

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**E. N. E. P.**

**ZARAGOZA**



**“PLANIFICACION DE LAS ACTIVIDADES DE ATENCION  
ESTOMATOLOGICA PARA LA POBLACION ESCOLAR DE  
INFLUENCIA DE LA CLINICA I M S O CHIMALHUACAN,  
ESTADO DE MEXICO”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

***CIRUJANO DENTISTA***

**P R E S E N T A N:**

***Gómez Salazar Arturo***

***Balcazar Navarrete Rosa María***

***Asesor: Dr. José Francisco Murrieta Pruneda***

**México, D. F.**

**1984**



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.

# I N D I C E

## CAPITULO I

	Pag.
PROTOCOLO.....	3
A) Título del Proyecto.....	3
B) Area Especifica del Proyecto.....	3
C) Personas que Participan.....	3
D) Fundamentación de la Elección del Tema.....	3
E) Planteamiento del Problema.....	5
F) Objetivos.....	7
G) Hipótesis.....	7
H) Materiales y Método.....	7
I) Bibliografía.....	9

## CAPITULO II

INTRODUCCION.....	12
A) Participación de la Odontología dentro del Sistema de Atención en Salud.....	15
B) Participación de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza dentro del Sistema de Atención en Salud.....	17
C) Características del Lugar.....	21

	Pag.
<b>CAPITULO III</b>	
MATERIALES Y METODO.....	30
<b>CAPITULO IV</b>	
RESULTADOS.....	35
<b>CAPITULO V</b>	
ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	46
<b>CAPITULO VI</b>	
CONCLUSIONES.....	55
<b>CAPITULO VII</b>	
RECOMENDACIONES.....	60
<b>CAPITULO VIII</b>	
BIBLIOGRAFIA.....	63

## CAPITULO IX

	Pag.
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo No. 1</b>	
<b>Mapa de la Población de Chimalhuacán, Estado de México.....</b>	<b>68</b>
<b>Anexo No. 2</b>	
<b>Cuadro No. 1.- Distribución Porcentual de Actividades Pre- ventivas Programadas y Realizadas en Dientes Permanentes y Temporales, y Gráficas.....</b>	<b>69</b>
<b>Cuadro No. 2.- Distribución Porcentual de Actividades de Te rapia Pulpal Programadas y Realizadas en Dientes Permanen- tes, y Gráficas.....</b>	<b>75</b>
<b>Cuadro No. 3.- Distribución Porcentual de Actividades de Te rapia Pulpal Programada y Realizada en Dientes Temporales, y Gráficas.....</b>	<b>82</b>
<b>Cuadro No. 4.- Distribución Porcentual de Actividades de Ob turaciones Realizadas en Dientes Permanentes, y Gráficas...</b>	<b>89</b>
<b>Cuadro No. 5.- Distribución Porcentual de Actividades de Ob turaciones Realizadas en Dientes Temporales, y Gráficas....</b>	<b>93</b>
<b>Cuadro No. 6.- Distribución Porcentual de Extracciones Pro gramadas y Realizadas en Dientes Permanentes y Temporales, y Gráficas.....</b>	<b>98</b>
<b>Cuadro No. 7.- Distribución Porcentual de Procedimientos - Ortodóncicos Preventivos e Interceptivos, y Gráficas.....</b>	<b>102</b>

Pag.

Cuadro No. 8.- Distribución Porcentual de Radiografías In- fantiles y Adulto Programadas y Tomadas, y Gráficas.....	109
Cuadro No. 9.- Distribución Porcentual de Procedimientos Pa- rodontales Programadas y Realizadas, y Gráficas.....	114
Cuadro No. 10.- Distribución Porcentual de Altas de Cuadran- tes y Altas Integrales Programadas y Realizadas, y Gráfi- cas.....	118

**CAPITULO I**

**PROTOCOLO**

## I. TITULO DEL PROYECTO

"Planificación de las actividades de atención estomatológica para la población escolar de influencia de la Clínica IMSO Chimalhuacán Estado de México".

## II. AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO

Administrativa

## III. PERSONAS QUE PARTICIPAN

Alumnos

Balcázar Navarrete Rosa María

Gómez Salazar Arturo

Asesor

Dr. José Francisco Murrieta Pruneda

## IV. FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

Durante la prestación del Servicio Social en la Dirección General de Estomatología de la S.S.A., en el Departamento de Investigación, es en donde nos dimos cuenta que una investigación y sus resultados presentados como tesis por la mayoría de las generaciones es -- siempre basada sobre temas vistos y escritos en libros de prestigio. Lo cual no cabe duda es un hecho para cumplir con el requisito exigido por la U.N.A.M. y que la tesis realizada aunque esté bien informada, rara vez sirve como modelo a consultar, excepto para las personas que la realizaron.



Consideramos que nuestra finalidad al realizar una investigación de este tipo, es que esté basada en las necesidades de salud actuales de la población y que los resultados que ésta aporte sirvan como antecedente a futuras investigaciones.

Todo esto está ayudado por el tipo de formación profesional que recibimos en E.N.E.P. Zaragoza, en donde nos dimos cuenta de que un profesional que va a brindar servicio a la población, debe de contar con los suficientes conocimientos acerca de cómo realizar una programación de actividades de acuerdo a la población que se va a atender y con qué recursos va a contar.

Consideramos de gran importancia la planificación de la salud de la población a la cual brinda el servicio la Clínica IMSO Chimalhuacán, ya que contribuirá al mejoramiento de este modelo de servicios como una alternativa a la problemática de salud de la comunidad de influencia.

En México, durante los últimos años, se han llevado a cabo diversos estudios Epidemiológicos, según estadísticas que existen en los centros de Información de la S.S.A., E.N.E.P. Zaragoza, etc.

Los resultados de estos estudios demuestran que la población afectada está dividida en zonas geográficas, sociales y culturales -- los cuales actúan como factor determinante indicando el grado de morbilidad total que afecta a la población.

Para solventar la problemática de salud oral, las diferentes instituciones de servicio como son I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., S.S.A., etc., y sector privado, brindan atención curativa procurando que la fuerza productiva no se vea afectada, dándole menor importancia a la preven-

ción y limitación del daño.

Con esto damos a entender que en un momento dado, los servicios de salud son insuficientes ya que el número de enfermos es mayor en relación al número de recursos (físicos, humanos, y materiales), con los que cuentan dichas Instituciones, por lo cual no se llevan a cabo programas de actividades bien definidos en los cuales se vea la necesidad de brindar no sólo curación, sino también prevención y rehabilitación a la población que lo demanda, y dada la insuficiencia de los recursos, la magnitud, distribución y frecuencia de las enfermedades, la atención estomatológica no se planifica como debería ser planificada.

#### V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿En el IMSO Chimalhuacán se planifican las actividades de atención estomatológica para la población escolar de influencia?

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud, "Como un completo estado de bienestar físico mental y social y no simplemente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

Es decir, como un equilibrio fisiológico que a su vez da como resultado una interrelación e interdependencia biológica, psicológica y social del hombre en su medio ambiente. Lo cual permite explicar los procesos de Salud o Enfermedad como fenómeno de población, siendo necesario prestarles atención a los problemas de salud de la comunidad del mismo modo que se administran los recursos naturales.

Dado que la salud es un recurso biológico que al encontrarse - - equilibrado asegura la productividad del hombre y por consiguiente la

economía de la población, elevando el nivel de vida y así, la inversión que se haga en la programación de los modelos de atención redituará y contribuirá al bienestar de las futuras generaciones.

Por el contrario, si no se establecen programas de atención y si el crecimiento económico de la población no alcanza ni siquiera para cubrir sus necesidades porque los salarios son bajos, trae como consecuencia desnutrición, viviendas inadecuadas, educación insuficiente, etc. Dando como resultado una alta inversión en la atención.

Por último, podemos llegar a la conclusión de que la salud de la comunidad necesita tanto de una buena técnica, como de una buena administración.

Dentro de los programas de estudio de E.N.E.P. Zaragoza, se contempla que los estudiantes de Odontología presten atención dental a núcleos de población necesitada como complemento a una adecuada formación profesional, es por esta razón que fue creado el Programa de Investigación de Modelos de Servicio Odontológico en el año de 1977 e implementado en 1978, por lo cual se describieron para el mismo como uno de los objetivos generales, la ampliación de cobertura a bajo costo en comunidades de necesidad social, lo cual involucra la programación de actividades en base a un Diagnóstico de la situación de salud de la población a la cual se va a atender.

La Clínica IMSO Chimalhuacán forma parte de el programa antes mencionado y por lo tanto se encuentra normado por el objetivo general definido en este programa, sin embargo debido a limitantes de recursos (humanos, físicos y materiales) y de tiempo, no se ha podido programar las actividades para su población de influencia.

## VI. OBJETIVOS

### Generales:

1. Planificar las actividades de atención Odontológica de la Clínica IMSO Chimalhuacán para el semestre lectivo 85-86.
2. Mostrar el método de planificación de actividades utilizado en el presente programa como método viable a ser utilizado en el resto de los modelos de servicio que conforman el programa IMSO.

### Específicos:

1. Organizar y jerarquizar los problemas de salud oral en la comunidad de influencia.
2. Priorizar necesidades de atención Odontológica en la comunidad de influencia.
3. Organizar y programar los recursos con los que cuenta la Clínica IMSO Chimalhuacán para brindar el servicio.

## VII. HIPOTESIS

No se planifican las actividades de atención estomatológica para la población escolar de influencia en la Clínica IMSO Chimalhuacán.

## VIII. MATERIALES Y METODO

El material con el que se cuenta para llevar a cabo este estudio de investigación, es toda la información recopilada por compañeros --

del IMSO Chimalhuacán, el archivo de dicho IMSO, así como el existente en diversos centros de información de la S.S.A., I.M.S.S., - - - I.S.S.S.T.E. y bibliografía inédita (índices, encuestas, entrevistas).

#### Método:

Diagnosticar las necesidades de atención Odontológica y demanda satisfecha de la población escolar de influencia a la Clínica IMSO -- Chimalhuacán.

Establecimiento de grupos con prioridad de servicio Odontológico tomando como punto de partida la revisión de Expedientes de Junio de 1979 a la fecha, que han sido atendidos en la Clínica IMSO Chimalhuacán (sin incluir los expedientes de la población espontánea, ya que - la mayoría de éstos cubren urgencias).

Identificación de necesidades de atención estomatológica en estos grupos está dada por las variables que son: La programación de -- atención estomatológica (variable independiente) y las actividades -- realizadas de acuerdo con las programadas (variable dependiente).

Programación de actividades clínico administrativas y comunitarias en base a una planificación de relación recursos-necesidades de atención Odontológica.

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. Atención a la Salud de la Población marginada en grandes urbes, S.S.A. 1981.
2. Manual de Normas para los Servicios de Estomatología.  
Unas normas para centros de salud urbanos S.S.A. 1980.
3. Programa General de Odontología Social e Investigación 1979-1981. Dr. Armando Betancourt Linares, Dra. Ana Ma. Flores Morales, Dr. Duilio Pensini Dante, Dr. José Francisco Murrieta Pruneda, Dra. Ma. Estela Rodríguez Trejo. E.N.E.P. Zaragoza, U.N.A.M.
4. Artículo de la situación actual y perspectivas de la educación Odontológica Mexicana. Dr. Armando Betancourt Linares.
5. Caries: Análisis y valoración de los diferentes métodos para su prevención, 1a. parte, Dr. Menashe Cieplinski. Dra. Antonia Cadena G., revista A D M., Volumen 31 No. 1 enero 1974, - pag. 7 a 12.
6. Carioinmunidad inducida IV Vacunación bucal en niños, Resultados obtenidos durante un año por los Dres. Armando Bayona González, Victor López Camarena y Alfredo Gómez Castellanos, revista A D M, volumen 29 No. 4, julio-agosto 1972, pag. 241 a 249.
7. Caries Dental un concepto dinámico de Etiopatogenia y Prevenciones, revista A D M, Dr. Menashe Cieplinski y Dra. Antonia

ta Cadena G.

8. La vacuna anticaries: Un esfuerzo personal Dr. Armando Bayona González, revista *Á D M*, enero-febrero 1975.
9. Guía para realizar investigaciones sociales del Dr. Raúl Rojas Soriano U.N.A.M., 6a. Edición.
10. Metodología de planificación y financiamiento de salud pública Soviética y sus aspectos económicos Dr. Yousas Y. Zhilinskas, ciudad de la Habana Cuba, 1979.
11. Bases esenciales de la salud pública, pag. 1 a 56.
12. "Epidemiología" Jaime Breilh, Universidad de Quito 1979, pags. 1-10, 36-43, 97-105, 117-121, 137-153, 163-167.
13. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza U.N.A.M.  
Clínica IMSO Chimalhuacán (turno matutino).

"Informe del estudio descriptivo de la situación socioeconómica y de las condiciones higiénico-sanitarias de 148 familias de la comunidad de influencia de la Clínica IMSO Chimalhuacán, Edo. de México, 1982".

Elaborado por:

C.D.M.S.P. José Francisco Murrieta Pruneda, Coordinador de la Clínica IMSO Chimalhuacán (turno matutino).

C.D. Laura Eredina Carmona Macías, Profa. Ayudante de la Clínica IMSO Chimalhuacán.

## **CAPITULO II**

### **I N T R O D U C C I O N**



## INTRODUCCION

El sistema de atención en salud es un componente esencial de cualquier sociedad, pues junto al educacional, laboral, de justicia, etc., dan el perfil de la sociedad en que estamos inmersos. Su definición funcional lo enmarca como la relación administrativa de los modelos de servicio de un país.

La programación y organización del sistema de atención de salud en México, tiene como propósito utilizar de manera óptima los recursos económicos, técnicos y humanos para la solución de los problemas de salud de la población.

Generalmente el punto de partida en la planeación está a cargo de las instituciones gubernamentales y paraestatales que cuentan con diversos recursos disponibles tanto en lo que respecta a la salud como la enfermedad. Y por otro lado la medicina a nivel privado que constituye una opción sólo para la clase dominante.

Como hemos mencionado anteriormente, los servicios de salud pueden ser divididos en dos tipos: Los servicios personales que suponen la atención individual ya sea para fines preventivos, curativos o rehabilitatorios y los no personales destinados a mejorar las condiciones generales de salud y de vida.

De acuerdo a las necesidades nacionales de salud, se da prioridad a los servicios no personales (dotaciones de agua potable, alcantarillado, programas de alimentación, saneamiento básico del ambiente, lucha contra la contaminación, etc.), e inmediatamente después a los servicios personales preventivos (immunizaciones, protección espe

cífica, consultas a la población sana, educación para la salud, etc.)

Es decir, el modelo dominante para los servicios de salud es el curativo y rehabilitatorio.

Así como hablamos de una división en los servicios de salud, también afirmamos que la población se encuentra dividida de acuerdo a la clase social a la que pertenecen y es como hablamos de tres grupos sociales. La burguesía y algunos sectores de la clase media con suficiente capacidad para adquirir los servicios privados, el segundo grupo formado por trabajadores afiliados a algún régimen de seguridad social y por sus familiares derechohabientes, y por último el que está integrado por quienes no tienen derecho a la seguridad social ni cuentan con los recursos necesarios para pagar los servicios privados - - (desempleados, subempleados, núcleos marginados, etc.). Es decir, la mayoría de la población que queda cubierta por la S.S.A., producto -- del fusiónamiento en 1943 de la Secretaría de Asistencia Pública - - (creada en 1937) y del Departamento de Salubridad.

Hasta fines de los años treinta, los servicios de salud no eran una obligación para el estado, ya que quedaban a cargo de la beneficencia pública y privada. Durante el régimen de Cárdenas la atención para la salud al medio rural era proporcionada mediante el servicio social por los pasantes de medicina. A partir de 1940 debido a las -- crecientes demandas obreras y la reproducción de la fuerza de trabajo surgió en 1943 el I.M.S.S. que proporcionaba servicios médicos al sector más productivo del país. Unos años después, dado el crecimiento - de la burocracia estatal y sus demandas asistenciales, se creó el - - I.S.S.S.T.E. que da servicios de salud a los trabajadores de la federación. Sobre la misma base fueron creándose posteriormente los servicios de salud de algunos organismos y empresas descentralizadas, como

PEMEX, Ferrocarriles Nacionales, Comisión Federal de Electricidad, -  
etc. y dependencias estatales selectivas como la Secretaría de Marina  
y la Secretaría de la Defensa Nacional.

En los años setentas también surgieron instituciones de asisten-  
cia y salud para la población infantil como lo fue el I.N.P.I. y el -  
Instituto Mexicano de Atención a la Niñez, que han sido reunidos en -  
el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.)

Es importante mencionar que de todos los organismos mencionados  
en párrafos anteriores, a la S.S.A. con sus escasos recursos le co-  
rresponden las acciones básicas de servicios no personales, es decir,  
los colectivos, mientras que las instituciones de seguridad social só  
lo proporcionan servicios personales sobre todo de orden curativo-re-  
habilitatorio, para lo que cuentan con muchos más recursos.

## PARTICIPACION DE LA ODONTOLOGIA DENTRO DEL SISTEMA DE ATENCION EN SALUD

Se conoce como S.A.S. (Sistema de Atención en Salud), al conjunto de actividades de salud de un país, y por lo tanto engloba a todas las profesiones relacionadas con el tema (Bioquímica, Farmacia, Medicina, Enfermería, Odontología, etc.).

Todas y cada una de estas profesiones tiene una importancia específica dentro del S.A.S., siendo la más importante Farmacia Industrial y Medicina, a ellas sigue la Odontología con características -- que la ponen en un papel destacado frente a ambas. Para afirmar esto, basta observar la distribución del gasto en salud en países de mediano desarrollo y gran desarrollo industrial.

El área de medicamentos tiene el mayor peso, además se observa que la medicina clínica gasta el 22% del presupuesto para la totalidad del organismo humano con excepción de la boca y que la Odontología gasta el 10% para la boca exceptuando el resto del organismo. Esto significa que las enfermedades de la boca tienen un peso económico en el gasto en salud mayor que cualquier otra parte del organismo. De esto se deduce que por cada peso gastado en cualquier área del organismo, \$75.00 se destinan a la boca.

Seguidamente, si observamos la relación existente de recursos humanos entre Medicina y Odontología, podemos deducir que por cada 100 profesionales que cubren la totalidad del organismo exceptuando boca, hay 30 que cubren boca exceptuando el resto del organismo, o sea que por cada profesional que trata cualquier área orgánica con excepción de la boca, existen 40 ocupados exclusivamente en patología oral.

Estas dos relaciones, más el hecho de que la patología oral tiene características epidémicas en aumento, indican la importancia de la Odontología en el S.A.S.

PARTICIPACION DE LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS  
PROFESIONALES ZARAGOZA ( E.N.E.P. ), DENTRO  
DEL SISTEMA DE ATENCION EN SALUD

Resulta difícil expresar qué representan los problemas de la enfermedad para un pueblo, ya que incluyen un sin fin de aspectos no medibles. Interesa entonces, detectar cuáles son los procesos socioeconómicos de la sociedad mexicana que suscitan esta problemática de salud.

Generalmente se supone a priori que los problemas de la enfermedad son más agudos en el campo, incluso en los casos cuando los datos apuntan en otra dirección. Esta suposición se relaciona evidentemente con el optimismo desarrollista que durante muchos años fue el centro del discurso oficial. Se supone que a mayor "desarrollo" corresponde mayor bienestar en todos los órdenes. Estas creencias, empero no concuerdan con la experiencia histórica general del desarrollo del capitalismo. En términos generales se pueden distinguir dos momentos en este proceso respecto de sus manifestaciones en la salud y la enfermedad colectivas; el primero se caracteriza por el empeoramiento en las condiciones de salud; en una segunda etapa la patología predominante cambia cualitativamente, la tasa de mortalidad baja y la esperanza de vida aumenta.

Partiendo entonces del concepto de que la práctica odontológica se deriva de las necesidades de la sociedad como en todo, se desea expresar que el cambio en la producción de servicios odontológicos en América Latina ha estado, está y estará condicionado a los movimientos políticos o ideológicos que establecen las relaciones entre la

odontología y la sociedad en la cual está inmersa.

Sobre lo que estamos convencidos es que, la práctica odontológica actual en su esencia, nunca podrá resolver los problemas que la -  
atañen tanto cualitativa como cuantitativamente.

Puesto que la odontología del presente se encuentra desorientada ecológicamente al contexto de América Latina de gran complejidad tecnológica, de equipo e instrumental de alto costo, poca cobertura, lenta deficiente calidad, mínimamente eficaz y que margina de sus beneficios a la mayoría de la población y sin ningún impacto social.

Esta experiencia nos indica que es más fecundo emplear un modelo basado en la dinámica real del proceso de desarrollo y no concepciones lineales que hacen caso omiso del contenido real de los procesos históricos, formulado el problema así, se entiende que los problemas de salud del campo no son necesariamente más graves que los de la ciudad. Incluso es bastante probable que ocurra al revés, dado que las -  
contradicciones que implica el modelo de desarrollo del país tienden a agudizarse en las ciudades con mayor crecimiento industrial. Esta -  
hipótesis la apoya el hecho de que el Distrito Federal muestra una de las tasas de mortalidad infantil más altas.

Con esta base, el propósito central de este trabajo, es el de -  
analizar las posibilidades de transformación de la práctica odontológica basada en una correcta planeación y una buena ejecución de las -  
actividades de atención que requiere la población.

Para ello, los que estamos dentro de la profesión odontológica, debemos y podemos transformar el ejercicio actual de la práctica odontológica capaz de reconocer, además de los factores biológicos, los -

socioculturales, éstos últimos implicados también afectan el desarrollo de los pueblos.

Un intento de análisis frente a tan problemática, por parte de las autoridades universitarias, es la creación de los modelos de servicio de atención de la salud.

Los aspectos más importantes de este programa están dentro del concepto de la "simplificación" abarcando ésta a los equipos, la utilización de bio-materiales de fácil manejo, selección de instrumental mínimo necesario y todo esto, dentro de un sistema de atención, como es: programación de las actividades, priorización de grupos específicos (a escolares), determinación de la atención, empleo de técnica de cuatro y seis manos, todo ello traduciéndose por trabajo en equipo.

Como es obvio, el programa sufrió durante su etapa inicial los ajustes esperados ante la problemática encontrada, pero los resultados obtenidos permiten afirmar que este nuevo sistema de atención odontológica es superior al tradicional, por lo menos en cuanto a posibilidades de mayor cobertura, mejor calidad y reducción en los costos.

Ante la alternativa de solución que se presenta en Netzahualcóyotl, tanto en el área médica como estomatológica, se extiende la responsabilidad de solucionar los problemas de salud a todo el Estado de México y esta circunstancia determina la necesidad de aplicar lo ya comprobado. De esta manera, en 1976 se extiende y continúa el proceso haciendo las críticas y auto-críticas necesarias. Aplicando el método científico se ha llevado la teoría a la práctica, reformulándose, a tal punto, que ha ido modificando el ejercicio odontológico y los resultados en la "salud bucal", tomándose en cuenta las situaciones geo



gráficas y socioculturales peculiares a cada área del Estado de México. En el programa se considera como base primordial a los recursos humanos.

El sistema de atención del Estado de México está enfocado a niños escolares que reciben acciones de atención básica en centros diseñados específicamente para estas acciones y donde se cumplen los enunciados de simplificación de nuevos recursos de trabajo, dentro de un sistema específico. A estos centros se les llama "Investigación de Modelos de Servicio Odontológico" (IMSO) y consisten en construcciones que constan de dos secciones: una para el área clínica y la otra para sala de espera. En el área clínica el sistema utiliza nueve sillones odontológicos simplificados colocados alrededor de un mueble central, desde donde una auxiliar dota a los operadores de material e instrumental en charolas (bandejas) preparadas plenamente de acuerdo a las actividades a realizarse.

Los operadores trabajan con auxiliares utilizando la técnica "a cuatro manos". De esta manera, un técnico clínico y una auxiliar clínica constituyen el equipo de recursos humanos que efectúa la atención básica al niño. Un estomatólogo completa el equipo humano, teniendo a su cargo el diagnóstico, formulación del plan de tratamiento, supervisión y finalmente, actuando directamente en situaciones para las cuales no se ha entrenado al personal auxiliar y técnico.

Por último, en lo que respecta a las clínicas multidisciplinarias, la atención es integral.

## C H I M A L H U A C A N

### CARACTERISTICAS DEL LUGAR

#### HISTORIA

Su nombre es de origen Náhuatl "Chimalli" que quiere decir escudo, "Huacan" lugar. Lugar donde tienen escudos.

Se le considera población muy antigua, aprovechando el cerro de Chimalhuache, donde se posaron sus primeros pobladores.

Después de la conquista española, Hernán Cortés dió a Chimalhuacán encomienda a Juan de Cuélla Verdugo en 1528.

La municipalidad de Chimalhuacán se originó en 1842, durante el cenlismo, durante este período el Estado de México se convirtió, en departamento, bajo el mando del Coronel Luis G. Vieyra.

Por decreto expedido el 3 de abril de 1963, se tomó de este municipio la mayor parte del territorio que actualmente forma el Municipio de Netzahualcóyotl, disposición que se ejecutó a partir del 1° de enero de 1964.

#### DELIMITACION GEOGRAFICA

Los terrenos que ocupa el Municipio de Chimalhuacán, se extien--

den hacia la parte sur del Valle de México, inmediatamente junto a lo que fuera el Lago de Texcoco.

Su cabecera se ubicá a los 19°25'45" latitud norte y a los 98° - 56'47" de longitud oeste del meridiano de Greenwich. Este municipio - posee una extensión de 40.3 Km., sus límites son:

Por el norte: con el Municipio de Texcoco, al Sur con los Municipios de La Paz e Ixtapaluca, al Este con el Municipio de Chicolcapan y por el Oeste con el Municipio de Netzahualcóyotl.

El Municipio de Chimalhuacán adopta la forma de una basta llanura que se extiende al Sur del Lago de Texcoco y un pequeño cerro al - centro, la altura mínima es de 2100 y la máxima de 2370 metros. En es - te Municipio no existen ríos de ninguna especie y únicamente podría - considerarse la corriente que ocupa la Barranca de Xochiaca durante - la temporada de lluvias, no existen manantiales, lagos ni lagunas.

Dentro del Municipio no existen minas de ningún tipo, únicamente pueden considerarse algunos yacimientos de tezontle, tepetate y piedra para construcción que abunda en el cerro.

Dentro de los límites de este Municipio, se encuentran las si - guientes variedades de vegetación: abeto, oyamel, cedro, pino, ci - -- prés, eucalipto, pirul; y entre las variedades frutales tenemos: pe - ra, manzana, tejocote, capulín, durazno, chabacano, ciruela.

Entre la fauna encontramos: cacomixtle, zorrillo, conejo, tuza, ardilla, liebre, tlacuache.

En aves encontramos: zopilotes, gavilán, canario, colibrí, go - -

rrión, chupamirto, codorniz.

## CLIMA

De acuerdo por los datos suministrador por la Estación Meteorológica ubicada en los Reyes la Paz, el clima predominante en la región puede clasificarse como: Templado subhúmedo con lluvias en verano.

FENOMENO	VALOR
Temperatura Media	16.2°C
Temperatura Máxima Externa	32.5°C
Temperatura Mínima Externa	13.4°C
Lluvia Total	701.3 mm
Lluvia Máxima	24 hrs. 38.8 mm
Número de días con lluvia	92 días
Número de días nublados	39 días

## DEMOGRAFIA

De acuerdo a los censos Nacionales de 1970, la población se agrupa en los siguientes centros:

LOCALIDAD	NUMERO DE HABITANTES
Chimalhuacán	5,930
Guadalupe	684
San Agustín	1,350
San Lorenzo	2,481

San Pablo	2,415
Santa Ma. Nativitas	955
Xochiaca	2,033
Xochitenco	4,098

a) Distribución de la Población.

	CABECERA	INTERIOR	TOTAL
Población	5,930	14,016	19,946
Porcentaje densidad de población	29.73%	70.27%	100%

b) Población por sexo y grupos quinquenales de edad.

EDAD	TOTAL	HOMBRES	TOTAL
0 a 4	3,586	1,781	1,805
5 a 9	2,317	1,636	1,684
10 a 14	2,695	1,370	1,325
15 a 19	1,954	971	938
20 a 24	1,665	789	876
25 a 29	1,312	675	637
30 a 34	972	505	467
35 a 39	1,041	542	499
40 a 44	783	415	358
45 a 49	645	334	311
55 a 59	385	185	200
60 a 64	335	172	163
65 a 69	327	173	154
70 a 74	184	93	91

75 a 79	122	63	59
80 a 84	75	27	48
85 a más	112	52	60
T O T A L	19,946	9,999	9,947

c) Estado civil de la población mayor de 12 años.

Población soltera	4,397
Población en matrimonio	6,263
Civil	795
Religioso	910
T O T A L	11,941

d) Características religiosas.

POBLACION	NUMERO
Católica	19,961
Protestante	108
Israelita	0
Otras	6
Ninguna	71

e) Migración

Población total	19,946
Nacidos en esta entidad	17,596
Nacidos en otra entidad	2,343
Nacidos en otro país	7

f) Características de fecundidad.

Mujeres de 12 años y más;	
Que no han tenido hijos	2,249
Que sí han tenido hijos	3,649
Número total de hijos	21,667
Promedio de hijos por nacer	6.0%

g) Mujeres de 12 años y más según el número de hijos.

Sin hijos	2,249
Con un hijo	424
Con dos hijos	368
Con tres hijos	335
Con cuatro hijos	369
Con cinco hijos	335
Con seis hijos	293
Con siete hijos	309
Con ocho hijos	261
Con nueve hijos	250
Con diez hijos	202
Con once hijos	131
Con doce hijos	122
Con trece hijos	209

h) Movimiento demográfico durante 1974.

Nacimientos	8,357
Matrimonios	1,360
Defunciones	5,322
Muertos menores de un año	1,567

Nacidos muertos 579  
 Tasa de mortalidad infantil 187.50/1000

Nota: Debe hacerse notar que una gran cantidad de registros correspondientes al vecino Municipio de Netzahualcóyotl se efectúan en este lugar lo que desfigura las cifras reales.

i) Lenguaje.

Población de cinco años y más que hablan la lengua indígena	44%
Población que también habla español	38%
Población que no habla español	6%

#### SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Las primeras causas de enfermedades transmisibles en 1980.

CAUSAS	CODIGO CIE	No. DE CASOS	TASA
Enteritis y enf. diarreicas	008-009	6,092	75.5
Amibiasis	006	2,360	29.6
Influenza y gripe	478-474	1,479	18.6
Helmintiasis	120-129	1,260	15.8
Micosis	110-117	733	9.2
Varicela	052	234	2.9
Parenteritis epidérmica	072	171	2.1
Angina estreptocócica	033	96	1.2
Rubeola	056	82	1.0
Hepatitis infecciosa	070	44	0.6
Las demás		7,035	88.3



Principales causas de morbilidad según demanda de atención en la unidad operativa, en 1980.

CAUSA	CASOS	TASA	%
Enfermedades respiratorias	9,749	313.3	21.14
Enteritis y otras enf.	3,391	456.4	7.35
Amibiasis	1,901	255.9	4.2
Bronquitis, enfisema y asma	1,681	226.2	3.65
Enfermedades de los dientes	1,673	225.1	3.63
Helmitiasis	1,653	222.5	3.59
Avitaminosis	1,574	211.8	3.41
Anemias	1,421	191.8	3.9
Influenza	698	93.9	1.51
Otitis media y mastoiditis	609	81.7	1.32
Todos los demás casos	21,761	929.3	47.1

## **CAPTULO III**

### **MATERIALES Y METODO**

## MATERIALES Y METODO

Se revisó un total de 2048 expedientes clínicos que pertenecen a pacientes que han sido atendidos en la Clínica IMSO Chimalhuacán, Edo. de México, de los cuales fueron seleccionados 1050 en base a los siguientes criterios de interés para el estudio:

- 1) Pacientes que hayan sido atendidos en tratamiento integral.
- 2) Pacientes no mayores de 12 años ni menores de 6 años de edad.
- 3) Pacientes matriculados en la Escuela Primaria "Siervo de la Nación" en Chimalhuacán, Edo. de México.
- 4) Pacientes que se atendieron en el período de 1979 a 1982.

En base a la disponibilidad de recursos, no hubo necesidad de sacar una muestra de la población de estudio, por lo que los 1050 expedientes fueron estudiados.

La información que se recopiló de los expedientes clínicos, corresponde a la actividad tanto programada como realizada de los siguientes procedimientos:

Prevención, que comprende:

- Sellado de fisuras
- Pláticas de salud

- Control de placa
- Aplicación de fluor
- Autoaplicación de fluor
- Pulido de amalgamas

Terapia pulpar en dientes permanentes y temporales, que comprende:

- Pulpotomías
- Pulpectomías
- Recubrimiento pulpar directo
- Recubrimiento pulpar indirecto

Obturaciones en dientes permanentes y temporales, que comprende:

- Amalgamas
- Resinas
- Incrustaciones
- Coronas de acero cromo
- Coronas de policarboxilato
- I.R.M.
- Zoe

Exodoncia, que comprende:

- Extracciones en dientes permanentes
- Extracciones en dientes temporales

Ortodoncia, que comprende:

- Mantenedor de espacio fijo

- Mantenedor de espacio removible
- Placa Hawley
- Modelo de estudio

Rayos "X", que comprende:

- Rayos "X" adulto
- Rayos "X" infantil

Parodoncia, que comprende:

- Profilaxis superficial
- Profilaxis profunda
- Drenado de absceso
- Cirugía parodontal

Altas, que comprende:

- Cuadrantes dados de alta
- Pacientes dados de alta

Una vez recopilada la información, se concentró en un cuadro matriz el cual nos permitió la agrupación de esta información en base a las variables de interés, además de que permitió establecer estadísticas en base a los siguientes estalígrafos: promedios y proporciones.

En las dificultades y limitaciones que se encontraron para el estudio, fueron:

- 1) La revisión de los expedientes clínicos en el archivo del IMSO y selección de los mismos.

- 2) La falta de estandarización de criterios por parte de maestros y alumnos, que dificultaron la interpretación de los datos al ser concentrados en el cuadro matriz.
- 3) Períodos vacacionales y días festivos de la ENEP Zaragoza.
- 4) Las labores realizadas por los alumnos en estudios epidemiológicos efectuados en la comunidad, dificultaron el acceso al archivo de la Clínica IMSO.
- 5) Dificultad debido a la distancia y transporte a dicho IMSO.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

## RESULTADOS

Dentro de las actividades preventivas programadas y ejecutadas para brindar atención a la población de influencia del IMSO Chimalhuacán, se encuentran entre las más importantes los selladores de fisuras y autoaplicaciones de fluor, promoción de la salud, control de placa dentobacteriana y pulido de amalgamas, así como profilaxis que será contemplado en otros rubros.

Por lo que se refiere a selladores de fisuras, los resultados nos muestran que estadísticamente no es significativo, ya que en la categoría de 6 a 12 años en ambos sexos, el porcentaje obtenido se encuentra por debajo del 1%, esto es, del 100% de las actividades que se debían de haber programado en lo que se refiere a actividades preventivas.

Con respecto a promoción de salud, no hubo ninguna programación en ninguna de las categorías de 6 a 12 años en ambos sexos.

En la actividad de control de placa dentobacteriana, en la programación y ejecución en ambos sexos y en todas las categorías de edad de 6 a 12 años, el porcentaje varía del 1 al 4% del 100% de las actividades programadas de atención a la población de influencia.

En cuanto a las aplicaciones típicas de fluor, éstas fueron programadas entre el 1 y 6% de todos los pacientes atendidos en la clínica del modelo de servicio Chimalhuacán en todas las categorías de 6 a 12 años de ambos sexos y de estas actividades programadas, del 1 al 3% sólo se ejecutaron entre el 1 y 2% en ambos sexos y en todas las categorías de edad.



En relación al pulido y terminado de las restauraciones, en este caso de amalgamas, considerando que su pulido convendrá para evitar zonas que favorezcan a la retención y formación de placa dentobacteriana, la programación en ambos sexos en todas las categorías de edad de 6 a 12 años fue del 1% en el sexo femenino, en la categoría de 9 a 10 años es de 1%.

La ejecución es del 2% en el sexo femenino y 1% en el sexo masculino en todas las categorías de edad, en estas actividades preventivas el 25% corresponde al sexo masculino y el 33% al femenino, y en la atención y ejecución el 17% fue para el sexo masculino y el 24% para el femenino en las categorías de 6 a 12 años.

Refiriéndose a la terapia pulpar en dientes permanentes, se aplicaron distintos procedimientos a saber.

Pulpotomías en dientes permanentes.- No hubo programación en las categorías de 6 a 12 años en ambos sexos, pero se ejecutaron en un 3% del total de las actividades contempladas para la atención de esta población, correspondiendo este porcentaje al sexo masculino en la categoría de 9 años.

Pulpectomías en dientes permanentes.- Se programaron el 3% del total programado correspondiendo en 11% al sexo femenino de 8 años, y en las categorías restantes de 9 a 12 años en ambos sexos no hubo programación, sin embargo los resultados nos muestran que a pesar de haber sido programada esta actividad, no fue llevada a cabo o no fue ejecutada.

Recubrimiento pulpar directo.- Sólo se programaron en el sexo femenino de 11 a 12 años en un 3%, la ejecución entre los porcentajes -

del 2% en las categorías de 6 a 12 años en ambos sexos, excepto en 9 años en que no hubo ejecución de esta actividad.

Recubrimiento pulpar indirecto.- En las categorías de 11 y 12 -- años del sexo femenino hay una programación de 3% y 16% respectivamente, en el resto de las categorías no hubo programación.

En la atención de las categorías de 6 a 12 años solamente en el sexo femenino de 7, 10 y 11 años fueron ejecutadas, variando del 2 al 3% en la ejecución de estas actividades.

Para las actividades de terapia pulpar en dientes permanentes en las categorías de 6 a 12 años, la programación en el sexo masculino fue de 5% y en el femenino de 35%. La atención en el sexo masculino fue de 23% y en el sexo femenino de 30%.

Terapia pulpar en dientes temporales.- Pulpotomías que fueron -- programadas en 2 a 4% en las categorías de 6 a 10 años de edad en ambos sexos, y de 11 a 12 años no hubo programación, también en el porcentaje nos muestra que la atención fue del 1 al 9% en la ejecución de este procedimiento en las categorías de 6 a 10 años en ambos -- sexos, excepto en el sexo masculino de 6 años en el que el porcentaje de 3 y de 11 a 12 años ambos sexos no hubo atención.

Pulpectomías en dientes temporales.- La programación en las categorías de 7 y 8 años en el sexo masculino fue de 3, 1 y 12% respectivamente y en el sexo femenino de 7 años de 2%. En la atención sólo se registró el 1% en el sexo femenino de 7 años y el 1% en el sexo masculino de 8 años, en el resto de las categorías de 9 a 12 años en ambos no hubo ejecución de esta actividad.

Recubrimiento pulpar directo en dientes temporales.- Sólo se registró el 1% en el sexo femenino de 6 años, en la ejecución en las categorías de 6, 7, 8 y 12 años fue del 1 al 3% en ambos sexos, y de 9 a 11 años en ambos sexos no hubo ejecución de ésta.

Recubrimiento pulpar indirecto en dientes temporales.- En la programación se observa que el 1% corresponde al sexo masculino de 8 años, en el resto de las categorías de edad de ambos sexos no hubo programación.

La atención o ejecución en las categorías de 6, 8 y 11 años en el sexo masculino varió del 1 al 3% y en el sexo femenino de 7 y 10 años fue del 1 y 2% con respecto a las otras categorías en donde no hubo atención.

El porcentaje total para las actividades de terapia pulpar en dientes temporales en las categorías de 6 a 12 años, correspondió en un 20% en la programación del sexo masculino y de 9% para el sexo femenino.

En la ejecución de estos procedimientos, el 42% fue para el sexo masculino y el 29% para el sexo femenino.

Obturación en dientes permanentes:

Amalgamas.- La programación de obturaciones con amalgama en las categorías de 6 a 12 años va del 1% al 8% en ambos sexos y la ejecución va del 1 al 4% en ambos sexos en las categorías de edad de 6 a 12 años.

Resinas.- En la programación de obturaciones con resina se pro-

gramó un total del 1% correspondiendo al sexo femenino de 10 años, en el resto de las categorías el porcentaje obtenido no es significativo estadísticamente hablando.

Incrustaciones.- No hubo programación de esta actividad restaurativa en ambos sexos en ninguna de las categorías de edad de 6 a 12 -- años.

Colocación de IRM cemento intermedio.- No hubo programación en -- ambos sexos de 6 a 12 años, y en la ejecución en las categorías de 11 y 12 años sexo femenino y de 7 años en el sexo masculino, el porcentaje obtenido no es significativo, estadísticamente hablando, en comparación con el resto de las actividades que se desarrollaron a este nivel restaurativo.

El porcentaje total para las actividades programadas en cuanto a restauración de dientes permanentes en las categorías de 6 a 11 años correspondió el 28% para el sexo masculino y el 39% para el sexo femenino, y el porcentaje atendido fue para el sexo masculino de 15% y para el femenino de 18%.

Por lo que se refiere a la actividad restauradora en dientes temporales, los resultados que tenemos son los siguientes:

Analgamas.- La programación de obturación con amalgama de dientes temporales fue de 3 a 8% en las categorías de 6 a 10 años de ambos sexos y en las categorías de 11 y 12 años fue del 2 y 1% respectivamente sexo masculino y sexo femenino.

Resinas.- La programación correspondió al 1 y 2% en el sexo masculino en las categorías de 6 y 7 años respectivamente y en el sexo -

femenino el 1% para 6 y 7 años de edad y para las categorías de 8, 9, 10 y 12 años de ambos sexos el resultado no es estadísticamente significativo, en 11 años no hubo programación, ni atención, ni ejecución de esta actividad. Sin embargo hay que considerar que las actividades ejecutadas en el resto de las categorías de edad de ambos sexos no es estadísticamente significativa.

Coronas de acero cromo.- En la programación y atención en las categorías de 6 y 7 años en ambos sexos el porcentaje es tan bajo que no es estadísticamente significativo; para las categorías de 8 a 12 años no hubo programación ni ejecución de esta actividad en ambos sexos.

Coronas de policarboxilato.- La programación en 7 y 9 años en el sexo femenino está por debajo del 1% por lo cual no se considera estadísticamente significativa; para el resto de las categorías no hubo programación.

En la ejecución de estas actividades en los pacientes de 7 años de edad de ambos sexos el porcentaje es estadísticamente no significativo.

Colocación de IRM.- En la programación y atención en las categorías de 6 a 11 años en ambos sexos, el porcentaje obtenido no es significativo estadísticamente hablando, en la de 12 años ambos sexos no hubo programación ni ejecución de esta actividad.

El porcentaje total para las actividades contempladas en la restauración de dientes temporales correspondió, para el sexo masculino a 34% y para el femenino 34% y en la ejecución de esta actividad correspondió a 16% para el sexo masculino y 16% para el femenino.

En alusión a las actividades de carácter exodóntico en dientes permanentes y temporales en las categorías de 6 a 12 años en ambos sexos, la programación y ejecución de estas actividades no resultaron ser significantes estadísticamente hablando.

Para los dientes temporales el porcentaje fue del 2 al 7% en las categorías de 6 a 11 años de ambos sexos y en la de 12 años de ambos sexos tampoco es significativa.

La distribución porcentual de actividades programadas en dientes permanentes y temporales en las categorías de 6 a 12 años fue del 25% para el sexo femenino y 28% para el sexo masculino y en la atención correspondió al 22% para el sexo masculino y 25% para el sexo femenino.

En las actividades de ortodoncia preventiva se contemplaron:

Mantenedor de espacio fijo.- En la programación de estos procedimientos en las categorías de 6 y 7 años fue de 2% para ambos sexos, - en las demás categorías no hubo programación. En la atención o ejecución de esta actividad, el 2% correspondió al sexo masculino de 7 años y en las demás categorías no hubo atención o ejecución.

La programación fue del 2% en lo referente a mantenedores de espacio removible, y este porcentaje de 2% corresponde a las categorías de 6 y 7 años de ambos sexos y la atención o ejecución corresponde al 2% precisamente al sexo femenino de 7 años; en las categorías de 8 a 12 años no hubo programación ni ejecución de esta actividad.

Placas Hawley.- En las categorías de 7 y 8 años sexo femenino, - la programación y ejecución fue de 5% y en las demás categorías de 6,

9, 10, 11 y 12 años no hubo programación ni ejecución de esta actividad.

En los modelos de estudio de dentición mixta, la programación -- fue de un 2, 5 y 7% en las categorías de 6 a 11 años de ambos sexos, la ejecución de esta actividad fue de 2, 5 y 7% en las categorías de 6 a 11 años ambos sexos y en la categoría de 12 años no hubo programación ni ejecución de esta actividad.

El porcentaje total para las actividades programadas de ortodoncia en las categorías de 6 a 12 años fue del 21% para el sexo masculino y del 33% para el sexo femenino. La ejecución para el sexo masculino fue del 13% y para el sexo femenino de 28%.

Radiografías como auxiliares de diagnóstico.- En las categorías de 7 a 12 años la programación fue de 1 y 2%, en la categoría de 6 años no hubo programación. La ejecución en las categorías de 6 a 12 años fue de 1 a 3%.

Radiografías infantiles.- En las categorías de 6 a 11 años en ambos sexos fue de 1 a 5%, excepto en los 7 años sexo femenino donde -- fue del 8%. En la atención de las categorías de 6, 9, 10, 11 y 12 --- años fue de 1 a 3% y en 7 y 8 años sexo femenino fue de 9 y 5% respectivamente, y en el masculino de 8 años fue de 5%.

El porcentaje total para las actividades auxiliares en el diagnóstico como son las radiografías en este sentido periapical adulto e infantil fue para el sexo masculino del 18% en las programadas y en el sexo femenino del 25%. En la ejecución de esta actividad el 22% correspondió al sexo masculino y para el sexo femenino en un 35%.

En lo concerniente a tratamientos parodontales se contemplaron:

Profilaxis superficial, profilaxis profunda, drenado de absceso y cirugía parodontal.

Profilaxis superficial.- La programación fue del 3 al 5% para las categorías de 6 a 12 años ambos sexos. En la atención correspondió para las categorías de 6 a 12 años ambos sexos del 2 al 4% la ejecución de esta actividad.

Profilaxis profunda.- No hubo programación ni ejecución en ninguna de las categorías de 6 a 12 años en ambos sexos.

Drenado de absceso.- La programación y ejecución de esta actividad de las categorías de 6, 10 y 12 años no es estadísticamente hablando, y en los 7 y 8 años se atendió el 1%, entre 9 y 10 años en estas categorías no hubo atención ni programación.

Cirugía parodontal.- En las categorías de 7 años sexo femenino y 8 años sexo masculino no hubo resultado estadísticamente hablando, en el resto de las categorías de ambos sexos no hubo programación ni ejecución.

En la atención de las categorías de 9 y 11 años del sexo masculino, el porcentaje obtenido no es estadísticamente significativo. En el resto de las categorías en ambos sexos no hubo ejecución.

El porcentaje total para las actividades parodontales fue de 23% para el sexo masculino y de 31% para el sexo femenino en la programación, y en la ejecución fue del 22% para el sexo masculino y del 24% para el sexo femenino.



Altas de cuadrantes.- En las categorías de 6 a 9 y 11 años en ambos sexos fue de 3 a 5%, para 10 años y en el sexo masculino fue de 13%, en la categoría de edad de 12 años para ambos sexos fue de 1 y 2% respectivamente en la programación.

La atención en las categorías de 6 a 12 años ambos sexos fue del 1 y 2% del total de cuadrantes que debieron de haber dado de alta.

Altas de pacientes.- En la programación de las categorías de 6 a 12 años ambos sexos debió haber sido del 100% y en la ejecución para dar de alta a estos pacientes el porcentaje obtenido fue por debajo del 1% que no es significativo estadísticamente hablando.

El porcentaje total para la programación para los cuadrantes y pacientes dados de alta, correspondió en el sexo masculino en 33% y en el sexo femenino fue de 37%. Lo realizado en las actividades fue del 11% para el sexo masculino y del 15% para el sexo femenino.

## **CAPITULO V**

### **ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Si observamos el Cuadro No. 1 que habla acerca de las actividades preventivas programadas y ejecutadas para la población de influencia del Modelo de Servicio Chimalhuacán, encontramos que el mayor número de actividades programadas y ejecutadas en lo que se refiere a - prevención, control de placa dentobacteriana, aplicaciones tópicas de fluor y pulido de amalgamas, dejando a un lado en menor porcentaje de programación, los selladores de fisuras, las pláticas o promoción de salud y las autoaplicaciones de fluor.

Por lo que se refiere a selladores de fisuras, esto puede ser debido a que quizá no presentan defectos estructurales de esmalte o malformaciones dentarias que requieran de la atención preventiva, a través de los selladores de fisuras.

En lo concerniente a la promoción de salud o pláticas de salud, quizá no se le dió tanta importancia aún cuando la tiene, ya que es - contemplada con mayor presunción en actividades de carácter comunitario y no a nivel individual, aunque se hace notar que no por eso deja de ser importante.

Las autoaplicaciones de fluor que se ven compensadas con las topicaciones de fluor a nivel de clínica o sillón dental. Si observamos los porcentajes de las actividades preventivas programadas, éstas parecen tener una distribución homogénea en todas las categorías de - edad en ambos sexos, sin embargo hay que hacer notar que de todas las actividades preventivas programadas para esta población, no se ejecutaron en un 100%, ya que si observamos el porcentaje de las actividades preventivas ejecutadas con respecto a las actividades preventivas

programadas, éstas fueron en una menor proporción del total de las actividades programadas. Esto quiere decir que del 58% de las actividades programadas para dar atención a esta población, sólo el 41% fue ejecutado, dejando por ser desarrollado un 17%. Esto se debe a que, o bien los pacientes no continuaron con su tratamiento, o se descuidó algún material de esta naturaleza de carácter preventivo.

En relación a las actividades de terapia pulpar (consultar cuadro No. 2 ) para dientes permanentes, se observa que casi no hay programación ni ejecución de estas actividades o procedimientos.

Por lo que podemos decir que probablemente la magnitud de los problemas en cuanto al avance del proceso carioso no ha llegado a afectar en gran frecuencia a los dientes de la población de influencia del Modelo de Servicio Chimalhuacán, sin embargo de los 37 procedimientos programados y ejecutados, se dice que fueron básicamente programados para el sexo femenino de 11 años. Mas si hacemos el análisis en la columna de total, en donde aparecen las actividades programadas y atendidas, vemos que no existe una correlación entre lo programado y lo atendido. Esto es que la programación fue menor de lo atendido y pudo ser debido a malos diagnósticos, yatrogenias provocadas por los operadores o a que por alguna razón hubo reincidencia y tuvieron que ser tratados a través de estos procedimientos de terapia pulpar, ya que si observamos que de los 15 procedimientos programados se ejecutaron 22 correspondiendo al 59% de la actividad pulpar en dientes permanentes.

En el procedimiento de terapia pulpar en dientes temporales, se observa algo semejante al cuadro de dientes permanentes. Observamos que el mayor número de procedimientos realizados de esta naturaleza, fueron pulpotomías que se distribuyen homogéneamente sobre todas las

categorías de 6 a 10 años, esto puede ser debido a que los dientes temporales han estado expuestos al riesgo de caries mucho más tiempo y han sido afectados los órganos pulpaes.

En los procedimientos de pulpectomía, recubrimiento pulpar directo e indirecto, si analizamos la columna en donde se verifica el total de procedimientos programados y ejecutados de terapia pulpar para dientes temporales, se observa que se programaron en menor número de dientes de los que fueron atendidos, esto se debe, como analizábamos en el cuadro anterior, a que quizá no fueron los diagnósticos acertados y se tuvo que reconsiderar el procedimiento para la curación y rehabilitación de dientes temporales, sin embargo se hace notar que, en comparación con los dientes permanentes, hubo una mayor actividad o ejecución de procedimientos de terapia pulpar, correspondiendo de 35 procedimientos programados a 88 procedimientos ejecutados del 100% de procedimientos contemplados de terapia pulpar para dientes temporales.

Si consideramos el análisis de estos dos cuadros el 2 y el 3 concernientes a la terapia pulpar podemos decir, considerando el número total de dientes atendidos a través de este procedimiento clínico, que 159 dientes del total que requerían atención tuvieron que ser atendidos con estos procedimientos, esto nos indica que la gravedad del problema, tanto en dientes permanentes como en temporales, no ha avanzado tanto que haya llegado a afectar el órgano pulpar.

Con respecto a las actividades restaurativas y curativas a base de obturaciones con amalgamas, resinas, incrustaciones y la aplicación de IRM, podemos decir que el mayor número de procedimientos que se realizaron, consistieron en obturaciones con amalgamas y que no se programaron actividades de incrustación y colocación de IRM y de resi

nas, las que son estadísticamente no significantes. Lo que quiere decir que en mayor número de dientes atendidos fueron dientes posteriores.

En los dientes permanentes, que en la mayoría de los casos se pudieron reconstruir o rehabilitar con amalgama, no fue necesario emplear materiales como la incrustación o coronas de acero cromo, que más adelante serán contemplados.

Si analizamos el cuadro de totales, se observa que de los 1667 procedimientos programados para la atención de esos dientes enfermos, sólo el 33% fue ejecutado, lo que quiere decir que los pacientes no continuaron con su tratamiento, o las actividades contempladas para su ejecución no fueron realizadas en el tiempo previsto.

En las restauraciones de dientes temporales se contemplan además de las anteriormente descritas, excepto de incrustaciones, coronas de acero cromo y coronas de policarboxilato, se observa que el mayor número de procedimientos de restauración programados y ejecutados fueron a base de amalgamas, y el mayor número de dientes afectados fueron dientes posteriores. Se presenta en una proporción homogénea en todas las categorías de edad y en ambos sexos, sobre todo en las categorías de 6, 7, 8, 9 y 10 años.

En resinas se programó más que lo atendido, al igual que en obturaciones con amalgamas fue más lo programado que lo atendido, en las coronas de acero cromo, de igual manera se programó pero no hubo ejecución, así mismo en las coronas de policarboxilato que no es estadísticamente significativa y en la colocación de IRM que quizá como criterio, tomaron la colocación intermedia para después ser restaurado.

Si observamos la columna del subtotal veremos que existe un comportamiento similar de estas actividades programadas de restauración y rehabilitación dentaria en todas las categorías de edad, sobre todo en las de 6 a 10 años en ambos sexos, así mismo se observa, como en cuadros anteriores que fue más lo programado que lo atendido.

En las actividades de exodoncia se muestra claramente una mayor frecuencia en donde, probablemente, la afección es mayor en dientes temporales que en dientes permanentes, correspondiendo casi en un 90% la actividad para los dientes temporales y un 7% para los dientes permanentes de vital importancia, ya que como sabemos, la extracción prematura de dientes temporales ocasiona, en un futuro, oclusopatías si no son atendidos por medio de aparatología preventiva ortodóncica que más adelante analizaremos.

Se observa que esta actividad, en cuanto a extracción de dientes temporales, disminuye conforme a edad, esto es obvio debido a que los dientes temporales presentes van disminuyendo en cuanto a número por la secuencia de erupción dentaria, así mismo la extracción de dientes permanentes probablemente es mucho menor debido a que la mayoría de éstos no ha sido afectado por caries por el tiempo de exposición a riesgo con el que cuenta.

Sin embargo se observa que aquí, en dientes permanentes a diferencia con los otros rubros, se hicieron más extracciones de las programadas. Si observamos la columna del subtotal, diremos que existe un comportamiento similar entre todas las categorías de la programación y realización de esta actividad exodóntica, concentrándose más sobre todas las categorías de 7, 8, 9 y 10 años de edad en ambos sexos. Así mismo se observa en el total de esta actividad que se ejecutaron menor número que las programadas y esto puede ser debido y po

demos llegar a decir, que probablemente los pacientes no continuaron su tratamiento, o bien que no hubo el tiempo suficiente para todos -- los procedimientos programados para esta población.

En los procedimientos de ortodoncia preventiva se observa, fundamentalmente, que se desarrollaron actividades de toma de modelos para análisis de dentición mixta con bastante frecuencia, sobre todo en -- las categorías de 6, 7 y 8 años de edad de ambos sexos, sin embargo - en donde es más frecuentemente diagnosticado el problema programado - independientemente la categoría de 7 años de edad del sexo femenino, lo que quiere decir que quizá a esta edad es cuando más frecuentemente se observa el problema, pero si tomamos el cuadro de extracciones realizadas en dientes temporales entre la población de influencia, observamos que no existe la congruencia entre aportología destinada a - mantener la armonía ocluso maxilar cuanto al número de extracciones - realizadas, ya que sólo se realizaron en un 2 al 8% esta actividad -- que no es congruente de ninguna forma con el total de extracciones -- realizadas, ya no sólo programadas sino ejecutadas en la actividad -- clínica del IMSO Chimalhuacán. Si observamos en la columna del total nos daremos cuenta que el comportamiento más o menos similar, pero -- que se concentra con mayor frecuencia en la categoría de 6, 7, 8 y 9 años de ambos sexos, así mismo, del total de las actividades programadas de esta naturaleza, del 57% de las actividades programadas, sólo el 41% fue ejecutado, lo que quiere decir que quizá algunos procedimientos quedaron inconclusos aún cuando fueron programados.

En referencia al Cuadro No. 8 y que es la toma de radiografías, que es auxiliar de diagnóstico, se observa que esta actividad, sobre todo, se da a través de la toma de radiografías infantiles, esto es - obvio debido a que estas placas fueron más adecuadas para tomar en este tipo de población, pero es importante verificar, no el tipo de ra-



diografía, sino la frecuencia en que es utilizado este recurso para - confirmar el diagnóstico o los diagnósticos y se observa que sólo el 43% fue programado pero por necesidades de atención clínica de esta - programación, hubo una ejecución del 57%, lo que deja visto una gran cantidad de procedimientos que no fueron valorados radiológicamente. Esto puede ser debido a que los problemas no eran de gran magnitud o que no era necesario realizar esta actividad como confirmación de - - los diagnósticos establecidos por los operadores.

De los tratamientos parodontales, que incluyen los diferentes ti - pos de profilaxis, drenado de absceso y cirugía parodontal, podemos - decir que la mayor frecuencia de procedimientos realizados para esta población fueron la profilaxis superficial, es obvio debido al tipo - de población que consiste en niños de 6 a 12 años. Cabe mencionar que la mayor concentración se dió en las categorías de 6 a 10 años de - - edad y que si observamos en la columna de total, del 54% que se pro-- gramaron de profilaxis superficial, el 46% fue ejecutado. Esto pudo - ser debido a que algunos pacientes no terminaron el tratamiento.

En relación a pacientes dados de alta y cuadrantes dados de al-- ta, observamos que no hay una congruencia entre el número de pacien-- tes dados de alta con el número de cuadrantes dados de alta, esto pu-- do ser debido al mal registro de la información, o bien, a que por al - guna razón había reincidencia de algunos padecimientos que imposibili - taron el registro de la alta del paciente. Sin embargo podemos decir que la productividad fue del casi 30% del total ya que debe de estar contemplado dentro de la actividad de la clínica, ya que de 2350 cua - drantes programados a ser dados de alta, sólo 825 fueron dados de al - ta, así mismo de 543 pacientes de los que debieron haber sido dados - de alta, sólo 161 pacientes fueron dados de alta. Esto quiere decir - que quizá por diferentes circunstancias, ya sea de deficiencia de - -

equipos o deficiencia de recursos humanos, o bien de la continuidad y cooperación de los pacientes para sus tratamientos, imposibilitaron que se dieran de alta, así mismo se observa que lo programado fue mucho mayor que lo ejecutado. En general podemos decir que el mayor número de actividades fueron concentradas básicamente en actividades -- restaurativas en donde con más frecuencia fueron realizados en las categorías de 6 a 10 años, probablemente las que demandaron más este -- servicio, por lo que en las actividades programadas siempre se observa mayor número que las atendidas, en lo que se refiere a los procedimientos de terapia pulpar, pero como ya hemos dicho pudo ser debido a malos diagnósticos o a otras alteraciones que se alteró su atención, pero podemos decir a grandes rasgos que el rendimiento fue de un 75% en base a lo programado y lo atendido, no así la efectividad de los - tratamientos, ya que de el total de cuadrantes y pacientes dados de - alta contemplados sólo menos del 50% fue logrado.

## CAPITULO VI

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

De acuerdo con el análisis anterior se concluye lo siguiente:

Que el mayor número de actividades programadas y ejecutadas correspondió a prevención, control de placa dentobacteriana, aplicaciones tópicas de fluor y pulido de amalgamas.

Por lo que se refiere a pláticas de salud, selladores de fisuras y autoaplicaciones de fluor, se puede decir que se programaron en menor número. En el caso de las pláticas de salud, se conoce que son actividades de carácter comunitario que se aplican también a nivel individual, pero faltó dedicación en este aspecto y esta parece ser la razón por la que el porcentaje programado sea tan bajo. En cuanto a las autoaplicaciones, se ven compensadas con las aplicaciones tópicas, y los selladores de fisuras que no fueron utilizados ya que los dientes no presentaban defectos estructurales. En otras palabras, se observó una distribución homogénea para todas las categorías de edad (6 a 12 años) en la programación, y en cuanto a la atención sólo se logró cubrir una tercera parte de lo programado.

En terapia pulpar casi no hubo programación ni ejecución, esto es debido, probablemente, a que el proceso carioso no ha afectado en forma tal al diente que éste no requiere de este procedimiento, sin embargo se programaron y ejecutaron procedimientos para el sexo femenino de 11 años, pero al analizar la columna de total, encontramos que fue más lo atendido que lo programado.

Hablando de este mismo procedimiento, pero en dientes tempora-

les, se observa que se realizó en mayor porcentaje y también en forma homogénea en las categorías de 6 a 10 años fueron las pulpotomías.

Para los procedimientos de pulpectomías, recubrimiento pulpar directo e indirecto en dientes temporales, la atención fue mayor que en los dientes permanentes. Para el resto de los procedimientos de terapia pulpar en dientes temporales, se puede verificar que en la programación y en la ejecución, fue menor lo atendido que lo programado debido, tal vez, a un mal diagnóstico.

Con respecto a las actividades restauradoras y curativas a base de los siguientes materiales: amalgamas, resinas, incrustaciones e -- I.R.M. en dientes permanentes. Podemos decir que las amalgamas fueron las que se realizaron en mayor número y que los dientes posteriores fueron los más atendidos, y que en la mayoría de los casos se pudie--ron reconstruir, aunque también fue más lo programado que lo atendido y que no se atendieron en el tiempo previsto.

En esta misma actividad, sólo que en dientes temporales, además de lo anteriormente descrito, a excepción de las incrustaciones, coronas de acero cromo y policarboxilato, se obturaron con amalgamas y el mayor número de dientes atendidos fueron los posteriores en las categorías de 6 a 10 años.

En cuanto a las resinas, se programó más de lo que se atendió al igual que en las amalgamas. Para las coronas de acero cromo existió - programación pero no hubo ejecución y las coronas de policarboxilato e I.R.M. no fueron estadísticamente significativas.

En las actividades de exodoncia se observa mayor frecuencia en - dientes temporales que en dientes permanentes y como es de saber, si

no se hace ortodoncia preventiva en el caso de exodoncias en dientes temporales, se provocarán oclusopatías. Otro dato importante para esta actividad es que las extracciones en dientes temporales va disminuyendo conforme a la edad, debido al proceso de erupción dentaria y la extracción de dientes permanentes también es baja debido al corto tiempo de exposición de estos dientes en boca, además que en estos casos es mayor la programación que la atención, notando que esta actividad exodóntica se concentró más en las edades de 7 a 10 años en ambos sexos.

En ortodoncia se observa que se tomaron más modelos de estudio con bastante frecuencia en las categorías de 6 a 8 años en ambos sexos, comparándolo con las demás actividades ortodónticas, existió más programación en la categoría de 7 años sexo femenino, lo que quiere decir que probablemente a esta edad, el problema sea más grande. Al comparar el número de extracciones realizadas en dientes temporales, no existe congruencia entre éstos y la colocación de aparatología interceptiva, ya que sólo una tercera parte de lo programado fue atendido y el resto quedó inconcluso.

En lo referente a radiografías, las infantiles tuvieron más demanda, ya que la población atendida fue infantil. En esta actividad lo atendido fue mayor que lo programado.

En los tratamientos parodontales, la actividad que se realizó con mayor frecuencia, fue la profilaxis superficial y se concentró sobre todo en las categorías de 6 a 10 años de edad y que de lo programado, menos de la mitad se atendió.

En lo que corresponde a pacientes dados de alta y cuadrantes dados de alta, no existe congruencia, dando como resultado un bajo ren-

dimiento. En general se observó más frecuencia en las categorías de 6 a 10 años.

## **CAPITULO VII**

### **R E C O M E N D A C I O N E S**



## RECOMENDACIONES

1. Que en un futuro, para tratar de conseguir un mayor rendimiento de la Clínica IMSO, se lleven a cabo más actividades socioeconómicas y epidemiológicas de la población de influencia.
2. Unificar los criterios entre maestros y alumnos en base al tipo de procedimiento que se lleve a cabo y no existan discrepancias al respecto.
3. Llevar a cabo actividades de promoción de la salud a nivel comunitario e individual.
4. Que a cada grupo de pasantes de Odontología que brinden atención en la Clínica IMSO, se les asigne un grupo y un día específico para atención en la clínica, teniendo como partida los grupos de sexto grado a primero, ya que los grupos de sexto abandonarían la escuela y la mayoría se iría con su tratamiento a la mitad, por lo tanto es importante que cada alumno que abandone la escuela para continuar en el siguiente nivel deje su expediente concluido.
5. Es importante mencionar que los grupos que se formen para la atención, sean programados y atendidos aplicando las técnicas adecuadas para un mayor aprovechamiento de los alumnos que prestan el servicio y no dejar sin concluir los tratamientos, ya que eso origina un descontrol y disminución del rendimiento que se asigna a la Clínica, por lo tanto se debe considerar más valioso terminar un procedimiento hasta darlo

de alta y no varios dejados a la mitad del tratamiento.

En base a un sistema de atención incremental, en donde se identifiquen los grupos de iniciados, de mantenimiento y electivos.

## CAPITULO VIII

## BIBLIOGRAFIA

## B I B L I O G R A F I A

1. Atención a la Salud de la Población marginada en grandes urbes, S.S.A. 1981.
2. Manual de Normas para los Servicios de Estomatología. Unas normas para centros de salud urbanos, S.S.A. 1980.
3. Programa General de Odontología Social e Investigación 1979 -1981. Dr. Armando Betancourt Linares, Dra. Ana Ma. Flores Morales, Dr. Duilio Pensini Dante, Dr. José Francisco Mu- -rrieta Pruneda, Dra. Ma. Estela Rodríguez Trejo. E.N.E.P. - Zaragoza, U.N.A.M..
4. Artículo de la situación actual y perspectivas de la educa- ción Odontológica Mexicana. Dr. Armando Betancourt Linares.
5. Caries: Análisis y valoración de los diferentes métodos pa- ra su prevención, 1a. parte, Dr. Menashe Cieplinski, Dra. - Antonia Cadena G., revista A D M., Volumen 31 No. 1, Enero 1974, pag. 7 a 12.
6. Carioinmunidad inducida IV Vacunación bucal en niños, Resul- tados obtenidos durante un año por los Dres. Armando Bayona González, Víctor López Camarena y Alfredo Gómez Castella- - nos, revista A D M, volumen 29 No. 4, julio-agosto 1972, - pag. 241 a 249.
7. Caries Dental, un concepto dinámico de Etiopatogenia y-Pre- venciones, revista A D M, Dr. Menashe Cieplinski y Dra. An-

tonieta Cadena G.

8. La vacuna anticaries: Un esfuerzo personal, Dr. Armando Bayona González, revista A D M enero-febrero 1975.
9. Gufa para realizar investigaciones sociales del Dr. Raúl Rojas Soriano, U.N.A.M., 6a. edición.
10. Metodología de planificación y financiamiento de salud pública Soviética y sus aspectos económicos, Dr. Yousas Y. Zhilinskas, ciudad de la Habana Cuba, 1979.
11. Bases esenciales de la salud pública, pag. 1 a 56.
12. "Epidemiología", Jaime Breilh, Universidad de Quito, 1979, pags. 1-10, 36-43, 97-105, 117-121, 137-153, 163-167.
13. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza - - - U.N.A.M.  
Clínica I M S O Chimalhuacán (turno matutino).

"Informe del estudio descriptivo de la situación socioeconómica y de las condiciones higiénico-sanitarias de 148 familias de la comunidad de influencia de la Clínica IMSO Chimalhuacán, Edo. de México, 1982".

Elaborado por:

C.D.M.S.P. José Francisco Murrieta Pruneda, Coordinador de la Clínica I M S O Chimalhuacán (turno matutino).

C.D. Laura Enedina Carmona Macías, Profa. Ayudante de la --  
Clínica I M S O Chimalhuacán.

14. Módulo Introdutorio

Unidad I

Salud, Enfermedad y Estructura Social  
Odontología Social, 1984

Dr. Luis Vega M.

Dra. Martha Avila O.

Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza".

15. Módulo Introdutorio

Unidad II

Simplificación y Desmonopolización en Odontología, 1a. edición.

Santo Domingo, República Dominicana, 1982.

Héctor Silva Olivares

Patricio Yépez

Jorge A. Cordón

Otto R. Menéndez

Eugenio Vilaca Méndez

Gustavo Baz

Víctor de la Rosa Huesca

Alfredo Crespo Oviendo

José M. Yáñez

Guillermo Jackson

Fernando Jackson

16. Seminario de Integración I

Carrera de Cirujano Dentista

Carta Descriptiva

Séptimo Semestre de 1980

Sistemas de Atención en Salud

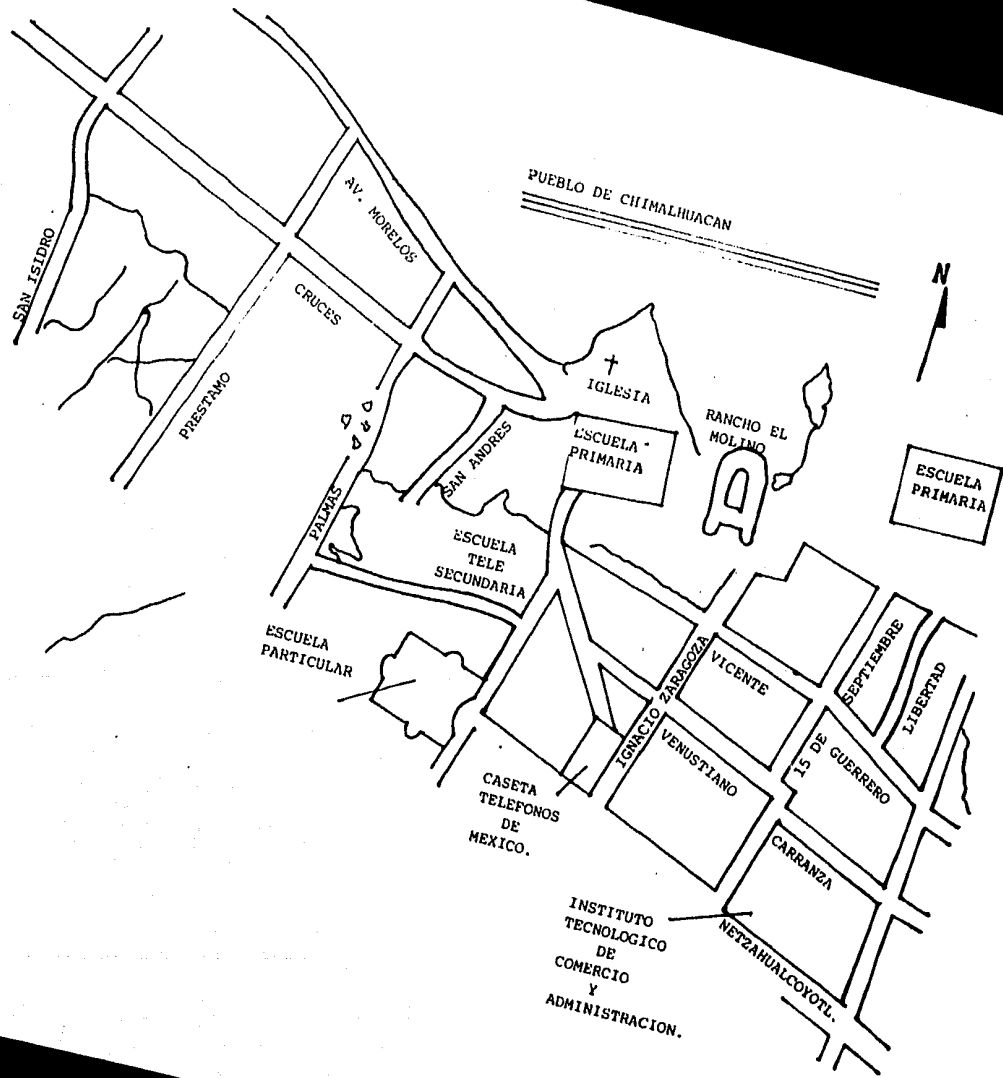
Dr. Duilio Pansini

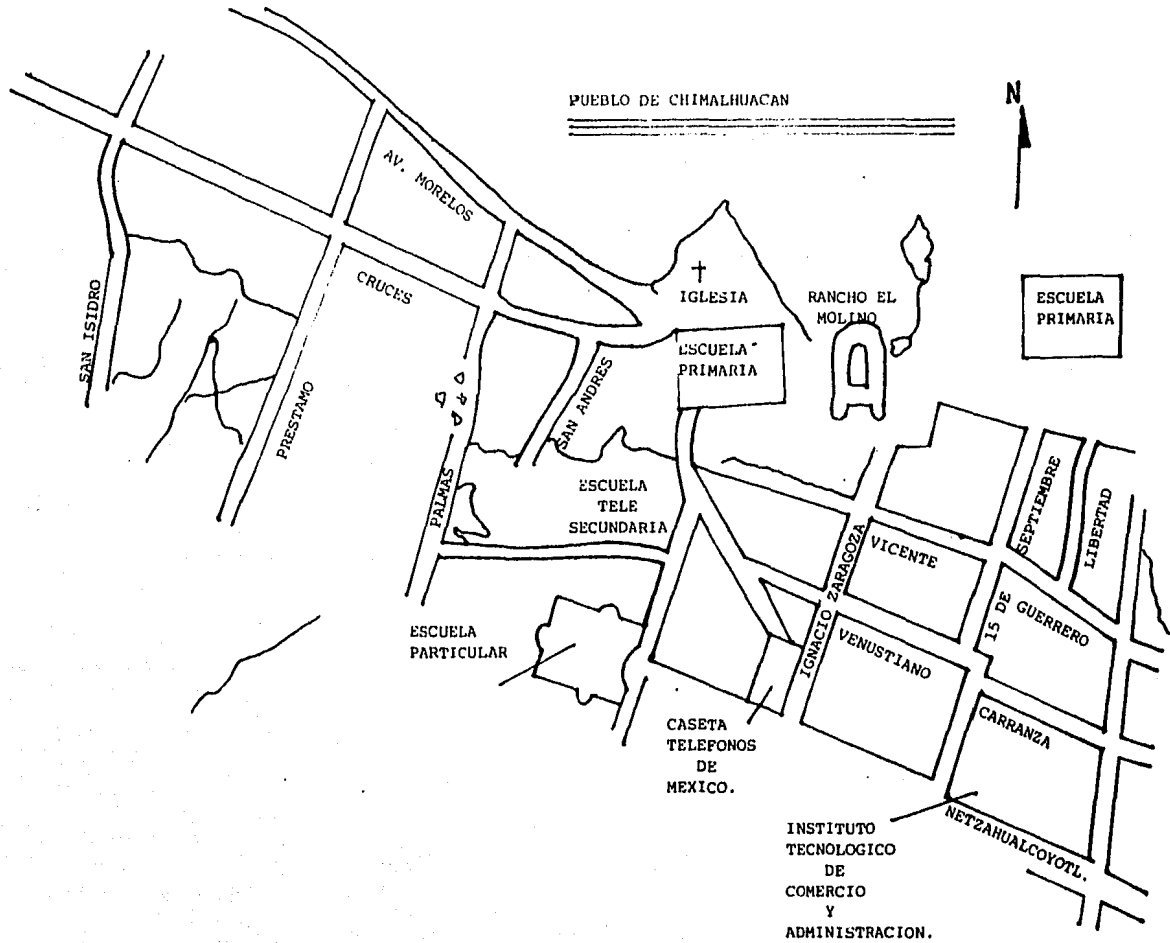
Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza".

## **CAPITULO IX**

## **A N E X O S**







CUADRO 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES Y TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA INSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983

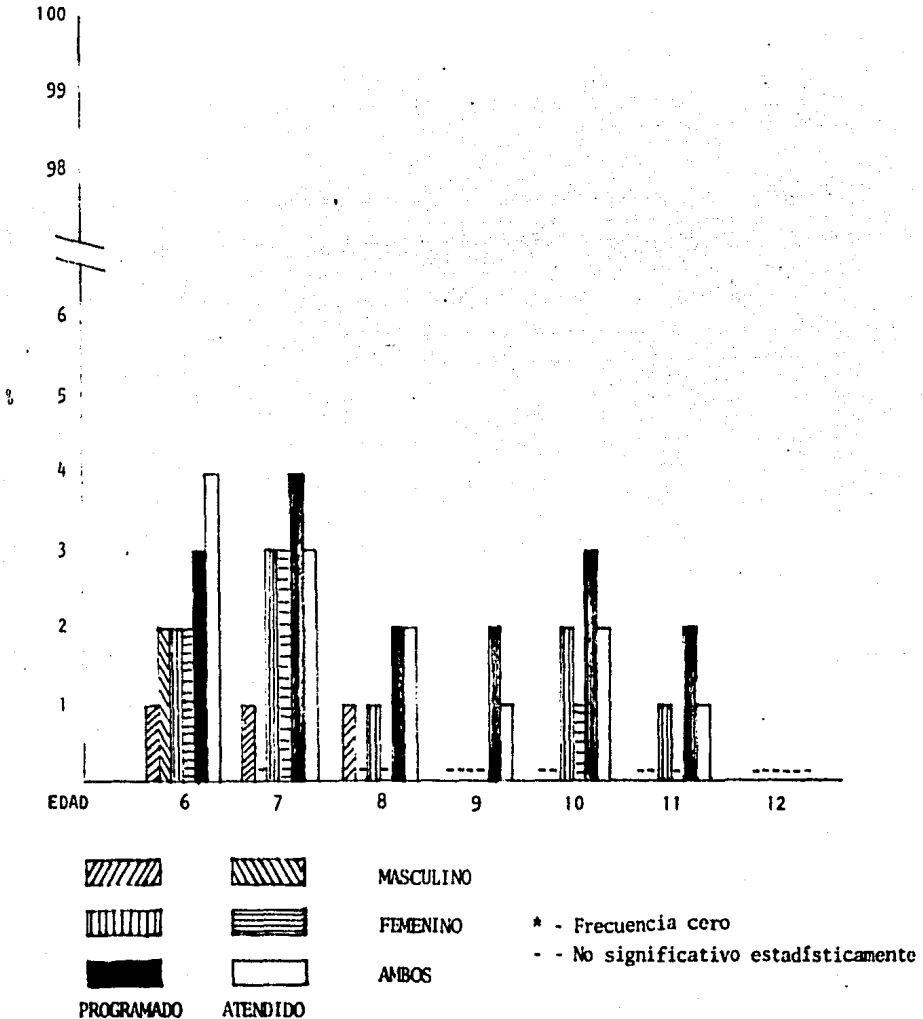
TRATA- MIENTO	P R E V E N C I O N																SUBTOTAL												
	SELLADOR DE FISURAS				PLATICAS DE SALUD				CONTROL DE PLACA				APLICACION DE FLUOR						AUTOAPLICACION DE FLUOR				PULIDO DE AMALGAMAS						
	PROCE- DIMIENTO	P		A		P		A		P		A		P		A		P		A		P		A					
N°		%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%					
6	M	2	-	1	-	**	**	**	**	11	1	14	2	20	2	11	1	**	**	**	**	14	2	8	-	47	5	34	4
	F	3	-	2	-	**	**	**	**	17	2	19	2	22	3	15	2	**	**	**	**	7	-	11	1	49	6	47	5
	AMB	5	-	3	-	**	**	**	**	28	3	33	4	42	5	26	3	**	**	**	**	21	2	19	2	96	11	81	9
7	M	2	-	1	-	**	**	**	**	11	1	8	-	15	2	9	1	**	**	**	**	14	2	7	-	42	5	25	3
	F	1	-	**	**	**	**	**	**	24	3	22	3	23	3	15	2	**	**	**	**	21	2	9	1	69	8	46	5
	AMB	3	-	1	-	**	**	**	**	35	4	30	3	38	4	24	3	**	**	**	**	35	4	16	2	111	13	71	8
8	M	**	**	**	**	**	**	**	**	9	1	8	-	17	2	9	1	**	**	**	**	8	-	3	-	34	4	20	2
	F	**	**	**	**	**	**	**	**	10	1	8	-	18	2	10	1	**	**	**	**	15	2	10	1	43	5	28	3
	AMB	**	**	**	**	**	**	**	**	19	2	16	2	35	4	19	2	**	**	**	**	23	3	13	1	77	9	48	6
9	M	**	**	**	**	**	**	**	**	7	-	8	-	10	1	7	-	**	**	**	**	14	2	6	-	31	4	21	2
	F	**	**	**	**	**	**	**	**	8	-	5	-	16	2	13	1	**	**	**	**	13	1	9	1	37	4	27	3
	AMB	**	**	**	**	**	**	**	**	15	2	13	1	26	3	20	2	**	**	**	**	27	3	15	2	68	8	48	6
10	M	**	**	**	**	**	**	**	**	7	-	4	-	12	1	11	1	1	-	1	-	14	2	10	1	34	4	26	3
	F	1	-	1	-	**	**	**	**	18	2	13	1	11	1	13	1	**	**	**	**	9	1	5	1	38	4	31	4
	AMB	1	-	1	-	**	**	**	**	25	3	17	2	23	3	24	3	1	-	1	-	23	3	15	2	72	8	57	7
11	M	**	**	**	**	**	**	**	**	8	-	5	-	8	-	7	-	**	**	**	**	10	1	6	-	26	3	18	2
	F	**	**	**	**	**	**	**	**	9	1	8	-	9	1	5	-	**	**	**	**	16	2	8	-	34	4	21	2
	AMB	**	**	**	**	**	**	**	**	17	2	13	1	17	2	12	1	**	**	**	**	26	3	14	2	60	7	39	4
12	M	**	**	**	**	**	**	**	**	2	-	2	-	**	**	1	-	**	**	**	**	1	-	2	-	3	-	5	-
	F	**	**	**	**	**	**	**	**	6	-	4	-	6	-	4	-	**	**	**	**	8	-	3	-	20	2	11	1
	AMB	**	**	**	**	**	**	**	**	8	-	6	-	6	-	5	-	**	**	**	**	9	1	5	-	23	3	16	2
S U M A	M	4	-	2	-	**	**	**	**	55	6	49	6	82	9	55	6	1	-	1	-	75	9	42	5	217	25	149	17
	F	5	-	3	-	**	**	**	**	92	11	79	9	107	12	75	9	**	**	**	**	89	10	55	6	290	33	211	24
	AMB	9	-	5	-	**	**	**	**	147	17	128	15	189	22	130	15	1	-	1	-	164	19	97	11	507	58	360	41

867 / 1008

P - Programado  
 A - Atendido  
 N° - Número  
 AMB - Ambos  
 - - No significativo estadísticamente  
 \* - Frecuencia cero

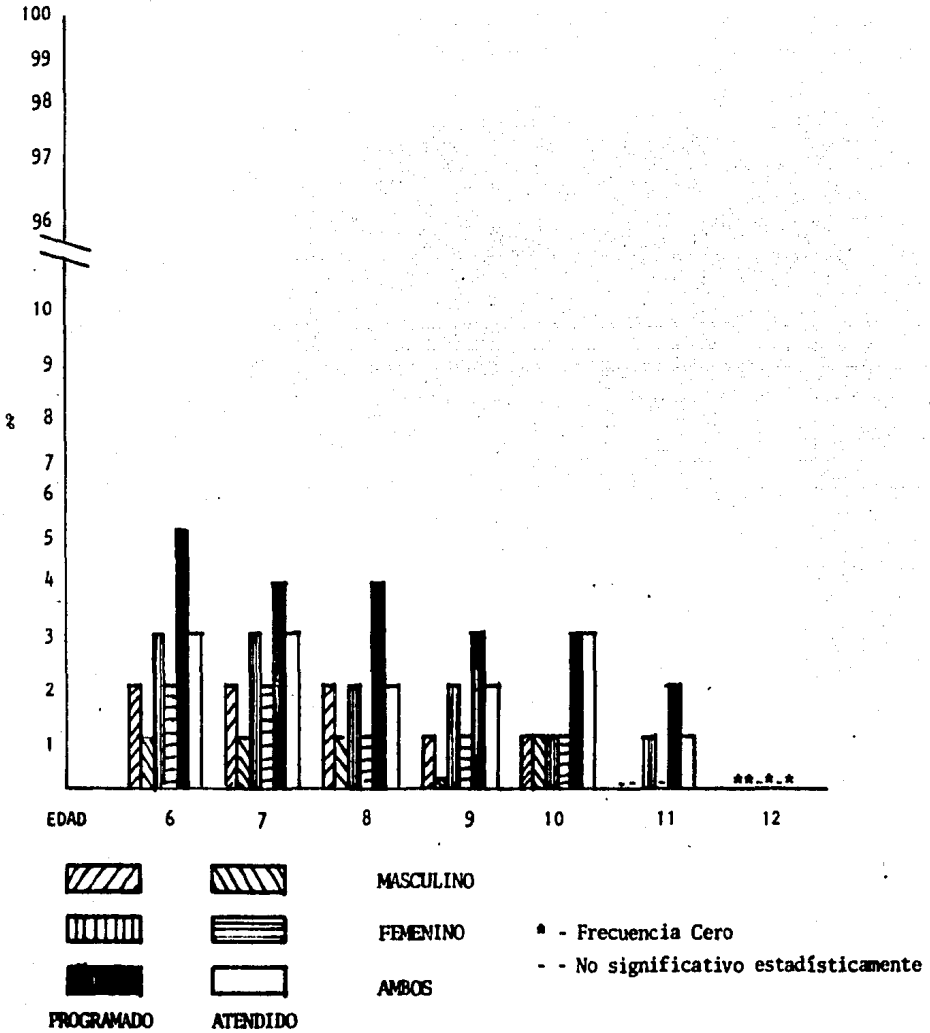
GRAFICA 1-C

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACTIVIDADES DE CONTROL DE PLACA PROGRAMADA Y REALIZADA EN DIENTES PERMANENTES Y TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



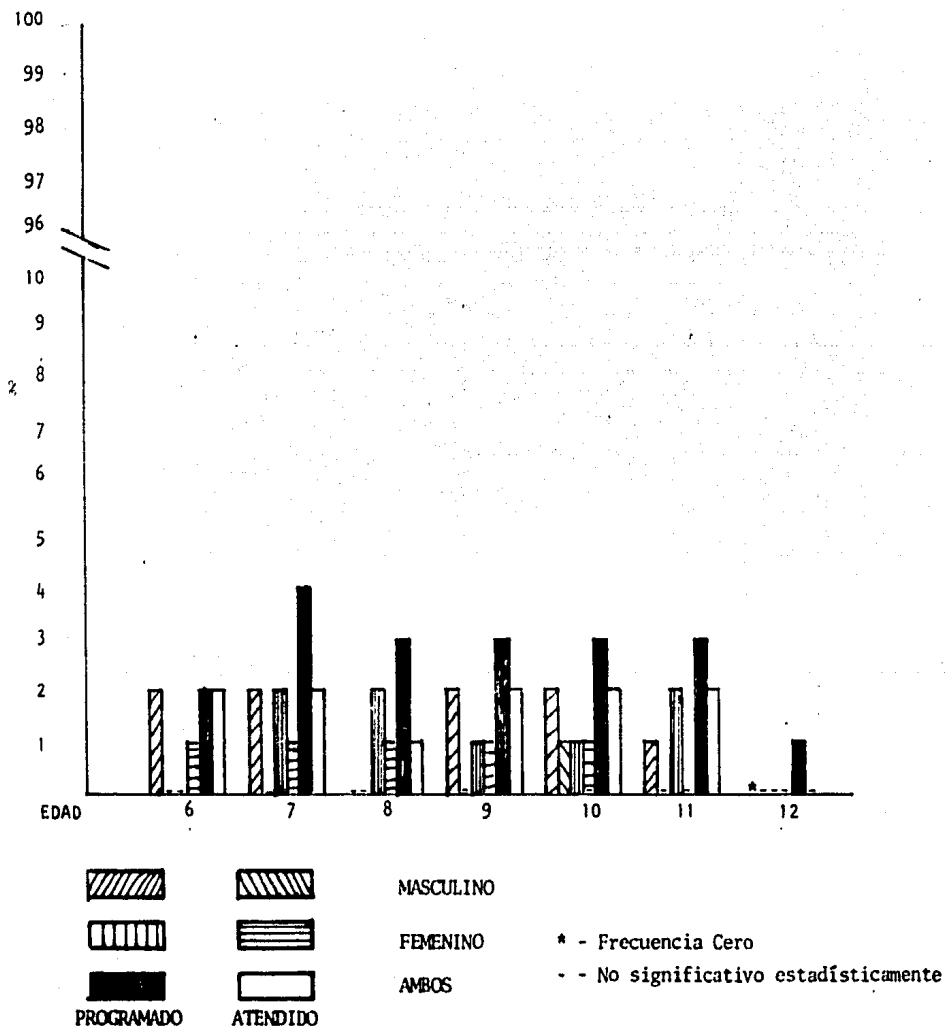
GRAFICA 1-D

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE APLICACIONES TOPICAS DE FLUOR PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES Y TEMPORALES DE 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



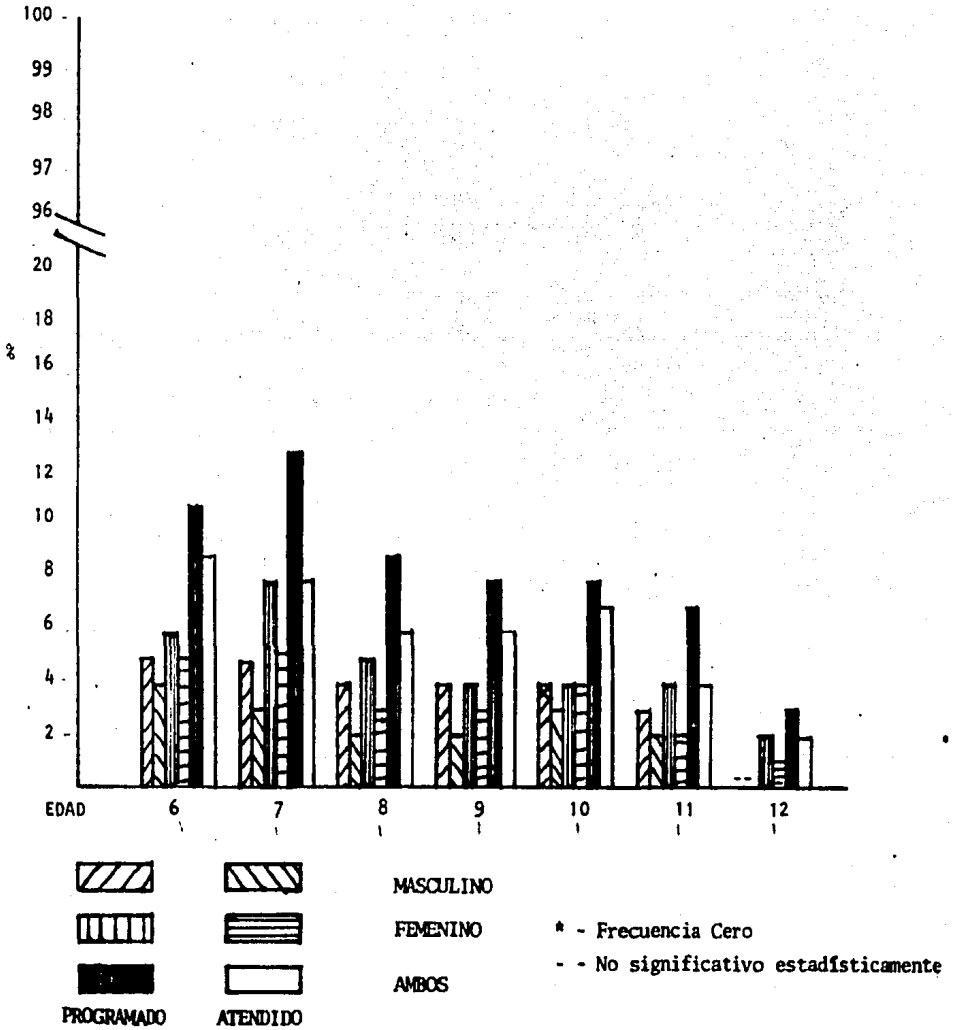
GRAFICA 1-F

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PULIDO DE OBTURACIONES PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES Y TEMPORALES DE 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



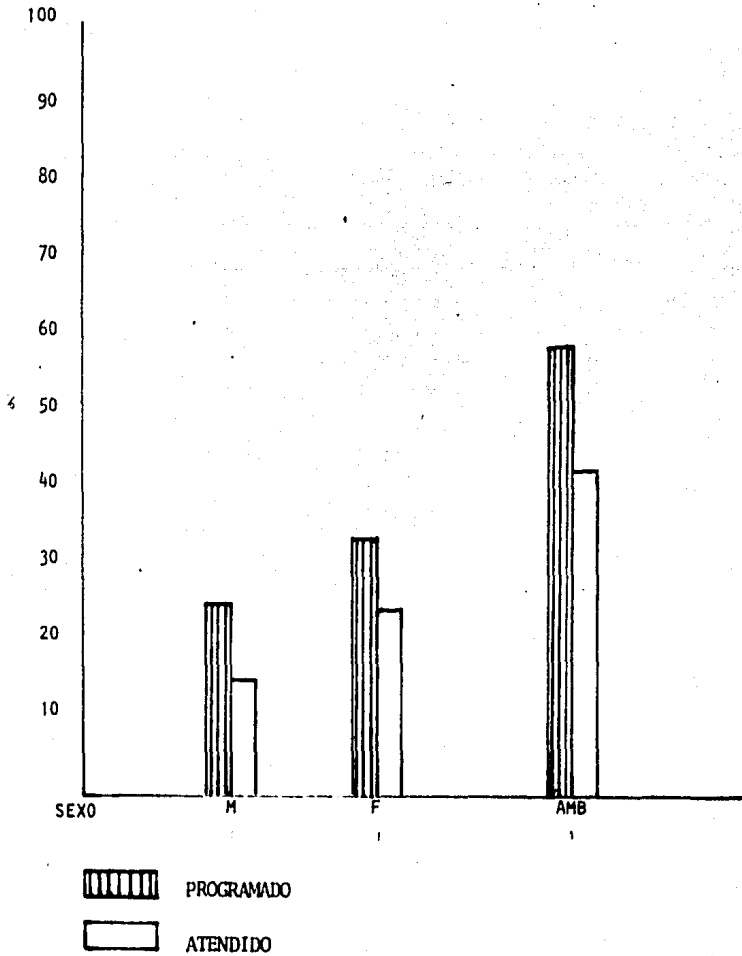
GRAFICA 1-G

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD Y SEXO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 1-H

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983





CUADRO 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACTIVIDADES DE TERAPIA PULPAR PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983

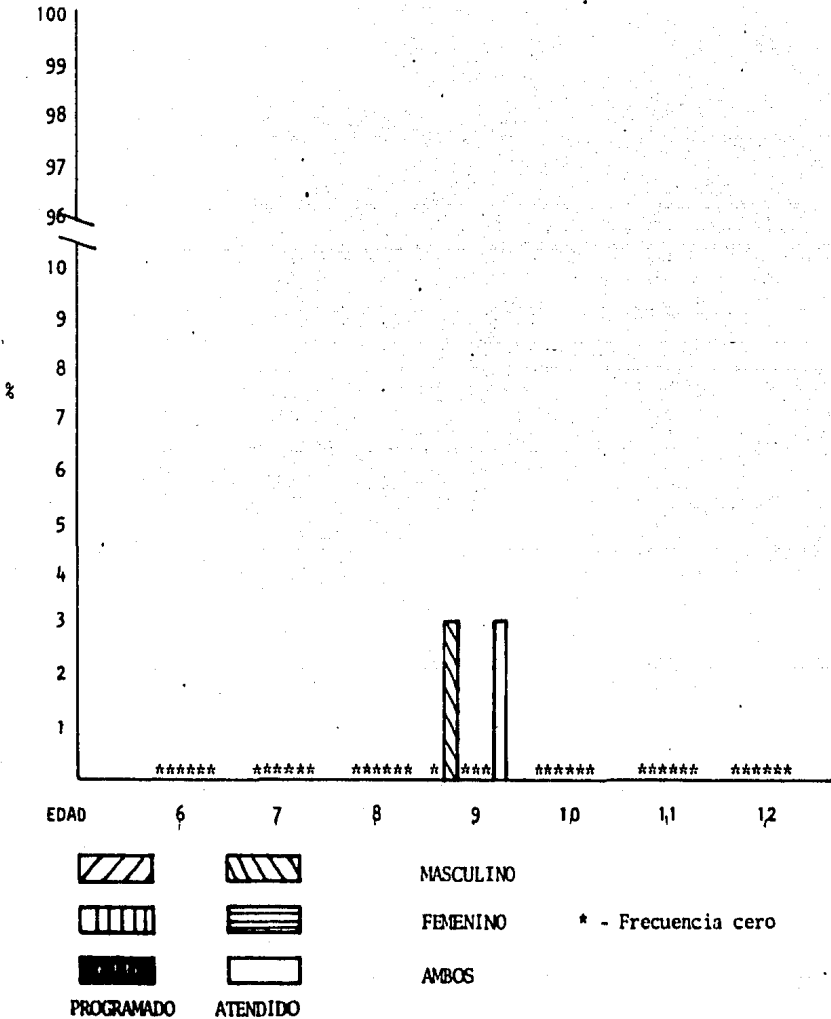
TRATAMIENTO		TERAPIA PULPAR												SUBTOTAL						
PROCEDIMIENTO	EDAD	PULPOTOMIAS PERMANENTES				PULPECTOMIAS PERMANENTES				R. P. DIRECTO PERMANENTES		R. P. INDIRECTO PERMANENTES								
		P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
6	M	*	*	*	*	1	3	*	*	*	*	*	*	1	3	*	*			
	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
	AMB	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
7	M	*	*	*	*	1	3	1	3	*	*	1	3	*	*	1	3			
	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2	5	*	*	1	3			
	AMB	*	*	*	*	1	3	1	3	*	*	3	8	*	*	1	3			
8	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
	F	*	*	*	*	4	11	*	*	*	*	1	3	*	*	4	11			
	AMB	*	*	*	*	4	11	*	*	*	*	1	3	*	*	4	11			
9	M	*	*	1	3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	3		
	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
	AMB	*	*	1	3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	3	
10	M	*	*	*	*	*	*	1	3	*	*	1	3	*	*	*	*	2	5	
	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	3	*	*	2	2	*	3	
	AMB	*	*	*	*	*	*	1	3	*	*	2	2	*	*	2	2	1	3	
11	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3	2	*	*	*	*	*	*	3	8
	F	*	*	*	*	*	*	2	5	1	3	1	3	1	3	1	3	2	5	
	AMB	*	*	*	*	*	*	2	5	1	3	4	3	1	3	1	3	2	5	
12	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	F	*	*	*	*	*	*	*	*	1	3	2	5	6	16	*	*	7	19	
	AMB	*	*	*	*	*	*	*	*	1	3	2	5	6	16	*	*	7	19	
S O A L	M	*	*	1	3	2	5	2	5	*	*	5	14	*	*	2	5	8	23	
	F	*	*	*	*	4	11	2	5	2	5	8	22	7	19	4	11	13	35	
	AMB	*	*	1	3	6	5	4	11	2	5	13	35	14	38	3	8	15	41	
																37	100%			

P - Programado  
A - Atendido  
N° - Número

AMB - Ambos  
- - No significativo estadísticamente  
\* - Frecuencia cero

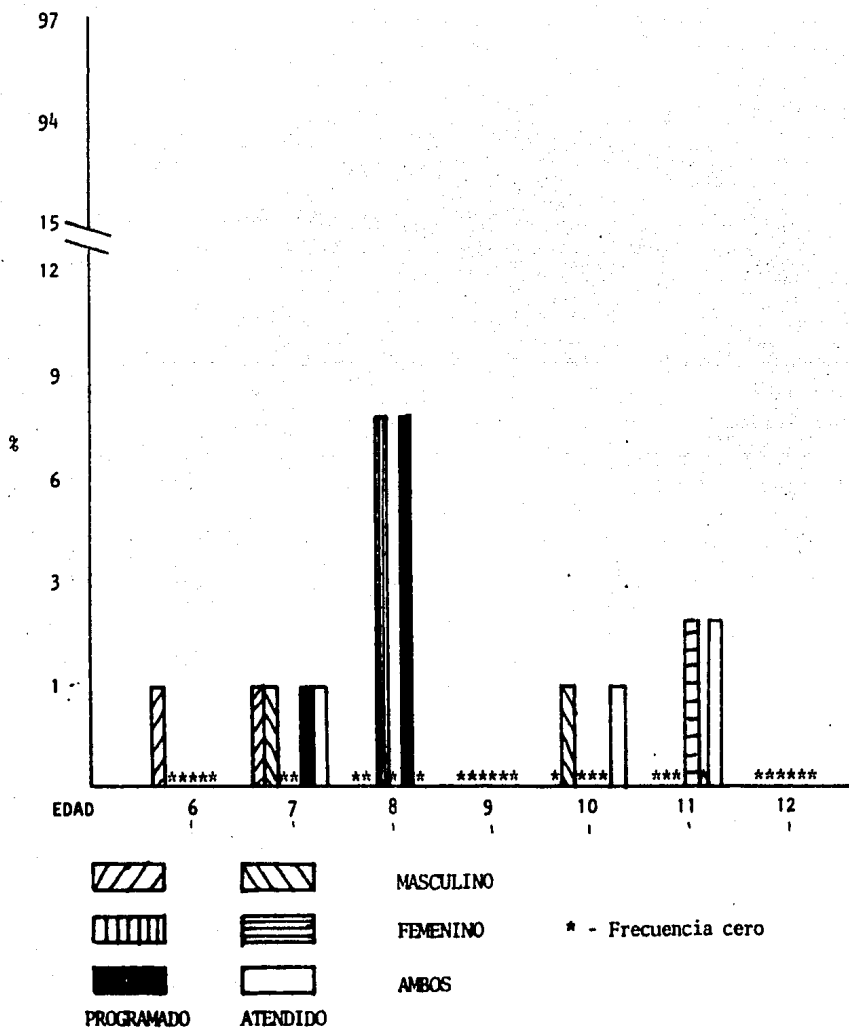
GRAFICA 2-A

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PULPOTOMIAS PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



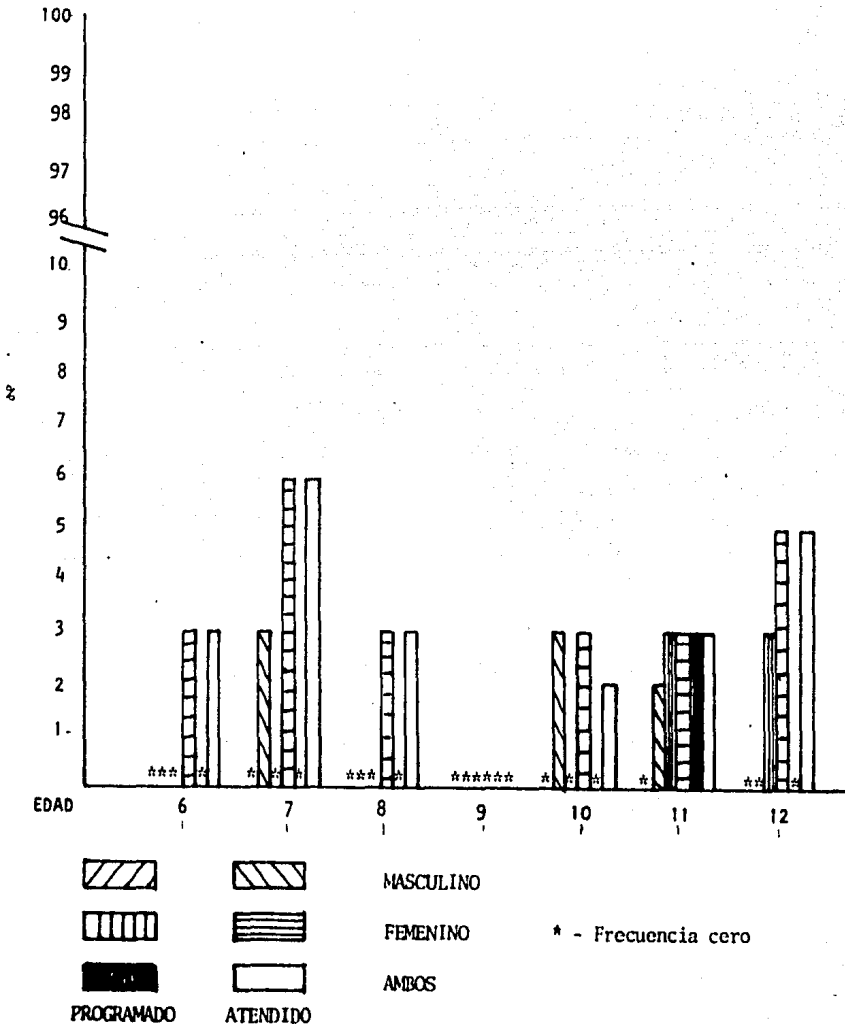
GRAFICA 2-B

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PULPECTOMIAS PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



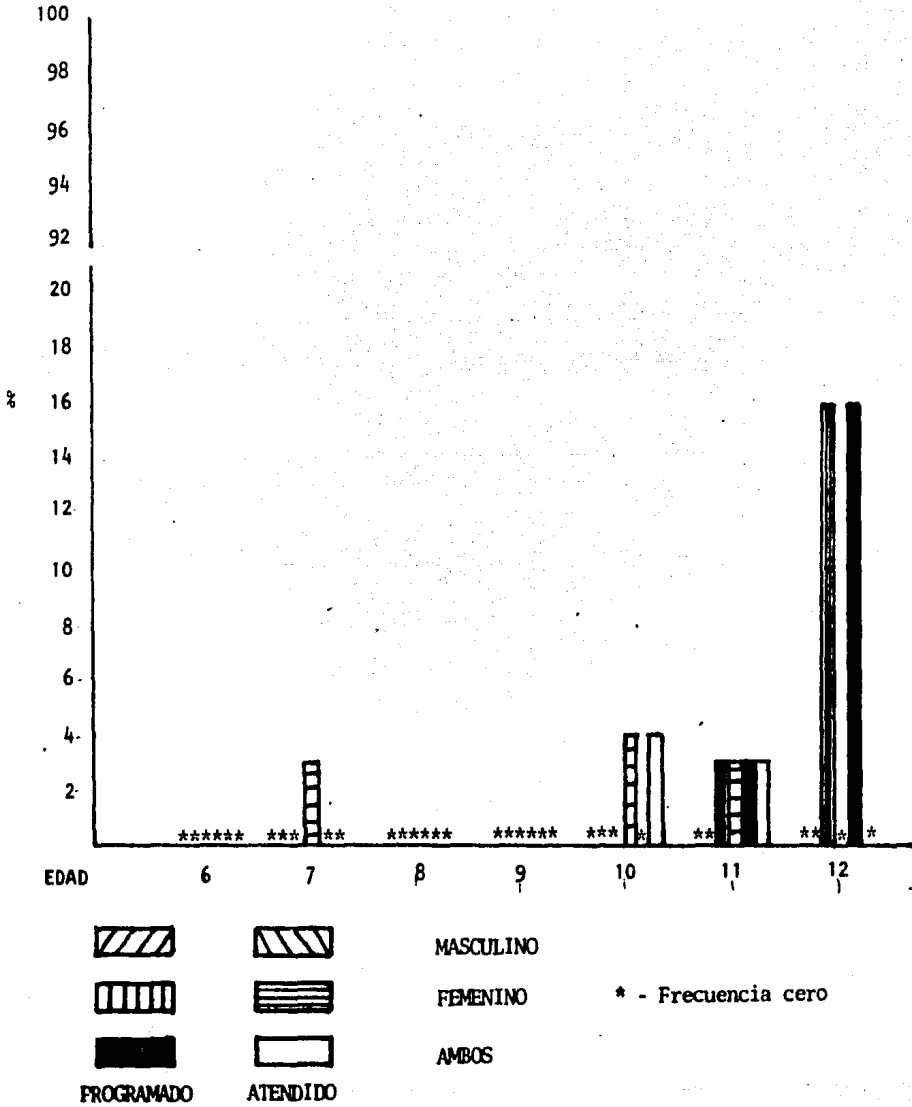
GRAFICA 2-C

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE RECUBRIMIENTOS PULPARES DIRECTOS  
 PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN DIENTES PERMANENTES EN  
 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO  
 CHIMALJIUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



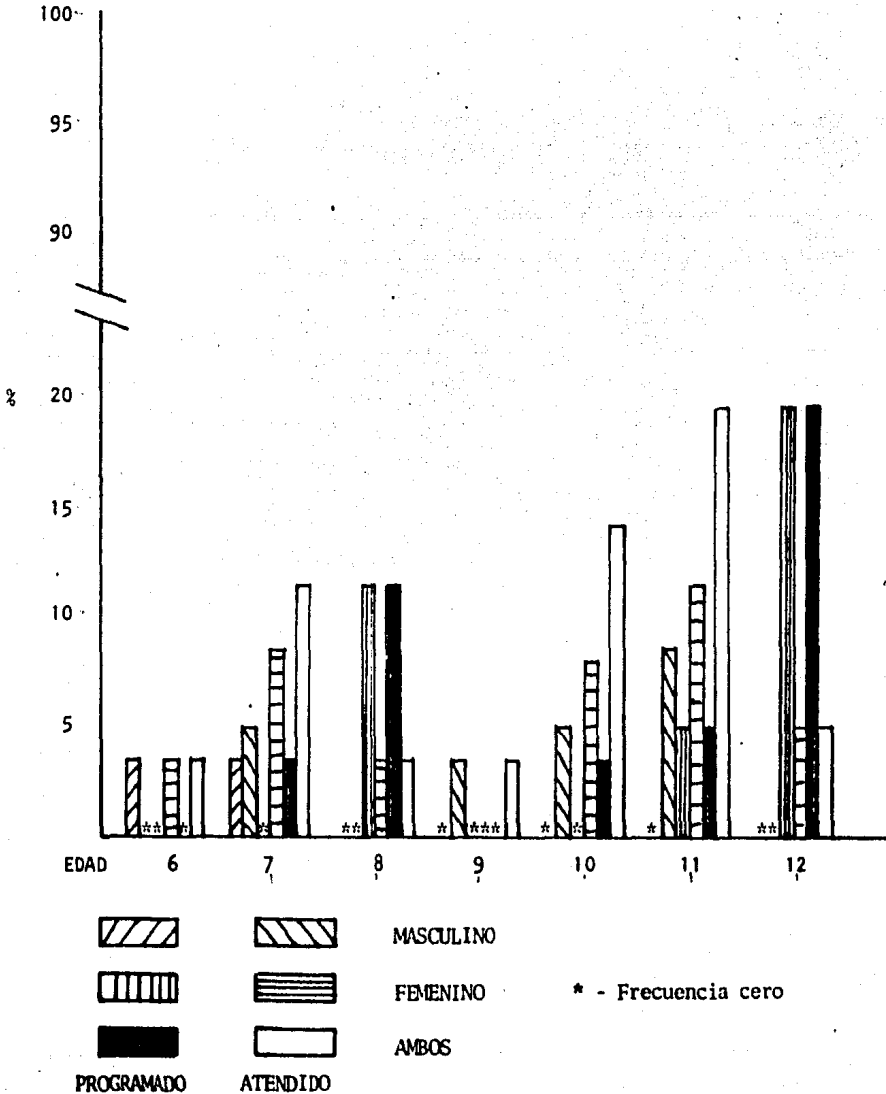
GRAFICA 2-D

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE RECUBRIMIENTOS PULPARES INDIRECTOS PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN DIENTES PERMANENTES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO, 1983



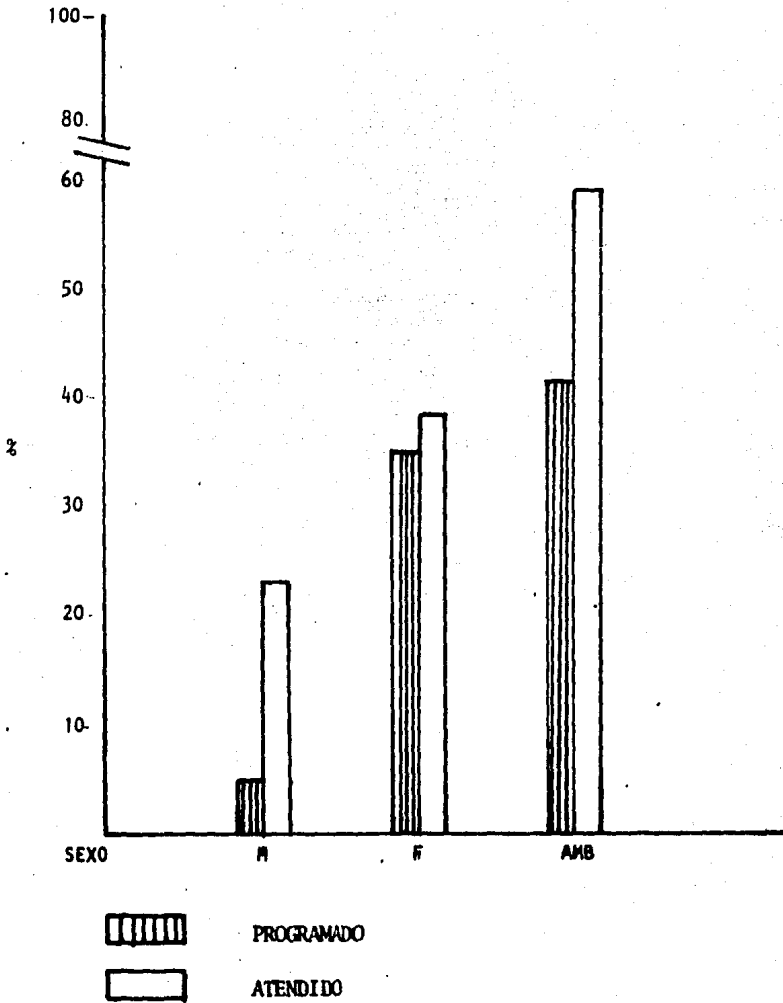
GRAFICA 2-E

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD Y SEXO DE ACTIVIDADES DE TERAPIA PULPAR EN DIENTES PERMANENTES PROGRAMADA Y REALIZADA EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 2-F

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO DE ACTIVIDADES DE TERAPIA PULPAR EN DIENTES PERMANENTES PROGRAMADA Y REALIZADA EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACTIVIDADES DE TERAPIA PULPAR PROGRAMADA Y REALIZADAS EN DIENTES TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983

TRATAMIENTO	TERAPIA PULPAR																SUBTOTAL				
	PULPOTOMIAS TEMPORALES				PULPECTOMIAS TEMPORALES				R. P. DIRECTO TEMPORAL				R. P. INDIRECTO TEMPORAL								
	PROCEDIMIENTO	P		A		P		A		P		A		P		A		P		A	
Nº		%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
6	M	6	5	16	13	4	3	*	*	*	*	1	1	*	*	3	2	10	8	20	16
	F	5	4	7	6	*	*	*	*	1	1	3	2	*	*	*	*	6	5	10	8
	AMB	11	9	23	18	4	3	*	*	1	1	4	3	*	*	3	2	16	13	30	24
7	M	4	3	6	5	1	1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5	4	6	5
	F	1	1	5	4	2	2	1	1	*	*	3	2	*	*	3	2	3	2	12	10
	AMB	5	4	11	9	3	2	1	1	*	*	3	2	*	*	3	2	8	7	18	14
8	M	3	2	5	4	2	2	1	1	*	*	1	1	1	1	1	1	6	5	8	6
	F	*	*	6	5	*	*	*	*	*	*	3	2	*	*	*	*	*	*	9	7
	AMB	3	2	11	9	2	2	1	1	*	*	4	3	1	1	1	1	6	5	17	14
9	M	*	*	11	9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11	9
	F	2	2	2	2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2	2	2	2
	AMB	2	2	13	10	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2	2	13	10
10	M	3	2	4	3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3	2	4	3
	F	*	*	1	1	*	*	*	*	*	*	1	1	*	*	1	1	*	*	3	2
	AMB	3	2	5	4	*	*	*	*	*	*	1	1	*	*	1	1	3	2	7	6
11	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2	2	*	*	2	2
	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	AMB	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2	2	*	*	2	2
12	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	1	*	*	*	*	*	*	1	1
	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	AMB	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	1	*	*	*	*	*	*	1	1
SUBTOTAL	M	16	13	42	34	7	6	1	1	*	*	3	2	1	1	6	5	24	20	52	42
	F	8	7	21	17	2	2	1	1	1	1	10	8	*	*	4	3	11	9	36	29
	AMB	24	20	63	51	9	7	2	2	1	1	13	11	1	1	10	8	35	28	88	72

P - Programado  
 A - Atendido  
 N° - Número

AMB - Ambos  
 - - No significativo estadísticamente  
 \* - Frecuencia cero

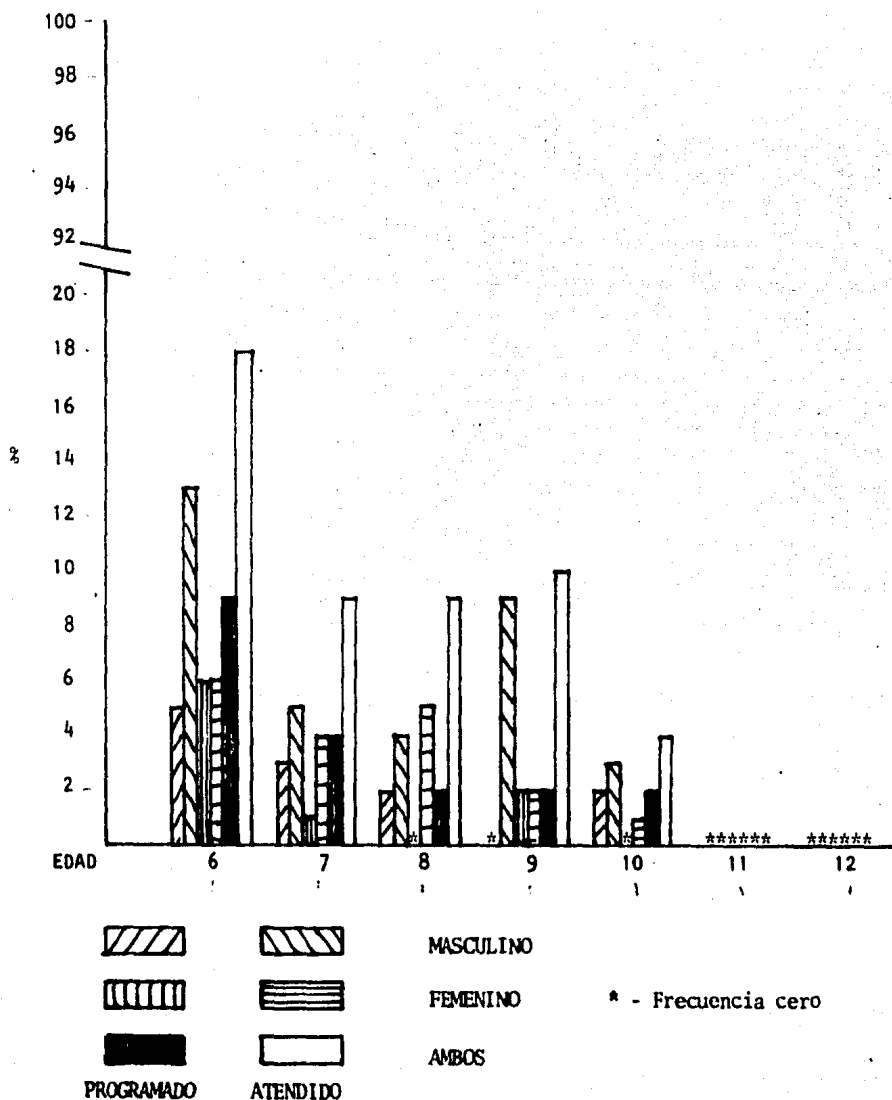
123 / 1008

82



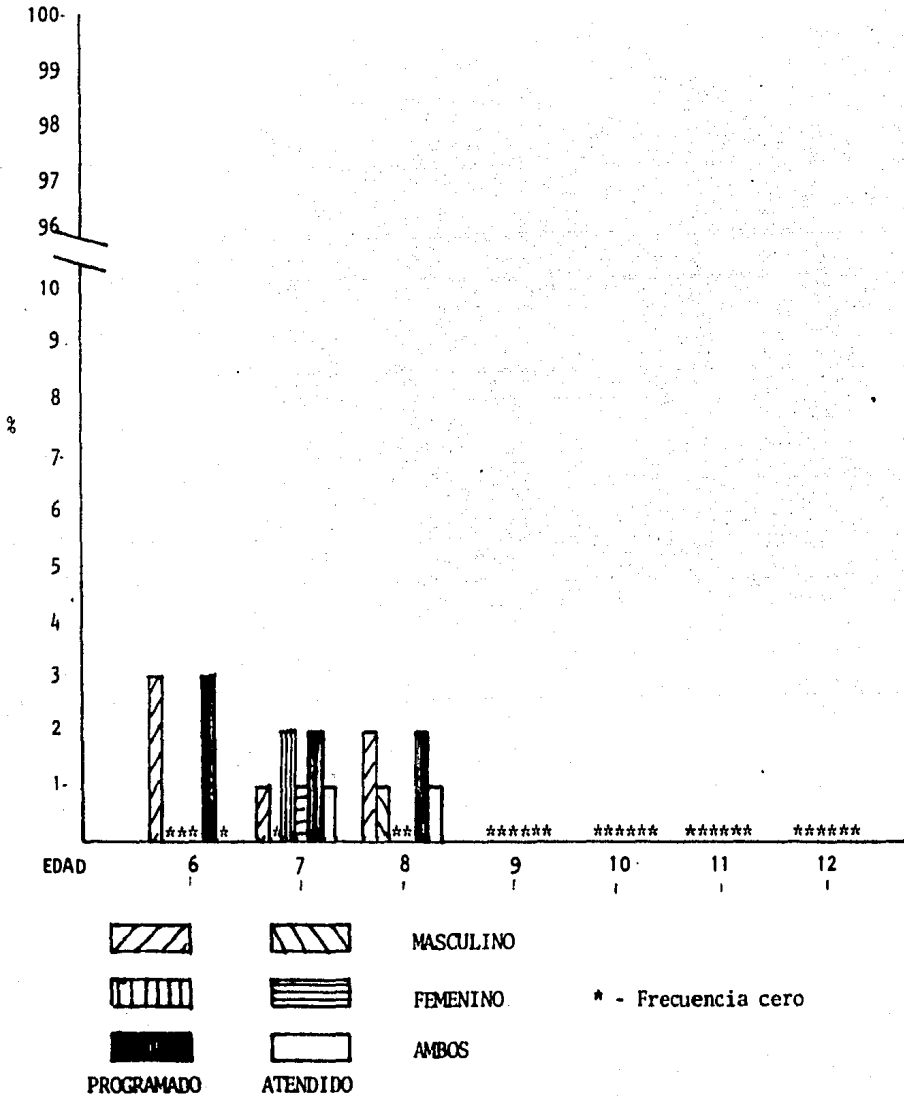
GRAFICA 3-A

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PULPOTOMIAS PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



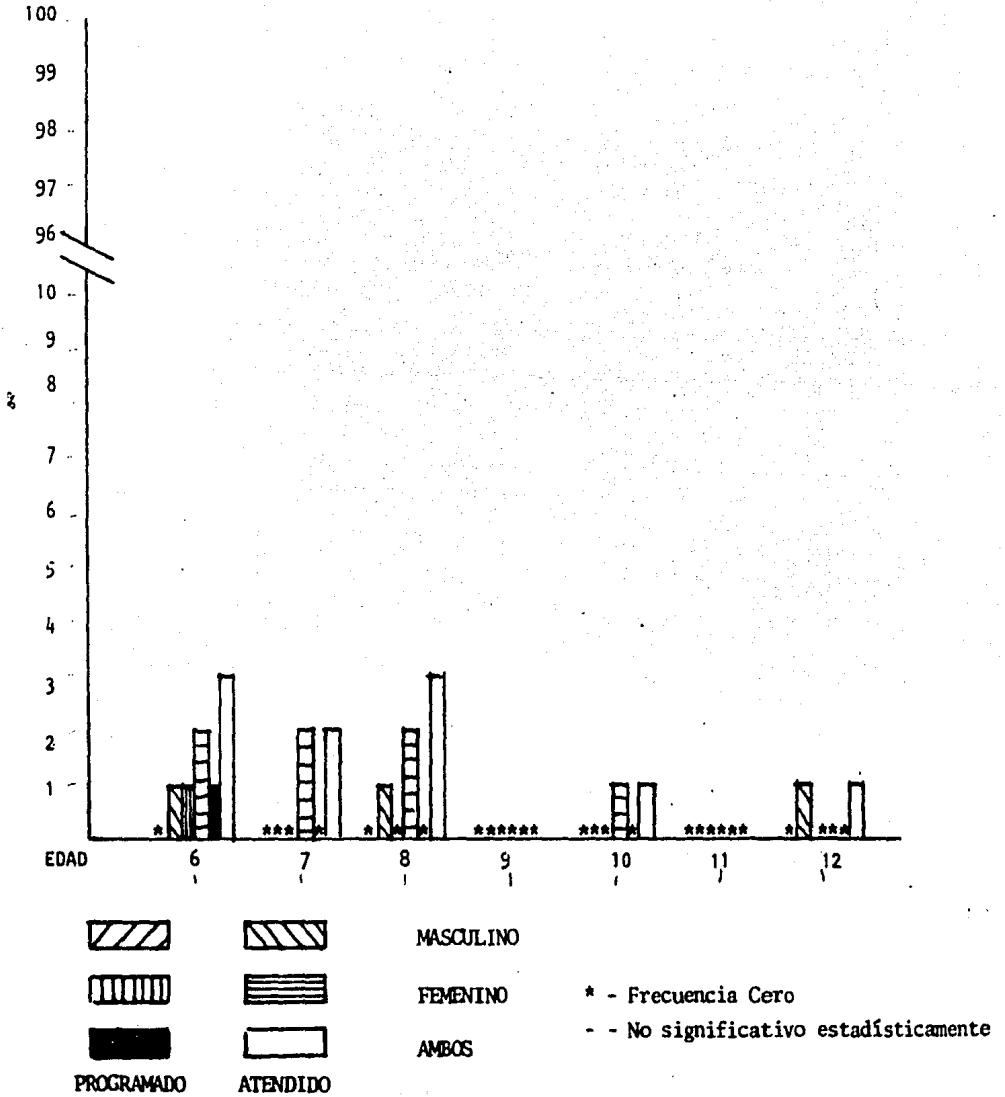
GRAFICA 3-B

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PULPECTOMIAS PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



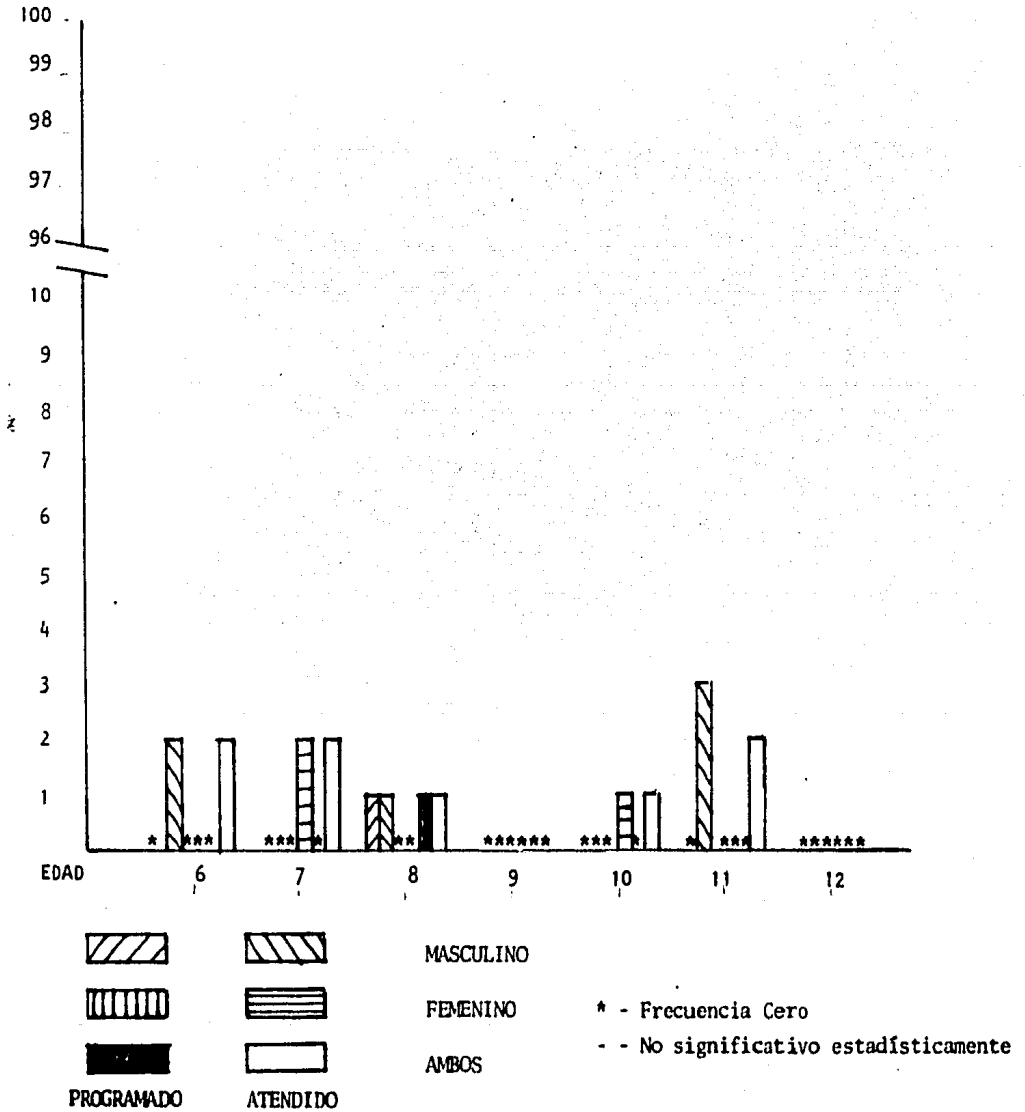
GRAFICA 3-C

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE RECUBRIMIENTOS PULPARES DIRECTO PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN DIENTES TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



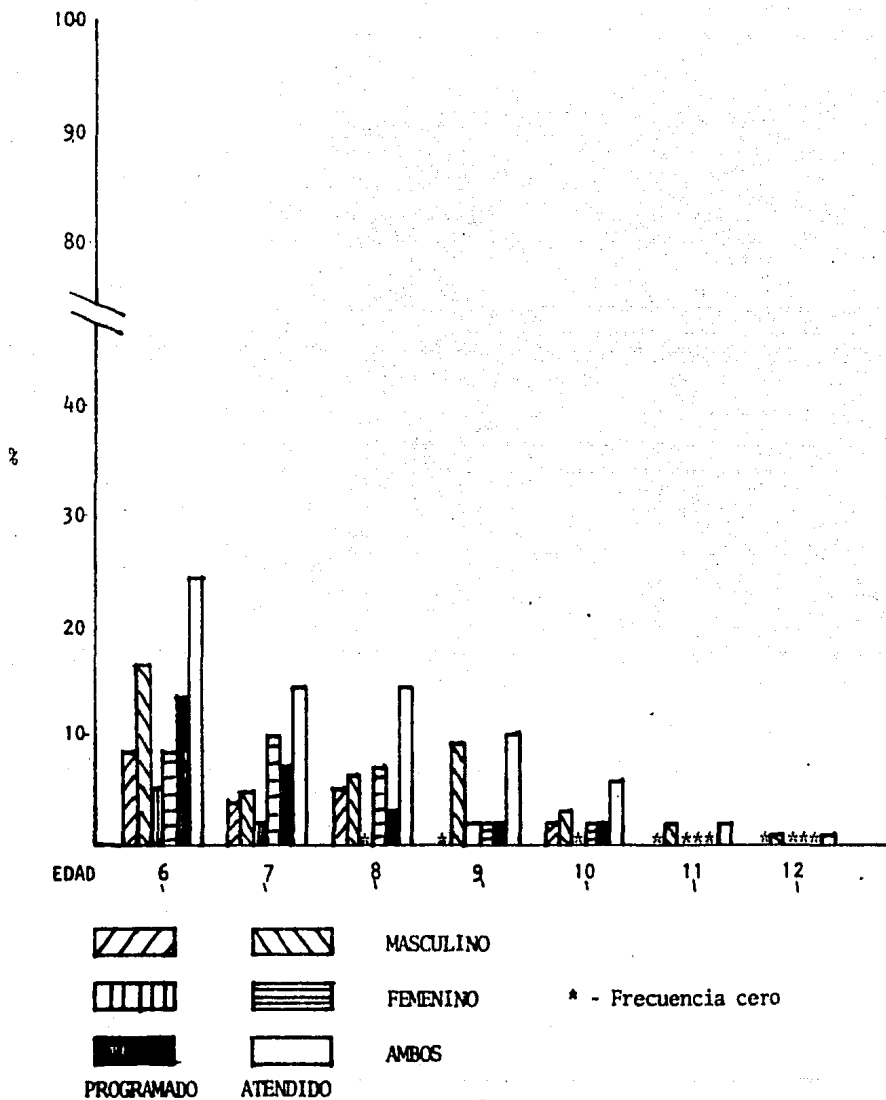
GRAFICA 3-D

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE RECUBRIMIENTOS PULPARES INDIRECTOS PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN DIENTES TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



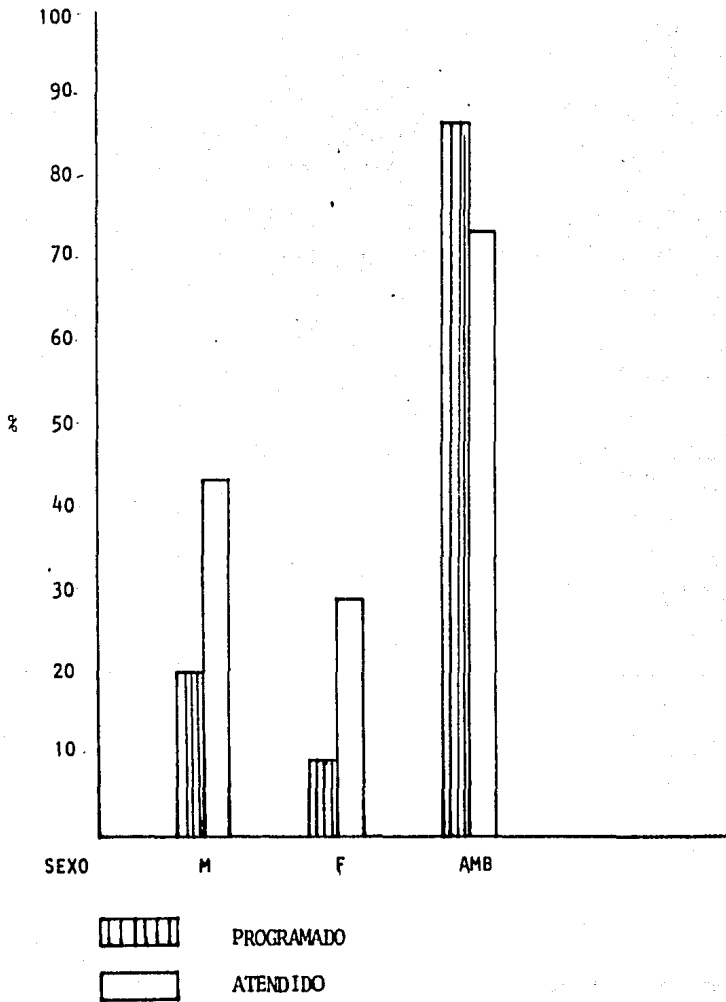
GRAFICA 3-E

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD Y SEXO DE ACTIVIDADES DE TERAPIA PULPAR EN DIENTES TEMPORALES PROGRAMADA Y REALIZADA EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 3-F

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO DE ACTIVIDADES DE TERAPIA PULPAR EN DIENTES TEMPORALES PROGRAMADA Y REALIZADA EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACTIVIDADES DE OBTURACIONES REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALIJACAN, EDO. DE MEXICO 1983

68

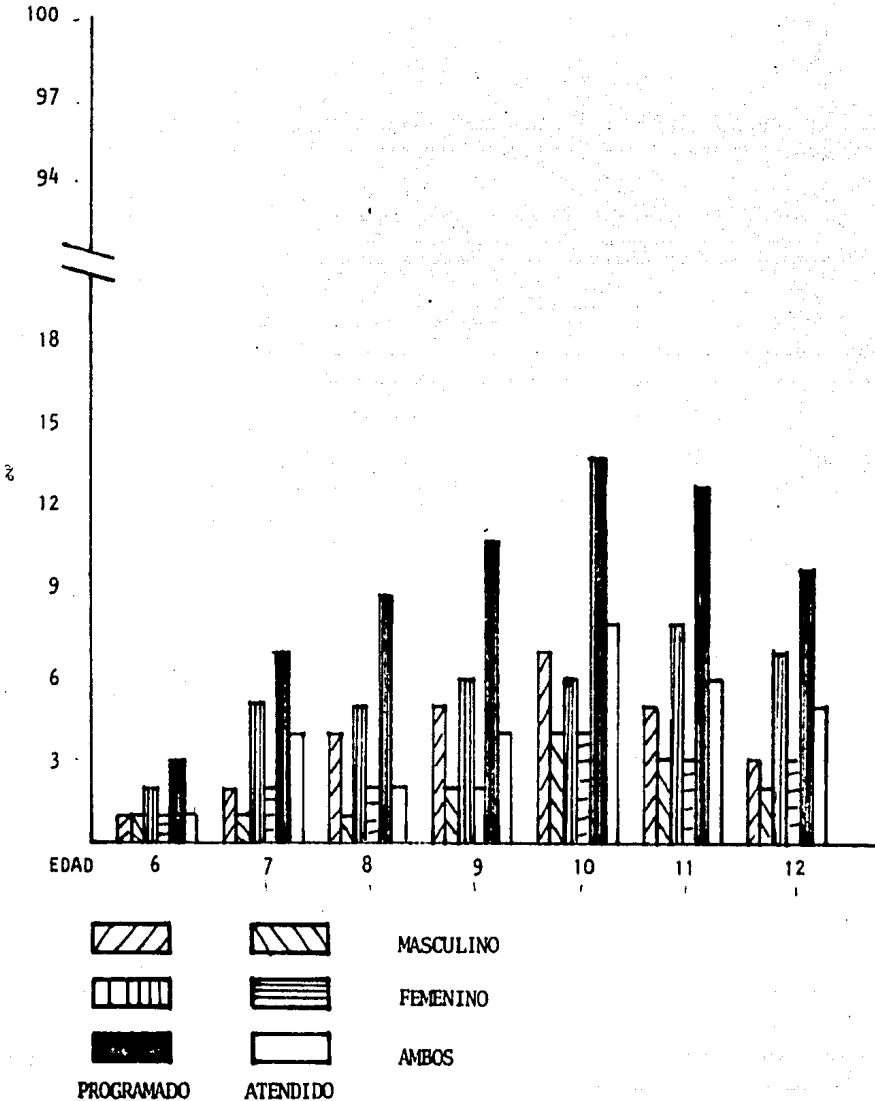
TRATA- MIENTO		O B T U R A C I O N E S														SUBTOTAL					
PROCE- DI- MIENTO		AMALGAMA				RESINAS				INCRUSTACION				Z O E				P		A	
EDADES	SEXO	P		A		P		A		P		A		P		A		P		A	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6	M	22	1	18	1	1	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	23	1	18	1
	F	41	2	14	1	*	*	3	-	*	*	*	*	*	*	*	*	41	2	17	1
	AMB	63	3	32	1	1	-	3	-	*	*	*	*	*	*	*	*	64	3	35	1
7	M	50	2	35	1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	-	50	2	36	1
	F	127	5	57	2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	127	5	57	2
	AMB	177	7	92	4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	177	7	92	4
8	M	102	4	32	1	2	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	104	4	32	1
	F	121	5	57	2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	121	5	57	2
	AMB	223	9	89	4	2	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	225	9	89	4
9.	M	120	5	54	2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	120	5	54	2
	F	140	6	45	2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	140	6	45	2
	AMB	260	11	99	4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	260	11	99	4
10	M	182	7	92	4	3	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	185	7	92	4
	F	160	6	102	4	17	1	4	-	*	*	*	*	*	*	*	*	177	7	106	4
	AMB	342	14	194	8	20	1	4	-	*	*	*	*	*	*	*	*	362	15	198	8
11	M	132	5	69	3	5	-	5	-	*	*	*	*	*	*	*	*	137	6	74	3
	F	193	8	79	3	3	-	10	-	*	*	*	*	*	*	2	-	196	8	91	4
	AMB	325	13	148	6	8	-	15	1	*	*	*	*	*	*	*	*	333	13	163	7
12	M	76	3	56	2	*	*	3	-	*	*	*	*	*	*	*	*	76	3	59	2
	F	164	7	66	3	6	-	6	-	*	*	*	*	*	*	1	-	170	7	73	3
	AMB	240	10	122	5	6	-	9	-	*	*	*	*	*	*	*	*	246	10	131	5
S U B T O T A L	M	684	28	356	14	11	-	8	-	*	*	*	*	*	*	1	-	695	28	362	15
	F	946	38	410	17	26	1	23	1	*	*	*	*	*	*	3	-	972	39	436	18
	AMB	1630	66	776	31	37	1	31	1	*	*	*	*	*	*	1	-	1667	67	808	33
																	2475		100%		

P - Programado  
A - Atendido  
Nº - Número

AMB - Ambos ---  
- - No significativo estadísticamente  
\* - Frecuencia cero

GRAFICA 4-A

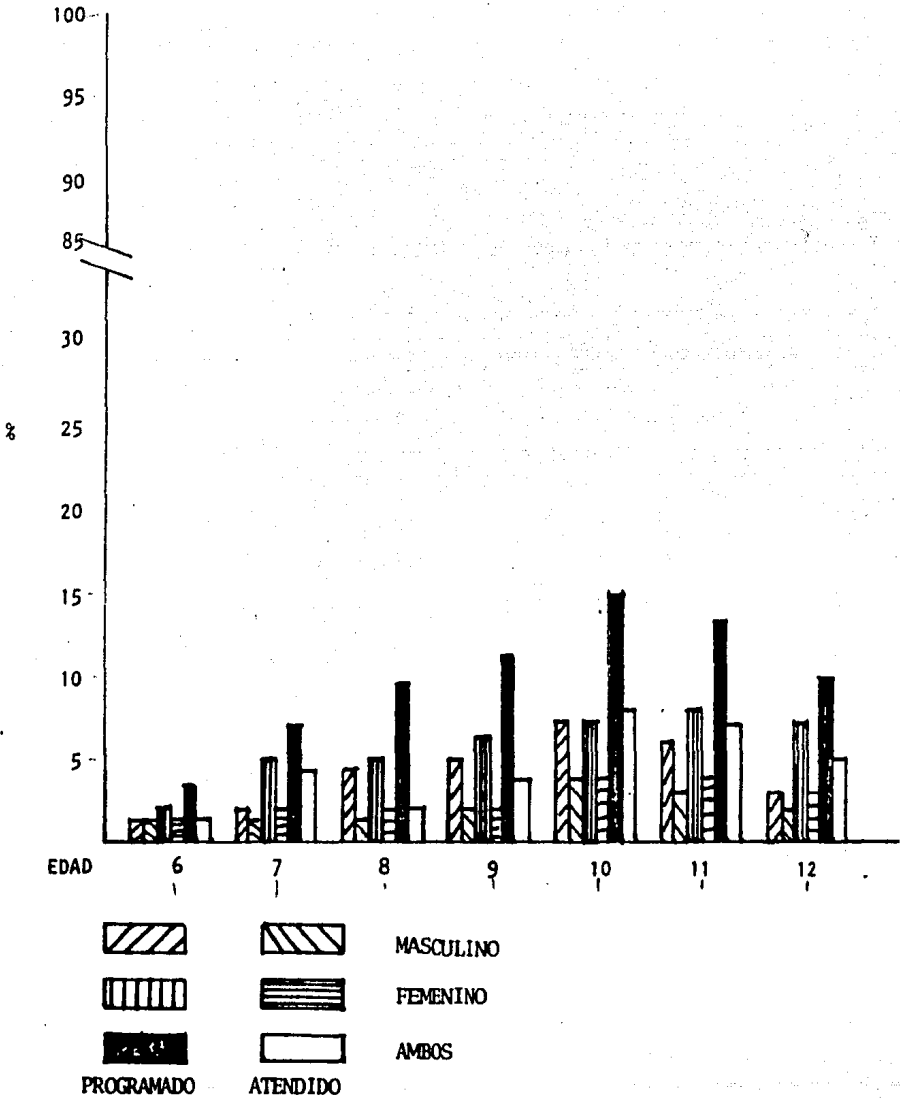
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACTIVIDADES DE OBTURACIONES CON AMALGAMA EN DIENTES PERMANENTES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983





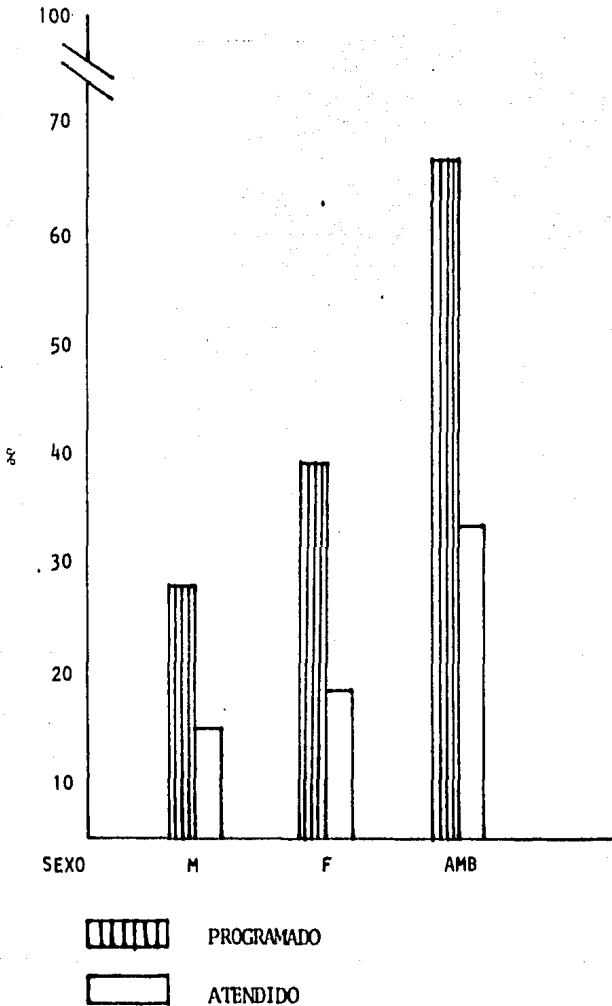
GRAFICA 4-E

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACTIVIDADES DE OBTURACIONES REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES PROGRAMADA Y REALIZADA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 4-F

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO DE ACTIVIDADES DE OBTURACIONES EN DIENTES PERMANENTES PROGRAMADO Y REALIZADO EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACTIVIDADES DE OBTURACIONES REALIZADAS EN DIENTES TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983

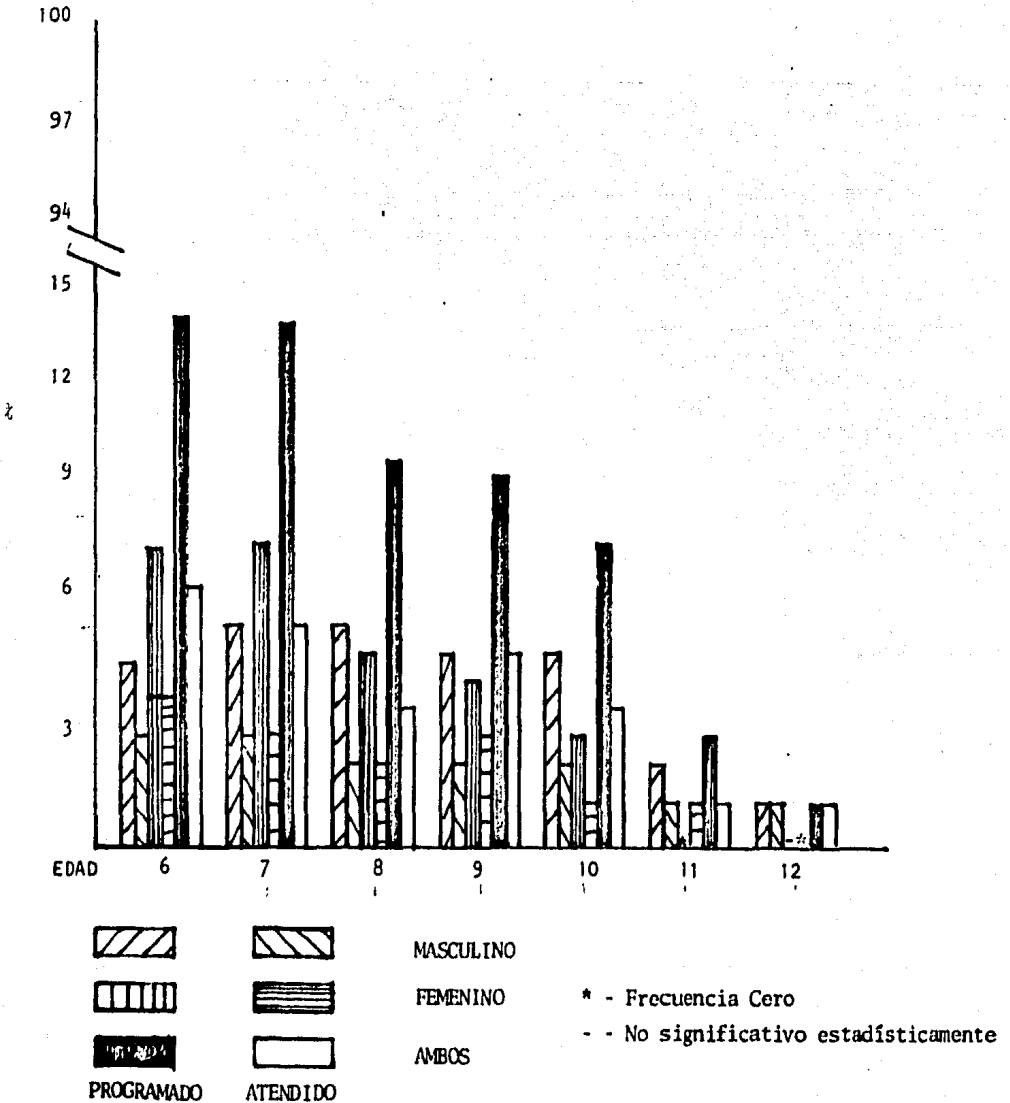
TRATAMIENTO	O B T U R A C I O N E S																SUBTOTAL														
	AMALGAMAS				RESINAS				CORONAS DE CERAMICO				CORONAS DE POLICARBONATO								I R M		Z O E								
	PROCEDI- MIENTO	P		A		P		A		P		A		P		A		P		A											
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%										
6	M	186	5	104	3	53	2	28	1	3	-	2	-	*	*	*	*	3	-	15	-	*	*	2	-	245	7	151	4		
	F	286	8	128	4	46	1	15	-	12	-	5	-	*	*	*	*	*	*	14	-	*	*	1	-	314	9	163	5		
	AMB	472	14	232	7	99	3	43	1	15	-	7	-	*	*	*	*	3	-	29	1	*	*	3	-	589	17	314	9		
7	M	195	6	92	3	32	1	3	-	5	-	*	*	*	*	*	*	4	-	10	-	16	-	*	*	1	-	242	7	116	3
	F	279	8	115	3	32	1	10	-	5	-	1	-	1	-	4	-	14	-	21	1	*	*	*	*	331	10	151	4		
	AMB	474	14	207	6	64	2	13	-	10	-	1	-	1	-	8	-	24	1	37	1	*	*	*	*	573	17	266	8		
8	M	211	6	63	2	14	-	3	-	*	*	*	*	*	*	*	*	3	-	5	-	*	*	*	*	228	7	71	2		
	F	176	5	58	2	7	-	1	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4	-	*	*	1	-	183	5	64	2			
	AMB	387	11	121	4	21	1	4	-	*	*	*	*	*	*	*	*	3	-	9	-	*	*	1	-	411	12	135	4		
9	M	185	5	84	2	2	-	1	-	*	*	*	*	*	*	*	*	2	-	11	-	*	*	1	-	189	6	97	3		
	F	138	4	88	3	2	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2	-	*	*	1	-	1	-	144	4	91	3		
	AMB	325	10	172	5	4	-	1	-	*	*	*	*	*	*	*	*	2	-	13	-	*	*	1	-	335	10	187	5		
10	M	164	5	74	2	4	-	4	-	*	*	*	*	*	*	*	*	3	-	3	-	*	*	1	-	171	5	82	2		
	F	96	3	51	1	2	-	5	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5	-	*	*	*	*	*	98	3	61	2		
	AMB	260	8	125	4	6	-	9	-	*	*	*	*	*	*	*	*	3	-	8	-	*	*	*	*	269	8	142	4		
11	M	52	2	19	1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	52	2	19	1		
	F	40	1	11	-	*	*	1	-	*	*	*	*	*	*	*	*	1	-	1	-	*	*	*	*	41	1	13	-		
	AMB	92	3	30	1	*	*	1	-	*	*	*	*	*	*	*	*	1	-	1	-	*	*	2	-	93	3	34	1		
12	M	18	1	22	1	3	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	21	1	22	1		
	F	10	-	*	*	*	*	*	*	2	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12	-	*	*		
	AMB	28	1	22	1	3	-	1	-	2	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	-	33	1	23	1	
S O T A	M	1011	30	458	13	108	3	39	1	8	-	2	-	*	*	*	*	4	-	21	1	50	1	*	*	5	-	1148	34	558	16
	F	1025	30	451	13	89	3	33	1	23	1	6	-	1	-	4	-	15	-	47	1	*	*	3	-	1153	34	544	16		
	AMB	2036	60	909	26	197	6	72	2	31	1	8	-	1	-	8	-	36	2	97	3	*	*	8	-	2301	67	1102	32		
																3403				100%											

P - Programado  
 A - Atendido  
 Nº - Número

AMB - Ambos  
 - - No significativo estadísticamente  
 \* - Frecuencia cero

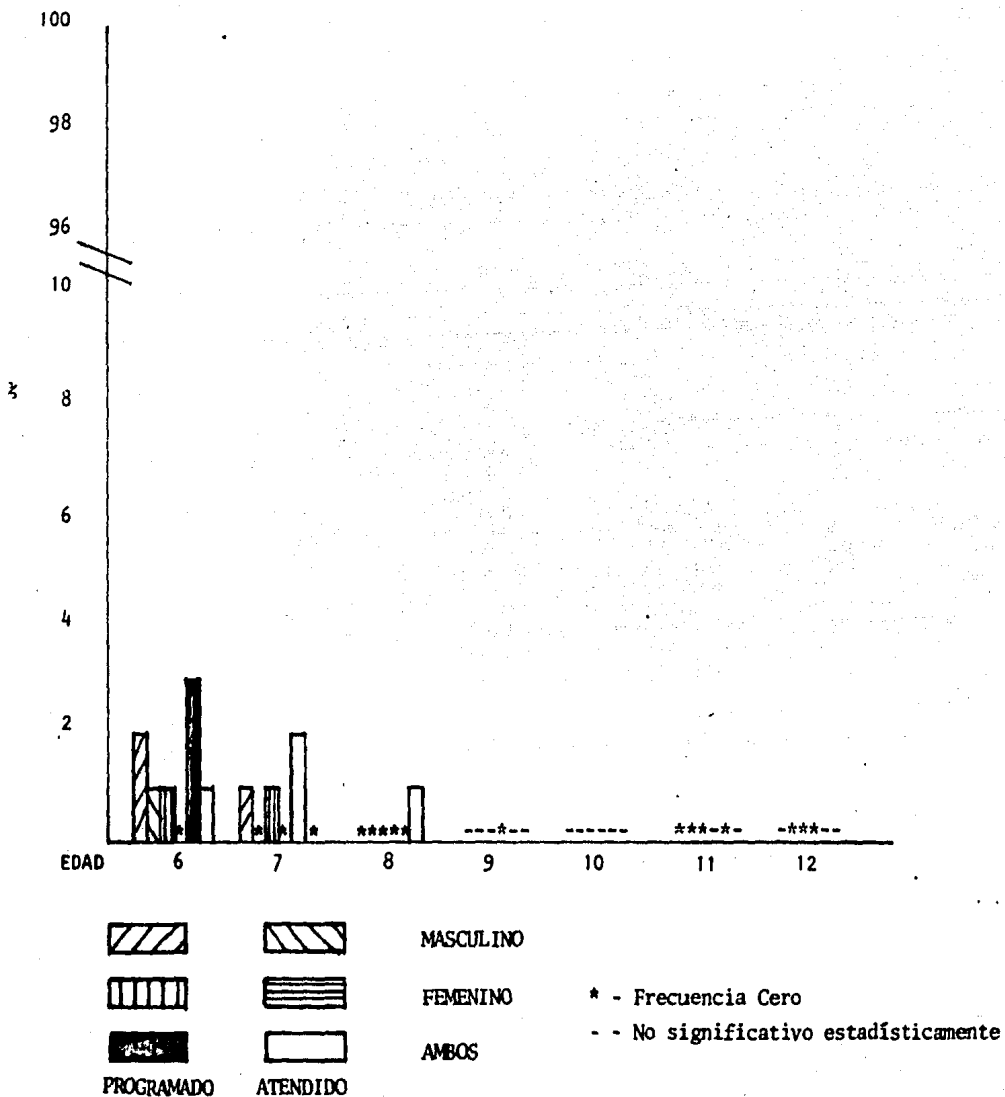
GRAFICA 5-A

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACTIVIDADES DE OBTURACIONES CON AMALGAMAS REALIZADAS EN DIENTES TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



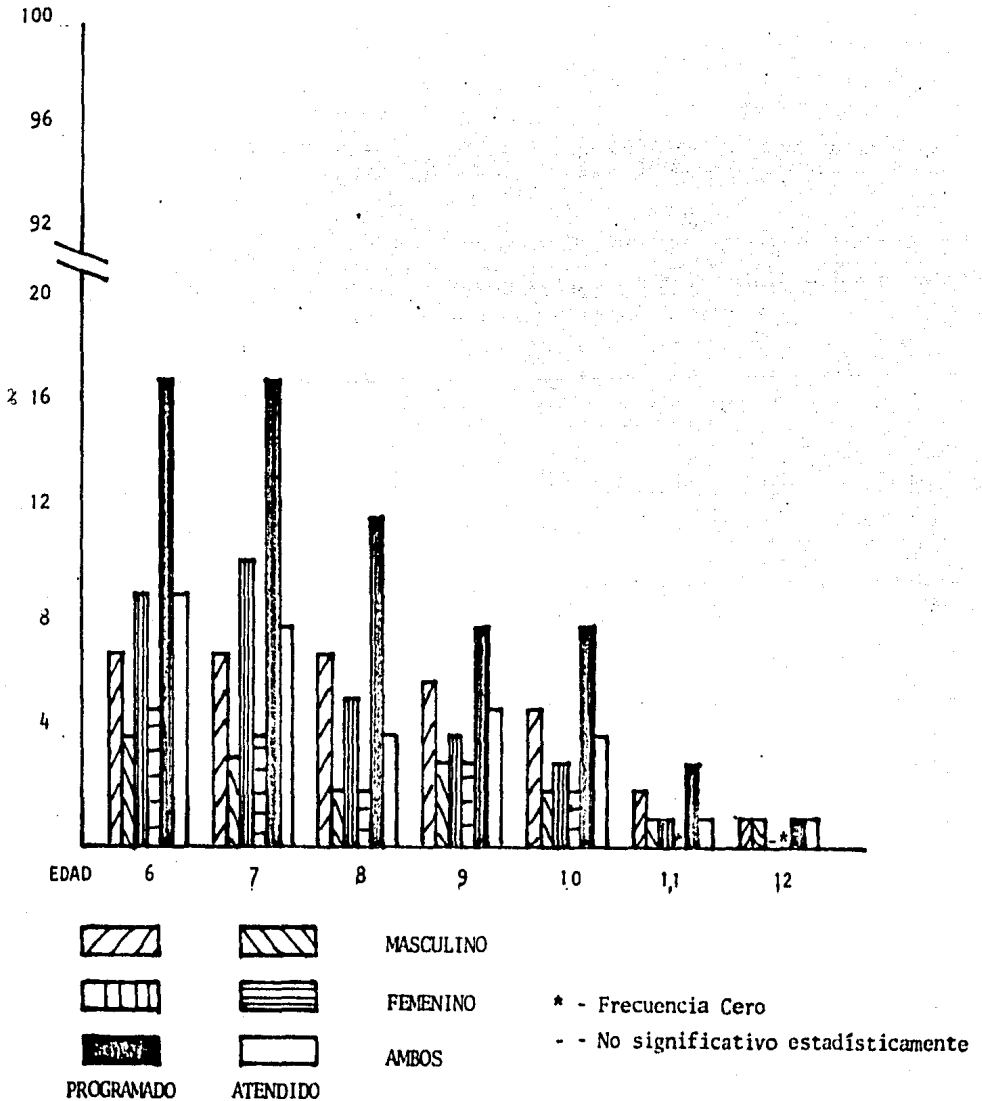
GRAFICA 5-B

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACTIVIDADES DE OBTURACIONES REALIZADAS CON RESINAS EN DIENTES TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



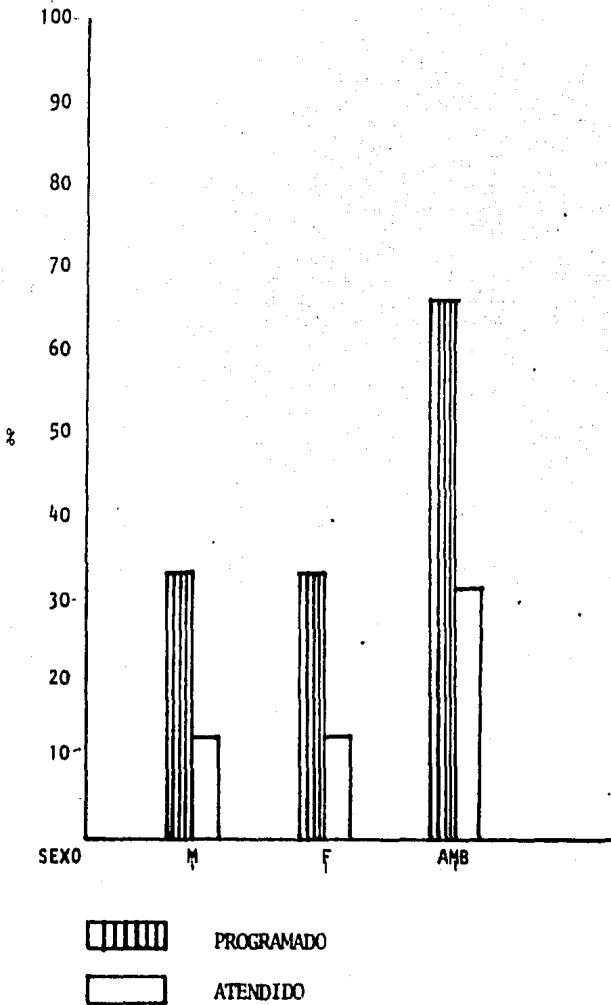
GRAFICA 5-G

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE OBTURACIONES REALIZADAS EN DIENTES TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 5-H

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO DE ACTIVIDADES DE OBTURACIONES EN  
DIENTES TEMPORALES PROGRAMADA Y REALIZADA EN 1050 PACIENTES ATEN-  
DIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



CUADRO 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE EXTRACCIONES PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES Y TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA INSO CUIMALAJACAN, EDO. DE MEXICO 1983

TRATAMIENTO		EXODONCIA											
PROCEDIMIENTO		PERMANENTES					TEMPORALES					SUBTOTAL	
EDAD	Sexo	P		A		P		A		P		A	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6	M	*	*	*	*	34	3	28	2	34	3	28	2
	F	3	-	3	-	39	3	39	3	42	3	42	3
	AMB	3	-	3	-	73	6	67	6	76	6	70	6
7	M	*	*	1	-	54	4	49	4	54	4	50	4
	F	*	*	*	*	83	7	69	6	83	7	69	6
	AMB	*	*	1	-	137	11	118	10	137	11	119	10
8	M	*	*	*	*	59	5	52	4	59	5	52	4
	F	*	*	*	*	63	5	64	5	63	5	64	5
	AMB	*	*	*	*	122	10	116	10	122	10	116	10
9	M	*	*	*	*	47	4	44	4	47	4	44	4
	F	2	-	3	-	47	4	47	4	49	4	50	4
	AMB	2	-	3	-	94	8	91	8	96	8	94	8
10	M	5	-	6	-	49	4	47	4	54	4	53	4
	F	4	-	5	-	57	5	42	3	61	5	47	4
	AMB	9	-	11	1	106	9	89	7	115	10	100	8
11	M	1	-	2	-	34	3	28	2	35	3	30	2
	F	2	-	3	-	24	2	11	1	26	2	14	1
	AMB	3	-	5	-	58	5	39	3	61	5	44	4
12	M	6	-	6	-	6	-	4	-	12	-	10	-
	F	8	-	8	-	6	-	9	-	14	1	17	1
	AMB	14	1	14	1	12	-	13	-	26	2	27	2
SUBTOTAL	M	12	1	15	1	283	24	252	21	295	25	267	22
	F	19	2	22	2	319	27	281	23	338	28	303	25
	AMB	31	3	37	3	602	50	533	44	633	53	570	47
										1203	100%		

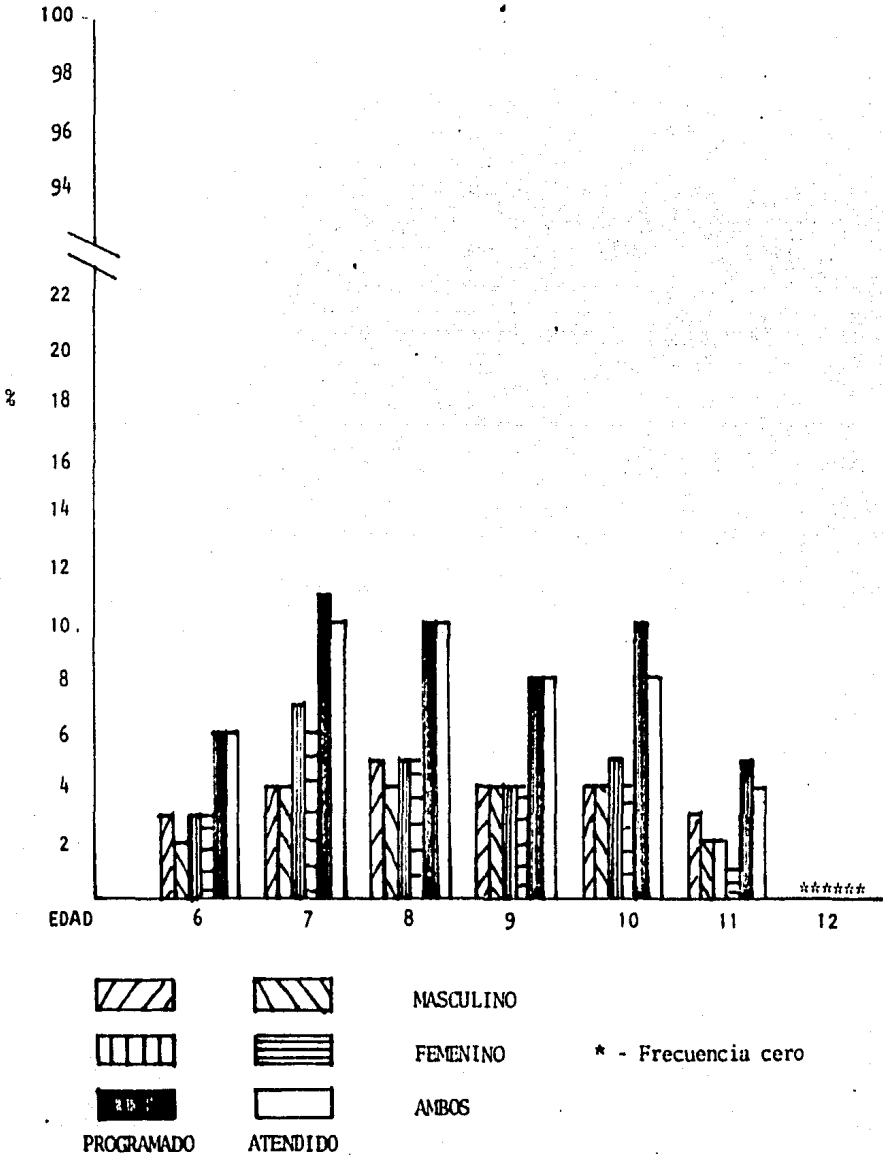
P - Programado  
 A - Atendido  
 Nº - Número

AMB - Ambos  
 - - No significativo estadísticamente  
 \* - Frecuencia cero



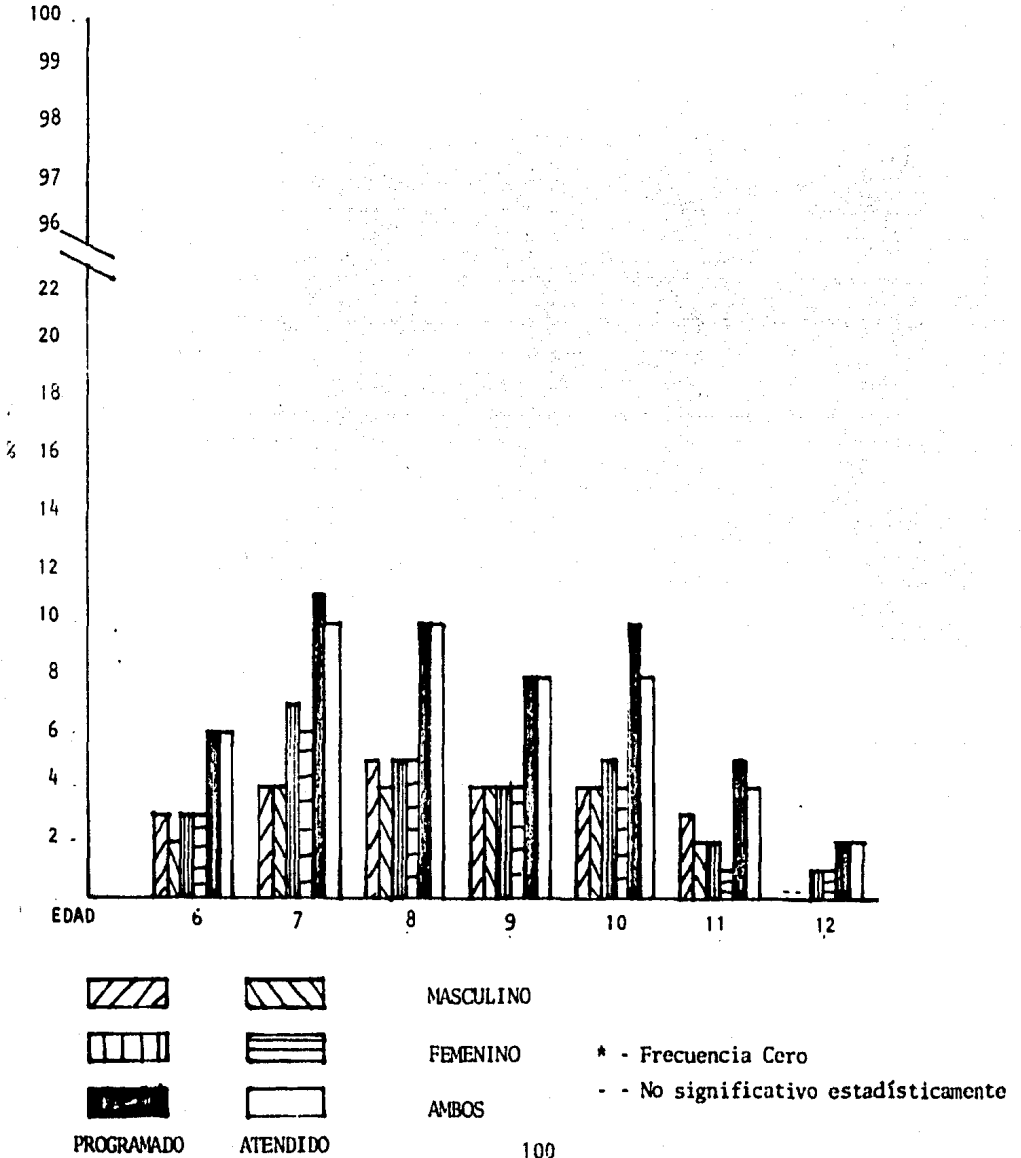
GRAFICA 6-B

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE EXTRACCIONES PROGRAMADA Y REALIZADA EN DIENTES TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



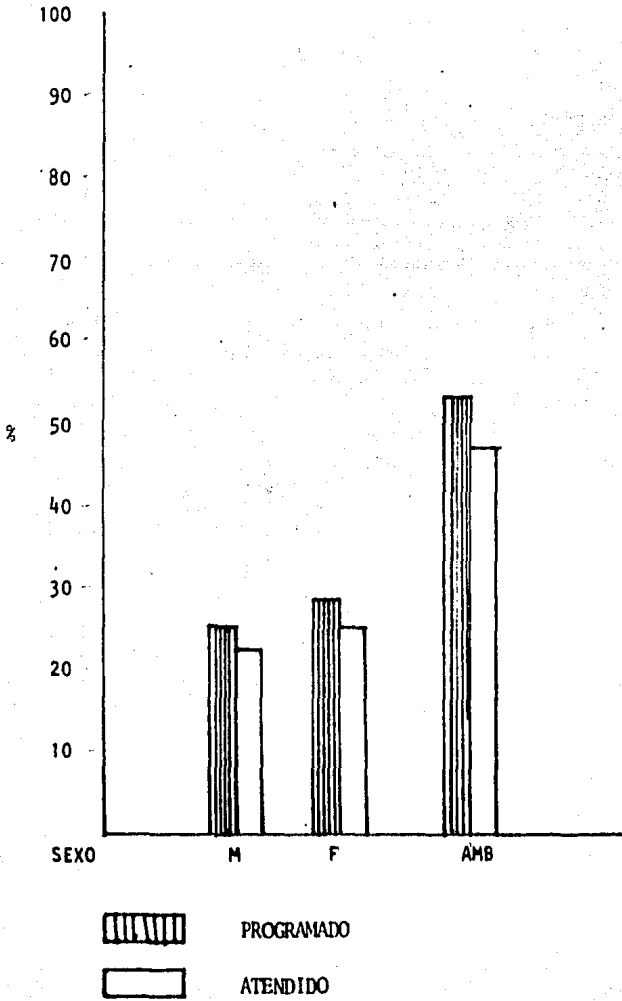
GRAFICA 6-C

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD Y SEXO DE EXTRACCIONES PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES Y TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 6-D'

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO DE TRATAMIENTO DE EXODONCIA PROGRAMADA Y REALIZADA EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



CUADRO 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PROCEDIMIENTOS ORTODONCICOS PREVENTIVOS E INTERCEPTIVOS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA INSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983

TRATA- MIENTO	O R T O D O N C I A										SUBTOTAL						
	MANTENEDOR ESPACIO FIJO		MANTENEDOR ESPACIO REMOV.		PLACA HAWLEY		MODELOS DE ESTUDIO										
PROCE- MIENTO	P		A		P		A		P		A						
Programa- do	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%					
EDAD	Sexo	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
6	M	1	2	*	*	1	2	*	*	*	*	1	2	3	7	1	2
	F	*	*	*	*	1	2	*	*	*	*	3	7	2	5	4	9
	AMB	1	2	*	*	2	5	*	*	*	*	4	9	3	7	7	16
7	M	1	2	1	2	*	*	*	*	*	*	3	7	2	5	4	9
	F	1	2	*	*	1	2	1	2	2	5	2	5	1	2	2	5
	AMB	2	5	1	2	1	2	1	2	2	5	2	5	4	9	4	9
8	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	2	*	*	1	2
	F	*	*	*	*	*	*	*	*	2	5	1	2	1	2	3	7
	AMB	*	*	*	*	*	*	*	*	2	5	1	2	2	5	3	7
9	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	2	1	2	1	2
	F	*	*	*	*	1	2	*	*	*	*	1	2	1	2	2	5
	AMB	*	*	*	*	1	2	*	*	*	*	2	5	2	5	3	7
10	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	2	*	*	1	2
	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	AMB	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	2	*	*	1	2
11	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	2	1	2	1	2
	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	AMB	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1	2	1	2	1	2
12	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	AMB	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
S U A I	M	2	4	1	2	1	2	*	*	*	*	8	17	5	11	11	24
	F	1	2	*	*	3	6	1	2	4	10	3	7	6	13	8	19
	AMB	3	6	1	2	4	8	1	2	4	10	3	7	14	30	13	30

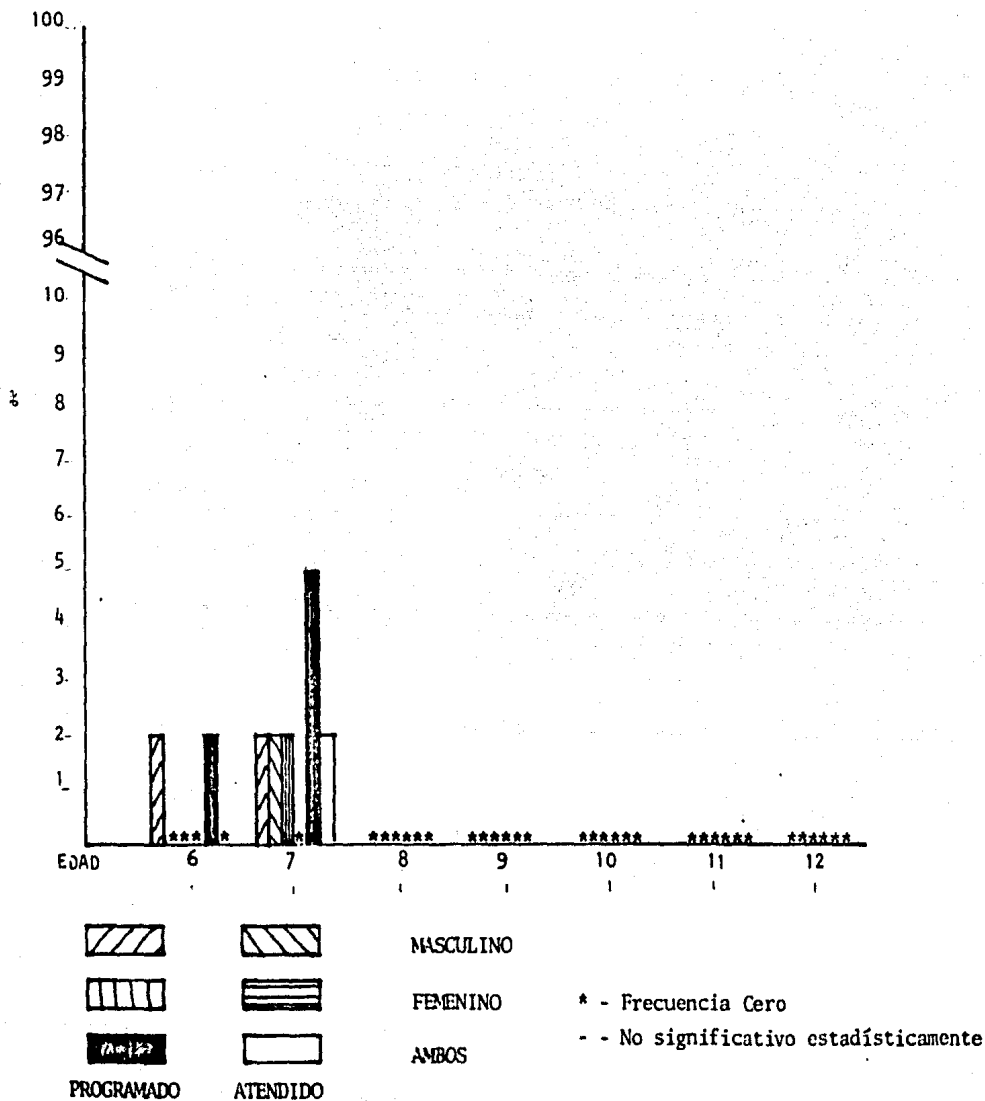
P - Programado  
A - Atendido  
Nº - Número

AMB - Ambos  
- - No significativo estadísticamente  
\* - Frecuencia cero

43  
100%

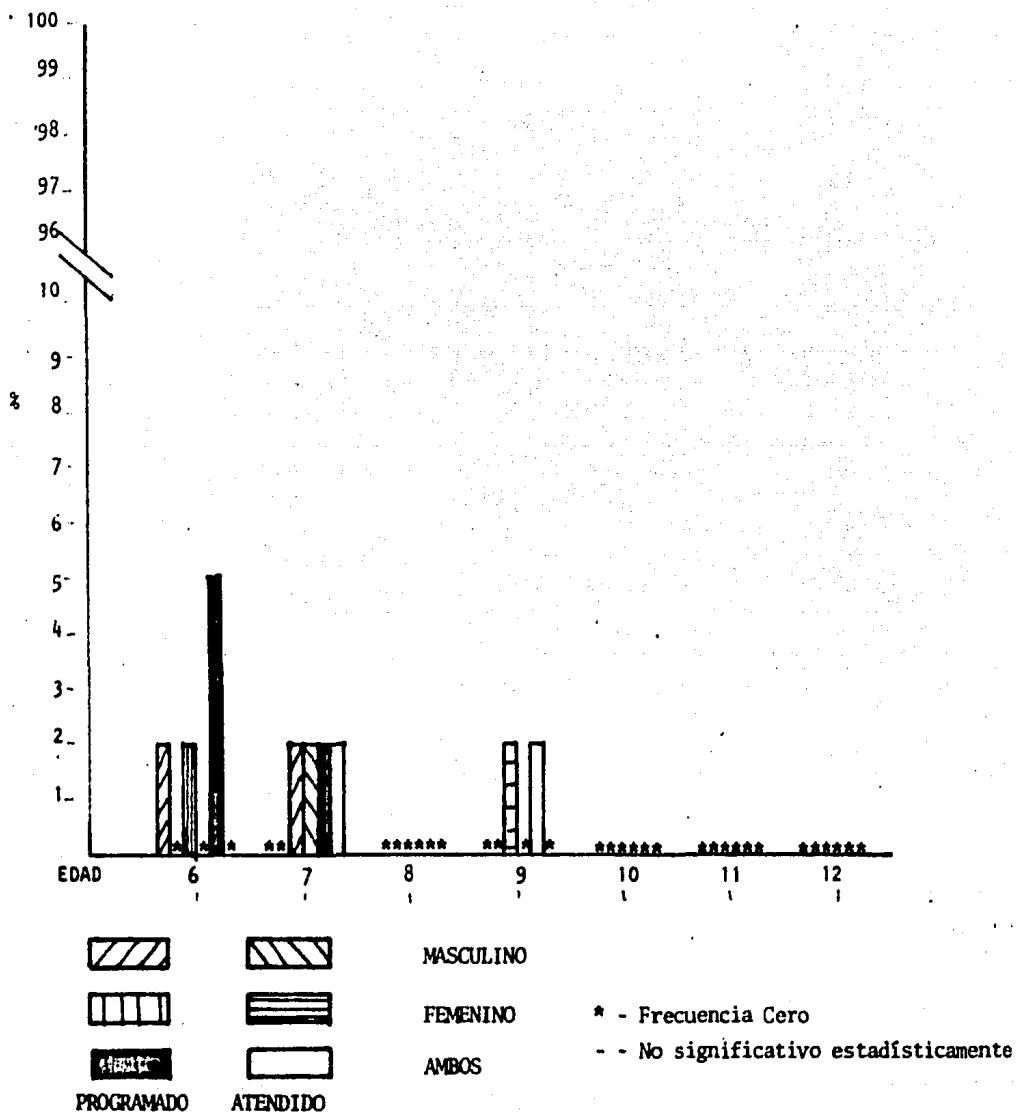
GRAFICA 7-A

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



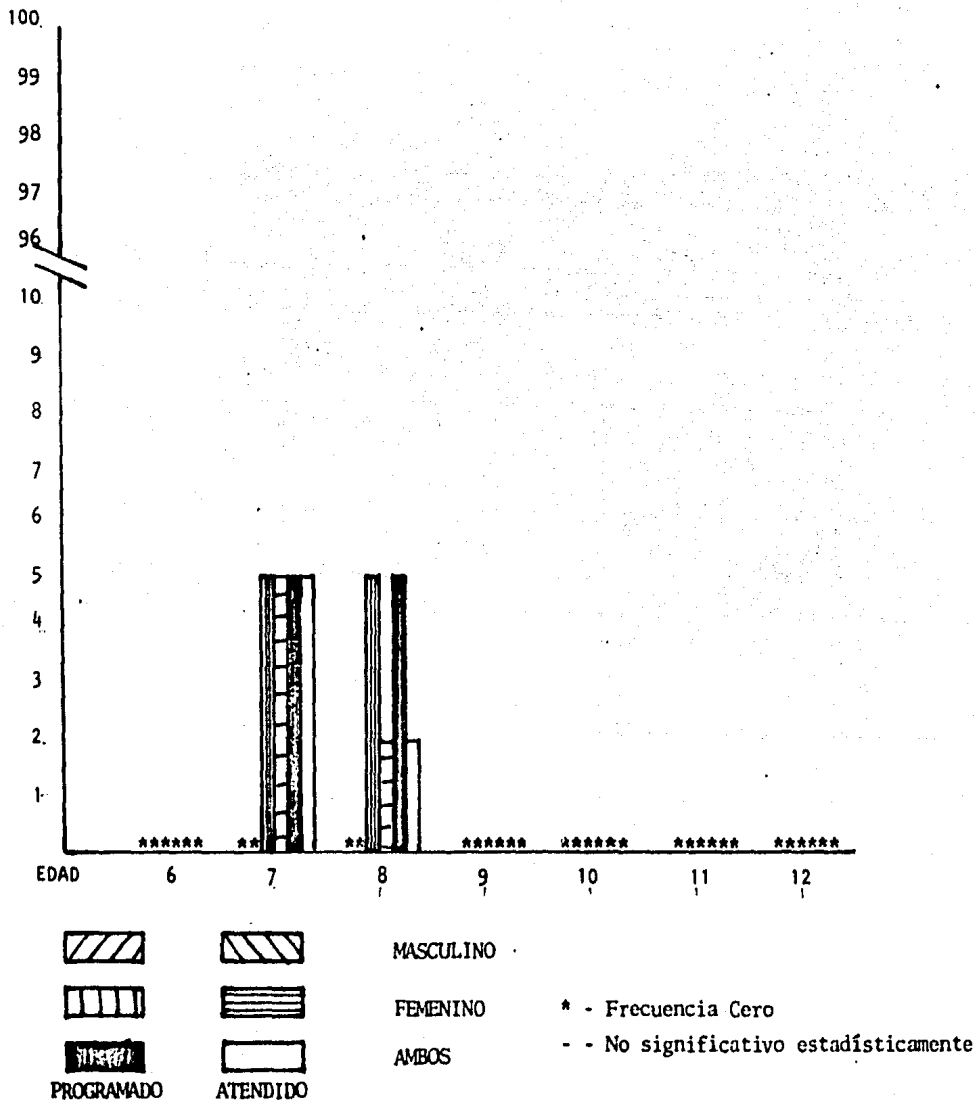
GRAFICA 7-B

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



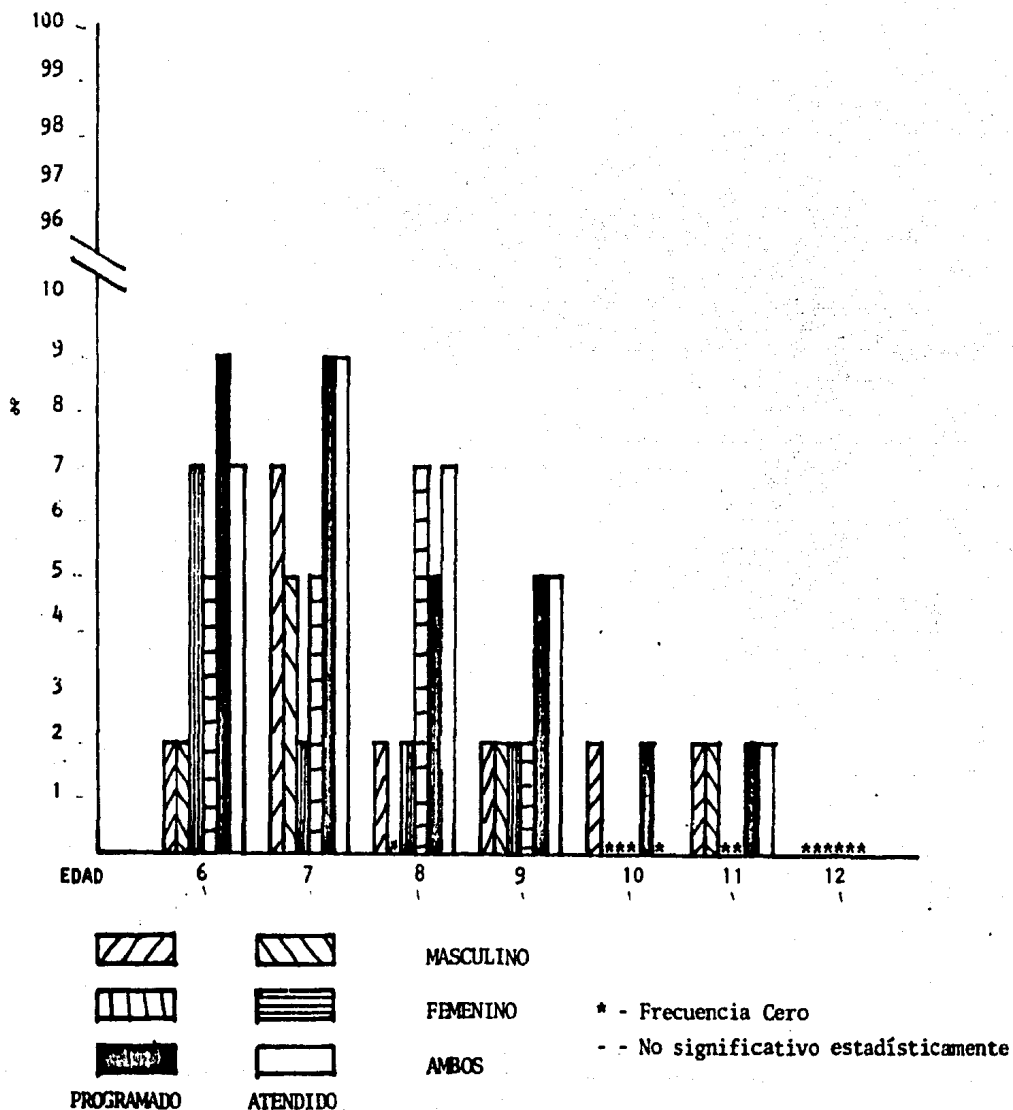
GRAFICA 7-C

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PLACAS HOWLEY PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 7-D

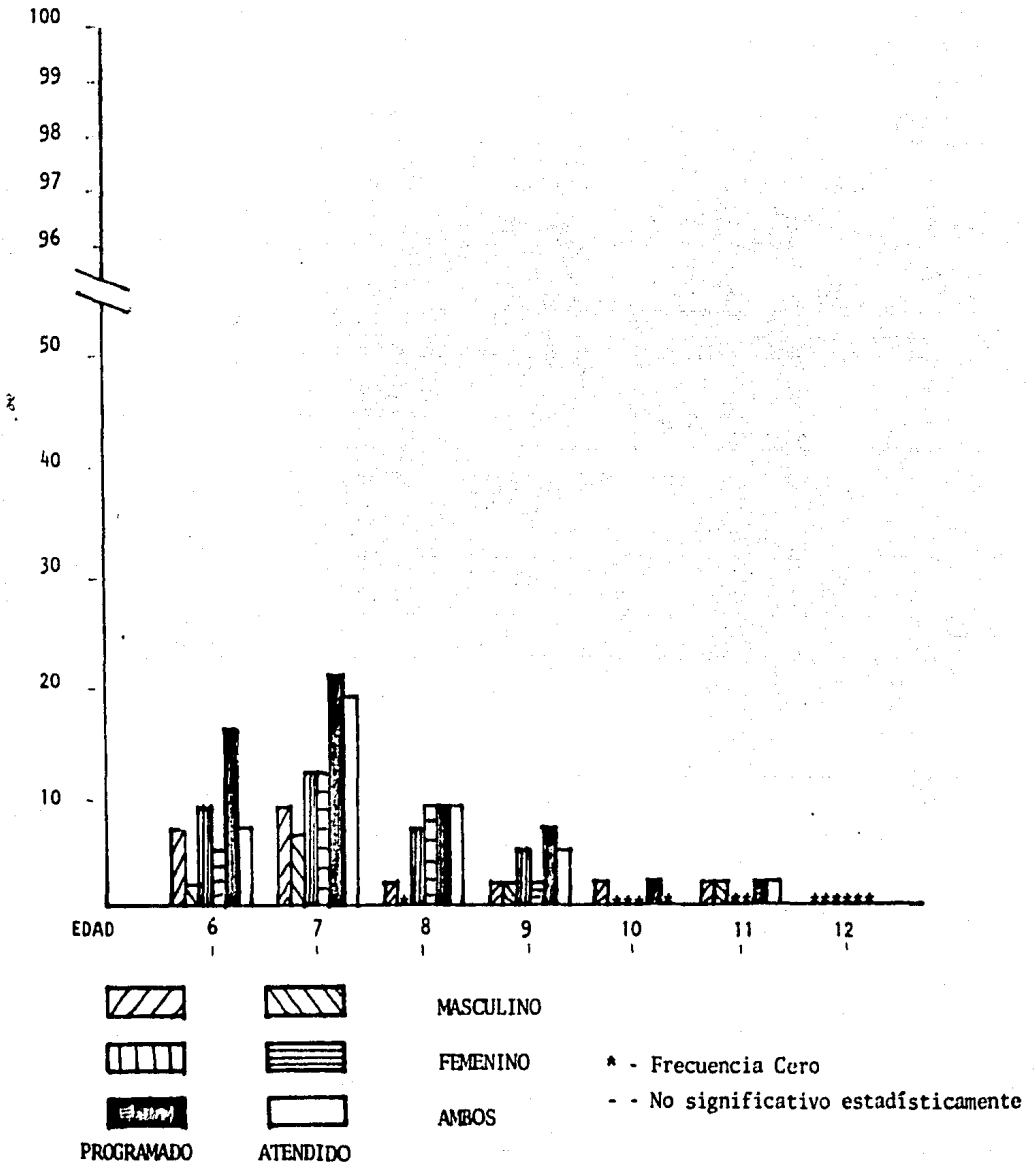
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MODELOS DE ESTUDIO PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983





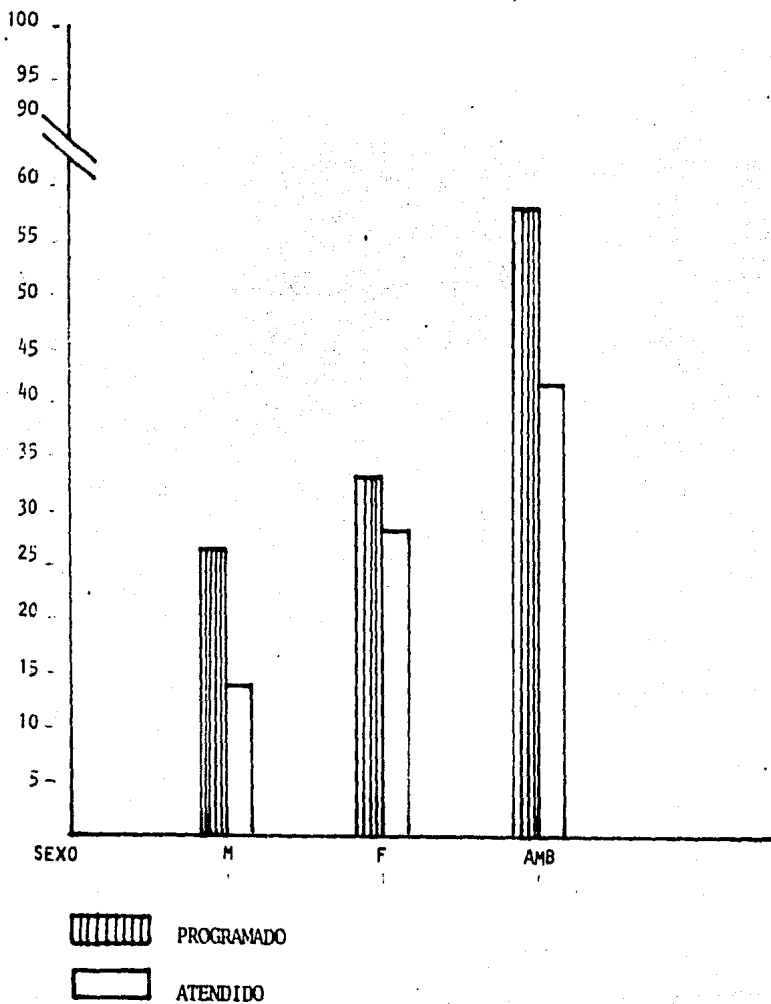
GRAFICA 7-E

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD Y SEXO DE PROCEDIMIENTOS  
ORTODONCICOS PREVENTIVOS E INTERCEPTIBLES EN 1050  
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN,  
EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 7-F

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO DE PROCEDIMIENTOS  
ORTODONCICOS PREVENTIVOS E INTERCEPTIVOS EN 1050  
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN,  
EDO. DE MEXICO 1983



CUADRO 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE RADIOGRAFIAS INFANTILES Y ADULTO PROGRAMADAS Y TOMADAS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA INSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983

TRATA- MIENTO	RAYOS "X"														
	PROCE- DI- MIENTO	ADULTO						INFANTIL						SUBTOTAL	
		Programado	P		A		P		A		P		A		
EDAD	Sexo	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
6	M	*	*	4	1	3	1	8	3	3	1	12	4		
	F	*	*	*	*	13	5	9	3	13	5	9	3		
	AMB	*	*	4	1	16	6	17	6	16	6	21	7		
7	M	*	*	*	*	4	1	6	2	4	1	6	2		
	F	5	2	5	2	22	8	27	9	27	9	32	11		
	AMB	5	2	5	2	26	9	33	12	31	11	38	13		
8	M	3	1	3	1	12	4	15	5	15	5	18	6		
	F	*	*	1	-	5	2	13	5	5	2	14	5		
	AMB	3	1	4	1	17	6	28	10	20	7	32	11		
9	M	4	1	2	1	*	*	*	*	4	1	2	1		
	F	2	1	6	2	10	3	8	3	12	4	14	5		
	AMB	6	2	8	3	10	3	8	3	16	6	16	6		
10	M	3	1	8	3	6	2	8	3	9	3	16	6		
	F	*	*	3	1	5	2	8	3	5	2	13	5		
	AMB	3	1	11	4	11	4	16	6	14	5	29	10		
11	M	3	1	10	3	2	1	*	*	5	2	10	3		
	F	3	1	7	2	2	1	5	2	5	2	12	4		
	AMB	6	2	17	6	4	1	5	2	10	3	22	8		
12	M	1	-	*	*	*	*	*	*	1	-	*	*		
	F	3	1	4	1	1	-	2	1	4	1	6	2		
	AMB	4	1	4	1	1	-	2	1	6	2	6	2		
S O U T B A	M	14	5	27	9	27	9	37	12	51	18	64	22		
	F	13	5	26	9	58	20	72	25	71	25	100	35		
	AMB	27	9	53	19	85	30	109	38	122	43	164	57		
												286		100%	

P - Programado

AMB - Ambos

A - Atendido

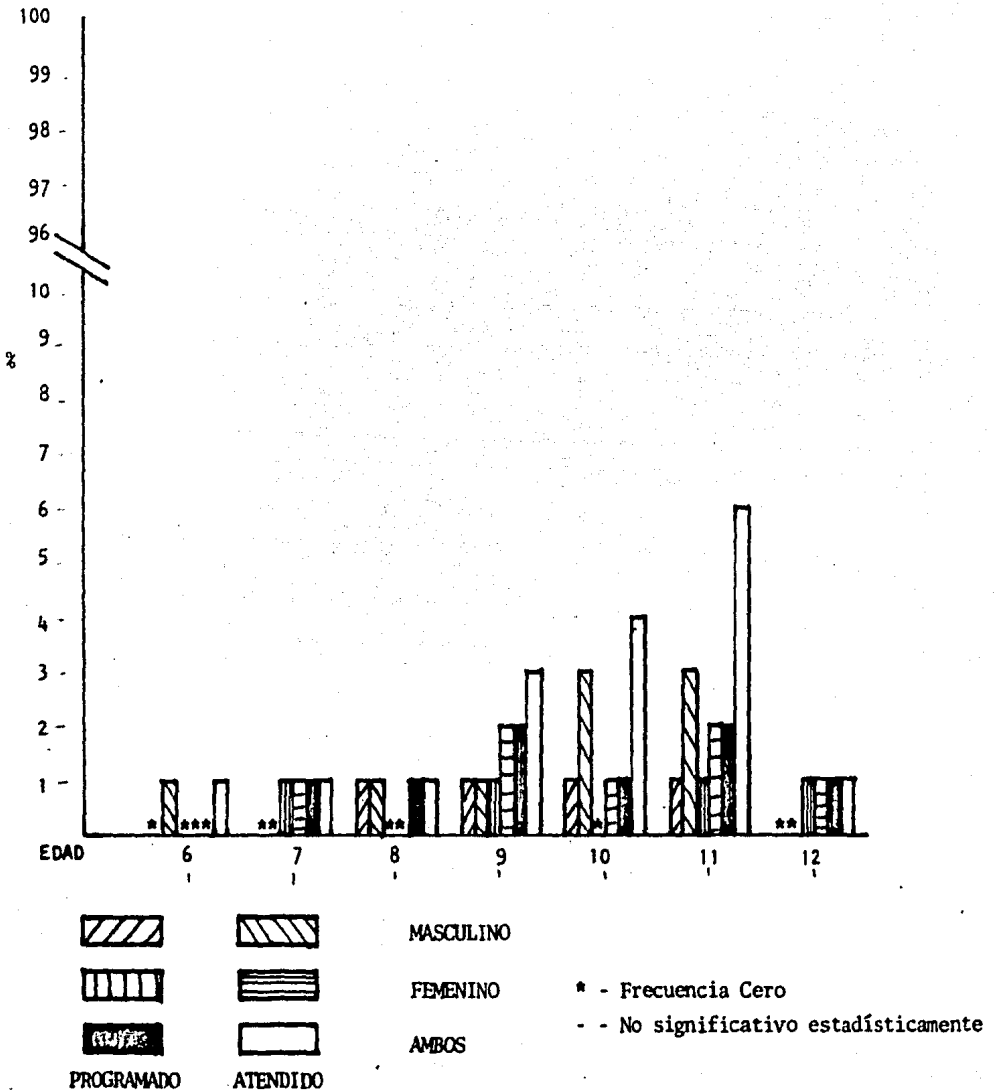
- - No significativo estadfsticamente

N° - Número

\* - Frecuencia cero

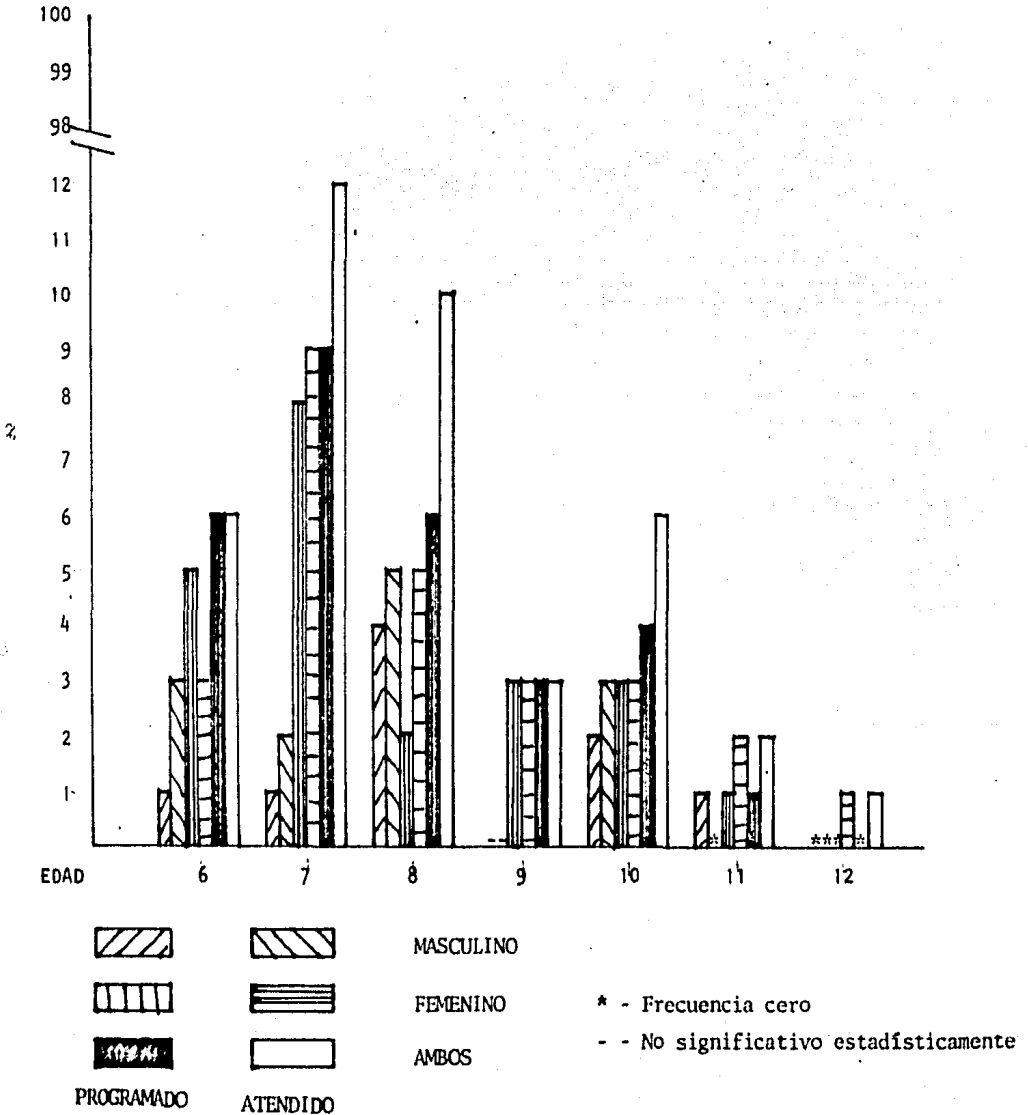
GRAFICA 8-A

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE RAYOS " X " PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



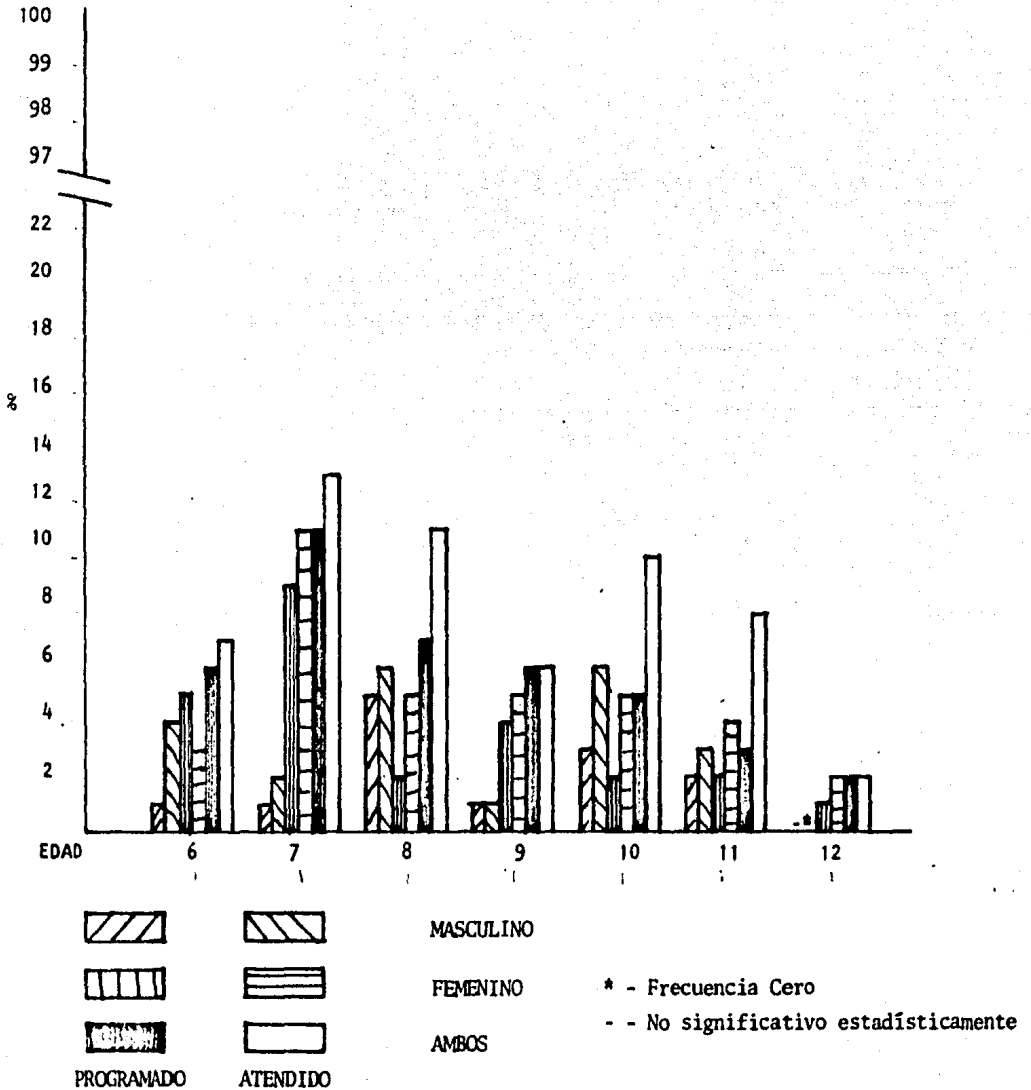
GRAFICA 8-B

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE RAYOS " X " PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA INSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



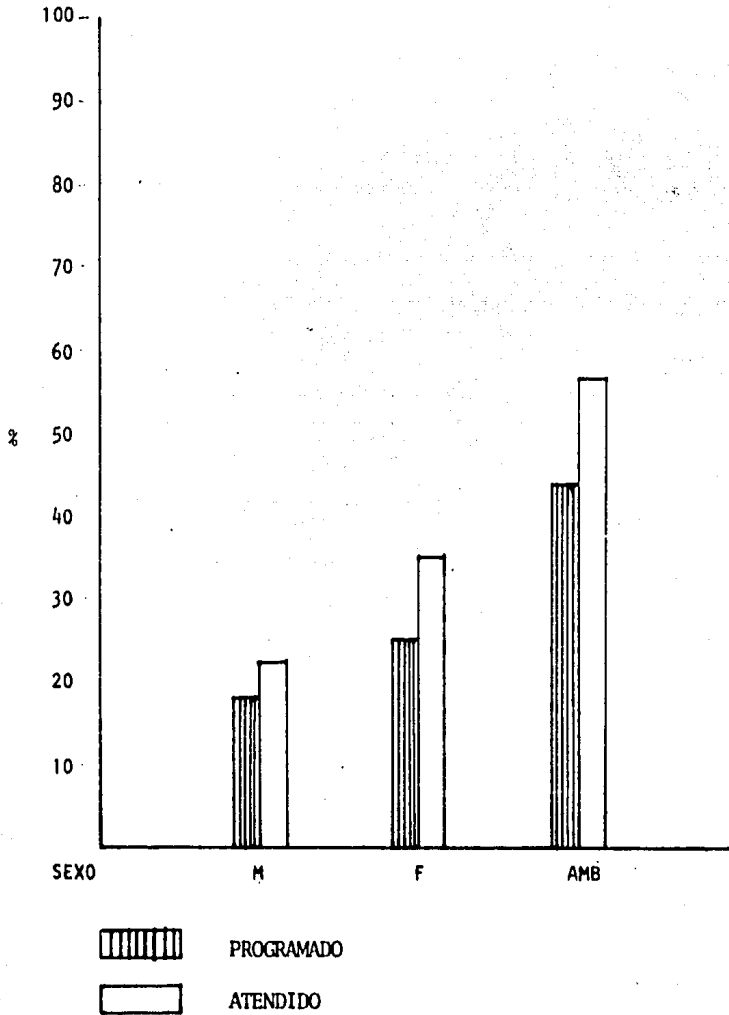
GRAFICA 8-C

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD Y SEXO DE RADIOGRAFIAS INFANTILES Y DE ADULTO PROGRAMADAS Y TOMADAS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 8-D

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO DE EXTRACCIONES PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN DIENTES PERMANENTES Y TEMPORALES EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



CUADRO 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PROCEDIMIENTOS PARODONTALES PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983

TRATA- MIENTO		P A R O D O N C I A										SUBTOTAL	
PROCE- MIENTO		PROFILAXIS SUPERFICIAL		PROFILAXIS PROFUNDA		DRENADO DE ABSCESO		CIRUGIA PARODONTAL		SUBTOTAL			
EDAD	Sexo	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A		
		Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %		
6	M	17 3	14 3	* *	1 -	* *	2 -	* *	* *	17 3	17 3		
	F	21 4	14 3	* *	* *	2 -	* *	* *	* *	23 5	14 3		
	AMB	38 8	28 6	* *	1 -	2 -	2 -	* *	* *	40 8	31 6		
7	M	15 3	12 2	* *	* *	1 -	2 -	* *	* *	16 3	14 3		
	F	21 4	14 3	* *	* *	2 -	3 1	1 -	* *	24 5	17 3		
	AMB	36 7	26 5	* *	* *	3 1	5 1	1 -	* *	40 8	31 6		
8	M	23 5	18 4	* *	* *	* *	2 -	2 -	* *	25 5	20 4		
	F	27 5	16 3	* *	* *	2 -	3 1	* *	* *	29 6	19 4		
	AMB	50 10	34 7	* *	* *	2 -	5 1	2 -	* *	54 11	39 8		
9	M	17 3	13 3	* *	* *	* *	* *	* *	1 -	17 3	14 3		
	F	16 3	17 3	* *	* *	* *	1 -	* *	* *	16 3	18 4		
	AMB	33 7	30 6	* *	* *	* *	1 -	* *	1 -	33 7	32 6		
10	M	23 5	12 2	* *	* *	* *	1 -	* *	1 -	23 5	14 3		
	F	26 5	23 5	* *	* *	1 -	* *	* *	* *	27 5	23 5		
	AMB	49 10	35 7	* *	* *	1 -	1 -	* *	1 -	50 10	37 8		
11	M	14 3	11 2	* *	* *	* *	* *	* *	* *	14 3	11 2		
	F	18 4	15 3	* *	* *	* *	* *	* *	* *	18 4	15 3		
	AMB	32 6	26 5	* *	* *	* *	* *	* *	* *	32 6	26 5		
12	M	2 *	* *	1 -	* *	* *	* *	* *	* *	3 1	- -		
	F	13 3	10 2	2 -	1 -	1 -	1 -	* *	* *	16 3	12 2		
	AMB	15 3	10 2	3 1	1 -	1 -	1 -	* *	* *	19 4	12 2		
S U B T O T A L	M	111 23	80 16	1 -	1 -	1 -	7 -	1 -	2 -	115 23	107 22		
	F	142 29	109 22	2 -	1 -	8 2	8 2	2 -	* *	153 31	118 24		
	AMB	253 51	189 38	3 1	2 -	9 2	15 3	3 1	2 -	286 54	225 46		
										493	100%		

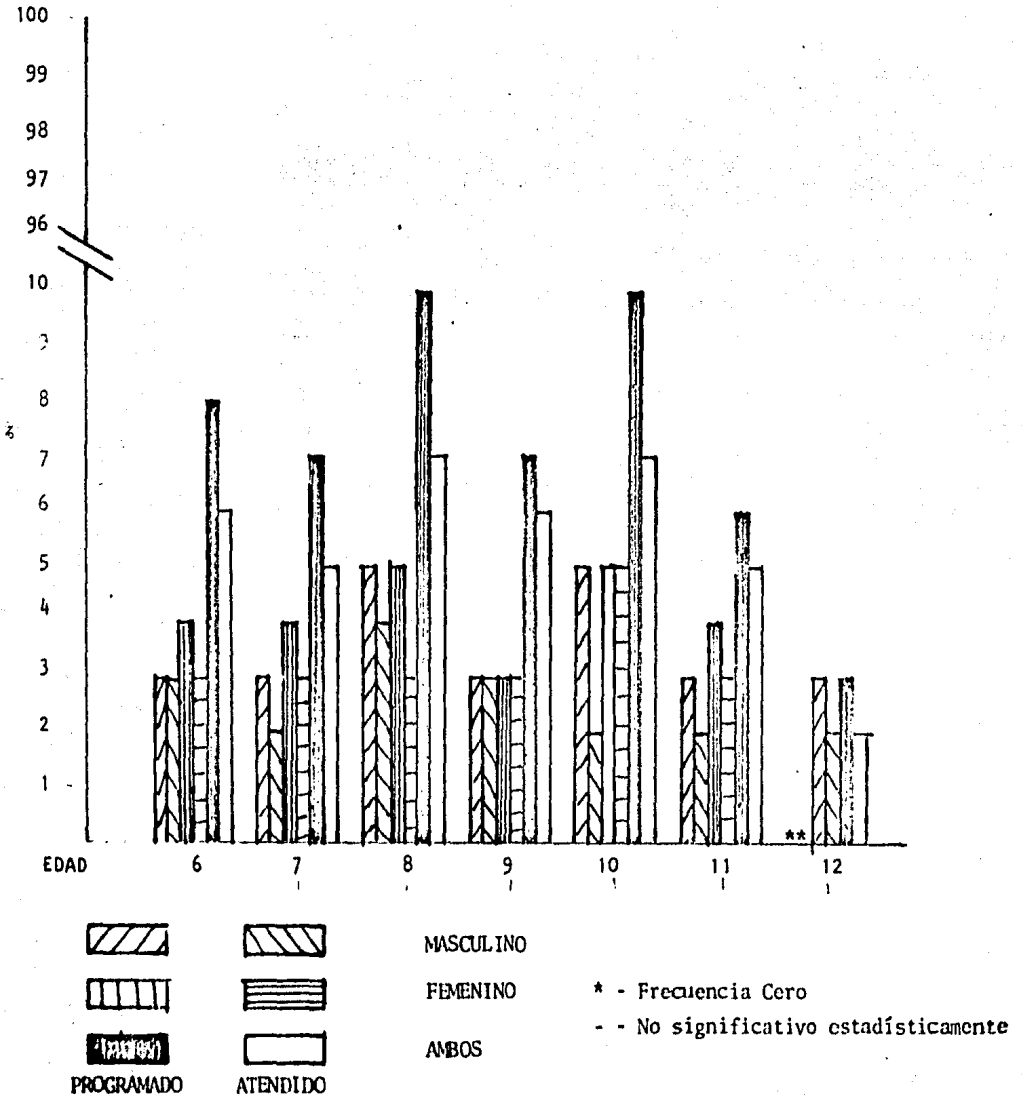
P - Programado  
A - Atendido  
Nº - Número

AMB - Ambos  
- - No significativo estadísticamente  
\* - Frecuencia cero



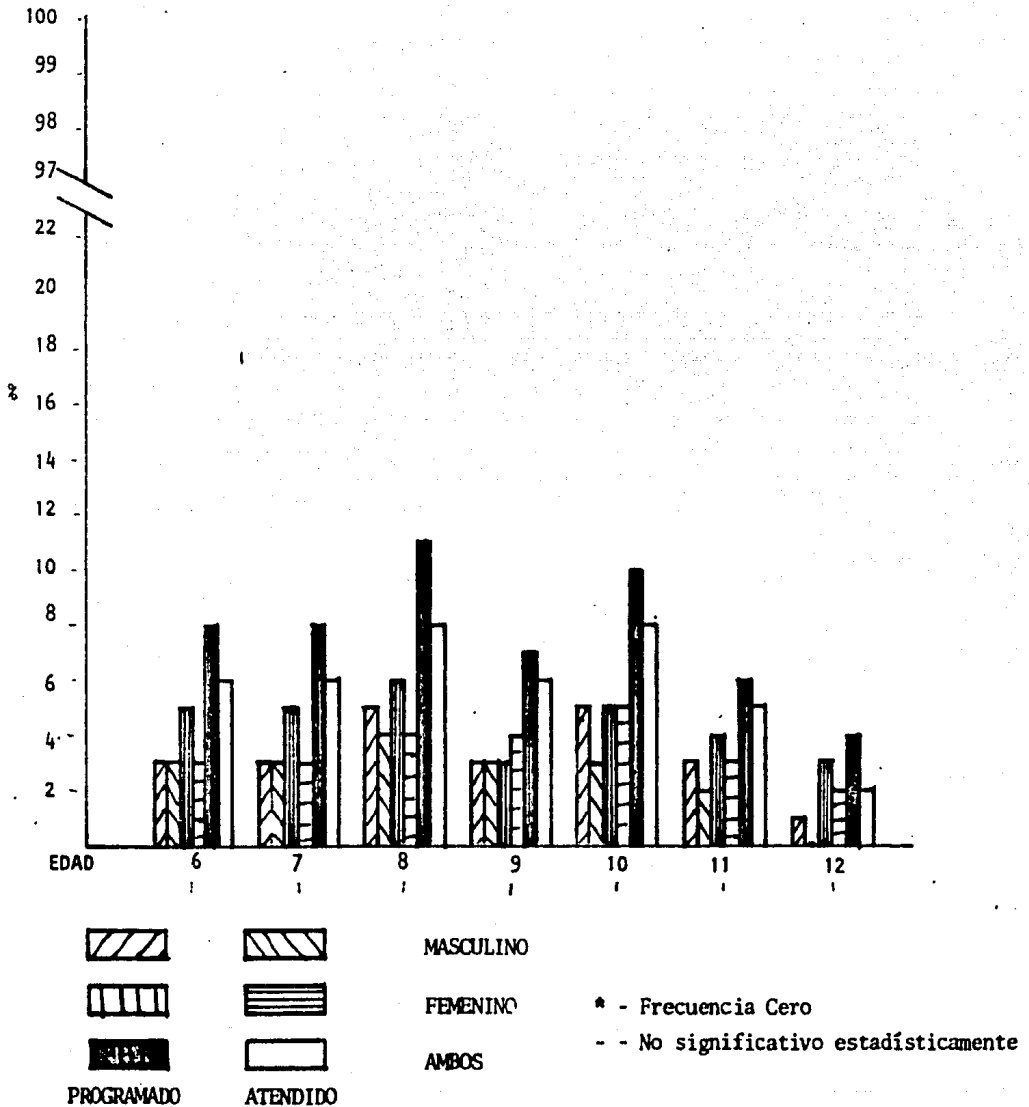
GRAFICA 9-A

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PROFILAXIS SUPERFICIAL PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



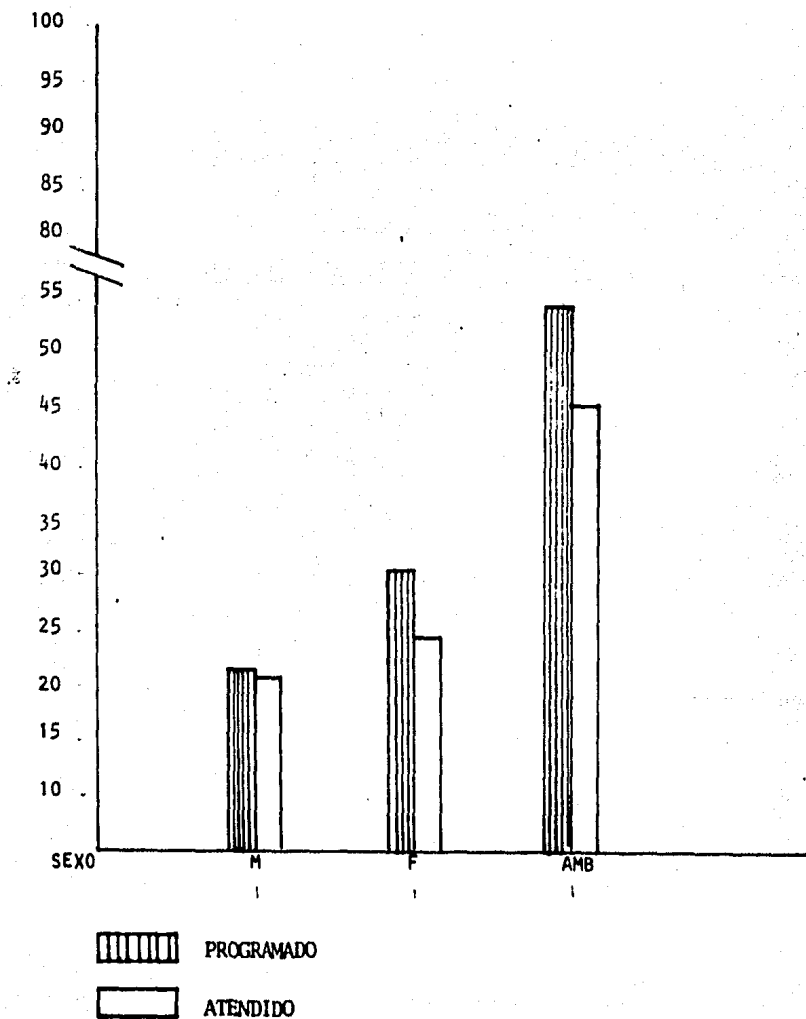
GRAFICA 9-E

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD Y SEXO DE ACTIVIDADES PARODONTALES  
 AMBOS SEXOS PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS.  
 EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 9-F

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO DE ACTIVIDADES PARODONTALES  
AMBOS SEXOS PROGRAMADA Y REALIZADAS EN 1050 PACIENTES  
ATENDIDOS EN LA CLINICA DMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE  
MEXICO 1983



CUADRO 10

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ALTAS DE CUADRANTES Y ALTAS INTEGRALES PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983

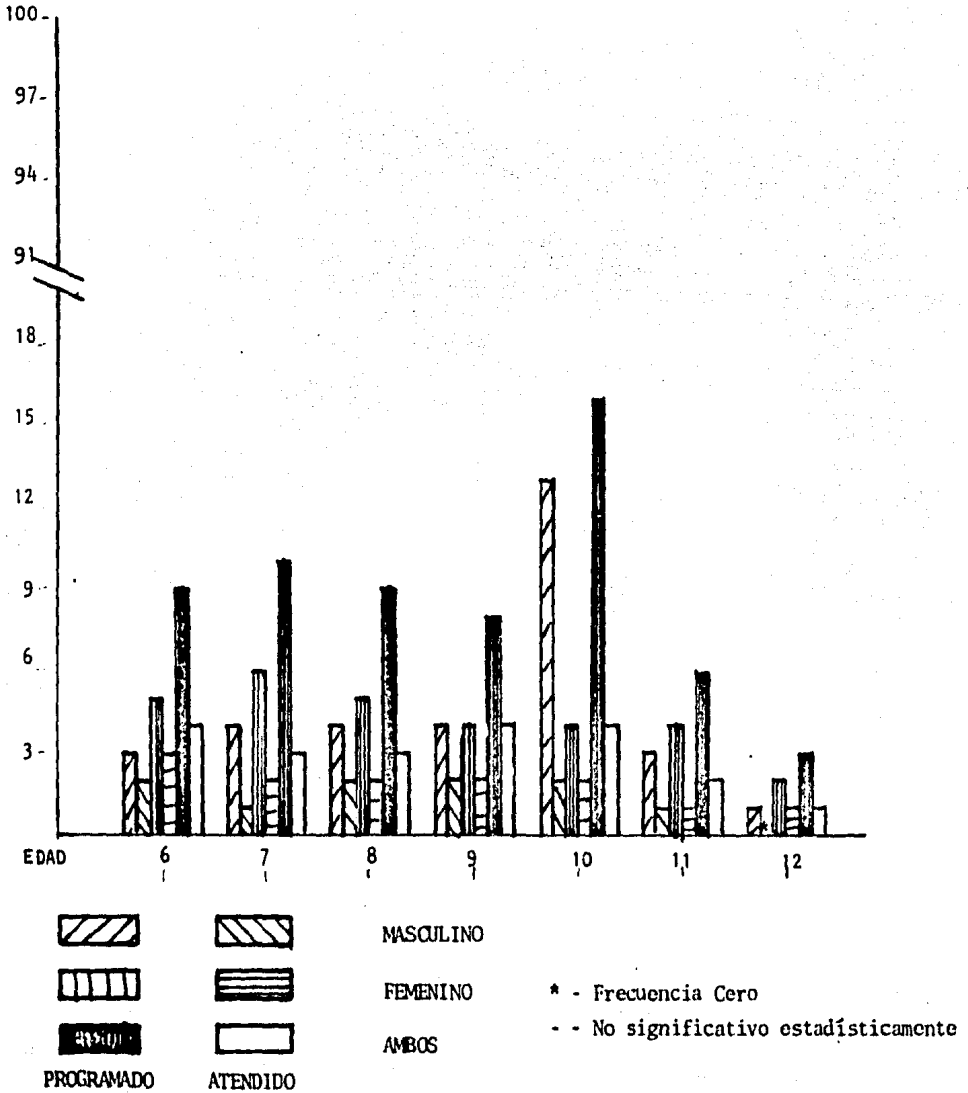
TRATAMIENTO		A L T A S														
PROCEDIMIENTO		CUADRANTES DADOS DE ALTA					PACIENTES DADOS DE ALTA					SUBTOTAL				
PROG. REAL.		P		A			P		A			P		A		
EDAD	SEXO	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
6	M	166	3	68	2	41	1	12	-	207	5	80	2			
	F	189	5	77	2	49	1	16	-	238	6	93	2			
	AMB	355	9	145	4	90	2	28	1	445	12	173	5			
7	M	142	4	56	1	39	1	9	-	181	5	65	2			
	F	239	6	69	2	56	1	14	-	295	8	83	2			
	AMB	381	10	125	3	95	3	23	1	476	13	148	4			
8	M	169	4	58	2	45	1	15	-	214	3	73	2			
	F	172	5	74	2	46	1	12	-	218	6	86	2			
	AMB	341	9	132	3	91	2	27	1	332	9	159	4			
9	M	154	4	60	2	41	1	12	-	195	5	72	2			
	F	148	4	73	2	39	1	10	-	187	5	83	2			
	AMB	302	8	133	4	80	2	22	1	382	10	155	4			
10	M	474	13	67	2	49	1	17	-	523	14	84	2			
	F	140	4	84	2	42	1	19	-	182	5	103	3			
	AMB	614	16	151	4	91	2	36	1	705	19	187	5			
11	M	95	3	37	1	26	1	6	-	121	3	43	1			
	F	139	4	48	1	37	1	9	-	176	5	57	2			
	AMB	234	6	85	2	63	2	15	-	297	8	100	3			
12	M	29	1	13	-	8	-	1	-	37	1	14	-			
	F	94	2	41	1	25	1	9	-	119	3	50	1			
	AMB	123	3	54	1	33	1	10	-	156	4	64	2			
S O U A B I	M	1229	33	359	7	249	7	72	2	1378	36	431	11			
	F	1121	30	466	8	294	8	89	2	1415	37	555	15			
	AMB	2350	63	825	14	543	14	161	4	2793	73	986	26			
											3779		100%			

P - Programado  
A - Atendido  
Nº - Número

AMB - Ambos  
- - No significativo estadísticamente  
\* - Frecuencia cero

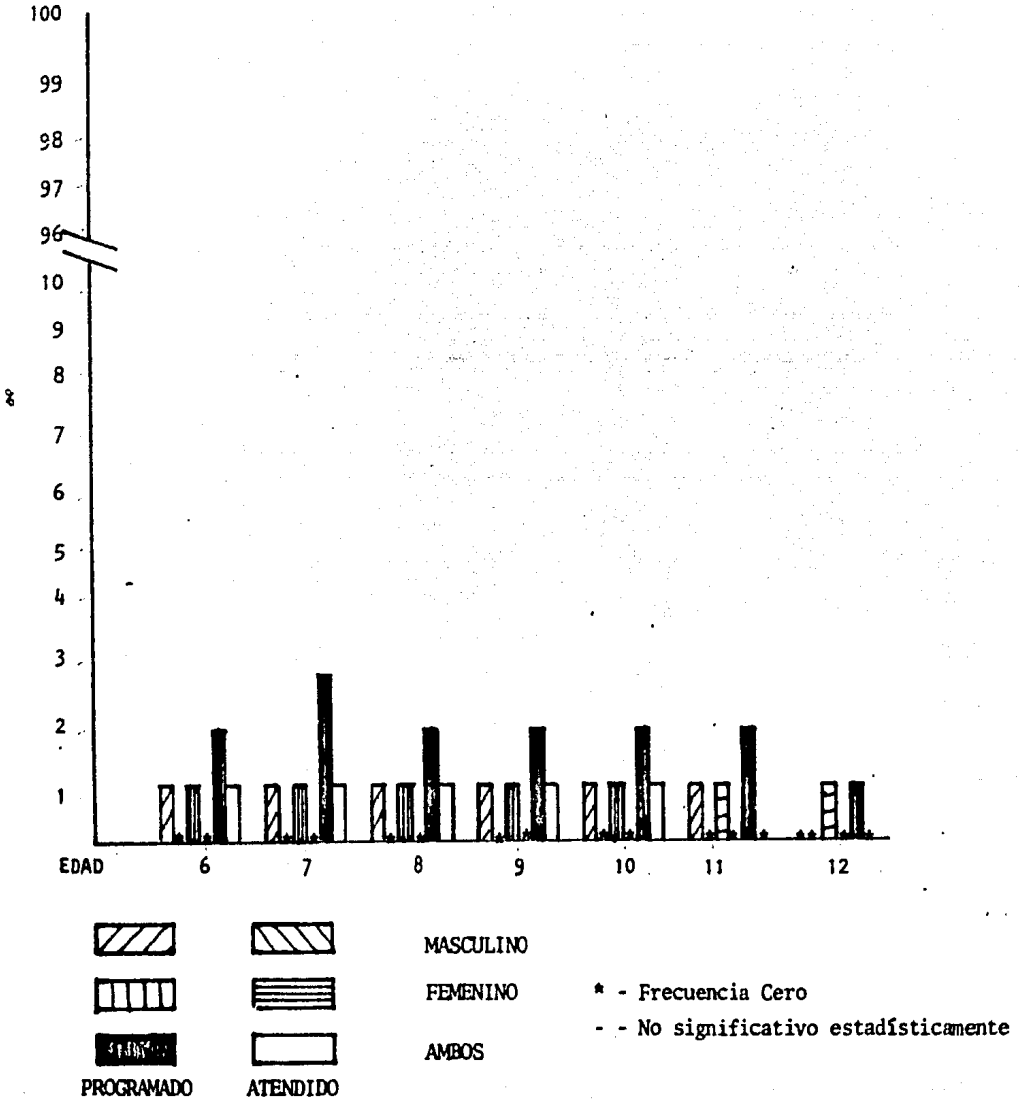
GRAFICA 10-A

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CUADRANTES DADOS DE ALTA PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



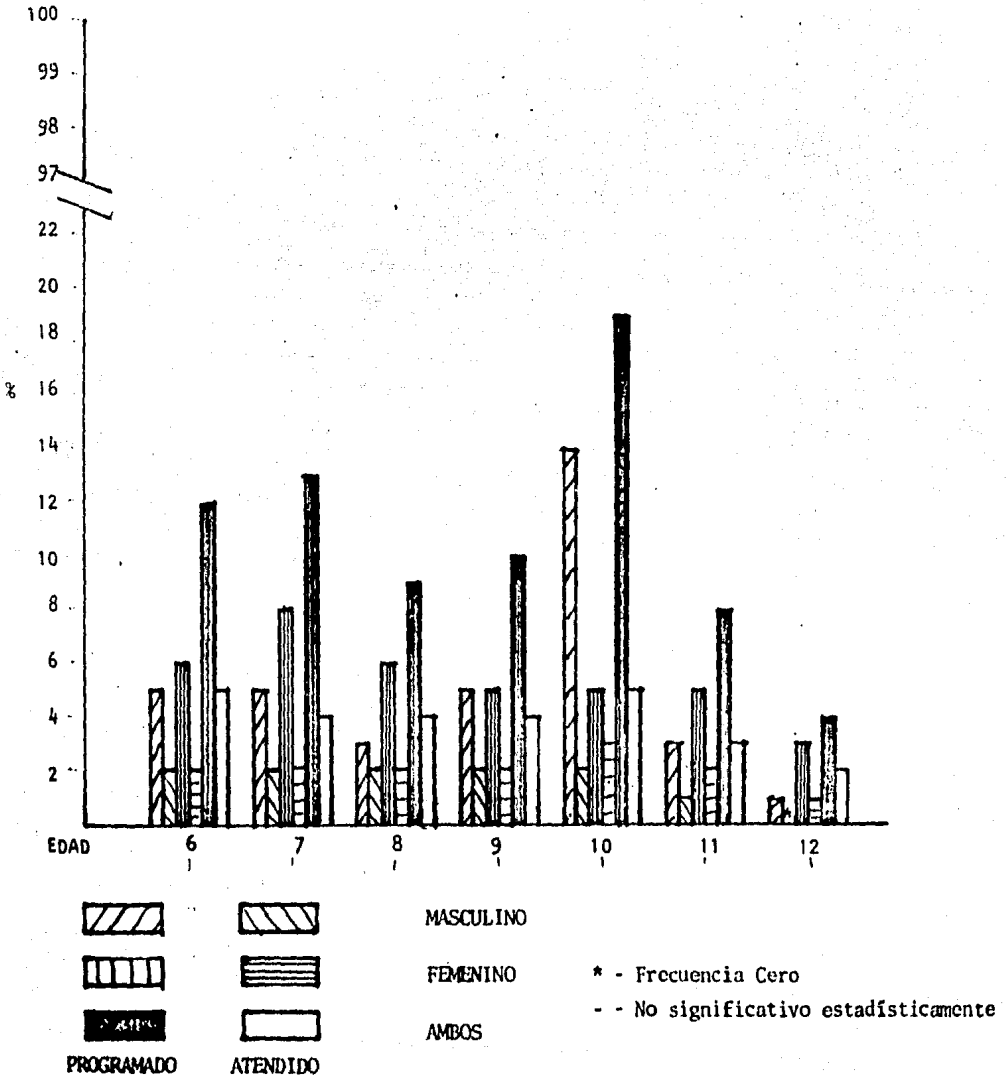
GRAFICA 10-B

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PACIENTES DADOS DE ALTA PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 10-C

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD Y SEXO DE ALTAS DE CUADRANTES Y ALTAS INTEGRALES PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983



GRAFICA 10-D

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO DE ALTAS DE CUADRANTES Y ALTAS INTEGRALES PROGRAMADAS Y REALIZADAS EN 1050 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA IMSO CHIMALHUACAN, EDO. DE MEXICO 1983

