



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**MANEJO ESTOMATOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON SÍNDROME DE SJÖGREN**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL
LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN SAN LORENZO
ATEMOAYA

ERIKA HERRERA GODÍNEZ
MATRÍCULA: 2133063833

PERIODO AGOSTO 2018 - JULIO 2019

FECHA DE ENTREGA: NOVIEMBRE 2019

ASESOR INTERNO: C.D.E. IVÁN GUTIÉRREZ OSPINA
ASESOR EXTERNO: C.D.E. CRISTINA CARLOTA DEL CASTILLO
MURIS

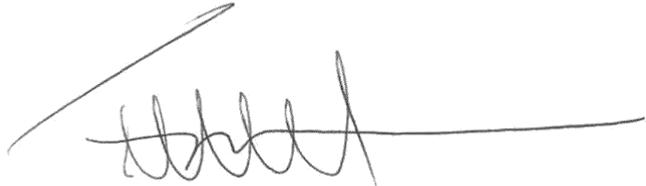
SERVICIO SOCIAL DE LA UAM – XOCHIMILCO



ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

C.D.E. IVÁN GUTIÉRREZ OSPINA

DIRECTOR DEL LDC SAN LORENZO ATEMOAYA TURNO MATUTINO



ASESOR EXTERNO

C.D.E. CRISTINA CARLOTA DEL CASTILLO MURÍS

JEFE DE SERVICIO DEL LDC SAN LORENZO ATEMOAYA TURNO MATUTINO

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM – XOCHIMILCO



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

C.D.E.E. PATRICIA ENZALDO DE LA CRUZ

RESUMEN

En el presente informe se abordará el tema de Síndrome de Sjögren y su relación con los pacientes vistos desde el ámbito odontológico para que el cirujano dentista tenga conocimiento de lo que implica este síndrome y el tratamiento a realizar con pacientes diagnosticados con él. El manejo de la enfermedad tiene un enfoque multidisciplinario; el estomatólogo cumple un papel esencial en su diagnóstico y tratamiento, lo cual permite mejorar la calidad de vida de estos pacientes esto con el propósito de brindar con éxito una atención integral.

De igual forma se desarrollarán las actividades realizadas como pasante durante el periodo de Agosto 2018 a Julio 2019 en donde se atendieron a pacientes de diferentes edades que van desde pacientes en edad preescolar, escolar, adolescentes, adultos y personas mayores de 60 años, esto con el objetivo de ofrecerles un diagnóstico de acuerdo a sus necesidades dando una solución por medio de un tratamiento en forma integral y a su vez fomentando en general la prevención en la salud bucal.

Por otra parte, se llevaron a cabo al mismo tiempo diversas actividades administrativas durante los trimestres correspondientes, así como la elaboración de informes y diversas tareas que solicitaba el director de la clínica.

Palabras Clave: *Síndrome Sjögren, manejo odontológico, diagnóstico, tratamiento, resequedad, xerostomía.*

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL	1
CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN	2
MANEJO ESTOMATOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON SÍNDROME DE SJÖGREN	
2.1 INTRODUCCIÓN	2
2.2 JUSTIFICACIÓN	2
2.3 OBJETIVOS	3
2.3.1 OBJETIVO GENERAL	3
2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
2.4 ETIOLOGÍA Y PATOGENIA	4
2.5 CLASIFICACIÓN	6
2.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	8
2.3.1 MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES	9
2.3.2 MANIFESTACIONES BUALES	10
2.7 DIAGNÓSTICO	12
2.8 TRATAMIENTO	14
1. FASE INICIAL, PALIATIVA Y PREVENTIVA	14
1.1 TRATAMIENTO PALIATIVO	15
1.2 TRATAMIENTO PREVENTIVO	16
1.3 INSTRUCCIONES DE HIGIENE	17
2. FASE RESTAURADORA Y REHABILITADORA	17
2.1 CEMENTOS DE IONÓMERO DE VIDRIO	18
2.1.1 CEMENTO CONVENCIONAL	18
2.1.2 CEMENTOS DE IONÓMERO DE VIDRIO MODIFICADO	18
CON RESINA COMPUESTA	
2.1.3 AMALGAMA	19
2.1.4 RESINAS COMPUESTAS	19
2.1.5 RESINAS COMPUESTAS CON MICROPARTÍCULAS	19
2.1.6 RESINAS COMPUESTAS HÍBRIDAS	19
2.1.7 RESINA COMPUESTA FLUÍDA	20

2.1.8 MANEJO PERIODONTAL	20
2.1.9 REHABILITACIÓN DEFINITIVA	21
3. FASE DE MANTENIMIENTO	22
2.9 CONCLUSIONES	23
2.10 BIBLIOGRAFÍA	24
CAPÍTULO III. ANTECEDENTES	27
1. ZONA DE INFLUENCIA	27
a) UBICACIÓN GEOGRÁFICA	27
b) ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	28
c) VIVIENDA	32
d) SERVICIOS BÁSICOS	33
e) SERVICIOS EDUCATIVOS	34
f) SERVICIOS DE SALUD	35
g) MORBILIDAD	37
h) MORTALIDAD	38
2. CENTRO DE SALUD	38
3. SERVICIO ESTOMATOLÓGICO	43
4. BIBLIOGRAFÍA	44
CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO	46
CAPIÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	60
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	62
CAPÍTULO VII. FOTOGRAFÍAS	64
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	69

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL

Este informe muestra las actividades realizadas durante el año de servicio social, así como una investigación donde se presenta el tema de Síndrome de Sjögren (SS) y la relación que tiene con el ámbito estomatológico desde el correcto diagnóstico hasta el tratamiento adecuado.

El servicio social fue realizado en el Laboratorio de Diseño y Comprobación San Lorenzo Atemoaya en el Turno Matutino durante el periodo de Agosto 2018 a Julio 2019 en los trimestres 18-O y 19-I, siendo únicamente dos trimestres de servicio debido a una huelga que hubo por parte del SITUAM de Febrero a Marzo del presente año.

La clínica tiene por objetivo que los alumnos y pasantes apliquen los conocimientos, habilidades y aptitudes adquiridos durante la licenciatura en cada paciente que sea tratado y así devolver en forma de acción social los conocimientos que haya recibido durante su preparación.

Aquí se brinda apoyo a toda la comunidad de San Lorenzo y sus alrededores, ofreciendo diferentes tratamientos de acuerdo a las necesidades de cada paciente, estos tratamientos van desde los preventivos hasta los de rehabilitación.

El presente informe está estructurado por una investigación bibliográfica que se llevó a cabo debido a que muchos estomatólogos no contamos con los suficientes conocimientos sobre el tema y es necesario aprender de él para saber cómo actuar si un paciente con ésta enfermedad se nos presenta en la consulta.

Incluye también un informe con las actividades realizadas de forma porcentual por cada mes desglosadas en tablas que explican ampliamente todas las actividades llevadas a cabo en el servicio que tuvieron por objetivo reestablecer la salud bucal en los pacientes y hacer conciencia de la importancia de preservar sana la cavidad oral, ofreciendo un diagnóstico y tratamiento adecuado a cada paciente que se presentara a la clínica.

CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN

MANEJO ESTOMATOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON SÍNDROME DE SJÖGREN

2.1 INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune. Sus características fueron descritas a principios de los años 30, por el oftalmólogo sueco Dr. Henrik Sjögren.¹

Es caracterizada por la infiltración de las glándulas exocrinas por linfocitos (principalmente LT-CD4+) y células plasmáticas, los cuales están implicados en la destrucción del parénquima glandular ². Por ello las principales manifestaciones de este trastorno son disfunciones de las glándulas salivales y lagrimales, y sequedad generalizada de las mucosas ^{2,3}.

El diagnóstico y tratamiento estomatológico de pacientes con SS es de bastante interés para el odontólogo, ya que en muchas ocasiones es el primero en enfrentarse clínicamente a los signos y síntomas de la enfermedad, asociados con los cambios en el medio bucal dada la falta del fluido salival. La visión tradicional respecto al “cuidado dental” debería ampliarse al observar la patología bucal múltiple presentada por los pacientes afectados por este síndrome. El diagnóstico oportuno, la atención y el cuidado óptimo de los pacientes con Síndrome de Sjögren, requieren de un reconocimiento integral de esta condición por el estomatólogo general, quien a su vez debe estar involucrado en un equipo multidisciplinario de salud médica ^{4,5}.

2.2 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación está enfocada principalmente en indagar en artículos científicos de buena fuente para recabar información necesaria del tema que es Síndrome de Sjögren (SS) y así poder dar a conocer más aspectos sobre este tema a los odontólogos para quienes va dirigido éste trabajo. Se darán a conocer los signos y síntomas que presenta la enfermedad, así como las manifestaciones y

afectaciones que podemos encontrar dentro de la cavidad bucal para poder brindar un diagnóstico adecuado y oportuno y así poder realizar un correcto tratamiento. Se decide abordar este tema debido a que no todos los odontólogos conocemos bien el síndrome a profundidad y es necesario tener conocimientos básicos para saber cómo actuar cuando un paciente diagnosticado con él se nos presente en la consulta, ya que es una enfermedad que va de la mano con otras más, durante el transcurso del servicio social se presentaron en la clínica dos casos de pacientes con éste síndrome y es necesario tener conocimiento certero para saber cómo tratarlos, todo esto con el fin de otorgar una atención adecuada y un tratamiento exitoso al paciente.

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer el adecuado manejo estomatológico de pacientes diagnosticados con Síndrome de Sjögren, así como las manifestaciones orales que se pueden presentar en la cavidad bucal para poder brindar una correcta atención al paciente.

2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recabar información actual sobre el Síndrome de Sjögren y su impacto en el ámbito estomatológico.
- Dar a conocer las causas principales que propician la aparición del Síndrome de Sjögren.
- Conocer las manifestaciones bucales que pueden tener los pacientes diagnosticados con este síndrome.
- Explicar la correcta clasificación y diagnóstico del Síndrome de Sjögren.
- Desarrollar un protocolo sobre el adecuado tratamiento a realizar en los pacientes con el Síndrome.
- Crear un manual del correcto manejo estomatológico de pacientes diagnosticados con Síndrome de Sjögren.

2.4 ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

El SS es una enfermedad autoinmunitaria compleja donde se combinan la citotoxicidad celular y humoral, además de la formación de complejos inmunitarios (II, III Y IV).⁶

Puede ser primario (al que se le relaciona con una eventual transformación maligna con la aparición de linfomas), o secundario, el cual es más prevalente.⁶

Se clasifica como SS secundario, por manifestarse acompañando a padecimientos autoinmunitarios como artritis reumatoide, lupus eritematoso, esclerodermia o polimiositis. Es posible observar reacciones a distancia como artritis no erosiva y fenómeno de Reynaud por la formación glandular de complejos inmunitarios.⁵

Existen en el suero del paciente con SS anticuerpos contra proteínas acinares específicas (α -frodin). La presencia de linfocitos T y B activados incrementan los procesos de apoptosis glandular. Los mecanismos de apoptosis intra y ectraacinar superan a aquellos que se oponen a estos fenómenos.⁶

El epitelio acinar y ductal expresan complejos mayores de histocompatibilidad tipo II, que intervienen provocando y manteniendo el daño autoinmunitario. Una desregulación en la función colinérgica produce cambios estructurales acinares que invitan a la hiperreactividad de la autoinmunidad. Hay una redistribución intracelular de la aquaporin-5, que es una proteína que regula los canales hídricos en las células glandulares. Marcadores inmunogenéticos como HLA-B8, -DR3 y -DRw52 se manifiestan distinto en las personas con SS que, en otros miembros de la población, resulta bastante distintiva la manifestación del alelo HLADQA1*0501 en esta predisposición genética.⁶

Todas estas manifestaciones patogénicas que actúan en forma aislada o conjunta, no explican el factor etiológico desencadenante. La susceptibilidad glandular a virus del tipo Epstein- Barr, citomegalovirus y a algunas variedades de retrovirus, la asocia a una posible causal patógena lo anterior es posible debido a los cambios estructurales y funcionales en el núcleo (modificación genotípica), citoplasma y membrana celular que estos agentes infecciosos pueden provocar

(expresión fenotípica), con ello la identificación como extraño del tejido acinar y ductal, de un hospedero susceptible en forma genética.^{5,7}

Básicamente se describen cuatro eventos comunes en todos los pacientes con SS:

1. El inicio por un factor exógeno.
2. Alteración de las células epiteliales de la glándula salival.
3. La migración de los linfocitos T-CD4+ y la infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas, salivales, lagrimales, y otras.⁵
4. La formación de estructuras tipo centros germinales que contienen células dendríticas foliculares (DC), células B proliferantes e hiperreactividad de esos linfocitos B con la producción de factor reumatoide y anticuerpos Ro (SS-A) y La (SS-B)⁶

Un modelo para la patogénesis de SS sugiere dos fases, una no inmune y otra inmune. En la fase no inmune, una anormalidad genética de base o una infección viral desencadenaría la apoptosis de las células epiteliales glandulares y los restos celulares fagocitados podrían actuar como autoantígenos, provocando una respuesta inmune.^{5,7}

En la fase inmune, a niveles molecular y celular, las células epiteliales tienen un papel importante tanto en su iniciación como en la perpetuación de las lesiones autoinmunes. La presentación del antígeno, la apoptosis, la producción de chemoquinas y metaloproteasas o la formación de centros germinales se encuentran en el centro de la patogénesis de los SS, todo orquestado por las células epiteliales.^{5,7}

La predisposición genética para el desarrollo del SS estaría relacionada con la observación de que pacientes con historia familiar del síndrome, presentan antígenos leucocitarios específicos y tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Esto podría estar asociado con polimorfismos de genes del complejo mayor de histocompatibilidad.⁶

La evidencia actual que involucra virus específicos en este síndrome es conflictiva, sugiriéndose que los virus pueden promover la producción de autoanticuerpos a través de mimetismo molecular, dando lugar a una reacción cruzada de reactivos inmunes con los antígenos del huésped.⁶

Algunos de los virus que han sido implicados en el desarrollo de SS son citomegalovirus, virus Epstein-Barr, virus hepatitis C, leucemia de células-T humanas/virus-1, linfoma y VIH.⁶

El hecho de que SS ocurre más a menudo en mujeres que en hombres sugiere el posible rol de las hormonas sexuales en la patogénesis de la enfermedad. La relación entre andrógenos y estrógenos regula la respuesta inmune, los estrógenos estimulan al sistema inmune controlando el crecimiento linfocitario, su diferenciación, proliferación, presentación de antígenos, producción de citoquinas, de anticuerpos, sobrevivencia celular y apoptosis.⁶

Los estrógenos disminuyen durante la menopausia y es cuando más susceptibles son las mujeres a desarrollar SS sugiriendo que, ya sea la reducción de estrógenos o la diferencia en la relación entre andrógenos y estrógenos, estaría involucrado en el inicio de la enfermedad.⁸

Entre las enfermedades autoinmunes, el SS muestra la mayor incidencia de trastornos linfoproliferativos malignos y se ha observado que la presencia de un severo ataque de las glándulas exocrinas, de vasculitis, de niveles bajos de C4 y crioglobulinemia, al momento del diagnóstico, identifica específicamente a los pacientes con SS que presentan alto riesgo de desarrollar linfoma y por lo tanto altas tasas de mortalidad⁵.

2.5 CLASIFICACIÓN

1. Síndrome de Sjögren primario (SSp): Caracterizado por la xeroftalmía, la xerostomía y otros rasgos clínicos y biológicos de la afección.⁹
2. Síndrome de Sjögren secundario (SSs): Está presente la xeroftalmía y/o la xerostomía, generalmente menos intensa que en el SSp, asociada a una enfermedad o situación autoinmune bien identificada. (Cuadro 1 y 2)⁹

- **Sarcoidosis (infiltración por granulomas no caseificantes)**
- **Tuberculosis, lepra (infiltración por granulomas caseificantes)**
- **Amiloidosis (infiltración por amiloide)**
- **Hipertrigliceridemia (infiltración por lípidos)**
- **Linfoma (infiltración por células neoplásicas)**
- **Enfermedad del injerto contra el huésped**

Cuadro 1. Enfermedades simuladoras de SS (otras causas de infiltración de glándulas exócrinas)

Fuente: 9. Criterios de clasificación de síndrome de Sjögren.

1. SS asociado a otras enfermedades autoinmunes sistémicas

- Lupus eritematoso sistémico*
- Artritis reumatoide*
- Esclerosis sistémica*
- Enfermedad mixta del tejido conectivo.
- Miopatías inflamatorias
- Enfermedad de Still del adulto
- Sarcoidosis

2. SS asociado a enfermedades autoinmunes organoespecíficas.

- Tiroiditis autoinmune*
- Cirrosis biliar primaria*
- Hepatitis autoinmune
- Diabetes mellitus
- Pancreatitis autoinmune
- Enfermedad celiaca
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Colangitis esclerosante
- Miastenia grave.

3. SS asociado a infecciones víricas crónicas

- Infección por el virus de la hepatitis C*
- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana
- Infección por el HTLV-I.

Cuadro 2. SS asociado a otras enfermedades.

Fuente: 9.Criterios de clasificación de síndrome de Sjögren.

2.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El SS es uno de los padecimientos más comunes, con una prevalencia de más de un millón de personas tan sólo en los Estados Unidos de América.⁸

Cuando las manifestaciones clínicas se limitan sólo a las glándulas exocrinas, principalmente glándulas salivales y lagrimales, la condición se considera SS primario, en asociación a otra enfermedad inmunológica se considera SS secundario.⁴ El SS se puede describir como una enfermedad cuya manifestación primaria se puede extender entre un 0,05% a 1% de la población, y en su forma secundaria, acompaña al 30% de los pacientes con artritis reumatoidea, 10% de los que tienen lupus y 20% de los que presentan esclerodermia^{8,9}.

Se ha reportado además un alto riesgo de desarrollar linfoma maligno en pacientes con SS primario⁴.

Es por esto que en cada paciente diagnosticado con SS se debe examinar a profundidad en su estado de salud, ya que siempre se encontrará acompañando a una enfermedad reumatólogica. Se presenta una manifestación del 3 al 5% de la población de adultos mayores. La prevalencia es mayor en el sexo femenino en una proporción de 9:1 respecto a los masculinos, presentándose generalmente después de la cuarta década de vida^{10, 11}. También se ha descrito un tipo de SS primario juvenil en niños y adolescentes quienes presentan signos más graves de la enfermedad.⁸

La participación de las glándulas exocrinas en el SS no se limita sólo a las salivales y lagrimales, también puede implicar a las glándulas del aparato respiratorio, gastrointestinal, vaginal y piel. Las glándulas productoras de mucus del árbol respiratorio pueden estar también comprometidas lo que resulta en sequedad de la nariz, garganta y tráquea. En el tracto gastrointestinal aparece atrofia de la mucosa esofágica, gastritis atrófica o pancreatitis subclínica¹².

El 60% de los pacientes pueden tener además manifestaciones extraglandulares, comprometiendo por infiltración linfoide a los pulmones, riñones, hígado, sistema

nervioso, vasos sanguíneos, articulaciones, músculos o transformarse en una enfermedad proliferativa de linfocitos B¹³.

2.6.1 Manifestaciones extraglandulares

Las poliartralgias son una de las manifestaciones extraglandulares más observadas en estos pacientes, aunque la artritis erosiva pudiera presentarse ocasionalmente. Las mialgias son afecciones igualmente frecuentes en estos pacientes.¹⁴

El linfoma es una de las complicaciones potenciales del SS, con datos de morbilidad de 6,4 casos en mil por año.¹⁴ Otras manifestaciones reportadas en este síndrome a nivel del sistema nervioso periférico (SNP) incluyen la neuropatía simétrica distal, la mononeuropatía, neuropatía sensorial y neuropatía autonómica. La polineuropatía precede a los síntomas "sicca" en el SS en un 39% como primera manifestación clínica.¹⁴

El tracto gastrointestinal también está afectado en estos pacientes, siendo muy notoria la gastritis atrófica crónica la cual ha sido más frecuente en pacientes con SSP, y es probable que esta gastritis produzca dolor epigástrico, náuseas y la presencia de un infiltrado linfocítico relevante en muestras de biopsias gástricas.¹⁴

Las alteraciones del tracto respiratorio incluyen síntomas de resequedad en las mucosas de las vías aéreas traqueobronquiales, pneumonitis linfoide intersticial, fibrosis intersticial, pleuritis, pseudolinfoma y linfoma pulmonar.¹⁴

Entre las manifestaciones cutáneas más comunes se encuentra la púrpura trombocitopénica, la cual es más frecuente en extremidades inferiores, así como las vasculitis, las lesiones maculares o papulares eritematosas. Es frecuente el fenómeno de Raynaud en pacientes diagnosticados con SSP y en muchos casos podría preceder al desarrollo de síntomas de resequedad en estos pacientes. Algunos pacientes refieren resequedad en mucosa vaginal, y una marcada frecuencia de alergias a fármacos.¹⁴

El cuadro clínico de SS se desarrolla en forma apacible con resequedad discreta de las mucosas, pueden transcurrir diez años antes que se presente un evento

completo y grave. A la disminución salival menor a 1 ml por minuto se le conoce como hiposalivación (signo) y a las sensaciones producidas, síntomas, se les denomina xerostomía, las cuales engloban:

- Sensación de resequedad
- En los ojos se siente arenilla
- Dificultad de formar un bolo alimenticio que sea manejable en forma suficiente para deglutar
- Dificultad para hablar por lapsos prolongados
- Sensación ardorosa o estomatopirosis
- Susceptibilidad incrementada a caries por disminución de procesos remineralizantes
- Formación y retención de biofilms bacterianos, lo que incrementa el riesgo a caries y periodontitis.
- Afecta en el sellado de dentaduras parciales o totales.¹⁵

2.6.2 Manifestaciones bucales

El examen físico demuestra una mucosa seca y brillante, con frecuencia depapilada por aumento de los fenómenos de frotación al disminuir los de lubricación, la mucosa se presenta enrojecida y pegajosa.¹⁶ (Anexo Figura 1) estos fenómenos se acentúan a partir del mediodía y alcanzan su máxima expresión por la noche, hay presencia de halitosis, sequedad bucal, ardor y dolor de origen mucoso en la lengua; dificultad para la fonación, formación del bolo alimenticio, masticación y deglución; disgeusia con sensación de “sabor metálico”, lo que modifica la calidad de la alimentación del paciente, pues prefiere comidas con alto contenido de azúcares y agua.¹⁶

Generalmente, se observa inflamación y candidiasis oral a nivel de lengua y el paladar. En los pacientes portadores con prótesis dentales, el roce con las encías produce inflamación y, en algunos casos, erosiones sobre la mucosa oral y resequedad labial.¹⁵ (Anexo Figura 2 y 3).

La saliva a la ordeña salival puede ser difícil de obtener y es densa. La palpación parotídea puede no ser reveladora de crecimientos en SS secundario, pero hay crecimiento en el primario.¹⁷

Los individuos con SS secundario asociado a artritis reumatoide por razones no explicables sufren menos repercusiones extraglandulares que aquellos en que no está asociada o con SS primario.¹⁵

En la mayoría de los pacientes, las glándulas parótidas o las submaxilares están levemente aumentadas de tamaño, firmes e indoloras; esto principalmente en pacientes con SS primario¹⁷

El flujo salival facilita el movimiento de la lengua, mucosa y labios, y ayuda en la limpieza de la boca al arrastrar restos de comida y bacterias; permite movimientos necesarios de la lengua y los labios para la fonación. También contribuye a la formación y transporte del bolo alimenticio para la deglución. La saliva es vital para los dientes, ya que actúa como un factor dinamizador del proceso de desmineralización y remineralización de estos últimos.¹⁷

Algunos de los efectos de la disminución del flujo salival son: empaquetamientos de comida en las caras vestibulares de los dientes debido a la pobre lubricación y a la falta de acción mecánica de la saliva. La xerostomía secundaria del SS, reduce el contenido de proteínas IgA, y debilita el sistema de defensa antibacteriano contra la caries.⁵

Los pacientes con poca producción de saliva, presentan un medio bucal ácido con concentración sobresaturada de calcio y fósforo, lo que favorece la desmineralización del esmalte por la ausencia de la capacidad amortiguadora, frente a la producción ácida de las bacterias. Al utilizar las resinas compuestas, se produce la contracción de la polimerización, lo que genera fuerzas en las estructuras cristalinas del esmalte y la dentina.¹⁷

En los pacientes con SS, el esmalte y la dentina se encuentran debilitados. La tendencia a la desmineralización, asociada a la deficiente calidad de la saliva, produce la contracción de la polimerización de las resinas compuestas y

microfracturas marginales, que inducen al desalojo de la restauración y/o la aparición de nuevas caries. Al perder su integridad marginal por deshidratación, respecto a la adhesión a la superficie, el ionómero de vidrio se desaloja o se desintegra.¹

Aumenta también la incidencia de caries y su severidad, presentando principalmente caries cervicales y en casos severos se encuentran rodeando el cuello de los dientes, sobre todo en los dientes anteroinferiores. También se pueden encontrar caries en las superficies incisales en casos severos incluso en presencia de buena higiene bucal.⁴ (Anexo Figura 4 y 5).

2.7 DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico precoz del SS puede ser muy oportuno, ya que en muchas ocasiones tiene un progreso lento, transcurriendo desde el primer síntoma hasta la expresión plenamente sintomática de la enfermedad y el diagnóstico definitivo entre 8 a 10 años¹⁴

Un test inicial de flujo salival (sialometría) realizado en la consulta odontológica resulta ser un buen indicador de disfunción glandular (sin estimulación, por expectoración simple o por test de Schirmer modificado, o sialometría por masticación de parafina), sin embargo, únicamente este examen no puede diagnosticar SS.¹⁵

Se han propuesto además de la sialometría, la sialoquímica (espectro electroforético, SELDITOF-MS) pues son exámenes simples, seguros (no invasivos) y sensibles (detección temprana de la enfermedad) y han mostrado que la concentración total de proteínas salivales está extremadamente aumentada en la saliva de los pacientes con SS^{11, 1}

Sin embargo, no hay un criterio de diagnóstico universalmente aceptado para el diagnóstico de SS lo que ha llevado a confusión tanto en la investigación clínica como en la práctica.¹⁶

El diagnóstico resulta complejo pues debe incluir evaluación del componente ocular y salival y también una diferenciación entre SS primario y secundario. Los

pacientes con SS secundario presentan elevados niveles de proteína C reactiva en el plasma, no así los con SS primario.¹³

Actualmente se utiliza para el diagnóstico la versión del Grupo de Consenso Americano-Europeo del 2002 (Cuadro 2)^{18,19}, que considera la evaluación de signos y síntomas bucales, signos y síntomas oculares, histopatología de biopsia de glándulas salivales labiales, y la presencia de anticuerpos séricos antinucleares (ANA): anticuerpos anti-Ro o SS-A y anti-La o SS-B^{17,18} y se ha sugerido que pacientes con SS tendrían una expresión reducida de IgA y aumentada de IgG en células plasmáticas¹⁹.

Tabla 1. Criterios de clasificación de Síndrome de Sjögren propuestos en el 2002

Síntomas oculares (por lo menos uno de los siguientes):

- Todos los días, persistentes, ojos secos molestos por más de tres meses.
- Sensación recurrente de arena o grava en los ojos.
- El uso de substitutos de lágrimas más de tres veces por día.

Síntomas orales (por lo menos uno de los siguientes):

- Sensación diaria de sequedad en la boca por más de tres meses.
- Inflamación de las glándulas salivales recurrente o persistente en la edad adulta.

Los signos oculares (resultados positivos de al menos una de las siguientes pruebas):

- Prueba de Schirmer.
- Prueba de rosa de Bengala o de otra prueba de tinción ocular.

Histopatología (biopsia positiva de una glándula salival).

Implicación de la glándula salival (resultados positivos de al menos una de las siguientes pruebas):

- Colección de todo el flujo salival no estimulado (menos de 1.5 ml en 15 minutos).
- Sialografía parótidea mostrando la presencia de sialectasia difusa.
- Gammagrafía salival mostrando retardo en la captación, la reducción de la concentración, y la excreción retardada de trazador.

Presencia de anticuerpos a los antígenos:

- Anti-SSA (Ro)
- Anti-SSB (La)

Clasificación del síndrome de Sjögren primario se requiere:

- Cuatro de seis criterios, entre ellos una biopsia de glándula salival menor o anticuerpos positivos SSA/SSB.
- O tres de los cuatro criterios objetivos (criterios de 3 a 6)

Clasificación del síndrome de Sjögren secundario:

- Exige una enfermedad del tejido conectivo establecida y uno de los síntomas sicca (criterios 1 o 2), además de 3 de los cuatro criterios objetivos (artículos 3, 4, 5).

Exclusiones:

- Incluyen radioterapia previa a la cabeza y cuello, linfoma, sarcoidosis, enfermedad de injerto contra huésped, e infección con el virus de la hepatitis C, o VIH, el uso de los fármacos anticolinérgicos.*

Cuadro 2. Criterios diagnósticos para el Síndrome de Sjögren.

Fuente: 9.Criterios de clasificación de síndrome de Sjögren.

Básicamente el diagnóstico de Sjögren primario se realiza en pacientes que presentan signos y síntomas de sequedad oral y ocular, y que resultaron positivos para los anticuerpos del antígeno anti-SSA o anti-SSB, o que tienen positiva una biopsia de glándula salival y que no tienen ninguna otra enfermedad autoinmune de base.¹⁹

2.8 TRATAMIENTO

Hasta el presente no existe un tratamiento curativo definitivo para el SS que pueda restaurar o reducir el daño glandular. El tratamiento debe estar orientado a aliviar la sintomatología e incluirá tratamientos locales y sistémicos.

Se ha propuesto un manejo odontológico para estos pacientes basado en prevención de caries, tratamiento de candidiasis, estimulación del flujo salival y uso de sustitutos salivales. El tratamiento odontológico integral de estos pacientes es más amplio y se deben tener consideraciones especiales con ellos antes, durante y después de todo el tratamiento.¹⁶

Algunos factores como el cigarro, bebidas alcohólicas, comidas secas y medicamentos anticolinérgicos deben evitarse. Resulta fundamental la higiene bucal, ingerir abundantes líquidos y sustitutos de saliva.¹⁷

Es por esto que se propone un plan de tratamiento odontológico integral de pacientes con síndrome de Sjögren, considerándolos como de alto riesgo de caries y con condiciones especiales. El manejo y seguimiento clínico de pacientes con este síndrome, puede manejarse en tres fases:

1. Fase inicial, paliativa y preventiva.
2. Fase restauradora y rehabilitadora.
3. Fase de mantenimiento.

1. Fase inicial, paliativa y preventiva

- Explicar, advertir y tranquilizar al paciente sobre las repercusiones bucales de su enfermedad sistémica.

- Controlar dieta indicando reducción de carbohidratos y disminuir horas de ingesta (máximo 4 veces al día). Para llevar a cabo esto es necesario conocer la ingesta total de alimentos, y aconsejar al paciente que anote los alimentos y las bebidas que ingiere durante una semana para poder realizar las modificaciones necesarias.¹⁶

1.1 Tratamiento paliativo

Se trata de estimular el flujo salival, indicando gomas de mascar y caramelos sin azúcar, abundante ingesta de agua (mínimo 2 litros repartido en 8 a 10 vasos diarios). Se pueden indicar sustitutos de saliva, pero sus beneficios son limitados y de breve duración, aunque puede ser de ayuda para pacientes con úlceras orales o erosiones ¹⁶.

La estimulación del flujo salival se puede realizar a través de la estimulación de la función masticatoria de forma mecánica, e indicar al paciente el consumo de alimentos que requieran una masticación vigorosa como la zanahoria; mantener en la boca semillas de aceituna o cereza; y el uso de materiales que requieran ser una masticación constante como: parafina, caramelos o gomas de mascar. ¹⁸

La revisión del tratamiento farmacológico es muy importante para evaluar la supresión, sustitución o reducción de las dosis de los medicamentos y, conocer si nuestro paciente con SS está consumiendo algún medicamento xerogénico.

La estimulación por medicamentos como sustancias extrínsecas estimuladoras de la secreción salival debe ser administrada por un especialista, luego del examen médico. Entre los fármacos parasimpaticomiméticos más usados se encuentran: la pilocarpina, el betanecol, el carbacol y la cevimelina.^{19, 20}

Los sustitutos salivales con mayor referencia literaria son los que contienen mucina natural extraída del ganado porcino o bovino y, los que se preparan en una base de carboximetilcelulosa. Las que contienen mucinas son las más aceptadas por los pacientes, debido a que su viscosidad se asemeja más a la saliva natural.¹⁹
Los sustitutos de la saliva deben tener acción lubricante y de humedecimiento de

la boca. Su uso debe ser antes, durante y después de los alimentos. Unos de los sustitutos más utilizados son el agua y la leche, pero solo reportan un alivio pasajero.

El antifúngico de elección para la candidiasis, es la nistatina. Sus formas de presentación más utilizadas son la suspensión y los óvulos. La suspensión se usa como enjuague, con una cucharada (10 ml), de 3 a 4 veces al día, durante dos semanas.²⁰ Los óvulos se formulan, para su disolución, de 3 a 4 veces al día, también por dos semanas. En la queilitis se deben usar los antimicóticos tópicos de nistatina en crema sobre las áreas afectadas, 3 a 4 veces al día.²¹

1.2 Tratamiento preventivo

- Manejo antibacteriano con antisépticos como Gluconato de clorhexidina al 0,12%, 10 ml de enjuague durante un minuto diariamente por una semana cada mes y no usando pastas dentales con monofluorofosfato de sodio^{20, 21} durante el periodo de una hora debido a que la inactiva.²²
- Mascar chicles de xilitol.
- Indicación de enjuagues con solución de bicarbonato de sodio después de comer para mantener pH y enjuague con infusión de manzanilla para estimular la reparación de mucosas.
- Se recomiendan los enjuagues bucales cada 2 o 4 horas; dos veces al día o la aplicación de clorhexidina al 1% en gel, todas las noches, por 14 días.²²
- En caso necesario, realizar tratamiento periodontal, que incluye destartraje supragingival y pulido coronario; y, en periodontitis, destartraje subgingival y pulido radicular en sacos activos.
- En pacientes con SS primario la higiene bucal es esencial y, se debe evitar el consumo de agentes irritantes como el alcohol y el tabaco. El cepillado debe realizarse luego de los enjuagues, el cepillo debe ser de cerdas suaves, y se indica al paciente cepillarse de 3 a 4 veces al día.²²

En estos pacientes se debe evitar realizar tratamientos en piezas dentarias con pronóstico dudoso o malo.

1.3 Instrucciones de higiene

Usando pasta de dientes fluorada (2.500-5.000 ppm) de uso matutino y nocturno dejándola en boca o bien aplicándola con una cubetilla plástica para uso nocturno; además, indicación de colutorio de flúor 0,05% + cloruro de cetilpiridinio para uso diario o cada vez que sienta la boca seca y uso diario de seda dental fluorada.²³

En la consulta, aplicación de barniz de flúor (22.600 ppm), inicialmente 1-3 aplicaciones en un mes y otra aplicación a los 3 meses. Aplicar selladores de fosetas y fisuras en surcos profundos.²⁴

2. Fase restauradora y rehabilitadora.

Luego de diagnosticada la enfermedad y activada la fase inicial, paliativa y preventiva; y antes de pasar a la fase restauradora y rehabilitadora; la evaluación del estado oral del paciente y, de los factores de riesgo que favorecen la aparición de nuevas caries para determinar la terapéutica a realizar, son determinantes.²³

Para el enfermo con SS, es obligatorio involucrarse en su propio cuidado bucal, mediante una correcta higiene oral, el control de la dieta cariogénica y las visitas que su dentista considere oportunas.

La odontología mínimamente invasiva, considera los materiales de nuevo desarrollo para colocar restauraciones más pequeñas y conservadoras que; preservan la estructura del diente, reparan las restauraciones existentes con materiales que liberan fluoruro, y restauran caries cervicales recientes con amalgamas. Si está comprometida la estética se puede utilizar resina o ionómero de vidrio y evaluar su integridad en controles sistemáticos cada tres meses.¹⁸

Si las restauraciones cervicales fracasan constantemente, se debe evaluar la posibilidad de acceder al tratamiento con prótesis fijas para evitar la excesiva pérdida dentaria por caries o como se ha frecuentemente observado, la obliteración por calcificación de los conductos radiculares. Si no es posible, realizar restauraciones en forma transitoria cubriendo las superficies dentarias en espera de un tratamiento más definitivo, sin olvidar los controles periódicos.¹⁸

Todo esto con extremo cuidado en el control de la flora bacteriana cariogénica, y de los enjuagatorios con soluciones antisépticas, una semana, por mes, o permanentemente.¹⁸

2.1. Cementos de ionómero de vidrio

2.1.1 Cemento convencional

Son indicados para restaurar lesiones clase V, debido a su liberación prolongada de fluoruro la cual provee un efecto anticariogénico.²⁴ Estos materiales se comportan muy bien en áreas cervicales debido a su bajo cambio dimensional, a la adhesión a la estructura dentaria, que llevan a una baja microfiltración y excelente integridad marginal. Sin embargo, estos materiales presentan baja resistencia a la flexión, a la abrasión, baja dureza superficial y pobre estética. ²²

2.1.2 Cementos de ionómero de vidrio modificado con resina compuesta

La creación de materiales mixtos de cementos de ionómero de vidrio y resina compuesta tuvo como objetivo el de superar las desventajas de sensibilidad a la humedad y baja resistencia inicial asociadas a los cementos de vidrio convencionales, siendo autopolimerizables y fotopolimerizables. Estos materiales parecen tener una mejor adaptación a la dentina que los cementos de vidrio convencionales. En general, la resistencia mecánica de estos cementos no es comparable con la de las resinas compuestas, sin embargo, parece superar, por lo menos in vitro, a la de los vidrios ionoméricos convencionales

Tanto los cementos de vidrio convencionales como los cementos de vidrio modificado con resina compuesta liberan fluoruro en mayor o menor grado, tienen la posibilidad de actuar como reservorio de fluoruro si el paciente recibe aportes adicionales de fluoruro mediante aplicaciones o enjuagatorios fluorurados. La mayor parte del fluoruro se libera en las primeras horas y días y los valores decrecen a medida que transcurre el tiempo ²²

2.1.3 Amalgamas

La amalgama aún continua ocupando un lugar importante en la odontología restauradora tanto en áreas cervicales como en otras áreas en función de las siguientes ventajas: mantenimiento de la forma anatómica, resistencia a la abrasión, resistencia compresiva, adaptación correcta a las paredes cavitarias, autosellado marginal, por el depósito continuo en el tiempo de los productos de corrosión a nivel en la interfase diente-restauración, insolubilidad en los líquidos bucales, por ser una técnica menos sensible y la cual no produce reacciones nocivas al órgano dentino-pulpar.²⁵

La amalgama pareciera ser el material de restauración de elección en pacientes con SS en áreas cervicales y dientes posteriores, debido a un alto porcentaje de fallas de los materiales de restauración con técnicas adhesivas.

2.1.4 Resinas compuestas

Son utilizados en sector anterior y posterior, responden a requisitos estéticos y funcionales (oclusión). La preocupación de la colocación de resinas compuestas en pacientes con alta susceptibilidad a la caries se debe a la contracción de polimerización, falta de propiedades anticariogénicas y a su dificultad de alcanzar una unión entre la resina y el cemento radicular. Su mayor indicación radica en el sector anterior.²⁵

2.1.5 Resinas compuestas de micropartículas

A pesar de la alta resistencia al desgaste por fricción de las resinas compuestas de micropartículas, no son indicadas en áreas de alta concentración de tensiones debido al riesgo de fractura por tener baja resistencia a las fuerzas traccionales y tensionales, por lo cual su mayor indicación es en el sector anterior.²⁵

2.1.6 Resinas compuestas híbridas

Pueden utilizarse tanto en el sector anterior como en el sector posterior de la cavidad bucal. Su empleo en zonas de alta carga oclusal es posible debido a su alto contenido de relleno. No obstante, si la restauración que se ha de realizar es

de elevada exigencia estética, el material de primera elección será una resina compuesta de micropartículas.²⁵

2.1.7 Resinas compuestas fluidas

Considerando el bajo módulo de elasticidad de estas resinas hace que las tensiones se disipen durante la contracción de polimerización, lo que facilita una adecuada adaptación marginal. Entre las aplicaciones clínicas se ha sugerido: en cavidades clase V, como sellante de fosas y fisuras, como material de restauración intermedio que se coloca entre la capa híbrida y la resina compuesta, es decir como base cavitaria.²⁵

La indicación de sellantes de fosas y fisuras son una alternativa terapéutica para estos pacientes. Se obtiene un efecto beneficioso adicional de protección anticaries con el uso de los sellantes con fluoruro, el cual es liberado en forma tardía desde el esmalte o saliva para permitir su disponibilidad en el medio ambiente dentario cuando se producen descensos del pH.²⁵

2.1.8 Manejo Periodontal

El manejo periodontal de los pacientes con SS en su primera fase, comienza con la enseñanza de métodos de higiene que incluyen la correcta instrucción de las técnicas de cepillado dental, uso de hilo dental y otros medios auxiliares con la finalidad de aumentar la remoción de placa dentobacteriana.

Posteriormente, se realiza la eliminación de todos los irritantes locales, tipo placa y cálculo, realizando las maniobras terapéuticas necesarias como la tartrectomía, el raspado y alisado radicular y profilaxis. Si existen restos radiculares, caries o restauraciones defectuosas, deben ser tratados durante esta fase. Luego se debe pasar a una fase quirúrgica periodontal, si el caso lo amerita.²⁵

En aquellos casos donde se requiera la utilización de injertos gingivales, se debe evaluar el grado de xerostomía y la calidad de los tejidos blandos, procedimiento común a todos los pacientes que requieren este tipo de intervenciones, solo que, en este caso, si existe una disminución severa del flujo salival, el pronóstico está comprometido.

El mantenimiento y control de los tejidos periodontales es de gran importancia, por lo tanto, el monitoreo de estos pacientes por parte del odontólogo debe ser periódico y constante, con reforzamiento de las técnicas de higiene bucal, la prescripción de pastas dentales especiales, con sabores suaves y alto contenido de fluoruro, aplicaciones tópicas de fluoruros, soluciones especiales como saliva artificial y enjuagues bucales sin contenido de alcohol.²²

Si el paciente logra controlar de manera eficiente esta primera fase, el éxito del tratamiento odontológico se asegura.

2.1.9 Rehabilitación definitiva

Se debe rehabilitar con prótesis fijas las piezas dentarias con caries cervicales extensas o en aquellas en que las restauraciones cervicales han fracasado dos o más veces en un periodo de dos años (Anexo Figura 6) teniendo extremo cuidado en el control de la flora bacteriana cariogénica instaurando enjuagatorios con soluciones antisépticas una semana por mes de forma permanente.

En el caso de SS avanzado, se ha observado obliteración de conductos radiculares, en ese caso, se recomienda no insistir en la endodoncia y realizar corona periférica sin sistema de perno muñón. Se prefiere rehabilitar los espacios edéntulos con prótesis fija sobre implantes en vez de prótesis removibles.²²

Rehabilitar con prótesis removibles dentosoportadas sólo en caso estrictamente necesario y en caso de desdentamiento total preferir prótesis implantosoportadas a prótesis totales mucosoportadas que provocan mayores alteraciones en las mucosas y aumentan el riesgo de sobreinfección con candida.

En los pacientes edéntulos, la limpieza de las prótesis se realiza suavemente usando un algodón impregnado con clorhexidina al 0,04%, las prótesis se deben cepillar con un cepillo adecuado, el cual, de 3 a 4 veces a la semana, debe sumergirse en clorhexidina al 2% o en hipoclorito de sodio al 1% para evitar la formación de placa y la adherencia de microorganismos. Durante la noche, deben dejarse las prótesis sumergidas en una solución bicarbonatada que se prepara

con una cucharadita (2,5 ml) de bicarbonato de sodio en medio vaso de agua (150 ml).²³

3. Fase de mantenimiento

En esta fase debemos realizar:

- Control clínico, con diagnóstico diente por diente
- Aplicación de flúor en barniz
- Controlar dieta, higiene bucal, estado periodontal, estado de restauraciones y prótesis.
- Controlar estado de cámaras y conductos pulpar por análisis radiográfico durante tres meses.

Durante el primer año las consultas no deben prolongarse por más de tres meses. De este modo, se valora la reacción al tratamiento y el riesgo de aparición de nuevas caries. Si el paciente no presenta caries durante el primer año, las citas podrían prolongarse cada seis meses.²²

Cuando un paciente con xerostomía acude a la consulta dental el estomatólogo, deberá prestar especial atención a los signos de boca seca previamente descritos, y descartar otras entidades. Si el paciente presenta xerostomía, y no tiene otras enfermedades relacionadas con dicha entidad, se debe valorar la realización de una biopsia de glándulas salivales menores, y derivar al paciente al reumatólogo para que este complete el estudio y se pueda dar un diagnóstico certero.²²

El estomatólogo debe tener un excelente conocimiento para saber diagnosticar los signos y síntomas de SS en sus pacientes, debe conocer las correctas medidas dietéticas y de higiene para poder tratar la xerostomía, y de esta manera poderles enseñar a producir saliva para así evitar la aparición de caries o posibles infecciones orales.

El enfoque en el manejo de los pacientes con SS es multidisciplinario, ya que intervienen odontólogos, dermatólogos e incluso ginecólogos.

2.9 CONCLUSIONES

El SS es una de las enfermedades autoinmunes más comunes que se caracteriza principalmente por una notable sequedad de las mucosas oculares y de la cavidad oral por la destrucción de glándulas lagrimales y salivales.

El manejo de este síndrome es multidisciplinario, el estomatólogo juega un papel fundamental para el diagnóstico, ya que los pacientes presentan manifestaciones orales que deben ser tratadas con un manejo especial.

El tratamiento debe ser integral y adecuado a cada paciente que presenta este síndrome, el estomatólogo se debe basar en un correcto protocolo para que el éxito del tratamiento sea el que se espera. El protocolo debe incluir la fase inicial (paliativa y preventiva) en donde se debe explicar al paciente de la condición de su enfermedad sistémica e instruirlo en cuanto a su dieta alimenticia e higiene dental para evitar la aparición de lesiones cariosas; la fase restauradora y rehabilitadora en la que se atienden las necesidades de tratamiento que presenta el paciente, desde restauraciones con amalgamas o ionómero de vidrio hasta la colocación de prótesis fijas. En el caso de restauraciones donde esté involucrada la estética se recomiendan los materiales tipo resinas compuestas, cementos de vidrio convencionales o modificados con resinas compuestas y seguimiento estricto posterior a la colocación de este material.

Las prótesis fijas deben ser indicadas cuidadosamente ya que el riesgo de caries cervicales está incrementado y es causa común de fracaso en este grupo de pacientes. Debido a la disminución del flujo salival que conlleva a la resequedad bucal y la disminución de la retención, el uso de prótesis removibles o totales son de uso incómodo para el paciente, por último, se encontrará la fase de mantenimiento en la que se deben dar citas control al paciente para verificar el éxito de las restauraciones realizadas y de este modo poder brindarle al paciente una mejor calidad de vida.

Se recomienda evaluar el riesgo a caries dental según la severidad y el grado de hipofunción salival. Es necesaria la evaluación del riesgo a caries diente por

diente, el diseño y manejo de protocolos preventivos que incluyan enjuagues de clorhexidina al 0,12% por 15 días al inicio del tratamiento preventivo, cepillado con cremas dentales fluorizadas después de cada comida, enjuagues fluorizados antes de acostarse y reevaluaciones mensuales mientras el paciente presente alto riesgo de caries dental.

2.10 BIBLIOGRAFÍA

1. Sturla RG, Romo OF, Torres-Quintana MA. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta. Av. Odontoestomatol 2014; 30 (4): 205-217.
2. Mavragani C, Moutsopoulos H. Síndrome de Sjögren. CMAJ. 2014; 186 (15): 579-586.
3. Soto-Rojas AE, Kraus A. El lado oral del síndrome de Sjögren. Diagnóstico y tratamiento. Una revisión. Arch Med Res 2002; 33 (2): 95-106.
4. Mathews SA, Kurien BT, Scofield RH. Manifestaciones orales del síndrome de Sjögren. J Dent Res 2008; 87 (4): 308-18.
5. Voulgarelis M, Tzioufas AG. Mecanismos patogenéticos en la iniciación y perpetuación del síndrome de Sjögren. Nat Rev Rheumatol 2010; 6 (9): 529-37.
6. Hammi AR, Nunn ME, Zipp M. Evaluación de SS-A y SS-B en saliva parotídea de pacientes con síndrome de Sjögren. J Oral Pathol Med 2005; 34 (4): 198-203.
7. Najera MP, Muñoz D. Síndrome de Sjögren. Un modelo para el cuidado dental en el siglo XXI. 2012; 11(39):211-213.
8. Bayetto K, Logan RM. Síndrome de Sjögren: una revisión de etiología, patogénesis, diagnóstico y manejo. Aust Dent J 2010; 55 (Supl.1): 39-47
9. Goules AV, Tzioufas AG, Moutsopoulos HM. Criterios de clasificación de síndrome de Sjögren. J Autoimmun. 2014; 48-49: 42-5.
10. Fernández C.M. Síndrome de Sjögren. Medicine. 2013; 11(30):1865-73.

11. Napeñas JJ, Rouleau TS. Complicaciones orales del síndrome de Sjögren. Maxilo oral Surg Clin North Am. 2014; 26: 55–62.
12. Al-Hashimi. I. El manejo del síndrome de Sjögren en la práctica dental. J Am Dent Assoc. 2001; 132: 1409-17.
13. Castellanos Suárez JL. Enfermedades inmunitarias. En: Morales Saavedra JL. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 3^a. Edición. México:Editorial El Manual Moderno;2015.p. 269-299.
14. González S, Sepúlveda D, González M, Molina C. Manifestaciones orales y su tratamiento en el síndrome de Sjögren. Dis Oral. 2014; 20(2):153-161.
15. Guerrero MV, Acosta JM, Cutiño LR, Pompa LA. Síndrome de Sjögren. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. MultiMed. 2014; 18(3).
16. Guinn AC, Rouleau TS, Brennan MT. Diagnóstico: síndrome de Sjögren con infección candidal concurrente. J Am Dent Assoc 2010; 141 (5): 541-5.
17. Margaix-Muñoz M, Bagán JV, Poveda R, Jiménez Y, Sarrión G. Síndrome de Sjögren de la cavidad oral. Revisión y actualización. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009; 14 (7): E325-30.
18. Monteserín M.M, García C.B, Jiménez V.N, Cerero L.R, Esparza GC. Síndrome de Sjögren. Revisión e implicaciones en el ámbito de la salud oral. Cient Dent. 2014; 11:49–54.
19. Vivino FB, Al-Hashimi I, Khan Z, LeVegue FG y col. Tabletas de pilocarpina para el tratamiento de la boca seca y los síntomas del ojo seco en pacientes con síndrome de Sjögren:Arch Intern Med. 1999; 159:174-81.
20. Tomiita M, Takei S, Kuwada N, Nonaka Y, Saito K, Shimojo N, y col. Eficacia y seguridad de la administración oral de clorhidrato de pilocarpina para pacientes con síndrome de Sjögren de inicio juvenil. Mod Rheumatol 2010; 20(5):486-90.
21. López J.P, Camacho A.F. Calidad de vida en pacientes con síndrome de Sjögren y complejo sicca. J Rehabilitación oral. 2008; 35: 875-81.

22. Rivera H.; Valero L.; Escalona L. Manejo multidisciplinario del paciente diagnosticado con el síndrome de Sjögren. *Acta Odontol. Venez.*, 47(3):1-23, 2009.
23. Ríos BE, Saldarriaga LM, De Almeida TH, Azevedo MN. Síndrome de Sjögren juvenil primario: estudio de cohorte. *Rev Cub Reumatol* [Internet]. 2015 [citado 8 Ene 2016]; 17(1):40-7.
24. Matis B, Cochran M, Carlson T. Longevidad de los materiales de restauración de ionómero de vidrio: resultados de una evaluación de 10 años. *Quintessence*, 2009; 10:348-357.
25. Macchi R. Materiales dentales. Tercera edición. Editorial panamericana. Madrid-España, 2012. p: 183-199.

CAPÍTULO III. ANTECEDENTES

1. ZONA DE INFLUENCIA

a. Ubicación Geográfica

De acuerdo a la posición territorial que tiene en el mapa general de la República Mexicana, la alcaldía Xochimilco se encuentra ubicada entre los paralelos 19° 09' y 19° 19' de latitud norte; los meridianos 99° 00' y 99° 10' de longitud oeste; altitud entre 2 275 msnm. Colinda al norte con las alcaldías Tlalpan, Coyoacán, Iztapalapa y Tláhuac; al este con las alcaldías Tláhuac y Milpa Alta; al sur con las alcaldías Milpa Alta y Tlalpan; al oeste con la alcaldía Tlalpan. (Figura 1)

La superficie territorial de la alcaldía de Xochimilco es de 122 km², siendo la tercera alcaldía más grande de la Ciudad de México.²⁶

La superficie total de Xochimilco asciende a 12,517 hectáreas, de la cual el 20.1% es suelo urbano y 79.9% es suelo de conservación (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2013).



Figura 1. Ubicación geográfica de la Alcaldía Xochimilco en el Valle de México.

- Uso del suelo en Xochimilco

El 20% del uso del suelo en la alcaldía corresponde a suelo urbano, el 21.3% corresponde al área natural protegida “Ejidos de Xochimilco y San Gregorio Atlapulco” y el 58.3% es suelo de conservación incluyendo los poblados rurales. (INAFED, 2016)²⁶ (Tabla 1).

USO DE SUELO	SUPERFICIE (Ha)	%
Suelo urbano		
Habitacional	2,145.68	85.66
Equipamiento	234.4	9.36
Áreas Verdes y Espacios Abiertos	58.54	2.34
Industria	66.38	2.64
Subtotal	2,505.80	100
Suelo de conservación		
Área Natural Protegida	2,657.08	26.54
Preservación Ecológica	2,631.33	35.44
Poblados Rurales	980.82	9.28
Equipamiento	180.18	1.80
Producción Rural Agroindustrial	2,337.83	15.50
Asentamientos Irregulares	914.94	10.34
Zonas Arqueológicas	310.62	3.10
Subtotal	10,112	100
Total	12,517.80	100

Tabla 1. Uso del suelo en la Alcaldía Xochimilco. Fuente: Enciclopedia de los Municipios y Alcaldías de México, INAFED 2016.

b. Aspectos demográficos

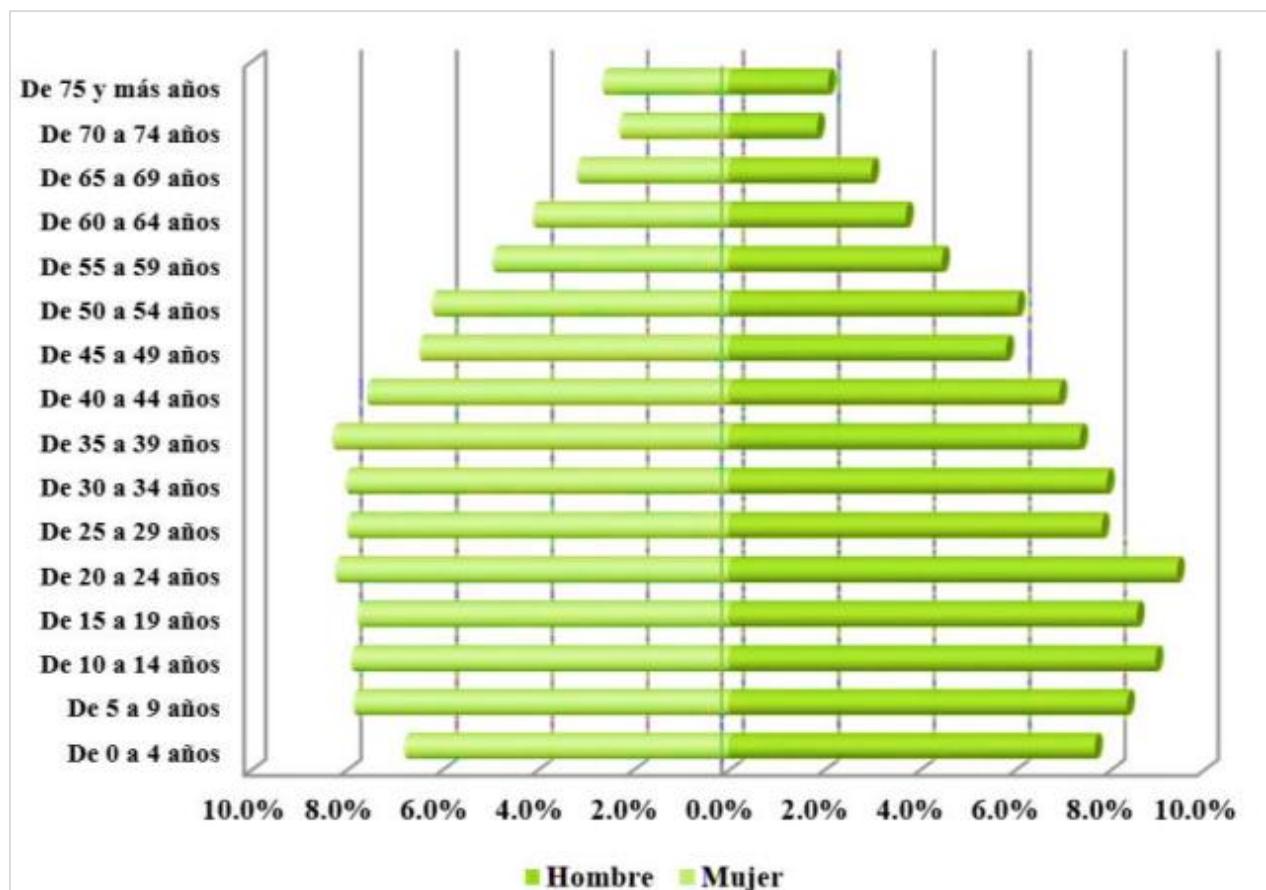
- Distribución de la población

De acuerdo a la encuesta intercensal 2015, la alcaldía Xochimilco cuenta con un total de 415, 993 habitantes, es decir, el 4.7% de la población de la entidad.

En la pirámide poblacional, se observa que la mayoría de la comunidad es muy joven, pues tiene una base considerable y en los rangos de entre 10 y 35 años se

ubica la mayor proporción de su población, mientras que en la parte superior existe poca concentración poblacional de 75 y más años. (Gráfica1).

Se estima que la mitad de la población tiene 30 años o menos, mientras que la población geriátrica que vive en la demarcación es de 11.4% personas mayores de 60 años o más.²⁹. (Gráfica 1).



Gráfica 1. Pirámide Poblacional de Xochimilco, 2010. Fuente: CONEVAL (2016), con datos del INEGI (2015).

- Distribución por Género.

Respecto al género, el 52% son mujeres (216,420) y el 48% son hombres (199,513). En una relación de hombres-mujeres, existen 92 hombres por cada 100 mujeres.^{27, 28}.

- Ocupación de la población
 - Población Económicamente Activa (PEA)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del INEGI, la alcaldía Xochimilco tiene una Población Económicamente activa de 54.3% es decir, 185,193 individuos. De esta cifra el 92% pertenecen a la población ocupada. (179,289). De los cuales el 62 % son hombres y el 38 % son mujeres ³⁰ (Figura 2).

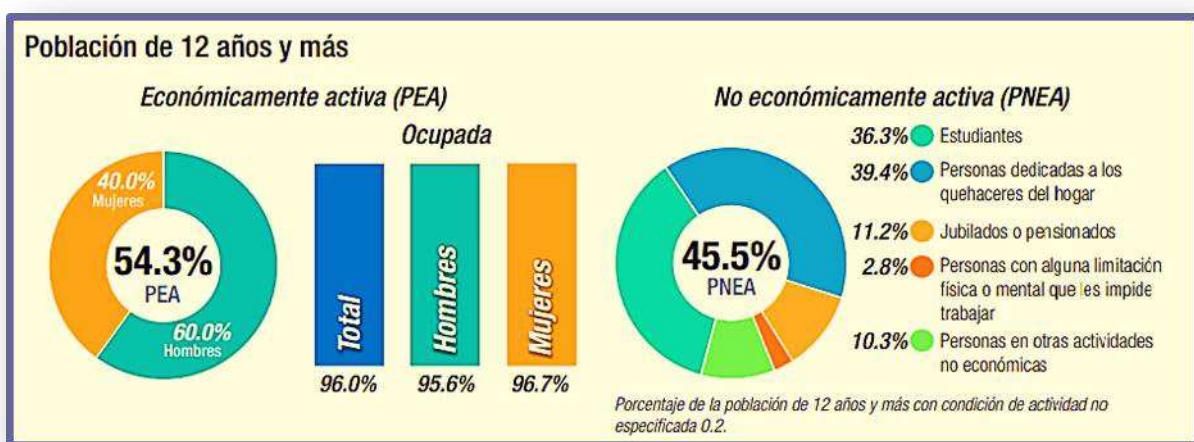


Figura 2. Porcentaje de la Población económicamente activa (PEA) y no económicamente activa (PNEA).

- Actividades primarias

En Xochimilco, el 3.16% de la población desarrolla actividades en el sector primario, lo que equivale a 4,371 personas de la población total de la demarcación.

Dentro de las actividades del sector primario presentes en la alcaldía se tienen:

- Agricultura
- Explotación forestal
- Ganadería
- Producción de hortalizas, flores de ornato y cempasúchil.

De acuerdo con datos de la SAGARPA, las actividades agrícolas principales son: la siembra y cosecha de avena, alfalfa, chile verde, frijol y maíz.

- Actividades secundarias

El 21.55% de la población en la alcaldía se emplean en este sector secundario, lo que equivale a 30,153 sujetos. Se compone de las actividades realizadas en construcción, industria manufacturera, electricidad, gas y agua, entre otros.²⁸

- Actividades terciarias

En el sector terciario se encuentra la mayor concentración de actividades con un 75.3% de la población que se dedica a este ámbito, lo que significan 105, 418 personas en total de la alcaldía.²⁸

Dentro de este sector se encuentran:

- a) Profesionistas. (Médicos y personal de Salud, Servicios educativos,etc.)
- b) Comercio.
- c) Restaurantes.
- d) Actividades de gobierno.
- e) Transportes e información de medios masivos.

- Nivel de Ingresos

De acuerdo a la Secretaría de Desarrollo Económico (SEDECO), el 24.8% de la población ocupada cuenta con un ingreso de más de 1 y hasta 2 salarios mínimos; el 19% cuenta con 2 hasta 3 salarios mínimos; el 9.7% cuenta con más de 5 salarios mínimos; el 9.6% cuenta con un salario mínimo y el 3.6% no recibe ingresos o no es especificado.²⁸ (Tabla 2).

<i>Delegación Xochimilco</i>	Hasta un salario mínimo	Más de 1 y hasta 2 salarios mínimos	Más de 2 y hasta 3 salarios mínimos	Más de 3 y hasta 5 salarios mínimos	Más de 5 salarios mínimos	No recibe ingresos y/o No se especifica	Total
<i>Absoluto</i>	17,193	44,418	34,027	28,083	17,341	6,379	179,289
<i>%</i>	9.6	24.8	19.0	15.7	9.7	3.6	82.4

Tabla 2. Población Ocupada en la Alcaldía Xochimilco, Según el nivel de ingresos promedio 2013.

Fuente: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI.

Por otra parte, el 6.1% de la población se encuentra en la tasa de desempleo en la Alcaldía Xochimilco, es decir, 10,914 desempleados totales.²⁸

c) Vivienda

De acuerdo con el INEGI en censo poblacional 2015, Xochimilco cuenta con 107,270 viviendas, lo que representa el 4.1% del total de la entidad.

- **Tipo de vivienda**

Los registros emitidos por el INEGI la alcaldía Xochimilco el 82.50% de la viviendas corresponde a casas independientes, el 5.5% a departamentos en edificios, el 7.62% a vivienda o cuartos de vecindad, el 0.13% a viviendas en cuarto o azotea; el 0.11% corresponde a local no construido para habitación, vivienda móvil, refugios y viviendas colectivas y el 0.13% no específicos.²⁶

- **Tenencia**

Referente a la tenencia, el 64.9% son viviendas propias, un 16.8% es alquilada; el 15.4% es familiar o prestada; 1.6% es otra situación y el 1.3% no es especificado²⁶ (Figura 3).

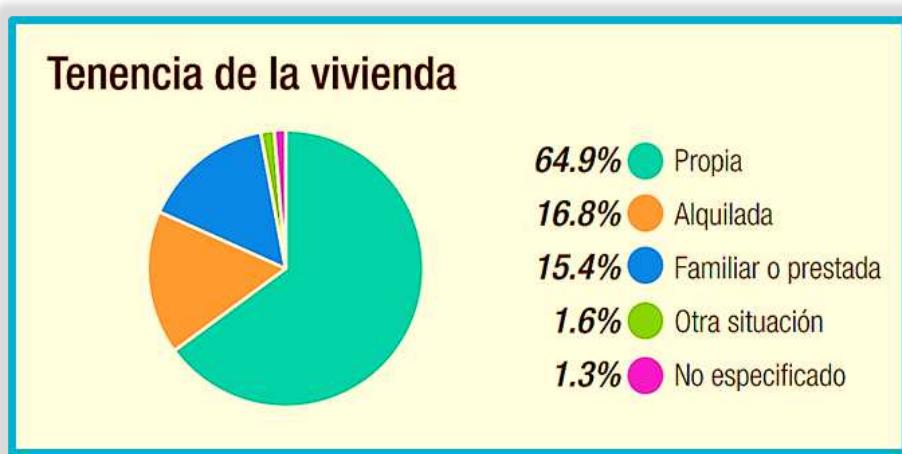


Figura 3. Porcentaje del tipo de viviendas en Xochimilco.

Del total de viviendas, el 30.7% cuenta con 2 a 3 cuartos y el 59.9% cuenta con 4 o más cuartos. El promedio de ocupantes en viviendas habitadas es de un 3.9%, mientras que el promedio de ocupantes por cuarto es del 0.9% (Gráfica 2).



Fuente: Consejo de Evaluación del Desarrollo Social (2016), con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Gráfica 2. Distribución de viviendas por número de cuartos.

- Tipo de material en viviendas.

Del total de viviendas en la demarcación, sólo el 96.1% poseen un piso de cemento, el 2.3% es piso de tierra, 5.1% con techo de lámina y 1.6% con muros precarios.

d) Servicios básicos

El 90.6% de las viviendas dispone de servicios, es decir, el 69.6% cuenta con agua entubada, mientras que el 9.4% no disponen de agua entubada de la red pública; el 98.1% cuenta con drenaje; el 99.1% con servicio sanitario y el 99.4% con electricidad (Figura 4).

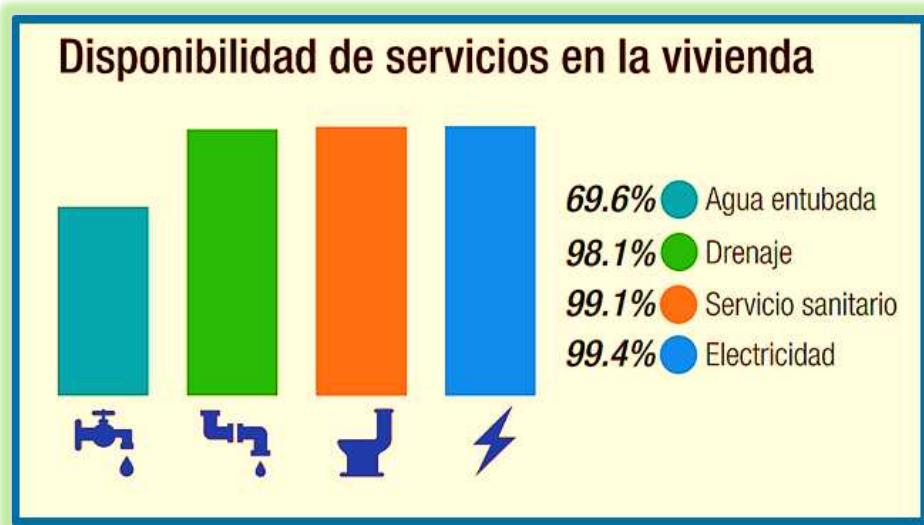


Figura 4. Porcentaje de la distribución de servicios de agua, drenaje, sanitario y electricidad.

e) Servicios educativos

La Alcaldía Xochimilco cuenta con 129 escuelas pertenecientes al sector privado y un total de 229 escuelas públicas de todos los niveles educativos: preescolar, primaria, secundaria y bachillerato, además de la Escuela Nacional Preparatoria plantel 1, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, y la Escuela Nacional de Artes Plásticas de la UNAM.²⁸

- Nivel de Educación

El 96.13% de la población en Xochimilco cuenta con algún nivel de educación. De este porcentaje el 36.5% cuenta con el nivel básico, el 28.6% con el nivel media superior; 32.7% con el nivel superior y el 2.0% no tiene escolaridad.³⁰ (Figura 5).



Figura 5. Características educativas en población de 15 años y más según nivel de escolaridad.

f) Servicios de salud

Del total de la población que habita en Xochimilco, el 76.3% se encuentra afiliada a algún servicio de salud, es decir; 317,388 habitantes ²⁹ (Figura 6)

Referente al tipo de seguridad social al cual son beneficiados, la concentración de derechohabientes se encuentra en:

- Seguro popular: 41.2%
- IMSS: 32.5%
- ISSSTE: 21.4%
- PEMEX, DEFENSA o MARINA: 1.1%
- Seguro privado: 3.9%
- Otra institución: 2.2%



Figura 6. Distribución porcentual de afiliación a servicios de salud.

La alcaldía Xochimilco cuenta con un Hospital Materno Infantil, 12 centros de salud, un DIF y una clínica de Medicina del ISSSTE. El IMSS no tiene presencia en esta alcaldía.

Dentro de los servicios odontológicos que ofrece el ISSSTE se encuentran:

- Extracciones de dientes temporales y permanentes
- Terapia pulpar.
- Farmacoterapia.
- Obturación con amalgama, ionómero de vidrio o resina.
- Curación con material temporal.
- Aplicación de selladores
- Aplicación de fluoruro.
- Odontoxesis.
- Sesiones sobre salud bucal
- Detección de placa bacteriana.

Los 12 centros de salud ubicados en la alcaldía Xochimilco cuentan con los siguientes servicios:

- Limpieza bucal
- Aplicación de fluoruro.
- Eliminación de sarro.
- Obturaciones
- Exodoncias

g) Morbilidad

Analizando las principales causas de morbilidad y mortalidad en Xochimilco encontramos que las infecciones respiratorias agudas, intestinales y del tracto urinario, concentran el 76.7% de las enfermedades (Tabla 3). ²⁸

CAUSA	TOTAL
1. Infecciones respiratorias agudas	447
2. Infecciones intestinales	410
3. Infecciones de tracto urinario	133
4. Ulcera, gastritis y duodenitis	110
5. Gingivitis y enfermedades periodontales	909
6. Conjuntivitis	574
7. Otitis media aguda	552
8. Obesidad	490
9. Diabetes mellitus tipo 2	437
10. Hipertensión	234

Tabla 3. Principales causas de morbilidad en la alcaldía Xochimilco. Fuente: INEGI.

h) Mortalidad

Las 10 principales causas de mortalidad general en la alcaldía Xochimilco son: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del hígado, accidentes, influenza y neumonía, afecciones en el período perinatal, enfermedades pulmonares, y malformaciones ²⁸ (Tabla 4).

CAUSA	DEFUNCIONES
1. Diabetes mellitus	354
2. Enfermedades del corazón	319
3. Tumores malignos	248
4. Enfermedades cerebrovasculares	122
5. Enfermedades del hígado	96
6. Accidentes	89
7. Influenza y neumonía	75
8. Afecciones originadas por el período menstrual	49
9. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	37
10. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	27
	33

Tabla 4. Principales causas de mortalidad en la alcaldía Xochimilco. Fuente: INEGI

2. CENTRO DE SALUD

- Laboratorios de Diseño Y Comprobación

Los laboratorios de diseño y comprobación (LDC) llamados también Clínicas Estomatológicas, iniciaron actividades en 1976. Son los espacios Universitarios propuestos por la Licenciatura en Estomatología para que los docentes junto con los alumnos desarrollen actividades de servicio y docencia, además de que

integran, aplican y comprueban los conocimientos teóricos siendo aplicados en la clínica de acuerdo con los objetivos del módulo previstos en el Plan de Estudios de esta Carrera.³¹

Los objetivos de los LDC son el poder participar en la formación de profesionales capaces de identificar y resolver las necesidades de salud bucal de la población además de brindar un servicio adecuado a los pacientes mediante la docencia impartida por los profesores que asisten a la clínica para supervisar los tratamientos que los alumnos realizan a los pacientes y así tener la seguridad de que los están llevando a cabo con calidad y con la mejor atención posible.

Tanto el servicio como la docencia van de la mano al momento de atender a los pacientes, los profesores están altamente calificados en diversas especialidades para así ayudar a los alumnos a obtener un exitoso tratamiento integral con los pacientes.³¹

Otros objetivos de los LDC son:

- Fomentar la atención integral en el manejo de paciente
- Impulsar el trabajo en equipo en la atención del paciente
- Promover la responsabilidad que se tiene con el paciente y la sociedad
- Fomentar los valores éticos de la profesión
- Promover la actualización continua de conocimientos

Los LDC están situados en cuatro comunidades suburbanas de la Ciudad de México que son: Tepepan, San Lorenzo Atemoaya, Tláhuac y Ciudad Nezahualcóyotl, esta última en el Estado de México, en función de los principios de la UAM Xochimilco que establecen la necesidad de vincular la enseñanza con los problemas de la realidad social.³¹

- Clínica San Lorenzo Atemoaya

El LDC San Lorenzo Atemoaya está ubicado en Av. Hidalgo No.19 esquina Cuauhtémoc, Pueblo de San Lorenzo Atemoaya, Alcaldía Xochimilco, CDMX.³²

El horario de atención consta de dos turnos:

- Turno matutino de 9:00 am a 2:00 pm. (Todas las clínicas).
- Turno vespertino de 3:00 pm a 8:00 pm (Excepto Clínica Nezahualcóyotl) ³¹
- Infraestructura del LDC San Lorenzo Atemoaya.

El Laboratorio de Diseño y Comprobación San Lorenzo Atemoaya de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco cuenta con:

ÁREAS, EQUIPOS Y MATERIALES	CANTIDAD
Equipo Ortopantomógrafo	1
Cuarto de impresiones de RX panorámicas	1
Cuarto de rayos x	2
Aparatos de RX X “CORIX PLUS”	2
Mandiles de Plomo	2
Laboratorio de revelado y prótesis	1
Motores SIEMENS para pulir	2
Vibrador BUFFALO 200	1
Recortadora para yeso	2
Mesa	1
Cajas de revelado	2
Oficina del administrador	1
Cuarto de cocina	1
Cuarto de esterilización	1
Autoclave	3
Oficina de dirección	1
Oficina de secretaría y administración	1
Sillas para docentes y alumnos	19
Cámaras de vigilancia	8
Área de roseta	1

Sillones de roseta	2
Proyector	1
Pantalla	1
Sala de espera	1
Bancas para los pacientes	7
Televisión	1
Equipo de cómputo	9
Sanitarios para pacientes	2
Sanitarios para alumnos y docentes	2
Casilleros	70
Unidades dentales	19
Sillones dentales	19
Banco de asistentes	19
Mesas de unidad	10
Tarjas	12
Área de quirófano	1
Botes de basura	20
Cuarto de máquinas (equipos de succión y de suministro de aire y agua	1
Bombas de agua	2
Compresoras	2
Turbinas de succión	2
Purificador de agua	1

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino.

- Organigrama del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya Turno Matutino.



Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino.

En el L.D.C. San Lorenzo Atemoaya se llevan a cabo los programas de Atención a Niños, los días martes y jueves; y Atención al Adulto los días lunes, miércoles y viernes, además del servicio de emergencias que opera todos los días.

Por estas características, los LDC tienen una doble misión que combina los aspectos académicos de docencia e investigación con los de servicio a la población de comunidades de bajos ingresos que requieren atención a sus problemas de salud dental.

Con el objeto de que tanto el aprendizaje de los alumnos se lleve a cabo de una manera organizada y la planeación del trabajo pueda ser de alto nivel profesional, se hace necesaria la observación de algunas normas de comportamiento en los sitios de atención a la salud, que pueden ser las propias clínicas de la comunidad, trabajadores y compañeros, con el cuidado de los bienes de la Universidad y con algunos requisitos que aseguran la calidad de sus acciones así como la seguridad de los pacientes y la propia durante el trabajo clínico.²⁷.

3. SERVICIO ESTOMATOLÓGICO

En el LDC San Lorenzo Atemoaya, los alumnos de los diferentes módulos llevan un rol acordado por los docentes y la Coordinación de la Carrera con el fin de cumplir objetivos de aprendizaje clínico mientras se ofrece un servicio integral de atención odontológica a la población que demanda consulta y también a grupos comunitarios prioritarios como es el caso de preescolares, escolares y adultos.

- Principales Actividades Realizadas en el LDC San Lorenzo Atemoaya.
 - Promoción a la salud
 - Control de infecciones
 - Diagnósticos
 - Actividades preventivas, intermedias, curativas
 - Rehabilitación protésica
 - Cirugías.

Todo realizado bajo la supervisión de los docentes que asisten a la clínica de acuerdo al rol establecido por la coordinación de la licenciatura.

- Programas de Atención
 - Programa de Atención Integral al Niño.

Se brinda servicio a la comunidad los días Martes y Jueves, los pacientes son atendidos por los alumnos de la licenciatura que cursan los trimestres 4° y 5° que

corresponden a la primera fase y los alumnos de los trimestres 6°, 7° y 8° que integran la segunda fase.

Su objetivo general incluye prestar el servicio odontológico al niño que lo requiera proporcionando una atención integral, haciendo énfasis en la prevención de enfermedades dentales, así como en la necesidad de una adecuada higiene bucal. Se proporcionará su atención integral hasta su alta incluyendo la preventiva, curativa y de rehabilitación.

- Programa de Atención Integral al Adulto.

El servicio se brinda los días Lunes, Miércoles y Viernes; los pacientes son atendidos por los alumnos de estomatología de los trimestres 9° y 10° quienes conforman la tercera fase y alumnos de los trimestres 11° y 12° que forman la cuarta y última fase, además de que pueden asistir en diferentes días alumnos de primera fase.

El Objetivo general es fomentar la salud bucodental del adulto, así como aplicar las medidas de protección específicas y preventivas en la atención de la salud dental junto con las bases teóricas y metodológicas del propedéutico médico odontológico para establecer el diagnóstico integral de la patología bucal más frecuente en el adulto.

- Servicio de Emergencia.

Se brinda atención de Lunes a Viernes ofreciendo una solución a los problemas en la demanda espontánea ya sea para niños o adultos que es atendido por los alumnos según corresponda la fase, día y rol asignado (niños o adultos).

- Forma de trabajo

En cuanto a la organización de trabajo podemos decir que se conforman equipos multinivel en los cuales se les asigna un determinado número de pacientes que son atendidos de forma integral por integrantes del equipo, los cuales desarrollan tratamientos en los pacientes de acuerdo a su nivel de formación proporcionando

atención integral que incluye actividades preventivas, curativas, protésicas y quirúrgicas.

4. BIBLIOGRAFÍA

26. Municipios.mx [Internet]. Ciudad de México; 2015 [actualizado el 18 Febrero de 2015; fecha de acceso 23 de Junio de 2019]. URL disponible en: <http://www.municipios.mx/distrito-federal/xochimilco/>
27. Evalua.cdmx [Internet]. Ciudad de México; 2015 [actualizado en 10 de Enero de 2015; fecha de acceso 25 de Junio de 2019]. URL disponible en: http://data.evalua.cdmx.gob.mx/files/info/2015/doc_Xochi_10_15.pdf
28. Inegi.org [Internet]. Ciudad de México; 2015 [actualizado el 15 Marzo de 2015; fecha de acceso 25 de Junio 2019]. URL disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082178.pdf
29. Inegi.org [Internet]. Ciudad de México; 2017 [actualizado el 10 de Enero de 2017; fecha de acceso 28 de Junio 2019]. URL disponible: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09013#tabMCcollapse-Indicadores>
30. Coneval [Internet]. Ciudad de México; 2010 [actualizado el 26 de Junio de 2010; fecha de acceso 29 de Junio 2019]. URL disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/34308/Distrito_Federal_013.pdf
31. UAM.mx [Internet]. México, Ciudad de México; 2018 [10 de Febrero de 2019; fecha de acceso 1° de Julio 2019] URL disponible en: www.uam.mx/modelo/index.html
32. UAM.mx [Internet]. México, Ciudad de México; 2018 [Actualizado 11 de Junio de 2018; fecha de acceso 3 de Julio de 2019]. URL disponible en: <http://www2.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/licenciaturas-posgrados/pplic/estomatologia/>

CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Durante el año de servicio social en el LDC San Lorenzo Atemoaya en el período de Agosto 2018 – Julio 2019 en el horario de 8:30 a 14:00 hrs. desarrollé diversas actividades que tuvieron como objetivo fomentar la salud bucal.

Para el inicio del servicio social me explicaron la forma de trabajo a través de una plática por parte del director de la clínica, se me instruyó del uso adecuado de los equipos dentales, tales como el ortopantomógrafo, uso del programa donde se registran las radiografías panorámicas y laterales de cráneo y el uso de las autoclaves.

Las actividades que realicé durante el servicio social fueron indicadas y supervisadas por el director de la clínica, siendo encaminadas a la atención integral, para esto se me asignaron 9 pacientes, los cuales atendía tres días a la semana.

Dentro de las actividades están la atención a pacientes niños y adultos y el servicio de emergencias, dando un diagnóstico y llevando a cabo un tratamiento adecuado.

Los tratamientos que se realizan a los pacientes son:

- Preventivos, que incluyen control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, profilaxis, aplicación de flúor (gel o barniz) y aplicación de selladores.
- Operatorios, que corresponden a la eliminación de lesiones cariosas restaurando con obturaciones de ionómero de vidrio, amalgamas o resinas.
- Pulpares, en donde se realizan recubrimientos pulpares, pulpotomías, pulpectomías en niños o tratamientos de conductos en los adultos.
- Periodontales, que engloban el control de placa, eliminación de sarro y agentes que provocan la enfermedad periodontal.
- Protésicos, en donde se colocan prótesis ya sean fijas, totales o parciales removibles de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

- Quirúrgicos, en donde que se realizan diversas cirugías bucales que pueda necesitar el paciente para su completa rehabilitación.

Dos días a la semana se llevaban a cabo actividades administrativas y de apoyo como son:

- Apoyo en roseta (manejo de materiales dentales e instrumental) cuando el personal no se encontraba disponible.
- Recibir pagos y elaborar recibos por los tratamientos a realizar y el manejo de expedientes clínicos, cuando el personal faltaba.
- Elaborar rol de supervisión de los profesores que asistían a la clínica y de actividades de los pasantes, el cual incluye: horarios de trabajo, recepción de emergencias y apoyos.
- Asignar los casilleros por unidad para que los alumnos puedan disponer de ellos y así cuenten con un lugar donde guardar su material e instrumental.

Por último, se presenta un listado en donde se detallan y se cuantifican todas las actividades que desarrollé durante el Servicio Social en el período de un año correspondiente a los trimestres 18-O y 19-I, así como un análisis de los resultados a través de gráficas. Se detallarán todas las actividades que elaboré mensualmente durante el servicio social, los meses de Agosto, Febrero, Marzo y Abril no se mencionan debido a que durante éste tiempo no hubieron actividades clínicas.

Cabe destacar que mi servicio fue de dos trimestres completos en lugar de los tres trimestres que abarca el año, ya que en los meses de Febrero a Mayo el SITUAM (Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana) estalló en huelga a partir del 1° de Febrero, razón por la cual el trimestre 19-I no se impartió en las fechas en las que estaba programado y que por el mismo motivo el Colegio Académico llevó a cabo una recalendariación para evitar que el trimestre se perdiera y se decide extenderlo hasta el mes de Julio.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2018

ACTIVIDADES	NO.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	3	6.97%
• Análisis de modelos	3	6.97%
• Radiográfico	2	4.65%
SUBTOTAL	8	18.60%
PREVENTIVAS		
• Intramuros	3	6.97%
Control de placa dentobacteriana	3	6.97%
Cepillado	3	6.97%
Odontoxesis	2	4.65%
Selladores	5	11.62%
SUBTOTAL	13	30.23%
INTERMEDIAS		
• Toma de modelos	3	6.97%
• Obturación provisional	2	4.64%
SUBTOTAL	5	11.62%
CURATIVAS		
• Pulpectomías	1	2.32%
• Resinas	3	6.97%
• No. De conductos obturados	2	4.65%
SUBTOTAL	6	13.95%
REHABILITACIÓN		
• Corona de Acero Cromo	1	2.32%
• Cirugía	1	2.32%
SUBTOTAL	2	4.65%
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	3	6.97%
• Manejo de expedientes	3	6.97%
• Registro y manejo de expedientes	3	6.97%
SUBTOTAL	9	20.93%
TOTAL	43	100%

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino.

Durante el mes de Septiembre las actividades que más se realizaron fueron preventivas con un 30.23%, le siguen las actividades de diagnóstico con 18.60%, administrativas con 20.93%, curativas con un 13.95%, intermedias con un 11.62% y finalmente las actividades de rehabilitación con un 4.65%.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2018

Actividades	No	%
PREVENTIVAS		
• Intramuros		
Control de placa dentobacteriana	3	10.71%
Cepillado	3	10.71%
Selladores	2	7.14%
<i>SUBTOTAL</i>	8	28.57%
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional		
• Farmacoterapia.		
<i>SUBTOTAL</i>	4	14.28%
CURATIVAS		
• Resinas	2	7.14%
• Extracciones	2	7.14%
<i>SUBTOTAL</i>	4	14.28%
REHABILITACIÓN		
• Colocación de Endoposte	2	7.14%
• Cirugía	1	3.57%
<i>SUBTOTAL</i>	3	10.71%
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	3	10.71%
• Manejo de expedientes	3	10.71%
• Registro y manejo de expedientes	3	10.71%
<i>SUBTOTAL</i>	9	32.14%
<i>TOTAL</i>	28	100%

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino.

En el mes de Octubre se puede ver en la tabla que las actividades más realizadas fueron las administrativas con un 32.14%, seguidas de las actividades diagnósticas con un 38.57%, para las actividades intermedias y curativas tenemos un porcentaje de 14.28% y finalmente encontramos las actividades rehabilitadoras con un 10.71% del total.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2018

Actividades	No	%
PREVENTIVAS		
• Intramuros	5	20%
Control de placa dentobacteriana	3	12%
Cepillado	2	8%
Profilaxis	2	8%
Aplicación de flúor	2	8%
SUBTOTAL	12	48%
INTERMEDIAS		
• Farmacoterapia	1	3.57%
• Anestesias	2	7.14%
• Diques de hule	3	10.71%
SUBTOTAL	6	21.42%
CURATIVAS		
• Resinas	2	7.14%
• Extracciones	1	3.57%
SUBTOTAL	3	10.71%
REHABILITACIÓN		
• Cirugía	1	3.57%
SUBTOTAL	1	3.57%
ADMINISTRATIVAS		
• Control y manejo de instrumental	2	7.14%
• Manejo de expedientes	2	7.14%
• Registro y manejo de expedientes	2	7.14%
SUBTOTAL	6	21.42%
TOTAL	28	100%

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino.

Durante el mes de Noviembre las actividades que más destacaron fueron las preventivas teniendo un 48% del total, por lo contrario, las actividades con menor porcentaje fueron las rehabilitadoras con tan sólo el 1% del total.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2018

Actividades	No	%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	3	13.04%
• Cepillado	2	8.69%
• Profilaxis	1	4.34%
• Aplicación de flúor	1	4.34%
• Selladores	3	13.04%
SUBTOTAL	10	43.47%
INTERMEDIAS		
• Asistencias	2	8.69%
• Anestesias	2	8.69%
• Diques de hule	2	8.69%
• Toma de impresión	1	4.34%
SUBTOTAL	7	30.43%
CURATIVAS		
• Amalgama	1	4.34%
• Resinas	3	13.03%
• Extracciones	1	4.34%
SUBTOTAL	5	21.73%
REHABILITACIÓN		
• Cirugía	1	4.34%
SUBTOTAL	1	4.34%
TOTAL	23	100%

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino.

Tanto en el mes de Diciembre así como en Noviembre las actividades que más realicé fueron las preventivas con un 43.47%, seguidas de las actividades intermedias con un 30.43%, teniendo así después a las curativas con un 21.73% y por último las de rehabilitación con un 4.34% del total.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO 2019

Actividades	Nº	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	1	6.25%
SUBTOTAL	1	6.25%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	2	12.50%
• Aplicación de flúor	2	12.50%
• Profilaxis	2	12.50%
SUBTOTAL	6	37.50%
INTERMEDIAS		
• Anestesias	2	12.50%
• Canalización	2	12.50%
SUBTOTAL	4	25%
CURATIVAS		
• Exodoncias	1	6.25%
• Resinas	1	6.25%
SUBTOTAL	2	12.50%
REHABILITACIÓN		
• Cirugía	1	6.25%
SUBTOTAL	1	6.25%
ADMINISTRATIVAS		
• Manejo de instrumental	1	6.25%
• Manejo de material	1	6.25%
SUBTOTAL	2	12.50%
TOTAL	16	100%

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino.

Para el mes de Enero las actividades de prevención fueron las que más realicé con un 37.5% del total, siendo las actividades de diagnóstico y rehabilitación las que menos porcentaje tuvieron con un 6.25% del total de actividades.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO 2019

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	2	3.84%
• Análisis de modelos	2	3.84%
SUBTOTAL	4	15.38%
PREVENTIVAS		
Control de placa dentobacteriana	3	11.53%
Cepillado	2	7.69%
Profilaxis	1	3.84%
Flúor en gel	1	3.84%
SUBTOTAL	7	26.92%
INTERMEDIAS		
• Farmacoterapia	1	3.84%
• Preparación de poste	1	3.84%
SUBTOTAL	2	7.69%
CURATIVAS		
• No. De conductos obturados	3	11.53%
• Resinas	5	19.22%
SUBTOTAL	8	30.76%
REHABILITACIÓN		
• Cirugía	1	3.84%
• Colocación de Endoposte	1	3.84%
SUBTOTAL	2	7.69%
ADMINISTRATIVAS		
• Registro y manejo de expedientes	1	3.84%
• Control y manejo de instrumental	2	7.68%
SUBTOTAL	3	11.53%
OTRAS	2	7.69%
SUBTOTAL	2	7.69%
TOTAL	26	100%

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo
Atemoaya, turno matutino.

En el mes de Mayo las actividades más realizadas fueron las curativas con un 30.76%, seguidas por las preventivas con un 26.92%, continuando con las de diagnóstico con un 15.38%, administrativas con un 11.53%, teniendo al último las actividades intermedias, de rehabilitación y otras con un 7.69% del total de actividades.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 2019

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	1	2.17%
• Anamnesis	1	2.17%
• Exploración de mucosa	1	2.17%
• Urgencias	1	2.17%
SUBTOTAL	4	8.69%
PREVENTIVAS		
Control de placa dentobacteriana	2	4.47%
Cepillado	2	4.47%
Profilaxis	1	2.23%
Flúor en gel	1	2.23%
Selladores	2	4.47%
SUBTOTAL	8	17.39%
INTERMEDIAS		
• Toma de impresión	2	4.34%
• Preparación de incrustación	1	2.17%
• Ionómero de vidrio	1	2.17%
• Farmacoterapia	2	4.34%
SUBTOTAL	6	13.04%
CURATIVAS		
• Resinas	5	10.86%
• No. De conductos obturados	1	2.17%
SUBTOTAL	6	13.04%
REHABILITACIÓN		
• Incrustación	1	2.17%
• Cirugía	2	4.34%
• Alta operatoria	1	2.17%
SUBTOTAL	4	8.69%
ADMINISTRATIVAS		
• Control y manejo de instrumental	5	10.86%
• Manejo de expedientes	5	10.86%
• Registro y manejo de expedientes	5	10.86%
SUBTOTAL	15	32.60%
OTRAS	3	6.52%
SUBTOTAL	3	6.52%
TOTAL	46	100%

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino.

En el mes de Junio las actividades más realizadas fueron las administrativas con un 32.60%, seguidas de las actividades preventivas con un 17.39%, actividades intermedias y curativas con un 13.04%, actividades de diagnóstico y de rehabilitación con un 8.69 % y por último otras actividades con un 6.52% del total.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO 2019

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Urgencias	2	4.44%
SUBTOTAL	2	4.44%
PREVENTIVAS		
Control de placa dentobacteriana	4	8.88%
Cepillado	3	6.66%
Profilaxis	3	6.66%
Flúor en gel	2	4.44%
Selladores	3	6.66%
SUBTOTAL	15	33.33%
INTERMEDIAS		
• Anestesias	2	4.44%
• Diques de hule	4	8.88%
• Farmacoterapia	2	4.44%
SUBTOTAL	8	17.77%
CURATIVAS		
• Resinas	4	8.88%
SUBTOTAL	4	8.88%
REHABILITACIÓN		
• Prótesis fija y removible	2	4.44%
• Prótesis total	1	2.22%
• Cirugías	4	8.88%
• Alta preventiva	1	2.22%
• Alta integral	2	4.44%
SUBTOTAL	10	22.22%
ADMINISTRATIVAS		
• Registro y manejo de expedientes	2	4.44%
SUBTOTAL	2	4.44%
OTRAS		
SUBTOTAL	4	8.88%
TOTAL	45	100%

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino.

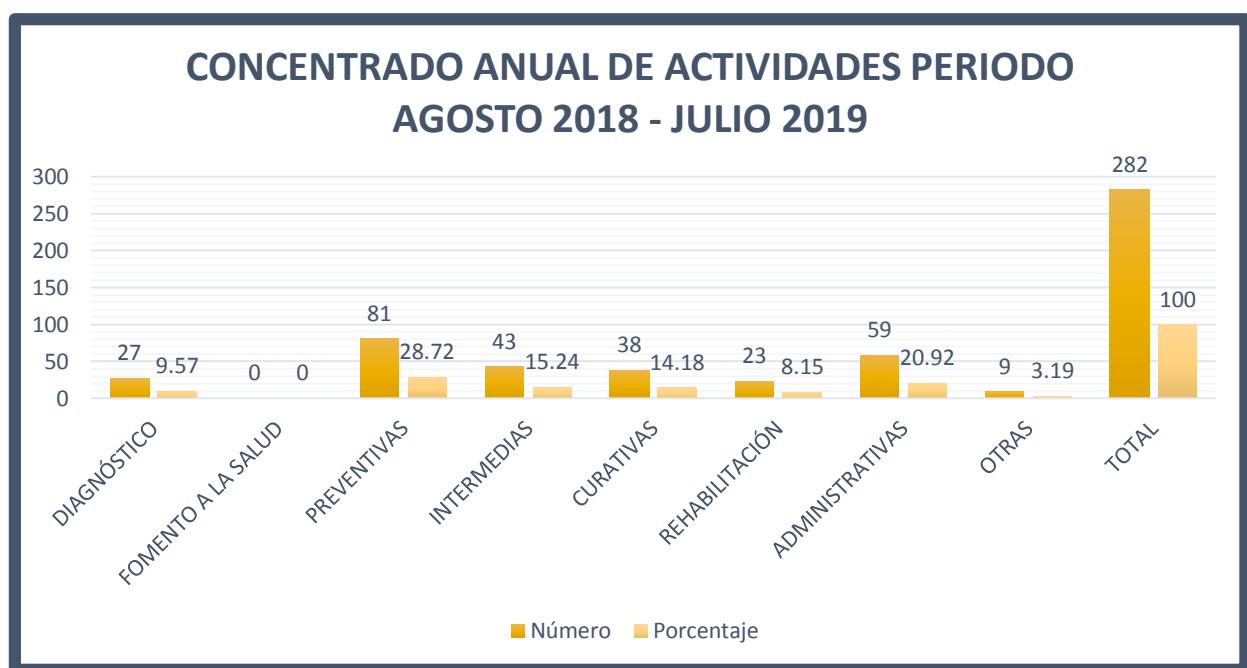
En el mes de Julio las actividades más realizadas fueron las preventivas con un 33.33% y las actividades menos realizadas fueron las de diagnóstico y administrativas con 4.44% del total.

CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES PERÍODO AGOSTO 2018 – JULIO 2019.

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	6	2.12%
• Análisis de modelos	5	1.77%
• Urgencias	4	1.41%
• Anamnesis	6	2.12%
• Exploración de mucosa	6	2.12%
SUBTOTAL	27	9.57%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	27	9.57%
• Cepillado	18	6.38%
• Profilaxis	10	3.54%
• Flúor en gel	9	3.19%
• Selladores	15	5.31%
• Odontoxesis	2	0.70%
SUBTOTAL	81	28.72%
INTERMEDIAS		
• Asistencias	15	5.31%
• Anestesias	7	2.48%
• Diques de hule	7	2.48%
• Farmacoterapia	7	2.48%
• Canalización	1	0.35%
• Toma de impresión	6	2.12%
SUBTOTAL	43	15.24%
CURATIVAS		
• Pulpectomías	1	0.37%
• No. De conductos	6	2.23%
• Resinas	25	9.32%
• Amalgamas	1	0.37%
• Exodoncias	5	1.86%
SUBTOTAL	38	14.18%
REHABILITACIÓN		
• Postes	3	1.06%
• Cirugía	12	4.25%
• Corona acero cromo	1	0.35%
• Unidades protésicas removibles y fijas	3	1.06%
• Alta preventiva	1	0.35%
• Alta operatoria	1	0.35%
• Alta integral	2	0.70%
SUBTOTAL	23	8.15%
ADMINISTRATIVAS		

• Asignación de pacientes	15	5.31%
• Control y manejo de instrumental	17	6.02%
• Registro y manejo de expedientes	27	9.57%
SUBTOTAL	59	20.92%
OTRAS	9	3.19%
SUBTOTAL	9	3.19%
TOTAL	282	100%

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino

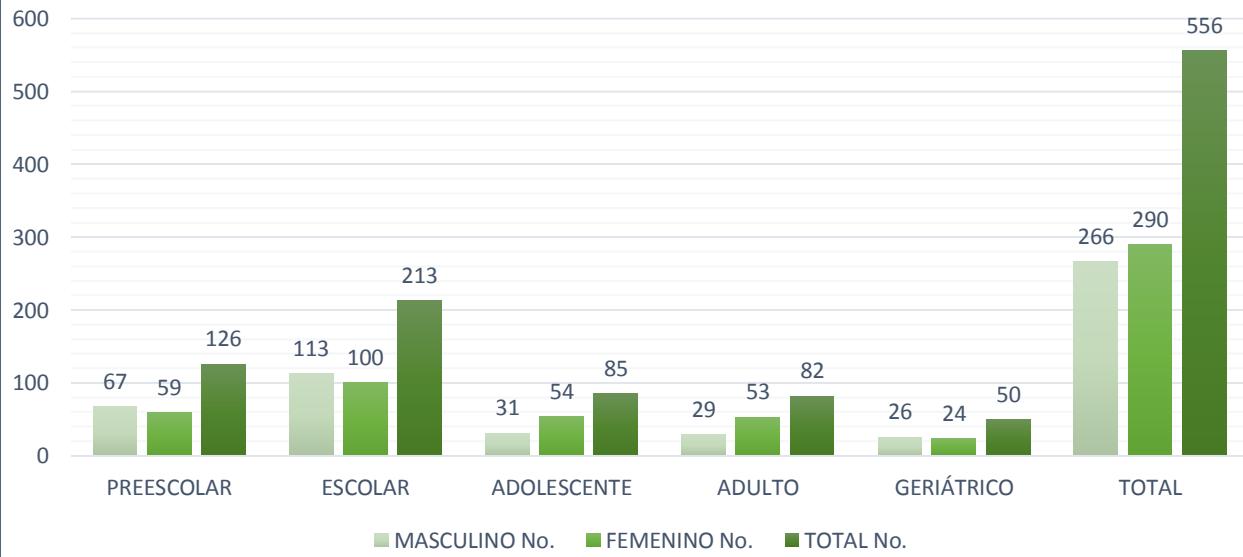


CONCENTRADO DE POBLACIÓN ATENDIDA

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA ACTIVIDADES INTRAMUROS DURANTE EL PERÍODO AGOSTO 2018 – JULIO 2019						
NOMBRE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
PREESCOLAR	67	13.01	59	10.60	126	22.66
ESCOLAR	113	21.94	100	17.98	213	38.30
ADOLESCENTE	31	6.02	54	9.71	85	15.28
ADULTO	29	5.63	53	9.53	82	14.74
GERIÁTRICO	26	5.04	24	4.31	50	8.99
TOTAL	266	47.84	290	52.15	556	100

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA ACTIVIDADES INTRAMUROS DURANTE EL PERÍODO AGOSTO 2018 – JULIO 2019

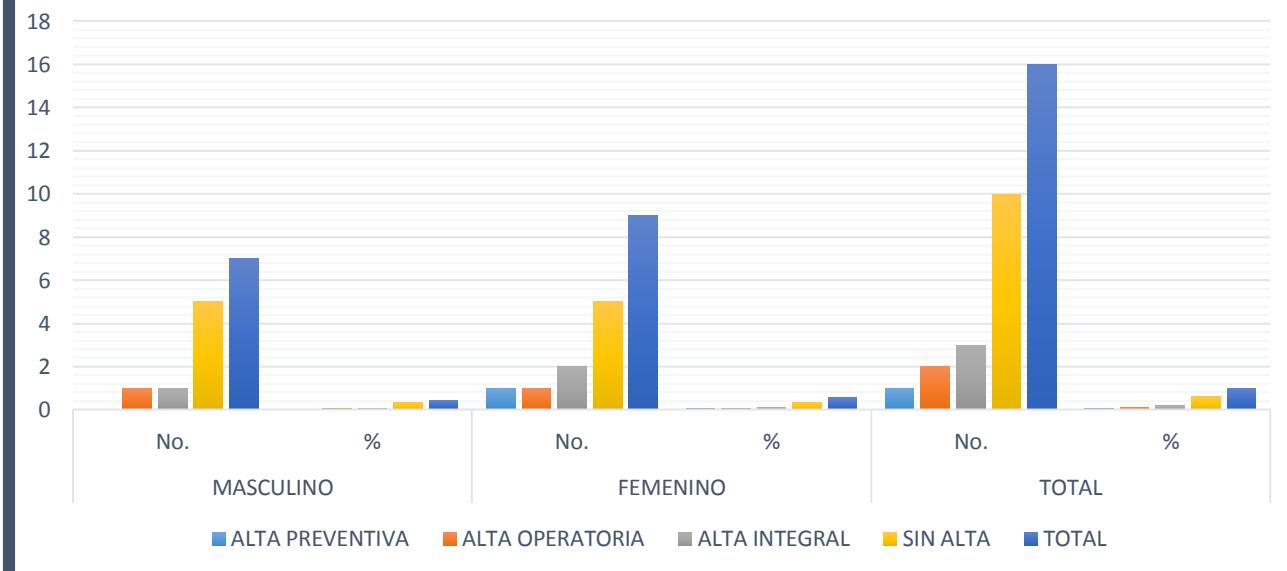


CONCENTRADO DE PACIENTES DADOS DE ALTA

NOMBRE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
ALTA PREVENTIVA	0	0%	1	6.25%	1	6.25%
ALTA OPERATORIA	1	6.25%	1	6.25%	2	12.50%
ALTA INTEGRAL	1	6.25%	2	12.50%	3	18.75%
SIN ALTA	5	31.25%	5	31.25%	10	62.50%
TOTAL	7	43.75%	9	56.25%	16	100%

Fuente: Reportes trimestrales 18-O y 19-I de los expedientes clínicos del L.D.C. San Lorenzo Atemoaya, turno matutino.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DADOS DE ALTA DURANTE EL PERÍODO AGOSTO 2018 – JULIO 2019



CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Durante el tiempo que realicé el servicio social en el LDC San Lorenzo Atemoaya llevé a cabo diversas actividades, las cuales me ayudaron a fortalecer en el ámbito académico los conocimientos que adquirí en mi etapa de estudiante, ya que logré llevarlos más a la práctica al mismo tiempo que iba recabando nuevos conocimientos, destrezas y habilidades profesionales, trabajando en equipo con apoyo y supervisión de los docentes.

En el transcurso de los trimestres 18-O y 19-I, se atendieron en la clínica un total de 556 pacientes, donde la mayoría fueron del sexo femenino con 290 mujeres mientras que el género masculino tuvo 266 hombres. De los pacientes masculinos, la mayor prevalencia de pacientes fueron escolares con 113 menores, seguido de los pacientes en edad preescolar con 67 menores; para los pacientes femeninos la mayor prevalencia fue igualmente en escolares con 100 niños y por debajo de ésta los pacientes en edad preescolar con 59 pequeños.

En mi estadía en el servicio social se desarrollaron diversas actividades, donde destacaron y fueron de mayor importancia las preventivas con 28.72%, seguido de las actividades administrativas con 20.92%, continúan las intermedias con 15.24%, las curativas con 14.18%, actividades de diagnóstico con 9.57%, actividades de rehabilitación con 8.15% y al final encontramos otras actividades con 3.19% del total del porcentaje.

Por otro lado, en la distribución de pacientes dados de alta se tiene un paciente del género femenino en alta preventiva, se dieron dos altas operatorias, una del género masculino y otra del género femenino. Las altas integrales fueron tres; dos pacientes del género femenino y una más del género masculino.

Si bien se realizó el alta de forma integral de ciertos pacientes cabe resaltar que algunos tratamientos no se concluyeron por cuestiones económicas, la falta de

disciplina por parte de los pacientes, la forma de trabajo en la clínica, horarios, contratiempos, falta de tiempo, etc. y como consecuencia de estos actos se vio en la necesidad de darlos de baja, todo previamente respaldado en las notas de evolución.

Como pasantes, tuvimos la responsabilidad de ciertas funciones como lo fueron el revisar a los pacientes en cada inicio de trimestre y asignarlos a un equipo, tomar las radiografías panorámicas, realizar los roles de los docentes asignados a la clínica, así como los roles de emergencias y administración, cubrir al personal cuando por algún motivo no se presentara a trabajar, esto incluía el estar cobrando los tratamientos y entregando recibos, cubrir el lugar de la secretaría entregando expedientes y hojas que los alumnos llegaran a necesitar o incluso cubrir al personal de roseta entregando material e instrumental durante todo el día además de la realización de tareas que el Director nos indicara.

Por último, al término de cada trimestre se colaboraba en la elaboración del informe de actividades realizadas en la clínica por trimestre y un informe anual que involucraba las mismas actividades, pero realizadas durante el último año vigente.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

En este año en el que realicé mi servicio social desarrollé diferentes actividades que me hicieron tomar conciencia de la problemática donde se les informó de los beneficios de tener una buena salud dental, por medio de los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas, donde pude observar que uno de los puntos más importantes que la clínica tiene por objetivo es la prevención y diagnóstico, el saber diagnosticar de forma correcta y oportuna, para que cada paciente reciba un tratamiento integral de acuerdo a su necesidades.

Algo que es muy notorio es que el Laboratorio de Diseño y Comprobación San Lorenzo Atemoaya realiza acciones en el ámbito de salud bucodental para que la comunidad pueda tener acceso a tratamientos dentales, en especial para aquellos sectores de la población más vulnerables, con bajos recursos económicos que no cuentan con acceso a salud dental y general, ofreciéndoles recursos y materiales de buena calidad con tratamientos supervisados por diferentes especialistas.

Durante el año de servicio desarrollé con apoyo de los recursos disponibles en la clínica, prácticas que me ayudaron a reforzarme en el ámbito profesional, donde tuve la oportunidad de aplicar las habilidades y conocimientos previos con población de diferentes edades que van desde pacientes en etapa preescolar, escolar, adolescentes, adultos y pacientes mayores de 60 años.

Aprendí sobre lo indispensable que son las barreras y medidas de protección, que sirven para concientizar sobre los riesgos de infecciones cruzadas que pueden presentarse en el área de trabajo que es mucho mayor en nuestra área de la salud.

Otra cosa a destacar es que, aunque la clínica ofrezca una solución en la salud bucodental, no dejan de lado otros aspectos de salud en general de los pacientes, se tiene conciencia de la forma en como la boca se ve relacionada con otras partes del cuerpo en cuanto a las enfermedades se habla.

A todos los pacientes que atendí siempre se les dieron importancia a los antecedentes heredofamiliares sistémicos y factores que pudieran poner en riesgo la salud de los pacientes y que estuvieran involucrados con la boca.

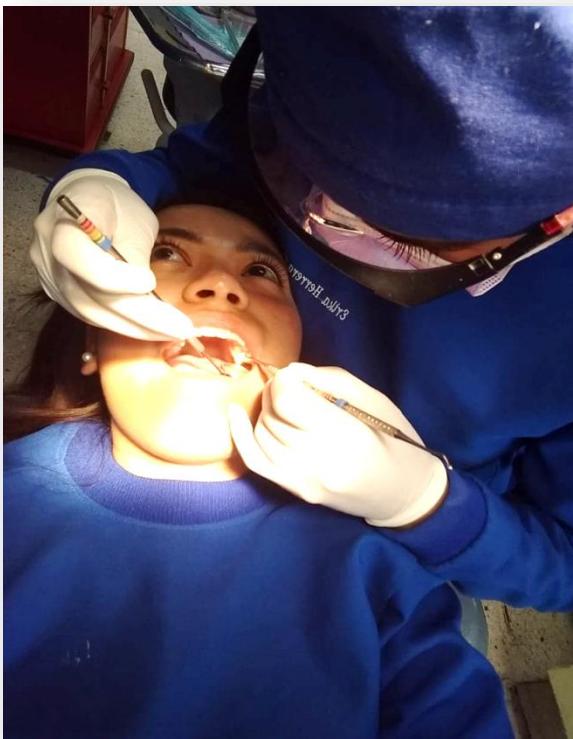
Uno de los puntos claves que tiene por objetivo la clínica es el inculcar tanto a pacientes como a los alumnos sobre las acciones preventivas, ya que son fundamentales para educar y prevenir futuras enfermedades.

Durante mi estancia en la clínica pude darme cuenta que las actividades más realizadas fueron las medidas de prevención, donde a todos los pacientes se les realizaba un control periódico de su higiene bucal, se les enseñó e instruyó la forma correcta que se debe llevar a cabo ésta y se les recomendaba que asistieran periódicamente al dentista.

Agradezco a todos los docentes que formaron parte de mi crecimiento tanto académico como personal, ya que me ofrecieron su apoyo incondicional y compartieron sus conocimientos y experiencias durante su tiempo en la clínica, así como también al personal administrativo con el que pude establecer una relación laboral muy agradable y lograr una buena forma de trabajo.

CAPÍTULO VII. FOTOGRAFÍAS





BIBLIOGRAFÍA

1. Sturla RG, Romo OF, Torres-Quintana MA. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta. Av. Odontoestomatol 2014; 30 (4): 205-217.
2. Mavragani C, Moutsopoulos H. Síndrome de Sjögren. CMAJ. 2014; 186 (15): 579-586.
3. Soto-Rojas AE, Kraus A. El lado oral del síndrome de Sjögren. Diagnóstico y tratamiento. Una revisión. Arch Med Res 2002; 33 (2): 95-106.
4. Mathews SA, Kurien BT, Scofield RH. Manifestaciones orales del síndrome de Sjögren. J Dent Res 2008; 87 (4): 308-18.
5. Voulgarelis M, Tzioufas AG. Mecanismos patogenéticos en la iniciación y perpetuación del síndrome de Sjögren. Nat Rev Rheumatol 2010; 6 (9): 529-37.
6. Hammi AR, Nunn ME, Zipp M. Evaluación de SS-A y SS-B en saliva parotídea de pacientes con síndrome de Sjögren. J Oral Pathol Med 2005; 34 (4): 198-203.
7. Najera MP, Muñoz D. Síndrome de Sjögren. Un modelo para el cuidado dental en el siglo XXI. 2012; 11(39): 211-213.
8. Bayetto K, Logan RM. Síndrome de Sjögren: una revisión de etiología, patogénesis, diagnóstico y manejo. Aust Dent J 2010; 55 (Supl.1): 39-47.
9. Goules AV, Tzioufas AG, Moutsopoulos HM. Criterios de clasificación de síndrome de Sjögren. J Autoimmun. 2014; 48-49: 42-5.
10. Fernández C.M. Síndrome de Sjögren. Medicine. 2013; 11(30): 1865-73.
11. Napeñas JJ, Rouleau TS. Complicaciones orales del síndrome de Sjögren. Maxilo oral Surg Clin North Am. 2014; 26: 55-62.
12. Al-Hashimi. I. El manejo del síndrome de Sjögren en la práctica dental. J Am Dent Assoc. 2001; 132: 1409-17.
13. Castellanos Suárez JL. Enfermedades inmunitarias. En: Morales Saavedra JL. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 3^a. Edición. México: Editorial El Manual Moderno; 2015. p. 269-299.

14. González S, Sepúlveda D, González M, Molina C. Manifestaciones orales y su tratamiento en el síndrome de Sjögren. *Dis Oral*. 2014; 20(2):153-161.
15. Guerrero MV, Acosta JM, Cutiño LR, Pompa LA. Síndrome de Sjögren. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. *MultiMed*. 2014; 18(3).
16. Guinn AC, Rouleau TS, Brennan MT. Diagnóstico: síndrome de Sjögren con infección candidal concurrente. *J Am Dent Assoc* 2010; 141 (5): 541-5.
17. Margaix-Muñoz M, Bagán JV, Poveda R, Jiménez Y, Sarrión G. Síndrome de Sjögren de la cavidad oral. Revisión y actualización. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14 (7): E325-30.
18. Monteserín M.M, García C.B, Jiménez V.N, Cerero L.R, Esparza GC. Síndrome de Sjögren. Revisión e implicaciones en el ámbito de la salud oral. *Cient Dent*. 2014; 11:49–54.
19. Vivino FB, Al-Hashimi I, Khan Z, LeVague FG y col. Tabletas de pilocarpina para el tratamiento de la boca seca y los síntomas del ojo seco en pacientes con síndrome de Sjögren: *Arch Intern Med*. 1999; 159:174-81.
20. Tomiita M, Takei S, Kuwada N, Nonaka Y, Saito K, Shimojo N, y col. Eficacia y seguridad de la administración oral de clorhidrato de pilocarpina para pacientes con síndrome de Sjögren de inicio juvenil. *Mod Rheumatol* 2010; 20(5):486-90.
21. López J.P, Camacho A.F. Calidad de vida en pacientes con síndrome de Sjögren y complejo sicca. *J Rehabilitación oral*. 2008; 35: 875-81.
22. Rivera H.; Valero L.; Escalona L. Manejo multidisciplinario del paciente diagnosticado con el síndrome de Sjögren. *Acta Odontol. Venez.*, 47(3):1-23, 2009.
23. Ríos BE, Saldarriaga LM, De Almeida TH, Azevedo MN. Síndrome de Sjögren juvenil primario: estudio de cohorte. *Rev Cub Reumatol* [Internet]. 2015 [citado 8 Ene 2016];17(1):40-7.
24. Matis B, Cochran M, Carlson T. Longevidad de los materiales de restauración de ionómero de vidrio: resultados de una evaluación de 10 años. *Quintessence*, 2009; 10:348-357.

25. Macchi R. Materiales dentales. Tercera edición. Editorial panamericana. Madrid-España, 2012. p: 183-199.

26. Municipios.mx [Internet]. Ciudad de México; 2015 [actualizado el 18 Febrero de 2015; fecha de acceso 23 de Junio de 2019]. URL disponible en: <http://www.municipios.mx/distrito-federal/xochimilco/>

27. Evalua.cdmx [Internet]. Ciudad de México; 2015 [actualizado en 10 de Enero de 2015; fecha de acceso 25 de Junio de 2019]. URL disponible en: http://data.evalua.cdmx.gob.mx/files/info/2015/doc_Xochi_10_15.pdf

28. Inegi.org [Internet]. Ciudad de México; 2015 [actualizado el 15 Marzo de 2015; fecha de acceso 25 de Junio 2019]. URL disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082178.pdf

29. Inegi.org [Internet]. Ciudad de México; 2017 [actualizado el 10 de Enero de 2017; fecha de acceso 28 de Junio 2019]. URL disponible: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09013#tabMCcollapse-Indicadores>

30. Coneval [Internet]. Ciudad de México; 2010 [actualizado el 26 de Junio de 2010; fecha de acceso 29 de Junio 2019]. URL disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/34308/Distrito_Federal_013.pdf

31. UAM.mx [Internet]. México, Ciudad de México; 2018 [10 de Febrero de 2019; fecha de acceso 1° de Julio 2019] URL disponible en: www.uam.mx/modelo/index.html

32. UAM.mx [Internet]. México, Ciudad de México; 2018 [Actualizado 11 de Junio de 2018; fecha de acceso 3 de Julio de 2019]. URL disponible en: <http://www2.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/licenciaturas-posgrados/pplic/estomatologia/>

ANEXOS



Anexo Figura 1. Hiposialia en piso de boca y lengua depapilada y brillante.

Fuente. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta.

Anexo Figura 2. Úlcera traumática

Fuente. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta.



Anexo Figura 3. Estomatitis protésica.

Fuente. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta.

Anexo Figura 4. Caries Cervicales.

Fuente. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta.



Anexo Figura 5. Restauraciones en mal estado.

Fuente. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta.

Anexo Figura 6. Rehabilitación con prótesis fija.

Fuente. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta.

