



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CARIES DENTAL EN ADULTOS.
EXPEDIENTE CLÍNICO MULTIDISCIPLINARIO ELECTRÓNICO. 2014-2015

TESIS

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN

MARTINEZ JUAREZ JANETH

MOLINA RUIZ ESTEFANIA

RODRIGUEZ LEON JORGE ALBERTO

DIRECTOR DE TESIS
C.D. DE LA CRUZ CARDOSO DOLORES

Ciudad de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CARIES
DENTAL EN ADULTOS. EXPEDIENTE
CLÍNICO MULTIDISCIPLINARIO
ELECTRÓNICO. 2014-2015

Índice

Introducción.....	5
Marco teórico.....	7
Concepto de Caries Dental.....	7
Epidemiología de Caries Dental en Latinoamérica.....	8
Prevalencia y severidad de Caries Dental en México.....	9
Importancia de los estudios epidemiológicos.....	11
Clínicas Universitarias de Atención la Salud (CUAS).....	11
Expediente Clínico Multidisciplinario electrónico (ECLIME).....	12
Planteamiento del problema.....	14
Objetivos.....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
Material y métodos.....	16
Tipo de estudio.....	16
Población de estudio.....	16
Operacionalización de las variables.....	17
Procesamiento de la información.....	18
Análisis estadístico.....	18

Resultados.....	18
Discusión.....	25
Conclusiones.....	31
Perspectivas.....	32
Referencias.....	33
Anexos.....	40

Introducción

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza), cuenta con ocho Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS), que brinda servicio a niños, mujeres en edad fértil, embarazadas, a hombres jóvenes, de edad madura y a adultos mayores. En estas clínicas se cuenta con el apoyo del Expediente Clínico Multidisciplinario Electrónico (ECLIME), que almacena los datos del paciente en formato digital. Anualmente, estas clínicas generan alrededor de 15,000 expedientes, relacionados con la carrera de Cirujano Dentista, que podrían ser aprovechados para llevar a cabo investigación clínica y epidemiológica. Esta posibilidad está plasmada en el Plan de Desarrollo Institucional 2010-2014.

Sin embargo, el odontograma del expediente clínico multidisciplinario electrónico (ECLIME), no permite establecer el CPOD, ni el CPOS de pacientes, debido a que la información que ofrece es insuficiente. Los datos que aparecen en el expediente señalan los dientes perdidos o para extracción indicada, pero no la causa de la ausencia o de la extracción indicada de los órganos. Por otro lado, tampoco se tiene el dato sobre la causa de las restauraciones totales o coronas por lo cual no se puede tomar dentro del rubro de obturaciones. Por esta razón, el planteamiento del problema, los objetivos, tanto el general como los específicos, tuvieron que ser modificados, y los resultados presentados por número de superficies cariadas, obturadas, perdidas, restauración total, y sanas de manera independiente.

Por ello planteamos como nuevo objetivo determinar el número de superficies cariadas, perdidas, obturadas, con corona y sanas, de acuerdo al sexo, a la edad y a la escolaridad de los pacientes de 18 años y más, que asistieron a las CUAS de la FES Zaragoza durante el periodo 2014-2015.

Se realizó un estudio epidemiológico, retrospectivo, transversal y observacional. Para su realización se empleó información de las bases de datos recopiladas en el Expediente Clínico Multidisciplinario Electrónico (ECLIME), durante el periodo 2014-2015.

Nuestros resultados muestran la similitud de los promedios de superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas en ambos sexos. Además, se observó una disminución de las superficies sanas conforme aumenta la edad. También el número de superficies sanas aumentan con la escolaridad.

Consideramos que el ECLIME debe ser un instrumento sumamente útil para llevar a cabo investigación clínica. Sin embargo, para hacer investigación epidemiológica referida a la experiencia de caries dental, la información que ofrece, en el odontograma es insuficiente.

Marco Teórico

Concepto de Caries Dental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental se puede definir como un proceso patológico localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad¹.

Fejerskov² refiere que la caries entendiéndola como una enfermedad, no se puede prevenir, pero si se puede evitar su progresión, es decir, se puede interferir el proceso antes que la lesión inicial se transforme en un hecho irreversible. La caries no es una situación aislada, se le considera una enfermedad infecciosa y multifactorial, que resulta del acúmulo de una serie de eventos en el tiempo. Asimismo, se afirma que pertenece al grupo de enfermedades consideradas “complejas” o “multifactoriales”, como el cáncer, o las enfermedades del corazón, la diabetes, y ciertas enfermedades psiquiátricas.

Esta enfermedad se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que acaban destruyendo al diente. Se acepta que esta destrucción es el resultado de la acción de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente de la placa dental. Clínicamente, la caries dental se identifica por el cambio de color, pérdida de translucidez y descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso avanza, se destruyen tejidos y se forman cavidades¹.

Esta enfermedad persiste como problema de salud bucal en el orbe. La probabilidad de desarrollarla y la severidad de las lesiones difieren entre las comunidades³. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y sexo. Es

la principal causa de pérdida de los dientes, por lo que constituye un problema de salud pública⁴.

Se han vinculado diversos factores de riesgo a la caries dental, que determinan su producción y distribución, como lo son el nivel socioeconómico y educativo, el cultural, el nutricional, el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y la ausencia de hábitos higiénicos^{5,6}.

En este estudio vamos a abordar la distribución de la caries dental únicamente, en relación a la edad, el sexo, y la escolaridad.

Epidemiología de Caries Dental en Latinoamérica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cinco mil millones de personas en el mundo tienen caries dental. Esta enfermedad, en términos de dolor, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida, es considerable y costosa⁷.

La caries dental es el mayor problema de salud bucal en los países industrializados. Afecta a la mayoría de los adultos. Además, es la enfermedad bucodental más prevalente en Latinoamérica y Asia⁸. Estudios previos, como el de González y cols., plantearon en 2009, que la caries dental se presenta, aproximadamente, en el 99% de la población de América Latina y un 96% del resto del mundo⁹. Por ser un proceso acumulativo, la severidad del daño se incrementa a medida que aumenta la edad¹⁰.

Por lo que la OMS recomienda la realización de estudios epidemiológicos en población adulta perteneciente al grupo de edad comprendido entre 65 y 74 años, debido a la importancia de este grupo para describir y analizar el daño acumulado producido por la enfermedad caries a lo largo de los años y

establecer de manera apropiada y temprana, las medidas de control para esta enfermedad^{11,12}. Ya que a pesar de que existen tecnologías preventivas, la odontología en Latinoamérica continúa usando métodos curativos, costosos, complejos e ineficientes, y se sigue ofreciendo a 90% de la población la exodoncia como única solución¹³.

En Santiago de Chile se llevó a cabo un estudio con la finalidad de recopilar la información arriba citada. Los resultados informan de un daño acumulado severo. Un 100% de los individuos presentaron historia de caries con un CPOD promedio de 25 y un 14% eran edéntulas. Se obtuvieron resultados similares en 1993 en población española de la misma faja etaria¹².

Prevalencia y Severidad de Caries Dental en México

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles en el 2009 presentó el reporte denominado Perfil Epidemiológico de la Salud Bucal en México 2010¹⁴. En él encontramos información de toda la República recopilada a partir de la revisión de sus bases de datos. En esta fuente, localizamos información sobre niños, adolescentes, adultos jóvenes, así como de adultos y adultos mayores que acudieron a la consulta en Centros de Salud, Clínicas u Hospitales de todo el Sistema de Salud del país. Las cifras muestran, un sistemático incremento en la experiencia de caries dental con la edad.

En México se han llevado a cabo diversos estudios sobre la prevalencia e incidencia de la caries dental. De esta manera, en un estudio en adolescentes de 13 a 18 años de edad, la prevalencia de caries dental fue aproximadamente del 50% y fue similar entre hombres y mujeres¹⁵.

El estudio realizado a 77,191 estudiantes de primer ingreso al bachillerato de la Universidad Nacional Autónoma de México, con edades de 15 a 18 años, reportó un CPOD promedio de 5. La prevalencia de caries dental fue de 48%¹⁶. En la FES Iztacala se encontró una prevalencia del 94%¹⁷. Esto nos indica que la edad puede jugar un papel importante en la distribución de la caries dental, ya que se puede apreciar a la edad de 15 a 18 años una prevalencia del 48% y entre los 18 y 21 años una prevalencia hasta del 94%.

En el 2014, De la Cruz y cols., registraron en la FES Zaragoza, en jóvenes universitarios de 18 a 21 años, una prevalencia de caries dental del 72%¹⁸. Resultados similares fueron encontrados en San Luis Potosí, con personas de 16 a 25 años de edad, observaron una prevalencia de caries dental del 74%. Por otra parte, en Nayarit, jóvenes de 17 a 32 años observaron una prevalencia de caries dental del 69%¹⁹.

En el Estado de Hidalgo en una población de personas mayores de 70 años de edad, el índice CPOD fue 6²⁰.

En un estudio en ancianos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social del suroeste de la Ciudad de México el índice CPOD fue de 14²¹.

En términos generales, la experiencia de caries, se puede asociar con el nivel de escolaridad. En la mayoría de los grupos, las personas con una escolaridad menor, presentan un mayor número de dientes afectados por caries y de piezas dentales perdidas o que no han recibido tratamiento. Se detectó que el estado dentario, en general, es mejor en los adultos que poseen una escolaridad mayor¹⁴.

Importancia de los estudios epidemiológicos

El principal objetivo de la epidemiología es desarrollar conocimiento de aplicación a nivel poblacional, y por esta razón es considerada como una de las ciencias básicas de la salud pública²².

La epidemiología tiene entre sus aplicaciones y fines la valoración y medición de los eventos relacionados con la Salud y la enfermedad. Para cumplir sus fines se vale de los distintos diseños epidemiológicos, éstos han contribuido al conocimiento y control de las enfermedades y exposiciones ocupacionales²².

La importancia de realizar estudios epidemiológicos en este tipo de población radica en la determinación de necesidades de salud, definir objetivos de salud bucal a futuro y planear los servicios de salud apropiados que se necesitan¹⁹.

Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS)

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza), cuenta con ocho clínicas universitarias de atención a la salud (CUAS), creadas a partir de 1977, ubicadas dentro del área de influencia de la Facultad que es la zona Oriente metropolitana de la Ciudad de México; en la Delegación Iztapalapa del Distrito Federal y en los Municipios de Nezahualcóyotl y Los Reyes La Paz, del Estado de México; cada una recibe un nombre algunas veces coincidente con el lugar donde se sitúan²³.

Los servicios se brindan a niños, mujeres en edad fértil y a embarazadas, a hombres jóvenes y de edad madura, a personas adultas mayores; y en general a población que acude a solicitar atención sin importar que cuenten o no con algún servicio de seguridad social²³.

En todas las CUAS se brinda atención odontológica, médica y psicológica. Se dispone de 267 unidades odontológicas, 44 consultorios médicos, 6 cámaras de Gesell y 74 cubículos²⁴.

De acuerdo al plan de estudios de la Carrera de Cirujano Dentista se aborda el proceso salud enfermedad en cuatro ejes de referencia que son los elementos orientadores de la práctica estomatológica por cada año. En el primer año es el Proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático en la sociedad. En el segundo es el Proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático en la población infantil y adolescente. Para el tercer año es el Proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático en la población adulta y mujer gestante. Y finalmente en el cuarto año el eje de referencia es el Proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático y la práctica profesional²⁵.

Como podemos observar los dos últimos años de la carrera son los que se ocupan de población adulta, por lo cual se destinan un total 6 clínicas con esta finalidad.

Expediente Clínico Multidisciplinario Electrónico (ECLIME)

La actual administración planteó la modificación del modelo de docencia, servicio e investigación de las clínicas multidisciplinarias. Cambió su nombre a Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS). Asimismo, en el 2010 se inició el diseño del expediente clínico único electrónico para todo el sistema de clínicas, que incluiría a todas las disciplinas que dan atención a pacientes dentro de las mismas.

Dentro del Plan de Desarrollo Institucional 2010-2014 de la FES Zaragoza²⁶, identificamos este expediente como el Proyecto No. 26, la instancia responsable

es la Unidad de Clínicas Universitarias de Atención a la Salud. Los objetivos de la implementación de este expediente son:

- Optimizar, sistematizar y homologar el uso de la información médico-científica a través de la implementación y desarrollo del expediente clínico único electrónico con el fin de mejorar el proceso de enseñanza/aprendizaje en los alumnos de las carreras de Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Enfermería, Psicología y QFB de la FES Zaragoza.
- Promover el uso y la relevancia del alcance del expediente único electrónico para contribuir al desarrollo de una cultura de calidad de la atención sanitaria y educativa, y de respeto al marco legal y jurídico, así como la realización de investigación clínica y epidemiológica, y la evaluación administrativa y estadística en la zona de influencia de las CUAS de la FES Zaragoza.

Asimismo, se enfatiza, como parte de las metas de esta administración la promoción y elaboración de proyectos de investigación, basados en el Expediente Clínico Único Electrónico de cada una de las clínicas que forman parte del sistema.

Actualmente, la única carrera que maneja el denominado Expediente Clínico Multidisciplinario Electrónico (ECLIME), es la carrera de Cirujano Dentista. Hasta el momento, la presente investigación que se está planteando por parte de la Unidad Universitaria de Investigación en Cariología, representa la primera iniciativa al respecto.

De esta manera, en el odontograma del expediente se registra la información pertinente a caries dental. En dicho gráfico teóricamente, el profesional detalla qué cantidad de órganos dentales tiene el paciente, cuáles presentan caries, cuáles están restaurados, cuántos han sido extraídos, así como cuantos dientes presentan extracción indicada, y otros datos de importancia²⁷. Por lo que podemos obtener el índice CPOD de Klein y Palmer, el cual determina la experiencia presente y pasada de la caries dental a través de sus componentes²⁸. Sin embargo, en la práctica esto no es posible, por lo que el proyecto original tuvo que ser modificado.

El odontograma del expediente clínico multidisciplinario electrónico (ECLIME), no permite establecer el CPOD, ni el CPOS de pacientes, debido a que la información que ofrece es insuficiente. Los datos que aparecen en el expediente señalan los dientes perdidos o para extracción indicada, pero no la causa de la ausencia o de la extracción indicada de los órganos. Por otro lado, tampoco se tiene el dato sobre la causa de las restauraciones totales o coronas por lo cual no se puede tomar dentro del rubro de obturaciones. Por esta razón, el planteamiento del problema, los objetivos, tanto el general como los específicos, tuvieron que ser modificados, y los resultados presentados por número de superficies cariadas, obturadas, perdidas, restauración total, y sanas de manera independiente.

Planteamiento del problema

¿Cuál es el número de superficies cariadas, perdidas, obturadas, con corona y sanas, en relación a sexo, edad y escolaridad en pacientes de 18 años en

adelante, que asistieron a las CUAS de la FES Zaragoza durante el periodo 2014-2015?

Objetivos

Objetivo general

Determinar el número de superficies cariadas, perdidas, obturadas, con corona y sanas, de acuerdo al sexo, a la edad y a la escolaridad de los pacientes que asistieron a las CUAS de la FES Zaragoza durante el periodo 2014-2015.

Objetivos específicos

- Determinar el número de superficies cariadas, en relación al sexo, edad y escolaridad de los pacientes que asisten a las CUAS de la FES Zaragoza.
- Determinar el número de superficies perdidas, en relación al sexo, edad y escolaridad de los pacientes que asisten a las CUAS de la FES Zaragoza
- Determinar el número de superficies obturadas, en relación al sexo, edad y escolaridad de los pacientes que asisten a las CUAS de la FES Zaragoza
- Determinar el número de superficies con coronas, en relación al sexo, edad y escolaridad de los pacientes que asisten a las CUAS de la FES Zaragoza
- Determinar el número de superficies sanas, en relación al sexo, edad y escolaridad de los pacientes que asisten a las CUAS de la FES Zaragoza

Material y Métodos

Metodología

Para la realización de este estudio se utilizaron las bases de datos del Expediente Clínico Multidisciplinario Electrónico* de los años 2014-2015, en lo

referente a la ficha clínica y odontograma. Para lo cual se obtuvo la autorización del Comité de Clínicas Universitarias de Atención a la Salud. Asimismo, la Unidad de Clínicas Multidisciplinarias autorizó al Jefe de Programación y Sistemas de Información, para darnos acceso a la información pertinente a nuestro estudio. Se capturaron datos del ECLIME de las ocho CUAS de la FES Zaragoza de los pacientes que presentaron 18 a 89 años. Se estableció una matriz de datos ad-hoc, en Excel con la finalidad de capturar la información del odontograma del expediente. Los datos capturados son superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas. Asimismo, en esta matriz se introdujeron los datos de edad, escolaridad y sexo.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio epidemiológico, transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo.

Población de estudio

Expediente Clínico Multidisciplinario Electrónico 2014-2015 en relación a escolaridad, sexo y edad y datos de experiencia de caries en el odontograma de los pacientes de 18 años y más.

Criterios de inclusión

1. Información completa acerca de la edad (18 años y más), sexo y escolaridad.
2. Odontograma con registro completo.
3. Periodo 2014-2015.
4. Otros.

*** Copyright 1998-2013 Alexandre Dedioulia. Todos los derechos reservados.**

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
----------	------------	-------------------	------------

Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo ²⁹ .	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Sexo	Lo relacionado con la significación sexual del cuerpo en la sociedad (masculinidad o femineidad) ³⁰ .	Cualitativa Nominal	-Hombre -Mujer
Escolaridad	Nivel educativo que presenta el individuo al momento de asistir a la clínica ³¹ .	Cualitativa Ordinal	Último año cursado del grado escolar que corresponda.
Cariado	Dientes permanentes que presentan lesiones cariosas no restauradas ³² .	Cuantitativa Discreta	Número de superficies que presentan experiencia de caries.
Perdido	Ausencia de un diente por caries ³² .	Cuantitativa Discreta	Número de superficies perdidas.
Obturado	Diente restaurado con material permanente por caries ³² .	Cuantitativa Discreta	Número de superficies que presentan obturaciones.
Restauración total	Reconstrucción de un diente para devolver su función ³² .	Cuantitativa Discreta	Número de superficies que presentan restauraciones totales.
Sano	Diente libre de caries ³² .	Cuantitativa Discreta	Número de superficies que se presentan sanas.

Procesamiento de la información

Se registró la información relativa a la edad, sexo y escolaridad de cada uno de los pacientes que asistieron durante el periodo 2014-2015 a las CUAS de la FES Zaragoza, así como los datos del odontograma pertinentes a las superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas.

Los datos se procesaron para obtener el número de las superficies cariadas, obturadas, perdidas, con corona y sanas a nivel individual, por faja etaria, por sexo y escolaridad.

Análisis estadístico

Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva para establecer el promedio de las superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas. Estos cálculos se llevaron a cabo tomando en cuenta los datos de edad, sexo y escolaridad de toda la población total.

Por otra parte, se establecieron grupos que nos permitieron describir la distribución de la enfermedad, de acuerdo a cada una de las variables consideradas en este estudio y que fueron citadas con anterioridad. Se establecieron los gráficos y tablas de frecuencia correspondientes.

Resultados

Se revisó una población total de 15,434 expedientes clínicos de las CUAS de la FES Zaragoza. De acuerdo a los criterios de inclusión fueron considerados, para este estudio un total 3,436 expedientes clínicos. Se eliminaron 11,998 expedientes:

Criterio	Eliminados Número
Periodo	5498
Edad	5654
Odontograma	843
Otros	3
Total	11998

Generalidades

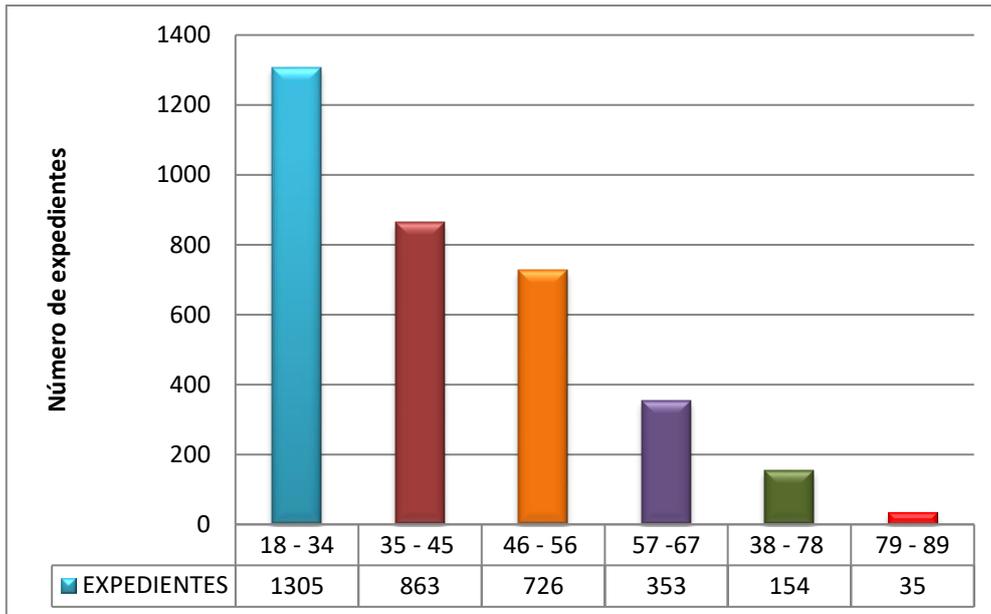
Los resultados nos indican que la población que asiste a las CUAS de la FES Zaragoza, presenta un promedio de 40 años de edad y 13 años de escolaridad. Asimismo, el sexo femenino compone la mayor parte con un 61% (2111) del total de la población.

En anexo los resultados de cada una de las clínicas de la FES Zaragoza, que fueron analizadas en el presente estudio.

Distribución de expedientes clínicos por edad

La población, asistente a las CUAS son básicamente, adultos jóvenes entre 18 y 34 años de edad, un mínimo de la población son adultos mayores entre 79 a 89 años de edad. (Gráfica 1).

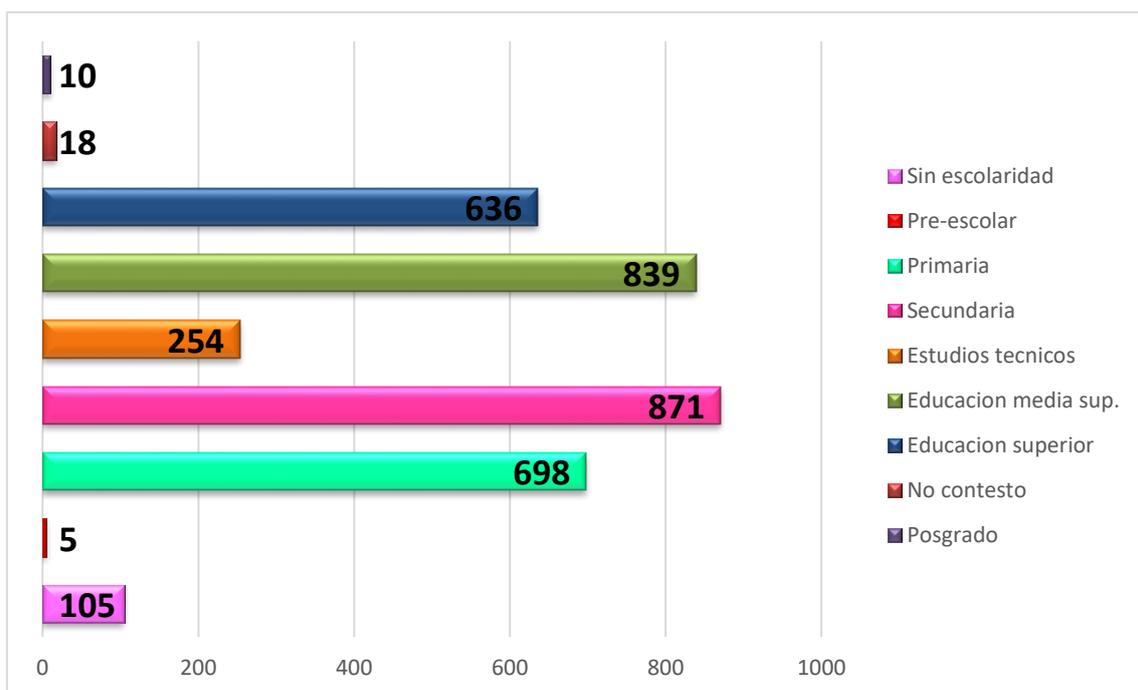
Gráfica 1. Expedientes clínicos por edad. CUAS de la FES Zaragoza. 2014-2015



Distribución de expedientes clínicos por escolaridad

Podemos señalar que los resultados de pacientes con estudios de secundaria y educación media superior son muy similares, Sin embargo, la población sin escolaridad es mínima pero significativa. (Gráfica 2).

Gráfica 2. Expedientes clínicos por escolaridad. CUAS de la FES Zaragoza. 2014-2015.



Superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas en el total de la población.

La población que oscila, entre los 18 y 89 años de edad, teóricamente, debiera mostrar un total de 439,808 superficies sanas. Sin embargo, encontramos que aproximadamente, 50,000 están perdidas y cerca de 23,000 presentan caries activa. Asimismo, encontramos que es una población que cuya dentadura, presenta la mayor parte de sus superficies sanas. (Tabla 1).

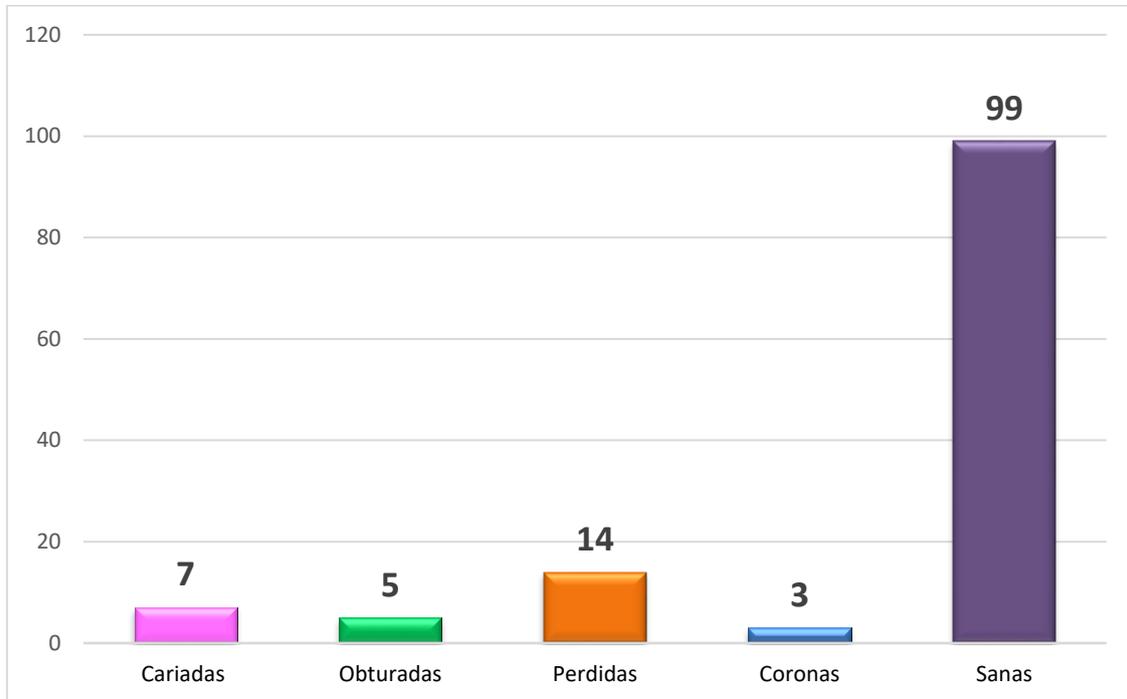
Tabla 1. Número de Superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas. CUAS de la FES Zaragoza. 2014-2015

	Número de superficies
Cariadas	22526
Obturadas	17282
Perdidas	49567
Coronas	10799
Sanas	339612

Promedio de superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas

El número promedio de superficies sanas en esta población es de 99 ± 26 . El número de superficies cariadas es de 7 ± 7 . Las obturadas son, en promedio, 5 ± 7 . Sobresale el número de superficies perdidas con 14 ± 25 . Las superficies con corona son 3 ± 11 . (Gráfica 3).

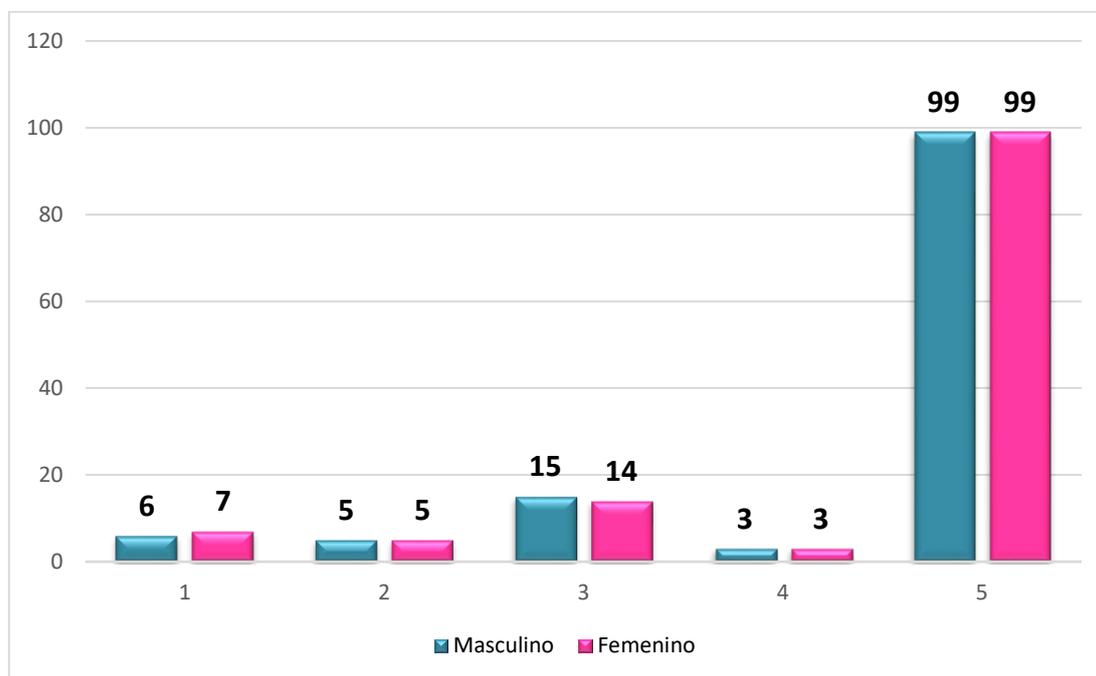
Gráfica 3. Número de superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio. Población total. CUAS de la FES Zaragoza. 2014-2015



Distribución del promedio de superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas por sexo

En esta Gráfica podemos observar la similitud de los promedios de superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas en ambos sexos. (Gráfica 4).

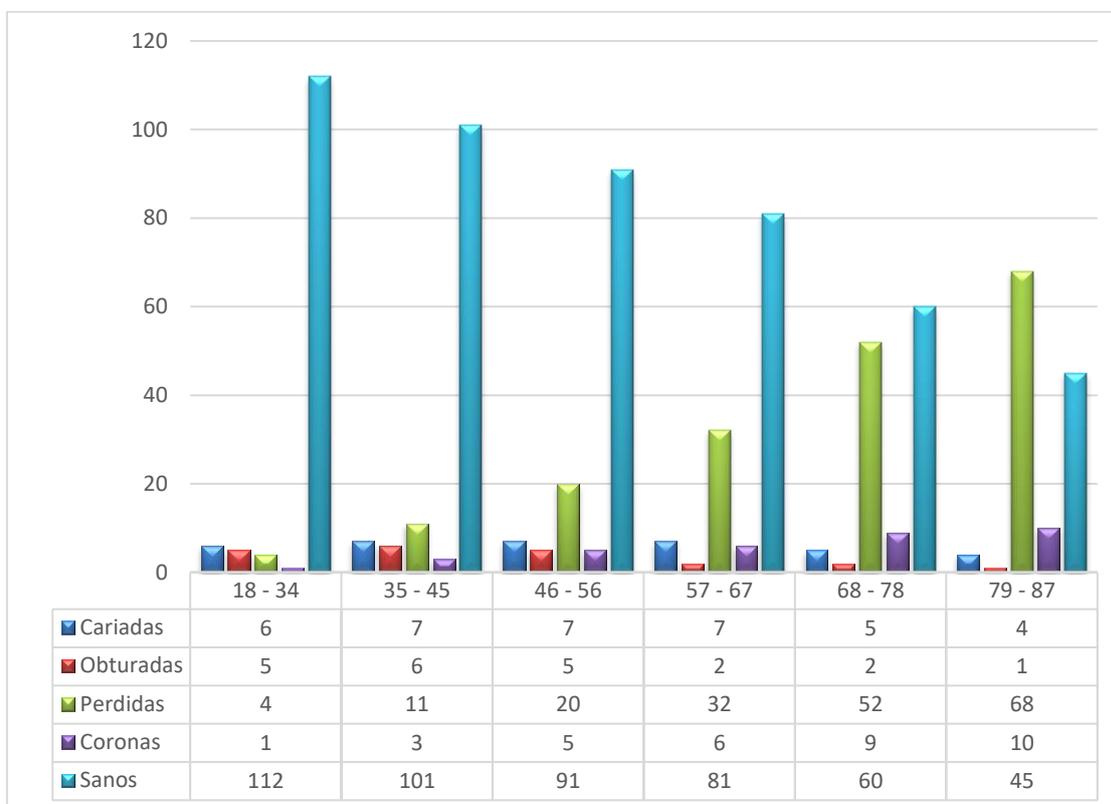
Gráfica 4. Promedio de superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas por sexo. CUAS de la FES Zaragoza. 2014-2015



Distribución de superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas por rangos de edad

La Gráfica 5 muestra el papel de la edad en el incremento de las superficies perdidas y con coronas. El coeficiente de correlación es de 0.5 entre estas dos variables (superficies perdidas y edad). Asimismo, se evidencia la disminución de las superficies sanas conforme aumenta la edad.

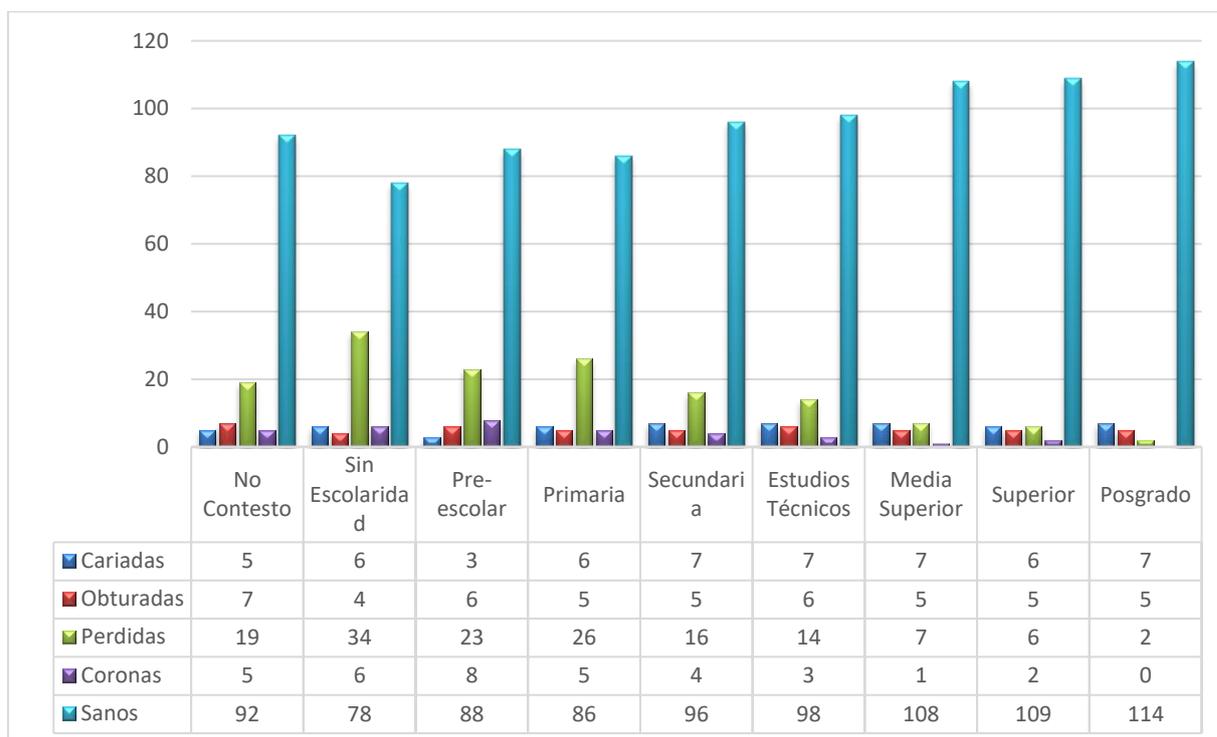
Gráfica 5. Superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas por rangos de edad. CUAS de la FES Zaragoza. 2014-2015



Distribución de superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas por escolaridad

En la Gráfica 6 podemos señalar que el número de superficies perdidas en promedio es mayor en la población que no presenta escolaridad. Asimismo, este indicador es bajo, en las personas con posgrado. El número de superficies sanas aumenta con la escolaridad. En este caso el coeficiente de correlación es de 0.3 entre las superficies sanas y la escolaridad.

Grafica 6. Superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas por escolaridad. CUAS de la FES Zaragoza. 2014-2015



Discusión

Consideramos que el ECLIME debe ser un instrumento sumamente útil para llevar a cabo investigación clínica. Sin embargo, para hacer investigación epidemiológica referida a la experiencia de caries dental, la información que ofrece, en el odontograma es insuficiente.

Los resultados de nuestro estudio, coinciden con los datos de diversas investigaciones en población adulta, donde la tendencia es similar en cuanto al sexo y no existe diferencia en sus componentes, cariados, perdidos y obturados^{34,35,36}.

En Argentina y Venezuela, se realizaron estudios en pacientes adultos, donde se encontró que los promedios de los componentes cariado, obturado y perdido son similares en ambos sexos^{37,38}. Moya³⁹, en un estudio en 192 adultos de

ambos sexos, entre 20 y 59 años de edad, obtuvo en el componente dientes perdidos una tendencia similar en ambos sexos. Los resultados de nuestra investigación coinciden con estos estudios.

Por otra parte, Hessari⁴⁰ y Olmos⁴¹, en estudios de población adulta obtuvieron que la distribución del CPO es mayor para el sexo femenino que para el masculino. Lo cual indica que la necesidad de atención odontológica es mayor en el sexo femenino. No obstante, en nuestro estudio los resultados indican que ambos sexos tienen necesidades de tratamiento similares.

Diversos estudios relacionados afirman que el número de superficies cariadas, obturadas, perdidas y con corona aumentan con la edad. Esto puede deberse a que a medida que aumenta la edad, disminuye la secreción salival, aumentando los niveles de placa y elevando el número de superficies cariadas. Además, el autocuidado disminuye.

Estudios como los de Rodríguez realizados en población adulta de 17-34 años, sin importar el sexo, presentan un promedio de 15 superficies cariadas. Estos contrastan con nuestra investigación, la cual indica que se presentan un promedio de 5 superficies cariadas que podrían ser equivalentes a 5 dientes o bien solo a uno⁴².

En otro estudio en adultos mayores de 65 años, Pacheco indica que la frecuencia de piezas cariadas es de 2,97, obturadas 0,2 y pérdidas es de 10,69. Nuestros resultados muestran una tendencia muy diferente, en cuanto a cariados y perdidos, ya que tenemos apenas 7 superficies cariadas y 32 superficies perdidas. En lo que coincidimos es con la baja atención restauradora que recibe este grupo de edad⁴³.

En un estudio en un grupo de personas de 18 a 74 años de edad realizado en Santiago de Cuba se concluyó que la edad es un factor determinante en relación a la distribución de caries dental. El estudio de Gutiérrez-Vargas, León-Manco y Castillo-Andamayo, encontró un 72% de pacientes con pérdida dentaria. El rango de edad más frecuente fue de 32 a 40 años (76,8%) y en lo que respecta al grado de instrucción, se obtuvo la mayor frecuencia de pérdida dentaria en el nivel de estudios de primaria completa e incompleta (81.5%) tanto para hombres como para mujeres. De esta manera, podemos afirmar que nuestros datos son semejantes a estos resultados. La población que se analizó en este estudio cuenta con un grado de estudios mínimo, por lo que probablemente, la situación socioeconómica es negativa, como lo indica el estudio de Romo⁴⁵. Por lo cual la población recurre con mayor frecuencia a la extracción dental. En nuestra experiencia, durante nuestra formación observamos que los pacientes buscan la alternativa más económica, más rápida y que les ofrece la mejor solución a su problema de dolor.

Por otro lado, Jiménez-Gayosso, nos menciona que, de acuerdo a la epidemiología generada alrededor del mundo, es innegable la existencia de desigualdades en salud bucal relacionadas con la posición socioeconómica, lo que representa un gran desafío para las políticas de salud y la salud pública⁴⁶.

México se encuentra en una región donde se presentan las más altas desigualdades sociales, desigualdades que tienen expresiones concretas en los determinantes sociales de la salud y que configuran inequidades en indicadores socio sanitarios, en el acceso a servicios y en las condiciones de salud.

En el 2007, la OMS informó sobre la caries dental como una de las principales causas de morbilidad bucal, con una prevalencia entre el 60% y 80% de la población mundial, que afecta en su mayoría a grupos vulnerables debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas.

Según la OMS en el 2012 en términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia. (OMS, 2012)

Según la OMS en el 2012 dijo que en la mayoría de las enfermedades y afecciones bucodentales requieren una atención odontológica profesional; sin embargo, la limitada disponibilidad o la inaccesibilidad de estos servicios hace que sus tasas de utilización sean especialmente bajas entre las personas mayores, los habitantes de zonas rurales y las personas con bajos niveles de ingresos y de estudios.

Por lo cual las metas del 2025 de la OMS son mantener un control informatizado del estado de salud bucal que posibilite el análisis económico de la salud. Sus metas son alcanzar un 90% de niños libres de caries, el 90% de los jóvenes de 20 años deberán estar libres de caries, el 90% de la población sin dolencia periodontal, más del 75% de la población deberá tener conciencia sobre la etiología y prevención de las dolencias bucales que la motive a realizarse un autoexamen y autocuidados^{47, 48}.

Para poder alcanzar las metas trazadas por la OMS es necesario que se implementen programas nuevos y prácticos, como lo fue en su momento la fluoruración de la sal de mesa.

Debemos tomar en cuenta un aspecto muy importante, durante los primeros nueve años de instrucción básica, los niños cuentan con programas y atención por parte de los docentes y los padres, lo cual genera en los niños un hábito diario de higiene bucal. Los niños mostraron un promedio de 1.12 dientes con experiencia de caries.

Esto cambia radicalmente al terminar la primaria y comenzar la adolescencia, en la cual las instituciones tanto públicas como privadas se enfocan solamente en la educación, dejando de lado la higiene bucal y personal, perdiendo los hábitos generados durante nueve años, esto aunado a que los jóvenes entran a una etapa de desafío a la autoridad.

Esto genera un cambio radical en los jóvenes, ya que los padres dejan de prestarles atención. Además de que el joven adquiere mayores responsabilidades y se empieza a hacer cargo de su salud, aunque aún no cuenta con los medios económicos, ni con los conocimientos o madurez necesarios.

Otro punto importante son los traslados a los centros educativos, conforme se avanza en los grados académicos las instituciones comienzan a estar más alejadas, esto lleva a que los jóvenes pasen más tiempo dentro del transporte público y las instituciones educativas, generando así un cambio en la alimentación y en la higiene.

La salud bucal, a pesar de ser parte de la salud general de los individuos, generalmente es excluida por las mismas personas, en los programas de salud y por los sistemas de salud. Permitiendo que la brecha de inequidad sea más pronunciada, especialmente cuando hablamos del adulto mayor.

Aún hay muchas personas que consideran que la pérdida de dientes es una consecuencia del envejecimiento, sin embargo, esta más íntimamente relacionada con experiencias de procesos infecciosos y falta de higiene.

La higiene dental inadecuada favorece la aparición de caries dental y enfermedad periodontal y si esta no se trata, o se trata de manera deficiente, se sugiere que la enfermedad bucal comienza generando una modificación de las condiciones bucales, la cual produce cierto grado de incomodidad o limitación funcional e incluso se puede convertir en una discapacidad. Como consecuencia del avance de la edad se presentan complicaciones bucodentales como la atrición, abrasión, pérdida dental a causa de la caries o la enfermedad periodontal, xerostomía, migración dental y disminución de la eficiencia masticatoria.

También debemos tomar en cuenta la relación de la salud bucal y el estado nutricional, a causa de prótesis mal ajustadas y pérdida dentaria, el adulto mayor comienza a ser más selectivo con su alimentación, evitando así los alimentos duros o en los que requiera ejercer mucha fuerza, para evitar la expulsión o movilidad de la prótesis. Los problemas de salud dental en los adultos mayores deben tomarse en cuenta, ya que en esta etapa de la vida hay un mayor riesgo de tener consecuencias más severas y complejas que requieran de atención especializada⁴⁹.

Conclusiones

El 61% (2111) de los expedientes clínicos corresponde a la población del sexo femenino.

El grupo de edad entre los 18 a 34 años, son los que acuden con mayor frecuencia a la atención odontológica.

La mayor parte de la población (871) presentó una escolaridad de 13 años, lo cual corresponde a secundaria.

Se encontraron promedios similares de superficies cariadas, perdidas, obturadas, con coronas y sanas en ambos sexos.

Se observó, en la totalidad de la población, una disminución de las superficies sanas conforme aumenta la edad.

El número de superficies perdidas fue mayor en el grupo de edad de los 79 a 89 años.

Los pacientes de 35 a 45 años de edad tuvieron el más alto número de superficies obturadas, a diferencia de los demás grupos.

Se mostró un promedio mayor en el número de superficies perdidas en la población que no presenta escolaridad.

El número de superficies sanas aumentó con la escolaridad.

Las superficies con prótesis fija de los pacientes fueron disminuyendo conforme aumentó la escolaridad.

Perspectivas

Es necesario contar con información epidemiológica sobre salud bucal para todos los grupos de edad, para así desarrollar acciones preventivas y de promoción de salud para la toma de decisiones encaminadas a mejorar la salud bucal de la población.

- Elaborar programas de control de caries que pongan énfasis en los adolescentes dentro de las instituciones de educación secundaria y media superior
- Introducir en los medios de comunicación masiva elementos de promoción de la salud bucal en relación a caries.

Revisar el CPOD ya que el que se registra en el ECLIME se establece a partir de una observación clínica y no epidemiológica.

Capacitar constante a los alumnos y profesores sobre el manejo del ECLIME, debido a que el número de expedientes eliminados (843) por falta de llenado del odontograma fue muy elevado.

Reforzar la plataforma del ECLIME para hacer más fácil el acceso para todos los alumnos y para todas las CUAS de la FES Zaragoza, ya que la portabilidad es deficiente.

Incentivar a los profesores para enfatizar la revisión de expedientes y asegurar que el alumno utilice todos los recursos que presenta el ECLIME.

Referencias bibliográficas

1. Vitoria I. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 13(51): 435-458.
2. Fejerskov O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. Community Dent Oral Epidemiol. 1997; 25: 5-12.
3. Fernández ME, Bravo B. Prevalencia y severidad de caries dental en niños institucionalizados de 2 a 5 años. Rev Cubana Estomatol. 2009; 46(3): 21-29.
4. Pérez JA, Mayor F, Pérez A. La caries dental como urgencia y su asociación con algunos factores de riesgo en niños. Rev. Med. Electrón. [Revista online] 2010[acceso 19 de septiembre de 2015]; 2010; 32(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242010000200009&lng=es.
5. Silva XD, Ruiz RC, Cornejo J, Llanas JD. Prevalencia de caries, gingivitis y maloclusiones en escolares de Ciudad Victoria, Tamaulipas y su relación con el estado nutricional. Rev. Odont. Mex. 2013; 17(4): 221-227.
6. Morón A, Navas R, Fox M, Santana Y, Quintero L. Prevalencia de caries dental en las etnias venezolanas. Ciencia Odontológica. 2009; 6(2): 99-115.
7. Medina JF, Alvarado S. Prevalencia de caries dental y necesidad de tratamiento en pacientes adultos con demanda de atención diagnóstica. Odontol. Clín. Cient. 2012; 11(2): 155-158.

8. Urzúa I, Cabello R, Rodríguez G, Gallardo S, Sánchez J, Hubbe M. Severidad de caries y pérdida de dientes de una población pre-Hispánica del norte de Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2012; 5(2): 66-68.
9. González A, Martínez T, Alfonso N, Rodríguez JA, Morales A. Caries dental y factores de riesgo en adultos jóvenes: Distrito Capital, Venezuela. *Rev Cubana Estomatol.* 2009; 46(3): 30-37.
10. Angel P, Fresno MC, Cisternas P, Lagos M, Moncada G. Prevalencia de caries, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en población adulta Mapuche-Huilliche de Isla Huapi. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2010; 3(2): 69-72.
11. García JO, Mejía JA, Medina E, Orozco G, Medina CE, Márquez S, Navarrete JJ, Islas H. 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.
12. Arteaga OG; Urzúa I, Muñoz A, Espinoza I, Mendoza CA. Prevalencia de caries y pérdida de dientes en población de 65 a 74 años de Santiago Chile. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2009;2(3): 161-9.
13. Seguén J, Arpízar R, Chávez Z, López B, CoureauxL. Epidemiología de la caries en adolescentes de un consultorio odontológico venezolano. *MEDISAN.* 2010; 14(1): 42-48.
14. SINAVE/DGE/SALUD/.Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010. 2010: 1-105

15. Vázquez E, Calafell RA, Barrientos MC, Lin D, Saldívar A, Cruz DL. et al. Prevalencia de caries dental en adolescentes: Asociación con género, escolaridad materna y estatus socioeconómico familiar. Rev. CES Odont.2011;24(1): 17-22
16. Fuente J, González M, Ortega M, Sifuentes MC. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. Salud Pública Mex. 2008; 50(3):235-240.
17. Jiménez J, Esquivel RI. Prevalencia de caries y fluorosis dental en alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Revista ADM 2013; 70 (4): 177-182
18. De la Cruz D, Serralde M, Cervantes A, Pinelo A, Potencial predictivo de un modelo reducido del Cariograma en estudiantes universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Rev. ADM. 2014; 71 (2): 72-76.
19. García JO, Mejía JA, Medina E, Orozco G, Medina CE, Márquez S, Navarrete JJ, Islas H. 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.
20. Taboada O, Cortés X, Hernández RD. Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. Revista ADM. 2014; 71 (2): 77-82.
21. Sánchez S, Juárez T, Reyes H, De la Fuente J, Solórzano F, García C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud Pública. 2007; 49(3): 173-181.

22. Mirón J.A., Sardón A. Medidas de frecuencia, asociación e impacto en investigación aplicada. Med. Secur. Trab. 2008, 54 (211): 93-102.
23. Las clínicas multidisciplinarias y los programas docentes de la FES Zaragoza. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. México, D.F: UNAM; 2003.
24. Plan de trabajo 2014-2018. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. [Acceso 01-10-15]. Disponible en: <http://www.zaragoza.unam.mx/>
25. Plan de Estudios carrera de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. [Acceso 07-09-15]. Disponible en: <http://www.zaragoza.unam.mx/>
26. Plan de Desarrollo Institucional 2010-2014. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. [Acceso 07-09-15]. Disponible en: <http://www.zaragoza.unam.mx/>
27. Fonseca GM, Cantín M, Lucena J. Forense II: La Identificación Inequívoca. Int. J. Odontostomat. 2013; 7(2): 327-334GM. et al. Odontología.
28. Franco AM., Guzmán IC, Gómez AM, Ardila CM. Reemergencia de la caries dental en adolescentes. Av. Odontoestomatol. 2010; 26(5): 263-270.
29. Oceano Mosby Diccionario de Medicina. 4ª ed. Barcelona: Océano; 1996. 432, 600, 443, 951.

30. Smejkalova J, Vimal J, Hodacova L, Fiala Z, Slezak R, Vellappally S. The Influence of Smoking on Dental and Periodontal Status. *Oral Health Care-Pediatric, Research, Epidemiology and Clinical Practices*. 2012.
31. INEGI. Censo de Población y Vivienda; [base de datos en Internet]. 2010, [acceso 05 de octubre de 2015] <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx?tema=P>
32. Ministerio de la Salud de la Nación. Indicadores epidemiológicos para la caries dental. 2013.
33. Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
34. Rivera AM, Artigas A, Buitrago E, Viguera Y. Prevalencia y factores de riesgo de caries dental en pacientes del municipio Urbano Noris. 2017; 21(1): 139-154.
35. Adriano MDP, Caudillo T, Gurrola B. Perfil epidemiológico bucal de la población adulta mayor de la delegación milpa alta (México) y la percepción que tienen de su boca. *Rev. Costarric. Salud Pública*. 2008; 17(32): 58-68.
36. Díaz CV, Pérez NM, Ferreira MI, Sanabria DA, Aponte LE, Arévalos MA et al. Assessment of oral health in a Native community Maká. *Rev. Nac. (Itauguá)*. 2014; 6(2): 16-27.
37. Pautasso, R., Fonseca, C., Córdoba, P. La caries dental y factores relacionados en una población de adultos de la ciudad de la Rioja, Argentina. *Acta Odontol Venez*. 2014; 54(2).
38. Lauzardo G, Gutiérrez CM, Quintana M, Gutiérrez Ni, Fajardo J. Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en

pacientes geriátricos Caricuao: Venezuela. Rev Haban Cienc Med. 2009; 8(4).

39. Moya P, Caro JC, Velásquez D, Feres A .Caries dental y necesidad de tratamiento protésico en adultos. Comuna de Macul, 2014. Rev Dent Chile. 2015; 106 (3) 25-28.

40. Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ. Murtomaa HT.Oral health among 35- to 44-year-old Iranians. Med Princ Pract [en línea] 2007;16 (4):280-5. [citado 02/09/2017]. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/102150>

41. Olmos P, Piovesan S, Musto M, Lorenzo S, Álvarez R, Massa F. Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. Odontoestomatología 2013; 15(spe): 26-34.

42. Sanjurjo U, Olarte V. Estudio Comparativo de tres Métodos de Diagnóstico para Caries Dental. Conocimiento Amazónico. 2015; 6(1): 74-75.

43. Pacheco A. Índice de CPOD y Necesidad de Tratamiento Protésico en Adultos Mayores de la Parroquia Chiquintad de la provincia de Azuay 2016. Cuenca, Ecuador. Tesis para Obtener el Título de Odontóloga; 2016. 44-45.

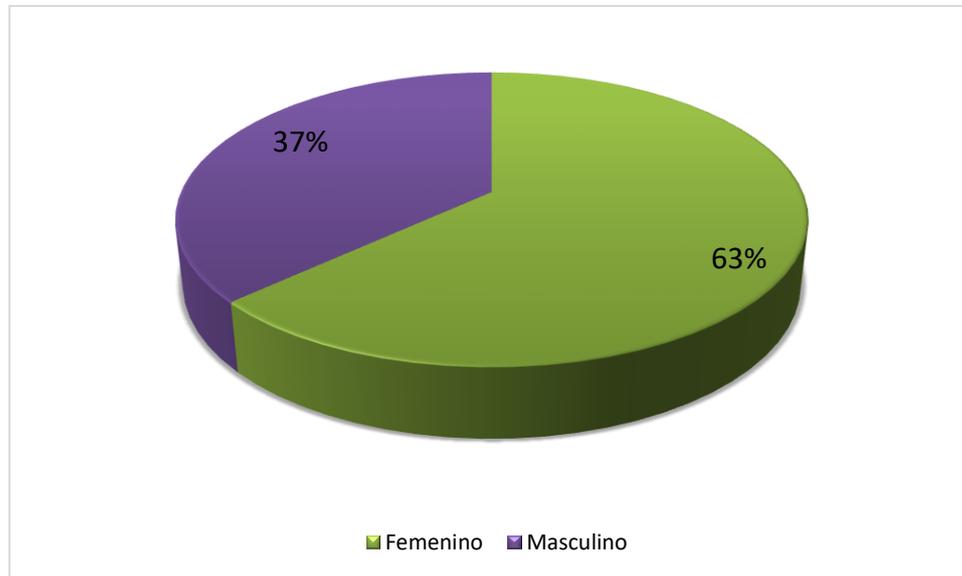
44. Perdomo C, Mediaceja N, Junco R, Ramírez G. Estado de salud bucal en pobladores del municipio de Palma S. MEDISAN [Internet]. 2016 Mayo [citado 2017 Oct 01]; 20(5): 645-651. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000500008&lng=es

45. Gutierrez, V; et al. (2015). Edentulismo y Necesidad de Tratamiento Protésico en Adultos de Ámbito urbano marginal, Rev Estomatol Herediana. Jul-Set;25(3):
46. S.I. Jiménez-Gayosso, C.E. Medina-Solís, E. Lara-Carrillo, R.J. Scougal-Vilchis, R. De la Rosa-Santillana, S. Márquez-Rodríguez, et al.
47. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal (USSB) alguna vez en la vida por escolares mexicanos de 6-12 años edad. Gac Med Mex, 151 (2015).
48. Organización Mundial de la Salud. (2012). Nota informativa N°318; Salud Bucodental. Recuperado el 23 de septiembre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
49. Castrejón-Pérez, RC. Salud Bucal en los Adultos Mayores y su Impacto en la Calidad de Vida. 2010; 258-269

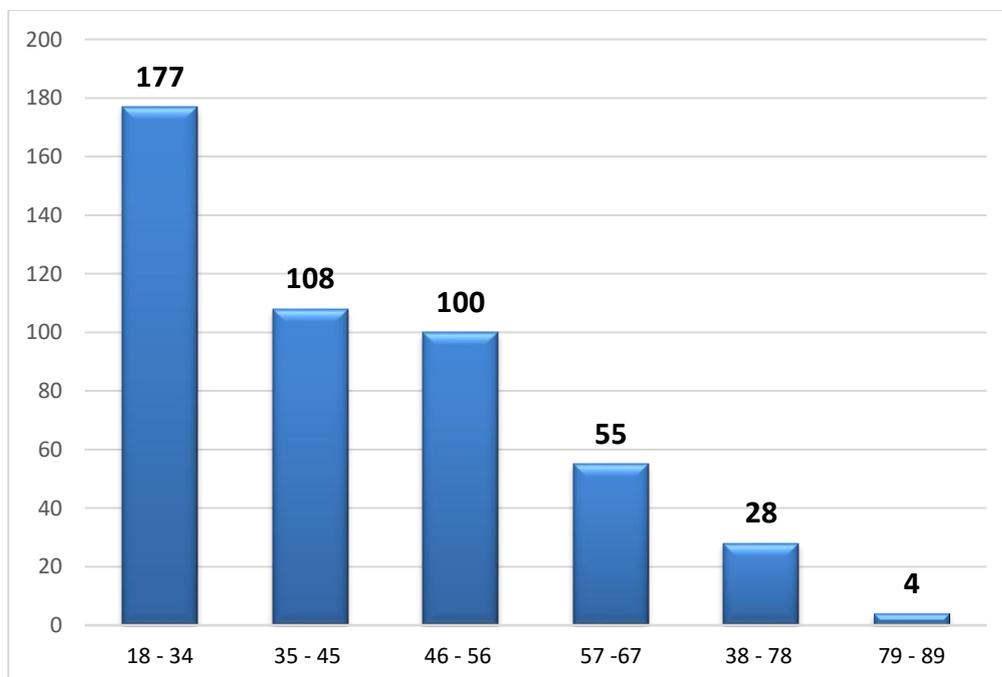
Anexos

CUAS Nezahualcóyotl

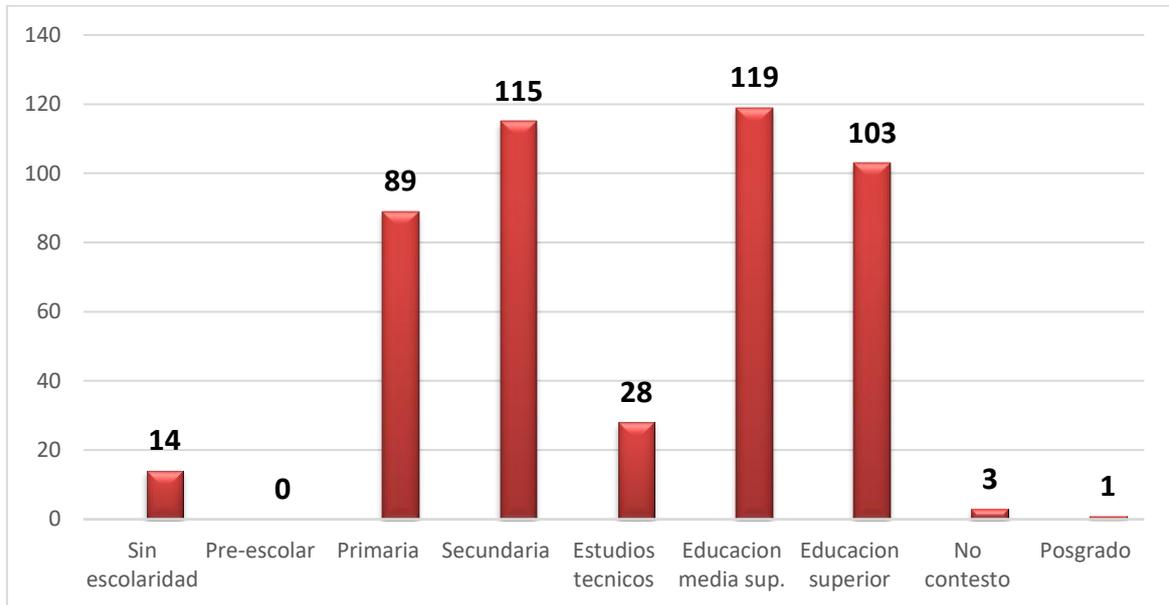
Gráfica 1. Expedientes clínicos por sexo. CUAS Nezahualcóyotl. 2014-2015



Gráfica 2. Expedientes clínicos por edad. CUAS Nezahualcóyotl. 2014-2015



Gráfica 3. Expedientes clínicos por escolaridad. CUAS Nezahualcóyotl. 2014-2015



Gráfica 4. Número de superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio. Población total. CUAS Nezahualcóyotl. 2014-2015

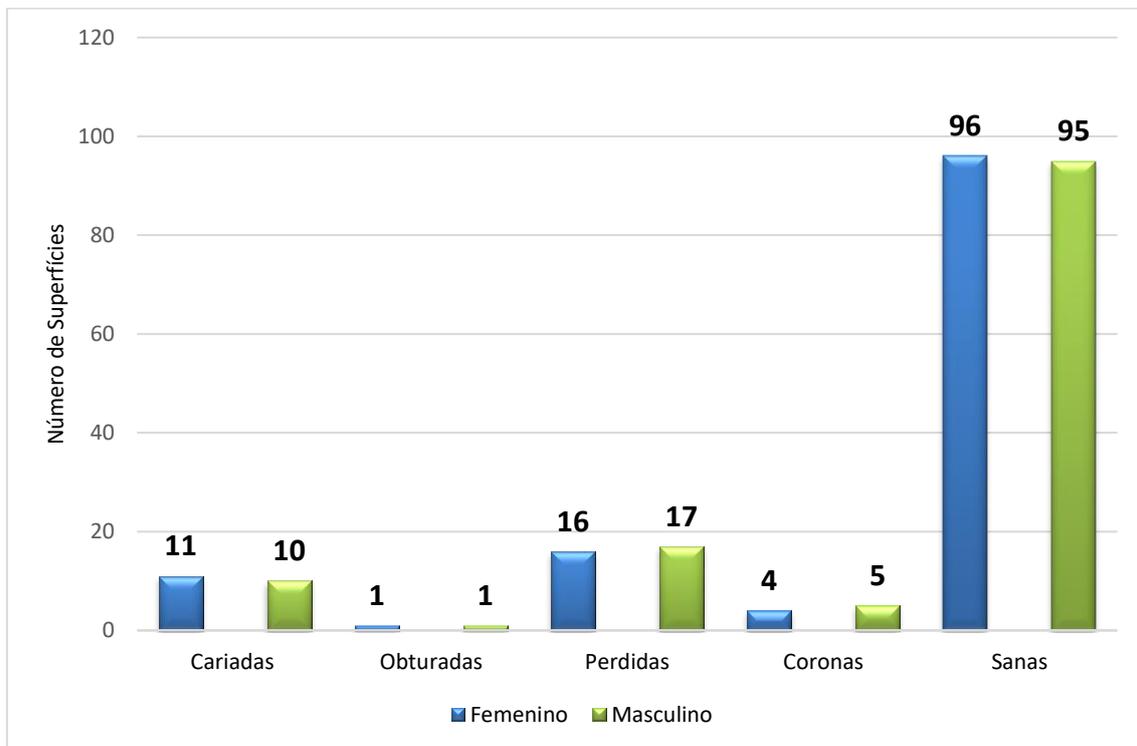


Tabla 1. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por rangos de edad. CUAS Nezahualcóyotl. 2014-2015

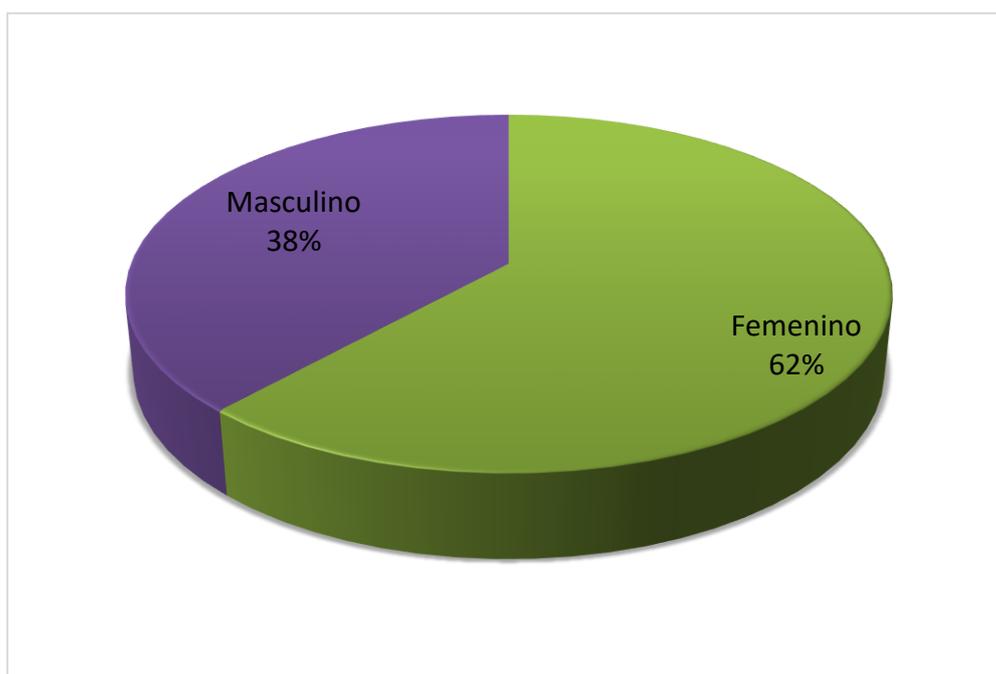
Tabla comparativa de SCOPSP por rangos de edad					
Edad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanas
18 - 34	10	1	3	0	114
35 - 45	12	1	15	4	96
46 - 56	11	1	28	7	81
57 - 67	11	1	22	10	84
68 - 78	6	0	53	11	58
79 - 89	5	1	34	36	52

Tabla 2. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por escolaridad. CUAS Nezahualcóyotl. 2014-2015

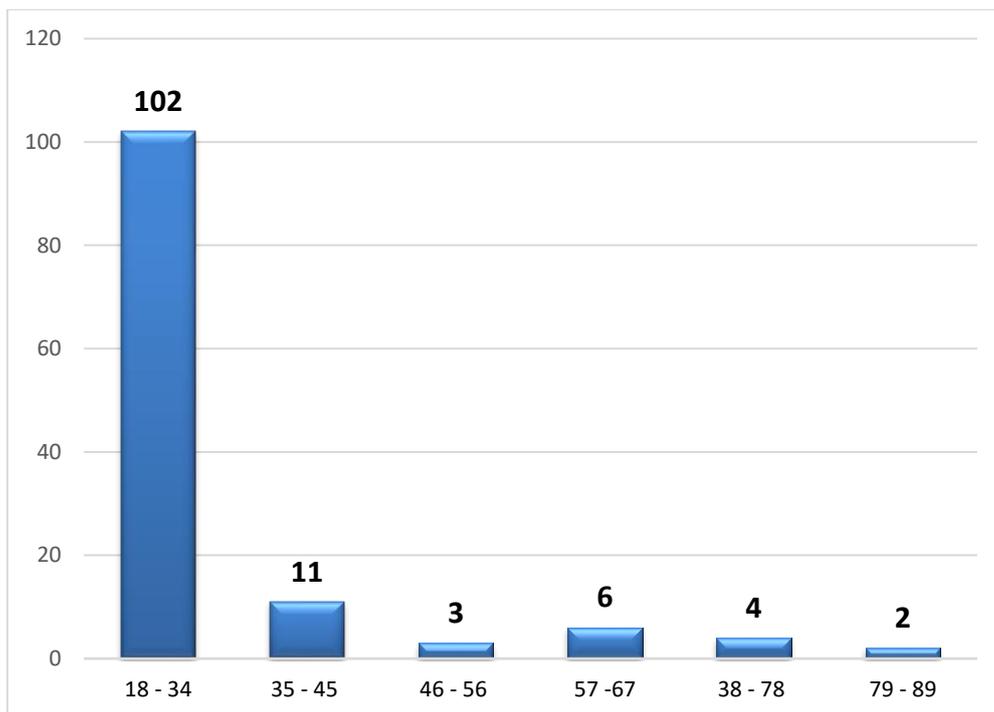
Tabla comparativa de SCOPSP por escolaridad					
Escolaridad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanos
No Contesto	7	0	30	10	44
Sin Escolaridad	9	0	14	2	78
Primaria	10	26	6	5	81
Secundaria	11	5	7	2	93
Estudios Técnicos	12	11	5	4	96
Media Superior	13	8	2	3	102
Superior	11	6	1	2	108
Posgrado	23	0	0	0	105

CUAS REFORMA

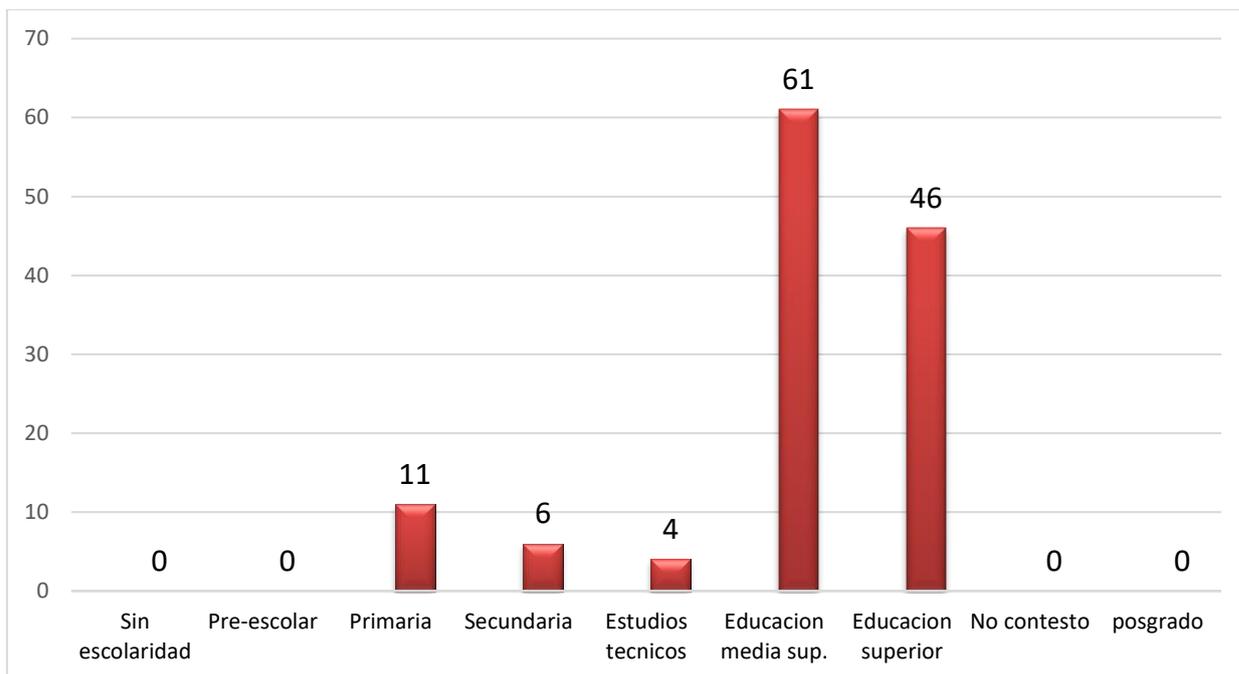
Gráfica 1. Expedientes clínicos por sexo. CUAS Reforma. 2014-2015



Gráfica 2. Expedientes clínicos por edad. CUAS Reforma. 2014-2015



Gráfica 3. Expedientes clínicos por escolaridad. CUAS Reforma. 2014-2015



Gráfica 4. Número de superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio. Población total. CUAS Reforma. 2014-2015

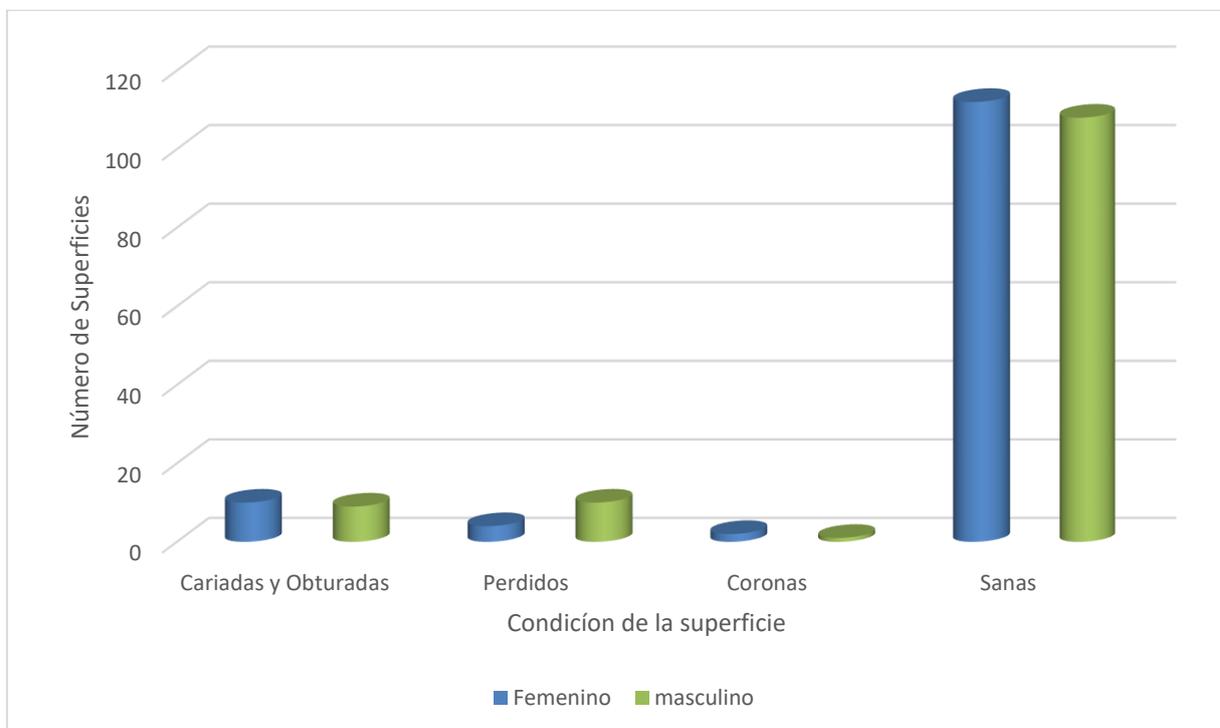


Tabla 1. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por rangos de edad. CUAS Reforma. 2014-2015

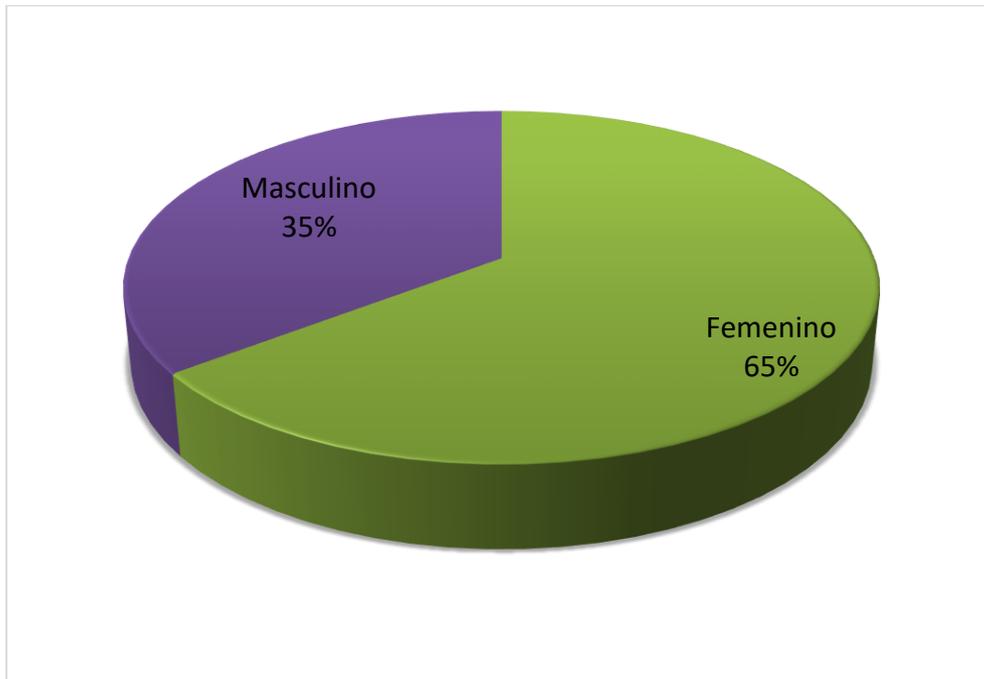
Tabla comparativa de superficies por rangos de edad					
Edad	Cariados	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanas
18 - 34	6	3	1	1	117
35 - 45	8	8	14	4	94
46 - 56	8	1	10	2	107
57 - 67	5	5	25	5	88
68 - 78	6	9	37	0	76
79 - 89	5	1	105	0	17

Tabla 2. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por escolaridad. CUAS Reforma. 2014-2015

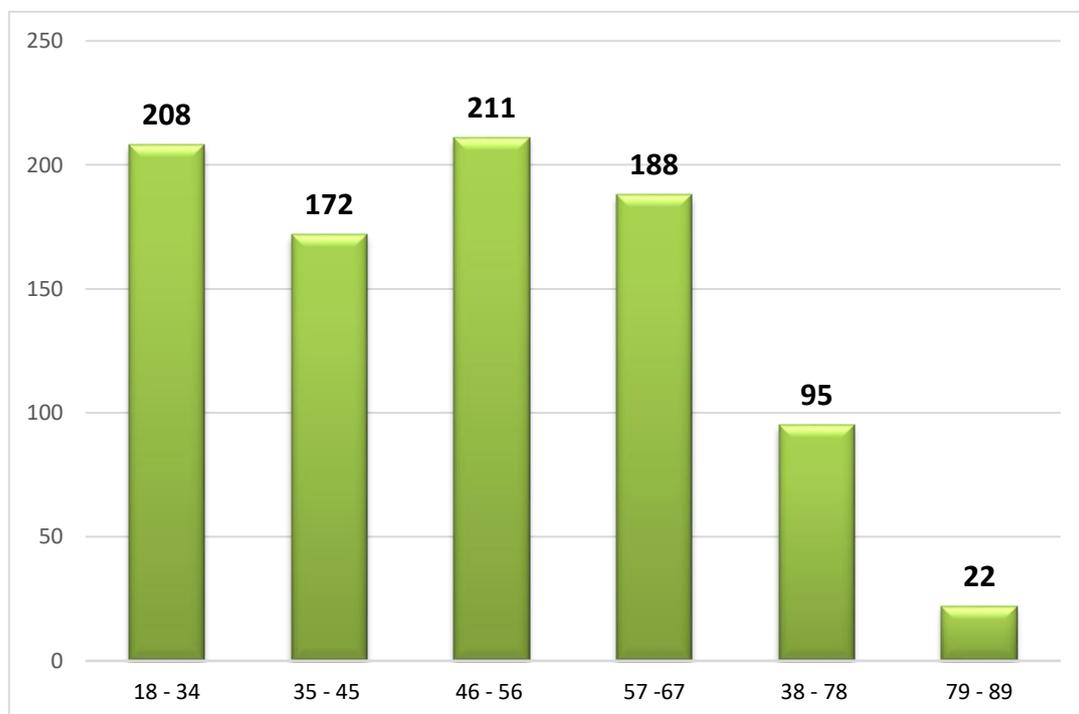
Tabla comparativa de SCOPSP por escolaridad					
Escolaridad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanos
No Contesto	0	0	0	0	0
Sin Escolaridad	0	0	0	0	0
Primaria	6	6	42	2	72
Secundaria	9	4	14	4	97
Estudios Técnicos	5	8	15	8	92
Media Superior	6	4	2	1	115
Superior	6	2	1	2	117
Posgrado	0	0	0	0	0

CUAS Zaragoza

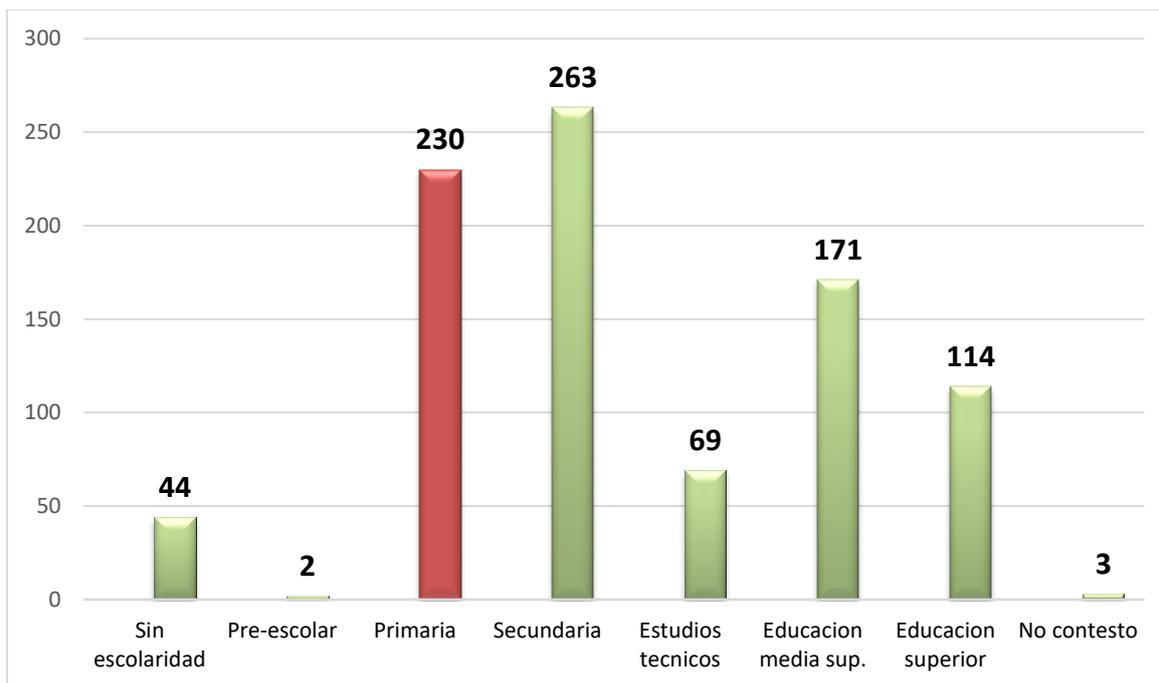
Gráfica 1. Expedientes clínicos por sexo. CUAS Zaragoza. 2014-2015



Gráfica 2. Expedientes clínicos por edad. CUAS Zaragoza. 2014-2015



Gráfica 3. Expedientes clínicos por escolaridad. CUAS Zaragoza. 2014-2015



Gráfica 4. Número de superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio. Población total. CUAS Zaragoza. 2014-2015

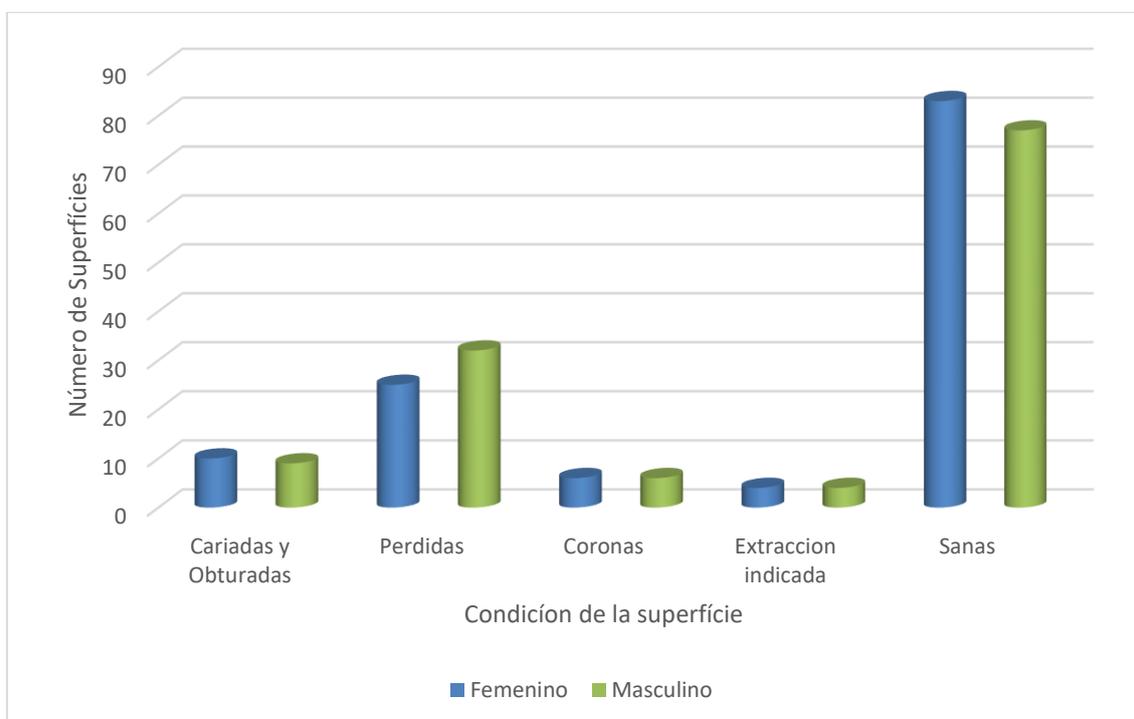


Tabla 1. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por rangos de edad. CUAS Zaragoza. 2014-2015

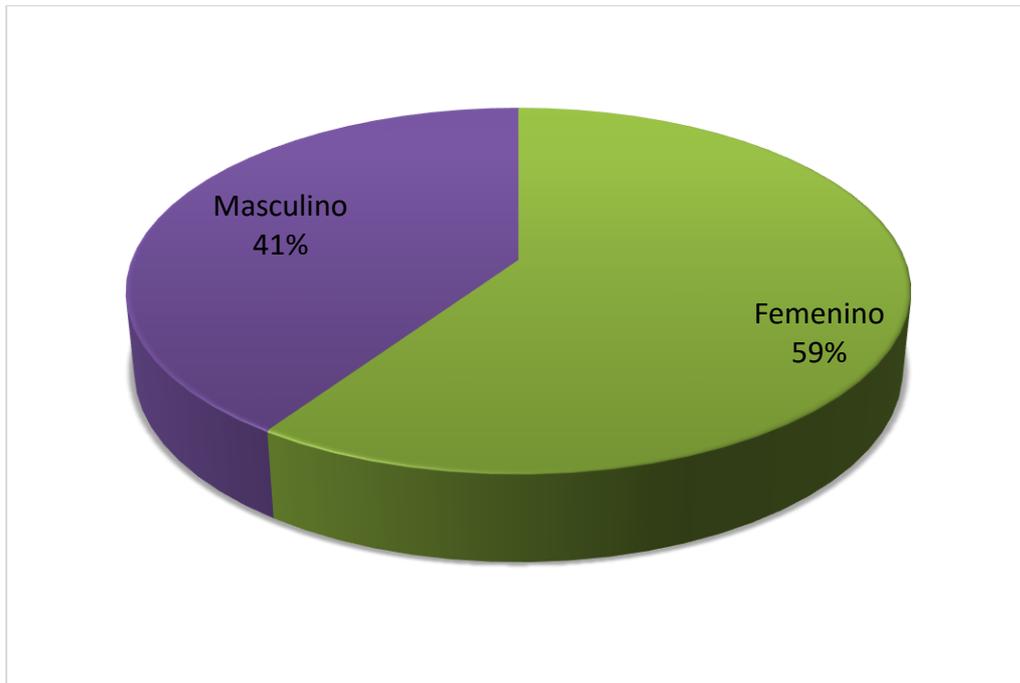
Tabla comparativa de superficies por rangos de edad					
Edad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	coronas	sanos
18 - 34	11	1	3	1	112
35 - 45	11	1	16	5	95
46 - 56	10	1	33	10	74
57 - 67	7	1	48	8	64
68 - 78	4	1	67	11	45
79 - 89	3	0	80	8	37

Tabla 2. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por escolaridad. CUAS de la FES Zaragoza. 2014-2015

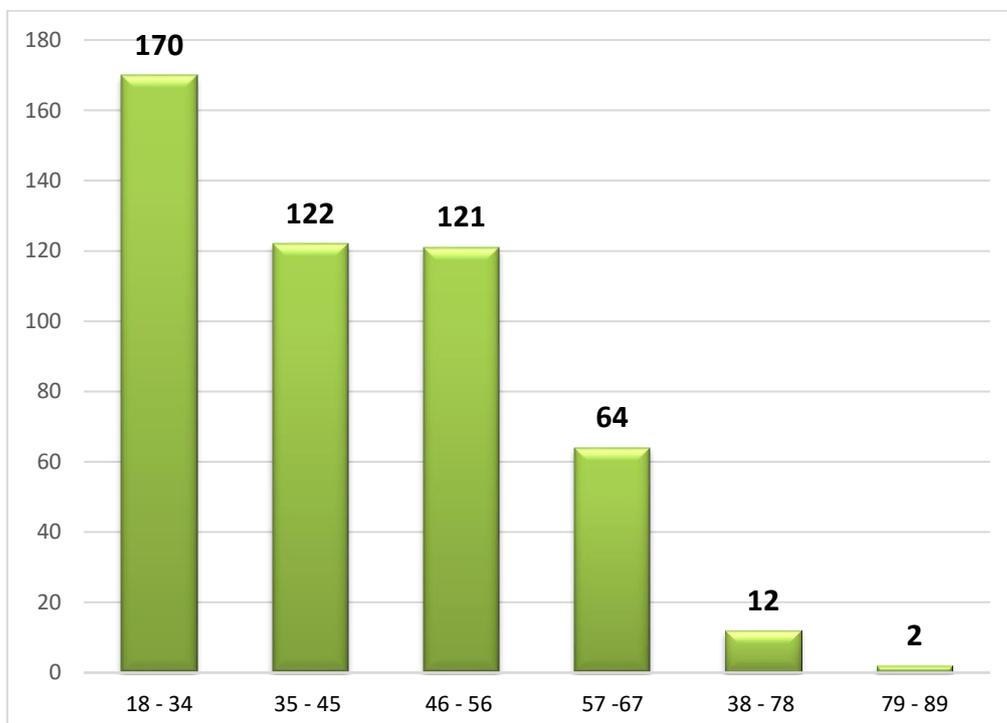
Tabla comparativa de superficies por escolaridad					
Escolaridad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanos
Pre-escolar	5	0	46	20	57
No Contesto	5	1	35	0	87
Sin Escolaridad	6	1	56	8	57
Primaria	7	1	52	9	59
Secundaria	10	1	29	6	82
Estudios Técnicos	11	1	27	7	82
Media Superior	11	1	14	4	98
Superior	11	1	10	4	102
Posgrado	0	0	0	0	0

CUAS Reyes

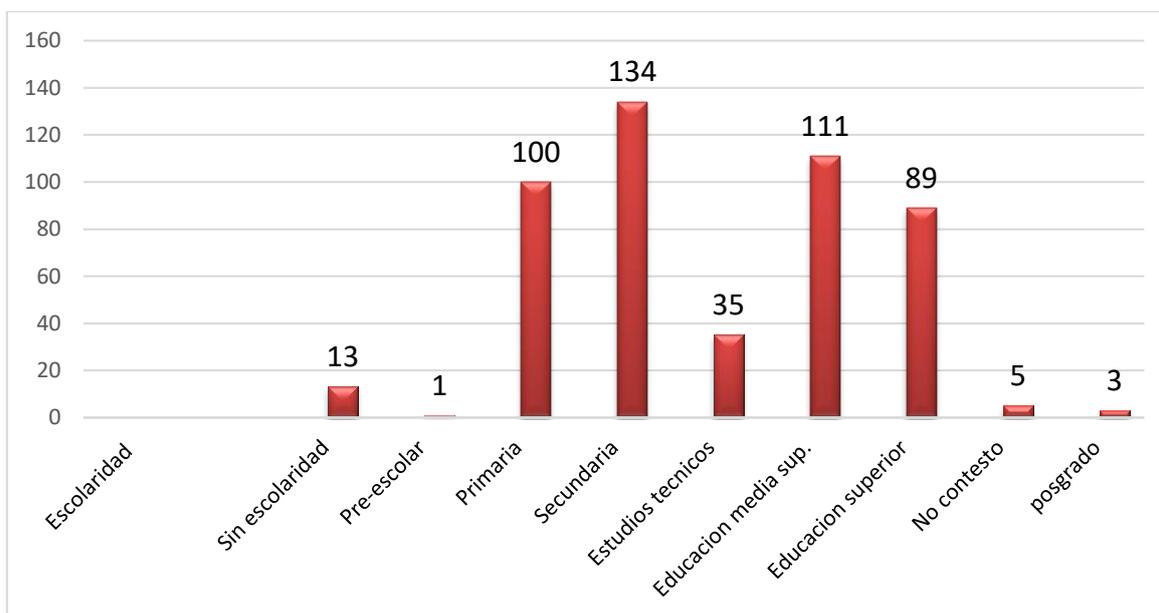
Gráfica 1. Expedientes clínicos por sexo. CUAS Reyes. 2014-2015



Gráfica 2. Expedientes clínicos por edad. CUAS Reyes. 2014-2015



Gráfica 3. Expedientes clínicos por escolaridad. CUAS Reyes. 2014-2015



Gráfica 4. Número de superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio. Población total. CUAS Reyes I. 2014-2015

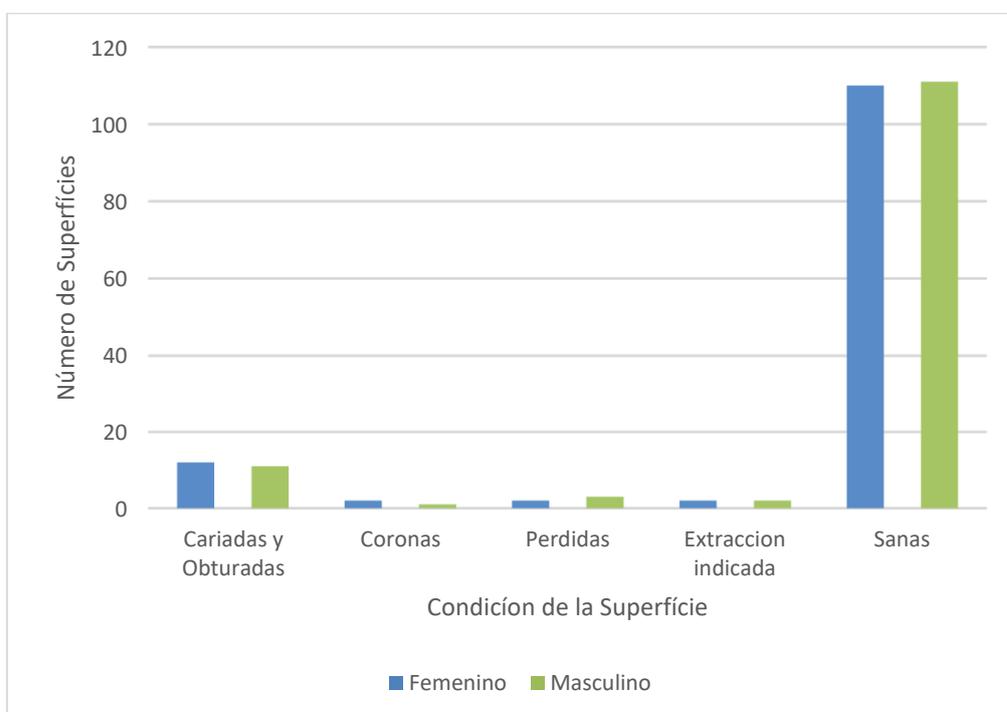


Tabla 1. superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por rangos de edad. CUAS Reyes. 2014-2015

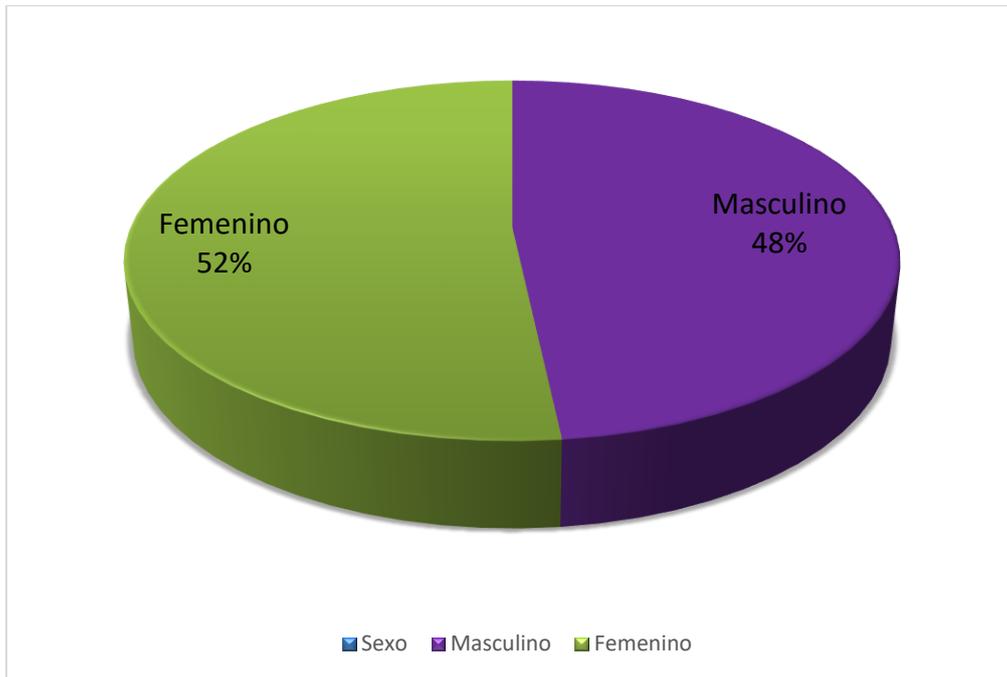
Tabla comparativa de superficies por rangos de edad					
Edad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanas
18 - 34	8	3	5	1	111
35 - 45	10	3	3	1	111
46 - 56	9	4	6	1	108
57 - 67	8	3	6	1	110
68 - 78	8	6	6	0	108
79 - 81	7	6	2	0	113

Tabla 2. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por escolaridad. CUAS Reyes. 2014-2015

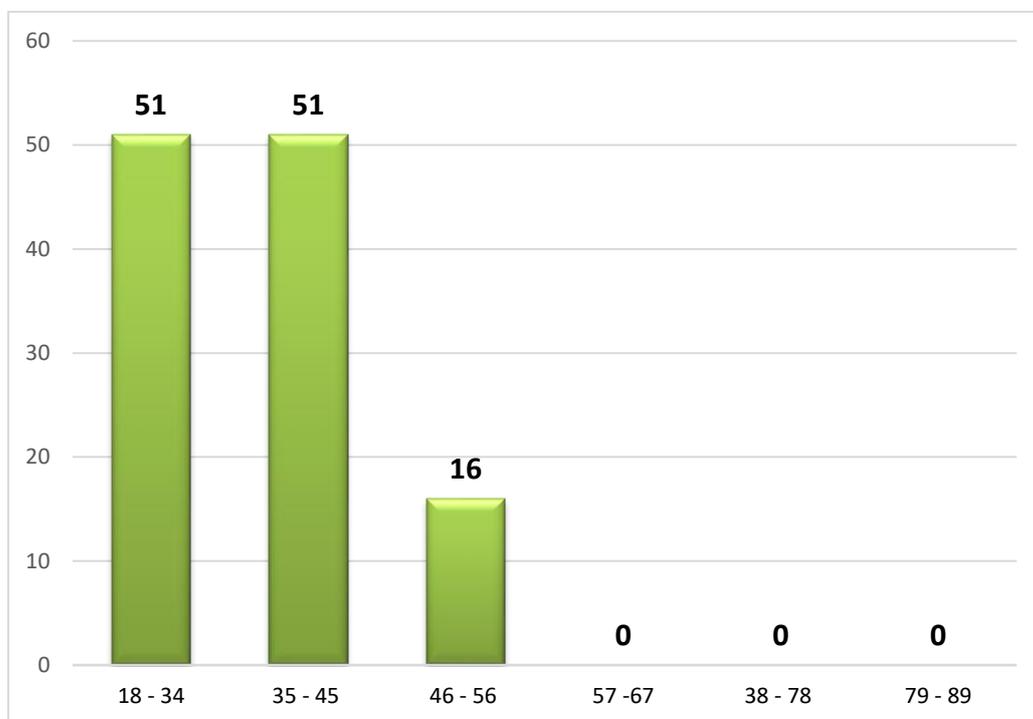
Tabla comparativa de superficies por escolaridad					
Escolaridad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanos
Pre-escolar	9	3	7	0	109
No Contesto	8	3	4	0	113
Sin Escolaridad	6	0	0	0	122
Primaria	8	4	5	1	110
Secundaria	9	3	4	1	111
Estudios Técnicos	9	2	6	2	109
Media Superior	8	4	5	1	110
Superior	8	3	6	1	110
Posgrado	10	1	0	0	117

CUAS Aurora

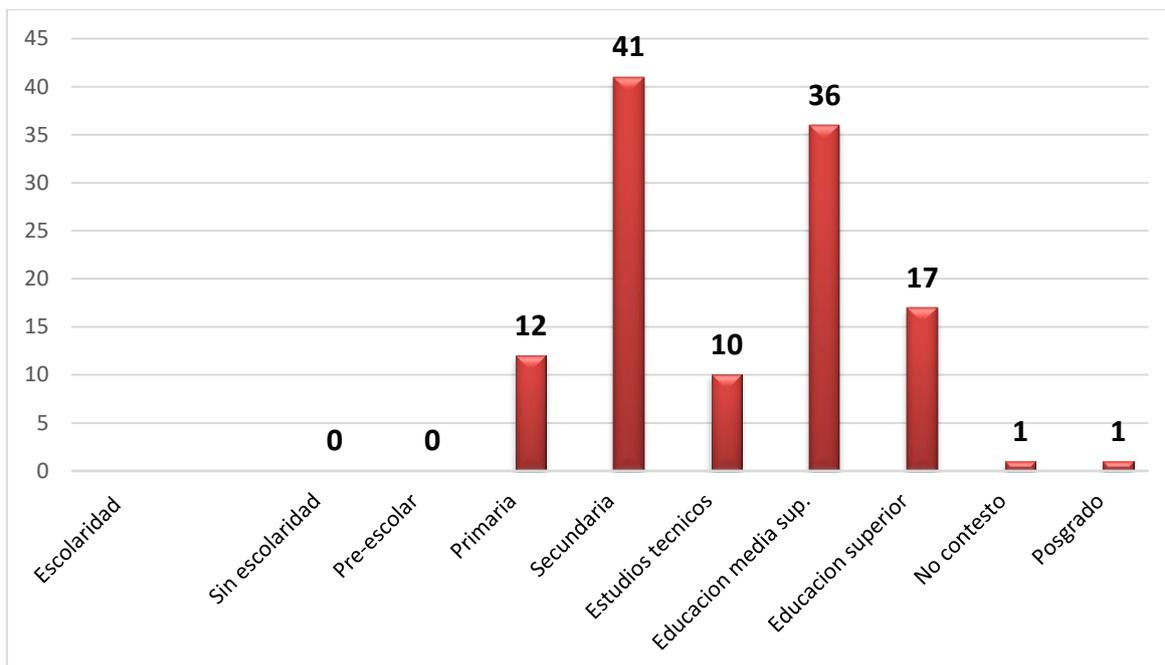
Gráfica 1. Expedientes clínicos por sexo. CUAS Aurora. 2014-2015



Gráfica 2. Expedientes clínicos por edad. CUAS Aurora. 2014-2015



Gráfica 3. Expedientes clínicos por escolaridad. CUAS Aurora. 2014-2015



Gráfica 4. Número de superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio. Población total. CUAS Aurora. 2014-2015

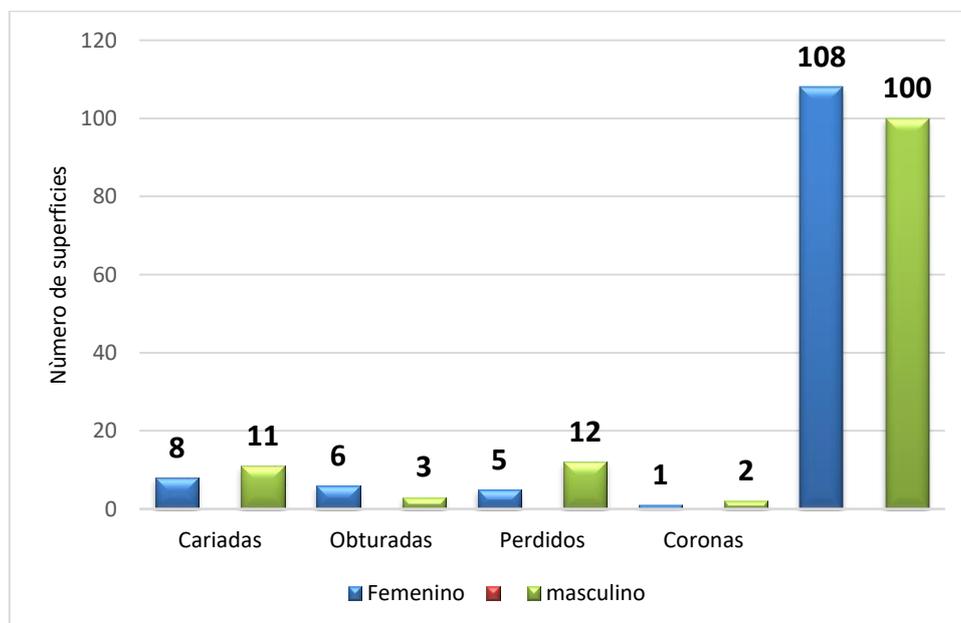


Tabla 1. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por rangos de edad. CUAS Aurora. 2014-2015

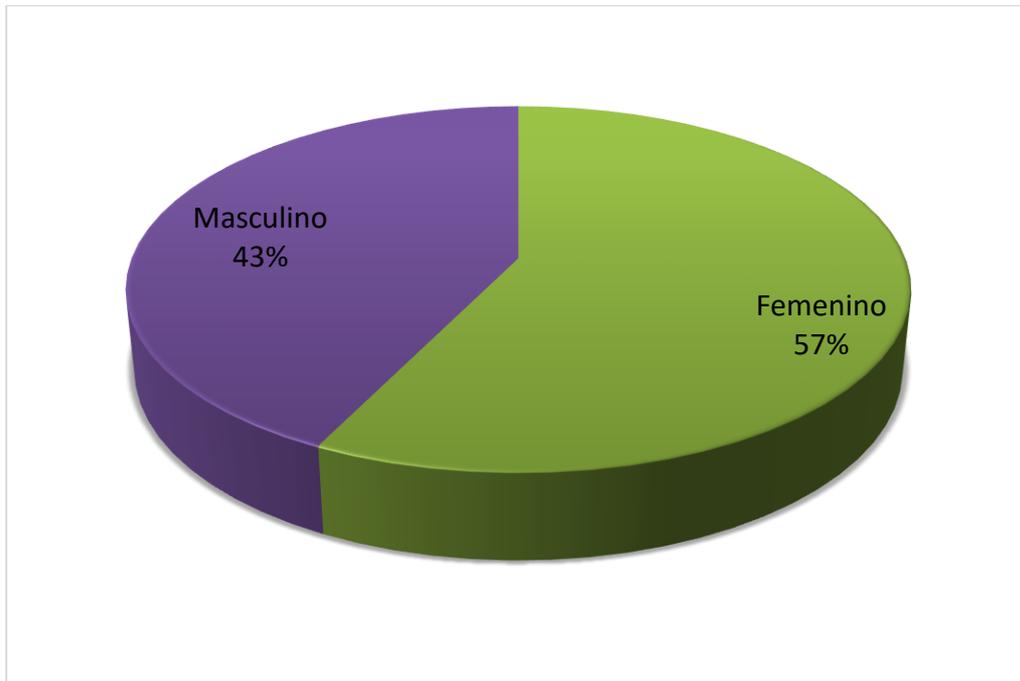
Tabla comparativa de SCOPSP por rangos de edad					
Edad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanas
18 - 34	11	3	5	0	109
35 - 45	10	3	11	2	102
46 - 56	10	6	13	2	97
57 - 67	0	0	0	0	0
68 - 78	0	0	0	0	0
79 - 84	0	0	0	0	0

Tabla 2. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por escolaridad. CUAS Aurora. 2014-2015

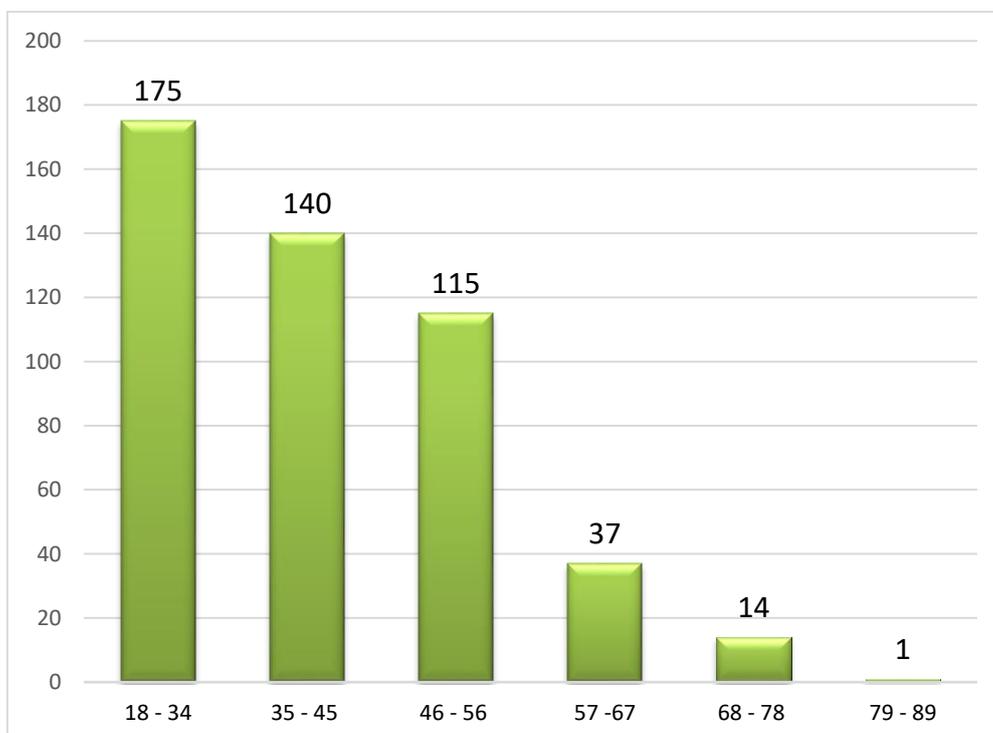
Tabla comparativa de superficies por escolaridad					
Escolaridad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanos
Pre-escolar	0	0	0	0	0
No Contesto	10	6	0	0	82
Sin Escolaridad	0	0	0	0	0
Primaria	9	5	16	16	97
Secundaria	11	2	11	11	103
Media Superior	10	4	6	6	107
Superior	9	4	4	4	110
Estudios Técnicos	13	3	8	8	102
Posgrado	10	13	0	0	105

CUAS Tamaulipas

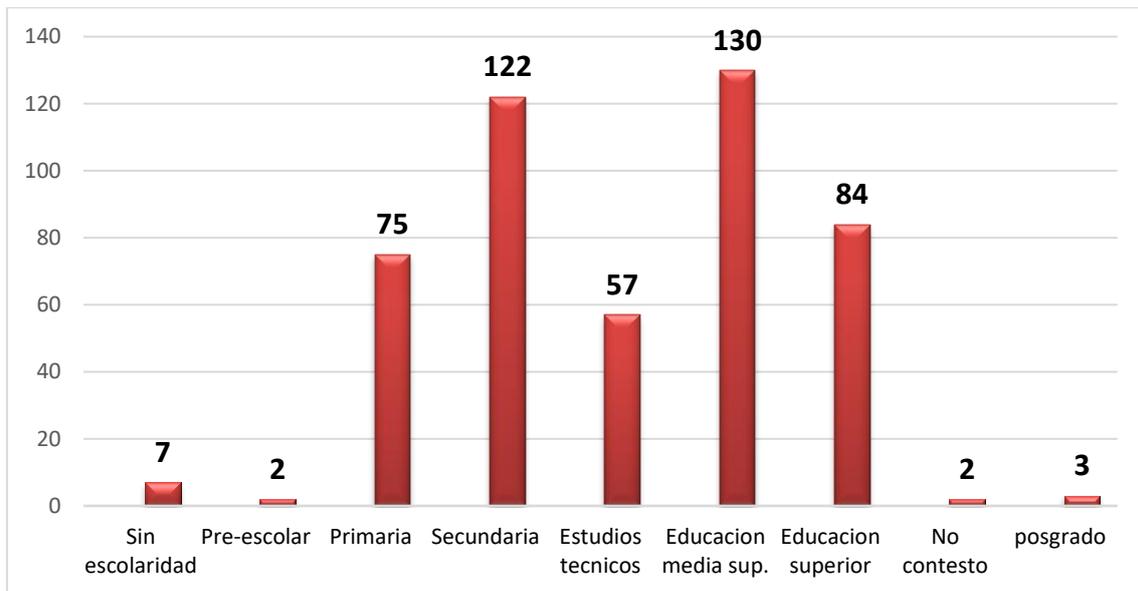
Gráfica 1. Expedientes clínicos por sexo. CUAS Tamaulipas. 2014-2015



Gráfica 2. Expedientes clínicos por edad. CUAS Tamaulipas. 2014-2015



Gráfica 3. Expedientes clínicos por escolaridad. CUAS Tamaulipas. 2014-2015



Gráfica 4. Número de superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio. Población total. CUAS Tamaulipas. 2014-2015

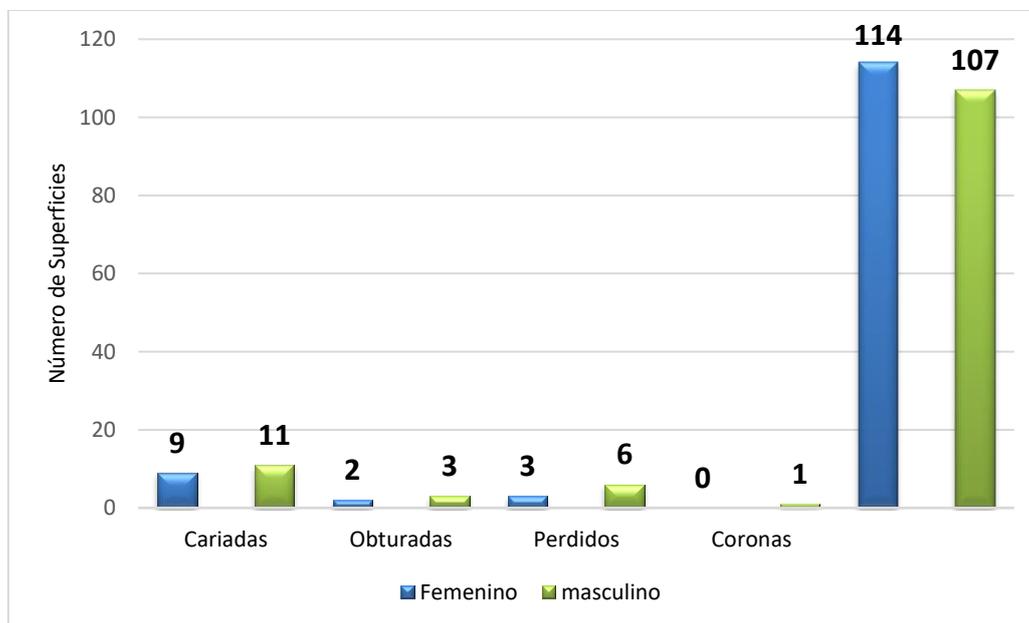


Tabla 1. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por rangos de edad. CUAS Tamaulipas. 2014-2015

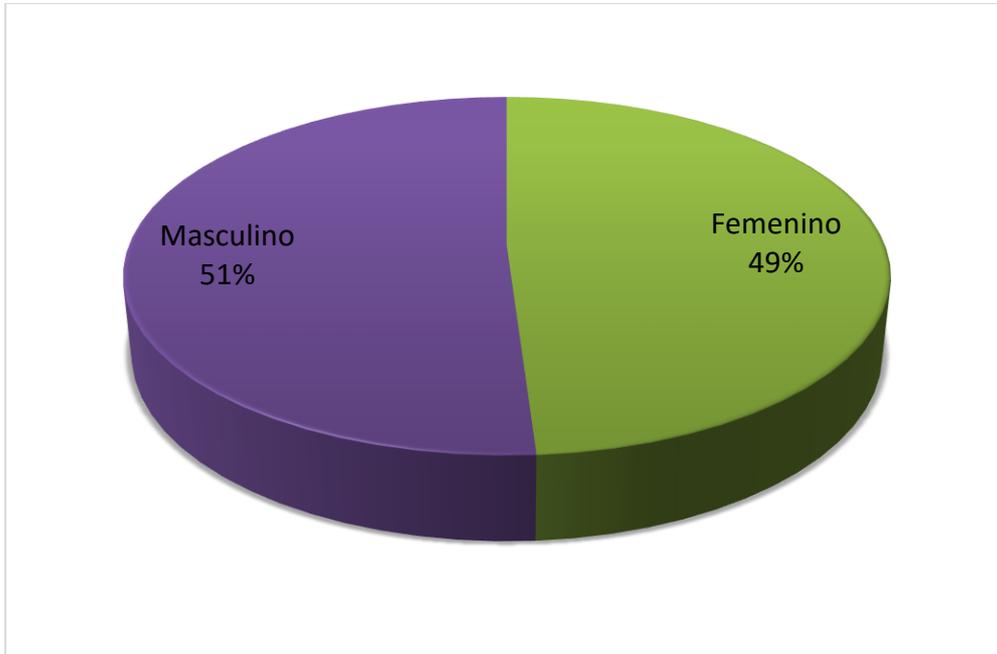
Tabla comparativa de superficies por rangos de edad					
Edad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanas
18 - 34	8	3	3	0	114
35 - 45	10	2	3	0	113
46 - 56	12	2	3	1	110
57 - 67	12	1	5	4	106
68 - 78	12	3	15	1	97
79 - 84	0	17	0	0	111

Tabla 2. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por escolaridad. CUAS Tamaulipas. 2014-2015

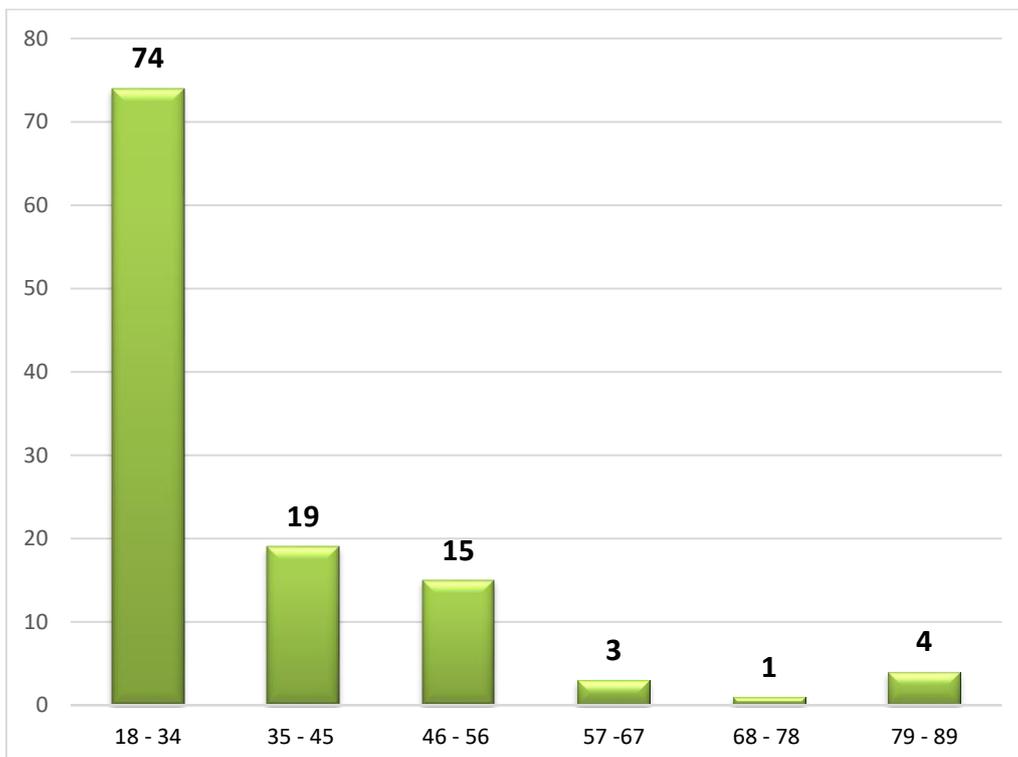
Tabla comparativa de superficies por escolaridad					
Escolaridad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanos
Pre-escolar	0	0	0	0	0
No Contesto	0	0	0	0	0
Sin Escolaridad	0	0	0	0	0
Primaria	11	2	4	1	110
Secundaria	10	2	5	1	110
Media Superior	8	3	2	0	115
Superior	11	2	3	0	112
Estudios Técnicos	11	2	4	0	111
Posgrado	0	0	0	0	0

CUAS Benito Juárez

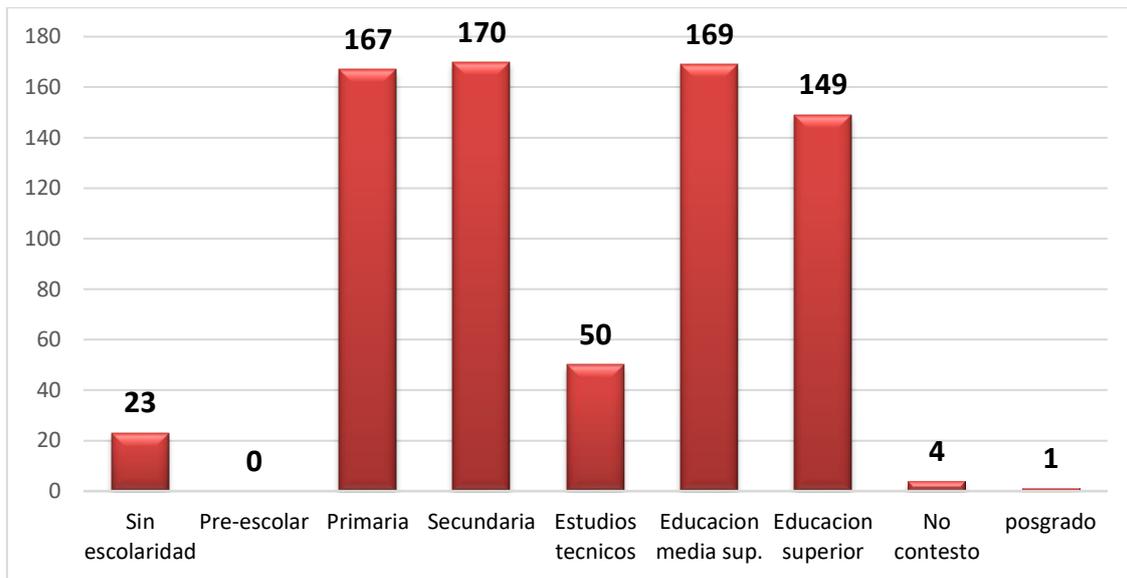
Gráfica 1. Expedientes clínicos por sexo. CUAS Benito Juárez. 2014-2015



Gráfica 2. Expedientes clínicos por edad. CUAS Benito Juárez. 2014-2015



Gráfica 3. Expedientes clínicos por escolaridad. CUAS Benito Juárez. 2014-2015



Gráfica 4. Número de superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio. Población total. CUAS Benito Juárez. 2014-2015

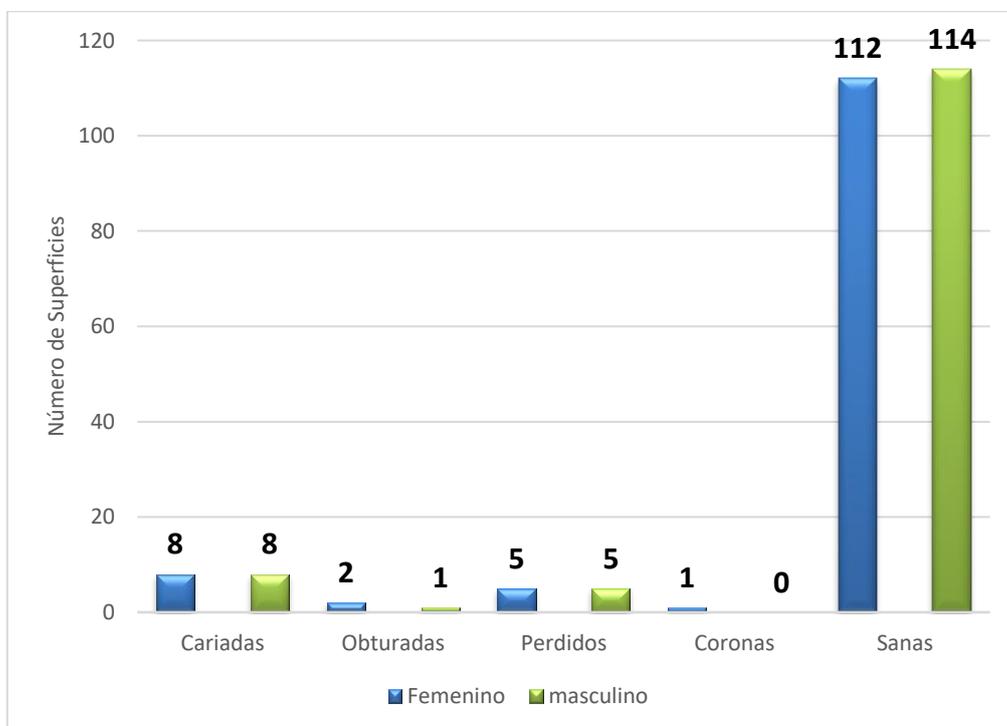


Tabla 1. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por rangos de edad. CUAS Benito Juárez. 2014-2015

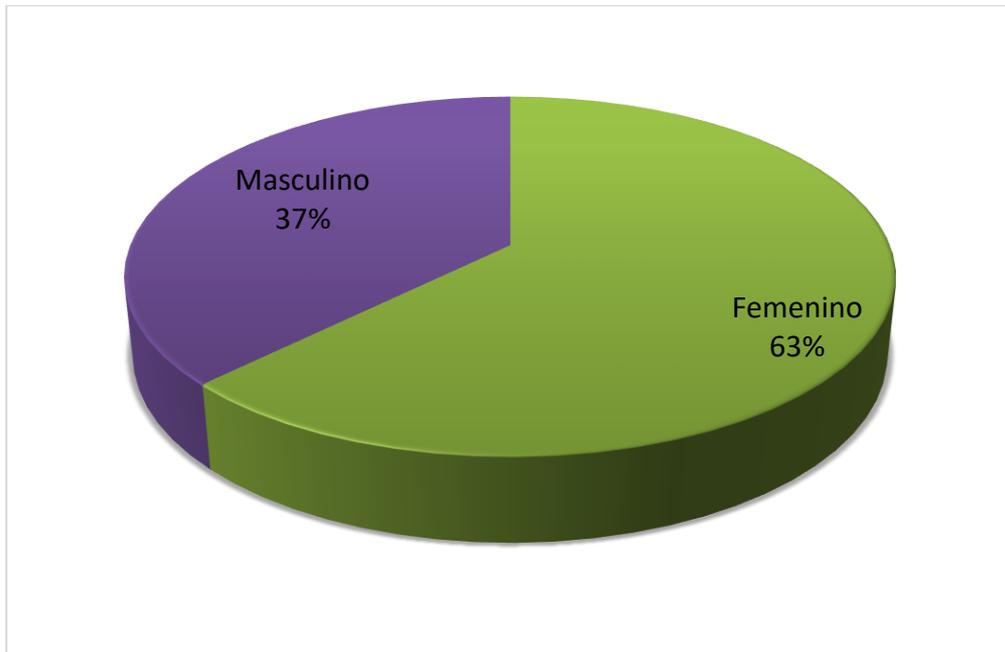
Tabla comparativa de superficies por rangos de edad					
Edad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanas
18 - 34	8	2	5	0	113
35 - 45	11	1	6	2	108
46 - 56	7	2	3	0	116
57 - 67	9	0	4	0	115
68 - 78	6	1	3	0	118
79 - 84	0	0	0	0	0

Tabla 2. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por escolaridad. CUAS de la FES Aurora. 2014-2015

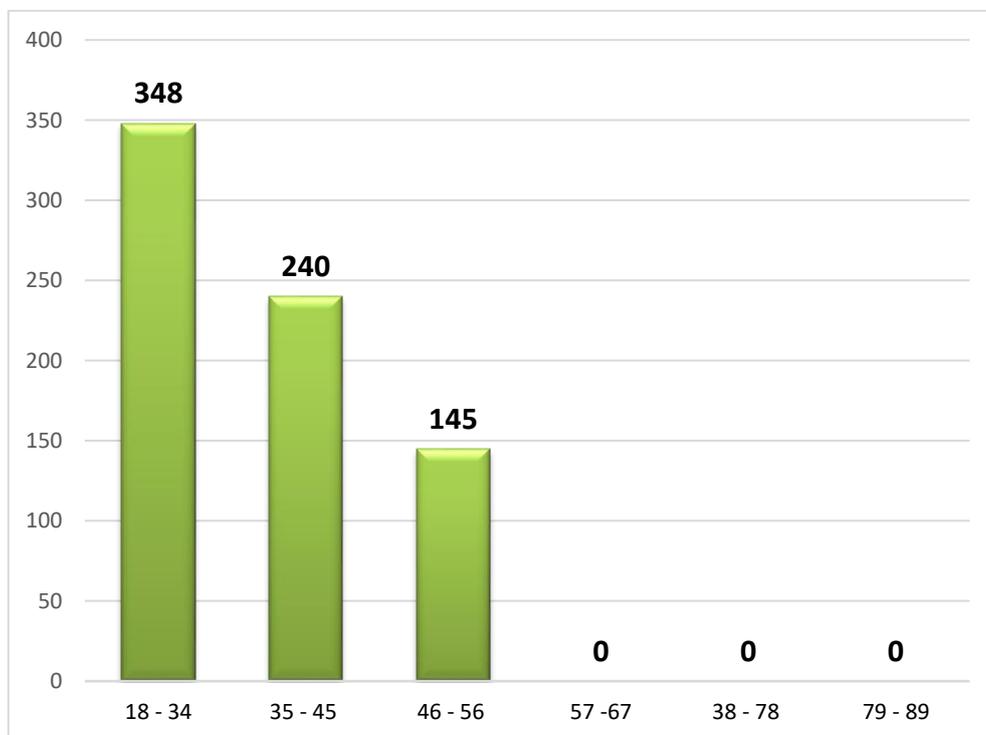
Tabla comparativa de superficies por escolaridad					
Escolaridad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanos
Pre-escolar	0	0	0	0	0
No Contesto	0	0	0	0	0
Sin Escolaridad	0	0	0	0	0
Primaria	1	12	6	1	108
Secundaria	1	8	4	0	115
Media Superior	3	6	3	1	115
Superior	2	8	6	0	112
Estudios Técnicos	0	8	15	23	82
Posgrado	0	0	0	0	0

CUAS Estado de México

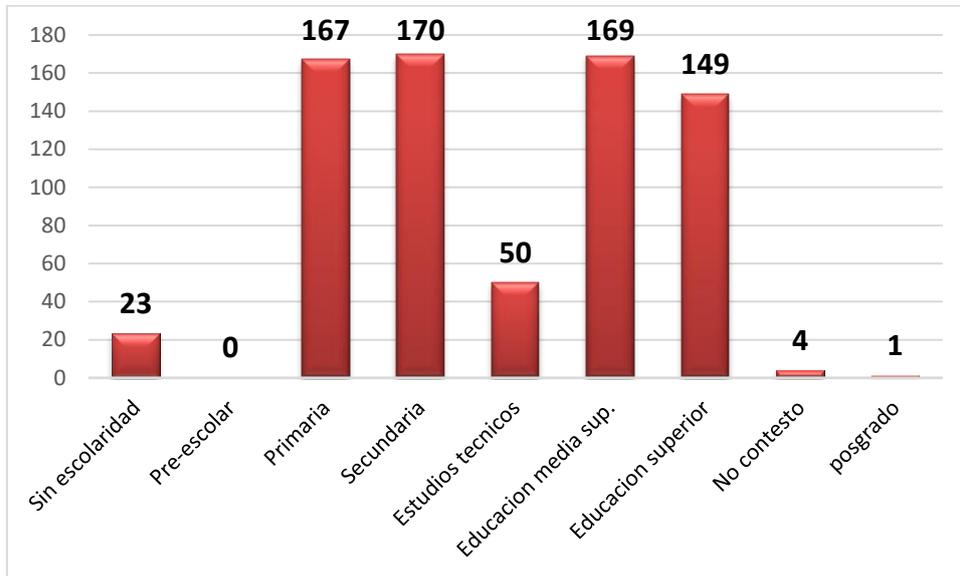
Gráfica 1. Expedientes clínicos por sexo. CUAS Estado de México. 2014-2015



Gráfica 2. Expedientes clínicos por edad. CUAS Estado de México. 2014-2015



Gráfica 3. Expedientes clínicos por escolaridad. CUAS Estado de México. 2014-2015



Gráfica 4. Número de superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio. Población total. CUAS Estado de México. 2014-2015

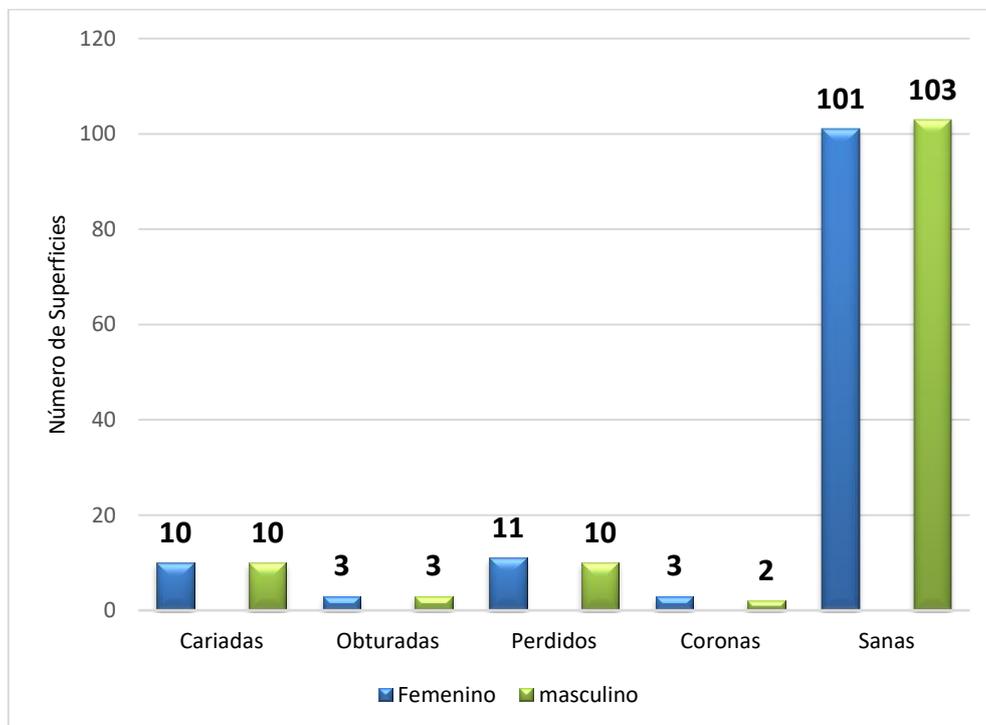


Tabla 1. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por rangos de edad. CUAS Estado de México. 2014-2015

Tabla comparativa de superficies por rangos de edad					
Edad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanas
18 - 34	10	2	2	2	2
35 - 45	10	4	4	4	4
46 - 56	9	5	5	5	5
57 - 67	0	0	0	0	0
68 - 78	0	0	0	0	0
79 - 84	0	0	0	0	0

Tabla 2. Superficies cariadas, obturadas, perdidas, coronas y sanas en promedio por escolaridad. CUAS Estado de México. 2014-2015

Tabla comparativa de superficies por escolaridad					
Escolaridad	Cariadas	Obturadas	Perdidas	Coronas	Sanos
Pre-escolar	0	0	0	0	0
No Contesto	0	0	0	0	0
Sin Escolaridad	0	0	0	0	0
Primaria	11	4	12	3	98
Secundaria	9	5	18	5	91
Media Superior	9	3	3	0	113
Superior	11	2	5	1	109
Estudios Técnicos	11	3	14	2	98
Posgrado	0	0	0	0	0