

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
(UNIDAD XOCHIMILCO)

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCALES EN PACIENTES DE 25 A 64  
AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD T-II NAYARITAS  
DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO DE 2017- JULIO 2018.

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CENTRO DE SALUD T-II NAYARITAS

DIANA LAURA GONZÁLEZ GARCÍA

MATRICULA: 2133077355

PERIODO DE SERVICIO SOCIAL

COMPENDIO DEL:

01 DE AGOSTO 2017- 31 DE JULIO 2018



ASESOR INTERNO SERVICIO SOCIAL

---

EOP Karla Ivette Oliva Olvera

ASESOR EXTERNO SERVICIO SOCIAL

---

DRA Tejeda Flores Luz del Carmen

ASESOR INTERNO Y COMITÉ DE SERVICIO SOCIAL UAM XOCHIMILCO

---

DRA Prado Bernal Nubia Yadira



## RESUMEN DEL INFORME

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socio-económico, se manifiesta desde los primeros años de vida, lo que produce un efecto negativo en la salud dental. Debido a la alta demanda y altos costos de servicio, se han abierto diversos centros de salud enfocados en el primer nivel de atención (prevención), por esta razón es relevante conocer el tipo de demanda de atención solicitada.

Se investigó antecedentes relativos sobre el Centro de Salud T-II Nayaritas, incluyendo la descripción del servicio estomatológico, servicios y programas.

El presente informe tiene como objetivo dar a conocer el diagnóstico más representativo durante mi Servicio Social en el Centro de Salud TII-Nayaritas comprendido del 1° de Agosto de 2017 al 31 de Julio de 2018, ubicado en la Delegación Ajusco del Estado de México.

Se realizó una investigación descriptiva, observacional y transversal en el Centro de Salud T-II Nayaritas, en pacientes que acudieron a consulta. La información se capturo en Excel, en el cual se realizó un análisis de datos. La población se conformó por 191 pacientes, en un rango de edad de 25 a 64 años predominando el género femenino sobre el masculino con una afluencia de 1:1.

Los diagnósticos se clasificaron de acuerdo al CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10<sup>a</sup> edición), los cuales fueron: Caries dental, gingivitis crónica, periodontitis crónica, pulpitis, absceso periapical con fistula, absceso periapical sin fistula y resto radicular presente. Del cual el diagnóstico más predominante fue **caries dental** con el 53.4%, seguida de periodontitis crónica con el 20.4%, teniendo en último lugar absceso periapical con fistula con el 3.1% y sin fistula con el 3.1%

Por último se anexaron los cuadros de actividades realizadas durante todo el periodo del servicio social y las conclusiones de este año de trabajo.

Palabras Clave: Enfermedades bucales, Centro de Salud T-II Nayaritas, CIE-10



## INDICE

CAPÍTULO I.....	6
INTRODUCCIÓN GENERAL.....	6
CAPITULO II MARCO TEÓRICO .....	7
CARIES DENTAL.....	7
ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	12
GINGIVITIS .....	12
PERIODONTITIS.....	16
PULPITIS, ABSCESO PERIAPICAL CON Y SIN FISTULA.....	22
ABSCESO APICAL CRÓNICO .....	26
ABSCESO APICAL AGUDO .....	27
RESTO RADICULAR PRESENTE .....	28
CAPÍTULO III .....	30
INTRODUCCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
JUSTIFICACIÓN.....	32
OBJETIVO GENERAL.....	33
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	33
MATERIAL Y MÉTODOS.....	34
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	36
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	36
RESULTADOS.....	37
CONCLUSIONES.....	44
CAPITULO IV ANTECEDENTES .....	45
ZONA DE INFLUENCIA .....	45
Origen y desarrollo de la comunidad (hechos relevantes).....	45
Origen y desarrollo de la Unidad de Salud.....	46
IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD.....	48
ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN.....	50
INFRAESTRUCTURA.....	51
ORGANIGRAMA .....	52
MISIÓN.....	52
VISIÓN .....	52



CAPITULO V. INFORME NUMÉRICO INFORMATIVO.....	53
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	66
CONCLUSIONES.....	68
FOTOGRAFÍAS.....	70
ANEXO 1.....	72
ANEXO 2.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	77



## CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN GENERAL

En 1978 se inició con la construcción del Centro de Salud T-II Nayaritas por la Secretaría de Salud para la extensión de cobertura de atención médica a la población denominado “Programa de Atención Primaria en Áreas Marginadas”. El Centro de Salud T-II Nayaritas el cual pertenece a la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán y ésta a su vez a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la zona de cobertura asignada al Centro de Salud está dividida en cuatro AGEBs (Área Geográfica Estadística Básica) cada una compuesta en promedio de 25 a 40 manzanas de las colonias: Huayamilpas, Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco y Santo Domingo.<sup>1</sup>

El Servicio Social es una obligación legal, expedida en la Ley General del Servicio Profesional, que se establece en la fracción III del artículo 3° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.<sup>2</sup>

Se entiende por servicio social a la “actividad profesional indispensable y obligatoria que todo universitario pre y postgrado ha de prestar a la comunidad gratuitamente como un esfuerzo para lograr un grado de humanización y conciencia en el ejercicio de su profesión fortaleciendo el proceso formativo teórico práctico, con el fin de retribuir a las poblaciones que viven en unidades territoriales de alta y muy alta marginación, donde los servicios de salud y personal de salud son escasos”.<sup>3</sup>

Es una etapa en la cual se busca que los egresados, reafirmen sus conocimientos, adquieran experiencia y se enfrenten a la realidad, en la atención de pacientes y comunidades.<sup>4</sup>

El presente informe tiene como objetivo dar a conocer el diagnóstico más representativo en la población adulta de 25 a 64 años durante mi Servicio Social en el Centro de Salud TII-Nayaritas comprendido del 1° de Agosto de 2017 al 31 de Julio de 2018, ubicado en la colonia Ajusco, alcaldía de Coyoacán, Ciudad de México.

Durante el servicio social se atendió un total de 280 pacientes a cada uno se le realizó historia clínica, actividades preventivas, actividades restaurativas y de diagnóstico. La población a estudiar fue la población adulta de 25 a 64 años con un total de 191 pacientes, el cual 106 fueron del sexo femenino y 85 pacientes masculinos. El diagnóstico más representativo fue caries dental, con un total de 102 pacientes, periodontitis crónica con un total de 39 paciente, absceso periapical con fistula 6 pacientes y sin fistula con un total de 6 pacientes.



## CAPITULO II MARCO TEÓRICO

Las enfermedades bucales en su mayoría son irreversibles y su efecto se acumula a lo largo de la vida, de tal forma que los daños tienden a ser mayores en la población adulta y adulta mayor.<sup>5</sup> Estas constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socio-económico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados.<sup>6</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal que afectan a más de 90 % de la población mexicana.<sup>7</sup>

### CARIES DENTAL

La caries dental, por definición de la OMS, es “un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad”.<sup>8</sup>

Está presente tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, siendo una enfermedad multifactorial que implica la interacción entre los dientes, la saliva, la microbiota oral, factores del huésped, la dieta, higiene bucal, educación oral, escases de recursos económicos, seguimiento de atención odontológica, al igual que campañas de prevención.<sup>9</sup>

Este proceso destructivo surge de las acciones de algunos microorganismos de la placa dentobacteriana (bacteria *Streptococcus mutans*) sobre los carbohidratos fermentables que generan la producción de ácidos, principalmente lácticos, como parte del metabolismo de las bacterias. El progreso de la lesión cariosa requiere, además de los factores anteriormente citados, un diente susceptible y un tiempo suficiente de exposición que permita no sólo la producción de ácidos por parte de las bacterias de la placa, sino también la desmineralización del tejido duro del diente.<sup>10</sup>

De acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional De Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), la caries dental se clasifica:

<b>CARIES DEL ESMALTE CIE-10 K02.0</b>	
<b>Definición: Lesión producida por la descalcificación y disolución progresiva de la matriz inorgánica del esmalte</b>	
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Factores locales (fosas y fisuras profundas, placabacteriana, composición y cantidad de saliva, mal posición dental, higiene oral deficiente, etc.).</li><li>• Factores generales (Strés, nutrición, herencia, enfermedades sistémicas, condiciones socio-económicas).</li></ul>
<b>Manifestaciones clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asintomático.</li><li>• Presenta una superficie de color blanco tiza a pardo o negro.</li><li>• Microcavitación en el esmalte.</li></ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clínicos</li><li>• Radiográficos</li></ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fluorosis</li><li>• Hipoplasia del esmalte</li></ul>
<b>Exámenes complementarios</b>	Radiográfico
<b>Complicaciones</b>	Caries de dentina

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.



Imagen 1



<b>CARIES DE DENTINA CIE-10 K02.1</b>	
<b>Definición: Destrucción de la matriz inorgánica y orgánica de la dentina</b>	
<b>Etiología</b>	Enfermedad multifactorial
<b>Manifestaciones clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sintomático</li><li>• Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos (pulpitis)</li><li>• Cavidad con tejido reblandecido y cambio de coloración (café o marrón)</li></ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transiluminación</li><li>• Uso de revelador de caries</li><li>• Clínico exploración con sonda</li><li>• Radiográfico</li></ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	Dentina reparativa o terciaria Hiperplasia dentinaria Abrasión, erosión, atricción, afracción
<b>Exámenes complementarios</b>	Radiográfico
<b>Complicaciones</b>	Pulpitis irreversible, necrosis, absceso

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

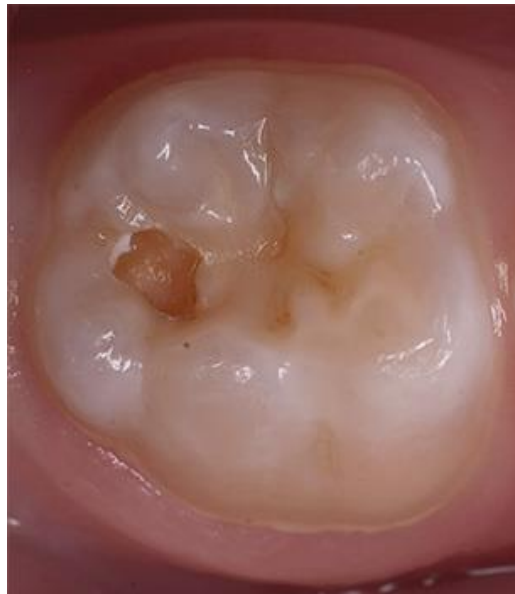


Imagen 2

<b>CARIES DE CEMENTO CIE-10 K02.2</b>	
<b>Definición: Destrucción de la matriz orgánica e inorgánica del cemento</b>	
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retracción gingival</li><li>• Radioterapias</li><li>• Enfermedad periodontal</li></ul>
<b>Manifestaciones clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sintomático.</li><li>• Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos (pulpitis).</li><li>• Cavidad con tejido reblandecido y cambio de coloración.</li></ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso de detector de caries</li><li>• Radiográfico</li></ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lesión en mancha blanca.</li><li>• Defecto del desarrollo del esmalte por translucirse y localización.</li></ul>
<b>Exámenes complementarios</b>	Radiográfico
<b>Complicaciones</b>	Caries activa

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.



Imagen 3

<b>CARIES RECIDIVANTE CIE-10 K02.8</b>	
<b>Definición: Caries que se origina alrededor de una restauración</b>	
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida marginal.</li> <li>• Restauración defectuosa.</li> <li>• Filtración marginal.</li> <li>• Presencia de espacios entre la restauración y el tejido dentario.</li> <li>• Iatrogénica.</li> <li>• Mala higiene.</li> <li>• Dieta cariogénica.</li> </ul>
<b>Manifestaciones clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomático de evolución rápida.</li> <li>• Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.</li> <li>• Cavidad con tejido reblandecido, cambia de coloración.</li> <li>• Halitosis.</li> </ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de revelador de caries.</li> <li>• Clínico: exploración.</li> <li>• Radiográfico.</li> </ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperemia pulpar</li> <li>• Pulpitis reversible.</li> <li>• Pulpitis irreversible.</li> <li>• Necrosis pulpar.</li> </ul>
<b>Exámenes complementarios</b>	Radiográfico
<b>Complicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulpitis</li> <li>• Necrosis</li> <li>• Absceso</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.



Imagen 4



De acuerdo a la OMS casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo.<sup>7</sup> Sin embargo la Federación Dental Internacional menciona, que los datos actuales muestran que la caries no tratada en dientes permanentes tiene una prevalencia global (promediando todas las edades) del 40% y representa la condición más frecuente de los 291 procesos analizados en el Estudio Internacional sobre la carga de las enfermedades.<sup>13</sup>

En México el SIVEPAB-2017 en un estudio realizado a 213,456 personas de 20 a 99 años de edad de los cuales 65.3% eran mujeres y 34.7% hombres, la prevalencia de caries dental fue del 93.2%. Así mismo se estudió la prevalencia de caries en relación con la edad, encontrándose que la población mayor a 40 años la prevalencia fue superior a 95% y en los demás grupos de edad fue superior a 85%.<sup>13</sup>

## ENFERMEDAD PERIODONTAL

El término “enfermedad periodontal” en su sentido más estricto se refiere tanto a la gingivitis como a la periodontitis.<sup>14</sup>

## GINGIVITIS

La gingivitis es considerada una forma reversible de la enfermedad, y generalmente incluye la inflamación de los tejidos gingivales sin pérdida de inserción de tejido conectivo.<sup>14</sup>

Es una afección inflamatoria de los tejidos blandos que rodean a los dientes (encia) y es una respuesta inmunitaria directa a la placa dentobacteriana que se acumula en el diente. Esta respuesta inflamatoria e inmunitaria está determinada por la presencia de patógenos periodontales que son bacterias Gram negativas involucradas en la biopelícula subgingival tales como *Porphyromonas gingivales*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Ac), *Tannerella forsythia* (Tf), *Prevotella intermedia* (Pi), *Fusobacterium nucleatum* (Fn), *Parvimonas micra* (Pm), *Campylobacter rectus* (Cr) y *Actinomyces*.<sup>14, 15, 16</sup>

Esta se ve modificada por varios factores, como el tabaco, el estrés, ciertos medicamentos y ciertos cambios hormonales que ocurren durante la pubertad y embarazo.<sup>14, 16</sup>

La extensión de la gingivitis puede ser clasificada como localizada ( $\leq 30\%$  de sitios afectados) y generalizada ( $>30\%$  de sitios afectados). Así mismo puede ser marginal, papilar y difusa.<sup>17</sup>



Esta enfermedad por lo general puede curarse con el cepillado y el uso del hilo dental a diario, además de una limpieza periódica por un dentista.<sup>18</sup>

De acuerdo a la OMS, mayormente del 31.9% a 35.7% de 35 a 44 años de edad presenta cálculo y del 31.5% a 39.0% entre los adultos de 65 a 74 años de edad. En México de acuerdo al SIVEPAB-2017 en la población de 20 a 99 años de edad el 21.1% presenta gingivitis (detectada a través de la hemorragia al sondeo).<sup>8</sup> A partir de los 50 años la categoría con mayor peso fue el cálculo dental (código “2”), así en el grupo de 50 a 54 años un poco más de la tercera parte (37.0%) presentaba cálculo dental.<sup>7</sup>

De acuerdo al CIE-10 la gingivitis se clasifica:

<b>ENFERMEDADES DEL PERIODONTO, CÓDIGO CIE – 10 - K05</b>	
<b>ENTIDAD NOSOLÓGICA: enfermedades gingivales inducidas por placa bacteriana (K05.0)</b>	
<b>Definición:</b> Se define como el patrón de signos y síntomas de diferentes enfermedades localizadas en la encía. Todas ellas se caracterizan por presentar placa bacteriana que inicia o exacerba la severidad de la lesión, ser reversibles si se eliminan los factores causales y por tener un posible papel como precursor en la pérdida de inserción alrededor de los dientes.	
<b>Etiología</b>	<p>Enfermedad multifactorial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gingivitis asociada solo con placa dental.               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Sin otros factores locales asociados.</li> <li>b) Asociada también a otros factores locales.</li> </ol> </li> <li>• Modificadas por factores sistémicos.               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Asociadas con el sistema endocrino:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gingivitis asociada a la pubertad.</li> <li>- Gingivitis asociada al ciclo menstrual.</li> </ul> </li> <li>b) Asociadas al embarazo:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gingivitis.</li> <li>- Granuloma piogénico.</li> </ul> </li> <li>c) Gingivitis asociada a diabetes mellitus.</li> <li>d) Asociadas con discrasias sanguíneas:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gingivitis asociada a leucemia.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>• Modificadas por medicamentos               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Agrandamientos gingivales.</li> <li>b) Gingivitis asociada a medicamentos:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asociada a anticonceptivos</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>

	<p>orales.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Modificadas por malnutrición: a) Déficit de ácido ascórbico.</li></ul>
<b>Manifestaciones clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Signos de inflamación, contornos gingivales agrandados, por la presencia de edema o fibrosis</li><li>• Coloración roja</li><li>• Sangrado al sondaje</li><li>• Incremento del exudado gingival</li><li>• Niveles de inserción estables sin pérdida de los niveles de inserción, o estables, con periodontos reducidos.</li></ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clínicos</li><li>• Radiográficos</li></ul>
<b>Exámenes complementarios</b>	Radiográfico

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Imagen 6



<b>ENFERMEDADES GINGIVALES NO ASOCIADAS A PLACA BACTERIANA, K05.1</b>	
<b>Definición:</b> se define como el patrón de signos y síntomas de diferentes enfermedades localizadas en la encía; estas se caracterizan por no estar asociadas a placa bacteriana, sino a etiologías específicas de tipo bacteriano, viral, fúngico, genético, sistémico, traumático, entre otras no específicas	
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad multifactorial.</li> </ul>
<b>Clasificación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De origen bacteriano específico.</li> <li>2. De origen viral.</li> <li>3. De origen micótico.</li> <li>4. De origen genético.</li> <li>5. Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas.</li> <li>6. Lesiones traumáticas, iatrogenias, accidentales.</li> <li>7. Reacciones de cuerpo extraño.</li> <li>8. Otras no especificadas.</li> </ol>
<b>Manifestaciones clínicas</b>	<p>Específico de acuerdo al caso, han sido observadas en raras ocasiones, pero generalmente se caracterizan y manifiestan clínicamente como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulceraciones edematosas dolorosas con un color rojo intenso</li> <li>• Encías muy inflamadas no ulceradas atípicas.</li> <li>• Las lesiones orales pueden o no estar acompañadas por lesiones en otro lugar del organismo.</li> </ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínicos</li> <li>• Radiográficos</li> </ul>
<b>Exámenes complementarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de laboratorio.</li> <li>• Examen microbiológico.</li> <li>• Examen histopatológico.</li> <li>• Examen radiográfico.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Imagen 7

## PERIODONTITIS

Las enfermedades periodontales son infecciones crónicas serias que conllevan la destrucción del aparato de soporte del diente, incluyendo la encía, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Se inician con una acumulación local de bacterias sobre el diente.<sup>14</sup> Pueden afectar uno o varios dientes, y si no se tratan, pueden causar la pérdida de los mismos, particularmente en adultos.<sup>15</sup> Esto se debe a una respuesta inmune que controla los microorganismos que se están formando en el surco periodontal. A medida que progresa el proceso inflamatorio este se vuelve crónico y comienza la degradación de los tejidos de soporte, dando como resultado la formación de la bolsa periodontal, pérdida de inserción clínica y pérdida ósea.<sup>16</sup>

La periodontitis se ha definido como la presencia de inflamación gingival en sitios donde ha habido una desinserción patológica de las fibras colágeno del cemento, el epitelio de unión ha migrado apicalmente, y la pérdida ósea puede ser detectada radiográficamente.<sup>15</sup>

Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años) y a la edad de 65-74 años en torno al 30% de los sujetos han perdido todos sus dientes.

La información sobre Índice Periodóntico Comunitario en México en la población de 20 a 99 años, el 3.9% presenta signos de enfermedad periodontal leve (bolsas periodontales superficiales) y 0.8% signos de enfermedad periodontal avanzada (bolsas periodontales profundas). Con el avance de la edad, el porcentaje de pacientes con bolsas superficiales y profundas aumenta, representando casi 10% en pacientes de 75 años y más.<sup>5</sup>

De acuerdo al CIE-10 la periodontitis se clasifica:





<b>PERIODONTITIS CRÓNICA, K05.2</b>	
<b>Definición:</b> es una entidad infecciosa crónica que produce inflamación en los tejidos de soporte dental, pérdida de inserción progresiva y pérdida ósea. Se caracteriza por formación de bolsas y/o recesión gingival. Su inicio puede ser a cualquier edad pero se la detecta más comúnmente en adultos. El término crónico se refiere a un tiempo de progresión de la enfermedad sin tratamiento, pero no sugiere que esta sea intratable.	
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La infección bacteriana es la primera causa de la enfermedad</li> <li>• La placa el factor iniciador de la misma</li> <li>• Los mecanismos de defensa juegan un papel fundamental en su patogénesis</li> </ul>
<b>Clasificación</b>	<p><b>1. Según su extensión se clasifica:</b></p> <p>a. Localizada: si están afectadas menos de un 30% de las localizaciones.</p> <p>b. Generalizada: si más del 30% de las localizaciones están afectadas.</p> <p><b>2. Según su severidad se define:</b></p> <p>a. Periodontitis leve: cuando las pérdidas de inserción clínica son de 1 mm a 2 mm.</p> <p>b. Periodontitis moderada: si las pérdidas de inserción se encuentran entre 3 mm y 4 mm.</p> <p><b>c. Periodontitis severa:</b> ante pérdidas de inserción clínica mayor o iguales a 5 mm.</p>
<b>Principales signos y síntomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de inserción clínica</li> <li>• Pérdida de hueso alveolar</li> <li>• Formación de bolsas periodontales</li> <li>• Inflamación gingival</li> <li>• Agrandamiento y/o recesión gingival</li> <li>• Sangrado al sondaje</li> <li>• Movilidad dentaria</li> <li>• Supuración, pudiendo llegar a la pérdida dentaria.</li> </ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínicos</li> <li>• Radiográficos</li> </ul>
<b>Exámenes complementarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de laboratorio.</li> <li>• Examen microbiológico.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Imagen 8

<b>PERIODONTITIS AGRESIVA, K05.3</b>	
<p><b>Definición:</b> la periodontitis agresiva es un tipo específico de periodontitis con hallazgos clínicos y de laboratorio diferentes, que los identifica claramente frente a la periodontitis crónica. Esta entidad puede o no estar relacionada con algunos desórdenes sistémicos que afectan la encía y llevan a la pérdida dental, en cualquiera de las dos denticiones. El grado de destrucción periodontal está relacionado con la virulencia bacteriana de la flora asociada y la susceptibilidad del huésped.</p>	
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agregatibacter actinomycetemcomitans o Porphyromonas gingivalis;</li> <li>• Anomalías en los fagocitos</li> <li>• Fenotipo de macrófagos con hiperrespuesta con niveles elevados de prostaglandina E2 e interleuquina-1β.</li> </ul>
<b>Clasificación</b>	<p><b>1. Localizada.</b> De inicio circumpuberal y con una respuesta elevada de anticuerpos frente a los agentes infecciosos. Clínicamente se caracterizan por pérdidas de inserción interproximal en primeros molares e incisivos o al menos en dos dientes permanentes, uno de los cuales es un primer molar y no incluye más de dos dientes que no sean primeros molares e incisivos.</p> <p><b>2. Generalizada.</b> Se suele presentar en pacientes menores de 30 años, pero puede aparecer en edades superiores. La respuesta de anticuerpos es pobre. Existen episodios de pérdida de inserción, que afecta a tres dientes permanentes diferentes de primeros molares e incisivos.</p>

<b>Principales signos y síntomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rápida pérdida de inserción y destrucción ósea.</li> <li>• Predisposición genética.</li> </ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínicos</li> <li>• Radiográficos</li> <li>• Historia Clínica</li> </ul>
<b>Exámenes complementarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen radiológico.</li> <li>• Examen microbiológico.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Imagen 9

<b>PERIODONTITIS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS, K05.4</b>	
<b>Definición:</b> tipos de periodontitis que aparecen como un resultado de la alteración de varias enfermedades sistémicas como son los desórdenes hematológicos (Ej. leucemia) desórdenes genéticos (Síndrome de Down, Papillon-Léfevre) y otros desórdenes no especificados o imposibles de incluir en las dos subcategorías anteriores.	
<b>Etiología</b>	<p>Multifactorial:</p> <p><b>A. Asociada a desórdenes hematológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neutropenia adquirida.</li> <li>• Leucemias.</li> </ul> <p><b>B. Asociada a desórdenes genéticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neutropenia familiar y cíclica.</li> <li>• Síndrome de Down.</li> <li>• Síndrome de déficit de adhesión leucocitaria.</li> <li>• Síndrome de Papillon-Lefèvre.</li> <li>• Síndrome de Chediak-Higashi.</li> <li>• Síndrome de histiocitosis.</li> <li>• Enfermedad de</li> </ul>

	<p>almacenamiento del glucógeno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agranulocitosis infantil genética.</li> <li>• Síndrome de Cohen.</li> <li>• Síndrome de Ehler-Danlos (tipos IV y VII).</li> <li>• Hipofosfatasia.</li> </ul> <p><b>C. No especificados</b></p>
<b>Principales signos y síntomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida del nivel de inserción.</li> <li>• Aumento de la profundidad del sondaje.</li> </ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínicos</li> </ul>
<b>Exámenes complementarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de laboratorio.</li> <li>• Exámenes inmunológicos.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

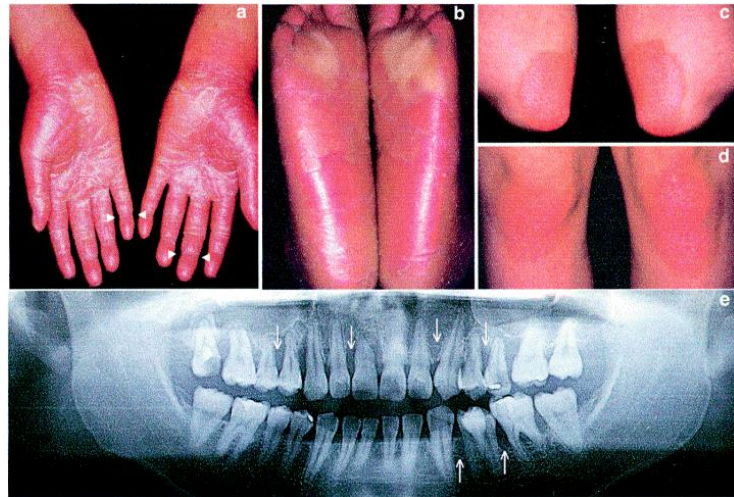


Imagen 10  
Síndrome de papillon lefevre

<b>ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES, K05.5</b>	
<b>Definición:</b> las enfermedades periodontales necrotizantes son afecciones que tienen una presentación clínica con características de inicio rápido, dolor gingival, necrosis interdental y sangrado espontáneo.	
<b>Etiología</b>	<p>Factores que predisponen a la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrés</li> <li>• Inmunosupresión <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SIDA</li> <li>○ Malnutrición</li> </ul> </li> <li>• Tabaquismo y otras drogas</li> <li>• Traumatismo</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Previa gingivitis no tratada</li></ul>
<b>Clasificación</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN).</li><li>2. Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN).</li></ol>
<b>Principales signos y síntomas</b>	<p><b>Gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Necrosis interdental gingival</li><li>• Papilas ulceradas</li><li>• Sangrado gingival inducido y espontáneo</li><li>• Dolor</li><li>• Linfadenopatías</li><li>• Fiebre</li><li>• Halitosis</li><li>• Cuando es recurrente, puede desencadenar en PUN.</li></ul> <p><b>Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pérdida del nivel de inserción (destrucción del hueso y del ligamento periodontal)</li><li>• Necrosis interdental gingival</li><li>• Papilas ulceradas</li><li>• Sangrado gingival</li><li>• Dolor</li><li>• Linfadenopatías</li><li>• Fiebre</li><li>• Halitosis</li></ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clínicos</li></ul>
<b>Exámenes complementarios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Examen radiográfico.</li><li>• Examen microbiológico.</li></ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Imagen 10



## PULPITIS, ABSCESO PERIAPICAL CON Y SIN FISTULA

La pulpa dental está equipada para expresar numerosos mediadores de la inflamación, que puede luchar contra factores irritantes.<sup>19</sup>

La inflamación de la pulpa dental (pulpitis) ha sido vista como una regulada secuencia de eventos vasculares y celulares mediadas por factores moleculares, es causada por la presencia de un irritante pulpar de índole traumática, físico, químico o bacteriano. La ruta más común de entrada de los microorganismos es por medio de la caries dental.<sup>19, 20</sup>

La intensidad de los síntomas clínicos varía según aumenta la inflamación, dependiendo del grado de presión intrapulpar y de la viabilidad de las fibras nerviosas. Cuando la afección pulpar evoluciona hacia una pulpitis irreversible es necesario instaurar un tratamiento para eliminar el tejido enfermo. La ABE (American Board of Endodontics) ha clasificado la pulpitis irreversible en sintomática y asintomática.

De acuerdo a un estudio cubano de 2009 el factor etiológico que más incidió en la aparición de las enfermedades pulpares fue la caries dental con 90.6%, comportándose de forma similar en todas las edades.

La pulpitis además de ser el segundo lugar entre las enfermedades más comunes de la cavidad bucal representa el 40.28% de las urgencias odontológicas según un estudio de la universidad de Zulia y el instituto de investigaciones de la facultad de odontología de Venezuela 2012.<sup>20</sup>

En un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán, México en el 2012 sobre la prevalencia de enfermedades pulpares y periapicales en pacientes geriátricos incluyo 108 órganos dentarios de 74 pacientes reportando que 41,67 % (n= 45) presentó patologías pulpares: 22,22 % (n= 10) pulpitis reversible, 57,78 % (n= 26) pulpitis irreversible y 20 % (n= 9) necrosis pulpar.<sup>21</sup>

De acuerdo al CIE-10 la pulpitis se clasifica:

<b>PULPITIS REVERSIBLE K04.0</b>	
<b>Definición: Es la inflamación de la pulpa con capacidad reparativa una vez eliminada la causa. No requiere tratamiento de conductos radiculares.</b>	
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caries</li> <li>• Dentina expuesta</li> <li>• Traumatismo</li> <li>• Problemas de oclusión</li> <li>• Restauraciones defectuosas</li> <li>• Excesiva deshidratación de la dentina</li> </ul>

<b>Manifestaciones clínicas</b>	Dolor agudo provocado por estímulos como: frío, calor, ácidos y dulces. Cede al retirar el estímulo.
<b>Criterios de diagnóstico</b>	Clínico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración</li> <li>• Aplicación de estímulos</li> <li>• Radiográfico</li> </ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	Pulpitis irreversible
<b>Exámenes complementarios</b>	Radiográfico, transiluminación
<b>Complicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulpitis irreversible</li> <li>• Necrosis pulpar</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Imagen 11

<b>PULPITIS IRREVERSIBLE KO4.0</b>	
<b>Definición:</b> Inflamación pulpar sin capacidad reparativa a pesar de haber eliminado la causa. <b>Requiere tratamiento de conductos radiculares.</b>	
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulpitis reversible no tratada</li> <li>• Caries profunda con compromiso pulpar</li> <li>• Traumatismos</li> <li>• Restauraciones defectuosas no tratadas</li> <li>• Fracturas coronarias</li> <li>• Irritaciones químicas</li> </ul>
<b>Manifestaciones clínicas</b>	Dolor agudo pulsátil, espontáneo de larga duración y exacerbado por el calor y la percusión vertical, puede ser localizado, difuso o intermitente.
<b>Criterios de diagnóstico</b>	Clínico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración</li> <li>• Aplicación de pruebas de sensibilidad pulpar y de percusión</li> </ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulpitis reversible</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absceso dentoalveolar agudo</li> <li>• Necrosis pulpar</li> </ul>
<b>Exámenes complementarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiográfico</li> <li>• Histopatológico</li> </ul>
<b>Complicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor post-operatorio</li> <li>• Necrosis pulpar</li> <li>• Absceso dentoalveolar agudo</li> <li>• Perforación de furca</li> <li>• Perforación del foramen apical</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Imagen 12

<b>PULPITIS HIPERPLÁSICA O PÓLIPO PULPAR K04.0</b>	
<b>Definición: Inflamación crónica de la pulpa joven expuesta</b>	
<b>Etiología</b>	Se produce generalmente en dientes jóvenes con caries profundas Agente irritante de baja intensidad y larga duración
<b>Manifestaciones clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomatología leve a la exploración y a la presión.</li> <li>• Se presenta más en molares</li> <li>• Destrucción coronaria amplia</li> </ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínico</li> <li>• Radiográfico</li> </ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	Pólipo gingival
<b>Complicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necrosis</li> <li>• Abscesos coronarios</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>





Imagen 13

<b>NECROSIS PULPAR K04.1</b>	
<b>Definición: Muerte de la pulpa parcial o total</b>	
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Procesos inflamatorios o traumáticos</li><li>• Agentes químicos, físicos o infecciosos</li><li>• Evolución de pulpitis irreversible</li></ul>
<b>Manifestaciones clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asintomático</li><li>• Discromía (cambio de coloración de la corona)</li></ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clínico</li><li>• Radiográfico</li></ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Absceso periapical crónico</li><li>• Absceso periodontal</li></ul>
<b>Complicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Absceso dento alveolar agudo sin fistula</li><li>• Celulitis</li></ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Imagen 14

## ABSCESO APICAL CRÓNICO

Es una reacción inflamatoria a la infección y necrosis pulpar caracterizada por un inicio gradual de poco o ninguna molestia. Se presenta una descarga intermitente de pus a través del trato sinusual. Radiográficamente se observa una zona radiolúcida por la presencia de destrucción ósea. Para identificar la fuente de un tracto sinusual drenante se coloca un cono de gutapercha cuidadosamente a través del estoma y se toma radiografía.<sup>22</sup>

De acuerdo al CIE-10 absceso apical crónico se clasifica:

<b>ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA K04.6</b>	
<b>Definición: Respuesta local defensiva de hueso alveolar que rodea el ápice como consecuencia de una necrosis pulpar</b>	
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos inflamatorios o traumáticos</li> <li>• Agentes químicos, infecciosos o infecciosos</li> <li>• Evolución de necrosis pulpar</li> </ul>
<b>Manifestaciones clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asintomático</li> <li>• Discromía</li> <li>• Presencia de fistula</li> </ul>
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínico</li> <li>• Radiográfico</li> </ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	Absceso periodontal
<b>Complicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absceso dentoalveolar agudo</li> <li>• Celulitis</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Imagen 15

## ABSCESO APICAL AGUDO

Es una reacción inflamatoria a la infección y necrosis pulpar caracterizada por un inicio rápido, dolor espontáneo, extrema sensibilidad del diente a la presión, formación de pus e hinchazón de los tejidos asociados.

Puede que no haya signos de destrucción radiográfica y el paciente a menudo presenta malestar, fiebre y linfadenopatía.<sup>23</sup>

De acuerdo al CIE-10 absceso apical agudo se clasifica:

<b>ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA KO4.7</b>	
<b>Definición: Inflamación aguda y supurativa de los tejidos periapicales con acumulación de exudado purulento</b>	
<b>Etiología</b>	Persistencia e intensificación del proceso microbiano de la pulpa
<b>Manifestaciones clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomático agudo</li> <li>• Dolor severo, constante y pulsátil</li> <li>• Extrusión con movilidad dentaria</li> <li>• Acumulación de pus y exudado</li> <li>• Cuadro febril</li> <li>• Dolor a la percusión vertical</li> </ul>
<b>Criterio de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínico</li> <li>• Radiográfico</li> </ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad endoperiodontal</li> <li>• Celulitis</li> </ul>
<b>Exámenes complementarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultivo y antibiograma</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Imagen 16

## RESTO RADICULAR PRESENTE

La extracción dental es un acto quirúrgico por medio del cual se elimina a un órgano dentario de su alveolo; a pesar de los esfuerzos de las políticas y acciones preventivas que buscan preservar la salud bucal, sigue siendo un procedimiento odontológico frecuente. Son múltiples las causas que llevan a realizar alguna extracción dental en las diferentes etapas de la vida.<sup>24</sup>

De acuerdo al CIE-10 el resto radicular presente se clasifica:

<b>RAIZ RADICULAR PERSISTENTE K083</b>	
<b>Definición: Resultado de la enfermedad de tejidos duros y blandos, enfermedad pulpar y periodontal no tratada, o dientes tratados endodónticamente sin restauración y cuya corona se pierde.</b>	
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Caries no restaurable</li><li>• Fracaso repetitivo de tratamiento endodóntico con pérdida de corona</li><li>• Trauma dentoalveolar que no permita la rehabilitación final</li><li>• Reabsorción radicular interna y/o externa</li><li>• Fractura coronal no restaurable</li><li>• Infecciones apicales refractarias</li></ul>
<b>Manifestaciones clínicas</b>	Dientes que están sin su corona, porque esta se ha destruido por procesos de caries, son raíces que emergen prácticamente de los alveolos y no están cubiertas por encía. halitosis (mal aliento) molestias a la

	masticación
<b>Criterios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clínicos</li><li>• Radiográficos</li></ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	
<b>Exámenes complementarios</b>	Radiografía
<b>Complicaciones</b>	Abscesos, quistes radiculares, granulomas y pulpitis hiperplásica o pólipo pulpar

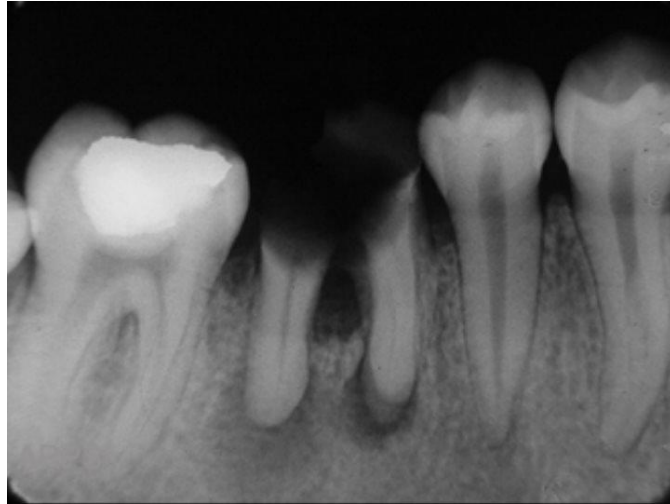


Imagen 17

En México se realizó un estudio a 280,133 pacientes de 20 a <80 años en el cual el 99.5% de la población adulta presentaba al menos un diente en el maxilar inferior y 98.8% en el maxilar superior. En los sextantes anteriores los dientes que con mayor frecuencia se perdieron fueron los centrales superiores. En las zonas posteriores, los terceros molares inferiores fueron usualmente los más ausentes, en segundo lugar los primeros molares inferiores. Los caninos superiores e inferiores fueron los dientes que permanecieron más tiempo en boca. Alrededor de 14% de los adultos había perdido el primer molar en el maxilar superior y 22% en el maxilar inferior. En el grupo de edad de 20 a 34 años la pérdida de dientes fue poco frecuente, apenas 4% de esta población había perdido los primeros molares en ambos maxilares. En el grupo de 80 años y más, la pérdida de dientes, especialmente los molares y premolares afectó a casi la mitad de la población.<sup>5</sup>



## CAPÍTULO III

### INTRODUCCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

¿Qué es la salud bucodental y por qué se considera a las enfermedades bucodentales como un problema serio de salud pública? Las enfermedades bucodentales afectan a un área limitada del cuerpo humano pero sus consecuencias e impacto afectan al cuerpo de manera global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdidas de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”.<sup>7</sup>

Esta definición ampliamente aceptada se complementa con el reconocimiento de que la salud bucodental es parte integral del derecho a la salud y por lo tanto se convierte en uno de los derechos básicos incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, adoptada por todas las naciones.<sup>13</sup> En México, la Ley General de Salud contempla dentro del artículo 27 fracción VII la prevención y control de las enfermedades bucales.<sup>25</sup>

De acuerdo a la OMS las enfermedades más frecuentes son la caries, afecciones periodontales, el cáncer de boca, las enfermedades infecciosas bucodentales, los traumatismos físicos y las lesiones congénitas. En términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental; un 15%-20% de los adultos en una edad media de 35 a 44 años padecen enfermedad periodontal grave; 30% de la población de 65 a 74 años no tiene dientes naturales; entre 1 y 10 casos por cada 100,000 habitantes padecen cáncer de boca; y entre el 16% y el 40% de los niños entre 6 y 12 años padecen traumatismos bucodentales.<sup>7</sup>

En países como México en niños de 3 años el 97% presenta caries dental, el 82% en la población de 6 a 19 años y en la población adulta de 20 a 99 años el 93.2%.<sup>8,9</sup> En cuanto a enfermedad periodontal, la categoría que mayormente se presenta es el cálculo con valores de 31.9% a 35.7% en el grupo de 35 a 44 años de edad y del 31.5% a 39.0% entre los adultos de 65 a 74 años de edad.<sup>5</sup>

Nuestro país se encuentra dentro de las tasas más bajas a nivel mundial de cáncer bucal, el cual es más común en hombres que en mujeres y ocurre en personas de más de 60 años. Acorde con los datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), anualmente se registran menos de mil defunciones por esta causa.<sup>26</sup>



Para lograr garantizar la calidad en la atención para todos los pacientes que acuden al Centro de Salud T-II Nayaritas en ocasiones representa un desafío por la gran demanda de atención, por lo que es imperativo dar una respuesta inmediata a los diferentes tipos de casos clínicos que se presentan.

El objetivo general de toda atención es evaluar, tratar y prevenir toda lesión o enfermedad, de acuerdo a su intensidad o gravedad de manifestación.

Las patologías bucales que se presentaron con mayor prevalencia y severidad son especialmente en la población adulta, debido a no haber accedido a programas preventivos, medidas de prevención y tratamientos eficientes y oportunos.

En el Centro de Salud T-II Nayaritas se analizaron 191 pacientes de ambos sexos para identificar las patologías bucales más frecuentes en los pacientes que acudieron a consulta dental.



## JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas en México, las instituciones educativas y de salud han realizado un gran esfuerzo para proporcionar información acerca de las enfermedades bucales, sin embargo, la información todavía es limitada<sup>10</sup>. Entre las enfermedades que aquejan a la población de la Ciudad de México, tenemos la caries dental que actualmente afecta al 95.5% de la población. Por lo que es necesario desarrollar actividades de educación para la salud y prevención específica apoyando a los Módulos de Odontología Familiar de los Centros de Salud.<sup>27</sup>

Anualmente se otorgan, alrededor de 18 millones de consultas odontológicas a la población en el Sector Salud. El 57.6% de esta cifra se corresponde a la población no derechohabiente y el 42.4% a la población derechohabiente. Al estratificar por institución la Secretaría de Salud otorga más de la mitad de consultas odontológicas (54.8%) y el Instituto Mexicano del Seguro Social un poco más de la cuarta parte (27.4%).<sup>26</sup>

El Centro de Salud T-II Nayaritas se encuentra dentro de la clasificación tipo I, es un establecimiento de Primer Nivel de Atención Médica y desde 1981 a la fecha continua proporcionando atención a la población de media y baja marginalidad.<sup>28</sup>

La zona de cobertura asignada al Centro de Salud está dividida en 4 AGEBs, cada una compuesta en promedio de 25 a 40 manzanas de las colonias Adolfo Ruíz, Ajusco y Santo Domingo. El cual tiene una extensión territorial de 3.5 Km<sup>2</sup> y una población de 29,637 habitantes, con una densidad de 1.274 habitantes por Km<sup>2</sup>.<sup>6</sup>

La población del centro de salud es de 11,0066 por lo que es importante determinar las enfermedades bucales más frecuentes que a nivel bucal padecen los pacientes que acuden al servicio de odontología en el Centro de Salud T-II Nayaritas, para priorizar las necesidades de la población y con ello mejorar su estado de salud bucal.<sup>8</sup>





## OBJETIVO GENERAL

Determinar las enfermedades bucales más frecuentes en la población adulta de 25 a 64 años de edad que acuden al servicio de odontología en el Centro de Salud T-II Nayaritas durante el periodo Agosto 2017- Julio 2018 y así, priorizar las necesidades de la población y con ello mejorar su estado de salud bucal.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Clasificar por género y edad a los pacientes atendidos en el Centro de Salud T-II Nayaritas durante el periodo Agosto 2017- Julio 2018
- Reconocer el género y rango de edad de mayor prevalencia de pacientes que acuden al Centro de Salud.
- Cuantificar el total de pacientes que acuden al servicio odontológico del Centro de Salud.
- Identificar las enfermedades bucales de mayor prevalencia en pacientes que acuden al Centro de Salud.
- Establecer y desarrollar una metodología para la atención de los pacientes que acuden al Centro de Salud.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional de corte transversal, en el cual se incluyen pacientes adultos de 25 a 64 años de edad de ambos sexos atendidos en el área de odontología del Centro de Salud T-II Nayaritas durante el periodo Agosto 2017-Julio 2018.

El universo de trabajo se conformó por un total de 191 pacientes, a los cuales se les realizó un interrogatorio en base a una Historia Clínica (Anexo 1) y con ello el diagnóstico. Se utilizaron espejos dentales #4, guantes, cubrebocas, cucharilla, sonda periodontal, sanitas, lápiz, pluma, goma, formato impreso de "Historia Clínica Odontológica", silla dental y lámpara de la unidad dental.

Durante el servicio social, no se diagnosticaron en los pacientes las siguientes enfermedades bucales: gingivitis no asociadas a placa bacteriana, periodontitis agresiva, periodontitis asociadas a enfermedades sistémicas, periodontitis necrozante, pulpitis reversible, pulpitis hiperplásica y necrosis pulpar.

Se diagnosticaron las siguientes enfermedades bucales:

1. Caries dental del esmalte se utilizó un básico 4x4 (espejo intrabucal, explorador, cucharilla y pinzas), se observó con el espejo intrabucal pequeñas manchas de color café pardo en las zonas de fosas y fisuras profundas, al pasar el explorador presentaba una ligera retención. Se tomaron radiografías periapicales utilizando la técnica de paralelismo. Al retirar la lesión cariosa utilizando pieza de alta velocidad y fresa de bola de carburo, los pacientes no presentaron dolor al retirar la lesión.
2. Caries dental en dentina, se utilizó un básico 4x4, se observó con el espejo intrabucal pequeñas manchas de color café en zona de fosas y fisuras profundas, al pasar el explorador presentaba una ligera retención, los pacientes refería sensibilidad a estímulos físicos y químicos, de duración momentánea. Se tomaron radiografías periapicales utilizaron la técnica de paralelismo y se observó una línea radiolúcida delgada irregular localizado en esmalte y dentina. Al retirar la lesión cariosa utilizando pieza de alta velocidad y fresa de bola de carburo, los pacientes presentaron sensibilidad.
3. Caries dental en cemento, se utilizó un básico 4x4, se observó con el espejo intrabucal una cavidad con presencia de dentina reblandecida, los pacientes refería sensibilidad a estímulos físicos y químicos, de duración momentánea. Se tomaron radiografías periapicales utilizando la técnica de paralelismo y se observó una zona radiolúcida irregular localizado en esmalte, dentina, cemento, sin llegar a pulpa. Al retirar la lesión cariosa utilizando pieza de alta velocidad y fresa de bola de carburo, los pacientes



- presentaron sensibilidad, se debió anestesiar para retirar completamente la lesión cariosa.
4. Caries dental recidivante, se utilizó un básico 4x4, se observó con el espejo intrabucal la presencia de restauraciones dentales (amalgama o resina), al pasar el explorador hubo presencia de retención, fractura y/o filtración de la restauración, los pacientes referían sensibilidad a estímulos físicos y químicos de duración momentánea. Se tomaron radiografías periapicales utilizando la técnica de paralelismo y se observó la zona radiopaca de la restauración para así observar la profundidad y dar el tratamiento correspondiente.
  5. Gingivitis se realizó utilizando un básico 4x4 y una sonda periodontal de la OMS, con el espejo intrabucal se observó: encía de color rojo, con aumento de volumen, sangrado al tacto y en algunos pacientes hubo presencia de sarro supragingival. Al realizar el sondeo periodontal se obtuvieron 3mm de encía a nivel hueso, sin presencia de bolsa periodontal o pérdida de hueso. Los resultados se anotaron en el Índice Periodontico Comunitario.
  6. Periodontitis crónica se realizó utilizando un básico 4x4 y una sonda periodontal de la OMS, con el espejo intrabucal se observó: encía de color rojo, con aumento de volumen, sangrado al tacto, movilidad dental y presencia de sarro supragingival y subgingival. Al realizar el sondeo periodontal, hubo presencia de bolsas periodontales de 4 a >6 mm. Los resultados se anotaron en el Índice Periodontico Comunitario.
  7. Pulpitis irreversible, se realizó un interrogatorio de los estímulos que desencadenaban el dolor el cual era agudo pulsátil, espontaneo de larga duración y exacerbado por el calor y la percusión vertical, el cual refirieron ser localizado, difuso o intermitente. Clínicamente se observaban lesiones cariosas, dentina expuesta y restauraciones con filtración y/o fractura. Se tomaron radiografías periapicales con la técnica de paralelismo, para observar la profundidad de la lesión cariosa o de la restauración, en el cual se observó una zona radiolucida comprometiendo la pulpa dental.
  8. Absceso periodontal con fistula se utilizó un básico 4x4 (espejo intrabucal, explorador, cucharilla y pinzas), el diagnostico se centró en los signos y síntomas señalados por el paciente, a la exploración clínica con el espejo bucal se observa edema regional, elevación ovoide de la encía, dolor a la palpación, sensibilidad en la encía y supuración a través de la fistula. También dolor a la percusión vertical y horizontal. Radiográficamente se observa un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal hasta



una importante reabsorción del hueso alveolar, como el estado pulpar, dando una información adicional relativa en la etiología del proceso infeccioso

9. Absceso periodontal sin fistula se utilizó un básico 4x4 (espejo intrabucal, explorador, cucharilla y pinzas), el diagnóstico se centró en los signos y síntomas señalados por el paciente: Dolor severo, espontáneo, constante y pulsátil. Formación de pus e hinchazón de los tejidos asociados. A la exploración clínica con el espejo bucal se observa edema regional, dolor a la palpación, sensibilidad en la encía. También dolor a la percusión vertical y horizontal. Radiográficamente se observa un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal hasta una importante reabsorción del hueso alveolar, como el estado pulpar, dando una información adicional relativa en la etiología del proceso infeccioso.
10. Resto radicular presente se utilizó un básico 4x4 (espejo intrabucal, explorador, cucharilla y pinzas), clínicamente se observó la ausencia parcial o total de la corona clínica del órgano dentario, en algunos casos movilidad dental. Radiográficamente se observa la presencia de la raíz dental, con ensanchamiento del ligamento periodontal.

Se recopilaron los datos obtenidos y se registraron las variables en el programa de Excel versión 17 para así poder realizar tablas y gráficas correspondientes.

Obtenida la información se ordenó, clasificó y se agrupó en función de las variables para el objetivo de estudio, para obtener los resultados.

La información se conformó con estimación de frecuencia y análisis descriptivo de las variables, para la elaboración de tablas y gráficas.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

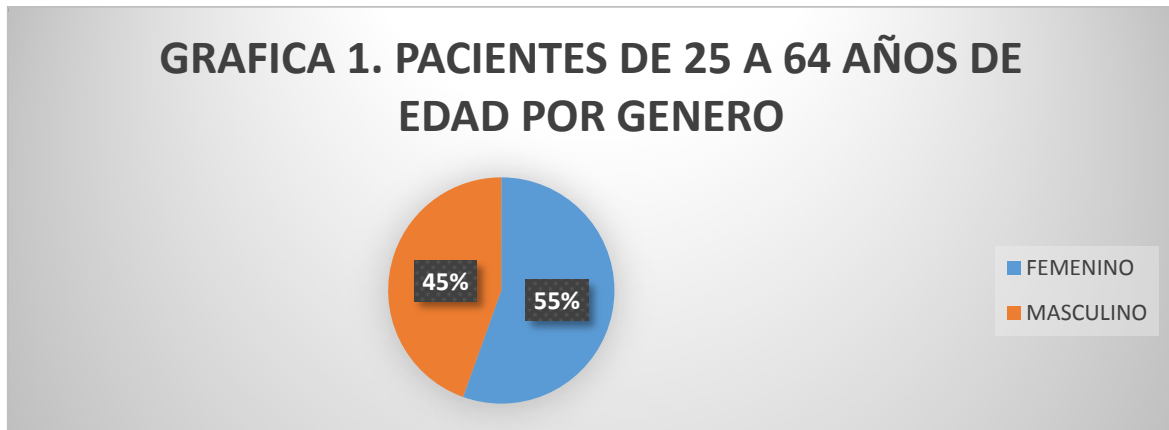
- Pacientes que acudieron al Centro de Salud T-II Nayaritas
- Pacientes de primera vez y subsecuentes
- Pacientes del turno matutino
- Pacientes adultos de 25 a 64 años
- Pacientes que acudieron durante el periodo Agosto 2017- Julio 2018

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes del turno vespertino
- Pacientes infantiles y adolescentes de 0 a 24 años y adultos de 65 años en adelante

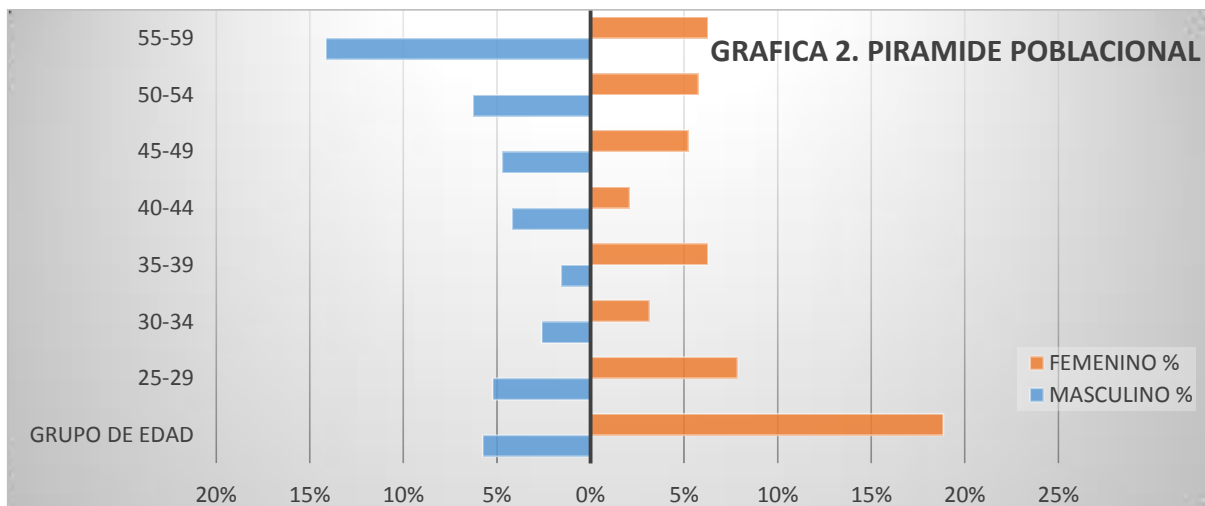
## RESULTADOS

En este apartado se presentaran los datos obtenidos durante el período de Agosto 2017 a Julio 2018, se atendieron 191 pacientes, de los cuales se les realizó Historia Clínica Odontológica de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2013 en un rango de edad de 25 a 64 años de edad, teniendo una media de 1.70 y una desviación estándar de 3.38. El total de pacientes femeninos fue de 106 (55%) y 85 pacientes masculinos (45%).



Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

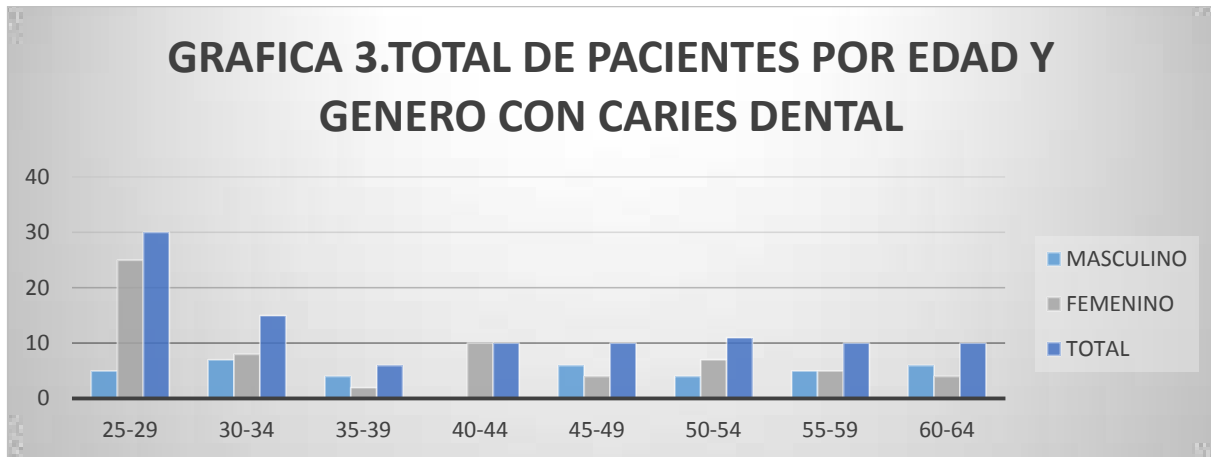
Conforme a la pirámide poblacional, en la gráfica 2 se observa que el grupo predominante en el sexo femenino fue de 25-29 años de edad con 36 pacientes (18.8%), siendo el menor de 45-49 años con 4 pacientes (2.1%). El grupo predominante del sexo masculino fue de 60-64 años con 27 pacientes (14.1%), siendo el menor de 40 a 44 años con 3 pacientes (1.6%).



Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

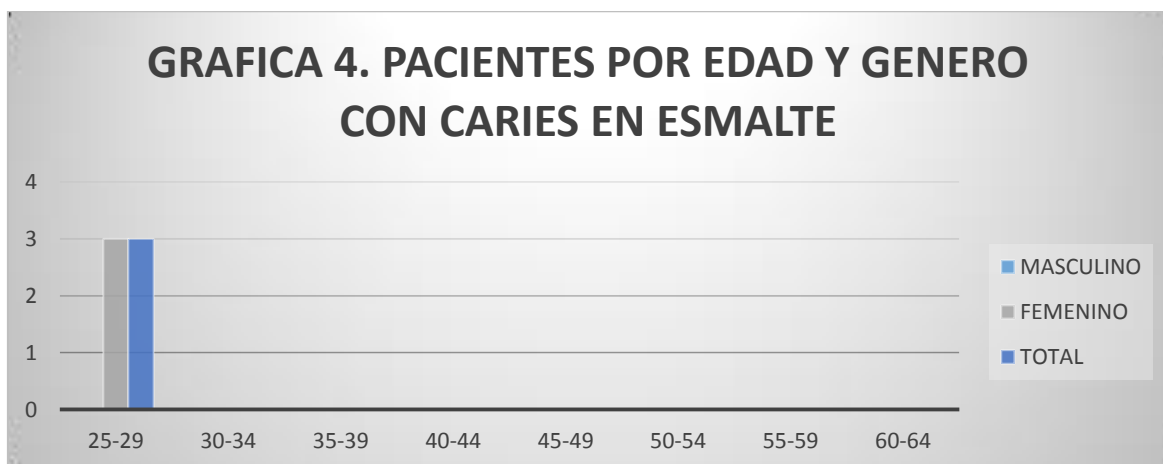
En la gráfica 3 se observa que el grupo de edad con mayor incidencia donde se diagnosticó caries dental fue de 25 a 29 años de edad con 30 pacientes (29.4%), teniendo una baja de 35-39 años con 6 pacientes (5.9%).

De acuerdo al género, en el sexo femenino el rango de edad con mayor incidencia fue de 25-29 años con 25 pacientes (24.5%) y con menor incidencia de 35-39 años con 6 pacientes (2.0%). Mientras en el sexo masculino el rango de edad con mayor incidencia fue de 30-34 años con 7 pacientes (6.9%), no se reportaron casos de caries dental en el grupo de 40-44 años.



Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

En la gráfica 4 se observa que el grupo de edad con mayor incidencia donde se diagnosticó caries en esmalte fue de 25 a 29 años de edad en el género femenino con 3 pacientes (100%), no se reportaron casos en los grupos de edad de 30-64 años.



Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

En la gráfica 5 se observa que el grupo de edad con mayor incidencia donde se diagnosticó caries en dentina fue de 25 a 29 años de edad con 14 pacientes (31.8%), teniendo una baja de 50-54 años con 2 pacientes (6.5%).

De acuerdo al género, en el sexo femenino el rango de edad con mayor incidencia fue de 25-29 años con 12 pacientes (27.3%) y con menor incidencia de 50-54 años con 1 paciente (3.2%). Mientras en el sexo masculino el rango de edad con mayor incidencia fue de 30-34 años con 4 pacientes (12.9%) y con menor incidencia de 50-54 años con 1 paciente (3.2%). No se reportaron casos de caries dental en el grupo de 35-39 y 40-49 años.

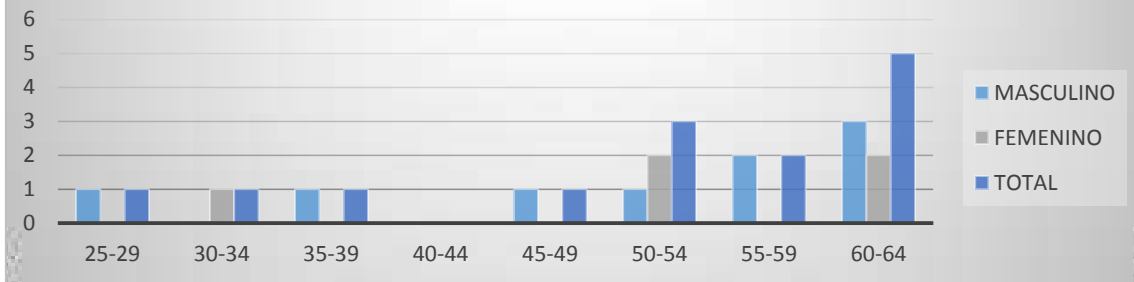


Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

En la gráfica 6 se observa que el grupo de edad con mayor incidencia donde se diagnosticó caries en cemento fue de 60 a 64 años de edad con 5 pacientes (35.7%), teniendo una baja de 25-29 años con 1 pacientes (3.7%), 30-34 años con 1 paciente (3.7%), 35-39 años con 1 paciente (3.7%) y de 45-49 años también con 1 paciente (3.7%).

De acuerdo al género, en el sexo femenino el rango de edad con mayor incidencia fue de 50-54 años con 2 pacientes (14.3%) y 60-64 años también con 2 pacientes (14.3%), no se reportaron casos de caries en cemento en el rango de edad 25-29, 35-39, 40-44, 45-49 y 55-59 años. Mientras en el sexo masculino el rango de edad con mayor incidencia fue de 60-64 años con 3 pacientes (11.1%), no se reportaron casos de caries en cemento en el grupo de 30-34 y 40-44 años.

### GRAFICA 6. PACIENTES POR EDAD Y GENERO CON CARIES EN CEMENTO

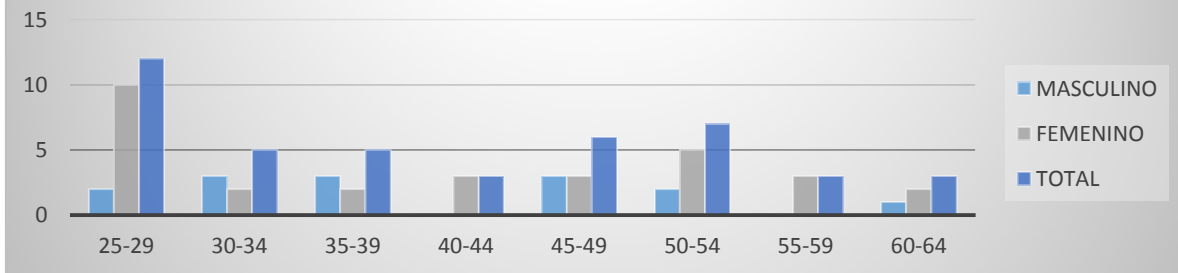


Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

En la gráfica 7 se observa que el grupo de edad con mayor incidencia donde se diagnosticó caries recidivante fue de 25 a 39 años de edad con 12 pacientes (27.3%), teniendo una baja de 40-44 años con 3 pacientes (6.8%), 55-59 años con 3 pacientes (6.8%).

De acuerdo al género, en el sexo femenino el rango de edad con mayor incidencia fue de 25-29 años con 10 pacientes (22.7%) y con menor incidencia de 60-64 años con 2 pacientes (4.5%). Mientras en el sexo masculino el rango de edad con mayor incidencia fue de 30-34 años con 4 pacientes (12.9%) y con menor incidencia de 50-54 años con 1 paciente (3.2%). No se reportaron casos de caries dental en el grupo de 35-39 y 40-49 años.

### CUADRO 7. PACIENTES POR EDAD Y GENERO CON CARIES RECIDIVANTE

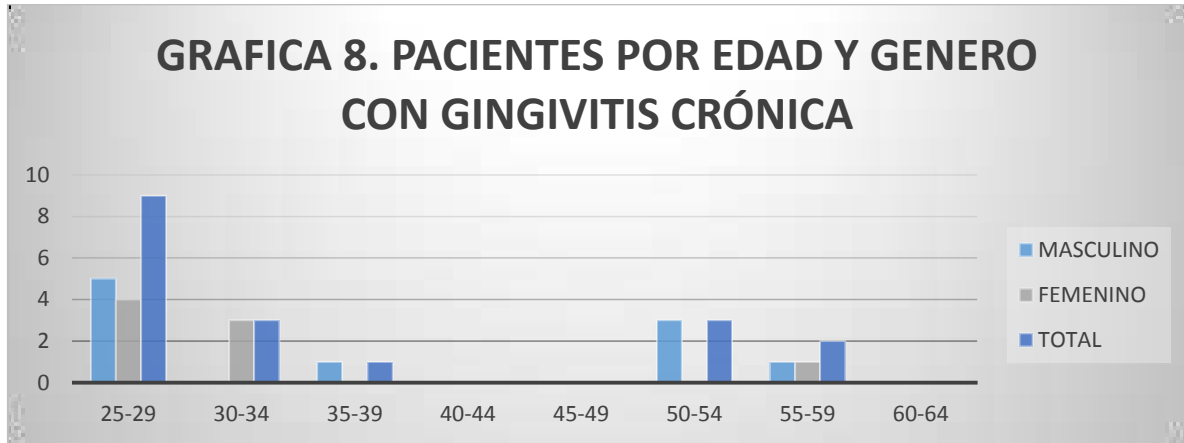


Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

En la gráfica 8 nos muestra que el grupo de edad con mayor incidencia de gingivitis crónica fue de 25-29 años con 9 pacientes (50%) y el de menor incidencia de 35-39 años con 1 paciente (5.6%). No se reportaron casos de gingivitis crónica en pacientes de 40-49 y de 60-64.



En el género masculino y femenino el grupo de edad con mayor incidencia fue de 25-29 años, en el género femenino con 4 pacientes (22.2%) y en el género masculino se reportó 5 pacientes (27.8%); con menor incidencia de 55-59 años con 1 paciente (5.6%) en ambos géneros.



Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

En la gráfica 9 nos muestra que el grupo de edad con mayor incidencia de periodontitis crónica fue de 60-64 años con 22 pacientes (56.4%) y el de menor incidencia de 30-34 años y 40-54 años con 2 pacientes (5.1%). No se reportaron casos de periodontitis crónica en pacientes de 35-39 años.

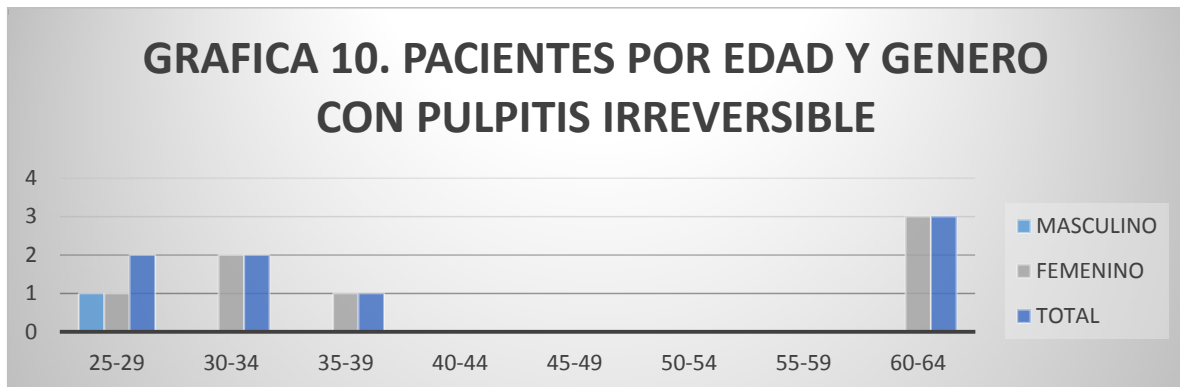
En el género masculino y femenino el grupo de edad con mayor incidencia es de 60-64 años, en el género femenino con 4 pacientes (10.3%) y en el género masculino se reportó 18 pacientes (46.2%); no se reportaron casos de periodontitis crónica en pacientes de 35-39 años.



Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

En la gráfica 10 nos muestra que el grupo de edad con mayor incidencia de pulpitis irreversible es de 60-64 años con 3 pacientes (37.5%) y el de menor incidencia de 35-39 años con 1 paciente (12.5%). No se reportaron casos de pulpitis irreversible en pacientes de 40-59 años.

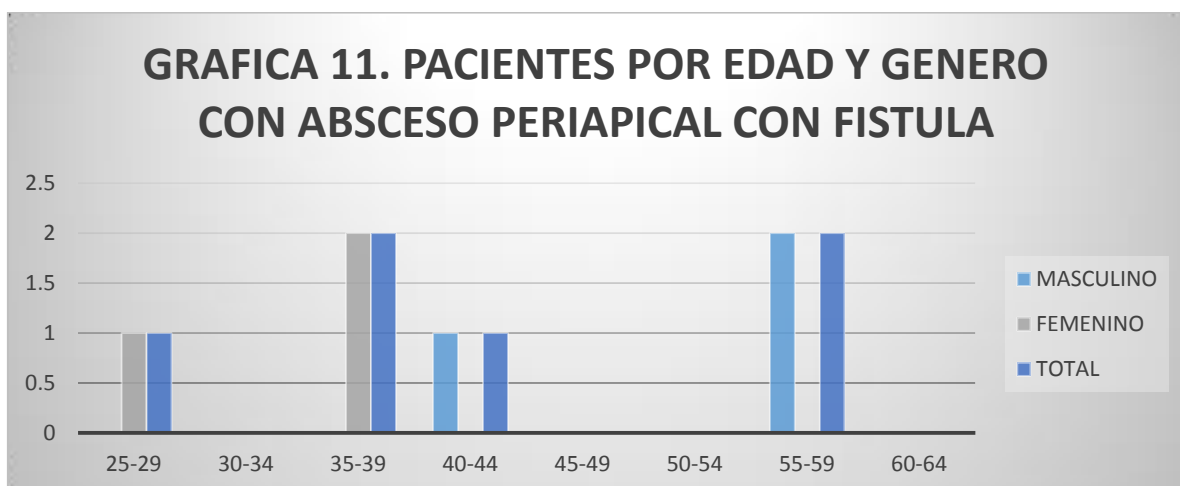
En el género femenino el grupo de mayor incidencia fue de 60-64 años con 3 pacientes (37.5%), de menor incidencia de 35-39 años con 1 paciente (12.5%), mientras en el género masculino de 25-29 años se reportó 1 caso de pulpitis irreversible (12.5%).



Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

En la gráfica 11 el grupo con mayor incidencia de absceso periapical con fistula en el sexo femenino fue de 35 a 39 años con 2 pacientes (33.3%), mientras que en el sexo masculino fue de 55-59 años con 2 pacientes (33.3%).

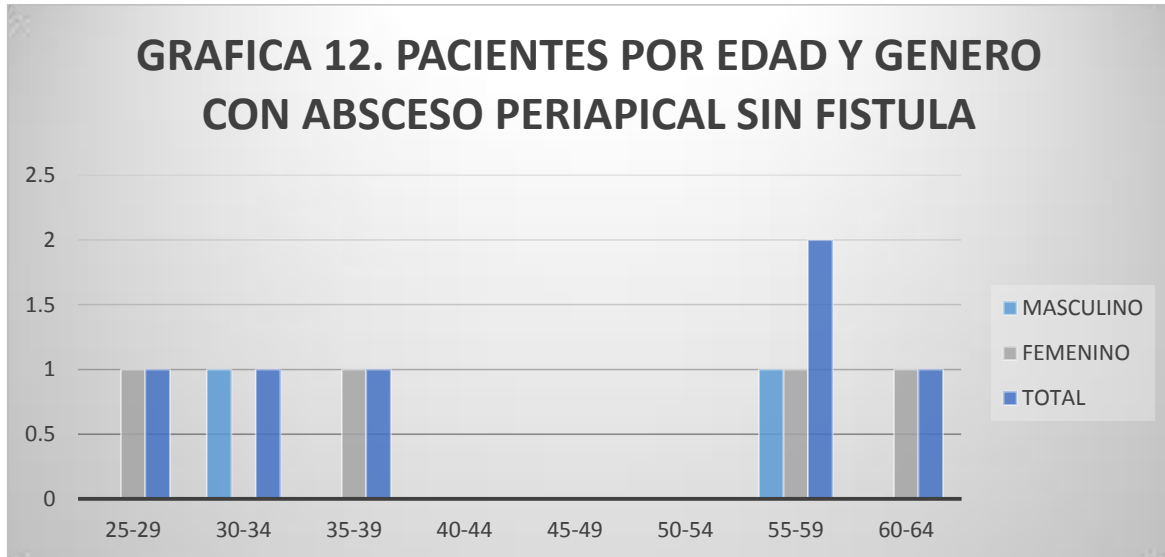
No se reportaron casos de absceso periapical con fistula en las edades de 30-34, 45-49 y 60-64 años.



Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

En la gráfica 12 el grupo con mayor incidencia de absceso periapical sin fistula fue de 55-59 años con 2 pacientes (33.3%).

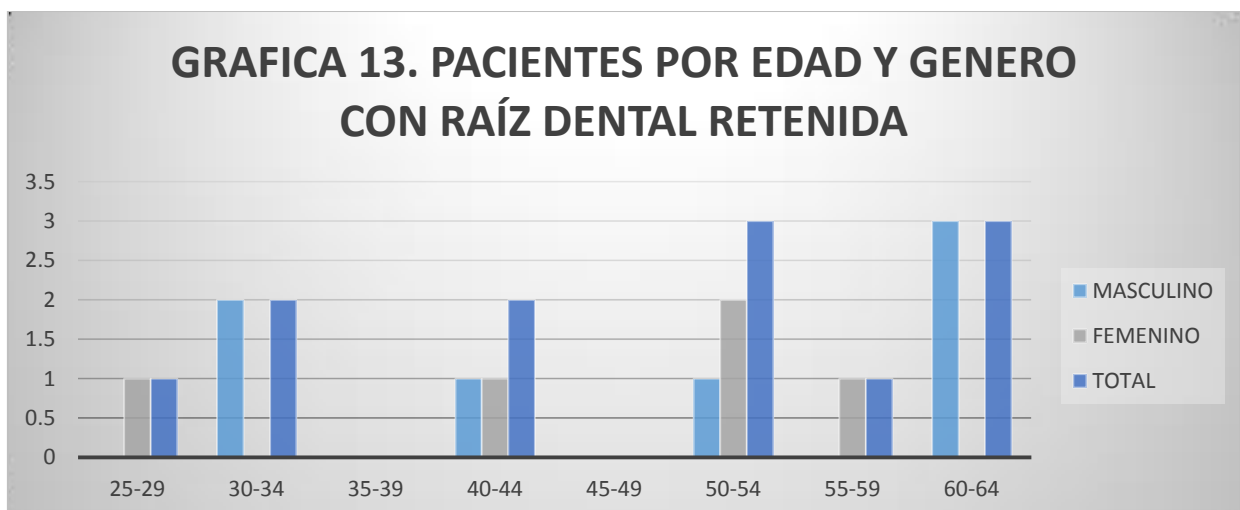
No se reportaron casos de abscesos periapical sin fistula en las edades de 40-54 años



Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas

En la gráfica 13 el grupo con mayor incidencia en raíz dental retenida fue de 50-54 y 60-64 años con 3 pacientes (25%).

En el grupo femenino de 50-54 años se reportaron 2 pacientes (16.7%), mientras en el grupo masculino fue de 60-64 años reportando 3 pacientes (25%).



Fuente: Expedientes del Centro de Salud T-II Nayaritas



## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados del presente estudio realizado y a los datos de la OMS, de la Federación Dental Internacional y a los artículos encontrados de estudios similares, las cifras muestran que el diagnóstico bucal con mayor incidencia aún sigue siendo la caries dental; afectando a más del 90% de la población.

Se atendieron un total de 191 pacientes con un rango de edad de los 25-64 años, cuya edad media fue 25. El sexo femenino predominó con un 55%, mientras que el sexo masculino representó el 45%.

Se agrupó el total de los pacientes por rango de edad, se observó que el grupo predominante fue de 25-29 años con 47 pacientes (24.6%), siguiendo 60-64 años con 39 pacientes (20.4%); siendo de menor incidencia 35-39 años con 11 pacientes (5.7%).

Los principales problemas de salud bucal registrados fueron caries dental con 102 pacientes (53.4%), periodontitis crónica con 39 pacientes (20.4%), gingivitis crónica con 18 pacientes (9.4%), raíz dental retenida con 12 pacientes (6.2%), pulpitis con 8 pacientes (4.1%), absceso periapical con y sin fístula 6 pacientes (3.1%).

Tomando en cuenta el número de pacientes con problemas de salud bucal se debe erradicar con problemas de prevención y atención oportuna a fin de evitar mayores consecuencias.

Es importante que los pacientes adquieran y se les enseñe los hábitos bucales desde una edad temprana para garantizar una buena salud bucal.

Informar a los pacientes sobre la importancia de mantener una boca saludable, así también las consecuencias de la ausencia o daño de los órganos dentarios y los tejidos de soporte, puede afectar la salud integral del mismo.

Es por esto que ese año se trató de conocer cuál era el diagnóstico prevalente del Centro de Salud T-II Nayaritas, para poder dar énfasis en la prevención bucal durante las visitas a escuelas, las pláticas intramuros y extramuros y durante las consultas dentro del servicio dental.



## CAPITULO IV ANTECEDENTES

### ZONA DE INFLUENCIA

#### Origen y desarrollo de la comunidad (hechos relevantes)

La Delegación Coyoacán, ubicada en el corazón de la Ciudad de México, es uno de los espacios emblemáticos de México. Después de la caída de Tenochtitlan, Coyoacán se convirtió en un territorio de mestizaje y continuo siendo un importante enclave cultural que participo en la conformación de la nación mexicana. Coyoacán a lo largo de la historia fue punto de encuentro entre las tradiciones más arraigadas y el impulso de la modernidad. Por eso, Coyoacán ha sido en el último siglo un imán para los pintores, músicos, historiadores y poetas, y un punto de referencia obligatorio para numerosos visitantes del mundo entero. El vocablo Coyoacán es el resultado de una serie de transformaciones que en su escritura y pronunciación sufrió la palabra náhuatl Coyohuacan, de cuyo significado se tienen varias acepciones. La definición más aceptada es: “lugar de os que tienen o poseen coyotes”, basándose en la explicación del topónimo original, que se compone de tres voces nahuas: coyotl (coyote), hua(posesión) y can (lugar). Los primeros datos sobre Coyoacán se refieren a los grupos preclásicos (850 a.C.); al establecerse los primeros habitantes del Valle de México, en el nivel del gran lago estaba por encima de los 2240 metros de altitud, a zona suroeste de la cuenca tenía mayores precipitaciones y escurrimientos. Los primeros pobladores eran agricultores y buscaron zonas elevadas y libres de inundación como Copilco y Cuicuilco. Varios siglos habrían de transcurrir para que la zona de Coyoacán, cubierta por innumerables capas de lava, fuera habitada de nuevo. Se cree que tras la erupción del volcán Xitle, los sobrevivientes huyeron hacia el norte y se mezclaron con los habitantes de la ribera del gran lago de Texcoco. Tezozómoc, señor de Azcapotzalco, dio a Coyoacán el rango de ciudad en 1410, “designando como señor a uno de sus hijos, Maxtla, fiero y sanguinario enemigo de los Mexicas”. Según, Bernal Díaz del Castillo, a la llegada de los conquistadores a tierra coyoacense una vez vencida y devastada la majestuosa capital Mexica en 1521, la región estaba conformada por seis mil casas, construidas mitad en tierra y mitad en agua, en alusión a las chinampas que era frecuente ver en los márgenes de los lagos. Entre los siglos XVI y XIX, Coyoacán vio incrementado considerablemente su territorio, gracias a la anexión de lugares como Churubusco “lugar de Huitzilopochtli” y Culhuacán. En el siglo XX, al delimitarse nuevamente el territorio capitalino, la mayor parte de Culhuacán quedó ubicado dentro de la demarcación Iztapalapa, y la zona restante conformó lo que en la actualidad conocemos como los Culhuacanes de Coyoacán. Contaba Francisco Sosa que “la guerra de restauración pública hizo que Coyoacán quedase abandonada casi por completo, llegando a ser vista con horror allá por 1870 ya que su proximidad a los



montones la hacía objeto de merodeadores y asaltantes...”, mientras que Aceves menciona la presencia de innumerables cantinas en la región como otros de los movimientos de la decadencia del lugar.

Puede afirmarse que a partir de 1890, con la fundación de la colonia del Carmen en terrenos de la fraccionada hacienda de San Pedro Mártir, empieza a invadir a Coyoacán un aire de modernidad y un inusitado crecimiento demográfico, con el que comienza a recuperar el esplendor de otras épocas. En la década de 1940, se inició el actual desarrollo urbano de Coyoacán. Se fraccionaron varias haciendas como la de Xotepingo, y se crearon las colonias Ciudad Jardín, Xotepingo y El Reloj. La colonial Del Carmen fue dotada con la totalidad de los servicios urbanos; se abrieron las avenidas Miguel Angel de Quevedo, Universidad y Pacífico, y al ser entubado el río Churubusco surgió la avenida del mismo nombre.

Sin duda, Coyoacán es una villa esplendorosa, un conjunto plurifacético en donde conviven su centro histórico, sus nuevas colonias y sus pueblos ancestrales. Coyoacán, es uno de los lugares que el turismo en México no se puede perder; es una de las 16 delegaciones políticas en las que se divide la Ciudad de México, se ubica en el centro geográfico de esta entidad, al suroeste de la cuenca de México y cubre una superficie de 54.4 kilómetros cuadrados. Todo el término coyoacanense se encuentra urbanizado, pero dentro de él se encuentran importantes zonas verdes como la Ciudad Universitaria y los viveros de Coyoacán.

## Origen y desarrollo de la Unidad de Salud

A principio de 1978 se inicia la construcción del Centro de Salud T-II Nayaritas por la Secretaría de Salud dentro del programa para la extensión de cobertura de atención médica a la población, denominado "Programa de Atención Primaria en Áreas Marginadas" con una capacidad de 9 a 12 módulos para beneficiar una población de 30 mil habitantes, en esta época funge con la directiva la Dra. Guillermina Flores Prian.

A partir del 1 de Junio de 1981 queda integrado el plan a desarrollar, debiéndose iniciar con: el Diagnóstico de Salud del Área, para posteriormente desarrollar los programas prioritarios, dicho estudio estuvo terminado hacia finales de Septiembre, aun faltando el 60% de la terminación del Centro de Salud fue necesario con ayuda de la comunidad esta prestara un local provisional para cada uno de los módulos existentes y fue hasta el 16 de Diciembre de 1981 que se inauguró el Centro de Salud.

En 1997 se reestructura su organización pasando a ser Centro de Salud Comunitario T-II Nayaritas. Contando con 6 unidades médicas para atender a su población de 16, 630 habitantes.



En las últimas décadas se han dado cambios sustanciales en la organización de Servicios de Salud. Estos cambios han tenido impacto en los rubros de: planificación de servicios de salud, la regionalización operativa, la estratificación por niveles de atención, la simplificación administrativa, la descentralización y en las estrategias operativas, la atención primaria de la salud, que se ha presentado como la opción de los programas de salud por medios aceptables por la comunidad, con su plena participación y un costo razonable.

La atención primaria es parte integral del Sistema Nacional de Salud y se vincula con el desarrollo social y económico de la población. Con este propósito, en México se han creado diversos instrumentos normativos cuya finalidad es que los servicios de salud se proporcionen en forma más adecuada a la población más vulnerable, especialmente en las áreas rurales y zonas urbanas marginadas.

En 1988 se actualiza el MASP de acuerdo al nuevo Plan Nacional de Desarrollo del año 1995-2000 y el Programa de Reforma Sector Salud 1995-2000, publicado en el Diario de la Federación, así mismo se toma en consideración la propuesta de reorganización de la Secretaría de Salud, propuestas el 11 de Junio de 1997 en donde se plantean 10 programas sustantivos, 2 líneas estratégicas y 3 mecanismos de apoyo.

Del 2001 al 2006 de establecer el nuevo modelo integrado de Atención a la Salud (MIDAS), que remota a los éxitos de cobertura alcanzados pero que innovadoramente restablece la continuidad de atención, basada en compromisos y tendiente a un uso más eficiente y racional de los recursos para la salud. Su propósito es mejorar el nivel de salud de la población a través de estrategias que permitan la cobertura total, con servicios integrales, de calidad homogénea y fortaleciendo las acciones a los grupos de servicio de mayor riesgo con el objetivo de lograr la óptima organización y el funcionamiento de salud para asegurar a la población la disponibilidad y acceso a los servicios de salud de calidad, con plena satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios.

El Centro de Salud T-II Nayaritas el cual pertenece a la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán y esta a su vez a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la zona de cobertura asignada al Centro de Salud está dividida en cuatro AGEBs (Área Geográfica Estadística Básica) cada una compuesta en promedio de 25 a 40 manzanas de las colonias Adolfo Ruiz, Cortines, Ajusco y Santo Domingo.

Se encuentra dentro de la clasificación tipo II, es un establecimiento de Primer Nivel de Atención Médica y desde 1981 a la fecha continua proporcionando atención a la población de media y baja marginalidad.

El Centro de Salud T-II Nayaritas tiene una extensión territorial de 3.5 Km<sup>2</sup> y una población de 29,637 habitantes, con una densidad de 1,274 habitantes por Km<sup>2</sup>, que se encuentra estructurado por colonias:

1. Ajusco
2. Ajusco Huayamilpas
3. Adolfo Ruiz Cortinez
4. Nueva Díaz Ordaz
5. Pedregal de Santo Domingo



## IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

Centro de Salud T-II Nayaritas	
Jurisdicción Sanitaria	Coyoacán
Nivel de atención	Primer Nivel
Domicilio	Calle Huitzilopochtli s/n esquina Nayaritas, Colonia Ajusco Huayamilpas, Delegación Coyoacan. CP 04390.
Telefono	(55) 5617 1570
Horario de servicio	Lunes a Viernes de 7:00 a 20:00 horas Sábados de 8:00 a 13:00 horas.
Propiedad a nombre	Servicios Públicos del Distrito Federal.
Dimensiones de terreno	1,833 m2 aproximadamente Al norte se conecta con la colonia: Santo Domingo Al sur se conecta con la colonia: El Reloj y San Pablo Tepetlapa Al este se conecta con la colonia: Los Reyes Al oeste se conecta con la colonia: Santa Úrsula Coapa
Sus límites son	Norte: Calles de Escuinapa, Rey Moctezuma, Huayamilpas y Tetla Sur: Calles Xochiaopan, Rey Meconetzin, Popocatépetl, Iztaccíhuatl y Calmecca Este: Calles Netzahualpilli y Tepetlapa Oeste: Calles Ahuejote y Canauhtli





## SERVICIOS

1. Los servicios con los que cuenta el Centro de Salud T-II Nayaritas
2. Consulta de consulta general
3. Consultorio de salud bucal
4. Clínica de enfermedades crónico degenerativas
5. Inmunizaciones (vacunas)
6. Optometría
7. Nutrición
8. Médico en tu casa
9. Laboratorio clínico
10. Farmacia
11. Almacén
12. Epidemiología
13. CEYE



## ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

En su estructura y organización se tienen una Dirección, de la cual dependen administración, atención médica, enfermería, dental, nutrición, clínica de diabetes, laboratorio, oftalmología y trabajo social, así como el Centro de Salud T-I Santo Domingo Oriente.

De enfermería dependen las enfermeras de campo y clínicas, el servicio de inmunizaciones y CEYE.

De administración dependen los servicios de archivo clínico, caja, farmacia, almacén e inventario, así como los veladores y el personal de intendencia.

### RECURSOS HUMANO

Recursos humanos	Número
Director	1
Epidemiólogo	1
Coordinador de atención médica	1
Gestor de calidad	1
Médicos	7
Médicos pasantes del servicio social	3
Jefa del servicio dental	1
Odontólogos operadores	2
Odontólogo pasante del servicio social	1
Nutriólogos pasantes del servicio social	2
Técnicos optometristas pasantes del servicio social	2
Médico veterinario zootecnista	1
Jefa de enfermeras	1
Supervisora de enfermeras	0
Enfermeras	9
Enfermeras pasantes del servicio social	3
Jefa de trabajo social	1
Trabajadoras sociales	
Estadígrafo	1
Administrador	3
Personal de archivo clínico	1
Personal de farmacia	1
Personal de almacén	2
Secretarias	1
Apoyo PROVAC	1
Personal de recursos humanos	1
Personal de caja	1
Personal de intendencia	4
Veladores	3
Policías auxiliares	2
Chofer	1



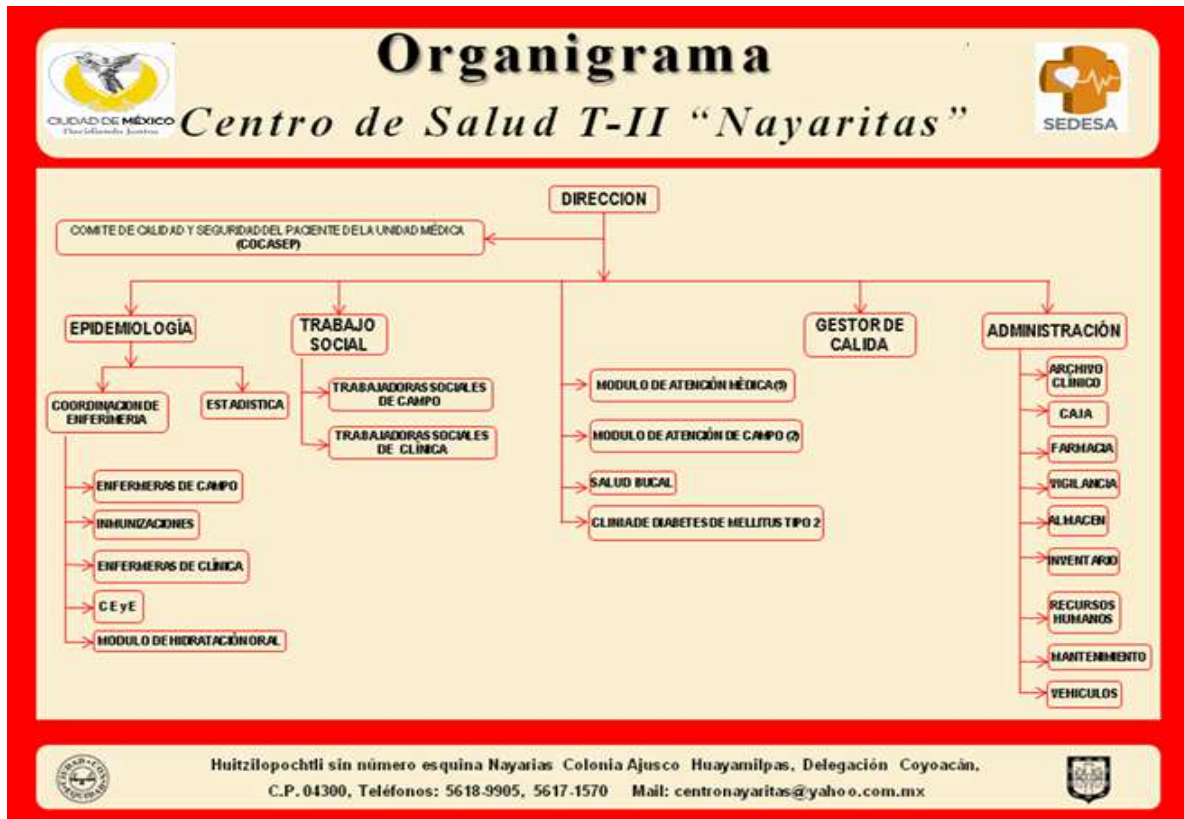
Personal USDO		1
Medico en tu casa	Médico	1
	Trabajadora Social	1
	Enfermera	1
	Promotora	1

## INFRAESTRUCTURA

Infraestructura	Número
Oficina de dirección	1
Oficina de epidemiología	1
Oficina de gestión de calidad y atención medica	1
Consultorio dental (con 3 módulos)	1
Consultorio de consulta externa	4
Clínica de diabetes y síndrome metabólico	1
Consultorio de nutrición	1
Oficina de trabajo social	1
Jefatura de enfermería	1
Central de esterilización y enfermeras (CEYE)	1
Central de enfermeras	1
Inmunizaciones (Vacunas)	1
Hidratación oral	1
Oficinas de USDO	1
Caja	1
Oficina de administración	1
Módulo de esterilización para perros y gatos	1
Oficina de las educadoras de salud	1
Archivo clínico	1
Farmacia	1
Almacén	1
Baños del personal	3
Baños de pacientes	2
Cuarto séptico	1



## ORGANIGRAMA



Las políticas de Salud del Gobierno Federal y de la ahora Ciudad de México, establece las acciones y dirección que deberán guardar todas las actividades en materia de salud médico-preventivas y asistenciales, a fin de dar cumplimiento cabal al derecho constitucional en la materia, inserto en el Artículo 4to; de la Carta Magna de los Estados Unidos Mexicanos.

### MISIÓN

Brindar atención médica curativa y preventiva al individuo, familia y/o comunidad de acuerdo a las necesidades y problemas de salud. Proporcionando bienestar social a un número cada día mayor de la población, considerando el espíritu de servicio, la congruencia, la actitud de mejorar continuamente, y el esfuerzo de un trabajo digno con profesionalismo, honestidad y compromiso con la institución.

### VISIÓN

Ser un Centro de Salud Modelo, que otorgue Atención Integral, desarrollando actividades con mayor complejidad, competitividad, modernización y liderazgo, con la participación activa de nuestra comunidad, en un marco de cálida, ética igualdad y ética.



## CAPITULO V. INFORME NUMÉRICO INFORMATIVO

Las actividades extramuros son aquellas que se elaboran como parte del Programa de Salud Bucal en las Escuelas de Preescolares, Primarias y de Secundaria.

Las actividades realizadas fueron:

### 1. EN PRIMARIA Y SECUNDARIA:

- A) SESIONES DE SALUD BUCAL  
4 al año por grupo.
- B) DETECCIÓN DE PLACA DENTOBACTERIA  
4 veces al año.
- C) INSTRUCCIÓN DE USO DE HILO DENTAL.  
4 veces al año.
- D) INSTRUCCIÓN DE TÉCNICA DE CEPILLADO:  
4 veces al año.
- E) APLICACIÓN DE COLUTORIOS DE FLUORURO DE SODIO AL 0.2.%.  
14 aplicaciones al año.

### 2. EN PREESCOLARES:

- A) DETECCIÓN DE PLACA DENTOBACTERIANA  
4 veces al año.
- B) INSTRUCCIÓN DE TÉCNICA DE CEPILLADO:  
4 veces al año.
- C) PLÁTICAS EDUCATIVAS.  
4 Veces al año.

Las actividades intramuros son aquellas que se elaboraron dentro del Centro de Salud T-II Nayaritas como parte del servicio social realizando desde elaboración de Historias Clínicas, actividades de atención preventiva (control de placa bacteriana, instrucción de técnica de cepillado, instrucción de uso de hilo dental, profilaxis, revisión de de higiene de prótesis, revisión de tejidos bucales, instrucción de autoexamen de la cavidad bucal, aplicación tópica de fluor, odontoxesis, aplicación de barniz con flúor, sellado de fosetas y fisuras), actividades restaurativas (obturación de amalgama, resina, ionomero de vidrio, material temporal, extracciones y farmacoterapia), radiografías y tratamientos integrales terminados. Las actividades que más realice fueron las actividades de atención preventiva las cuales fueron la detección de placa bacteriana y revisión de tejidos bucales y de actividades de atención restaurativa, la obturación con resina fotopolimerizable.

A continuación se presentan los cuadros correspondientes a las actividades realizadas durante el servicio social en el centro de salud T-II Nayaritas



**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 2017**

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	1	0.53%
<b>Subtotal</b>	<b>1</b>	<b>0.53%</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	42	22.34%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>42</b>	<b>22.34%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	42	22.34%
✓ Técnica de cepillado	42	22.34%
✓ Uso de hilo dental	42	22.34%
✓ Colutorio de flúor	0	0
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	5	2.65%
✓ Técnica de cepillado	2	1.06%
✓ Uso de hilo dental	2	1.06%
✓ Aplicación tópica de flúor	3	1.59%
✓ Selladores de foseas y fisuras	0	0
✓ Profilaxis	4	2.12%
<b>Subtotal</b>	<b>142</b>	<b>75.53%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	2	1.06%
• Amalgamas	1	0.53%
• Resinas	0	0
• Obturaciones temporales	0	0
• Terapia pulpar	0	0
• Exodoncias	0	0
• Placas de Rayos X	0	0
• Farmacoterapia	0	0
• Otras actividades	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>1.59%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Agosto 2017



**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2017**

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	8	4.27%
<b>Subtotal</b>	<b>8</b>	<b>4.27%</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	21	11.22%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>21</b>	<b>11.22%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	21	11.22%
✓ Técnica de cepillado	21	11.22%
✓ Uso de hilo dental	21	11.22%
✓ Colutorio de flúor	0	0
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	24	12.83%
✓ Técnica de cepillado	17	9.09%
✓ Uso de hilo dental	7	3.74%
✓ Aplicación tópica de flúor	7	3.74%
✓ Selladores de foseas y fisuras	6	3.20%
✓ Profilaxis	6	3.20%
<b>Subtotal</b>	<b>130</b>	<b>69.51%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	8	4.27%
• Amalgamas	0	0
• Resinas	7	3.74%
• Obturaciones temporales	1	0.53%
• Terapia pulpar	0	0
• Exodoncias	3	1.60%
• Placas de Rayos X	1	0.53%
• Farmacoterapia	5	2.67%
• Otras actividades	3	1.60%
<b>Subtotal</b>	<b>28</b>	<b>14.97%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Septiembre 2017



**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2017**

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	4	0.64%
<b>Subtotal</b>	<b>4</b>	<b>0.64%</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	83	13.43%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	15	2.42%
<b>Subtotal</b>	<b>98</b>	<b>15.85%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	83	13.43%
✓ Técnica de cepillado	83	13.43%
✓ Uso de hilo dental	83	13.43%
✓ Colutorio de flúor	0	0
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	16	2.58%
✓ Técnica de cepillado	15	2.42%
✓ Uso de hilo dental	4	0.64%
✓ Aplicación tópica de flúor	2	0.32%
✓ Selladores de foseetas y fisuras	4	0.64%
✓ Profilaxis	2	0.32%
<b>Subtotal</b>	<b>292</b>	<b>47.24%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	4	0.64%
• Amalgamas	6	0.97%
• Resinas	2	0.32%
• Obturaciones temporales	0	0
• Terapia pulpar	4	0.64%
• Exodoncias	6	0.97%
• Placas de Rayos X	0	0
• Farmacoterapia	2	0.32%
• Otras actividades	0	0%
<b>Subtotal</b>	<b>24</b>	<b>3.88%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>618</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Octubre 2017





**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DE 2017**

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	26	8.78%
<b>Subtotal</b>	<b>26</b>	<b>8.78%</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	0	0
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	42	14.18%
<b>Subtotal</b>	<b>42</b>	<b>14.18%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	0	0
✓ Técnica de cepillado	0	0
✓ Uso de hilo dental	0	0
✓ Colutorio de flúor	0	0
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	62	20.94%
✓ Técnica de cepillado	26	8.78%
✓ Uso de hilo dental	26	8.78%
✓ Aplicación tópica de flúor	7	2.36%
✓ Selladores de foseas y fisuras	8	2.70%
✓ Profilaxis	7	2.36%
<b>Subtotal</b>	<b>136</b>	<b>47.40%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	13	4.39%
• Amalgamas	14	4.72%
• Resinas	27	9.12%
• Obturaciones temporales	2	0.67%
• Terapia pulpar	7	2.36%
• Exodoncias	5	1.68%
• Placas de Rayos X	2	0.67%
• Farmacoterapia	16	5.40%
• Otras actividades	6	2.02%
<b>Subtotal</b>	<b>92</b>	<b>31.08%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>296</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Noviembre 2017



**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DE 2017**

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	9	8.49%
<b>Subtotal</b>	<b>9</b>	<b>8.49%</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	0	0
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	50	47.16%
<b>Subtotal</b>	<b>50</b>	<b>47.16%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	0	0
✓ Técnica de cepillado	0	0
✓ Uso de hilo dental	0	0
✓ Colutorio de flúor	0	0
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	9	8.49%
✓ Técnica de cepillado	4	3.77%
✓ Uso de hilo dental	4	3.77%
✓ Aplicación tópica de flúor	4	3.77%
✓ Selladores de foseas y fisuras	0	0
✓ Profilaxis	4	3.77%
<b>Subtotal</b>	<b>25</b>	<b>23.58%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	4	3.77%
• Amalgamas	6	5.66%
• Resinas	2	1.88%
• Obturaciones temporales	0	0
• Terapia pulpar	4	3.77%
• Exodoncias	4	3.77%
• Placas de Rayos X	0	0
• Farmacoterapia	2	1.88%
• Otras actividades	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>22</b>	<b>20.75%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Diciembre 2017



**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO DE 2018**

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	2	0.41%
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>0.41%</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	100	20.87%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	36	7.51%
<b>Subtotal</b>	<b>136</b>	<b>28.39%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	100	20.87%
✓ Técnica de cepillado	100	20.87%
✓ Uso de hilo dental	100	20.87%
✓ Colutorio de flúor	0	0
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	10	2.08%
✓ Técnica de cepillado	2	0.41%
✓ Uso de hilo dental	2	0.41%
✓ Aplicación tópica de flúor	3	0.62%
✓ Selladores de foseetas y fisuras	0	0
✓ Profilaxis	3	0.62%
<b>Subtotal</b>	<b>320</b>	<b>66.80%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	1	0.20%
• Amalgamas	2	0.41%
• Resinas	4	0.83%
• Obturaciones temporales	3	0.62%
• Terapia pulpar	0	0
• Exodoncias	2	0.41%
• Placas de Rayos X	3	0.62%
• Farmacoterapia	4	0.83%
• Otras actividades	2	0.41%
<b>Subtotal</b>	<b>21</b>	<b>4.38%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>479</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Enero 2018



**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 2018**

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	2	0.17%
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>0.17%</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	236	20.10%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>236</b>	<b>20.10%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	236	20.10%
✓ Técnica de cepillado	236	20.10%
✓ Uso de hilo dental	236	20.10%
✓ Colutorio de flúor	165	14.05%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	21	1.78%
✓ Técnica de cepillado	2	0.17%
✓ Uso de hilo dental	2	0.17%
✓ Aplicación tópica de flúor	3	0.25%
✓ Selladores de foseetas y fisuras	0	0
✓ Profilaxis	3	0.25%
<b>Subtotal</b>	<b>904</b>	<b>77.0%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	3	0.25%
• Amalgamas	9	0.76%
• Resinas	10	0.85%
• Obturaciones temporales	2	0.17%
• Terapia pulpar	0	0
• Exodoncias	2	0.17%
• Placas de Rayos X	2	0.17%
• Farmacoterapia	3	0.25%
• Otras actividades	1	0.08%
<b>Subtotal</b>	<b>32</b>	<b>2.72%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1174</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Febrero 2018



**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO DE 2018**

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	13	0.83%
<b>Subtotal</b>	<b>13</b>	<b>0.83%</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	300	19.28%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	22	1.41%
<b>Subtotal</b>	<b>322</b>	<b>20.69%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	300	19.28%
✓ Técnica de cepillado	300	19.28%
✓ Uso de hilo dental	300	19.28%
✓ Colutorio de flúor	220	14.13%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	35	2.24%
✓ Técnica de cepillado	13	0.83%
✓ Uso de hilo dental	13	0.83%
✓ Aplicación tópica de flúor	4	0.25%
✓ Selladores de foseetas y fisuras	0	0
✓ Profilaxis	4	0.25%
<b>Subtotal</b>	<b>1189</b>	<b>76.41%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	3	0.19%
• Amalgamas	9	0.57%
• Resinas	10	0.64%
• Obturaciones temporales	2	0.12%
• Terapia pulpar	0	0
• Exodoncias	2	0.12%
• Placas de Rayos X	2	0.12%
• Farmacoterapia	3	0.19%
• Otras actividades	1	0.06%
<b>Subtotal</b>	<b>32</b>	<b>2.05%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1556</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Marzo 2018



### ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2018

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	400	19.27%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	68	3.27
<b>Subtotal</b>	<b>468</b>	<b>22.55%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	400	19.27%
✓ Técnica de cepillado	400	19.27%
✓ Uso de hilo dental	400	19.27%
✓ Colutorio de flúor	400	19.27%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	4	0.19%
✓ Técnica de cepillado	0	0
✓ Uso de hilo dental	0	0
✓ Aplicación tópica de flúor	0	0
✓ Selladores de foseetas y fisuras	0	0
✓ Profilaxis	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>1600</b>	<b>77.10%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	0	0
• Amalgamas	4	0.19%
• Resinas	3	0.14%
• Obturaciones temporales	0	0
• Terapia pulpar	0	0
• Exodoncias	0	0
• Placas de Rayos X	0	0
• Farmacoterapia	0	0
• Otras actividades	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>7</b>	<b>0.33%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2075</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Abril 2018



### ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO DE 2018

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	6	0.67%
<b>Subtotal</b>	<b>6</b>	<b>0.67%</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	140	15.74%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	29	3.26%
<b>Subtotal</b>	<b>169</b>	<b>19.01%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	140	15.74%
✓ Técnica de cepillado	140	15.74%
✓ Uso de hilo dental	140	15.74%
✓ Colutorio de flúor	140	15.74%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	59	6.63%
✓ Técnica de cepillado	6	0.67%
✓ Uso de hilo dental	6	0.67%
✓ Aplicación tópica de flúor	4	0.44%
✓ Selladores de foseas y fisuras	6	0.67%
✓ Profilaxis	4	0.44%
<b>Subtotal</b>	<b>645</b>	<b>72.55%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	5	0.56%
• Amalgamas	14	1.57%
• Resinas	22	2.47%
• Obturaciones temporales	0	0
• Terapia pulpar	0	0
• Exodoncias	10	0.12%
• Placas de Rayos X	0	0
• Farmacoterapia	11	1.23%
• Otras actividades	7	0.78%
<b>Subtotal</b>	<b>69</b>	<b>7.76%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>889</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Mayo 2018



### ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO DE 2018

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	10	1.44%
<b>Subtotal</b>	<b>10</b>	<b>1.44%</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	115	16.66%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	33	4.78%
<b>Subtotal</b>	<b>148</b>	<b>21.44%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	115	16.66%
✓ Técnica de cepillado	115	16.66%
✓ Uso de hilo dental	115	16.66%
✓ Colutorio de flúor	97	14.05%
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	27	3.91%
✓ Técnica de cepillado	10	1.44%
✓ Uso de hilo dental	10	1.44%
✓ Aplicación tópica de flúor	4	0.57%
✓ Selladores de foseetas y fisuras	1	0.14%
✓ Profilaxis	5	0.72%
<b>Subtotal</b>	<b>499</b>	<b>72.31%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	3	0.43%
• Amalgamas	5	0.72%
• Resinas	8	1.15%
• Obturaciones temporales	2	0.28%
• Terapia pulpar	1	0.14%
• Exodoncias	3	0.43%
• Placas de Rayos X	2	0.28%
• Farmacoterapia	6	0.86%
• Otras actividades	3	0.43%
<b>Subtotal</b>	<b>33</b>	<b>4.78%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>690</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Junio 2018





**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO DE 2018**

ACTIVIDADES	No.	%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
• Historia Clínica	5	5.37%
<b>Subtotal</b>	<b>5</b>	<b>5.37%</b>
<b>FOMENTO A LA SALUD</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	0	0
• <b>Intramuros</b>		
✓ Pláticas de salud bucal	42	45.16%
<b>Subtotal</b>	<b>42</b>	<b>45.16%</b>
<b>PREVENTIVAS</b>		
• <b>Extramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	0	0
✓ Técnica de cepillado	0	0
✓ Uso de hilo dental	0	0
✓ Colutorio de flúor	0	0
• <b>Intramuros</b>		
✓ Control de placa bacteriana	8	8.60%
✓ Técnica de cepillado	5	5.37%
✓ Uso de hilo dental	5	5.37%
✓ Aplicación tópica de flúor	3	3.22%
✓ Selladores de foseas y fisuras	2	2.15%
✓ Profilaxis	3	3.22%
<b>Subtotal</b>	<b>26</b>	<b>27.95%</b>
<b>RESTAURATIVAS</b>		
• Odontoxesis	3	3.22%
• Amalgamas	9	9.67%
• Resinas	4	4.30%
• Obturaciones temporales	0	0
• Terapia pulpar	0	0
• Exodoncias	2	2.15%
• Placas de Rayos X	0	0
• Farmacoterapia	2	2.15%
• Otras actividades	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>20</b>	<b>21.50%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe mensual de actividades, SIS, Centro de Salud T-II Nayaritas, Julio 2018



## ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el mes de Agosto de 2017 se realizó 1 consulta de primera vez y 5 subsecuente dentro del consultorio dental. Realizando un total de 75.5% de actividades preventivas, 1.59% restaurativas y 1 tratamiento integral terminado.

En actividades extramuros se realizaron 42 actividades educo-preventivas

Para el mes de Septiembre de 2017 se realizó 8 consultas de primera vez y 24 subsecuentes de las cuales se realizaron 69.5% de actividades preventivas y 14.9% restaurativas. Se realizaron 4 tratamientos integrales terminados.

En actividades extramuros se realizaron 21 actividades educo-preventivas.

Durante el mes de Octubre de 2017 se realizaron 4 consultas de primera vez y 16 subsecuentes de las cuales se realizaron 47.2% de actividades preventivas y 3.8% restaurativas y 1 tratamiento integral terminado.

En actividades extramuros se realizaron 83 actividades educo-preventivas.

Durante este mes se realizó la Tercera Semana Nacional de Salud.

En el mes de Noviembre de 2017 se realizó 26 consulta de primera vez y 62 subsecuente dentro del consultorio dental. Realizando un total de 47.405% de actividades preventivas, 31% restaurativas y 8 tratamiento integral terminado.

En actividades extramuros no se realizaron actividades educo-preventivas.

En Diciembre de 2017 se realizó 9 consulta de primera vez y 9 subsecuente dentro del consultorio dental. Realizando un total de 23.5% de actividades preventivas, 20.7% restaurativas y 1 tratamiento integral terminado.

En actividades extramuros no se realizaron actividades educo-preventivas.

Durante el mes de Enero de 2018 se realizó 2 consultas de primera vez y 24 subsecuentes de las cuales se realizaron 66.8% de actividades preventivas y 4.3% restaurativas. Se realizó 1 tratamiento integral terminado.

En actividades extramuros se realizaron 100 actividades educo-preventivas.

En el mes de Febrero de 2018 se realizó 2 consultas de primera vez y 21 subsecuentes de las cuales se realizaron 77% de actividades preventivas y 2.7% restaurativas. Se realizó 1 tratamiento integral terminado.

Durante este mes se realizó la Primera Semana Nacional de Salud.

En actividades extramuros se realizaron 236 actividades educo-preventivas.

Para el mes de Marzo de 2018 se realizó 13 consultas de primera vez y 35 subsecuentes de las cuales se realizaron 76.4% de actividades preventivas y 2.5% restaurativas. Se realizó 3 tratamientos integrales terminados.



En actividades extramuros se realizaron 300 actividades educo-preventivas.

En el mes de Abril de 2018 no se realizaron consultas de primera vez y 4 subsecuentes de las cuales se realizaron 77.1% de actividades preventivas y 0.33% restaurativas. Se realizó 1 tratamiento integral terminado.

En actividades extramuros se realizaron 400 actividades educo-preventivas.

Durante este mes se realizó la Segunda Semana Nacional de Salud y la Primera Semana Nacional de Salud Bucal.

Durante el mes de Mayo de 2018 se realizó 6 consultas de primera vez y 59 subsecuentes de las cuales se realizaron 72.5% de actividades preventivas y 7.7% restaurativas. Se realizó 3 tratamientos integrales terminados.

En actividades extramuros se realizaron 140 actividades educo-preventivas.

En el mes de Junio de 2018 se realizó 10 consultas de primera vez y 27 subsecuentes de las cuales se realizaron 72.3% de actividades preventivas y 4.7% restaurativas. Se realizó 1 tratamiento integral terminado.

En actividades extramuros se realizaron 115 actividades educo-preventivas.

Para el mes de Julio de 2018 se realizó 5 consultas de primera vez y 8 subsecuentes de las cuales se realizaron 27.9% de actividades preventivas y 21.5% restaurativas. Se realizó 3 tratamientos integrales terminados.

En actividades extramuros no se realizaron actividades educo-preventivas.



## CONCLUSIONES

Durante el Servicio social en el Centro de Salud T-II Nayaritas se realizaron actividades de atención integral al paciente los cuales fueron de promoción, prevención, detección y atención.

También como Centro de Salud de primer nivel se realizó la referencia a otras unidades a través del sistema de referencia y contrareferencia en los casos de mayor complejidad como fueron extracciones de 3ros molares, endodoncia, prótesis y periodoncia.

Se realizaron actividades de prevención en diferentes escuelas las cuales fueron: Jardín de niños Anahuacalli, Jardín de niños Francisco I. Madero, escuela primaria Ideario de Juarez, Telesecundaria N.33 y Bachilleres 17.

Dentro de las actividades realizadas fueron: platicas educativas sobre salud bucal, detección de placa dentobacteriana, instrucción de técnica de cepillado, instrucción de uso de hilo dental, aplicación de colutorios de fluoruro al 2% (con excepción del jardín de niños), detección gruesa de caries y referencia al Centro de Salud.

Debido al sismo ocurrido el 11 de Septiembre de 2017 se suspendieron las actividades preventivas en el bachilleres 17 y en la primaria Ideario de Juarez. En el bachilleres 17 no se retomaron las actividades debido a que el director de la institución no dio respuesta.

En total de consultas efectuadas fueron 191 de las cuales fueron 106 se trataron de mujeres y 85 hombres, del cual el rango de edad más asistió a consulta dental fue de 25-29 años.

Entre las principales patologías observadas un total de 102 casos fue de caries dental, seguida de 39 casos de periodontitis crónica, 18 casos de gingivitis crónica, 12 casos de resto radicular presente, 6 casos de pulpitis irreversible, 6 casos de absceso periapical con fistula y 6 casos de absceso periapical sin fistula.

Se observó que la demanda del servicio de salud odontología en el sector público es alta, por lo que el tiempo de espera para un tratamiento integral es largo. Esto conlleva a un mayor deterioro en la salud oral de modo que cuando finalmente se asiste a consulta, el estado del paciente es más comprometido que cuando la atención se solicitó inicialmente, hasta el punto de buscar atención de emergencia para el alivio del dolor. El alto nivel de atención de emergencia entre los pacientes del sector público restringe las opciones de tratamiento que están disponibles y pueden dar lugar a la resolución rápida del problema mediante la extracción dental.



El tratamiento más realizado fue la obturación con resina fotopolimerizable, ya que se tiene registro de 115 obturaciones con resina.

Se realizaron 3 supervisiones al Centro de Salud de nivel central estatal, y federal para la re-acreditación del Centro de Salud T-II Nayaritas; se aplicaron las Normas Oficiales Mexicanas vigentes, así como los manuales de odontología y las guías de práctica clínica.

Se asistió a diversos cursos entre ellos fueron combate contra incendio, técnica de lavado de manos, primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar; entre otras platicas de actualización realizadas dentro del Centro de Salud T-II Nayaritas.

Dentro de las actividades que realice dentro del Centro de Salud fue el lavado y esterilizado del instrumental, toma de signos vitales a los pacientes, ir por los expedientes clínicos a archivo e irlos a dejar, asistir a los doctores, limpiar y desinfectar las unidades dentales entre cada paciente y dar la atención de prevención a todos los pacientes.



## FOTOGRAFÍAS







ANEXO 1



HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

HC-SS-02-P

NÚM. GRATUIDAD       NÚM. SEGURO POPULAR       NÚM. EXPEDIENTE

**I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

FECHA: \_\_\_\_\_ DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_  
SEXO: Masculino  Femenino

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE (S) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CALLE \_\_\_\_\_ NÚM. \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

REFERIDO POR: \_\_\_\_\_ MOTIVO DE CONSULTA \_\_\_\_\_

DERECHOHABIENTE: IMSS  ISSSTE  OTRAS  NINGUNO

**II.- INTERROGATORIO (ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS)**

CARDIOPATÍAS	SI	NO	VIH	SI	NO	¿CUÁLES? _____		
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	NO	EPILEPSIA	SI	NO	INGESTA EXCESIVA DE CARBOHIDRATOS	SI	NO
FIEBRE REUMÁTICA	SI	NO	TABAQUISMO	SI	NO	REALIZA HIGIENE ORAL	SI	NO
ENF. VÍAS RESPIRATORIAS	SI	NO	DROGADICCIÓN	SI	NO	ALERGIA A ANESTÉSICOS	SI	NO
DISCRASIAS SANGUINEAS	SI	NO	ALCOHOLISMO	SI	NO	¿CUÁLES? _____		
DIABETES	SI	NO	EMBARAZO	SI	NO	OTRAS ENFERMEDADES	SI	NO
HEPATITIS	SI	NO	ALE RGI A A	SI	NO	¿CUÁLES? _____		

**III.- EXPLORACION FÍSICA (Cavidad bucal, cabeza, cuello y signos vitales)**

A) LABIOS: \_\_\_\_\_

B) LENGUA: \_\_\_\_\_

C) CARRILLOS: \_\_\_\_\_

D) PALADAR DURO: \_\_\_\_\_

E) PALADAR BLANDO: \_\_\_\_\_

F) PISO DE LA BOCA: \_\_\_\_\_

G) GLÁNDULAS SALIVALES: \_\_\_\_\_

H) REGIONES GANGLIONARES: \_\_\_\_\_

I) PARODONTO: \_\_\_\_\_

J) OCLUSIÓN: \_\_\_\_\_

K) ATM: \_\_\_\_\_

L) TONO MUSCULAR: \_\_\_\_\_

M) SIGNOS VITALES:      TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_\_\_      FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_      PESO: \_\_\_\_\_











ANEXO 2

	Historia Clínica	Referido	Detección de placa bacteriana	Instrucción de técnica de cepillado	Cepillo dental otorgado <15	Instrucción de uso de hilo dental	Profilaxis	Revisión de higiene de prótesis	Revisión de tejidos bucales	Otorgamiento, sesión de salud bucal	Instrucción de autoexamen de cavidad buca	Aplicación tópica de fluoruro	Odontoxesis	Sellador de foseetas y fisuras	Obturración amalgama	Resina fotopolimerizable	Ionomero de vidrio	Obturración con material temporal	Extracción pieza temporal	Extracción pieza permanente	Terapia pulpar/Pulpotomía	Otras atenciones	Farmacoterapia	Tratamiento integral terminado
AGOSTO	1	0	5	2	1	2	4	0	5	1	3	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SEPTIEMBRE	8	0	24	17	6	7	6	1	24	8	13	7	8	6	0	7	2	1	0	3	0	3	5	4
OCTUBRE	4	0	16	5	1	4	2	1	16	4	4	2	4	4	6	2	1		2	4	4	0	2	1
NOVIEMBRE	26	2	62	26	9	26	7	0	62	21	26	7	13	8	14	27	9	2	4	1	7	6	16	8
DICIEMBRE	9	0	9	4	0	4	4	2	9	9	9	4	4	0	7	9	0	0	0	0	0	0	0	1
ENERO	2	0	10	2	1	2	2	0	10	2	10	2	1	0	2	4	1	3	0	2	0	2	4	1
FEBRERO	2	0	21	2	1	2	3	4	21	2	2	3	3	0	9	10	1	2	0	2	0	1	3	1
MARZO	13	0	35	13	3	13	4	0	35	13	13	4	3	0	11	19	15	3	1	0	0	5	5	3
ABRIL	0	0	4	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	4	3	2	0	0	0	0	0	0	1
MAYO	6	2	59	6	1	6	4	0	59	6	6	4	5	6	14	22	9	0	0	10	0	7	11	3
JUNIO	10	0	27	10	3	10	5	0	27	10	10	4	3	1	5	8	9	2	2	3	1	3	6	1
JULIO	5	0	8	5	1	5	3	0	8	5	5	3	3	2	9	4	4	0	0	2	0	0	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>4</b>	<b>280</b>	<b>92</b>	<b>27</b>	<b>81</b>	<b>44</b>	<b>8</b>	<b>280</b>	<b>84</b>	<b>101</b>	<b>43</b>	<b>49</b>	<b>27</b>	<b>82</b>	<b>115</b>	<b>53</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	<b>12</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>28</b>



## BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Salud T-II Nayaritas [Trabajo]. Diagnóstico de Salud Bucal T-II Nayaritas 2017. CDMx. Centro de Salud T-II Nayaritas: Jurisdicción Coyoacán; 2017.
2. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General del Servicio Profesional Docente [Internet]. CDMx: DOF; 3 de Septiembre del 2013 [actualizado 11 de 09 de 2013; citado 7 de Noviembre del 2018]. Consulta:  
[www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?Codigo=5313843&fecha=11/09/13](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?Codigo=5313843&fecha=11/09/13)
3. Organización de las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura. El servicio social universitario un instrumento de innovación en la enseñanza superior. Paris. UNESO; 1984.
4. Robles M, Celis M, Navarrete C, Lorenzo R, Geraldi M, et al. El servicio social [tesis]. México: Universidad Autónoma de México. Facultad de derecho; 2016.
5. Resultados del sistema de vigilancia epidemiología de patologías bucales (SIVEPAB) 2017 [internet]. Consultado el 20 de Noviembre de 2018. Disponible en: [www.epidemiologia.salud.gob.mx](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx)
6. Instituto Electoral del Distrito Federal. Sistema de Consulta de Resultados de la Elección de Comites Ciudadanos y Consejos del Pueblo. [Internet] IEDF; 2011 [citado el 19 de Noviembre de 2018]. Consulta:  
[www.secure.iedf.org.mx/screc2011/coloniasRecibe.php](http://www.secure.iedf.org.mx/screc2011/coloniasRecibe.php)
7. Organización Mundial de la Salud Bucodental. Nota informativa N.3018 [Internet] OMS; Abril 2012 [citado el 19 de Noviembre de 2018]. Consulta:  
[www.who.int/mediocentre/fatsheets/fs318/es/](http://www.who.int/mediocentre/fatsheets/fs318/es/)
8. Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Jurisdicción Sanitaria Coyoacán. Reporte SIS. Plataforma 2017-C.S.U T-II Nayaritas.
9. Secretaria de salud bucal del preescolar y escolar. 1ra ed. México, DF: Secretaria de salud; 2014.
10. Molino N, Duran D, Castañeda E, Juarez M. La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. Gac Med Mex 2015; 151:485-90.
11. Ministerio de salud pública del Ecuador. Caries Guía Práctica Clínica (GPC) Quito: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normalización-MSP; 2015, p 40.
12. Martínez L, García C, Hernández A, Sánchez E, López L, Sánchez R. La caries, gingivitis, periodontitis y mal oclusión siguen siendo las afecciones estomatológicas más frecuentes en la población. Med Pub Journals 2013; 4:3, 9:1-10.
13. Jin L, Lmaster I, Mossey P, Varenne B, Warnakulasuriga S, et al. Enfermedades bucodentales. En: El desafío de las enfermedades



- bucodentales. Una llamada a la acción global. Atlas de salud bucodental. 2da edición. Ginebra. Federación Dental Internacional (FDI); 2015. p. 12-36.
14. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 90ª rev, Washintong D.C. OPS; 2003.
  15. Ministerio de salud pública. Protocolos Odontológicos. Quito: Programación nacional de genética y dirección nacional de normalización, 2013 [citado el 1 de diciembre de 2018]. Consulta: <http://salud.gob.ec>.
  16. American Association of Endodontist. Endodontics: Colleagues for excellence; 2013.
  17. Eley B, Soory M, Manson J. Periodoncia. 6ª ed. España: ELSEVIER; 2011.
  18. Macin C, Sanz A, Castrillom R, Palma R, Noguez M, Quirino B, et al. Tratamiento periodontal no quirúrgico en pacientes con gingivitis y periodontitis moderada. Propuesta bioquímica y microbiológica. Rev Odon Mex. 2015; 3 (9):155-164.
  19. Botero J, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016; 3(2). p 94-99.
  20. Departamento de salud y servicios humanos. Instituto nacional de salud. Enfermedades de las encías o enfermedad periodontal (cosas, síntomas y tratamiento) NIH, 2014.
  21. Rechenberg D, Galicia J, Peters O. Biological markers for pulpal inflammation: a systematic review. Journal Plos ONE. 2016; 11(11):1-24.
  22. Diagnóstico y abordaje anestésico de pulpitis irreversible sintomático en órganos dentarios permanentes. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2013.
  23. Mendiburu C, Medina S, Peraza H. Prevalencia de enfermedades pulpares y periapicales en pacientes geriátricos: Mérida Yucatán, México. Rev Cubana Estomatol [revista en línea] 2015 [consultado el 28 de Diciembre 2018]. 52(3). Disponible en: [www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/603](http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/603).
  24. Jaramillo J, Gomez L, Cardona E, Moreno J, Pelaez M, Palacio M, et al. GPC Diagnóstico y Manejo de la raíz dental. Metro Salud: Medellin; 2016.
  25. Ley General de Salud. Prestación de los servicios de salud. Ley 27/2006 de 14 de Febrero. Reforma en Diario Oficial (24-04-2006).
  26. Secretaria de Salud. Prevención, detección y control de los problemas bucales. Problemas de salud bucal. Programa sectorial de salud 2013-2018. 1ra ed. 2014 p: 92.
  27. Centro de Salud T-II Nayaritas [Trabajo]. Programa preventivo de salud bucal al preescolar y escolar. CDMx: Jurisdicción Coyoacán; 2017-2018.
  28. Vignolo S, Vacarezza M, Alvarez C, Sosa A. Niveles de atención de prevención y atención primaria de salud. Arch Med Interna. 2011; 33 (1): 11-4