



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

“ESTADO PERIODONTAL Y SU RELACION CON LA HIGIENE BUCAL,
TABAQUISMO Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN ADULTOS DE LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “COYOACÁN” DEL ISSSTE”

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CLÍNICA MÉDICO FAMILIAR ISSSTE COYOACÁN

ALUMNO: DIEGO ALEJANDRO CENOBIO CASTILLO

MATRICULA: 2122034719

PERIODO DEL SERVICIOSOCIAL: AGOSTO 2016-JULIO 2017

FECHA DE ENTREGA: 17/Septiembre/2019

ASESOR:

INTERNOS: C.D.E JULIETA DEL CARMEN MEZA SÁNCHEZ

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM- XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO

C.D.E. JULIETA DEL CARMEN MEZA SÁNCHEZ



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

Resumen del informe.

Palabras Clave: Enfermedad periodontal, calidad de higiene, diabetes, hipotensión.

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la caries dental y la enfermedad periodontal, esta última afecta del 15% al 20% de los adultos de 35 a 44 años de edad. La enfermedad periodontal es una enfermedad inflamatoria de etiología infecciosa, está asociada a la biopelícula; su prevalencia y severidad se incrementa por factores de riesgo locales como presencia de prótesis dentales, apiñamiento dental, sistémicos: diabetes, medicamentos, embarazo y de comportamiento como fumar. Durante el año transcurrido de servicio social brindado en la C.M.F Coyoacán por parte del ISSSTE compartí experiencias laborales que servirán en mi formación académica y capacitación profesional con el fin de beneficiar a la población derechohabiente correspondiente a la misma.

En lo que respecta a los servicios de salud y actividades realizadas existe un programa dividido por edades en cuatro categorías: 1) niños menores de 12 años, 2) adolescentes de 12 a 20 años, 3) adultos jóvenes de 21 a 59 años y 4) adultos mayores de 60 años en adelante. Las principales causas de morbilidad en la consulta externa y de mayor demanda de atención son: Infecciones respiratorias agudas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad articular degenerativa, infecciones gastrointestinales. Las enfermedades de mayor demanda de atención odontológica son: caries dental, enfermedades pulpares, enfermedades gingivales y periodontales.

Fue de suma importancia evaluar la enfermedad periodontal en los pacientes que acudieron a la C.M.F. Coyoacán I.S.S.S.T.E. durante el periodo de agosto 2016 a julio del 2017; en la cual enfoque mi investigación. Para recolectar la información se utilizó un formato proporcionado por el SIVEPAB llamado cedula en el cual se registra nombre, edad, sexo, CURP, fecha de nacimiento, escolaridad, ocupación y se realiza un periodontograma y IHOS con el propósito de identificar los factores predisponentes o coadyuvantes que hacen que se desarrolle la enfermedad periodontal.

ÍNDICE	PÁGINA
RESUMEN	2
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL	4
CAPITULO II: INVESTIGACIÓN TITULO INTRODUCCIÓN JUSTIFICACIÓN OBJETIVO GENERAL OBJETIVOS PARTICULARES MARCO TEORICO	5-40
CAPITULO III. ANTECEDENTES	41
CAPITULO IV. INFORME NUMÉRICO NARATIVO	52
CAPITULO V. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	65
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	66
CAPITULO VII: FOTOGRAFÍAS	67
CAPITULO VIII: ANEXOS	

Capítulo I: Introducción general.

Mi servicio social fue realizado en el ISSSTE en la C.M.F. Coyoacán (CMFC) durante un año el cual comprendió el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017. Como parte de mis actividades durante el servicio social, llevé a cabo un estudio epidemiológico acerca del estado de salud periodontal y su asociación con diversos factores tales como edad, sexo, calidad de higiene bucal, hábito de tabaquismo y presencia de algunas enfermedades sistémicas, para lo cual se revisaron a pacientes adultos que acudieron a consulta al Servicio Dental de la CMFC durante el periodo mencionado y se obtuvieron datos registrados en el formato SIVEPAB.

Capítulo II. Investigación.

TITULO:

“ESTADO PERIODONTAL Y SU RELACION CON LA HIGIENE BUCAL, TABAQUISMO Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN ADULTOS DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “COYOACÁN” DEL ISSSTE”

Introducción.

Las enfermedades periodontales que se observan en los seres humanos se caracterizan por la inflamación gingival y pérdida de tejido conectivo y el hueso alrededor de las raíces de los dientes, lo que conduce a la pérdida del o los dientes afectados. Desde la última década se ha dedicado cada vez más atención a la asociación entre la enfermedad periodontal y el desarrollo de enfermedades sistémicas.¹ Según la (OMS), son la caries dental y la enfermedad periodontal la que afecta del 15% al 20% de los adultos de 35 a 44 años de edad.²

El termino enfermedad periodontal se refiere al grupo de infecciones localizadas que afectan a los tejidos que soportan y rodean los dientes. Se sabe que la enfermedad periodontal se presenta de forma intermitente, esto es, en periodos de actividad y remisión, daña de manera irreversible a los tejidos y finalmente causa su destrucción. Si bien su comienzo se asocia a la presencia de placa bacteriana, la respuesta del individuo y el avance de la enfermedad también pueden estar relacionados a factores sistémicos.⁶ Los dos tipos más comunes de enfermedad periodontal son la gingivitis y la periodontitis.^{7, 8}

Planteamiento del problema

Un factor de riesgo para la enfermedad periodontal es una característica, conducta o exposición ambiental relacionada con la aparición de esta enfermedad. Algunos de los factores son: edad, sexo, raza, enfermedades sistémicas como diabetes mellitus, hipertensión, higiene bucal. La enfermedad periodontal se considera una patología

multicausal por diversos factores que determinan su aparición, así como el avance de la misma si no son controlados y eliminados.

¿Se encontrará alguna relación acerca de la enfermedad periodontal, con algunos factores que pueden determinarla como son la higiene bucal, edad, hábito de fumar, enfermedades sistémicas como los son diabetes e hipertensión?

Justificación

Algunos factores predisponen que la enfermedad periodontal se desarrolle más rápidamente como son los con cambios hormonales, tabaquismo, hiposalivación, estrés, entre otros. Incluso se menciona a la edad como participante de este proceso sin embargo se duda de la influencia que este factor produce, ya que en ocasiones se considera como un agregante secundario aunado a la forma en que se realiza el cepillado y por consiguiente obtener un deficiente aseo bucal, además de las enfermedades sistémicas que puedan padecer.

El tabaquismo es un hábito que sin duda alguna presenta una alta tasa de población que gusta de consumir los cigarrillos. Incluso el saber diferenciar entre una persona que es fumadora de la que no, es importante para realizar un buen análisis de resultados. El tabaquismo es un factor que altera el desarrollo y evolución de la enfermedad periodontal, por lo que debe de ser estudiado.

Marco teórico

Según la NOM-013-SSA2-2006 las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la caries dental y la enfermedad periodontal; por su alta morbilidad son identificadas entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país.¹

Enfermedad periodontal

La Enfermedad Periodontal ((EP) es la expresión que cubre una variedad de estados clínicos caracterizados por la inflamación y destrucción de las estructuras de soporte que sostienen a los dientes, es decir, del periodonto. Dicha patología se distingue

por la existencia de lesiones inflamatorias a nivel gingival, con formación de bolsas periodontales que pueden conducir a la pérdida de hueso alveolar y eventualmente del diente; la causa principal es la forma infecciosa.¹

Es de importancia clínica y de salud pública, contar con información en relación con la prevalencia y severidad de las enfermedades periodontales, así como el papel que juegan los factores locales y sistémicos en relación a la placa bacteriana y cálculos dentarios.²

Etiopatogenia de la enfermedad periodontal

Todo comienza cuando las bacterias producen factores de virulencia y estos entran en contacto con las células del epitelio del surco, pero en especial atención, las células del epitelio de unión (EU) las que producen defensinas y citoquinas pro-inflamatorias. Las defensinas son péptidos antimicrobianos que dañan la superficie de las bacterias, permitiendo su eliminación. Pero son de gran importancia la producción de IL-1 y TNF, generando cambios a nivel vascular. Incrementan el calibre de los vasos sanguíneos e inducen la expresión de proteínas de adhesión celular. Adicionalmente, producen IL8, una citoquina con actividad quimiotáctica para PMNs. De esta forma, los leucocitos polimorfonucleares, son atraídos al sitio donde se acumulan las bacterias, salen de los vasos sanguíneos y se acumulan en el tejido conectivo adyacente al surco alterando el tejido conectivo adyacente al EU. Muchos PMNs se abren paso por los espacios intercelulares del EU y salen al surco donde se degranulan, liberando consigo reactivos del oxígeno (ROIs) y enzimas como catepsina G, lactoferrina, defensinas, mieloperoxidasa, metaloproteinasas (MMP-8) y serin-proteasas. Si bien todos estos reactivos biológicos son nocivos para las bacterias, también lo pueden ser para los tejidos periodontales y algún daño tisular microscópico puede esperarse. No obstante, si el agente infeccioso es controlado en la mayoría de los casos, el estímulo disminuye y se establece un balance de la respuesta inmune.³

Después de estimulada la respuesta inmune innata, se desencadena la respuesta inmune adaptativa y aparecen en el tejido conectivo linfocitos T CD4 y linfocitos B, ayudando a resolver el proceso inflamatorio. La estimulación de linfocitos toma entre

5 y 7 días en alcanzar su mayor activación. Por lo tanto, una buena respuesta innata es fundamental para mantener la salud periodontal. Los linfocitos T CD4 producen citoquinas (IFN, IL-2) que promueven una mejor actividad de macrófagos y co-estimulan a los linfocitos B a producir anticuerpos tipo IgG e IgA neutralizantes. El resultado es una respuesta inmune que controla los microorganismos que se están acumulando en el surco periodontal, de forma silenciosa y sin expresar signos clínicos inflamatorios evidentes a simple vista. A medida que progresa el proceso inflamatorio éste se vuelve crónico y comienza la degradación de los tejidos de soporte, dando como resultado la formación de la bolsa periodontal, pérdida de inserción clínica y pérdida ósea.³

Factores de riesgo

Las causas de la enfermedad son denominadas como factores de riesgo, término que se entiende por todo elemento de naturaleza física, química, biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la frecuencia del “efecto”.¹

Un factor de riesgo para la enfermedad periodontal es una característica, conducta o exposición ambiental relacionado con la periodontitis, dicha asociación puede o no ser causal. Los factores más conocidos son: edad, sexo, raza, hábito de fumar, enfermedades sistémicas como diabetes mellitus, cantidad de dientes, higiene deficiente y xerostomía en pacientes de edad avanzada. Por lo anterior, se considera, así una patología multicausal por la diversidad de causas que determinan tanto la aparición, como el avance de la misma si no son controlados o eliminados.¹

Clasificación de la enfermedad periodontal.

La gingivitis y la periodontitis son las dos formas más importantes de enfermedad que afectan los tejidos gingivales y el aparato de inserción y soporte del diente. La gingivitis es la inflamación de la encía (gíngiva) en ausencia de pérdida clínica de inserción. La periodontitis crónica se ha definido como una enfermedad infecciosa que produce inflamación en los tejidos de soporte de los dientes o periodonto constituido por: el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar.

Cada una de estas enfermedades puede ser además clasificada según la etiología, la presentación clínica u otros factores presentes.⁵

La gingivitis asociada a la placa dental es la más común de las enfermedades periodontales. En la actualidad se describe más la causa bacteriana de la periodontitis y se acepta que son diferentes bacterias, y no una sola, las que ocasionan su aparición.⁶

Gingivitis

La gingivitis es un término que refiere a un proceso de inflamación gingival que altera las estructuras de los tejidos blandos del periodonto. Se caracteriza por sangrado gingival cambios de color, forma, posición y textura de la gíngiva. Cuando no interviene el hábito de higiene oral ni el diagnóstico y tratamiento oportuno, suele avanzar hasta llegar a ser periodontitis. Aunque puede ocurrir agrandamiento gingival por el edema, que da como resultado el desplazamiento coronal del margen gingival en relación a la unión amelocementaria, no existe formación de la bolsa periodontal con pérdida de inserción y hueso.⁷

Periodontitis

La periodontitis, es un proceso infeccioso de la encía y del aparato de inserción adyacente, producido por diversos microorganismos que colonizan el área supra y subgingival. Esta enfermedad, a diferencia de la gingivitis, se caracteriza por una pérdida estructural del aparato de inserción, producida por determinados microorganismos, éstos son necesarios, pero no son suficientes para que se produzca la enfermedad, al mismo tiempo se necesita la presencia de un hospedero susceptible.⁵ Existen indicadores de riesgo para el desarrollo de la periodontitis que incluyen: la presencia de bacterias subgingivales específicas, uso del tabaco, diabetes, edad avanzada y sexo.⁵

Aunque los factores ambientales parecen ser determinantes en la etiología de la periodontitis, hay evidencias, que los factores genéticos también pueden influir.⁵

El ritmo de avance de la periodontitis crónica suele ser lento, pero puede ser modificado por factores sistémicos, ambientales o ambos.⁵

Enfermedad periodontal y su relación con higiene oral

Entre los factores directos que desarrollan la enfermedad periodontal se consideran: estado de la higiene bucal, obturaciones defectuosas, sangrado gingival, malposiciones dentarias, puntos de contactos, empaquetamiento de alimentos, número de dientes presentes, bolsas periodontales y hábito de fumar, entre otros.⁶

Existen múltiples factores relacionados con el inicio de la enfermedad periodontal, pero todos ellos coinciden en su asociación con la presencia de placa dentobacteriana. La higiene bucal deficiente propicia el establecimiento de enfermedad periodontal, debido a la presencia de placa dentobacteriana; ya que la composición de ésta se hará más compleja, en términos de mayor presencia de microorganismos, formación de colonias, producción de ácidos y descenso del pH bucal, lo que la hace muy agresiva al medio bucal.⁷

Desde 1965 Løe y colaboradores demostraron una relación causa-efecto de la placa dental sobre el desarrollo de la gingivitis, ya que aunado a la acumulación progresiva de placa se notaban niveles crecientes de inflamación y una vez instaladas o renovadas las medidas de control eficaz de la placa, se observó la desaparición de estos niveles de inflamación.⁷

Bernardo Pérez en su estudio en pacientes atendidos en la consulta de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Vista Alegre de Santiago de Cuba en el 2011, encontró que el 47.2% presentó periodontitis, 36.1% gingivitis y el 16.7% acudió al servicio por otros tratamientos, hubo significancia entre la periodontitis con la edad de 35 años o más, sexo femenino, atención primaria en salud, remisiones deficientes a la especialidad; de los factores de riesgo que preponderaron fue la higiene bucal incorrecta y el empaquetamiento de los alimentos.^{7,8}

Las enfermedades periodontales y su relación con enfermedades sistémicas.

Una variedad de estudios muestran que las infecciones periodontales están implicadas en el desarrollo de diversas enfermedades sistémicas. El concepto de que las enfermedades orales y las enfermedades sistémicas están interrelacionadas se remonta a la teoría de la infección focal. W.D. Miller en 1991 publicó su teoría

sobre la infección focal en la que indicó que los microorganismos y sus productos son capaces de acceder a otras partes del cuerpo adyacentes o distantes de la boca. El concepto supone que los microorganismos presentes en el biofilm y en sus productos metabólicos pueden entrar en el torrente sanguíneo, lo que puede tener causalidad con diversas enfermedades sistémicas y enfermedades degenerativas. La enfermedad periodontal presenta relación entre la con enfermedades sistémicas que incluyen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumonía, enfermedad renal crónica, artritis reumatoide, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus.⁹

Mecanismos de la infección periodontal y enfermedades sistémicas.

Se considera que en cavidades orales el sistema de defensa innata del huésped puede actuar limitando la propagación de bacterias orales mediante el mantenimiento de un epitelio gingival intacto como una barrera física innata. El epitelio también es importante para el desarrollo de las respuestas inflamatorias. Sin embargo, áreas ulcerosas expuestas facilitan la entrada directa de las bacterias en la circulación durante la comida y el cepillado de los dientes. Se piensa que este mecanismo es la causa primaria de las enfermedades sistémicas relacionadas con la periodontitis. Una vez que los patógenos periodontales y sus toxinas tales como enzimas y lipopolisacáridos (LPS) citolíticos tienen acceso a la corriente sanguínea, se produce un número de mediadores inflamatorios, Por lo tanto, la exposición sistémica a patógenos y toxinas periodontales y mediadores de la inflamación podrán determinar las consecuencias patológicas en diferentes órganos, mecanismos por los que las infecciones periodontales pueden influir en la salud sistémica.⁹

Síndrome metabólico

El síndrome metabólico se define como un complejo de 5 signos clínicos como lo define la federación Internacional de la diabetes, que incluyen obesidad central, triglicéridos elevados, reducción de colesterol HDL, elevada presión arterial y glucemia elevada en ayunas. La condición del estado sindrómico de la obesidad y por lo menos otros dos signos del síndrome metabólico indican que el paciente cumple con los criterios para el diagnóstico. La evidencia en apoyo a una relación

con la periodontitis necesita estudiarse más a fondo. Sin embargo, la relación con uno o dos de estos signos clínicos metabólicos se ha reportado frecuentemente en pacientes con periodontitis severa.¹⁰

Cáncer

Los estudios prospectivos y de casos y controles sugieren una asociación entre la periodontitis y el cáncer oral y orofaríngeo, mientras que algunos microorganismos orales pueden alterar las células y los tejidos consistentes produciendo cambios malignos y una plausibilidad biológica adicional. En ciertos estudios se muestra que la enfermedad periodontal está asociada a 15% de mayor riesgo a desarrollar cualquier tipo de cáncer, aunque se sabe que existe mayor riesgo de cáncer del tracto digestivo, colorrectal, de páncreas y de próstata en los hombres y del cuerpo uterino en mujeres asociado a la enfermedad periodontal. Se concluyó que esto indica que los factores de riesgo genéticos compartidos podrían parcialmente explicar la asociación entre la enfermedad periodontal y el cáncer.¹¹

Enfermedades cardiovasculares

Diversos estudios sobre la relación directa entre la periodontitis crónica y las enfermedades cardiovasculares proporcionan evidencia de que la periodontitis crónica aumenta el nivel de inflamación, los niveles de proteína C-reactiva (PCR) y otros biomarcadores.¹³ Mecanismos potenciales adicionales han puesto de manifiesto que la exposición continua y prolongada de las bacterias de la cavidad oral o toxinas bacterianas puede iniciar cambios patológicos en las paredes de los vasos sanguíneos y por lo tanto actuar como un precursor de la aterosclerosis en huéspedes susceptibles. En este contexto no hay datos suficientes para considerar que *P. gingivalis*, *A. actinomycetemcomitans* y *P. intermedia* tengan la capacidad de invadir las células huésped, incluyendo el epitelio y el endotelio, que permita eludir el aclaramiento de neutrófilos. De esta manera, los patógenos periodontales pueden penetrar la barrera epitelial de los tejidos periodontales y lograr la propagación sistémica a través de la corriente sanguínea.¹² Por este mecanismo dinámico,

patógenos periodontales pueden infectar el epitelio vascular y las placas ateroscleróticas, causando inflamación e inestabilidad de la placa seguidas de la isquemia miocárdica aguda. Además, los patógenos periodontales producen una variedad de factores de virulencia (por ejemplo; leucotoxinas, hemolisinas, vesículas de membrana y LPS) que tienen efectos perjudiciales en el sistema vascular, lo que da como resultado la agregación y adhesión plaquetaria y la formación de depósitos cargados de lípidos de colesterol que contribuyen a la formación de ateromas.^{10, 12}

Diabetes mellitus.

La diabetes mellitus (DM) es la enfermedad causante de que el cuerpo no produzca suficiente insulina, una hormona producida en el páncreas, o que no responda adecuadamente a ella, puede conducir a diversas complicaciones como infecciones agudas/crónicas, enfermedades vasculares, neuropatía, nefropatía y retinopatía. La enfermedad periodontal crónica y la DM son enfermedades crónicas comunes en los adultos de todo el mundo. Numerosos estudios han demostrado que el control deficiente de glucosa en la sangre puede contribuir a una mala salud periodontal y viceversa lo cual es un factor de riesgo para la gingivitis y la periodontitis. Los pacientes con DM tienen probabilidades altas de desarrollar la enfermedad periodontal destructiva, así como de experimentar la pérdida progresiva de hueso alveolar. También puede causar daños en la adhesión de neutrófilos, la quimiotaxis y la fagocitosis, volviendo a los pacientes más susceptibles a la destrucción periodontal.¹⁵

Tabaquismo y su relación con enfermedad periodontal

El tabaquismo se ha definido como la principal causa evitable de mortalidad, pues ocasiona más defunciones que el SIDA, el consumo del alcohol y los accidentes de tránsito. El hábito de fumar ha sido durante mucho tiempo asociado con una variedad de enfermedades bucales, incluidas las periodontales. Estudios realizados en las dos últimas décadas han indicado que el hábito de fumar es probablemente un verdadero factor de riesgo para periodontitis. Los fumadores son más propensos a desarrollar enfermedades periodontales más severas y a la pérdida de dientes, que los no fumadores.¹⁸

Dentro de sus efectos adversos a la salud encontramos enfermedades pulmonares y cardiovasculares, entre ellas el cáncer de laringe, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, infarto al miocardio e hipertensión arterial; en embarazadas se puede observar bajo peso del neonato y nacimientos prematuros. Dentro de los efectos adversos a la salud bucal encontramos cáncer bucal, estomatitis nicotínica, pigmentación lingual, pigmentación dentaria, leucoplasia, enfermedad periodontal, recesión gingival, caries radicular y pérdida dental.¹⁹

El tabaco puede influir negativamente en la salud periodontal, pues aparecen efectos sistémicos y locales, lo que puede ser debido a sustancias en el tabaco, como la nicotina, con acción vasoconstrictora e inmunosupresora de los polimorfonucleares orales. El normal flujo del exudado gingival está reducido en fumadores con respecto a los no fumadores.²⁰

Acción del tabaco en el periodonto

El tabaco actúa directamente sobre los tejidos periodontales, los impregna y provoca el desarrollo de la enfermedad, pero también actúa sobre la frecuencia del flujo salival y facilita un incremento de la secreción salival que explicaría el incremento del cálculo supragingival en fumadores, por aumento del pH y la concentración del cálculo; es interesante agregar que el cálculo es más frecuente en los fumadores de cigarrillos.¹⁹

En los fumadores, la encía tiende a volverse fibrosa observándose márgenes engrosados, pues al fumar, se causa vasoconstricción y se ejerce un efecto enmascarado, dando por resultado tiendan a disminuir los signos de la inflamación presentes en la encía, como el sangrado, el aumento de volumen y el enrojecimiento. También se ha reportado una fuerte relación entre el número de años que la persona ha fumado con la severidad de la pérdida ósea. Existe mayor prevalencia en la profundidad al sondeo y pérdida de inserción clínica en pacientes fumadores en comparación con los no fumadores.²⁰

El tabaco tiene un efecto tóxico en el periodonto, al reducir la actividad funcional de los leucocitos y macrófagos, disminuye la fagocitosis de los leucocitos polimorfonucleares y promueve un incremento en la proporción de bacterias anaeróbicas en la placa dental. El hecho de fumar parece interferir con la función de los neutrófilos en pacientes con periodontitis severa, al encontrarse suprimida la producción de inhibidores de proteasa. En los fumadores los niveles séricos de IgG2 están disminuidos, lo cual es una clave para el isotipo de inmunoglobulina que participa en la respuesta inmune a los patógenos periodontales. Se ha asociado el fumar tabaco con la disminución de los niveles de anticuerpos IgA.^{20, 21}

Repuesta a la terapia periodontal en fumadores

Los fumadores se benefician de la terapia periodontal pero no obtienen una recuperación tan efectiva como los no fumadores. Los fumadores quienes han sido tratados por enfermedad periodontal tienden a reincidir más rápidamente que los no fumadores. Tras el raspado y alisado radicular se obtiene reducción de profundidad al sondeo, observándose mejores resultados en los no fumadores en comparación con los fumadores. Los no fumadores presentan más signos clínicos de inflamación que los fumadores y presentan mayor contracción gingival en los sitios con gingivitis. Ambos grupos presentaron una reducción significativa en la profundidad al sondeo en sitios con periodontitis, aunque se ha observado una mayor reducción en los no fumadores; mismos que presentan una mejor ganancia en el nivel de inserción. Se ha reportado que la terapia periodontal se puede complementar con antimicrobianos como amoxicilina, metronidazol o doxiciclina para obtener mejores resultados. Los fumadores que se someten a terapia quirúrgica, al darles un seguimiento longitudinal, muestran menor reducción en la profundidad al sondeo, menor ganancia en los niveles de inserción y menor ganancia en altura ósea en comparación con los no fumadores.²¹

Objetivo general

Establecer el estado periodontal de la población estudiada y su relación con calidad de la higiene bucal, tabaquismo y enfermedades sistémicas.

Objetivos específicos

- Determinar el estado periodontal y su asociación con el grupo de edad y sexo.
- Conocer la calidad de higiene bucal y su asociación con el estado periodontal
- Establecer la asociación entre el uso de tabaco y la presencia de enfermedad periodontal con respecto a grupo de edad y sexo.
- Determinar la asociación entre enfermedades sistémicas; diabetes e hipertensión y la presencia de enfermedad periodontal de acuerdo a grupo de edad y sexo.

METODOLOGÍA

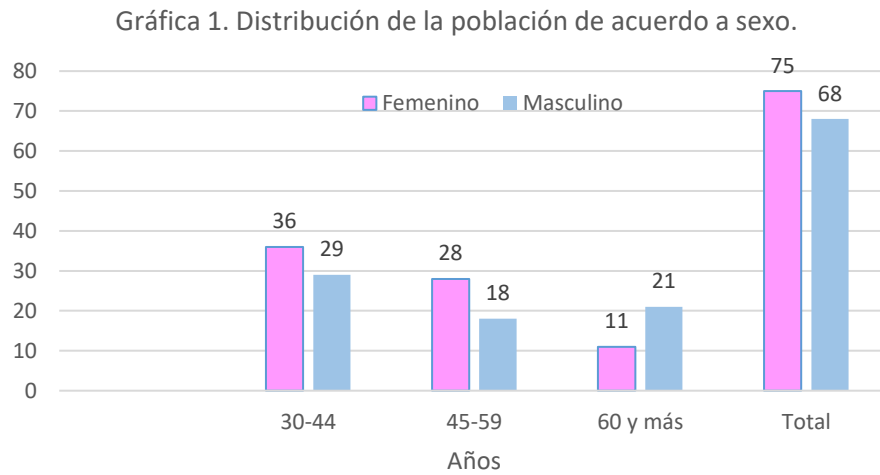
Se realizó estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional en el que se incluyeron a los pacientes adultos que acudieron a consulta al Servicio dental, del turno matutino de la C.M.F. Coyoacán durante el periodo del 1° de agosto de 2016 al 31 de Julio de 2017. Para poder llevar a cabo esta investigación se solicitó con anticipación la aceptación y aprobación de la Doctora encargada del servicio social. Se incluyeron a los pacientes de ambos sexos y mayores de 30 años que acudieron a consulta al cubículo 1 del Servicio dental del turno matutino, que previo consentimiento informado, aceptaron participar en el estudio. Se utilizó un formato proporcionado por el SIVEPAB llamado “Cédula” en el cual se registra nombre, edad, sexo, CURP, fecha de nacimiento, escolaridad, ocupación, IPC y IHOS. En la historia clínica se recabaron los datos, antecedentes personales, enfermedades sistémicas que padecieran, antecedentes heredofamiliares, también se realizaba un diagnóstico dental realizando un odontograma y se preguntaba al paciente si era fumador o no. La exploración bucal se realizó en el sillón dental, con luz artificial y bajo las medidas de barrera universal de control y prevención de infecciones para el odontólogo y paciente como lo son: guantes, cubre boca, lentes de protección, material estéril para la exploración. Se utilizó espejo bucal N° 5 y sonda periodontal tipo OMS para la aplicación del índice de higiene oral simplificado (IHOS) e índice periodontal comunitario (IPC). Los datos obtenidos se capturaron en base de datos en Excel 2010 y el análisis estadístico para establecer asociación de variables mediante pruebas de Chi² de Pearson, se realizó con el paquete estadístico Stata SE/12.

Variables determinantes de la investigación:

Variable	Definición	Instrumento de medición	Tipo de variable:
Estado de salud periodontal	Salud es: El equilibrio dinámico entre los factores de riesgo y el medio bucal.	IPC Índice Periodontal Comunitario	Cualitativa ordinal politómica: Código 0: Sin sangrado y línea negra visible Código 1: Sangrado y línea negra visible Código 2: Sarro y línea negra visible. Código 3: Línea negra parcialmente visible. Código 4: Línea negra no es visible. Código 9: Paciente edéntulo
Calidad de higiene bucal	Se determina la presencia de biopelícula y sarro que se adhieren sobre la superficie dental	I.H.O.S Índice de Higiene Oral Simplificado	Cualitativa ordinal politómica: Valores: Código 0: No hay presencia Código 1: Cubre no más de 1/3 de la superficie dental Código 2: Cubre más de 1/3 de la superficie dental Código 3: Cubre más de 2/3 de la superficie dental Resultados: Adecuado 0.0%-1.2% Aceptable 1.3%-3.0% Deficiente 3.1%-6.0%
Sexo	Condición que marca una diferencia entre femenino y masculino determinada por las características genitales.	Encuesta	Hombre Mujer
Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta la fecha.	Encuesta	Personas entre 30 y 70 años de edad
Enfermedades sistémicas	Enfermedad que afecta a todos los elementos de un mismo sistema	Historia Clínica	0 = Sin Enfermedad 1 = Diabetes 2 = Hipertensión 3 = Diabetes e Hipertensión 4 = otras
Fumador	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo de tabaco.	Historia Clínica	0= Si 1= No

RESULTADOS

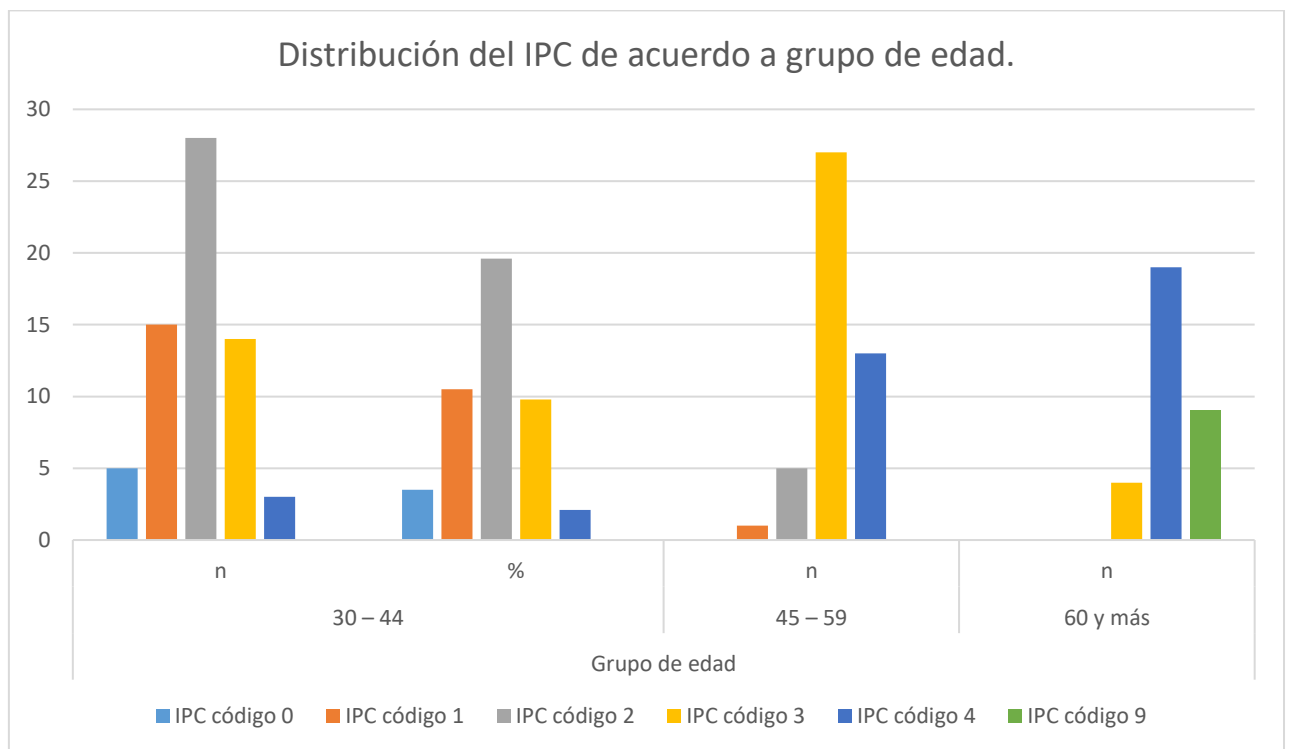
La población estudiada se conformó por 143 pacientes, con un rango de edad de 30 a 76 años, con una mediana de 49.1 años y RIC de 39 a 58 años, de ellos, 75 (52.5%) fueron mujeres y 68 (47.5%) correspondieron a varones. Su distribución de acuerdo a grupo de edad se muestra en la gráfica 1.



El estado periodontal medido a través del IPC muestra su distribución de acuerdo a grupo de edad y sexo en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Distribución del IPC de acuerdo a grupo de edad.

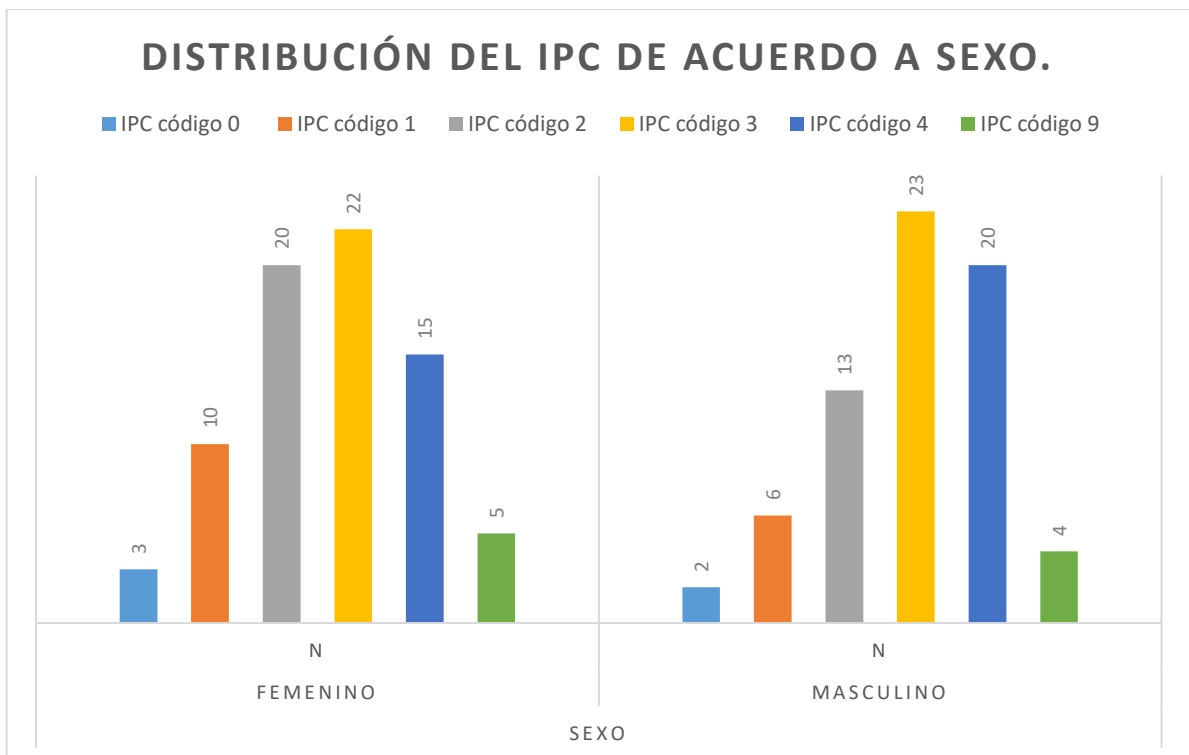
IPC	Grupo de edad							
	30 – 44		45 – 59		60 y más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	5	3.5	0	0	0	0	5	3.5
1	15	10.5	1	0.7	0	0	16	11.2
2	28	19.6	5	3.5	0	0	33	23.1
3	14	9.8	27	18.9	4	2.8	45	31.5
4	3	2.1	13	9.1	19	13.3	35	24.5
9	0	0	0	0	9	6.3	9	6.3
Total	65	45.5	46	32.2	32	22.4	143	100



Grafica 2. Distribución del IPC de acuerdo con el grupo de edad.

Tabla 2. Distribución del IPC de acuerdo a sexo

IPC	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	3	2.1	2	1.4	5	3.5
1	10	7	6	4.2	16	11.2
2	20	14	13	9.1	33	23.1
3	22	15.4	23	16	45	31.4
4	15	10.5	20	14	35	24.5
9	5	3.5	4	2.8	9	6.3
Total	75	52.5	68	47.5	143	100



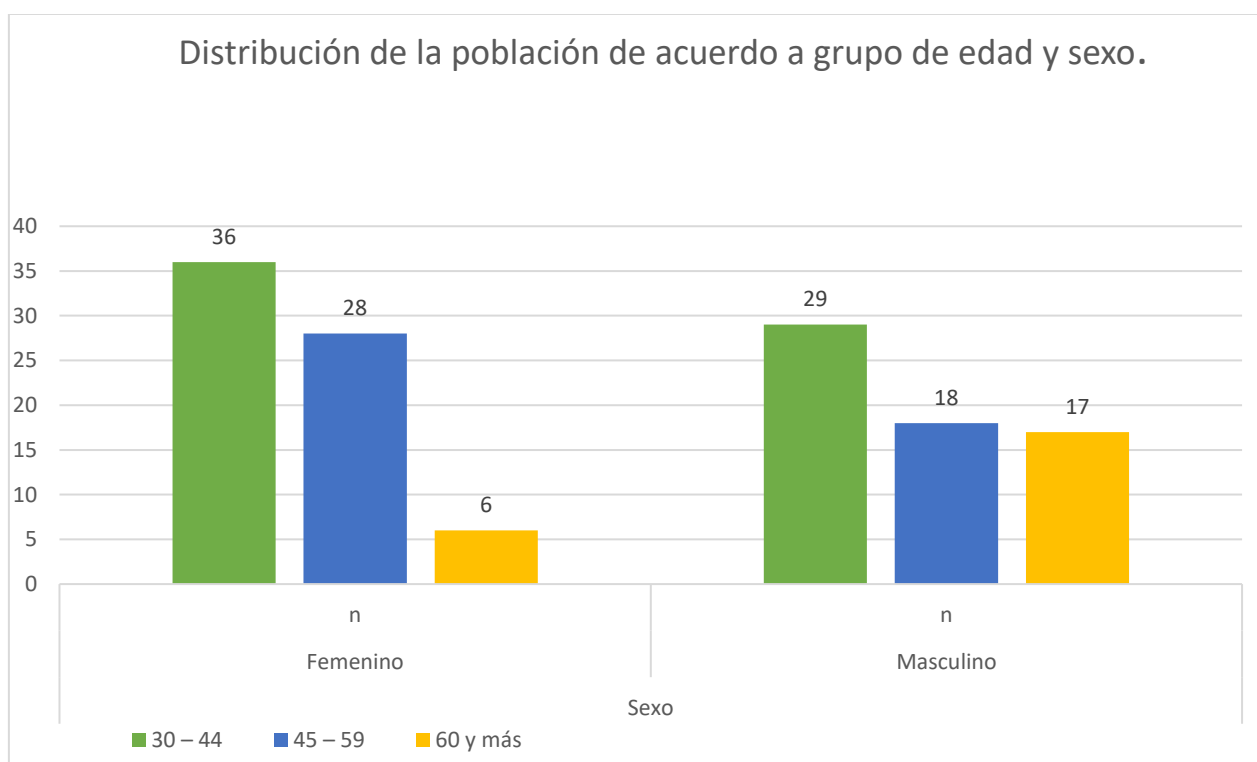
Grafica 3. Distribución del IPC de acuerdo con el sexo.

Del total de sujetos estudiados, 9/143, (5 mujeres y 4 hombres) presentaron código 9 de IPC lo que significa que no aplican para establecer estado de salud periodontal. Por tal razón, el análisis estadístico para establecer asociación con factores de riesgo se realizó con base a los pacientes que presentaron código IPC de 0 a 4.

Esta población estuvo conformada por 134 individuos con un rango de 30 a 71 años, mediana de 47.7 y RIC de 38 a 57 años. De ellos, 70 (52.3%) correspondió al sexo femenino y 64 (47.7%) al sexo masculino. Su distribución de acuerdo a grupo de edad y sexo se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución de la población seleccionada de acuerdo a grupo de edad y sexo.

Grupo de edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
30 – 44	36	26.9	29	21.6	65	48.5
45 – 59	28	20.9	18	13.4	46	34.3
60 y más	6	4.5	17	12.7	23	17.2
Total	70	52.3	64	47.7	134	100



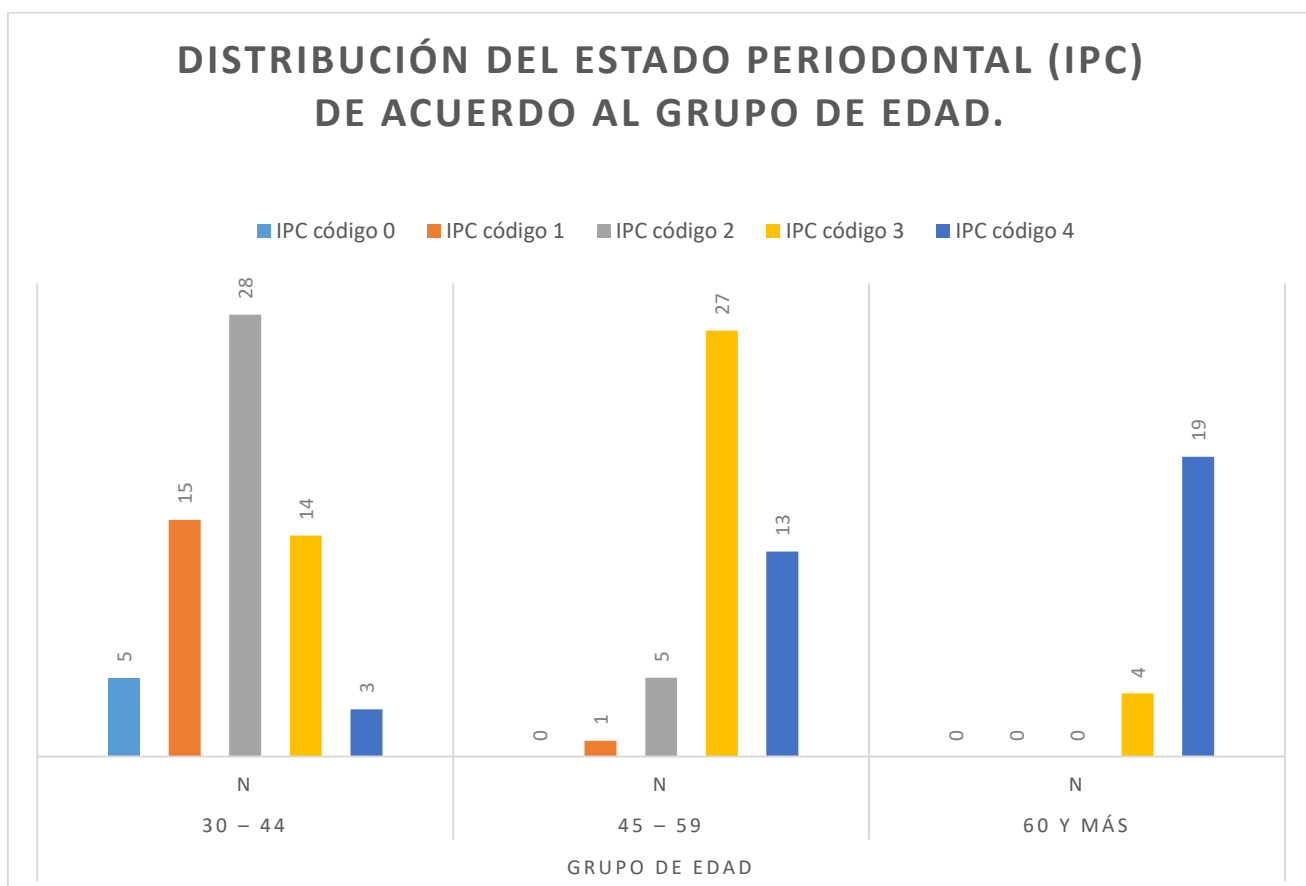
Grafica 4. Distribución de la población de acuerdo con el grupo de edad y sexo.

Con respecto al estado periodontal, el 60% de la población presentó códigos 3 y 4 y mostró su mayor frecuencia en el grupo de edad de 45 a 59 años, lo que representó un valor de $p=0.00$, estadísticamente significativo. La distribución del estado periodontal de acuerdo al grupo de edad se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución del estado periodontal (IPC) de acuerdo al grupo de edad.

IPC	Grupo de edad						Total	
	30 – 44		45 – 59		60 y más			
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	5	3.8	0	0	0	0	5	3.8
1	15	11.2	1	0.7	0	0	16	11.9
2	28	20.9	5	3.8	0	0	33	24.6
3	14	10.4	27	20.1	4	3	45	33.6
4	3	2.2	13	9.7	19	14.2	35	23.1
Total	65	48.5	46	34.3	23	17.2	134	100

Pearson χ^2 (8) = 89.5940 $p=0.00$



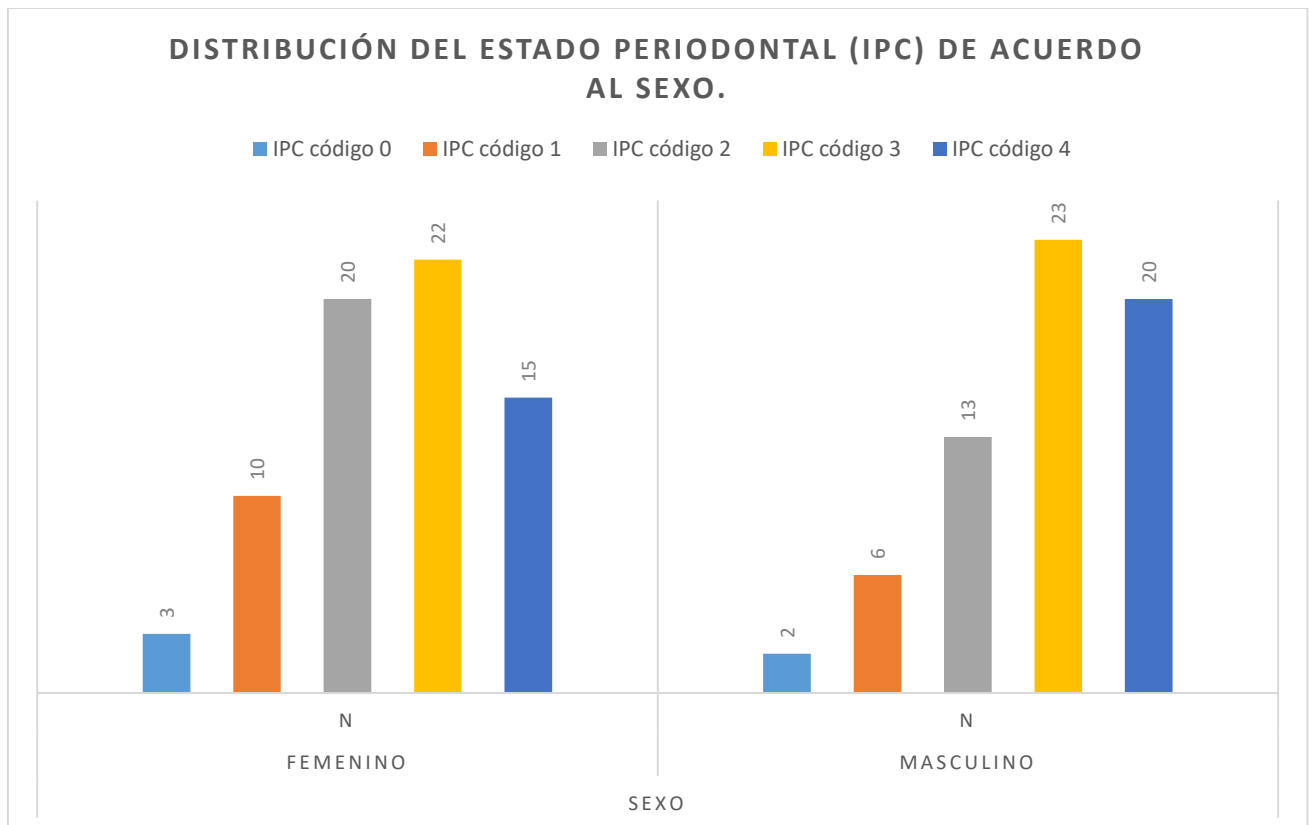
Grafica 5. Distribución del IPC de acuerdo al grupo de edad.

Así mismo, en relación al sexo, los códigos 3 y 4 se observaron más en hombres, sin mostrar asociación estadísticamente significativa. Su distribución se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Distribución del estado periodontal (IPC) de acuerdo al sexo.

IPC	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	3	2.2	2	1.5	5	3.8
1	10	7.5	6	4.5	16	11.9
2	20	14.9	13	9.7	33	24.6
3	22	16.4	23	17.2	45	33.6
4	15	11.2	20	14.9	35	23.1
Total	70	52.2	64	47.8	134	100

Pearson chi² (4)= 3.159 p=0.53



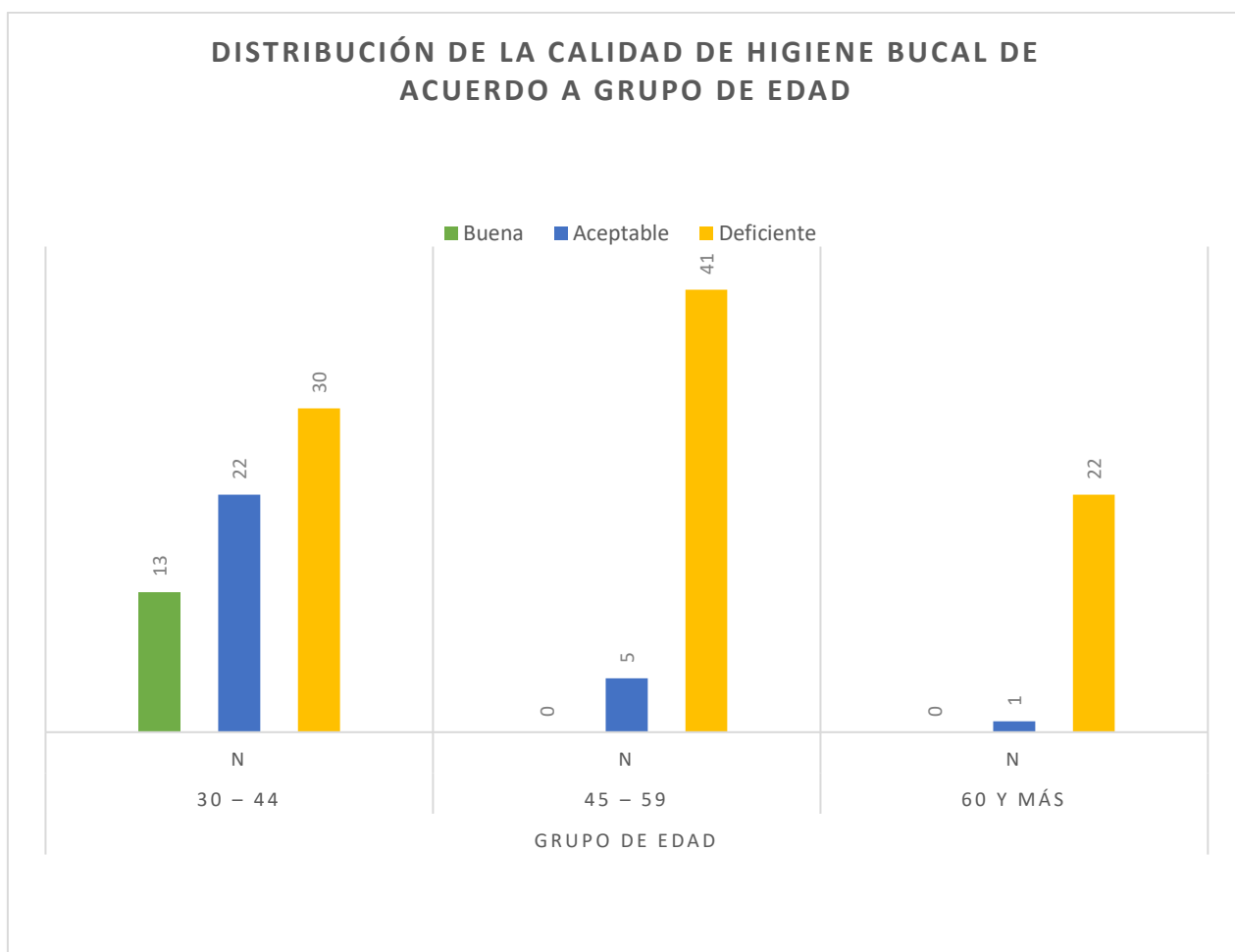
Grafica 6. Distribución del IPC de acuerdo con el sexo.

La calidad de higiene bucal presentada en la población fue deficiente en más de dos terceras partes de los sujetos y mostró una asociación estadísticamente significativa en relación al grupo de edad de 45 a 59 años ($p=0.00$). Respecto a sexo, no se obtuvo asociación, como se muestra en las tablas 6 y 7.

Tabla 6. Distribución de la calidad de higiene bucal de acuerdo a grupo de edad

Calidad de higiene bucal (IHOS)	Grupo de edad							
	30 – 44		45 – 59		60 y más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Buena	13	9.7	0	0	0	0	13	9.7
Aceptable	22	16.4	5	3.8	1	0.7	28	20.9
Deficiente	30	22.4	41	30.5	22	16.5	93	69.4
Total	65	48.5	46	34.3	23	17.2	134	100

Pearson χ^2 (4) = 34.1693 $p=0.00$

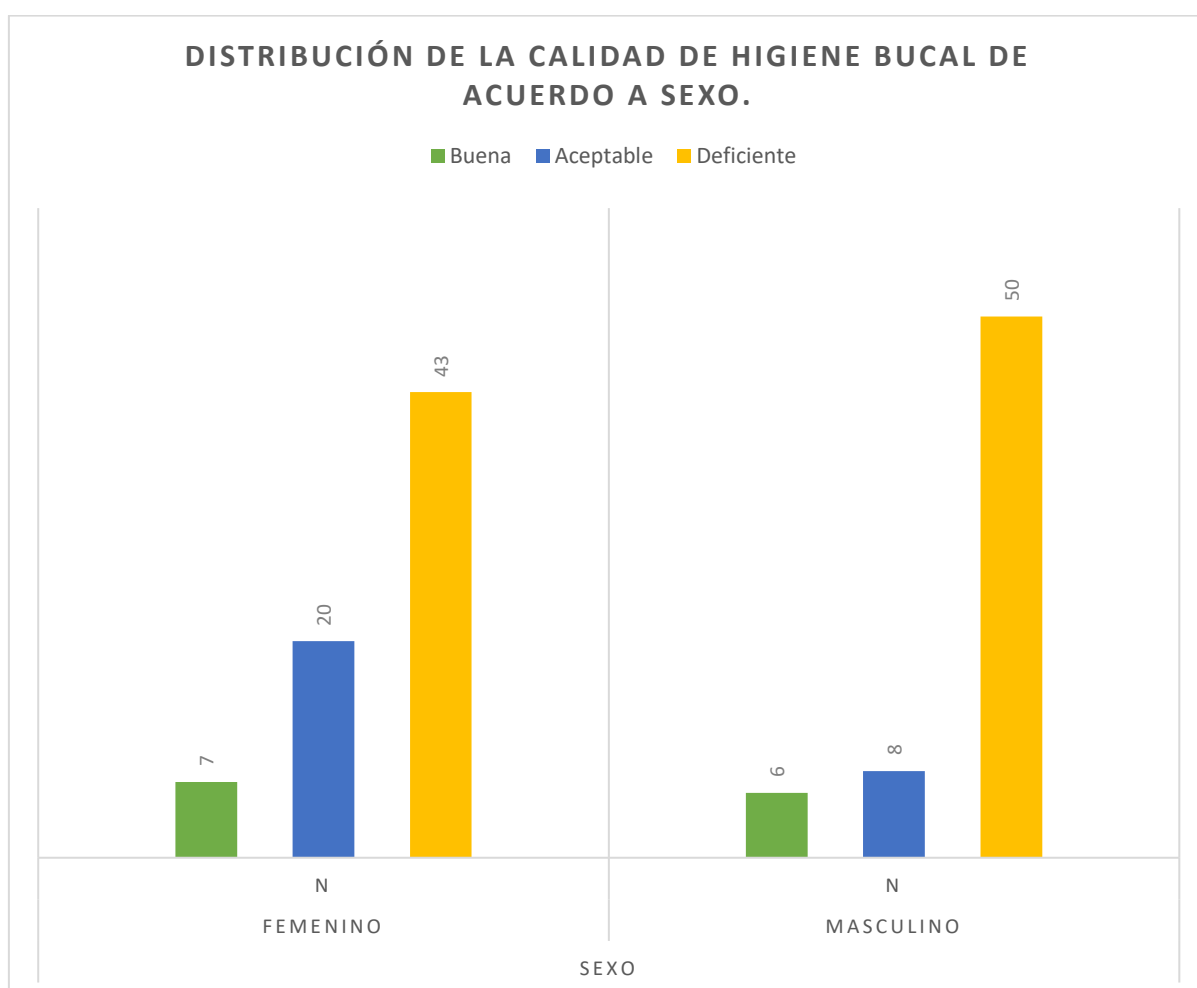


Grafica 7. Distribución de la calidad de higiene bucal de acuerdo con el grupo de edad.

Tabla 7. Distribución de la calidad de higiene bucal de acuerdo a sexo.

Calidad de higiene bucal (IHOS)	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Buena	7	5.2	6	4.5	13	9.7
Aceptable	20	14.9	8	6	28	20.9
Deficiente	43	32.1	50	37.3	93	69.4
Total	70	52.2	64	47.8	134	100

Pearson χ^2 (2) = 5.4890 $p=0.06$



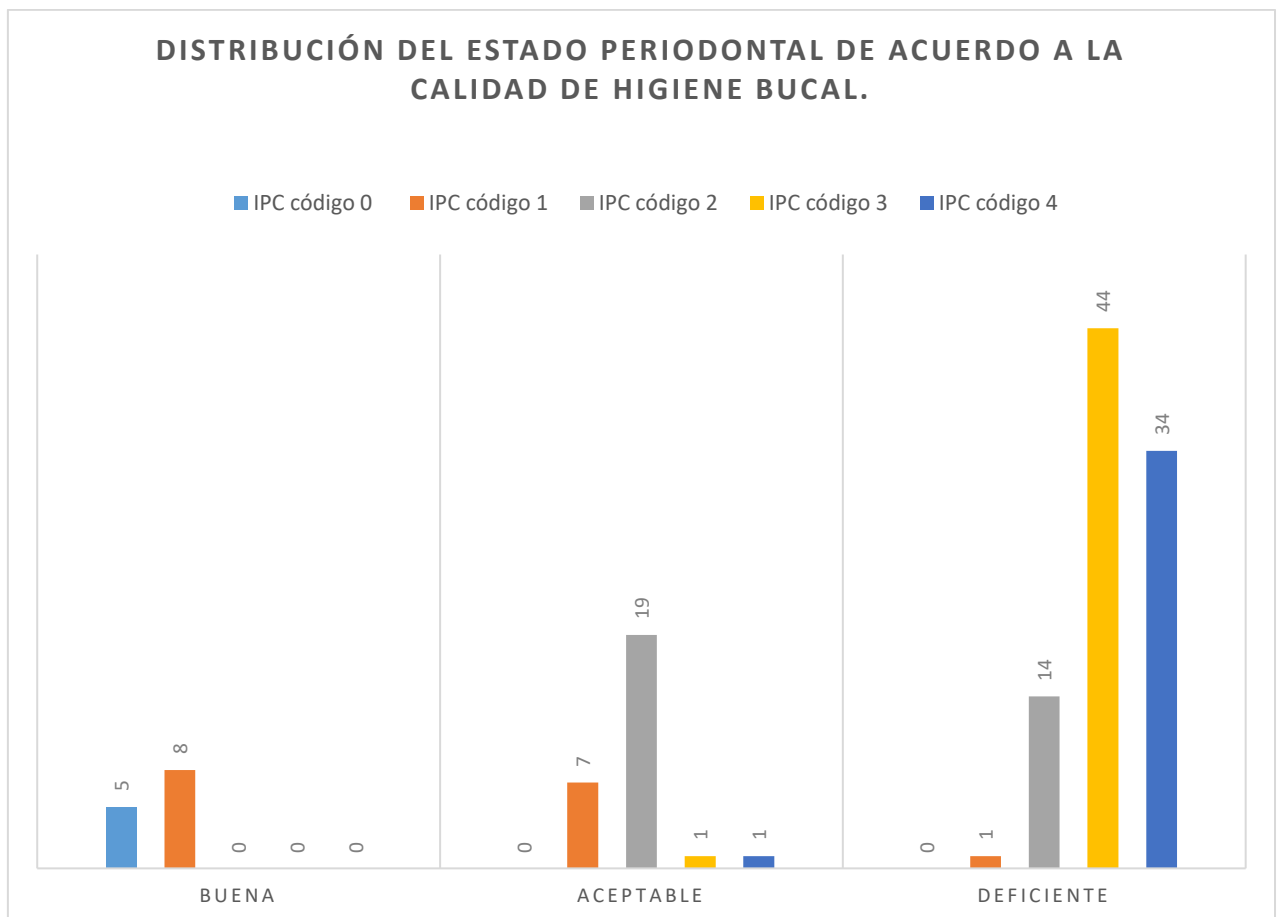
Grafica 8. Distribución de la calidad de higiene bucal con respecto al sexo.

Con respecto a la asociación del estado periodontal y la calidad de higiene bucal se observaron resultados estadísticamente significativos ($p=0.00$): la deficiente calidad de higiene estuvo relacionada a un estado periodontal más agravado, como se observa en la tabla 8.

Tabla 8. Distribución del estado periodontal de acuerdo a la calidad de higiene bucal

IPC	Calidad de higiene bucal (IHOS)							
	Buena		Aceptable		Deficiente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	5	3.8	0	0	0	0	5	3.8
1	8	6	7	5.2	1	0.7	16	11.9
2	0	0	19	14.2	14	10.4	33	24.6
3	0	0	1	0.7	44	32.8	45	33.5
4	0	0	1	0.7	34	25.4	35	26.1
Total	13	9.7	28	20.9	93	69.4	134	100

Pearson χ^2 (8) = 144.2478 $p=0.00$



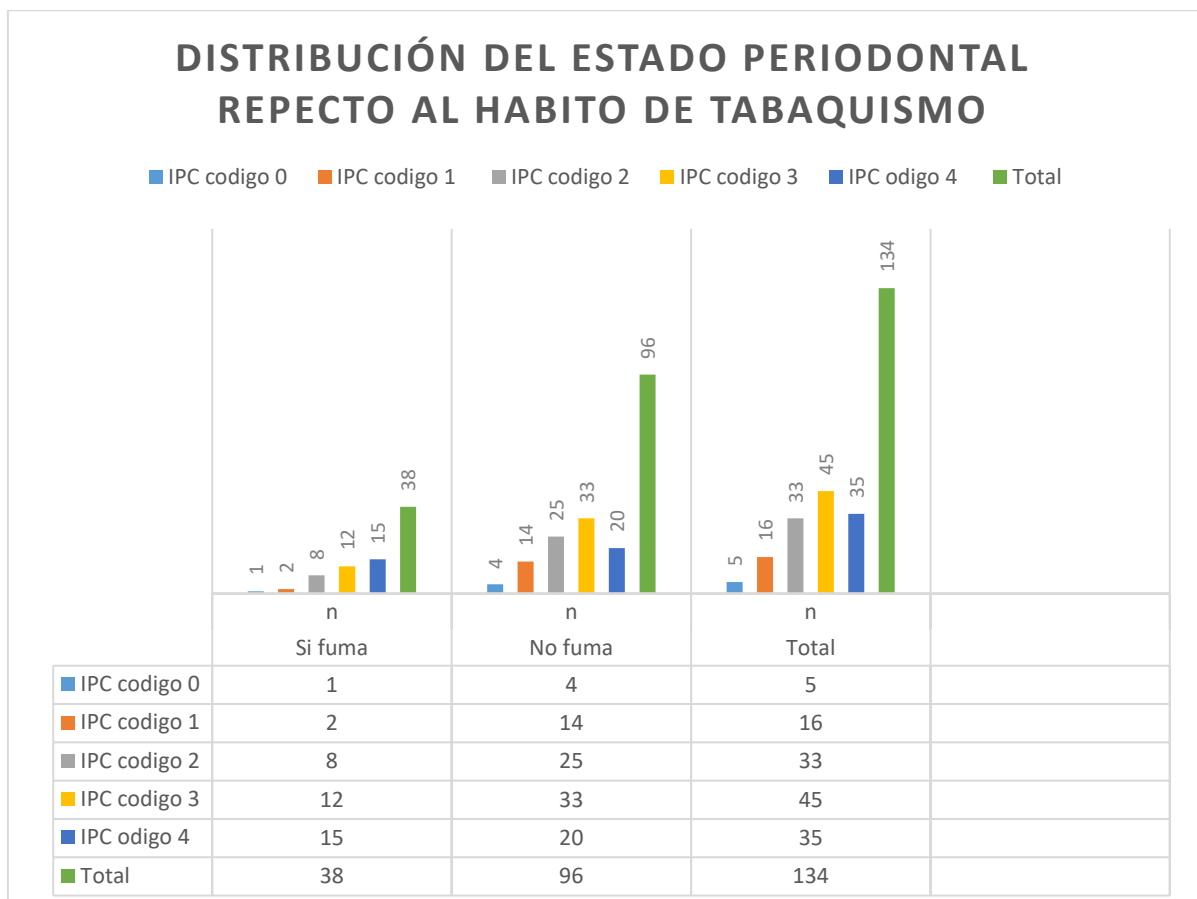
Grafica 9. Distribución del IPC con respecto a la calidad de higiene bucal.

Con respecto al hábito de tabaquismo, del total de sujetos estudiados, 38/134, casi una tercera parte, reportaron que si fumaban, de éstos 30 (78.9%) correspondieron al sexo masculino. ($p=0.00$)

De los pacientes que fumaban, el 71% presentaron un estado periodontal de acuerdo a los códigos 3 y 4, sin mostrar asociación entre ambos factores, como se observa en la tabla 9.

IPC	Si fuma		No fuma		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	1	0.74	4	2.98	5	3.73
1	2	1.49	14	10.44	16	11.94
2	8	5.97	25	18.65	33	24.63
3	12	8.95	33	24.62	45	33.58
4	15	11.19	20	14.92	35	26.12
Total	38	28.35	96	71.64	134	100

Pearson χ^2 (8)= 6.1126 $p=0.191$

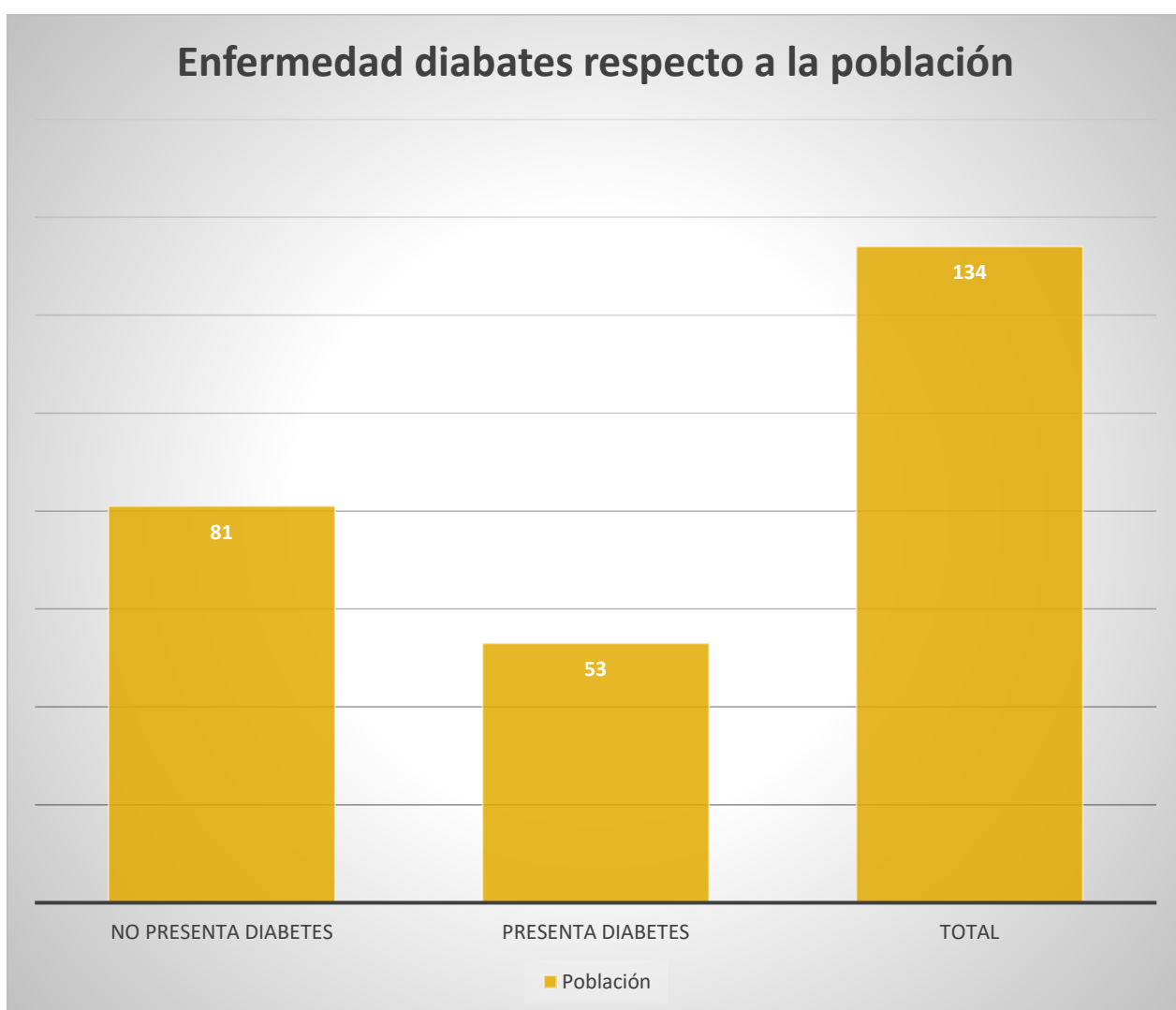


Grafica 10. Distribución del estado periodontal respecto al habito de fumar.

La población estudiada conformada por 134 pacientes con respecto a la enfermedad (diabetes), mostro a 81 pacientes (60.45%) que no presentaron dicha enfermedad, mientras que 53 pacientes (39.55%) presentaron tener algún tipo de diabetes, esto se observa en la tabla 10.

Tabla 10. Distribución de enfermedad diabetes con respecto a la población.

Diabetes	Población	
	n	%
No presenta diabetes	81	60.45
Presenta diabetes	53	39.55
Total	134	100



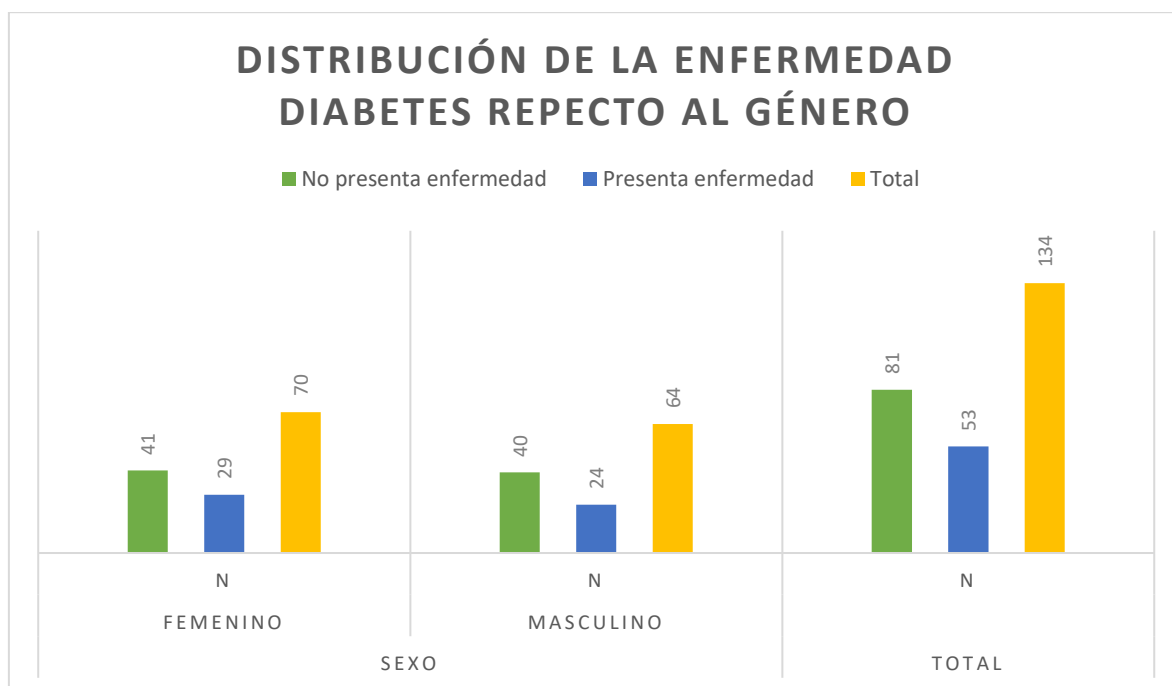
Grafica 11. Distribución la población respecto a la enfermedad diabetes.

Así mismo la enfermedad diabetes con respecto al género mostro que 81 pacientes de los cuales 41 (30.60%) del género femenino y 40 (29.85%) del género masculino, no presentan esta enfermedad. Mientras que 53 pacientes 29 (21.64%) del género femenino y 24 (17.91%) presentan dicha enfermedad, esto se observa en la tabla 10.

Tabla 10. Distribución de la enfermedad diabetes respecto al sexo.

Diabetes	sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
No presenta enfermedad	41	30.60	40	29.85	81	60.45
Presenta enfermedad	29	21.64	24	17.91	53	39.55
Total	70	52.24	64	47.76	134	100

Pearson chi2(1) = 0.2158 Pr = 0.642



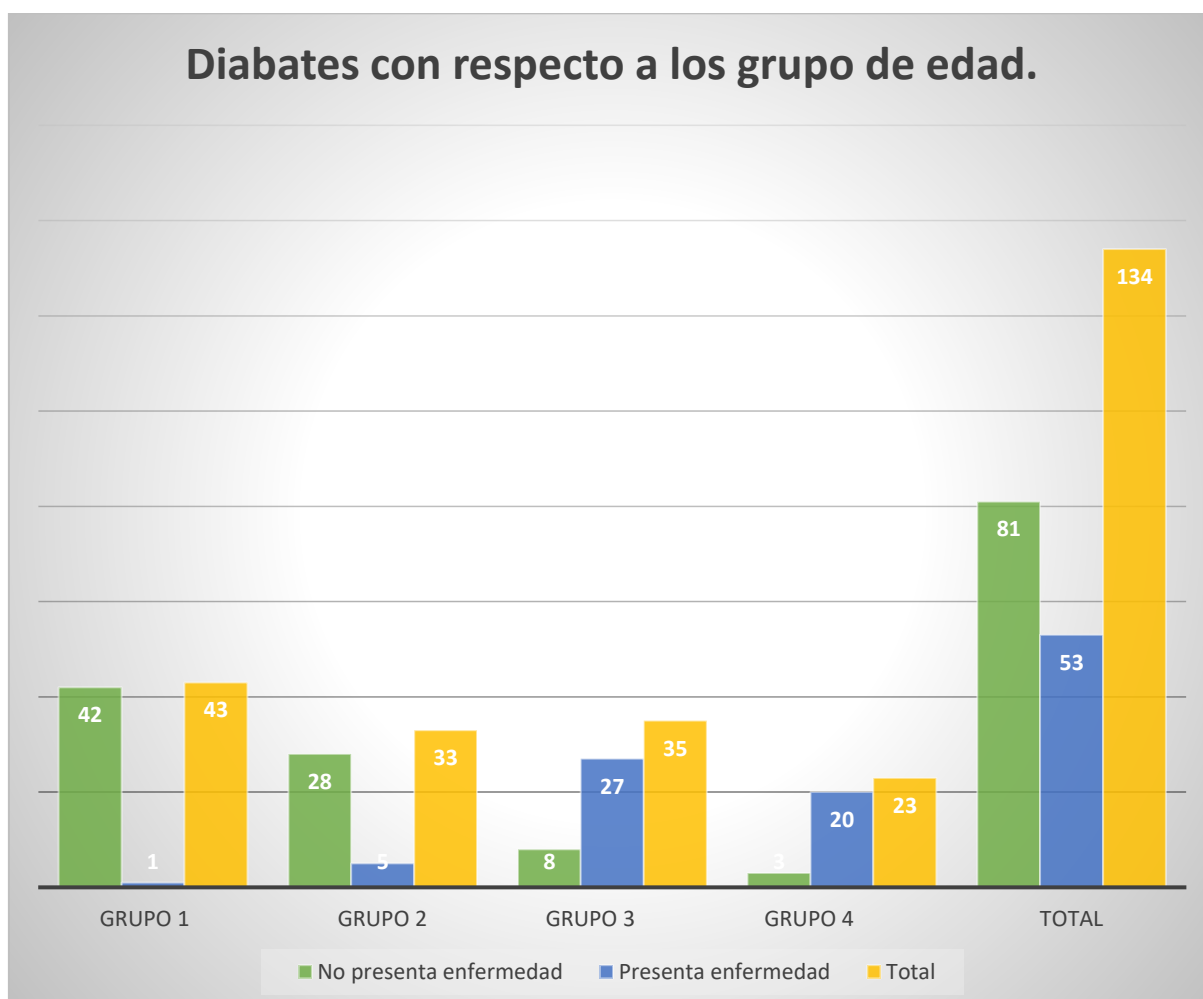
Grafica 12. Distribución de la enfermedad diabetes respecto al género.

Respecto a los grupos de edad destaca que el primer grupo de 30 a 39 años muestra mayor número de pacientes con diabetes, seguido de los grupos tres y dos, esto se observa en la tabla 11.

Tabla 11. Distribución de la enfermedad diabetes respecto a los grupos de edad.

Diabetes	Edad								Total	
	Grupo 1 30-39 años		Grupo 2 40-49 años		Grupo 3 50-59 años		Grupo 4 60 o más años			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No presenta enfermedad	42	31.34	28	20.89	8	5.97	3	2.23	81	60.45
Presenta enfermedad	1	0.74	5	3.73	27	20.14	20	14.92	53	39.55
Total	43	32.09	33	24.63	35	26.12	23	17.16	134	100

Pearson $\chi^2(3) = 75.4462$ Pr = 0.000



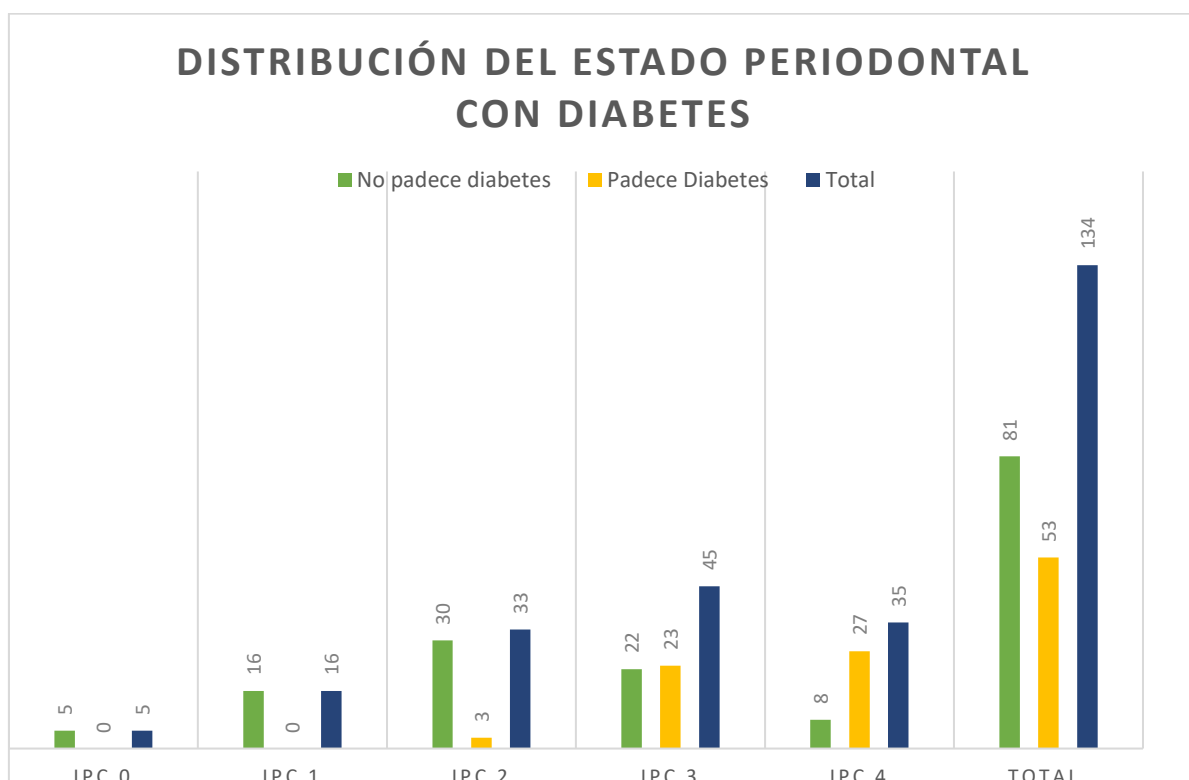
Grafica 13. Distribución de la enfermedad diabetes respecto a los grupos de edad.

Mientras tanto la distribución del estado periodontal (IPC) respecto a los pacientes que presentan Diabetes mostro que el 60% de la población (81 pacientes) presenta algún tipo de enfermedad periodontal, su mayor frecuencia destaca en el grupo IPC dos y tres, lo que representó un valor de $p=0.000$, estadísticamente significativo. La distribución del estado periodontal (IPC) de acuerdo a pacientes que tienen diabetes se muestra en la tabla 11.

Tabla 11. Distribución del estado periodontal con pacientes que presentan diabetes.

IPC	No presenta Diabetes		Presenta Diabetes		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	5	3.73	0	0	5	3.73
1	16	11.94	0	0	16	11.94
2	30	22.38	3	2.23	33	24.63
3	22	16.41	23	17.16	45	33.58
4	8	5.97	27	20.14	35	26.12
Total	81	60.45	53	39.55	134	100

Pearson $\chi^2(4) = 49.7488$ Pr = 0.000

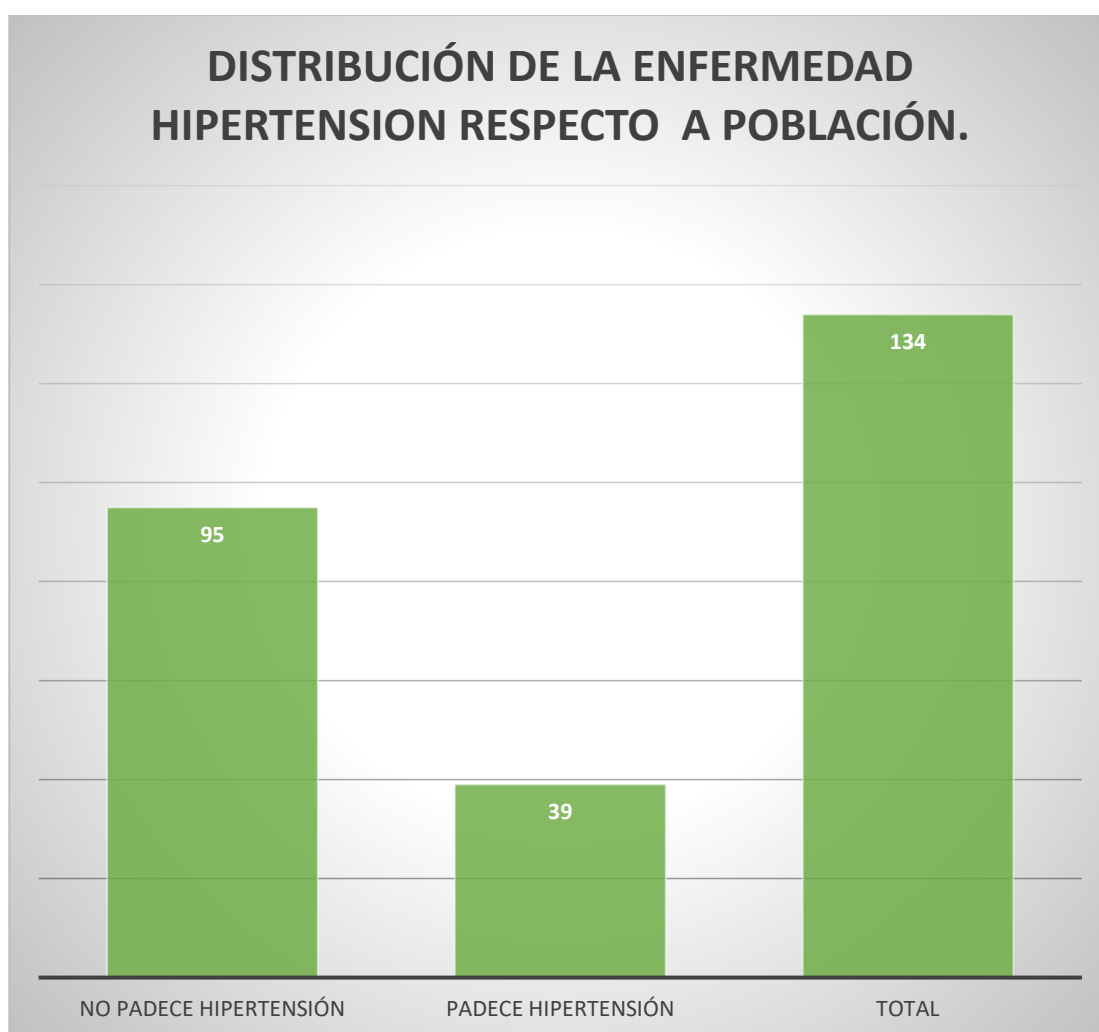


Grafica 14. Índice periodontal comunitario con respecto a pacientes que padecen diabetes.

Del total de 134 pacientes el 71% (95 pacientes) no padece la enfermedad hipertensión mientras tanto el 29% (39 pacientes) presentan hipertensión, esto se puede observar en la tabla 12.

Tabla 12. Distribución de la hipertensión respecto a la población.

Hipertensión	Población	
	n	%
No padece Hipertensión	95	70.90
Padece Hipertensión	39	29.10
Total	134	100



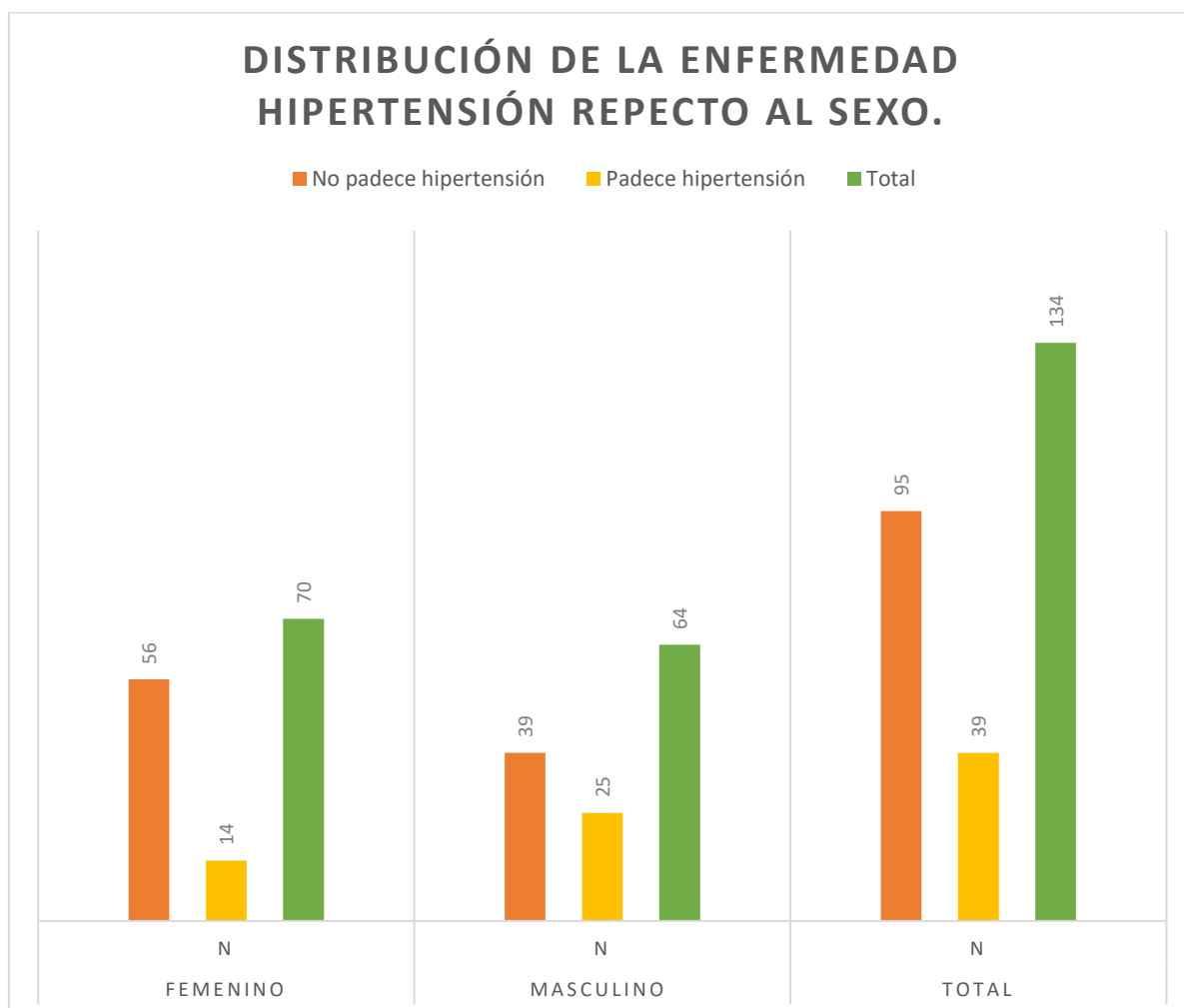
Grafica 15. Distribución de la enfermedad hipertensión respecto a la población.

De acuerdo con la tabla de hipertensión con la población se encontró que del total de 134 pacientes el 52% (70 pacientes) que corresponde al sexo femenino el 10% (14 pacientes) presentan hipertensión, respecto al sexo masculino del total el 48% (64 pacientes) el 18% (25 pacientes) padece hipertensión, estadísticamente $p=0.015$ muestra un valor significativo, la distribución se muestra en la tabla número 13.

Tabla 13. Distribución de la enfermedad hipertensión respecto al sexo.

Hipertensión	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
No padece hipertensión	56	41.79	39	29.10	95	70.90
Padece hipertensión	14	10.44	25	18.65	39	29.10
Total	70	52.24	64	47.76	134	100

Pearson $\chi^2(1) = 5.8878$ Pr = 0.015

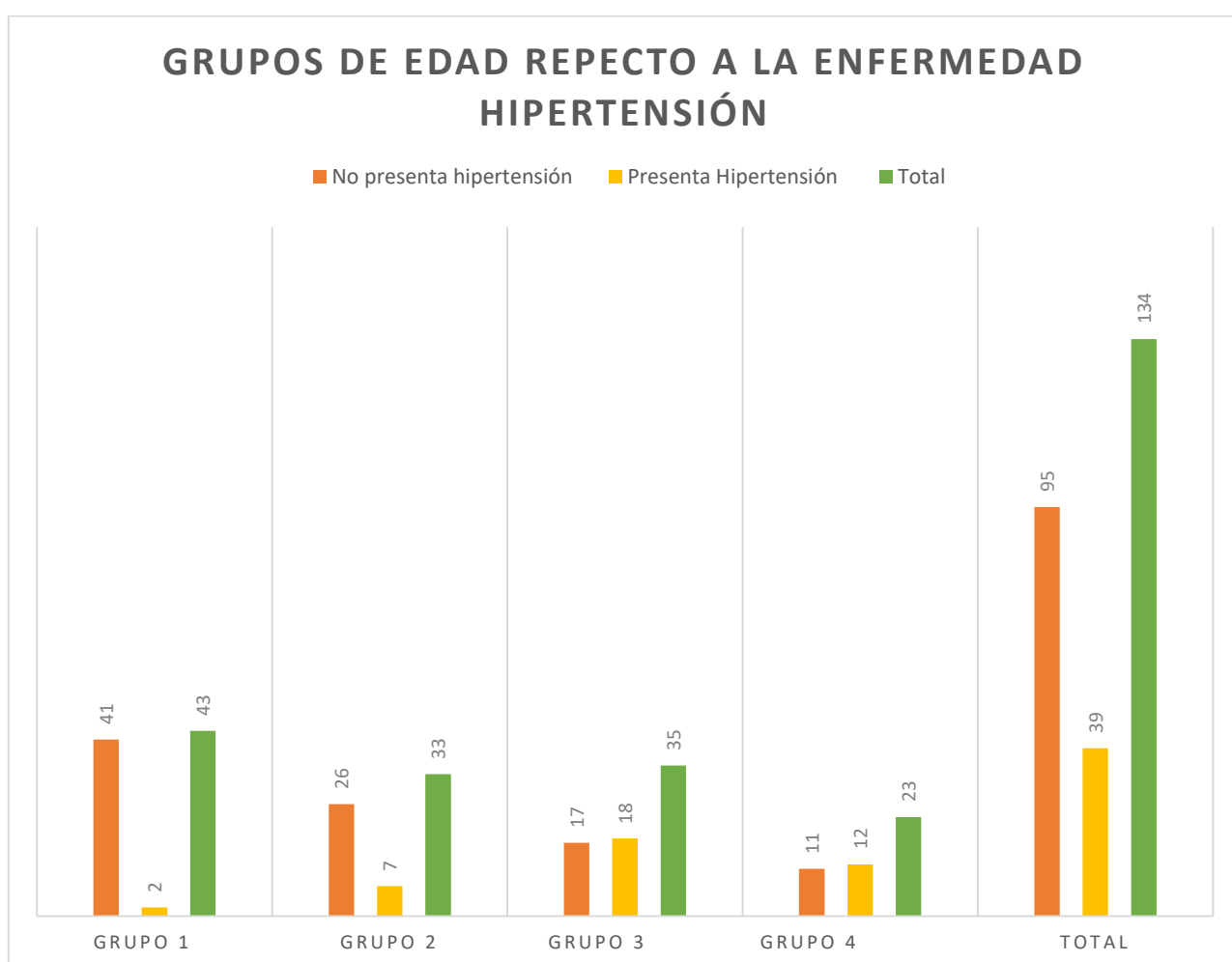


Grafica 16. Distribución de la enfermedad diabetes respecto al género.

Respecto a los grupos de edad con la enfermedad hipertensión destaca que el tercer y cuarto grupo en un rango de edad de 50 a 60 años o más años muestra mayor número de pacientes con hipertensión, esto se muestra en la tabla 14.

Tabla 14. Hipertensión respecto a los grupos de edad.

Hipertensión	Edad									
	Grupo 1 30-39 años		Grupo 2 40-49 años		Grupo 3 50-59 años		Grupo 4 60 o más años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No presenta hipertensión	41	30.59	26	19.40	17	12.68	11	8.20	95	70.90
Presenta Hipertensión	2	1.49	7	5.22	18	13.43	12	8.95	39	29.10
Total	43	32.09	33	24.63	35	26.12	23	17.16	134	100



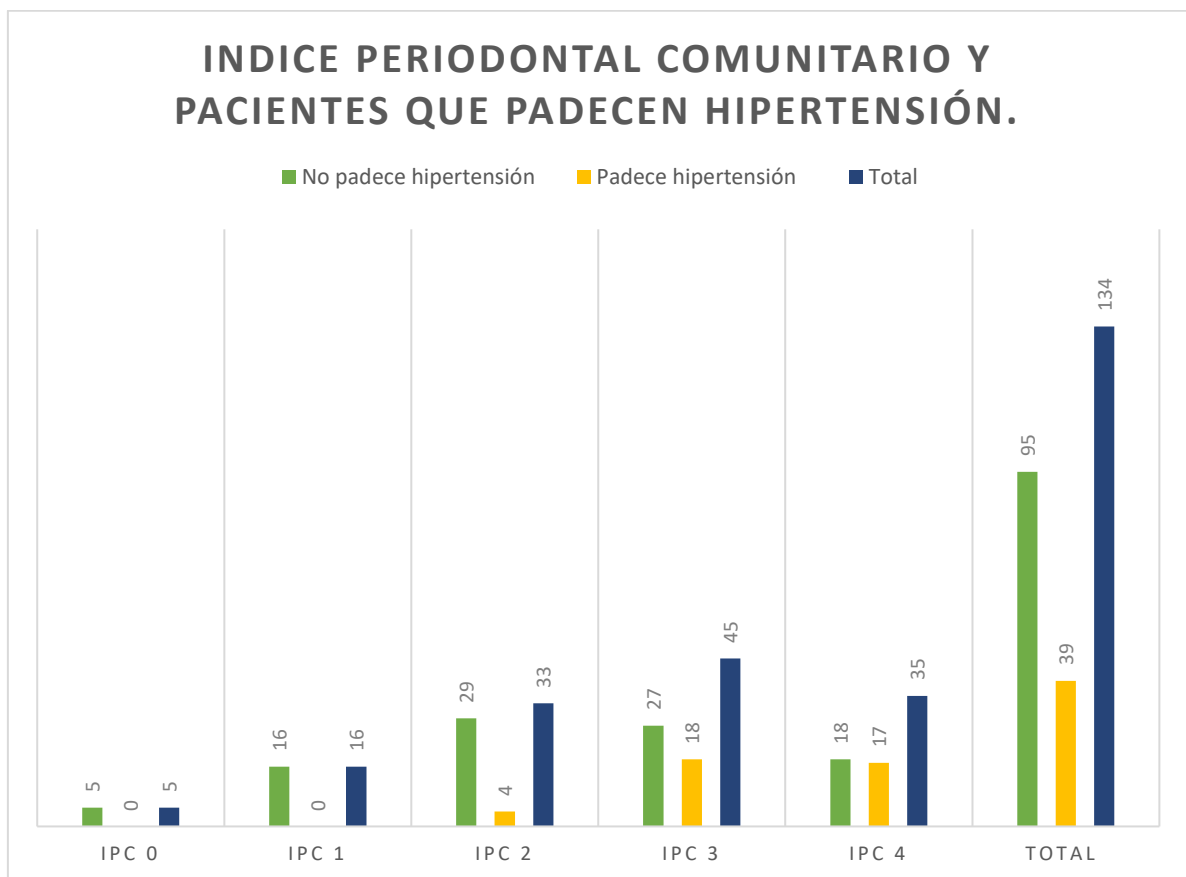
Grafica 17. Distribución de los grupos de edad con respecto a la enfermedad hipertensión.

El índice periodontal comunitario (IPC) con respecto a pacientes que padecen la enfermedad hipertensión mostro tener relevancia estadísticamente significativa $p=0.000$, del total de 134 pacientes el 29% (39 pacientes) padecen hipertensión y presentan algún tipo de enfermedad periodontal, esto se muestra en la tabla número 15.

Tabla 15. índice periodontal comunitario respecto a pacientes que padecen hipertensión

IPC	No padece hipertensión		Padece hipertensión		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	5	3.73	0	0	5	3.73
1	16	11.94	0	0	16	11.94
2	29	21.6	4	2.98	33	24.63
3	27	20.14	18	13.43	45	33.58
4	18	13.43	17	12.68	35	26.12
Total	95	70.90	39	29.10	134	100

Pearson $\chi^2(4) = 22.2511$ Pr = 0.000



Grafica 18. Distribución del estado periodontal respecto al habito de fumar.

CONCLUSIONES.

Con la realización de la presente investigación se logró obtener resultados significativos que permiten establecer una relación entre las variables del estado periodontal y la calidad de higiene bucal, tabaquismo y enfermedades sistémicas (diabetes e hipertensión), en un grupo de edad de 30 a 76 años. El 60% de la población presentó códigos 3 y 4 de IPC y mostró mayor frecuencia en el grupo de edad de 45 a 59 años, lo que representó un valor estadísticamente significativo del estado periodontal de acuerdo con el grupo de edad, referente a la calidad de higiene bucal fue deficiente en más de dos terceras partes perteneciente a este grupo de edad lo cual provocó que se presentara enfermedad periodontal. La relación respecto al hábito de tabaquismo presentaron un estado periodontal de acuerdo con los códigos 3 y 4, sin mostrar asociación entre ambos factores. El estado periodontal de acuerdo con los pacientes que presentan diabetes mostró que el 60% de la población presenta enfermedad periodontal, lo que representó un valor estadísticamente significativo $p=0.000$ que asocia a los pacientes que padecen diabetes presentar algún tipo de enfermedad periodontal. Así mismo el índice periodontal comunitario con respecto a pacientes que presentan hipertensión mostró relevancia estadísticamente $p=0.000$, lo que demostró que el índice periodontal comunitario se relaciona significativamente con el rango de edad, el índice de higiene oral y las enfermedades diabetes e hipertensión.

Por medio de ésta investigación se pudo establecer y determinar el estado periodontal de los pacientes que presentan una enfermedad sistémica como lo son diabetes e hipertensión, esto aunado a una calidad de higiene deficiente y la edad de los pacientes son las causas principales de los cambios periodontales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laura Anguiano Flores, Agustín Zerón. Las enfermedades periodontales y su relación con enfermedades sistémicas. Rev Mex Periodontol 2015; VI (2): 77-87. 78
2. Franco C, Medrano E, Medrano J. Enfermedad periodontal y factores de riesgo en pacientes atendidos en la clínica universitaria. Revista iberoamericana de Ciencias. 2014; 1(6):83-90
3. Pérez OR, Sánchez HH, Corona AZ. Prevalencia y severidad de enfermedad periodontal crónica en adolescentes y adultos. Rev. Oral. 2011; 4(7)799-804.
4. Botero J, Bedolla E. Determinantes del diagnóstico Periodontal. RevClín Periodoncia ImplantolRehabil Oral. 2010; 3 (2):94-99.
5. Artículo de Revista en Formato Electrónico

Velásquez Herrera Norma P, Reyes Sánchez Rogelio, Mata R. Martha, Llamosas H. Eduardo. La enfermedad periodontal en diversas poblaciones del México prehispánico. ADM [en línea] 2006 [fecha de acceso 16 de mayo de 2008]; 63 (6): 225-230. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2006/e-od06-6/em-od066f.htm>
6. Secretaria de Salud. Gingivitis y Enfermedades Periodontales. Salud 2010; 27 (9) 2-45.
7. Pérez BR, Sánchez ZR, Sánchez AV y Gan CB. Estado periodontal de pacientes atendidos en la clínica Estomatológica Vista Alegre. MEDISAN. 2012; 16(4): 532-541.
8. Artículo Estándar The American Academy of Periodontology. International Workshop for a Classification of Periodontal Disease and Conditions. Annals of Periodontology 2000; 4: 1.

9. Scannapieco FA. Position paper of The American Academy of Periodontology: periodontal disease as a potential risk factor for systemic diseases. *J Periodontol.* 1998; 69: 841-850
10. Cianciola LJ, Park BH, Bruck E, Mosovich L, Genco RJ. Prevalence of periodontal disease in insulin-dependent diabetes mellitus (juvenile diabetes). *J Am Dent Assoc.* 1982; 104: 653-660.
11. Arora M, Weuve J, Fall K, Pedersen NL, Mucci LA. An exploration of shared genetic risk factors between periodontal disease and cancers: A prospective co-twin study. *Am J Epidemiol.* 2010; 171: 253-259.
12. Zerón A. Medicina periodontal. Capítulo 2. En: Castellanos- Suárez J, Díaz-Guzmán L, Gay-Zarate O. *Medicina en odontología.* 3ª ed. México: Ed. Manual Moderno; 2015.
13. Tonetti MS, van Dyke TE. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the joint EFP/AAP workshop on periodontitis and systemic diseases. *J Periodontol.* 2013; 84: S24-29.
14. Taylor GW, Burt BA, Becker MP, Genco RJ, Shlossman M. Glycemic control and alveolar bone loss progression in type 2 diabetes. *Ann Periodontol.* 1998; 3: 30-39
15. Murrah V. A. Diabetes Mellitus and Associated oral manifestation. *Journal of Oral Pathology* 1985; 14: 271-281.
16. Gonzales DM, Toledo PB, Nazco RC, Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. *Rev cubana Estomatología* 2002; 39(3):374-395.
17. Treatment of plaque-induced gingivitis, chronic periodontitis, and other clinical conditions. *odontol* 2001;72(1): 1790-1800.

18. Toledo PB, González DM, et al. Tabaquismo y enfermedad periodontal. RevCubMed Mil. 2002; 31(2): 94-99.
19. Koushyar PK, Hernández AA. Tabaquismo: factor de riesgo para enfermedad periodontal. Revista ADM. 2010; 67(3): 101-113.
20. Rojas Javier Patricio, Rojas LA, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2014 Ago [citado 2017 Oct 12]; 7(2): 108-113. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072014000200010>.
21. Johnson GK, Guthmiller JM. The impact of cigarette smoking on periodontal disease and treatment. Periodontol 2000 2007;44:178-94

CAPÍTULO III. ANTECEDENTES

NACIMIENTO DEL ISSSTE

El ISSSTE inicia sus actividades en 1958 por decreto presidencial con fundamentos en la Constitución Política de los Estados Unidos Americanos, el Código Civil de la Ley General de Salud de los mexicanos, el Código Sanitario y el Código Penal.

En 1959 se transforma y adiciona el apartado B del artículo 123 constitucional, donde se incorporan las garantías que el Estatuto Jurídico de la FSTSE había planteado para los servidores públicos.

El mismo año, con motivo del XXI aniversario de la expedición de dicho Estatuto, en una ceremonia en el Palacio de Bellas Artes, el presidente Adolfo López Mateos anunció que presentaría al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daría origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la cual fue discutida, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959, por lo que la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma, en 1960, en el ISSSTE.

Las palabras con las que se refirió a la Ley el entonces presidente de la República no dejan lugar a duda acerca de la relevancia que para el Ejecutivo tenía la creación del ISSSTE.

La Ley del ISSSTE se constituía en México como la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los trabajadores.

En 1960, el ISSSTE amparaba a 129 mil 512 trabajadores, 11 mil 912 pensionistas y 346 mil 318 familiares, es decir, un total de 487 mil 742 derechohabientes beneficiados con las 14 prestaciones que marcaba la nueva Ley.

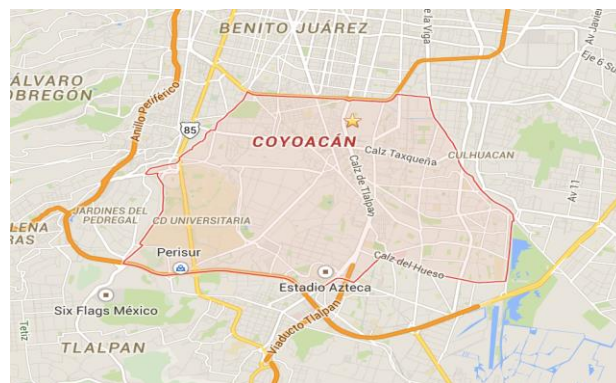
- Seguro de Enfermedades No Profesionales y de Maternidad.
- Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Servicios de Reeducción y Readaptación de Inválidos.
- Servicios para Elevar los Niveles de Vida del Servidor Público y su Familia.
- Promociones que Mejoren la Preparación Técnica y Cultural, y que Activen las formas de Sociabilidad del Trabajador y su Familia.
- Créditos para la Adquisición en Propiedad de Casas o Terrenos y Construcción de Moradas Destinadas a la Habitación Familiar del Trabajador.
- Arrendamiento de Habitaciones Económicas Propiedad del Instituto.
- Préstamos Hipotecarios.
- Préstamos a Corto Plazo.
- Jubilación.
- Seguro de Vejez.
- Seguro de Invalidez.
- Seguro por Causa de Muerte.
- Indemnización Global.

Este nosocomio cubrió las necesidades de hospitalización y urgencias que antes se subrogaban; además, se incorporaron algunas unidades médicas provenientes de diversas dependencias centrales, como las que operaban la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Sindicato del Magisterio y el Sistema SCOP (Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas).

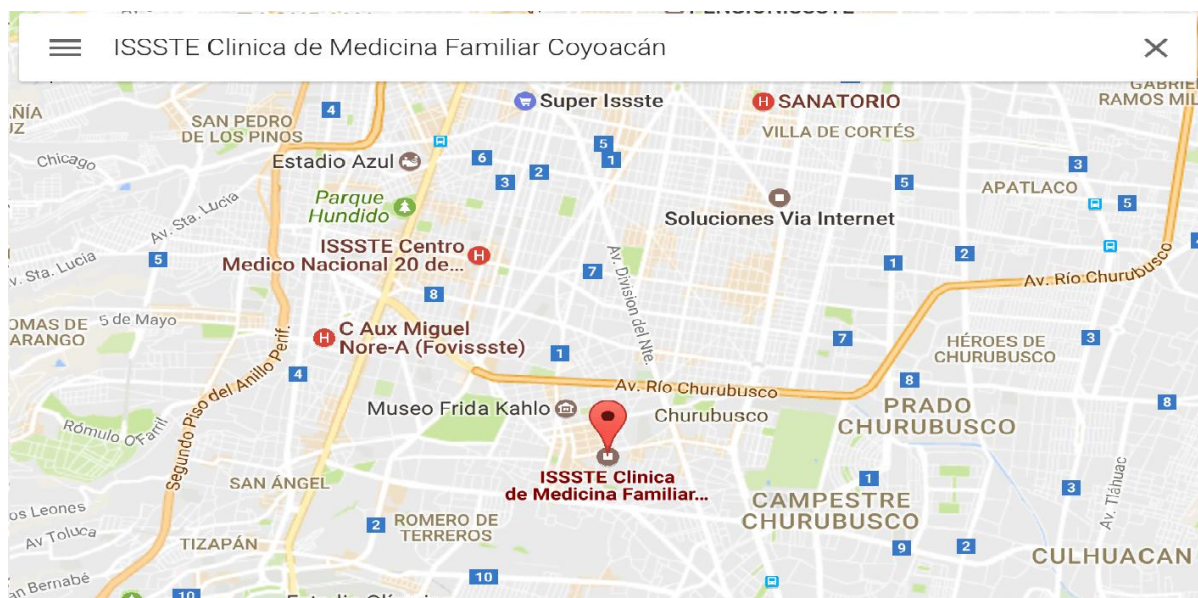
El Instituto integró bajo la denominación "Servicios Sociales" un conjunto de prestaciones que se caracterizaban por apoyar socialmente al asegurado y su familia, básicamente a través de la atención a niños en guarderías, renta y venta de departamentos en desarrollos multifamiliares, prestación de servicios funerarios y apoyo en general a la economía familiar.

Ubicación

Coyoacán una de las 16 delegaciones políticas en las que se divide el Distrito Federal, se ubica en el centro geográfico de esa entidad, al suroeste de la cuenca de México y cubre una superficie de 54.4 kilómetros cuadrados que representa 3.6 por ciento de su territorio. Por su extensión territorial, esta delegación ocupa el décimo lugar entre la división política de la capital. Sus coordenadas geográficas son: al norte 19° 21', al sur 19° 18' de latitud norte, al este 99° 06' y al oeste 99° 12' de longitud.



Issste Clínica De Medicina Familiar Coyoacán: Fernández Leal 11, La Concepción, 04000 Ciudad De México, CDMX



División Geopolítica

La Delegación Coyoacán se divide estructuralmente en 3 subdelegaciones que comprenden: Central, Pedregal y Culhuacán, a su vez, la delegación se divide en 137 colonias entre las cuales destacan viveros de Coyoacán, Campestre Churubusco, Copilco Universidad, Ciudad Universitaria, San Francisco Culhuacán, Santa Úrsula Coapa, entre otras.

Coyoacán limita con cinco delegaciones de la Ciudad De México:

Al norte con Benito Juárez, al noroeste con Iztapalapa, al oriente con calzada de la Viga y Canal Nacional, al sureste con Xochimilco, al sur con Tlalpan y al poniente con la Delegación Álvaro Obregón

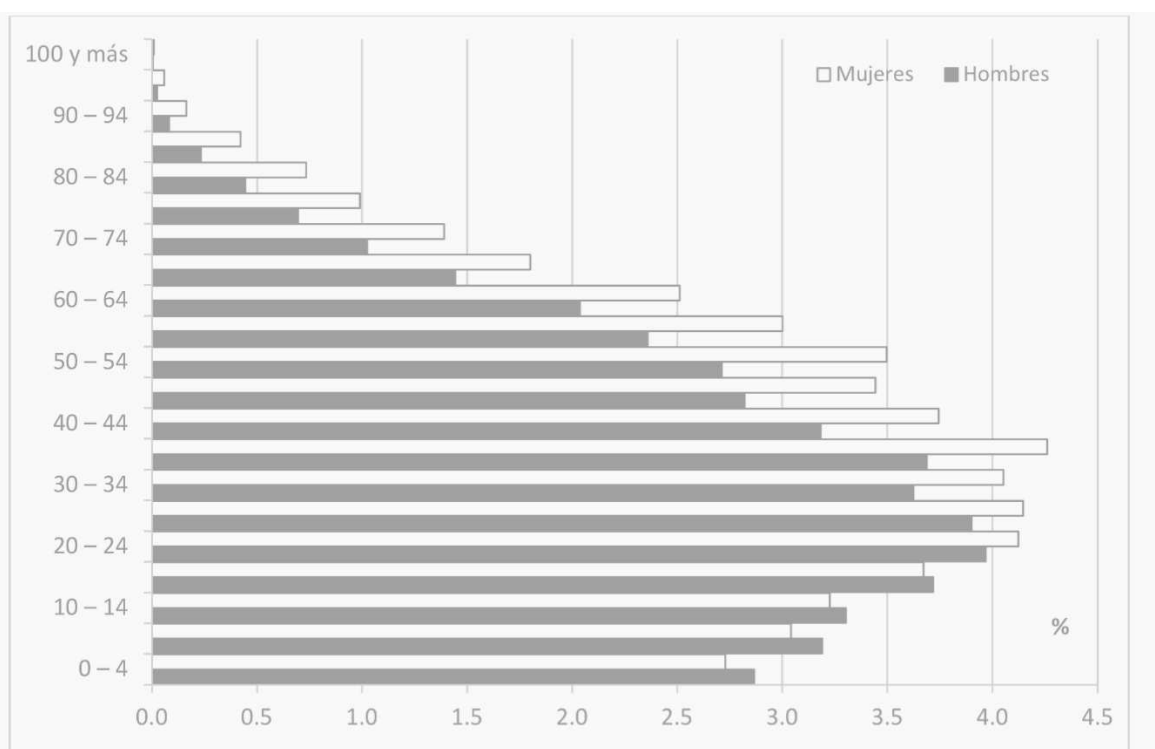
La delegación de Coyoacán cuenta con 608 479 habitantes

Volume poblacional y sexo	Ciudad De México	Coyoacán
Total de habitantes	8,851,08	608 479
Total de población masculina	4, 233,783	292,491
Total de población femenina	4,617,279	327,935

Fuente INEGI Censo de Población y Vivienda 2015

La delegación Coyoacán está conformada por una población total de 608 416 habitantes de los cuales 327 935 son Mujeres y 292, 491 Hombres. La mitad de la población tiene 34 años o menos. Claramente notamos que en su mayoría, hay más mujeres, por cada 100 mujeres hay 89 hombres.

Pirámide poblacional de la Delegación Coyoacán



Gráfica elaborada con base en información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Censo de Población y Vivienda, 2010*, Distrito Federal.

Fuente INEGI Censo de Población y Vivienda 2015

Población, por condición de derechohabiente a servicios de salud.

	Nacional		Distrito Federal		Delegación Coyoacán	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Derechohabientes*	72,514,513	64.55	5,644,901	63.78	411,833	66.38
En IMSS	35,380,021	31.49	3,036,963	34.31	222,636	35.88
En ISSSTE	7,204,514	6.41	1,095,577	12.38	96,289	15.52
En PEMEX, SEDENA o SEMAR	1,091,321	0.97	104,447	1.18	5,601	0.90
Con Seguro Popular**	26,229,071	23.35	938,554	10.60	49,361	7.96
En Instituciones privadas	2,006,687	1.79	387,314	4.38	39,135	6.31
En otras instituciones***	1,647,155	1.47	202,241	2.28	10,419	1.68
No derechohabientes	38,020,372	33.85	2,971,074	33.57	184,184	29.69
No especificado	1,801,653	1.60	235,105	2.66	24,399	3.93

Fuente INEGI Censo de Población y Vivienda 2015

En cuanto al rubro de la salud, el 64.55% de la población es derechohabiente ya sea de alguna institución pública o privada; de cada 100, 35 personas tienen servicio médico proporcionado por el IMSS y 15 por el ISSSTE.

La delegación Coyoacán brinda servicios de salud a su población a través de cuatro clínicas médicas familiares y un hospital pertenecientes al IMSS, entre los que destacan el Hospital General, Hospital De Traumatología y Clínica No. 32.

Por parte del ISSSTE se encuentran cuatro unidades médicas familiares entre ellas la Unidad Médica Familiar Coyoacán y sin ningún hospital dentro de la delegación.

Por parte de la secretaria de salud la delegación cuenta con siete centros de salud y el Hospital General Xoco, Hospital Infantil De Coyoacán, además de catorce consultorios médicos delegacionales y quince consultorios odontológicos delegacionales.

Causas de principal morbilidad y mortalidad en la Delegación Coyoacán

No. de orden	C a u s a	Defunciones	Tasa ^{1/}
	Total	4,281	695.4
1	Enfermedades del corazón	1098	178.4
	<i>-Enfermedades isquémicas del corazón</i>	<i>828</i>	<i>134.5</i>
2	Tumores malignos	667	108.3
3	Diabetes mellitus	658	106.9
4	Influenza y Neumonía	235	38.2
5	Enfermedades cerebrovasculares	225	36.5
6	Enfermedades del Hígado	169	27.5
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	110	17.9
8	Accidentes	104	16.9
	<i>-De tráfico de vehículos de motor</i>	<i>57</i>	<i>9.3</i>
9	Insuficiencia renal	64	10.4
10	Agresiones (homicidios)	48	7.8
11	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	39	6.3
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	34	5.5
13	Enfermedades infecciosas intestinales	32	5.2
14	Bronquitis crónica y la no especificada y enfisema	30	4.9
15	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	30	4.9
16	Septicemia	22	3.6
17	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	20	3.2
18	Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	19	3.1
19	Síndrome de dependencia del alcohol	18	2.9
20	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	17	2.8
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	9	1.5
	Las demás causas	633	102.8

^{1/} Tasa por 100,000 habitantes de la delegación, en base a las Proyecciones de la Población de México, 2010-2050, CONAPO, 2013.

Fuente: INEGI/SEDESA (Dirección de Información en Salud), con base en las defunciones 2014.

RECURSOS HUMANOS

La plantilla del personal se distribuye de la siguiente manera: un Director General, un subdirector médico, jefe de sección médica, un personal de epidemiología, un jefe de enseñanza, así como medios familiares, médicos generales, personal químico, cuatro Odontólogos, un jefe de enfermeras, enfermeras tituladas, pasantes de enfermería, 4 pasantes de odontología, un coordinador de recursos humanos, un jefe de archivo clínico, un jefe de almacén, un jefe de estadística, personal encargado de farmacia, personas de apoyo administrativo, personal de vigilancia.

RECURSOS MATERIALES

La infraestructura correspondiente a la clínica consta propiamente de consultorios familiares, consultorio de geriatría, un área de servicio de salud reproductiva, dos consultorios de odontología, estancia de medicina preventiva, módulos de pre valoración, una jefatura de enseñanza, un área de CEYE, laboratorio clínico, área de archivo clínico, área de farmacia, almacén, módulo de atención al derechohabiente, sanitarios para pacientes y personal médico.

PROGRAMAS DE SERVICIOS DE SALUD

1. Consulta de Especialidad:
 - Nutrición
 - Gerontología
 - Psicología
 - Planificación familiar
 - Epidemiología
2. Consulta de Medicina General
3. Consulta Odontológica
4. Lactancia Materna.
5. Vacunación Universal.

6. Salud Bucal.
7. Control de Infecciones Respiratorias Agudas.
8. Control de Nutrición y Crecimiento.
9. Detección de Estreptococos y Fiebre Reumática.
10. Prevención y Control de Adicciones (Alcoholismo, Tabaquismo)
11. Salud Reproductiva.
12. Salud Bucal.
13. Control de Nutrición.
14. Detección y control de Diabetes Mellitus.
15. Detección y control de Hipertensión Arterial.
16. Detección y control de Cáncer Cérvico-Uterino.
17. Detección y control de Cáncer de Mama
18. Detección y control de Tuberculosis.
19. Detección y control de Enfermedades de Transmisión Sexual.

20. Salud Reproductiva.
21. Planificación Familiar.
22. Control Prenatal.

Servicio Estomatológico

Enfatizando en el servicio social de salud bucal, tenemos que la atención en la C.M.F. Coyoacán las actividades son específicamente preventivas y curativas, empezando primero a establecer un diagnóstico para llegar al tratamiento. El tipo de atención se considera de primer nivel; es decir actividades básicas ya que los tratamientos de especialidad son referidos a otras clínicas de segundo o tercer nivel.

La C.M.F. Coyoacán brinda los siguientes servicios a los derechohabientes; ofrece atención dental de primer nivel, actividades preventivas y curativas como lo son (pulpotomias, exodoncias, amalgamas, resinas, selladores de fosetas y fisuras, aplicación tópica de flúor, dx de patologías bucales las cuales eran canalizadas al especialista. También se brindaban pláticas internas de prevención, con los siguientes recursos materiales: cepillos dentales, trípticos, rotafolios.

Se realizaba una campaña de salud bucal la cual costaba de asistir dos veces al año a escuelas para dar información de la importancia de una buena higiene bucal, en dichas platicas se dio técnica de cepillado, como usar la patilla reveladora, aplicación de flúor, huso de hilo dental y se regalaban cepillos y trípticos con información acerca del cuidado bucal.

El programa prioritario de salud bucal es prevenir padecimientos bucodentales, proporcionando información durante consulta, para así mejorar y conservar la salud bucal de los derechohabientes mediante los tratamientos básicos de odontología.

Organización del servicio social: Diariamente los expedientes clínicos, materiales e instrumentales esterilizados son la base para iniciar la consulta dental, con ello también inicia el servicio social del pasante en Odontología.

Los derechohabientes adscritos a la clínica son atendidos de manera servicial, siguiendo un orden en la distribución de fichas médicas-dentales para su consulta, posteriormente, el odontólogo de base realiza una exploración minuciosa al paciente, informándole el diagnóstico y plan de tratamiento. Opcionalmente el odontólogo realiza el tratamiento o se le indica al pasante de Odontología realizar los tratamientos bajo la supervisión de éste. La cifra promedio de atención de pacientes debe ser no mayor a 18 derechohabientes por turno en consultorio dental.

Morbilidad: Dentro de las enfermedades más frecuentes están caries dental, enfermedades gingivales, periodontales, exodoncias.

Descripción de área: Cada consultorio odontológico cuenta con una unidad equipada con el sillón dental, pieza de mano de alta velocidad, pieza de mano de baja velocidad, jeringa triple, lámpara con dos opciones de luz densa o escasa, escupidera, braquet y charola.

Mobiliario: Estante para guardar el material e instrumental de consumo, lavamanos; y un escritorio con computadora y dispositivos de información.

Principalmente los equipos dentales e instrumentales para llevar acabo las actividades de prevención y curación son:

- Equipo de curación (espejo, explorador, cucharilla y pinzas).
- Equipo de profilaxis (curetas y jaquets).
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Pieza de mano de baja velocidad.
- Instrumental de exodoncia (elevadores rectos finos y gruesos, elevadores de bandera derecho e izquierdo, fórceps infantiles y de adulto, alveolotomo, legra, lima para hueso, gubia, jeringa carpulle, equipo de sutura y tijeras de encía).
- Instrumental para colocación de amalgama (mortero y pistilo de vidrio, porta amalgama, mortenson bilateral, cuádruple, recortador de amalgama, bruñidor de huevo y bola, huesco, banda matriz, porta matriz, tijeras).
- Instrumental para ionómero de vidrio y curaciones provisionales (losetas de vidrio y espátulas).
- Instrumental para retirar restauraciones protésicas (tirapunte con dos puntas).
- Baumanómetro y glucómetro.

Material utilizado para llevar a cabo los tratamientos dentales según sea el caso:

- Óxido de Zinc y Eugenol (ZOE).
- Ionómero de vidrio (restaurar y cementar).
- Hidróxido de Calcio.
- Fosfato de Zinc.
- Barniz de copal.
- Formocresol.
- Cemento para apósito quirúrgico.
- Resinas autopolimerizables.
- Selladores de fosetas y fisuras autopolimerizables.
- Fundas de celuloide.
- Tabletas de amalgama.
- Mercurio metal (tridestilado).

- Cartuchos de anestesia.
- Agujas para jeringa de anestesia (corta y larga).
- Cubrebocas.
- Guantes de látex.
- Caretas de protección.
- Torundas de algodón.
- Rollos de algodón prefabricado.
- Gasas simples y estériles.
- Fresas de diferente numeración para piezas de mano.
- Cepillos de profilaxis.

Desarrollo de actividades

Las actividades realizadas durante el periodo de servicio social se dividen de la siguiente manera:

- Intramuros. Realizadas dentro de la C.M.F. Coyoacán
- Extramuros. Realizadas en escuelas primarias y secundarias pertenecientes a la zona sur; así como en las ferias de salud dirigidas a trabajadores derechohabientes.

Ambiente

El ambiente de trabajo en donde se realizaron las actividades estaba formado por un cirujano dentista, dos pasante de odontología, una enfermera; además de contar con personal a cargo de la entrega y recepción de los expedientes médicos y personal de limpieza.

Capitulo IV Informe Numérico Narrativo

Durante mi estancia en la C.M.F. ISSSTE Coyoacán las principales actividades a realizar eran historial clínicas, aplicaciones tópicas de flúor, así como operatoria resinas y amalgamas, igualmente a cada paciente se le daba técnica de cepillado y como debía utilizar el hilo dental. En las fechas de las semanas de salud bucal que fueron en noviembre del 2016 y marzo 2017 salíamos a las primarias y secundarias a dar información sobre la importancia de la higiene bucal. A continuación, se muestran las tablas con las actividades realizadas de cada mes durante la estancia en el servicio social.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2016		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	11	3.87%
Subtotal	11	3.87%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	63	22.18%
Enseñanza de técnica de cepillado	66	23.23%
Profilaxis	0	0%
Odontoxesis	2	0.70%
Uso de hilo dental	66	23.23%
Aplicación de Flúor	0	0%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	197	69.34%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	37	13.02%
Obturación con amalgamas	18	6.33%
Obturación con ionómero de vidrio	6	2.11%
Obturación con resinas	6	1.05%
Terapia pulpar	0	0%
Exodoncias	6	2.11%
Drenado de absceso periapical	3	1.05%
Subtotal	76	26.73%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	0	0%
Subtotal	0	0%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	0	0%
Congresos	0	0%
Subtotal	0	0%
TOTAL	284	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2016		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	6	3.79%
Subtotal	6	3.79%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	34	21.51%
Enseñanza de técnica de cepillado	37	23.41%
Profilaxis	0	0%
Odontoxesis	5	3.16%
Uso de hilo dental	33	20.88%
Aplicación de Flúor	0	0%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	109	68.96%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	24	15.18%
Obturación con amalgamas	5	3.16%
Obturación con ionómero de vidrio	1	0.63%
Obturación con resinas	4	2.53%
Terapia pulpar	1	0.63%
Exodoncias	1	0.63%
Drenado de absceso periapical	7	4.43%
Subtotal	43	27.19%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	0	0%
Subtotal	0	0%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	0	0%
Congresos	0	0%
Subtotal	0	0%
TOTAL	158	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE DEL 2016		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	9	5.76%
Subtotal	9	5.76%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	37	23.71%
Enseñanza de técnica de cepillado	33	21.15%
Profilaxis	0	0%
Odontoxesis	3	1.92%
Uso de hilo dental	33	21.15%
Aplicación de Flúor	0	0%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	106	67.93%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	20	12.82%
Obturación con amalgamas	10	6.41%
Obturación con ionómero de vidrio	2	1.28%
Obturación con resinas	4	2.56%
Terapia pulpar	0	0%
Exodoncias	2	1.28%
Drenado de absceso periapical	3	1.92%
Subtotal	41	26.27%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	0	0%
Subtotal	0	0%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	0	0%
Congresos	0	0%
Subtotal	0	0%
TOTAL	156	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DEL 2016		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	3	2.97%
Subtotal	3	2.97%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	21	13.14%
Enseñanza de técnica de cepillado	21	13.14%
Profilaxis	0	0%
Odontoxesis	0	0%
Uso de hilo dental	23	14.74%
Aplicación de Flúor	0	0%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	65	40.75%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	20	19.80%
Obturación con amalgamas	4	3.96%
Obturación con ionómero de vidrio	2	1.98%
Obturación con resinas	2	1.98%
Terapia pulpar	4	3.96%
Exodoncias	5	4.95%
Drenado de absceso periapical	3	2.97%
Subtotal	40	39.6%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	0	0%
Subtotal	0	0%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	1	0.99%
Congresos	0	0%
Subtotal	1	0.99%
TOTAL	101	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL 2016		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	0	0%
Subtotal	0	0%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	34	23.94%
Enseñanza de técnica de cepillado	34	23.94%
Profilaxis	0	0%
Odontoxesis	1	0.70%
Uso de hilo dental	28	23.23%
Aplicación de Flúor	0	0%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	96	68.96%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	18	12.67%
Obturación con amalgamas	7	4.92%
Obturación con ionómero de vidrio	9	6.33%
Obturación con resinas	2	1.40%
Terapia pulpar	1	0.70%
Exodoncias	4	2.81%
Drenado de absceso periapical	4	2.81%
Subtotal	45	31.64%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	0	0%
Subtotal	0	0%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	0	0%
Congresos	0	0%
Subtotal	0	0%
TOTAL	142	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO DEL 2017		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	5	5.20%
Subtotal	5	5.20%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	19	19.79%
Enseñanza de técnica de cepillado	24	25%
Profilaxis	0	0%
Odontoxesis	3	3.12%
Uso de hilo dental	23	23.95%
Aplicación de Flúor	1	1.04%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	70	48.16%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	9	9.37%
Obturación con amalgamas	5	5,20%
Obturación con ionómero de vidrio	0	0%
Obturación con resinas	1	1.04%
Terapia pulpar	4	4.16%
Exodoncias	0	0%
Drenado de absceso periapical	2	2.08%
Subtotal	21	21.85%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	0	0%
Subtotal	0	0%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	0	0%
Congresos	0	0%
Subtotal	0	0%
TOTAL	96	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2017		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	4	2.91%
Subtotal	4	2.91%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	34	24.81%
Enseñanza de técnica de cepillado	36	26.27%
Profilaxis	1	0.72%
Odontoxesis	3	2.18%
Uso de hilo dental	27	19.70%
Aplicación de Flúor	0	0%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	101	73.68%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	14	10.21%
Obturación con amalgamas	6	4.37%
Obturación con ionómero de vidrio	3	2.18%
Obturación con resinas	3	2.18%
Terapia pulpar	1	0.72%
Exodoncias	2	1.45%
Drenado de absceso periapical	3	2.18%
Subtotal	32	23.29%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	0	0%
Subtotal	0	0%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	0	0%
Congresos	0	0%
Subtotal	0	0%
TOTAL	137	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO DEL 2017		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	10	4.04%
Subtotal	10	4.04%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	51	20.64%
Enseñanza de técnica de cepillado	58	23.48%
Profilaxis	0	0%
Odontoxesis	5	2.02%
Uso de hilo dental	55	22.26%
Aplicación de Flúor	0	0%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	169	68.4%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	34	13.76%
Obturación con amalgamas	20	8.09%
Obturación con ionómero de vidrio	4	1.61%
Obturación con resinas	2	0.80%
Terapia pulpar	0	0%
Exodoncias	4	1.61%
Drenado de absceso periapical	3	1.21%
Subtotal	67	27.08%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	0	0%
Subtotal	0	0%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	1	0.40%
Congresos	0	0%
Subtotal	1	0.40%
TOTAL	247	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2017		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	5	2.79%
Subtotal	5	2.79%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	36	20.11%
Enseñanza de técnica de cepillado	36	20.11%
Profilaxis	0	0%
Odontoxesis	7	3.91%
Uso de hilo dental	33	18.43%
Aplicación de Flúor	0	0%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	112	62.56%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	27	15.08%
Obturación con amalgamas	15	8.37%
Obturación con ionómero de vidrio	5	2.79%
Obturación con resinas	7	3.91%
Terapia pulpar	4	2.23%
Exodoncias	2	1.11%
Drenado de absceso periapical	2	1.11%
Subtotal	62	34.6%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	0	0%
Subtotal	0	0%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	0	0%
Congresos	0	0%
Subtotal	0	0%
TOTAL	179	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO DEL 2017		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	15	7.04%
Subtotal	15	7.04%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	39	18.30%
Enseñanza de técnica de cepillado	39	18.30%
Profilaxis	0	0%
Odontoxesis	10	4.69%
Uso de hilo dental	39	18.30%
Aplicación de Flúor	0	0%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	127	59.59%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	31	14.53%
Obturación con amalgamas	16	7.51%
Obturación con ionómero de vidrio	7	3.28%
Obturación con resinas	2	0.93%
Terapia pulpar	2	0.93%
Exodoncias	2	0.93%
Drenado de absceso periapical	3	1.40%
Subtotal	69	29.51%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	2	0.93%
Subtotal	2	0.93%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	0	0%
Congresos	0	0%
Subtotal	0	0%
TOTAL	213	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO DEL 2017		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	10	9.80%
Subtotal	10	9.80%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	21	20.58%
Enseñanza de técnica de cepillado	21	20.58%
Profilaxis	0	0%
Odontoxesis	5	4.90%
Uso de hilo dental	21	20.58%
Aplicación de Flúor	0	0%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	68	66.64%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	11	10.78%
Obturación con amalgamas	6	5.88%
Obturación con ionómero de vidrio	3	2.94%
Obturación con resinas	2	1.96%
Terapia pulpar	0	0%
Exodoncias	2	2.96%
Drenado de absceso periapical	0	0%
Subtotal	24	23.52%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	0	0%
Subtotal	0	0%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	0	0%
Congresos	0	0%
Subtotal	0	0%
TOTAL	102	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO DEL 2017		
ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	8	7.69%
Subtotal	8	7.69%
PREVENTIVAS		
Detección de placa dentobacteriana	17	10.69%
Enseñanza de técnica de cepillado	17	10.69%
Profilaxis	0	0%
Odontoxesis	6	5.76%
Uso de hilo dental	17	10.69%
Aplicación de Flúor	0	0%
Asistencia en selladores de fosetas y fisuras	0	0%
Subtotal	57	37.83%
CURATIVAS		
Preparación de cavidades y obturaciones temporales	14	13.72%
Obturación con amalgamas	8	7.69%
Obturación con ionómero de vidrio	9	8.65%
Obturación con resinas	4	1.05%
Terapia pulpar	0	0%
Exodoncias	4	1.05%
Drenado de absceso periapical	0	0%
Subtotal	39	37.74%
REHABILITACIÓN		
Cirugías	0	0%
Raspado radicular	0	0%
Subtotal	0	0%
ACTIVIDADES EXTRAMUROS		
Campaña de salud bucal	0	0%
Congresos	0	0%
Subtotal	0	0%
TOTAL	104	100%

Fuente: Hojas diarias de registro de actividades del servicio dental

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

De acuerdo con las tablas presentadas en el capítulo anterior, se puede observar que el mes con mayor productividad fue agosto 2016, mientras que la productividad más baja fue enero 2017.

En las actividades de diagnóstico, las historias clínicas realizadas fueron un total de 86, los pacientes que acudían a consulta eran subsecuentes por lo que el llenado de el formato de historia clínica se omitía.

Las actividades de fomento a la salud, en su mayoría fueron carteles realizados en semanas nacionales de salud (de salud bucal, del adolescente, pacientes de la tercera edad etc.), periódicos murales alusivos a las mismas, a días internacionales contra el cáncer (infantil, de mamá, cervicouterino, etc.), días nacionales (de la lactancia materna, de la salud materna). Se realizaron también presentaciones en diapositivas con temas sobre perforaciones bucales, gingivitis y periodontitis, técnica de cepillado acompañado por videos educativos.

Dentro de las actividades realizadas no registradas en el cuadro, se encuentran pláticas otorgadas en el centro de salud con referencia a técnica de cepillado con entrega de cepillos a adultos y niños, apoyo a la feria de salud para detección de caries y enfermedades bucales, plática al grupo de adultos mayores, sobre higiene de prótesis y periodontitis, decoración de la unidad alusiva a las semanas y días de salud correspondientes al mes, promoción y orientación sobre temas de salud en general. La actividad intramuros más realizada fue la odontoxesis seguida de la profilaxis, mientras que las menos realizadas son las amalgamas y curaciones temporales. Y la población en este rubro mayormente atendida corresponde a adultos, con mayor frecuencia pertenecientes al sexo femenino, la población que menos se atiende son pacientes geriátricos.

Las actividades extramuros realizadas con mayor frecuencia fueron las aplicaciones de flúor en la escuela primaria ambos turnos, así como las sesiones de salud bucal que fueron llevadas a cabo en nivel preescolar, escolar, secundaria y bachillerato. La población de este rubro mayormente atendida fue la población escolar.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Durante la realización del servicio social, se llevaron a cabo las estrategias planteadas para que la población que acude al servicio dental tenga una educación de prevención hacia los problemas de salud bucal más frecuentes.

Con ayuda del programa de atención gradual, se instruyó, concientizó y realizaron actividades de prevención y tratamiento hacia los pacientes. Todas estas medidas y acciones llevadas a cabo por el odontólogo con el apoyo de los pacientes y escolares, a largo plazo lograrán establecer el ambiente de atención y manejo oportuno y preventivo de enfermedades bucales, como lo son la caries y periodontitis.

En el rubro de promoción y fomento a la salud, se realizaron actividades en apoyo a las demás áreas del centro de salud, obteniendo conocimientos básicos y prácticos que permiten tener destreza en el diagnóstico oportuno, trato hacia el paciente, actividades administrativas, ponencia de temas, manejo de emergencias en la unidad, fomentar la cultura de prevención y manejo de interconsulta.

Aun así, es necesario plantear estrategias para que la población acuda, se comprometa y coopere con las actividades en pro de la salud que se realizan en la unidad y no han tenido el impacto esperado.

Por último, es importante reconocer que los pacientes acuden a consulta dental solicitando atención con necesidades protésicas, terapia pulpar, quirúrgicas, manejo infantil o curativas, mismas que no pueden ser atendidas por la falta de insumos, complejidad del caso o por ser actividades que no se incluyen en el tabulador de actividades permitidas en la unidad. Es por eso que muchos de los pacientes acuden únicamente a sus limpiezas dos veces al año y en otros casos prefieren acudir al servicio particular.

Capítulo VII: Fotografías







