



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y

SALUD PÚBLICA

TESIS

**Asociación entre la Caries dental y el IMC en
pacientes de 12 a 15 años de edad, municipio de
Teopisca, Chiapas.**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA

**Jennifer Josefa Ballinas Tovilla
Alisson Xiomara López de los Santos**

Asesores:

**C.D. Vicente Alberto Castillo Roveló
C.D. Francisco Octavio Gómez Cancino
Dr. Ángel Gutiérrez Zavala**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 22 de Octubre de 2025



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

SECRETARÍA GENERAL

DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR

Lugar: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Fecha: 22 de Septiembre de 2025

C. **JENNIFER JOSEFA BALLINAS TOVILLA**

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

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

Asociación entre la Caries Dental y el IMC en Pacientes de 12 a 15 años de edad, Municipio
de Teopisca, 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

Dr. Angel Gutiérrez Zavala

Lic. Francisco Octavio Gómez Cancino

Mtro. Vicente Alberto Castillo Roveló



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

Firmas

Ccp. Expediente





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

SECRETARÍA GENERAL

DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR

Lugar: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Fecha: 22 de Septiembre de 2025

C. ALISSON XIOMARA LOPEZ DE LOS SANTOS

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

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

Asociación entre la Caries Dental y el IMC en Pacientes de 12 a 15 años de edad, Municipio
de Teopisca, 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

Dr. Angel Gutiérrez Zavala

Lic. Francisco Octavio Gómez Cancino

Mtro. Vicente Alberto Castillo Rovelo



Firmas

[Firma]
[Firma]
[Firma]

FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

Ccp. Expediente



Indice

I. Planteamiento del problema.....	3
II. Objetivos	4
2.1 General.....	4
2.2 Específicos	4
III. Justificación.....	5
 IV. Marco teorico	6
4.1. Marco conceptual	6
Etiología de la caries.....	8
Fisiopatología.....	9
Causas del sobrepeso y obesidad	12
Consecuencias comunes para la salud.....	13
4.2 Antecedentes.....	14
 V. Metodología	18
5.1 Lugar de trabajo	18
5.2 Población de estudio.....	18
5.3 Tipo de estudio.....	18
5.4. Criterios de inclusión.....	19
3.4 Variables y operacionalización de las variables	21
3.5 Método y procedimiento para recolectar el dato.....	22
3.5.1. Procedimiento para recolectar el Dato	23
 VII. Resultados	24
VIII. Conclusión.....	29
IX. Propuestas	30
X. Bibliografía	31
XI. Anexo 1.....	34

I. Planteamiento del problema

México, de acuerdo con la clasificación internacional de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se encuentra entre los países con una alta prevalencia de enfermedades bucales, principalmente caries y enfermedad periodontal¹.

La caries dental y la obesidad constituyen un importante problema de salud en todo el mundo, en México, la caries afecta al 52% de los jóvenes en su dentición pero en algunas regiones de bajo estatus socioeconómico, afecta hasta el 95%.²

El proceso de caries dental depende, entre otros factores, de la presencia de un biofilm en la superficie dental, de la ingesta de alimentos, sobre todo azúcares que juega un papel clave en el desarrollo y la agresividad de las bacterias orales albergadas en este biofilm. Los azúcares están ampliamente disponibles en la dieta mexicana, especialmente en los bocadillos, refrescos y postres, teniendo estos tipos de alimentos una alta capacidad cariogénica.

La obesidad es el resultado de un desequilibrio entre el gasto energético y la ingesta calórica que resulta en la acumulación de exceso de grasa donde el 54.8% de la ingesta total de calorías proviene de los carbohidratos. Así mismo, es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, respiratorias, esqueléticas y otros problemas de salud. Además, una gran proporción de niños obesos se convierten en adultos obesos.

Entre los países con más altas prevalencias de sobrepeso y obesidad infantil, México ocupa el segundo lugar con un 10.4%, seguido de Estados Unidos con un 13.9%. La caries dental y la obesidad son enfermedades multifactoriales que afectan a la mayor parte de la población infantil de México, las cuales se relacionan al consumo de alimentos con altas concentraciones de azúcares.^{3,2}

Por lo anterior, se investigó la asociación de caries dental y el Índice de Masa Corporal en jóvenes de esa edad del municipio de Teopisca, Chiapas

II. Objetivos

2.1 General

Evaluar la asociación de la caries dental y el Índice de Masa Corporal en jóvenes de 12 a 15 años de edad que asisten a la consulta odontológica en el centro de salud del municipio de Teopisca Chiapas

2.2 Específicos

- Caracterizar la población de jóvenes de 12 a 15 años de edad que asisten a la consulta odontológica en el centro de salud del municipio de Teopisca, Chiapas.
- Identificar número de jóvenes con caries que asisten a la consulta odontológica en el centro de salud del municipio de Teopisca, Chiapas.
- Determinar el IMC en jóvenes que asisten a la consulta odontológica en el centro de salud del municipio de Teopisca, Chiapas.

III. Justificación

La asociación entre la caries dental y el índice de masa corporal radica en la relevancia creciente tanto de la caries dental como de la obesidad como problemas de salud pública con impactos significativos en la calidad de vida y costos sanitarios. Estudios previos indican que existe una relación multifactorial entre ambas condiciones, donde factores como la ingesta de alimentos ricos en azúcares, la flata de actividad física y los hábitos de higiene bucal influyen de manera conjunta en la aparición tanto de caries como de obesidad. Además la evidencia científica muestra resultados inconsistentes en cuanto a la dirección y fuerza de esta asociación, lo que sugiere que el IMC puede estar relacionado con la prevalencia y severidad de caries dental, pero con variaciones dependientes de factores sociodemográficos, edad y hábitos alimenticios.

Investigar esta relación es fundamental para identificar grupos de riesgos, diseñar intervenciones integrales y políticas de salud pública que aborden simultáneamente la prevención de caries y el control de peso corporal, optimizando recursos y mejorando el estado general de salud de la población.

El citado proyecto será de importancia para implementar estrategias en el centro de salud del municipio de Teopisca Chiapas. Además su operación es de mucha factibilidad para todos los involucrados en el tema de la salud bucal.

IV. Marco Teórico

4.1. Marco conceptual

La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa y multifactorial transmisible, muy prevalente durante la infancia, constituye por su magnitud y trascendencia un importante problema de salud pública.⁴ Suele aparecer en los niños y en los adultos jóvenes, pero puede afectar a cualquier persona y son la causa más importante de pérdida de los dientes en las personas más jóvenes.⁵

Según (*OMS-WORLD Health Report 2003*), 5 mil millones de personas padecen caries dental, lo que equivale aproximadamente a un 80 % de la población mundial;⁶ otros estudios plantean que la caries dental la padece aproximadamente el 99 % de la población de América Latina y un 96 % del mundo.⁷

Los conceptos actuales de cariología destacan que en la fisiopatología de la caries dental influyen muchos factores. La caries dental es una enfermedad infecciosa en la cual los ácidos orgánicos provenientes del metabolismo de los microorganismos orales, empiezan a desmineralizar gradualmente el esmalte dental, seguido por una rápida destrucción proteolítica de la estructura dental. La caries puede ocurrir en cualquier superficie dental. La etiología de la caries dental es multifactorial. Los agentes etiológicos tienen una acción específica o inespecífica, a veces compartidas por varios de ellos. Muchas veces, en el análisis de la enfermedad (caries dental), tanto o más importante que el agente etiológico, resulta el estudio de la reacción del organismo (diente) frente a la agresión y de sus limitadas capacidades defensivas. La destrucción del diente ocurre en dos fases. En una primera etapa, la materia inorgánica formada principalmente por calcio y fosfatos en forma de hidroxiapatita, sufre un proceso de descalcificación por la acción de los ácidos orgánicos resultantes del metabolismo bacteriano de los hidratos de carbono de la dieta. En segunda fase, se destruirá la matriz orgánica por medios enzimáticos o mecánicos. Cuatro factores pueden estar presentes simultáneamente: (1) susceptibilidad a los microorganismos presentes en la superficie dental, (2) microorganismos como el *Sterptococcus mutans* o *lactobacillus*, en la placa o

cavidad oral, (3) carbohidratos fermentables en la dieta, que sirven de sustrato para las bacterias; y (4) tiempo o duración en la boca de los carbohidratos fermentables, lo que produce una disminución del pH salivar de menos de 5.5, una vez que el pH cae por debajo de cinco, las bacterias pueden iniciar el proceso de desmineralización.

La definición de caries ha mostrado diferentes enfoques a lo largo del tiempo, analizada desde el punto de vista morfológico, es una enfermedad que determina la destrucción de la estructura del diente. A la luz de la epidemiología es la enfermedad de mayor prevalencia que padece el hombre moderno. Desde la perspectiva sociológica, es una enfermedad biosocial dependiente de la calidad y condiciones de vida de un determinado grupo poblacional, para otros es una enfermedad infecciosa dependiente de una dieta rica en azúcar. Todas pueden considerarse parciales y complementarias.⁸ Desde el punto de vista de la microbiología, la caries es ante todo una “afección de ecología alterada”, definición acorde con el concepto de la cavidad oral como un sistema ecológico complejo y dinámico, con diferentes ecosistemas orales pero en el cual es fundamental para una cavidad oral sana mantener el equilibrio de su microflora.⁹

La caries dental es una enfermedad infecciosa crónica, transmisible, que causa la destrucción localizada de los tejidos dentales duros por los ácidos de los depósitos microbianos adheridos a los dientes. Liébana y Ureña (1998)¹⁰ La cariología moderna considera que en el desarrollo etiopatogénico de la caries intervienen otros elementos relativos al hospedero, como son los factores socioeconómicos y culturales, que no solo condicionan hábitos dietéticos y de higiene oral, sino que además modulan la respuesta inmune en la cavidad oral a través de la saliva y el fluido crevicular. Es considerada como una enfermedad infecciosa de distribución universal, de naturaleza multifactorial y de carácter crónico que, si no se detiene en su avance natural, afecta en forma progresiva a todos los tejidos dentarios y provoca una lesión irreversible.¹¹

Keyes (1960)¹² estableció en forma teórica y experimental como la etiopatogenia de la caries dental obedece a la interacción simultánea de tres elementos o factores: el factor "microorganismo", que en presencia de un factor "sustrato" logra afectar a un factor "diente" (localizado en un hospedero), su presentación esquemática se conoce como la Triada de Keyes, la interrelación de estos tres elementos determina el desarrollo de la caries dental. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que otro factor determinante es el "tiempo" suficiente de interacción de los mismos para que se produzca la enfermedad, considerándose como el esquema de Keyes modificado, pues el tiempo de evolución de un proceso es un factor fundamental en toda dinámica microbiológico.¹³

Etiología de la Caries

Según Rathee M, Sapra A. (2023)¹⁴ La caries dental es un término que se refiere tanto a la enfermedad como a la lesión resultante. El proceso de caries ocurre en la biopelícula, que se mantiene activa con cada fluctuación del pH, y la lesión se manifiesta en los tejidos duros dentales.

La caries dental se produce cuando la microbiota del biofilm que normalmente reside en la cavidad oral en homeostasis cambia a una población acidogénica, acidúrica y cariogénica debido al consumo frecuente de azúcares. El resultado de este cambio puede ser clínicamente invisible o conducir a una pérdida neta de minerales dentro de las estructuras duras del diente, lo que resulta en una lesión cariosa visible. - la caries, el proceso, puede existir sin caries, la lesión visible.

Por lo tanto, la caries dental se considera una enfermedad dietético-microbiana que requiere una biopelícula cariogénica y una exposición regular a carbohidratos fermentables (glucosa, fructosa, maltosa y sacarosa) de la dieta.

Los factores conductuales, psicológicos y sociales también desempeñan un papel importante en el proceso patológico. La capacidad del flúor para prevenir las caries es un hecho bien conocido, y la exposición insuficiente al flúor también debe considerarse un factor contribuyente al proceso patológico.

Fisiopatología

Las lesiones cariosas tienen un mayor porcentaje e incidencia de ciertas especies bacterianas: *Streptococcus mutans* , *Streptococcus sobrinus* y *Lactobacilli* , aisladas de caries avanzadas. La hipótesis de la placa específica se basó en este hallazgo, creyendo que solo bacterias específicas causaban la enfermedad. De hecho, *Streptococcus mutans*, en particular, está fuertemente vinculado a la caries, pero la caries puede desarrollarse en sitios donde *Streptococcus mutans* está ausente. Esta observación dio lugar a la hipótesis de la placa no específica, donde se cree que la caries resulta de la actividad metabólica neta de la microbiota de la biopelícula. Aunque la etiología de la caries dental no es completamente específica, no podemos ignorar que un tipo limitado de bacterias se encuentra constantemente en mayor número en las áreas afectadas. El concepto actualmente aceptado es la hipótesis de la placa ecológica.¹⁴ La hipótesis de la placa ecológica sostiene que la caries dental no es causada por un tipo específico de microorganismo que actúa solo, sino que es el resultado de un cambio en la microbiota de la biopelícula dental hacia especies más cariogénicas. Las condiciones ácidas orales derivadas del consumo regular de azúcar seleccionan las bacterias que se adaptan mejor a este entorno y eliminan las especies benignas que no toleran dichas condiciones.¹⁴

Desmineralización y remineralización

Los carbohidratos fermentables son metabolizados por las bacterias de la biopelícula, que producen ácidos orgánicos, principalmente ácido láctico. Estos productos finales del metabolismo bacteriano se acumulan en la fase fluida de la biopelícula, lo que provoca una disminución del pH y la desmineralización de la capa superficial del diente.¹⁴

La porosidad del esmalte aumenta, los espacios entre los cristales se ensanchan y la superficie se ablanda, lo que brinda una oportunidad para que los ácidos penetren más profundamente en la estructura del diente y desmineralicen la subsuperficie.

En este punto, los productos de reacción de la desmineralización (calcio y fosfato) se acumulan en la superficie del esmalte y pueden protegerlo de una mayor pérdida mineral. Además, el flúor disponible puede ayudar a proteger contra la desmineralización de la superficie. ¹⁴

Los azúcares son tragados y eliminados por la saliva que puede devolver el pH del biofilm a la neutralidad gracias a su capacidad amortiguadora; el calcio, el fosfato y el flúor ahora remineralizan la superficie del diente. ¹⁴

Si las condiciones ácidas se mantienen, el pH continuará bajando, llegando a un punto en que la tasa de pérdida de minerales en el subsuelo es mayor que en la superficie, lo que resulta en una lesión subsuperficial. Cuando la pérdida de minerales es suficiente, se observa clínicamente una mancha blanca. ¹⁴

Una mancha blanca puede detenerse o revertirse mediante cambios de comportamiento y medidas preventivas (ICDAS 1 y 2). Si la caries progresa, se forman microcavidades en el esmalte debido al aumento de la porosidad superficial, lo que clínicamente corresponde a un código ICDAS 3. La lesión superficial colapsará con el tiempo, dejando un orificio macroscópico (ICDAS 5 o 6). A pesar de la gravedad de la lesión en este punto, aún puede detenerse, pero la cavidad persistirá.¹⁴

En relación al tema nutricional, la obesidad también considerada un problema de salud pública, principalmente en niños y jóvenes.

Según la Organización Mundial de la Salud en el 2022¹⁵, El sobrepeso es una condición de exceso de depósitos de grasa. La obesidad es una enfermedad crónica compleja definida por depósitos excesivos de grasa que pueden perjudicar la salud. La obesidad puede provocar un mayor riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedades cardíacas, puede afectar la salud ósea y la reproducción y aumenta el riesgo de ciertos cánceres. La obesidad influye en la calidad de vida, como dormir o moverse. El diagnóstico de sobrepeso y obesidad se realiza midiendo el peso y la talla de las personas y calculando el índice de masa corporal (IMC): peso (kg)/altura²

(m²). El índice de masa corporal es un marcador sustituto de la gordura y mediciones adicionales, como la circunferencia de la cintura, pueden ayudar al diagnóstico de la obesidad. Las categorías del IMC para definir la obesidad varían según la edad y el sexo en bebés, niños y adolescentes.

El sobrepeso y la obesidad se definen de la siguiente manera para niños de entre 5 y 19 años:

- el sobrepeso es el IMC para la edad superior a 1 desviación estándar por encima de la mediana de referencia de crecimiento de la OMS; y
- la obesidad está más de 2 desviaciones estándar por encima de la mediana de referencia de crecimiento de la OMS.¹⁵

En 2022, 2.500 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso, incluidos más de 890 millones de adultos que vivían con obesidad. Esto corresponde al 43% de los adultos de 18 años y más (43% de los hombres y 44% de las mujeres) que tenían sobrepeso; un aumento con respecto a 1990, cuando el 25% de los adultos de 18 años o más tenían sobrepeso. La prevalencia del sobrepeso varió según la región, desde el 31% en la Región de Asia Sudoriental y la Región de África de la OMS hasta el 67% en la Región de las Américas.¹⁵

Alrededor del 16% de los adultos de 18 años o más en todo el mundo eran obesos en 2022. La prevalencia mundial de la obesidad se duplicó con creces entre 1990 y 2022. Se estima que en 2022, 37 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso. El sobrepeso, que alguna vez se consideró un problema de los países de ingresos altos, está aumentando en los países de ingresos bajos y medianos. En África, el número de niños menores de 5 años con sobrepeso ha aumentado casi un 23% desde 2000. Casi la mitad de los niños menores de 5 años que tenían sobrepeso o vivían con obesidad en 2022 vivían en Asia.¹⁵

Más de 390 millones de niños y adolescentes de entre 5 y 19 años tenían sobrepeso en 2022. La prevalencia del sobrepeso (incluida la obesidad) entre niños y adolescentes de entre 5 y 19 años ha aumentado drásticamente de solo el 8% en 1990 al 20% en 2022. El aumento ha aumentado. Ocurrió de manera similar tanto

entre niños como entre niñas: en 2022, el 19% de las niñas y el 21% de los niños tenían sobrepeso. ¹⁵

Mientras que en 1990 sólo el 2% de los niños y adolescentes de entre 5 y 19 años eran obesos (31 millones de jóvenes), en 2022, el 8% de los niños y adolescentes vivían con obesidad (160 millones de jóvenes). ¹⁵

Causas del sobrepeso y la obesidad.

El sobrepeso y la obesidad son el resultado de un desequilibrio entre la ingesta energética (dieta) y el gasto energético (actividad física). ¹⁵

En la mayoría de los casos la obesidad es una enfermedad multifactorial debida a entornos obesógenos, factores psicosociales y variantes genéticas. En un subgrupo de pacientes, se pueden identificar factores etiológicos principales (medicamentos, enfermedades, inmovilización, procedimientos iatrogénicos, enfermedad monogénica/síndrome genético). ¹⁵

El entorno obesogénico que exacerba la probabilidad de obesidad en individuos, poblaciones y en diferentes entornos está relacionado con factores estructurales que limitan la disponibilidad de alimentos saludables y sostenibles a precios localmente asequibles, la falta de movilidad física fácil y segura en la vida diaria de todas las personas y la ausencia de un entorno legal y regulatorio adecuado. ¹⁵

Al mismo tiempo, la falta de una respuesta eficaz del sistema de salud para identificar el exceso de peso y la deposición de grasa en sus primeras etapas está agravando la progresión hacia la obesidad.

Consecuencias comunes para la salud

Los riesgos para la salud causados por el sobrepeso y la obesidad están cada vez mejor documentados y comprendidos.

En 2019, un IMC superior al óptimo causó aproximadamente 5 millones de muertes por enfermedades no transmisibles (ENT), como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cánceres, trastornos neurológicos, enfermedades respiratorias crónicas y trastornos digestivos.¹⁶

El sobrepeso en la infancia y la adolescencia afecta la salud inmediata de los niños y adolescentes y se asocia con un mayor riesgo y una aparición más temprana de diversas ENT, como la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares. La obesidad infantil y adolescente tiene consecuencias psicosociales adversas; afecta el rendimiento escolar y la calidad de vida, y se ve agravado por el estigma, la discriminación y el acoso. Es muy probable que los niños con obesidad sean adultos con obesidad y también tienen un mayor riesgo de desarrollar ENT en la edad adulta.

Los impactos económicos de la epidemia de obesidad también son importantes. Si no se hace nada, se prevé que los costos mundiales del sobrepeso y la obesidad alcanzarán los 3 billones de dólares anuales en 2030 y más de 18 billones de dólares en 2060¹⁷

Por último, el aumento de las tasas de obesidad en los países de ingresos bajos y medianos, incluidos los grupos socioeconómicos más bajos, está globalizando rápidamente un problema que antes se asociaba únicamente con los países de ingresos altos.

4.2 Antecedentes

De acuerdo al objetivo general se realizó una búsqueda en bases de datos científicas sobre los antecedentes del problema, encontrándose lo siguiente:

Según Olmos, et al, (2025)¹⁸ en su artículo denominado “Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país” dice: n el año 2010, se realizó el Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en adultos uruguayos del interior del país. El mismo permitió determinar la prevalencia de caries en jóvenes 15 a 24 años y adultos mayores de 35 años. Se desarrolló un estudio transversal, descriptivo, según la metodología para estudios poblacionales aconsejada por la OMS (1997). La muestra fue estratificada en fases por conglomerados(n=922: 418:15 -24 años; 229 entre 35-44 y 275: 65-74). Como resultados se obtuvo: Prevalencia: 94% (95%IC: 91.8-96.1) en las mujeres y de 91% (95%IC: 87.8-94.1) en los hombres. CPO poblacional: 12,4 (95%IC: 11.9-12.9); de 15 a 24 años: 4,8 (95% IC: 4.3-5.3); 35- 44 años: 15,8 (95% IC: 14.7-16.9) y de 65 a 74 años: 24,4 (95% IC: 23.3-25.5). Conclusiones: la prevalencia de caries aumenta con la edad, siendo mayor en el género femenino. La fracción P (perdidos) del CPOD resultó considerablemente mayor en adultos de 35-44 y de 65-74 años. En la población juvenil, se destacó un distanciamiento entre el índice CPOD y el Significant Caries Index (SIC).

De la misma manera, González Sanchez, et al, (2009)¹⁹ en su artículo Caries dental y factores de riesgo en adultos jóvenes. Distrito Capital, Venezuela, dice: e realizó un estudio epidemiológico transversal o de prevalencia con el objetivo de describir la morbilidad por caries dental y factores de riesgo seleccionados en adultos jóvenes en el periodo de enero de 2006 a diciembre de 2006, en el municipio "Libertador" del Distrito Capital. El universo de estudio estuvo conformado 245 trabajadores sociales venezolanos "luchadores sociales", que laboraron en la Misión Energía. Se confeccionó un formulario en el cual se recogió toda la información necesaria, se utilizó para ellos los métodos empíricos de la observación e interrogatorio al paciente, se determinó la morbilidad de la caries dental así como la asociación entre

estas y factores de riesgos modificables y se calcularon los indicadores de riesgo e impacto potencial. El 90,6 % de los examinados presentaron caries dental, la edad más afectada fue la de 30 años y más con un 94,4 % y el sexo masculino con un 91,2 %, aunque no se determinaron diferencias significativas en cuanto a ellas ($p > 0,05$). Se determinó asociación significativa en orden de importancia entre las caries y la experiencia anterior de la enfermedad (razón de prevalencia (RP)= 2,63; fracción etiológica en los expuestos (EEe)= 62,0 y fracción etiológica en la población (FEp)= 55,1); ingestión de dieta cariogénica (RP= 2,33; FEe= 57,1 y FEp= 49,9); higiene bucal no adecuada (RP= 1,63, FEe= 38,6 y FEp= 31,55); nivel de conocimiento no adecuado sobre salud bucal (RP= 1,30, FEe= 23,1 y FEp= 16,4) y la no visita sistemática a la consulta estomatológica (RP= 1,27; FEe= 21,3 y FEp= 15,5). Se recomienda diseñar y aplicar estrategias de intervención educativas con participación comunitaria, con el objetivo de modificar los conocimientos, actitudes y prácticas para la prevención de la Caries dental.

Así mismo, García-Cortés JO (2014)²⁰ en su artículo Experiencia, prevalencia, severidad, necesidades de tratamiento para caries dental e índice de cuidados en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos, menciona que con el Objetivo. Determinar la experiencia, prevalencia y severidad de caries dental, así como establecer las necesidades de tratamiento y los cuidados restauradores en adolescentes y adultos jóvenes. Material y métodos. Este estudio transversal incluyó 638 sujetos de 16 a 25 años de edad, aspirantes a ingresar a la universidad pública del estado de San Luis Potosí, México. Para la detección de caries dental se empleó el índice CPOD (suma de los dientes cariados + dientes perdidos + dientes obturados, en la dentición permanente). Con los datos del índice CPOD se calculó la experiencia, la prevalencia y la severidad de caries. Además, se reportan los índices de caries significativa (SiC), el de necesidades de tratamiento (INT) y el índice de cuidados (IC). El análisis estadístico se realizó utilizando pruebas no paramétricas. Resultados. El promedio del índice CPOD fue de 4.24 ± 3.85 , la prevalencia de 76.5% y la severidad de 52.3% para el CPOD > 3 y 26.2% para el CPOD > 6 . El índice SiC fue de 8.7. El INT fue de 43.0% y el IC de 52.8%. No se

observó variación ($p > 0.05$) de la experiencia, prevalencia y severidad de caries por edad. El componente “dientes obturados” mostró diferencias por edad ($p < 0.05$). Las mujeres presentaron mayor experiencia y severidad de caries que los hombres ($p < 0.05$), igualmente “dientes cariados” y “dientes obturados” ($p < 0.05$). Conclusiones. Se observaron altos valores de experiencia, prevalencia y severidad de caries dental en esta muestra de adolescentes y adultos jóvenes. Se encontró casi 40% de lesiones de caries no tratadas. Se hallaron ciertas diferencias por sexo.

Otro de los autores Rojas Herrera, Isis. (2012)²¹ En su artículo Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados en su Objetivos: determinar la prevalencia de la caries dental y el grado de asociación entre conocimientos acerca de salud bucal, la higiene bucal y la afectación por caries dental. Métodos: entre marzo 2008 y marzo 2009 se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal en 100 jóvenes que tenían entre 17 y 19 años, de ambos sexos y que padecían de caries dental. Resultados: la prevalencia de caries fue de 7,7 % en las mujeres y de 8,6 % en los hombres. La mayoría de los participantes en ambos sexos tenían una higiene bucal deficiente. En 24 (48 %) mujeres y en 34 (68 %) hombres, los conocimientos sobre salud bucal fueron calificados de mal. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la higiene bucal, los conocimientos sobre salud bucal y la afectación por caries dental. Conclusiones: la prevalencia de caries dental es alta en la población estudiada. Los factores de riesgo analizados se asocian con la afectación por caries dental.

V. Metodología

5.1. Lugar de trabajo

Teopisca fue fundada en los picachos de Mispia y Chenecultie; anteriormente era llamada Ostuta, más tarde, sus habitantes tuvieron que abandonar este lugar a causa de una epidemia que diezmó a la población, emigrando al norte a poblar una nueva área, a la que le pusieron por nombre Teopisque. Fue fundada por 15 familias descendientes de españoles emigraron debido a una plaga de hormigas gigantes, que destruían sus hogares y atacaban a sus hijos, de esto tiene aproximadamente 400 años.⁴

En 1778 se hace la primera división territorial interna de la provincia de Chiapas, quedando éste dentro de la Alcaldía Mayor de Ciudad Real. En 1831 se menciona nuevamente a Teopisca al autorizar el cobro de peaje para quienes transitaran por su calzada, con el fin de poder arreglarla. En 1883 se divide el estado en 12 Departamentos siendo éste parte del de San Cristóbal. En 1983 para efectos del Sistema de Planeación, se ubica dentro de la Región II Altos. En 1985 con motivo del 175 Aniversario de la Independencia y 75 de la Revolución Mexicana, durante el recorrido nacional, se reciben en la cabecera municipal los símbolos patrios.

El municipio se ubica en la región económica "II Altos", limita al norte con San Cristóbal de Las Casas, al este con Huixtán y Amatenango del Valle, al sur con Venustiano Carranza y al oeste con Totolapa. Las coordenadas de la cabecera municipal son: 16° 32' 22 *de latitud norte* y 92° 28' 25 *de longitud oeste* y se ubica a una altitud de 1,800 metros sobre el nivel del mar.⁵

En el censo de 2020²² el municipio de Teopisca contaba con 109 localidades, con una población de 49,499 personas

4 Bienvenido a la sección correspondiente al estado de Chiapas de la Enciclopedia de los Municipios y delegaciones de México

5 *Panorama sociodemográfico de México. Chiapas*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2021. Consultado el marzo de 2025.

5.2. Población de trabajo

La población de jóvenes esta conformada por 109 de ellos.

5.3. Tipo de estudio

El tipo de estudio es transversal por las siguientes razones: Un estudio transversal existe porque permite obtener una "instantánea" o una imagen completa de un fenómeno de interés en un momento específico en el tiempo. Su justificación principal radica en que recopila datos de una amplia variedad de sujetos simultáneamente, lo que facilita evaluar la prevalencia y distribución de condiciones, comportamientos o características en una población. Esto es útil para describir fenómenos de salud, identificar patrones y asociaciones entre variables, y generar hipótesis para futuras investigaciones. Además, los estudios transversales son relativamente rápidos y económicos, por lo que son un punto de partida común en investigación cuando se sabe poco sobre un tema o cuando se requiere información actualizada para orientar decisiones políticas o de intervención. Sin embargo, aunque no pueden establecer relaciones causales o la secuencia temporal entre causas y efectos, son esenciales para comprender el contexto actual de una población o fenómeno. Ante ello este tipo de investigación únicamente describirán la asociación entre el estado bucal y nutricional en jóvenes de Teopisca, Chiapas.

5.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Jóvenes entre 12 a 15 años de edad sin distinción de sexo
- Jóvenes que aceptaron contribuir a la investigación y firmaron el consentimiento informado
- Jóvenes que acudieron a las consultas odontológicas

Criterios de exclusión

- Todos los jóvenes que decidieron no participar en la investigación

5.5. Variables y operacionalización de las variables

5.5.1. Variables

EDAD: considerada la edad cronológica, de los pacientes, en años o meses, en que se presentan las afecciones odontológicas.

SEXO: Determinar a qué género es más susceptible esta acción en la cavidad oral.

ESCOLARIDAD: Nivel de estudios terminados

HIGIENE BUCAL: La higiene dental o higiene bucodental abarca una serie de hábitos y prácticas orientadas a mantener la higiene, dientes y encías sanas, junto con el resto de la cavidad bucal. A pesar de que el cepillado dental diario es esencial, no basta por sí mismo para asegurar una salud bucal adecuada.

CARIES DENTAL: por bacterias que producen ácidos que atacan los minerales de los dientes

IMC. Índice que determina los grados de obesidad en jóvenes

5.5.2. Operacionalización de las variables

Objetivos específicos	Variables	Tipo de variables	Indicador	Fuente
Caracterizar la población de jóvenes de 12 a 15 años de edad que asisten a la consulta odontológica en el centro de salud del municipio de Teopisca, Chiapas.	Edad	Cuantitativa	No y % por grupo de edad	Cédula de captura de datos del DIF municipal
	Sexo	Cualitativa	No y % por sexo	“
	Escolaridad			“
Identificar número de jóvenes con caries que asisten a la consulta odontológica en el centro de salud del municipio de	Caries	Cuantitativa	No y % de jóvenes con caries	“
	Caries por sexo	Cuantitativa	No y % de hombres y mujeres jóvenes con caries	“
	Higiene bucal	Cuantitativa	No y % de jóvenes con	“

Teopisca, Chiapas.			deficiente higiene	
Determinar el IMC en jóvenes que asisten a la consulta odontológica en el centro de salud del municipio de Teopisca, Chiapas.	Peso	Cuantitativa	No y % de jóvenes con peso para la talla	“
	Talla	Cuantitativa	No y % de jóvenes con talla para el peso	“
	IMC	Cuantitativa	No y % de jóvenes con IMC Bajo, Normal, Sobrepeso, Obesidad I, II, III	“

5.5. Método y procedimiento para recolectar el dato

El método utilizado para la recolección del dato es una hoja de captura elaborada por los propios odontólogos (anexo 1)

5.5.1. Procedimiento para recolectar el dato

Procedimiento para el Diagnóstico bucal

- Consentimiento y preparación: Informar a los jóvenes ya sus padres o tutores sobre el estudio, obtener consentimiento informado y asegurarse de que todos los participantes lleguen a la consulta.
- Herramientas: Usar equipo portátil básico: espejo bucal, pinza algodонера, sonda WHO (con punta redondeada) y luz artificial para una visualización adecuada.
- Examen clínico: Realizar el examen bucal visual y exploratorio para identificar caries.
- Registro: Anotar los hallazgos en una hoja de cédula para recolección de datos, incluyendo edad y otros datos relevantes.
- Calibración: Los examinadores deben estar calibrados para asegurar la confiabilidad del diagnóstico.

Procedimiento para toma de peso y talla en jóvenes:

- Preparación: Informar al joven ya su familia sobre las mediciones que se realizarán. El joven debe estar descalzo y con ropa ligera.
- Toma de talla: Colocar al joven de espaldas a un estadímetro portátil apoyado en el suelo y señalando la pared, asegurándose que cabeza, espalda, glúteos y talones estén alineados y en contacto con la pared. La cabeza debe estar

en posición neutra (línea de Frankfort horizontal). Lea la medida en centímetros.

- Toma de peso: Utilizar una báscula electrónica calibrada, sobre una superficie firme y plana. El joven debe estar de pie, sin calzado, con ropa ligera, con los brazos relajados a los lados del cuerpo. Registra el peso en kilogramos con precisión de 200 gramos.
- Registro: Anotar los valores en centímetros y kilogramos para análisis posterior, calculando índices como IMC si es requerido.

VI. Resultados

6.1. Descripción de la población de estudio

Los datos referentes a los 109 jóvenes atendidos en el Centro de Salud del municipio de Teopisca, Chiapas, revelan información demográfica y educativa muy relevante para el contexto de la investigación. En primer lugar, la predominancia femenina (63%) indica una mayor participación o acceso de mujeres adolescentes en este servicio de salud, lo que podría relacionarse con dinámicas sociales, culturales o de salud pública específicas de la región. La edad central de los participantes, concentrada entre los 14 y 15 años, ubica a este grupo poblacional en una etapa crítica del desarrollo adolescente, cuando ocurren importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Este rango de edad es significativo para estudios de salud bucal y nutrición debido a la susceptibilidad a condiciones como la caries y alteraciones en el crecimiento o estado nutricional. Tala 1.

Desde el punto de vista educativo, el hecho de que más del 70% posea secundaria terminada denota un nivel básico de escolaridad alcanzado por la mayoría, lo que puede influir en sus hábitos de salud, conocimiento y acceso a servicios. Esto también aporta un contexto socioeconómico y cultural adecuado para interpretar resultados en salud. Ya que la escolaridad es un determinante de importancia social. Tabla 2.

Entre los jóvenes afectados, el 42.8% exhibía hábitos de higiene bucal deficientes, un factor de riesgo claro que potencia el desarrollo y avance de las caries. Además, se observa una ligera mayor afectación en el sexo femenino, representando el 43.1% de los casos. Estos hallazgos sugieren la urgencia de implementar programas educativos y de promoción de la higiene bucal, enfocados en adolescentes, con énfasis en mejorar las prácticas de cuidado dental y reducir los factores que predisponen a la caries, buscando así disminuir su prevalencia y mejorar la salud general de esta población.

En un grupo de 109 jóvenes, el 57.7% presentaba caries dental, mostrando una alta incidencia que alerta sobre la necesidad de atención preventiva tabla 2. Particularmente, el grupo de edad de 14 a 15 años concentro el 36.6% de la población, destacando este etapa como un momento crítico para la salud bucal tabla 3. Entre los jóvenes afectados, el 42.8% exhibía hábitos de higiene bucal deficientes, un factor de riesgo claro que potencia el desarrollo y avance de las caries. Además, se observa una ligera mayor afectación en el sexo femenino, representando el 43.1% de los casos tabla 4. Estos hallazgos sugieren la urgencia de implementar programas educativos y de promoción de la higiene bucal, enfocados en adolescentes, con énfasis en mejorar las prácticas de cuidado dental y reducir los factores que predisponen a la caries, buscando así disminuir su prevalencia y mejorar la salud general de esta población.

De los 109 jóvenes, el 73.3% tienen un estado nutricional considerado como normal, solo el 14.6% tienen sobrepeso y 11.9% es bajo. De los que tienen 73% su estado nutricional normal el 48% son afectados por caries. De los que tienen sobrepeso el 6.4% están afectados por caries y los que tienen un estado nutricional bajo el 2.7% tienen caries. Se observa que el porcentaje de caries es considerablemente mayor en jóvenes con estado nutricional normal (48%) en comparación con los grupos de sobrepeso (6.4%) y bajo peso (2.7%). Esto indica que, en este grupo de jóvenes, el riesgo de caries no parece aumentar con el sobrepeso o bajo peso, sino que es más prevalente en los jóvenes con estado nutricional normal. Tabla 5

TABLA 1
Escolaridad de los jóvenes atendidos
en el Centro de Salud de Teopisca, Chiapas.

Escolaridad	No	%
Secundaria truncada	10	9.1
Secundaria Terminada	79	72.7
Preparatoria	20	18.2
Total	109	100

Elaboración propia

TABLA 2.
Afectados por caries dental según grupos de edades.
Centro de Salud Teopisca, Chiapas.

Edad		Pacientes		
Examinados		Afectados con caries		
No.	%	No.	%	
12 a 13	41	37,6	23	21,1
14 a 15	68	62,3	40	36,6
Total	109	100	63	57,7

TABLA 3.
Afectados por caries dental y la higiene bucal.
Centro de Salud Teopisca, Chiapas.

Higiene Bucal	Afectados con caries	
Nº	%	
Bueno	14	22,2
Regular	22	34,9
Deficiente	27	42,8
Total	63	100

TABLA 4.
Caries dental según sexo. Centro de Salud Teopisca, Chiapas.

Sexo	Pacientes			
Examinados		Afectados por caries		
	No.	%	No.	%
Femenino	63	57,7	47	43,1
Masculino	46	42,2	16	14,6
Total	109	100	63	57,7

Tabla 5
Caries por estado nutricional en jóvenes.
Centro de salud. Teopisca, Chiapas.

Estado nutricional	No	%	Afectados por caries	
			No	%
Bajo	13	11.9	3	2.7
Normal	80	73.3	53	48.6
Sobrepeso	16	14.6	7	6.4
Obesidad	0.0	0.0	0	0.0
Total	109	100	63	57.7

VII. Conclusión

De acuerdo a los resultados se concluye que:

Los datos recopilados en el Centro de salud de Teopisca, Chiapas, sobre 109 jóvenes proporcionan un panorama integral sobre los factores demográficos, educativos y de salud bucal que influyen en esta población. La mayoría de los jóvenes son mujeres con 63% y se concentran en edades críticas de 14 a 15 años, lo que resalta la importancia de intervenir en esta etapa clave del desarrollo.

Aunque más del 70% tiene secundaria terminada, lo que podría favorecer mejores hábitos y acceso a servicios, se evidencia una alta prevalencia de caries de 57.7%, principalmente en quienes mantienen un estado nutricional normal con 48%.

El porcentaje de caries es significativamente menor en jóvenes con sobrepeso o bajo peso, lo que sugiere que, en este contexto, el estado nutricional alterado no es un factor de riesgo predominante para la caries, sin embargo, un 42% de los afectados presentaron hábitos deficientes de higiene bucal, destacando este como un claro factor de riesgo.

La ligera mayor afectación en mujeres con 43% y la concentración de casos en adolescentes de 14 a 15 años evidencian la necesidad urgente de diseñar programas educativos y preventivos focalizados en mejorar la higiene bucal, especialmente en adolescentes escolarizados para reducir la prevalencia de caries y promover una salud bucal óptima en esta comunidad.

VIII. Propuestas

De acuerdo a los resultados y las conclusiones, y tomando en cuenta que una de los factores principales para la caries, se proponen las siguientes propuestas:

- Implementar talleres educativos en escuelas y comunidades sobre las técnicas de cepillado.
- Fomentar campañas de sensibilización dirigidas a padres de los jóvenes sobre la importancia de la higiene bucal.
- Facilitar el acceso de productos de higiene bucal, como los cepillos.
- Incorporar programas preventivos y curativos en los centros de salud.
- Promover hábitos saludables sobre el consumo de alimentos altamente azucarados que incrementar el desarrollo de la caries.
- Establecer grupos de apoyo en escuelas para motivar a los jóvenes en el cuidado dental y autoresponsabilidad

IX. Bibliografía

1. Cerón-Bastidas X, Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. Odontóloga Universidad Cooperativa de Colombia-Pasto. Magister en Salud Pública Universidad del Valle. Docente Facultad de Odontología, Vol. 31 Núm. 1 (2018): CES Odontología . DOI: <https://doi.org/10.21615/cesodon.31.1.4>
2. Figueroa Verdecia, Daylanis V., Navarro Sánchez, Yosvany, & Romero Guzmán, Fredy Alexander. (2018). Situación actual de la adolescencia y sus principales desafíos. *Gaceta Médica Espirituana*, 20(1), 98-105. Recuperado en 23 de octubre de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212018000100012&lng=es&tlng=es.
3. De la Luz-Ayala C, Escandón O, Zambrano-Palencia C, Trejo Starlight-Franco. Asociación del sobrepeso y caries dental en niños de 3 a 6 años. (2021). *Revista De Odontopediatría Latinoamericana*, 3(1). <https://doi.org/10.47990/alop.v3i1.50>
4. Sathyanarayanan R, Carounnanidy U. Classification and management of dental caries. New concepts. *Indian J Dent Res*. 2002;13(1):21-5. Causas, incidencia y factores de riesgo. MedlinePlus Enciclopedia Médica. Sitio web en Internet. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>. Actualizado 8-8-2007. Enciclopedia médica en español.
5. Dávila S, Daniel A. El rostro desdentado de nuestros pueblos. Sitio web en Internet. Disponible en: <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludbucal/rostro.htm>. Revisado en Noviembre 2006.
6. Organización Mundial de la Salud (2003)

7. Rodríguez CA, Delgado MC. Vigilancia y evolución de la salud. Método de observación y control 2006. Vol. 32(1).
8. Acuña R.C.P. (2005) Cariología. Curso de Odontología Integral del Niño I. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Microbiología de la caries dental autora Medina R. Recuperado 17 de septiembre del 2010, <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005197/index.html> Acuña R.C.P. (2005) Cariología. Curso de Odontología Integral del Niño I. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Microbiología de la caries dental autora Medina R. Recuperado 17 de septiembre del 2010, <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005197/index.html>
9. Brock T.D y Madigan M.T. (1996). Microbiología. 7ª Edición. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
10. Negroni M. (1999). Microbiología estomatológica. 1ª Edición. Ed. Médica Panamericana 219-247.
11. Liébana U., J. (1998). Microbiología oral, Interamericana McGraw-Hill, 1ª Ed.,; 447-462.
12. Keyes P.H. (1960). The infections and transmissible nature of experimental dental caries. Archs Oral Biol; 1: 304-310.
13. Newbrun E. (1989) Cariology. Third edition. Chicago, Illinois: Quintessence Publishing co, Inc.,.
14. Rathee M, Sapra A. Caries dental. [Actualizado el 21 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551699/>
15. Organización Mundial de la Salud (2022) Compendio digital.
16. Colaboradores del Factor de Riesgo GBD 2019. "Carga global de 87 factores de riesgo en 204 países y territorios, 1990-2019: un análisis sistemático para el estudio de la carga global de enfermedad 2019". Lanceta. 2020;396:1223–1249.
17. Okunogbe et al., "Impactos económicos del sobrepeso y la obesidad". Segunda edición con estimaciones para 161 países. Federación Mundial de Obesidad, 2022.

18. Olmos, Patricia, Piovesan, Sylvia, Musto, Mariana, Lorenzo, Susana, Álvarez, Ramón, & Massa, Fernando. (2013). Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. *Odontoestomatología*, 15(spe), 26-34. Recuperado en 22 de octubre de 2025, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200004&lng=es&tlng=es.
19. González Sánchez, Amílcar, Martínez Naranjo, Teresa, Alfonzo Betancourt, Natividad, Rodríguez Palanco, Juan Alfonzo, & Morales Martínez, Asdrúbal. (2009). Caries dental y factores de riesgo en adultos jóvenes: Distrito Capital, Venezuela. *Revista Cubana de Estomatología*, 46(3), 30-37. Recuperado en 22 de octubre de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300004&lng=es&tlng=es.
20. García-Cortés JO, Mejía-Cruz JA, Medina-Cerda E, et al. Experiencia, prevalencia, severidad, necesidades de tratamiento para caries dental e índice de cuidados en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos. *Rev Invest Clin*. 2014;66(6):505-511.
21. Rojas Herrera, Isis. (2012). Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 41(4), 379-384. Recuperado en 22 de octubre de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400008&lng=es&tlng=pt.
22. Censo Nacional de Población. (2022)

X. Anexos

Anexo 1

HOJA DE CEDULA DE DATOS

I.-Ficha de identificación

Folio: _____

Fecha: _____

I.1. Nombre del paciente: _____

1.2. Edad. _____ 1.3. Sexo. _____

1.4. Escolaridad

Primaria terminada _____

Secundaria truncada _____

Secundaria terminada _____

Preparatoria _____

II.Higiene bucal

Cepillado _____

Uso del hilo dental _____

Uso de enjuague bucal _____

III.Salud bucal

Odontograma

Diente	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Clínica Códigos																
Diente	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CODIGOS Y CRITERIOS.

PERMANENTES	CONDICIÓN
1	Cariado
2	Obturado
3	Perdido por caries
4	Extracción indicada
5	Sano
0	No aplicable

IV Estado nutricional

Peso_____Talla_____ IMC_____

Firma del encuestador_____