que requieren obturación	Cuantitativa	No y % de dientes que requieren obturación por niño	Nominal	“
Número de dientes que requieren extracción	Cuantitativa	No y % de dientes que requieren extracción por niño	Nominal	“

5.6 Método de recolección de datos

La técnica para la recolección de datos que se utilizó en la presente investigación será por medio de una Historia clínica oficial de la unidad médica del IMSS BIENESTAR

5.6.1 Procedimiento para recolectar datos

- Para la realización del estudio se solicitó por medio de un oficio el permiso a las autoridades de la Escuela Primaria.
- Se les solicitará que llenen el formato de consentimiento informado a los padres.
- Se platicará con los padres de los niños sobre el objetivo del estudio.
- Se realizará un examen clínico al niño, en el cual se explorará toda la cavidad bucal para buscar alguna afección bucodental.

El examen clínico bucal en niños utilizando el odontograma es una herramienta fundamental en la práctica odontopediátrica para registrar de manera sistemática el estado de salud dental. El cual se realiza de la siguiente manera:

1.- Preparación del niño.

- Generar confianza y comodidad, especialmente si es su primera visita.
- Explicar con lenguaje sencillo lo que se va a hacer.
- Colocar al niño en el sillón dental con buena iluminación.

2. Instrumental necesario.

- Guantes, cubrebocas, espejo bucal, explorador, pinza algodonerá.
- Jeringa triple (agua-aire), gasas.
- Odontograma impreso o digital.

3. Inspección visual y táctil.

- Se inspecciona cada diente desde el cuadrante 1 al 4 (dentición permanente) o del cuadrante 5 al 8 (dentición temporal).
- Se observa:
 - Presencia de caries dental (lesiones blancas, cavitadas, pigmentadas).
 - Obturaciones (resinas, amalgamas).
 - Pérdidas dentales (ausencia por exfoliación, extracción).
 - Dientes erupcionando o retenidos.
 - Alteraciones de forma, color, tamaño.
 - Signos de trauma, movilidad, dolor o infección.
 - Placa bacteriana o cálculo dental.

4. Registro en el odontograma.

El odontograma se marca con **símbolos universales**

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
● (punto negro)	Caries
/ (línea diagonal)	Diente extraído
■ (relleno negro)	Obturación presente
O (círculo)	Diente con indicación de extracción
✓	Diente sano
↑	Diente en erupción
M, D, O, V, L/P	Superficies: Mesial, Distal, Oclusal, Vestibular, Lingual/Palatina

5.- Además de dientes, se revisa:

- Encías (gingivitis, sangrado)
- Paladar, lengua, mucosa oral
- Frenillos, saliva, hábitos orales

6. Interpretación y plan de tratamiento

- Se analiza el número de dientes afectados, tipo de tratamiento requerido (obturaciones, extracciones, control de placa, fluoruración).
- Se clasifica según necesidad: urgente, necesaria, preventiva.

VI. Resultados

La etapa de los 4 a 5 años representa un momento crucial en el desarrollo integral del niño, y la salud bucal no es la excepción. A esta edad, los niños ya han completado la erupción de su dentición temporal, lo que los convierte en una población especialmente vulnerable pero también ideal para la implementación de acciones preventivas y educativas. En este periodo, los dientes temporales juegan un papel esencial en funciones como la masticación, el lenguaje, el crecimiento de los maxilares y la correcta guía para la futura dentición permanente. Sin embargo, estos dientes presentan una estructura más frágil, lo que los hace más susceptibles a la caries dental, especialmente cuando existen hábitos inadecuados de alimentación o higiene, como el consumo frecuente de azúcares o la ausencia de cepillado dental supervisado. Además, a los 4 y 5 años los niños se encuentran en una etapa de alta plasticidad en cuanto a aprendizaje de hábitos, por lo que es un momento ideal para enseñar técnicas adecuadas de cepillado, fomentar el uso del cepillo y la pasta con flúor, y crear una actitud positiva hacia el cuidado dental. La educación bucal impartida en este momento puede tener un impacto duradero, ya que sienta las bases de conductas saludables que perdurarán en la adolescencia y la adultez. Desde el punto de vista de salud pública, esta edad es estratégica para la aplicación de programas de prevención en escuelas y jardines de niños, donde es posible realizar diagnósticos tempranos, aplicar flúor, detectar maloclusiones y orientar a los padres sobre el manejo de la salud bucal de sus hijos. Dada la importancia de la edad, los niños evaluados en el primer año de primaria de la colonia Emiliano zapata del municipio de berriozabal cursan entre 4 a 5 años de edad, 58.3% de 4 a 4 años, 11 meses y 29 días. (Tabla I)

Tabla I
Edad de los niños de primer año de primaria,
barrio Emiliano Zapata. Municipio de Berriozabal, Chiapas

Edad	No.	%
4 -5	56	58.3
5 - 6	40	41.6
Total	96	100

Historia clínica hospitalaria

El análisis del sexo en la salud bucal de niños de 4 a 5 años es una variable importante que permite comprender mejor las diferencias en la aparición, evolución y manejo de las enfermedades orales en esta etapa temprana del desarrollo. Aunque ambos sexos presentan la misma estructura anatómica dental, existen factores biológicos, sociales y conductuales que pueden influir de manera diferenciada en su salud bucodental. Desde un enfoque biológico, se ha observado que las niñas suelen presentar una maduración más temprana, incluyendo la erupción dental, lo que puede hacerlas más susceptibles a caries en edades tempranas si no se cuenta con hábitos adecuados de higiene. Por otra parte, los niños suelen mostrar una mayor tendencia a prácticas riesgosas como caídas o traumatismos dentales, que también pueden afectar su salud oral. En el plano conductual y sociocultural, los roles de género que se fomentan desde edades tempranas también influyen. Diversos estudios indican que las niñas suelen ser más receptivas a las prácticas de higiene personal y a la supervisión de los padres en el cepillado dental, mientras que los niños pueden mostrar mayor resistencia o descuido. Esto puede generar diferencias en los niveles de placa bacteriana, prevalencia de caries o enfermedad periodontal incluso a esta corta edad. Además, conocer las diferencias por sexo a los 4 y 5 años permite a los profesionales de la salud bucal diseñar estrategias de prevención diferenciadas, considerando patrones conductuales, nivel de madurez, estilo de crianza y factores culturales que rodean al niño o niña. Finalmente, desde el punto de vista epidemiológico y de salud pública, desagregar los datos por sexo permite identificar tendencias y riesgos específicos dentro de esta etapa crítica del desarrollo, contribuyendo a mejorar la equidad en el acceso a programas de salud bucal y a enfocar la educación odontológica de forma más personalizada. Es el estudio respectivo la mayor parte de los niños estudiados pertenecen al sexo femenino con 66.5%. (Tabla II)

Tabla II
Sexo de los niños de primer año de primaria,
barrio Emiliano Zapata. Municipio de Berriozabal, Chiapas

Sexo	No.	%
Femenino	63	66.5
Masculino	33	34.3
Total	96	100

Historia clínica hospitalaria

En la tabla III se muestra la variable lugar de residencia, la cual es importante por ser un factor determinante en la salud bucal infantil, ya que influye directamente en el acceso, disponibilidad y calidad de los servicios de salud dental, así como en las condiciones sociales, ambientales y culturales que rodean al niño. En el caso específico de los niños de 4 a 5 años, esta variable adquiere aún más relevancia por tratarse de una etapa crítica de desarrollo en la que se forman los primeros hábitos de higiene y se consolidan estructuras bucales fundamentales. Además, el lugar de residencia influye en la dieta habitual de los niños. Por ejemplo, en áreas rurales o con inseguridad alimentaria, el consumo excesivo de carbohidratos simples o productos procesados puede aumentar el riesgo de caries. Desde el punto de vista epidemiológico y de salud pública, considerar el lugar de residencia permite identificar desigualdades en salud bucal, focalizar recursos y diseñar intervenciones más eficaces y equitativas. También ayuda a establecer prioridades en zonas donde la infancia está en mayor riesgo de sufrir enfermedades bucales no atendidas. En este estudio el 93.7% de los padres encuestados dicen que sus hijos son originarios de la colonia Emiliano Zapata que pertenece al municipio de Berriozabal.

Tabla III
Lugar de origen de los niños de primer año de primaria,
barrio Emiliano Zapata. Municipio de Berriozabal, Chiapas

Lugar	No.	%
Cabecera del municipio	6	6.2
Colonia del municipio	90	93.7
Fuera del municipio	0	0.0
Total	96	100

Historia clínica hospitalaria

En la tabla IV se aprecia la variable lugar de residencia de los niños, lo cual es importante porque es una variable determinante en el análisis de la salud bucal infantil, ya que influye directamente en el acceso a servicios de salud, recursos educativos, estilos de vida y condiciones socioeconómicas. En el caso específico de los niños que residen en zonas suburbanas, esta variable se justifica por las siguientes razones: Las zonas suburbanas, a pesar de estar cerca de las áreas urbanas, muchas veces carecen de una infraestructura odontológica adecuada. Esto puede dificultar la atención preventiva y curativa, provocando un mayor riesgo de enfermedades bucales como la caries dental o enfermedades periodontales. En áreas suburbanas conviven familias de distintos niveles socioeconómicos, pero muchas enfrentan bajos ingresos, lo que reduce la posibilidad de comprar productos de higiene bucal o asistir regularmente al dentista. Esto repercute directamente en la prevención y el tratamiento oportuno. En áreas suburbanas conviven familias de distintos niveles socioeconómicos, pero muchas enfrentan bajos ingresos, lo que reduce la posibilidad de comprar productos de higiene bucal o asistir regularmente al dentista. Esto repercute directamente en la prevención y el tratamiento oportuno. En los entornos suburbanos, puede haber baja cobertura de programas educativos en salud bucal, lo que afecta el conocimiento de los padres y niños sobre prácticas de higiene como el cepillado dental adecuado, uso de hilo dental o dieta saludable. Esto aumenta la vulnerabilidad a enfermedades orales. El 93.7% de los padres de niños valorados refieren que su lugar de residencia es la propia colonia donde ellos nacieron, es decir nacen y viven en el mismo lugar sin migrar.

Tabla IV
Lugar de residencia de los niños de primer año de primaria,
barrio Emiliano Zapata. Municipio de Berriozabal, Chiapas

Lugar	No.	%
Cabecera del municipio	6	6.2
Colonia del municipio	90	93.7
Fuera del municipio	0	0.0
Total	96	100

Historia clínica hospitalaria

En la tabla V se muestran los datos de los antecedentes patológicos del padre de los niños encuestados, este dato es importante ya que constituyen una variable de gran relevancia en el estudio de la salud bucal infantil, ya que tanto las condiciones sistémicas como las enfermedades bucales de los padres pueden influir directamente en la aparición, progresión y prevención de enfermedades orales en los hijos. Los padres que padecen enfermedades bucales como caries activa o periodontitis pueden transmitir microorganismos patógenos (como *Streptococcus mutans*) a sus hijos a través del contacto cercano (besos, compartir utensilios), lo que incrementa el riesgo de caries temprana en la infancia. Algunas enfermedades sistémicas como la diabetes, trastornos inmunológicos o condiciones genéticas asociadas a defectos del esmalte (ej. amelogenénesis imperfecta) pueden heredarse o predisponer al niño a una mayor susceptibilidad a enfermedades bucales. Los padres con antecedentes de enfermedades crónicas o bucales pueden tener prácticas de autocuidado deficientes que se reflejan en malos hábitos de higiene en sus hijos, como la falta de cepillado, consumo excesivo de azúcares o ausencia de visitas regulares al odontólogo. De los 96 padres de niños valorados el 32% refieren tener ya sea hipertensión y diabetes y el 66.6% otro tipo de enfermedad.

Tabla V
Antecedentes patológicos de los padres de los niños de primer
año de primaria, barrio Emiliano Zapata. Municipio de Berriozabal, Chiapas

Patologías	No.	%
Diabetes	12	12.5
Hipertensión	20	20.8
Otra	64	66.6
Total	96	100

Historia clínica hospitalaria

En la tabla VI se describen los hábitos higiénicos los cuales son de mucha importancia porque son conductas aprendidas desde la infancia que tienen una influencia directa en el mantenimiento de una boca sana. Evaluar esta variable en los estudios de salud bucal infantil es esencial porque permite identificar factores de riesgo modificables que inciden en el desarrollo de enfermedades orales como la caries dental, la gingivitis y otras infecciones. El cepillado dental regular, el uso adecuado de pasta con flúor, el enjuague bucal y el uso de hilo dental son prácticas que previenen la acumulación de placa bacteriana y restos alimenticios, principales causantes de caries y enfermedades de encías. De los 96 niños valorados en la primaria de la colonia Emiliano Zapata se encontró que el 67.7% nunca se han cepillado, ni uso de pasta e hilo dental.

Tabla V
Hábitos Higiénicos de los niños de primer
año de primaria, barrio Emiliano Zapata. Municipio de Berriozabal, Chiapas

Hábitos higiénicos	SI (No.)			NO (%)
	1 Vez (día)	2 Veces	3 Veces	
Cepillado		31		32.9
Hilo dental		0		0
Uso de Pasta dental		0		0
Ninguno	65			67.7
Total		96		100

Historia clínica hospitalaria

Con referencia al número de dientes cariados, dientes que requieren obturación y dientes que requieren extracción es importante para la etapa de 4 a 5 años es crítica en el desarrollo dental, ya que corresponde a la dentición temporal o primaria completa. Evaluar el número de dientes cariados, obturables o con necesidad de extracción en esta edad proporciona indicadores clínicos y epidemiológicos clave para determinar el estado de salud bucal y orientar intervenciones tempranas. Los dientes cariados refleja la presencia activa de enfermedad cariosa no tratada en la dentición temporal. El número de dientes obturados o para obturación representan las piezas dentales que presentan lesiones cariosas tratables mediante restauración (resina, amalgama u otro material) y el número de piezas dentales para extracción incluyen aquellos dientes temporales con caries avanzada, destrucción severa o abscesos que ya no

pueden restaurarse. En este proyecto se encontró que de los 96 niños valorados es necesario realizarles una obturación por caries y a la vez extraer en ellos el 21.2% de sus piezas dentales.

Tabla VI

Número de piezas dentales cariadas, para obturación y extracción de los niños de primer año de primaria, barrio Emiliano Zapata.

Municipio de Berriozabal, Chiapas

Estado bucal y Acciones	No.	%
Piezas cariadas y requieren obturación	145	78.8
Piezas requieren extracción	39	21.2
Total	184	100

Historia clínica hospitalaria

VII. Conclusiones.

En el presente estudio realizado a niños de primer año de primaria de la colonia Emiliano Zapata, municipio de Berriozábal, se evidenció que la mayoría de los menores evaluados se encuentran en el rango de edad de **4 a 5 años**, una etapa crucial en el desarrollo bucal por la presencia de la dentición temporal completa. Esta edad representa una oportunidad clave para la prevención de enfermedades orales y la instauración de hábitos saludables.

Se observó que el **66.5% de la población infantil evaluada corresponde al sexo femenino**, y que **la mayoría (93.7%) son originarios y residentes permanentes de la misma colonia**, lo cual refleja un entorno con escasa movilidad geográfica y con fuerte arraigo comunitario, permitiendo diseñar intervenciones localizadas y sostenidas.

Un dato alarmante es que el **67.7% de los niños nunca se ha cepillado ni ha utilizado pasta o hilo dental**, lo que pone de manifiesto la falta de educación en higiene bucal y la necesidad urgente de estrategias de promoción de la salud. Este déficit en los hábitos higiénicos se correlaciona directamente con los resultados clínicos encontrados: **La mayoría de los niños valorados requieren tratamiento** ya sea mediante obturaciones por caries o extracciones por daño irreversible.

Estos hallazgos reflejan un panorama de **alta vulnerabilidad bucodental infantil**, influido por factores como el entorno familiar, la escasa migración, la carencia de hábitos saludables y posiblemente la falta de acceso a servicios odontológicos. La información recolectada subraya la urgencia de implementar programas de **educación, prevención y atención odontológica comunitaria**, dirigidos específicamente a esta población infantil en su contexto local.

VIII. Plan de intervención.

De acuerdo al objetivo número 3 de este proyecto se plantea proponer un **PLAN DE INTERVENCIÓN** para mejorar la salud bucal de estos niños y se puede extrapolar a toda la población del municipio de Berriozabal Chiapas.

Este plan se fundamenta en:

- Evidencia epidemiológica local y nacional.
- Normas oficiales de salud y programas gubernamentales.
- Principios pedagógicos de educación en la infancia.
- Enfoque preventivo y de salud pública.
- Viabilidad social y comunitaria.

Todo esto sustenta la necesidad y factibilidad de implementar un plan integral, participativo y contextualizado que contribuya a mejorar la salud bucal infantil en esta población vulnerable.

ELEMENTOS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

1.- Población objetivo

Niños de 4 a 5 años de primer año de primaria, colonia Emiliano Zapata, Berriozábal, Chiapas.

2.- Objetivo general

Reducir la prevalencia de caries y mejorar los hábitos de higiene bucal mediante promoción, prevención y atención odontológica escolar y comunitaria.

3.- Ejes de acción

- I. Promoción: Educación en salud bucal.
- II. Prevención: Intervenciones clínicas básicas.
- III. Atención curativa: Tratamientos odontológicos (obturaciones y extracciones).
- IV. Seguimiento: Evaluación y control.

4.- Actividades

- Charlas educativas a niños y padres.
- Entrega de kits de higiene (cepillo, pasta, hilo dental).
- Aplicación mensual de barniz de flúor y selladores.
- Jornadas odontológicas para restauraciones y extracciones.
- Control clínico semestral y fichas individuales.

5.- Recursos necesarios

- Humanos: Odontólogos, promotores, docentes.
- Materiales: Insumos dentales y educativos.
- Financieros: Apoyo municipal, estatal o de ONG.

6.- Tiempo estimado

12 meses (diagnóstico, ejecución, evaluación).

7.- Sostenibilidad

Articulación con centros de salud, escuela y comunidad para continuidad del programa.

IX. Bibliografía.

1. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). (2021). *Guidelines on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents*. <https://www.aapd.org>
2. Andreasen, J. O., & Andreasen, F. M. (2018). *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth* (5th ed.). Wiley-Blackwell.
3. Bravo Pérez, M., Almerich Silla, J. M., Canorea Díaz, E., & Villalta Jáuregui, M. C. (2017). Caries dental en escolares de zonas rurales: prevalencia, experiencia y necesidad de tratamiento. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 350–357.
4. Casamassimo, P. S., Fields, H. W., McTigue, D. J., & Nowak, A. J. (2022). McDonald y Avery: Odontología para el niño y el adolescente (11.a ed.). Elsevier.
5. De Amorim, R. G., Figueiredo, M. J. B., & Lira, P. I. C. (2018). Oral health conditions among preschool children in rural and urban areas: a population-based study. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 28(6), 600–610. <https://doi.org/10.1111/ipd.12410>
6. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). (2018). *Resultados de salud bucal en población infantil mexicana*. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx>
7. Fejerskov, O., & Kidd, E. (2015). *Dental caries: The disease and its clinical management* (3rd ed.). Wiley Blackwell.
8. Frencken, J. E., Peters, M. C., Manton, D. J., Leal, S. C., Gordan, V. V., & Eden, E. (2012). Minimal intervention dentistry for managing dental caries – A review. *International Dental Journal*, 62(5), 223–243. <https://doi.org/10.1111/idj.12007>
9. Gaitán-Cepeda, L. A., Pérez-Vargas, F., & Villanueva-Sánchez, A. (2019). Prevalencia de caries dental en escolares de comunidades rurales del estado de

Hidalgo, México. *Acta Odontológica Mexicana*, 33(1), 15–22.

10. Kwan, S. Y. L., Petersen, P. E., Pine, C. M., & Borutta, A. (2005). Health-promoting schools: An opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 677–685.
11. Kwan et al. (2005). WHO Bulletin, 83(9), 677–685.
12. Martínez-Beneyto, Y., Almerich-Silla, J. M., & Montiel-Company, J. M. (2020). *Salud bucodental en niños: diagnóstico, prevención y tratamiento*. Ediciones Mayo.
13. Marinho, V. C. C., Worthington, H. V., Walsh, T., & Clarkson, J. E. (2016). Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD002279. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002279.pub2>
14. Martínez-Beneyto, Y., Almerich-Silla, J. M., & Montiel-Company, J. M. (2020). *Salud bucodental en niños: diagnóstico, prevención y tratamiento*. Ediciones Mayo.
15. Petersen, P. E. (2012). *Global policy for improvement of oral health in the 21st century—implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. Community Dental and Oral Epidemiology*, 36(1), 1–8.
16. Plonka, K. A., Pukallus, M. L., Barnett, A. G., Holcombe, T. F., & Walsh, L. J. (2013). A controlled clinical trial of a school-based tooth brushing program to reduce dental caries. *Journal of Public Health Dentistry*, 73(2), 126–133. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00341.x>
17. Ramírez-García, E., López-Sánchez, R., & Gómez-Ramírez, M. (2020). Experiencia de caries en niños preescolares de comunidades rurales en Chiapas. *Revista Odontológica Mexicana*, 24(2), 75–82.

18. Restrepo, M., González, M. C., & Álvarez, L. (2014). Efectividad de una intervención educativa en salud oral dirigida a madres de niños preescolares. *Revista de Salud Pública*, 16(3), 432–443.
19. Sheiham, A. (2006). *Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children*. *British Dental Journal*, 201(10), 625–626.
20. Secretaría de Salud. (2020). *Informe de resultados del Programa de Salud Bucal Escolar*. Dirección General de Promoción de la Salud, México.
21. World Health Organization (WHO). (2022). *Oral health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
22. WHO (2022). Oral Health Fact Sheet.

X. Anexos.















Antecedentes Patológicos						
Patologías	SI	NO	Fecha	Observaciones		
Enfermedades congénitas						
Enfermedades Infectocontagiosas y Exantemáticas						
Enfermedades Infectocontagiosas y Parasitarias						
Enfermedades Cardiovasculares						
Enfermedades Inmunológicas						
Enfermedades Neurológicas						
Enfermedades Respiratorias						
Intervenciones Quirúrgicas						
Traumatismos y Secuelas						
Transfusiones sanguíneas				Grupo Sanguíneo		
Alérgicos						
Antecedentes Andrológicos						
Antecedentes Gineco-Obstetricos						
Otros						
Interrogatorio por Aparatos y Sistemas						
Signos y Síntomas						
Aparato Cardiovascular						
Aparato Respiratorio						
Aparato Digestivo						
Aparato Nefro-urológicos						
Sistema Nervioso						
Piel y Tegumentos						
Sistema Músculo Esquelético						
Sistema Hematopoyético						
Sistema Endócrino y Metabolismo						
¿Está usted en tratamiento médico? SI () NO () En caso afirmativo, especifique ¿cuál o cuales?	Medicamento		Posología			
¿Intolerancia a algún medicamento?	SI ()	NO ()	DESCONOCE ()	¿Cuál(es)?		
¿A otras sustancias?	SI ()	NO ()	DESCONOCE ()	¿Cuál(es)?		
¿Intolerancia a los analgésicos?	SI ()	NO ()	DESCONOCE ()	¿Cuál(es)?		
Exploración Estomatológica, Cabeza y Cuello						
Labios						
Mejillas						
Lengua						
Fondo de Saco						
Piso de Boca						
Región Retromolar						
Paladar						
Faringe						
Encías						
Cabeza						
Cuello						
General						
Inserciones Musculares (Frenillos)	Labio Superior	Bajo	Medio	Alto		
	Labio Inferior	Bajo	Medio	Alto		
	Lingual	Corto	Describir si hay Lesiones:			
Disfunción de ATM	Dolor ()	Luxación ()	Espasmo Muscular ()	Anquilosis ()	Subluxación ()	Crepitación ()

Estado actual de la Dentición		
Dentición Permanente	Claves del llenado	
	0 Sano	A
	1 Cariado	B
	2 Cariado y Obturado	C
	3 Obturado	D
	4 Ausente por caries	E
	5 Ausente por otra razón	H
	6 Sellador y cariado	F
	7 Corona o incrustación	G
	8 Diente no erupcionado	K
9 Diente incluido	M	
Fecha de elaboración:		
Dentición Temporal	Estado actual por diente:	
	Número	Código
	Descripción	Descripción
	18	38
	17	37
	16	36
	15-55	35-75
	14-54	34-74
	13-53	33-73
	12-52	32-72
11-51	31-71	
21-61	41-81	
22-62	42-82	
23-63	43-83	
24-64	44-84	
25-65	45-85	
26	46	
27	47	
28	48	
Otros:		
Interpretación radiográfica:		
Diagnósticos		
Pronósticos		
Plan de tratamiento por diente:		
18	38	
17	37	
16	36	
15-55	35-75	
14-54	34-74	
13-53	33-73	
12-52	32-72	
11-51	31-71	
21-61	41-81	
22-62	42-82	
23-63	43-83	
24-64	44-84	
25-65	45-85	
26	46	
27	47	
28	48	

