



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA - XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

“ALTERACIONES BUCODENTALES MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO”

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA - IZTAPALAPA

ANTONIO CASTRO HERNÁNDEZ

MATRÍCULA: 201226431

PERIODO: SEPTIEMBRE 2005 A JULIO 2006

ASESOR INTERNO: DRA. LORENA LÓPEZ GONZÁLEZ

Noviembre, 2023.



ASESOR INTERNO
DRA. LORENA LÓPEZ GONZÁLEZ

Figuera

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

Resumen del informe

El servicio social es una práctica obligatoria que tiene por objetivo beneficiar a la sociedad y al Estado con un carácter temporal, se realiza una vez que se ha concluido la licenciatura y que se han cubierto el 100% de créditos. Este informe de servicio social se cumplió durante el periodo de septiembre de 2005 a julio de 2006 en la clínica estomatológica de la UAM-Iztapalapa. La clínica estomatológica cuenta con dos unidades dentales, un aparato de rayos x, una autoclave, el instrumental y material suficiente para cubrir las necesidades de atención dental.

Se brindó atención a la población universitaria dando los servicios de: diagnóstico, fomento a la salud, preventivas, intermedias, curativas, rehabilitación y altas. Se atendieron a 214 pacientes, de los cuales el 47% fueron hombres y el 53% restantes fueron mujeres. Las actividades que se realizaron con mayor frecuencia fueron actividades curativas, que se relaciona con los motivos principales de consulta odontológica de los pacientes.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las alteraciones bucodentales más recurrentes durante el embarazo. Pues la mujer embarazada sufre una serie de cambios durante el periodo de gestación los cuales pueden repercutir en el estado de salud bucodental. Estos cambios pueden dar paso al progreso de diferentes manifestaciones bucodentales características como: Gingivitis gravídica, Granuloma del embarazo, Enfermedad periodontal, Caries dental y Xerostomía.

Los aspectos que inciden sobre la salud y la atención odontológica de la materna son muchos y deben analizarse de manera integral con el propósito de propiciar cambios que promuevan la salud y la vida de la mujer durante todo su ciclo vital, pero en especial durante el embarazo.

Por tanto, resulta esencial el conocimiento de estos cambios, su implicación en la salud bucodental y los efectos que las potenciales intervenciones diagnósticas y terapéuticas pueden tener durante la gestación y la lactancia.

Palabras clave: embarazo, caries, enfermedad periodontal

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL	7
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN	8
Alteraciones bucodentales más frecuentes en el embarazo	8
Gingivitis gravídica	9
Enfermedad periodontal	10
Gingivitis.....	12
Periodontitis.....	12
Caries dental	13
Granuloma del embarazo.....	15
Xerostomía	16
Conclusión	17
Referencias	18
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA	24
Introducción.....	24
Antecedentes históricos	24
Surge la Universidad Autónoma Metropolitana	24
Construcción de la UAM Iztapalapa	26
La UAM Iztapalapa abre sus puertas	28
Hechos relevantes de la UAM Iztapalapa.....	28
Ubicación de la UAM Iztapalapa	29
Laboratorios de Diseño y Comprobación	30
Clínica Estomatológica UAM Iztapalapa (L.D.C.).....	31
Servicio Estomatológico de la UAM Iztapalapa	32

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	35
Concentrado anual de actividades septiembre 2005 a julio 2006	37
Actividades realizadas durante el mes de septiembre 2005.....	38
Actividades realizadas durante el mes de octubre 2005	39
Actividades realizadas durante el mes de noviembre 2005.....	40
Actividades realizadas durante el mes de diciembre 2005	41
Actividades realizadas durante el mes de enero 2006	42
Actividades realizadas durante el mes de febrero 2006.....	43
Actividades realizadas durante el mes de marzo 2006	44
Actividades realizadas durante el mes de abril 2006.....	45
Actividades realizadas durante el mes de mayo 2006.....	46
Actividades realizadas durante el mes de junio 2006.....	47
Actividades realizadas durante el mes de julio 2006	48
CAPÍTULO V: ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	52
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	53

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

El embarazo es un proceso normal en la vida de la mujer y ocurren una serie de cambios que pueden repercutir en el estado de salud bucodental, como el aumento de la acidez salival y favorecer la presencia de ciertas bacterias bucales, así como cambios en la dieta. Las gestantes, sobre todo en el primer trimestre, adquieren nuevos hábitos dietéticos debido a las mayores necesidades energéticas, lo que da lugar a un aumento en cantidad y frecuencia de la ingesta de alimentos cariogénicos ricos en azúcares. Se ha visto necesario realizar la presente revisión bibliográfica a fin de actualizar conocimientos acerca de las diferentes patologías en la mujer gestante, y que sirva como referente para profesionales de la salud y estudiantes.

Por otra parte, existen múltiples estudios, especialmente en poblaciones desfavorecidas, que apuntan hacia una posible asociación entre los partos prematuros o los nacimientos de bajo peso y las enfermedades periodontales maternas.

En la actualidad, se hace imprescindible el análisis integral de los problemas de salud. El tener en consideración este concepto permite hacer importante hincapié en la atención odontológica de la gestante, pues suceden cambios bucales dependientes de los que suceden en su organismo y que son resultado de un conjunto de factores que influyen en la salud bucal.

El embarazo no ocasiona por sí solo mayor incidencia de enfermedad bucodental, pero sí predispone a que ésta sea más severa debido al cambio hormonal que se produce en el organismo y al aumento de acidez producida por vomito; a esto se suma la falta de conocimiento sobre cómo mantener la salud bucal, hábitos de higiene bucodental inadecuados, ausencia de visitas preventivas al odontólogo, consumo de dietas azucaradas carentes de fibra, todos estos son factores de riesgo para desarrollar enfermedades bucodentales en la mujer gestante.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

Alteraciones bucodentales más frecuentes en el embarazo

El embarazo es el estado fisiológico que comienza desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto y nacimiento del neonato. El embarazo suele durar aproximadamente 40 semanas, o poco más de 9 meses (1).

El organismo de la mujer tras la fecundación se prepara para el largo proceso durante el cual tendrá que alojar al feto y cubrir sus necesidades metabólicas. Las modificaciones, físicas, psicológicas y fisiológicas que suceden durante la gestación suponen una severa alteración orgánica (2).

Los cambios hormonales que se producen durante el embarazo son los responsables de la modificación del cuerpo que presenta la madre, y que ocurra en la cavidad bucal no es excepción (3), desencadenándose una serie de alteraciones a nivel gingival lo cual favorece la presencia de enfermedades bucodentales (4). Después de la concepción comienzan estos cambios, algunos de estos pueden provocar efectos secundarios adversos, incluidas enfermedades del periodonto. Los tejidos gingivales durante el embarazo pueden inflamarse y presentar enrojecimiento, sangrado y dolor. Esta inflamación gingival es inducida por la acumulación de biopelícula, pero se ve exacerbada por el aumento en los niveles de hormonas sexuales durante el embarazo (5).

Uno de los factores de riesgo de las mujeres embarazadas para desarrollar enfermedades bucodentales es la higiene bucal deficiente, la cual está desencadenada por náuseas y vómitos generalmente matinales, adicionalmente una técnica incorrecta de cepillado predisponen a este grupo de riesgo a presentar enfermedades gingivales y periodontales frecuentemente (6). A esto se suma la dieta y su importante papel en la salud bucal, donde el consumo de alimentos ricos en azúcar, empleado frecuentemente para mitigar los malestares asociados al embarazo contribuye a la presencia de un alto índice de biopelícula en gestantes (7,8).

Otra vía implica el estado inmunosuprimido durante el embarazo, haciendo que el tejido gingival sea menos eficiente para resistir los desafíos inflamatorios producidos por las bacterias. Se cree que las bacterias estimulan a las células huésped a liberar sustancias proinflamatorias como las citocinas(9). La respuesta inmune suprimida durante el periodo gestacional perjudica la función de los neutrófilos y aumenta la susceptibilidad a la inflamación. Este posible mecanismo también está influenciado por los cambios hormonales durante el embarazo (9).

La mujer embarazada sufre una serie de cambios durante el periodo de gestación como se ha mencionado, estos cambios pueden dar paso al progreso de diferentes manifestaciones bucodentales características como:

- Gingivitis gravídica
- Granuloma del embarazo
- Enfermedad periodontal
- Caries dental
- Xerostomía

A continuación de se detalla cada una de ellas.

Gingivitis gravídica

La gingivitis gravídica o gingivitis del embarazo, es una inflamación proliferativa, vascular e inespecífica con un amplio infiltrado inflamatorio celular. Clínicamente se presenta una encía intensamente enrojecida que sangra fácilmente por un engrosamiento del margen gingival y por hiperplasia de las papilas interdentes que pueden dar lugar a la aparición de pseudobolsas (10) (Figura 1). En 1963 Løe y Silness describieron que en el segundo mes de embarazo aparecen los primeros síntomas y continúan hasta el octavo mes, momento a partir del cual se observa cierta mejoría para estabilizarse finalmente tras el parto(11).

Las mujeres embarazadas presentan niveles más altos de estrógeno y progesterona que producen dilatación de los capilares y trae consigo la gingivitis del embarazo. Aunque la mayoría de los cambios inflamatorios, como el crecimiento localizado de los tejidos gingivales, desaparecerán unos meses después del parto, la evidencia epidemiológica ha sugerido que durante el embarazo las mujeres tienen más probabilidades de experimentar esta enfermedad (12).

Según los datos descritos anteriormente, existe una conexión entre el aumento de los niveles plasmáticos de las hormonas del embarazo y una disminución del estado de salud gingival. De lo anterior, se puede suponer que la fluctuación en los niveles de estrógeno y progesterona durante el embarazo ejerce la influencia de la microbiota subgingival y un espectro de respuestas inflamatorias en los tejidos gingivales a través de los cambios de quimiotaxis, citocinas, enzimas y antioxidantes lo cual, contribuye indirectamente al aumento de la inflamación gingival. Los mecanismos responsables de estos cambios no se conocen completamente (9).

La gingivitis gravídica afecta entre el 60% y el 75% de las mujeres embarazadas (13). El embarazo no causa gingivitis, sino que exacerba dramáticamente la enfermedad preexistente. La gravedad aumenta durante el embarazo (entre el segundo y tercer trimestre) (14) y disminuye durante el noveno mes de embarazo y generalmente se resuelve después del parto (15).

El tratamiento recomendado para la gingivitis gravídica o del embarazo es mantener una buena higiene bucal lo que puede mejorar la severidad. Los estudios que prueban diversas intervenciones que van desde promover prácticas de higiene bucal de autocuidado hasta brindar educación y limpiezas profesionales han demostrado mejoras en las medidas clínicas, incluido el índice de biopelícula, el índice gingival, la profundidad de sondaje y los niveles de inserción clínica (16–18).

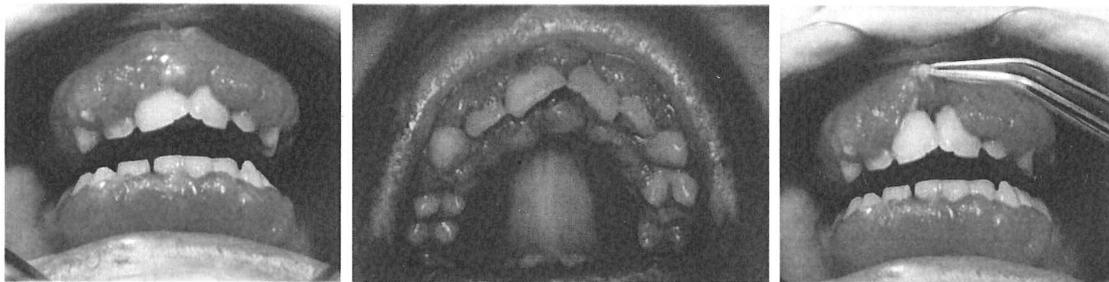


Figura 1. Gingivitis gravídica (19)

Enfermedad periodontal

Durante las últimas décadas se ha estudiado la enfermedad periodontal, y es considerada como una fuente potencial de infección e inflamación sistémica que podría afectar negativamente a la unidad fetoplacentaria y provocar resultados adversos en el embarazo. La unidad fetoplacentaria está conformada por el miometrio, las membranas fetales, el líquido amniótico, la placenta, la circulación fetal y los tejidos (20).

Los microorganismos bucales y/o sus componentes se trasladan a la unidad fetoplacentaria desde la cavidad bucal mediante diseminación hematógena o por vía ascendente a través del tracto genitourinario. La presencia de bacterias bucales, componentes microbianos y anticuerpos contra estos microorganismos en la unidad fetoplacentaria son variables para evaluar la exposición infecciosa bucal asociada con resultados adversos del embarazo. El principal factor de riesgo de parto prematuro es el ingreso de bacterias bucales al torrente sanguíneo y al líquido amniótico puede causar infección amniocoriónica (20,21). La ruptura temprana de la membrana y el parto prematuro desencadenado por la contractilidad uterina y maduración cervical se presenta cuando existe inflamación de la unidad fetoplacentaria (22).

Existe evidencia científica de que los tejidos gingivales están influenciados por cambios fisiológicos en las concentraciones séricas de hormonas sexuales femeninas durante la gestación, produciendo cierto grado de edema gingival. También hay un aumento en la permeabilidad capilar gingival y el consiguiente aumento en el flujo de líquido crevicular. Aunado a esto, la composición bacteriana se ve modificada por el aumento de los niveles de progesterona. Estos factores pueden explicar el aumento de la gingivitis durante el embarazo, con tumefacción interdental característica (14).

Otro posible papel de las hormonas del embarazo es su influencia directa o indirecta sobre las células del ligamento periodontal, acentuando así los signos clínicos de la enfermedad periodontal. Hay dos teorías propuestas: (a) cambio de la eficacia de la barrera epitelial ante la agresión bacteriana; (b) el efecto sobre el mantenimiento y reparación del colágeno (23).

Además, estudios sugieren que las hormonas sexuales aumentan la tasa de metabolismo del folato en el tejido gingival, agotando las reservas de folato necesarias para el mantenimiento del tejido, inhibiendo así la reparación del tejido periodontal (24,25). Se cree que el estradiol (principalmente estrógeno) regula la proliferación celular, la diferenciación, la queratinización y la permeabilidad de la microvasculatura (26).

El periodonto sirve como reservorio de las bacterias que habitan en la biopelícula y secretan ácidos que causan caries e irritan el tejido de las encías. La presencia de patógenos como *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens*, *Tannerella forsythia*, *Fusobacterium nucleatum* y *Parvimonas micra* aumenta significativamente la prevalencia de la enfermedad periodontal. Se ha sugerido que los estrógenos y la progesterona pueden modular la estructura de la comunidad microbiana en el periodonto y aumentar la proporción de bacterias anaeróbicas-aeróbicas durante el embarazo (27).

La enfermedad periodontal, incluye la gingivitis y la periodontitis. Su presencia se atribuyen a interacciones entre la inmunidad del huésped y múltiples especies microbianas en el ambiente subgingival (28).

La gingivitis es una forma leve de enfermedad periodontal que causa enrojecimiento e inflamación de la encía. Aunque la gingivitis se localiza únicamente en la encía sin destruir los tejidos periodontales, la gingivitis puede progresar a una enfermedad grave que afecta el tejido periodontal llamada periodontitis. La periodontitis es una forma grave de enfermedad periodontal e induce cambios inflamatorios en el epitelio gingival, la membrana periodontal, el cemento dental y el hueso alveolar (28).

La prevalencia de la enfermedad periodontal en mujeres embarazadas oscila entre el 20% y el 50% según varios estudios (29).

Gingivitis

La presencia de una encía de color rojizo, amoratado, con sangrado espontáneo, un tono edematoso o una superficie lisa y brillante es indicador de patología gingival, concretamente de gingivitis (Figura 2). La gingivitis se localiza a nivel de la encía, no hay afectación de los elementos de inserción, siendo una patología reversible, generalmente indolora, con hemorragia al sondaje o de forma espontánea, localizada o generalizada y que puede presentar pseudobolsas (30).



Figura 2. Gingivitis (30)

Periodontitis

La periodontitis es una enfermedad bucal inflamatoria crónica que destruye progresivamente el aparato de soporte dental. Se manifiesta generalmente por el progreso de severidad de una gingivitis, y si no se trata, con movimiento y pérdida de dientes. Comúnmente es una enfermedad asintomática. El diagnóstico se basa en la inspección, la evaluación periodontal y los rayos X. El tratamiento implica limpieza odontológica subgingival y un programa vigoroso de higiene. Los casos graves pueden requerir antibióticos y cirugía (31).

La periodontitis suele desarrollarse cuando no se trata adecuadamente una gingivitis, que usualmente presenta abundante placa y cálculos (un acúmulo de bacterias, residuos de alimentos, saliva y moco con sales de calcio y fosfato) o sarro debajo del borde de la encía. En la periodontitis, se forman bolsillos profundos en el tejido periodontal donde se pueden alojar microorganismos anaerobios, que hacen más daño que los que están presentes en la gingivitis común. A menudo se asocia con *Aggregatibacter*

actinomyces comitans, *Porphyromonas gingivalis*, *Eikenella corrodens*, y muchos bacilos Gram negativos (31).

Los microorganismos desencadenan la liberación crónica de mediadores inflamatorios, como citocinas, prostaglandinas, y enzimas de neutrófilos y monocitos. La inflamación resultante afecta el ligamento periodontal, las encías, el cemento y el hueso alveolar. La encía pierde progresivamente sus fijaciones con los dientes, comienza la pérdida ósea, y se profundizan los bolsillos periodontales. Con la pérdida progresiva del hueso, los dientes se aflojan y el borde gingival retrocede. La migración de los dientes es común en los estadios tardíos y algunos dientes pueden perderse (31).

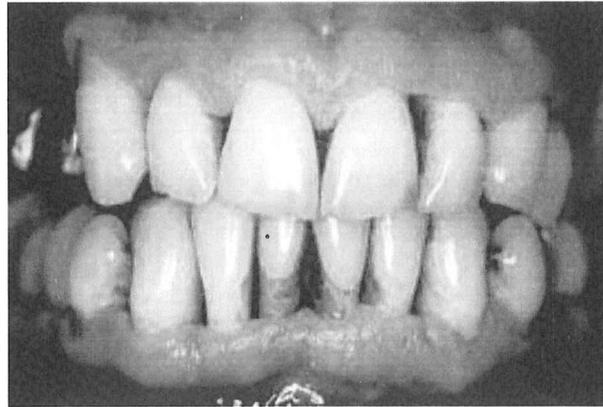


Figura 3. Periodontitis (31)

Caries dental

La caries dental es una enfermedad dinámica, multifactorial, no transmisible y mediada por la presencia de biopelículas, modulada por la dieta, que produce una pérdida de minerales en los tejidos duros de los dientes (32,33). Está determinada por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales. Como consecuencia de este proceso, se desarrolla una lesión cariosa (34).

La superficie del diente está cubierta por una biopelícula de proteína, una capa suave que generalmente es invisible a simple vista y que alberga diversos microorganismos de la propia flora bucal. En presencia de carbohidratos fermentables, el ácido producido por las bacterias *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus acidophilus* comienzan a erosionar el esmalte superficial o la cubierta dental más externa. Sin embargo, debido a la presencia constante de iones de calcio y fosfato en la saliva, la superficie se remineraliza continuamente, es decir, la calcificación se produce de forma continua. No obstante, si el ácido permanece en contacto con el diente durante más tiempo, provoca la desmineralización del

subsuelo o el ablandamiento del diente en las etapas iniciales. Esta pérdida subsuperficial de minerales del esmalte es visible como una mancha o raya blanca. A medida que avanza, se produce una ruptura en la continuidad del esmalte formando una cavidad (35).

El tiempo de retención de los carbohidratos fermentables en la cavidad bucal ha demostrado ser el factor principal en el inicio y progresión de la caries dental. Este período de retención más largo proporciona tiempo suficiente para que las bacterias bucales conviertan la molécula de carbohidratos complejos en carbohidratos simples (sacarosa) e inicien o progresen la caries dental (35).

La causa de la caries dental puede estar relacionada con tres factores principales: bacterias bucales en la biopelícula, presencia de carbohidratos fermentables y superficie dental disponible. Otros factores contribuyentes son responsables de aumentar o disminuir la velocidad de deterioro de los dientes, como los hábitos de higiene bucal, la forma del diente, las características de la superficie, los hábitos alimentarios, la calidad y cantidad de saliva. (35).

La caries dental es definida como la desmineralización localizada de los tejidos duros de los dientes por el ácido derivado de restos de comida o azúcares (36), es uno de los principales problemas de salud bucal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que aproximadamente el 35.3% de la población total tienen caries dental (37).

Pese a la multifactorialidad de la caries dental, la disminución del pH en la saliva es considerada también responsable de la presencia de caries en mujeres embarazadas. Este aumento de acidez proporcional al avance del embarazo es adicional a la falta de higiene en la gestante (38,39), las náuseas favorecen el desarrollo de bacterias, permitiendo el aumento en cantidad y extensión de biopelícula (6,39). Debido a un mayor antojo de comida dulce y rápida, cambios en la cavidad bucal, como aumento de la acidez en la boca/saliva y reducción en la producción de saliva, y miedo al tratamiento dental, las mujeres embarazadas se vuelven más susceptibles a y tienen una alta prevalencia de caries dental (40).

Aunque la caries dental es uno de los principales problemas de salud bucal en los países desarrollados, los efectos de esta enfermedad durante el embarazo no se ha explorado de manera consistente. Las mujeres embarazadas son más susceptibles a la caries dental y la gingivitis en comparación con sus contrapartes no embarazadas debido al cambio en su dieta, los refrigerios frecuentes debido al antojo de comer y la negligencia en la salud bucal. Si no se trata, la caries dental puede provocar más complicaciones inflamatorias, que podrían influir en los resultados del embarazo. Varios estudios informaron que las bacterias causantes de la caries dental pueden tener alguna influencia en el resultado del embarazo como parto prematuro y/o bajo peso al nacer (41–43).

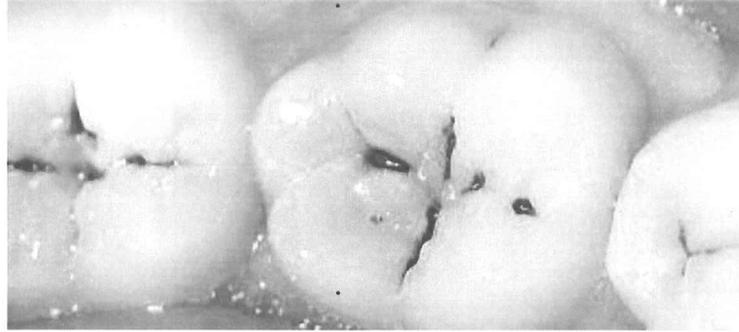


Figura 4. Caries dental (44)

Granuloma del embarazo

El granuloma piógeno también conocido como “hemangioma eruptivo”, “hemangioma de granulación del tejido tisular”, “granuloma gravídico”, “hemangioma capilar lobular” y “tumor del embarazo” (45,46) constituye una lesión bucal asociada a un sobrecrecimiento de tejido debido a irritación, trauma físico o factores hormonales (47,48). La vascularización presente en las lesiones hacen que clínicamente se presente de color rojo, que cambia a rosa violeta en aquellas más antiguas, lisa o lobulada (49), puede presentarse como una masa pediculada o sésil con base amplia (50,51). Visible principalmente en la encía, pero apreciable también en otros sitios de la cavidad bucal, como en el labio inferior, lengua, mucosa bucal, labio superior o paladar, con una prevalencia del 1% en mujeres embarazadas con un origen asociado a la combinación de factores hormonales patógenos periodontales e irritantes locales, muy típicos en la cavidad bucal de una mujer embarazada (52,53).

El granuloma piógeno afecta a entre el 0.2% y el 9.6% de las mujeres embarazadas, generalmente en el segundo o tercer mes de embarazo. No está asociado con una infección, sino más bien con un crecimiento inflamatorio. La lesión clásicamente está asociada con una mala higiene bucal, acumulación de biopelícula y cálculos, y generalmente no está asociado con pérdida de hueso alveolar (54).

Debido a las influencias hormonales, la mayoría de los casos se resuelven después del parto; sin embargo, la escisión quirúrgica puede estar indicada en casos de malestar (5).



Rev Odontol Mex. 2017;21:251-61

Figura 5. Granuloma piógeno

Xerostomía

La xerostomía se define como una sensación subjetiva de disminución o ausencia de la secreción salival. También es conocida como asialorrea, hiposalivación o boca seca. En 1868 fue descrita por primera vez por Bartley el cual estableció una relación entre la sintomatología presentada en los pacientes que la padecían y la repercusión de ésta en la calidad de vida de los mismos. Resulta conveniente destacar cómo la xerostomía no supone una entidad clínicopatológica específica, sino más bien un síntoma subyacente a cuadros patológicos concretos y al tratamiento local o sistémico de los mismos (55).

El origen de este trastorno es múltiple, pudiendo ser el resultado de una alteración localizada sobre las glándulas productoras de la saliva, o bien el resultado de un desequilibrio o alteración de índole sistémica. De este modo, entre las posibles causas de este trastorno encontramos enfermedades crónicas, destacando diabetes mellitus no controlada, tuberculosis crónica, cirrosis biliar primaria, sarcoidosis, anemia hemolítica, linfomas malignos e infección por el virus de inmunodeficiencia humana (55).

Los cambios en la composición de la saliva durante el final del embarazo y la lactancia pueden predisponer temporalmente a la erosión y a la caries dental. Sin embargo, no hay datos convincentes que demuestren un incremento de la incidencia de caries durante el embarazo o en el período posparto inmediato. La xerostomía fisiológica es otra queja común durante el embarazo, siendo su principal causa los cambios hormonales, así como determinada medicación (antiespasmódica, antidepresiva, antihistamínica) (56).

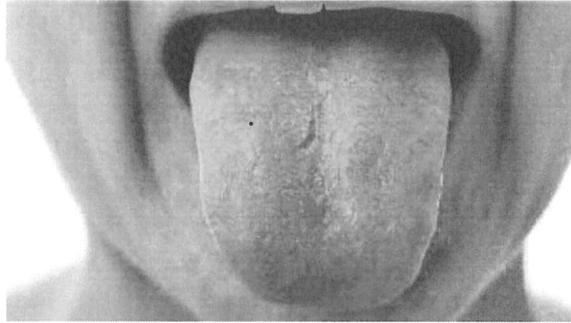


Figura 6. Xerostomía

Conclusión

Los aspectos que inciden sobre la salud y la atención odontológica de la materna son muchos y deben analizarse de manera integral con el propósito de propiciar cambios que promuevan la salud y la vida de la mujer durante todo su ciclo vital, pero en especial durante el embarazo.

Durante el periodo de gestación se presentan una serie de cambios en el organismo de la gestante que pueden favorecer la aparición de problemas dentales o periodontales, por lo que se debe proveer un diagnóstico bucal y un plan de tratamiento oportunos con el fin de evitar complicaciones. El cirujano dentista debe hacer una revisión de la cavidad bucal con el fin de conocer el estado de salud bucal que le permita realizar un diagnóstico y la programación de un tratamiento basado en la edad gestacional de la paciente, dando prioridad a la eliminación de focos de infección de origen dental y/o periodontal, y así evitar la diseminación de los microorganismos, ya que la infección puede pasar al torrente circulatorio e invadir al feto por vía transplacentaria. Además, es necesario educar para prevenir, por lo que todo cirujano dentista que esté involucrado en el manejo estomatológico de una mujer gestante, deberá incorporarla a un programa educativo que le permita adquirir conocimientos sobre la importancia de prevenir enfermedades bucales. Durante el tratamiento estomatológico de la paciente gestante, el odontólogo deberá tener ciertas consideraciones farmacológicas, radiológicas y clínicas para proteger a la madre y al feto durante esta etapa.

Por tanto, resulta esencial el conocimiento de estos cambios, su implicación en la salud bucodental y los efectos que las potenciales intervenciones diagnósticas y terapéuticas pueden tener durante la gestación y la lactancia.

Referencias

1. Información sobre el embarazo | NICHD Español [Internet]. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>
2. Ojeda González JJ, Rodríguez Álvarez M, Estepa Pérez JL, Piña Loyola CN, Cabeza Poblet BL. Cambios fisiológicos durante el embarazo: su importancia para el anesthesiólogo. *Medisur*. 2011; Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1801/6575>
3. Alfaro Alfaro Ascensión CNIMSRAAMJesús. Embarazo y salud oral. *Rev Clin Med Fam*. 2018;11(3):144–53. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144
4. González Chavarría G, Revelo Domínguez A, Chiriboga Sánchez I, Aldas Ramírez JE, Armas Vega A del C. Patologías orales en la mujer gestante. Revisión de la literatura. *Odontol sanmarquina (Impr)*;21(3):215. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/15154/13145>
5. Raju K, Berens L. Periodontology and pregnancy: An overview of biomedical and epidemiological evidence. *Periodontol 2000*. 2021;87(1):132–42. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/prd.12394>
6. Papapanou PN. Systemic effects of periodontitis: lessons learned from research on atherosclerotic vascular disease and adverse pregnancy outcomes. *Int Dent J*. 2015;65(6):283–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26388299/>
7. Johnson M, George A, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, Blinkhorn A, et al. The midwifery initiated oral health-dental service protocol: an intervention to improve oral health outcomes for pregnant women. *BMC Oral Health*. 2015;15(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25588410/>
8. Marchesan JT, Morelli T, Moss K, Preisser JS, Zandona AF, Offenbacher S, et al. Interdental Cleaning Is Associated with Decreased Oral Disease Prevalence. *J Dent Res*. 2018;97(7):773. Available from: </pmc/articles/PMC6728587/>
9. Wu M, Chen SW, Jiang SY. Relationship between Gingival Inflammation and Pregnancy. *Mediators Inflamm*. 2015;2015. Available from: </pmc/articles/PMC4385665/>

10. Lorenzo-Pouso AI, Pérez-Sayáns M, González-Palanca S. Relación entre la salud gingival en las gestantes con complicaciones obstétricas. *Aten Primaria*. 2017;49(10):621. Available from: [/pmc/articles/PMC6875990/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35998741/)
11. Löe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy I. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand*. 1963;21(6):533–51. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00016356309011240>
12. Chen P, Hong F, Yu X. Prevalence of periodontal disease in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2022;125. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35998741/>
13. Armitage GC. Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2013;61(1):160–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23240948/>
14. Figuero E, Carrillo-De-Albornoz A, Martín C, Tobías A, Herrera D. Effect of pregnancy on gingival inflammation in systemically healthy women: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2013;40(5):457–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23557432/>
15. Machado FC, Cesar DE, Apolônio ACM, Ribeiro LC, Ribeiro RA. Longitudinal study on clinical and microbial analysis of periodontal status in pregnancy. *Braz Oral Res*. 2016;30(1):1–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27556678/>
16. Adams SH, Gregorich SE, Rising SS, Hutchison M, Chung LH. Integrating a Nurse-Midwife-Led Oral Health Intervention Into CenteringPregnancy Prenatal Care: Results of a Pilot Study. *J Midwifery Womens Health*. 2017;62(4):463–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28686808/>
17. Liu P, Wen W, Yu KF, Gao X, Lo ECM, Wong MCM. Effectiveness of a family-centered behavioral and educational counselling approach to improve periodontal health of pregnant women: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health*. 2020;20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33066773/>
18. Geisinger ML, Geurs NC, Bain JL, Kaur M, Vassilopoulos PJ, Cliver SP, et al. Oral health education and therapy reduces gingivitis during pregnancy. *J Clin Periodontol*. 2014;41(2):141–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.12188>
19. Vigaros E, Maret D. Pregnancy gingivitis. *QJM*. 2020;113(10):760–1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32068874/>

20. Figuero E, Han YW, Furuichi Y. Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes: Mechanisms. *Periodontol 2000*. 2020;83(1):175–88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32385886/>
21. Horvath B, Lakatos F, Tóth C, Bödecs T, Bódis J. Silent chorioamnionitis and associated pregnancy outcomes: a review of clinical data gathered over a 16-year period. *J Perinat Med*. 2014;42(4):441–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24421211/>
22. Green ES, Arck PC. Pathogenesis of preterm birth: bidirectional inflammation in mother and fetus. *Semin Immunopathol*. 2020;42(4):413–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32894326/>
23. Markou E, Eleana B, Lazaros T, Antonios K. The Influence of Sex Steroid Hormones on Gingiva of Women. *Open Dent J*. 2009;3(1):114. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19111111/>
24. Mealey BL, Moritz AJ. Hormonal influences: effects of diabetes mellitus and endogenous female sex steroid hormones on the periodontium. *Periodontol 2000*. 2003;32(1):59–81. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.0906-6713.2002.03206.x>
25. Thomson ME, Pack ARC. Effects of extended systemic and topical folate supplementation on gingivitis of pregnancy. *J Clin Periodontol*. 1982;9(3):275–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7047579/>
26. Mariotti AJ. Estrogen and extracellular matrix influence human gingival fibroblast proliferation and protein production. *J Periodontol*. 2005;76(8):1391–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16101374/>
27. Carrillo-De-Albornoz A, Figuero E, Herrera D, Bascones-Martínez A. Gingival changes during pregnancy: II. Influence of hormonal variations on the subgingival biofilm. *J Clin Periodontol*. 2010;37(3):230–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20088983/>
28. Komine-Aizawa S, Aizawa S, Hayakawa S. Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019;45(1):5–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30094895/>
29. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG [Internet]*. 2006 Feb [cited 2023 Oct 25];113(2):135–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16411989/>
30. Tur Feijón EM. Gingivitis. Características y prevención. *Formación dermatológica*. 2011 Jan;12.

31. James T. Ubertalli HMA. Periodontitis (Piorrea). 2022. Manual MSD Versión para profesionales.
32. Fejerskov O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(1):5–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9088687/>
33. Pitts NB, Ekstrand K. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS) - methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24916677/>
34. MacHiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momeni A, et al. Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. *Caries Res.* 2020;54(1):7–14. Available from: <https://dx.doi.org/10.1159/000503309>
35. Mathur VP, Dhillon JK. Dental Caries: A Disease Which Needs Attention. *Indian J Pediatr.* 2018;85(3):202–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28643162/>
36. Silk H. Diseases of the mouth. *Prim Care.* 2014;41(1):75–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24439882/>
37. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res.* 2015;94(5):650–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25740856/>
38. Stelmakh V, Slot DE, van der Weijden GA. Self-reported periodontal conditions among Dutch women during pregnancy. *Int J Dent Hyg.* 2017;15(4):e9–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26913579/>
39. Soucy-Giguère L, Tétu A, Gauthier S, Morand M, Chandad F, Giguère Y, et al. Periodontal Disease and Adverse Pregnancy Outcomes: A Prospective Study in a Low-Risk Population. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(4):346–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27208603/>
40. Orloff NC, Flammer A, Hartnett J, Liquorman S, Samelson R, Hormes JM. Food cravings in pregnancy: Preliminary evidence for a role in excess gestational weight gain. *Appetite.* 2016;105:259–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27215835/>

41. Acharya S, Pentapati KC, Bhat P V. Dental neglect and adverse birth outcomes: a validation and observational study. *Int J Dent Hyg.* 2013;11(2):91–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22998417/>
42. Harjunmaa U, Järnstedt J, Alho L, Dewey KG, Cheung YB, Deitchler M, et al. Association between maternal dental periapical infections and pregnancy outcomes: results from a cross-sectional study in Malawi. *Trop Med Int Health.* 2015;20(11):1549–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26224026/>
43. Abati S, Villa A, Cetin I, Dessole S, Lugliè PF, Strohmenger L, et al. Lack of association between maternal periodontal status and adverse pregnancy outcomes: a multicentric epidemiologic study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013;26(4):369–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23039761/>
44. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet.* 2007;369(9555):51–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17208642>
45. Payal S, Kumar GS, Sumitra Y, Sandhya J, Deshraj J, Shivam K, et al. Oral health of pregnant females in central India: Knowledge, awareness, and present status. *J Educ Health Promot.* 2017;6(1):102. Available from: </pmc/articles/PMC5747225/>
46. Valdés LD, Lizama RLV. Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. *Gaceta Médica Espirituana.* 2015;17(1):11–125. Available from: https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/347/html_38
47. Rocha JS, Arima LY, Werneck RI, Moysés SJ, Baldani MH. Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. *Caries Res.* 2018;52(1–2):139–52. Available from: <https://dx.doi.org/10.1159/000481407>
48. Corchuelo-Ojeda J, Soto-Llanos L, Villavicencio J. Situación de caries, gingivitis e higiene oral en gestantes y no gestantes en hospitales del Valle del Cauca, Colombia. *Univ Salud.* 2017;19(1):67–74. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072017000100067&lng=en&nrm=iso&tlng=es
49. Reddy NR, Kumar PM, Selvi T, Nalini HE. Management of Recurrent Postpartum Pregnancy Tumor with Localized Chronic Periodontitis. *Int J Prev Med.* 2014;5(5):643. Available from: </pmc/articles/PMC4050686/>
50. Zhong C, Ma KN, Wong YS, So Y, Lee PC, Yang Y. Oral Health Knowledge of Pregnant Women on Pregnancy Gingivitis and Children's Oral Health. *J*

- Clin Pediatr Dent. 2015;39(2):105–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25823479/>
51. Miyoshi J, Ohba T, Ohkuma M, Katoh T, Tanoue D, Katabuchi H. Efficacy of a prospective community-based intervention to prevent preterm birth. *J Perinat Med.* 2017;45(1):113–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27089398/>
 52. Gümüş P, Emingil G, Öztürk VÖ, Belibasakis GN, Bostanci N. Oxidative stress markers in saliva and periodontal disease status: modulation during pregnancy and postpartum. *BMC Infect Dis.* 2015;15(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26152310/>
 53. Marchesan JT, Morelli T, Moss K, Preisser JS, Zandona AF, Offenbacher S, et al. Interdental Cleaning Is Associated with Decreased Oral Disease Prevalence. *J Dent Res.* 2018;97(7):773–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29481764/>
 54. Joan Otomo-Corgel. Periodontal Therapy in the Female Patient. In: Newman and Carranza's Clinical Periodontology and Implantology. 14th ed. ELSEVIER; 2019. p. 419–28.
 55. González Jiménez E, Aguilar Cordero MJ, Guisado Barrilao R, Tristán Fernández JM, García López PA, Álvarez Ferre Judit. Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico. *Rev Clin Med Fam.* 2009;2(6). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100009
 56. Rodríguez Sotomayor Y, Rodríguez Sotomayor Y. Salud bucal, embarazo y género. *Revista Información Científica.* 2018;97:496–507. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000700496&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 57. Universidad Autónoma Metropolitana - EcuRed. Available from: https://www.ecured.cu/Universidad_Aut%C3%B3noma_Metropolitana
 58. Historia e Identidad. Available from: <https://www.izt.uam.mx/index.php/ni/historia-e-identidad>
 59. UAM. Universidad Autónoma Metropolitana. La Unidad Iztapalapa. Ubicación. Available from: https://www.uam.mx/u_izt_map.html
 60. Cemanáhuac - Coordinación de Extensión Universitaria. Available from: <http://ceu2.izt.uam.mx/index.php/secciones/difusion/cemanahuac/>

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

Introducción

Hablar de la Universidad como una institución de educación y el papel que actualmente juega en este país es de vital importancia, ahí radica el progreso que un país puede tener a largo plazo. La educación forma los cimientos de un individuo, de igual manera fortalecer a nuestra nación.

El servicio social es una actividad en la que el egresado pone en acción sus conocimientos y realiza con entusiasmo; contribuye a mejorar la salud bucodental de los pacientes que acuden a la clínica de la institución. El cumplimiento del servicio social es obligatorio y debe ser realizado como requisito previo para obtener el título de licenciatura.

La Universidad incorporó un reglamento en el cual se define al servicio social, como el conjunto de actividades realizadas por los alumnos o egresados de la Universidad en beneficio de la Comunidad Universitaria. El servicio social surge desde que la Universidad abre sus puertas con la responsabilidad de dar a la nación calidad en la educación y fomentar en sus egresados ese mismo compromiso para la sociedad participando activamente otorgando salud a la comunidad.

Esta actividad permite al egresado complementar su formación profesional, vinculando los conocimientos adquiridos durante su formación académica, con las necesidades del país, logra fomentar un aspecto humano en el universitario brindando la posibilidad de desarrollar valores, capacidades, virtudes y actitudes para formarse como seres humanos integrales.

En el presente informe se detallan las condiciones socio-económicas de la zona en donde se ubica la UAM-I, las actividades realizadas durante el servicio social de forma numérica y gráfica, información de la población que tuvo acceso a él, el rango de edad, sexo y de qué manera se ve reflejado el beneficio que se la brinda a la comunidad universitaria.

Antecedentes históricos

Surge la Universidad Autónoma Metropolitana

La institución fue fundada en el año 1974. Según su Ley Orgánica esta universidad se creó, como un organismo descentralizado y autónomo y se le atribuye la facultad para realizar sus actividades de docencia, investigación y difusión de la cultura conforme a los principios de libertad de cátedra y de investigación (57).

La Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) surge en un momento crucial para el país, recogiendo los esfuerzos que a finales de los años sesenta y principios de los setenta se dieron en materia de organización de la educación, revisión de las currículas y de los métodos de enseñanza. Todo esto producto del movimiento estudiantil de 1968 y de los subsecuentes movimientos en favor de la educación y de reclamos de mejoras sociales. De forma concreta, es durante el sexenio de Luis Echeverría Álvarez cuando se llevan a cabo reformas a la Ley Federal de Educación y se crea la Ley Nacional para la Educación de los Adultos. Se organiza la educación superior en semestres y horarios establecidos, así como se determina valorar las asignaturas por medio de créditos. También se funda el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y los centros de investigación especializados fuera de las universidades (58).

En enero de 1974 se instala el Patronato y el Ingeniero Víctor Bravo Ahúja, secretario de Educación Pública, da posesión a los miembros de la Junta Directiva quienes nombran, como primer Rector General de la Universidad Autónoma Metropolitana, al Arquitecto Pedro Ramírez Vázquez, y para marzo del mismo año la Universidad alquila un edificio para sus oficinas administrativas (57). Los rasgos pretendidos de la nueva universidad eran los siguientes: que fuera pública, metropolitana, autónoma, innovadora en lo educativo y en lo organizacional. Su creación satisface dos impulsos principales: la demanda por escolaridad superior y el impulso de un sistema innovador y en constante transformación (58). Se establece una organización de unidades universitarias integradas por divisiones y departamentos académicos. Algunas de aspectos que se plantearon son: el sistema trimestral, pago de cuotas, apoyo financiero y se eliminó el requisito de examen profesional para la titulación a nivel licenciatura (57).

En el primer semestre del año, el Arquitecto Pedro Ramírez Vázquez concede un sin número de entrevistas con la prensa, y con ello mantiene informado al público en general sobre el desarrollo de la Universidad Autónoma Metropolitana. En junio, el Rector General convoca una conferencia de prensa con más de 35 medios informativos para presentar la estructura administrativa, académica y los funcionarios de esta Casa de Estudios (57).

La Universidad tiene conciencia de estar al servicio de la sociedad. Por ello orienta la enseñanza, la investigación y la difusión de la cultura a la solución de problemas que afecten amplios sectores de la población. Ofrece unir la preparación profesional con innovadoras formas de servicio social que ponga a los estudiantes en contacto con las necesidades nacionales, la transmisión, acrecentamiento, recreación y ampliación de la cultura y del saber científico, para ello mantiene en constante revisión planes de estudio, propone fórmulas nuevas de carreras tradicionales y ofrece carreras con distintas especialidades y orientaciones (57).

El 10 de enero de 1974 se designa como primer rector de la UAM al Arquitecto Pedro Ramírez Vázquez, quien concibe a la UAM distribuida en tres unidades, ubicando la investigación científica en la unidad Iztapalapa; a las carreras tradicionales como la ingeniería civil y la arquitectura en la unidad Azcapotzalco; y el área de la salud en la unidad Xochimilco. Para ello convocó a tres personalidades de la comunidad universitaria y científica del país, el 23 de enero de 1974 la junta directiva designa al Dr. Juan Casillas García de León como Rector de la unidad Azcapotzalco; al Dr. Alonso Fernández González para la unidad Iztapalapa (58).

El 19 de junio del mismo año, en conferencia de prensa, el Rector General Arquitecto Pedro Ramírez Vázquez da a conocer los nombres de los funcionarios académico-administrativos de la Universidad. El día anterior la Junta Directiva designa al Dr. Ramón Villarreal Pérez, Rector de la Unidad Xochimilco, por lo que en la conferencia de prensa no se da mayor información, sobre esta Unidad (57). Cada uno de ellos con una trayectoria importante en el ámbito científico nacional e internacional. Se puede afirmar que la UAM es una universidad que rompe con el esquema tradicional universitario y se ubica dentro de la transición del sistema educativo superior de lo tradicional a lo moderno. Dando forma al mercado académico y un perfil específico a cada profesión (58).

El 26 de abril del 2005, el Colegio Académico aprobó por unanimidad la creación de la Unidad Cuajimalpa. La Junta Directiva designa a la Mtra. Magdalena Fresán Orozco como su Rectora fundadora. El 13 de mayo de 2009, el Colegio Académico aprobó la creación de la Unidad Lerma. Para octubre del mismo año la Junta Directiva designa al Dr. José Francisco Flores Pedroche como Rector fundador (57).

Construcción de la UAM Iztapalapa

La unidad Iztapalapa fue la primera en iniciar los trabajos de construcción de edificios e instalaciones, hoy por hoy se considera la unidad más completa, de acuerdo al diseño original de la misma, que, a pesar de haberse modificado, ha conseguido adaptarse a las necesidades cambiantes de los nuevos acontecimientos científicos, sociales y culturales. Se seleccionó un predio de 177,955 metros cuadrados al oriente del Distrito Federal, en la delegación Iztapalapa para iniciar los trabajos. Este lugar resultaba idóneo por su creciente urbanización y por el asentamiento de pequeñas y medianas empresas (58).

El diseño, muestra edificios independientes en forma de prismas rectangulares comunicados por medio de andadores y áreas verdes, a diferencia de las unidades de Azcapotzalco y Xochimilco, donde los edificios están comunicados entre sí (58).

Su construcción se planeó en seis etapas, ejecutadas las cuatro primeras entre 1973 y 1976. Durante la primera y segunda etapa 1973-74, se construyó el edificio de Aulas 1 (ahora edificio "D"), con 4,941 metros cuadrados; el edificio de Aulas 2 (ahora edificio "C") con 4,368 metros cuadrados; el edificio de Oficinas Administrativas (ahora edificio "A") con 3,639 metros cuadrados. Cerca del Edificio "A" se construyeron los edificios de Laboratorios Ligeros 1 (ahora edificio "R") con 5,844 metros cuadrados; edificio de baños, vestidores, squash y cafetería, con 5,299 metros cuadrados. Contabilizando la urbanización requerida, dan como resultado un total de 24,091 metros cuadrados (58).

En la tercera etapa, ejecutada en 1975, se construye el edificio para cubículos de profesores (ahora edificio "H") con 4,776 metros cuadrados; así como la urbanización correspondiente. La cuarta etapa realizada en 1976 incluye el edificio de Laboratorios Ligeros II (ahora edificio "S") con 9,148 metros cuadrados; el edificio de Servicios, Operación y Mantenimiento (ahora edificio "Q") con 2,324 metros cuadrados. Dando un total de 11,472 metros cuadrados (58).

En la fase inicial de la unidad se contó con un total de 47 aulas, 173 laboratorios, cuatro talleres y 757 anexos. Fue la primera unidad en contar con una distribución más equitativa de los servicios y las instalaciones (58).

En 1982 se consolida la planta física de la unidad al construirse las plantas piloto 1, 2 y 4 y el edificio de laboratorios "T"; el edificio "B" el cual contiene en su planta baja las oficinas de Sistemas Escolares y el Teatro del Fuego Nuevo; la biblioteca, los edificios "O" y "U" así como la Sala Cuicacalli. Este incremento del área de construcción fue de aproximadamente 29,000 metros cuadrados. Un aumento del 72% respecto del área original (58).

Durante los ochenta disminuyó el ritmo de construcción y sólo se construyó un edificio de aulas y servicios audiovisuales. Sin embargo, en la década de los noventa hay un importante repunte en la construcción de espacios, se construyen los anexos de los edificios "T" y "S" con 5,313 y 3,039 metros cuadrados, respectivamente. El anexo del edificio "H" y el edificio "F", que aunados al edificio "H", representan un total de 9,305 metros cuadrados de cubículos y aulas (58).

En el edificio "I" se ubica la computadora principal del plantel; así como el edificio de Ciencia y Tecnología Ambiental (edificio W), éste último diseñado y construido por la UAM, el cual da cabida al Centro Nacional de Investigación y Capacitación Ambiental, son las construcciones más recientes, las cuales se suman a la importante infraestructura con la que cuenta la UAM Iztapalapa (58).

La superficie construida es de alrededor de 100,000 metros cuadrados, ocupados por 30 edificios repartidos en la unidad. Se proyecta una mayor expansión al ser entregado en el mes de junio de 2003 el predio denominado "El Gallito", el cual suma 40,000 metros cuadrados más al complejo de la UAM Iztapalapa (58).

La UAM Iztapalapa abre sus puertas

La Unidad Iztapalapa inicia formalmente actividades el 30 de septiembre de 1974, bajo la rectoría del Dr. Alonso Fernández González. En julio de ese año se designa como primer director de la División de Ciencias Básicas e Ingeniería al Dr. Carlos Graef Fernández, quien obtuvo el doctorado en el prestigiado MIT (Massachusetts Institute of Technology), Premio Nacional en Ciencias, ex director del Instituto de Física de la UNAM, así como catedrático invitado en Harvard, entre las distinciones importantes (58).

En la División de Ciencias Sociales y Humanidades se designa como director al Dr. Luis Villoro Toranzo el 16 de junio de 1974; médico de la UNAM y reconocido científico a nivel nacional e internacional. El mismo día, 16 de junio, se nombra director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud al Dr. Carlos Beyer Flores, también reconocido como un eminente investigador. La Secretaría de Unidad la ocupó el Físico Sergio Reyes Luján, quien fungía como director del Centro de Instrumentos de la UNAM, tomando posesión el 1 de marzo de 1974 (58).

Hechos relevantes de la UAM Iztapalapa

La Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) es una Institución mexicana de educación superior, fundada en 1974 por decreto del presidente Luis Echeverría. El emblema institucional de la UAM fue diseñado en 1974 por el destacado Arquitecto mexicano Pedro Ramírez Vázquez y el lema "Casa abierta al tiempo", fue propuesto por el Nahuatlista e Historiador Miguel León Portilla (58).

El 30 de septiembre de 1974 se inician actividades docentes en la unidad Iztapalapa.

El 9 de diciembre de 1974 se instala la primera sesión del Consejo Académico en la unidad Iztapalapa.

Mayo de 1980 se crea la Coordinación de Extensión Universitaria en la unidad Iztapalapa.

Junio del 2003 se entrega a la UAM Iztapalapa el predio denominado "El Gallito", con lo que la superficie de la unidad se incrementa en 40,000 metros cuadrados (58).

Ubicación de la UAM Iztapalapa

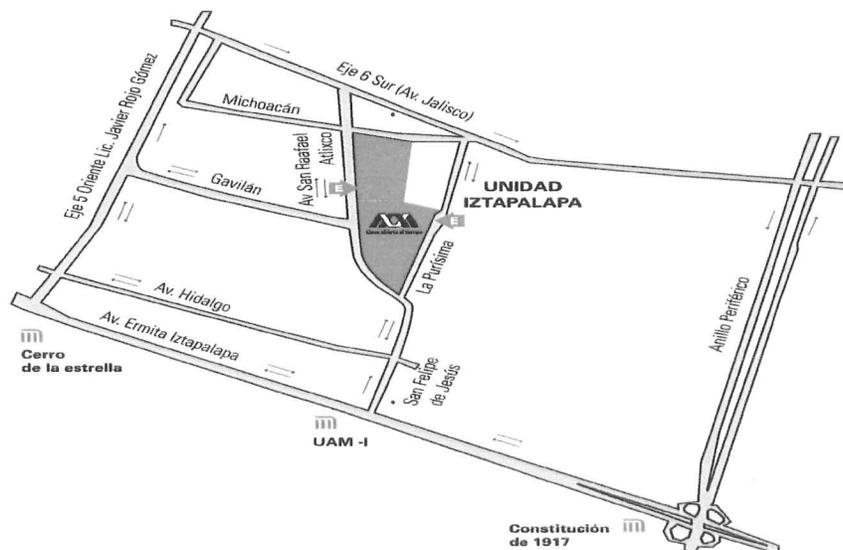
La zona que se encuentra en la periferia de la UAM Iztapalapa es una zona urbanizada que cuenta con todos los servicios (agua, luz, drenaje) y además de contar con vías de acceso, transporte y comunicación (58).

Dirección: Avenida San Rafael Atlixco No. 186, Colonia: Vicentina, C.P.09340 Alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México. Teléfono: 01 (55) 5804-4600 Fax: 5683-1861 ext. 3322 (59).

A la Unidad Iztapalapa de la UAM se puede acceder por:

- Sistema metropolitano (metro) ya que la estación UAM-I está muy cerca de la Unidad.
- Circulando por el Eje 6 Sur y, al atravesar la Avenida Javier Rojo Gómez, dar vuelta a la derecha al segundo semáforo para llegar a la Avenida San Rafael Atlixco.
- Circulando por la Avenida Javier Rojo Gómez y, al primer semáforo al cruzar el Eje 6 Sur, dar vuelta a la izquierda en la calle de Gavilán.
- De diferentes estaciones del metro, tales como Coyoacán y Pantitlán, hay terminales de microbuses que llegan a la Unidad (59).

Ubicación de la Unidad Iztapalapa



Laboratorios de Diseño y Comprobación

En enero de 1976 se realiza el proyecto de los Laboratorios de Diseño y Comprobación (L.D.C.) de Sistemas Estomatológicos, el primero de marzo de 1976 iniciaron actividades las Clínicas Estomatológicas de Tláhuac y Pirules de Ciudad Nezahualcóyotl y el 26 de octubre de 1977 lo hicieron los L.D.C. de San Lorenzo Atemoaya y San Juan Tepepan (60).

Los Laboratorios de Diseño y Comprobación son espacios universitarios donde los alumnos integran, aplican y comprueban los conocimientos teóricos recibidos en el aula, confirmando los objetivos de aprendizaje de los módulos de la Licenciatura en Estomatología (60).

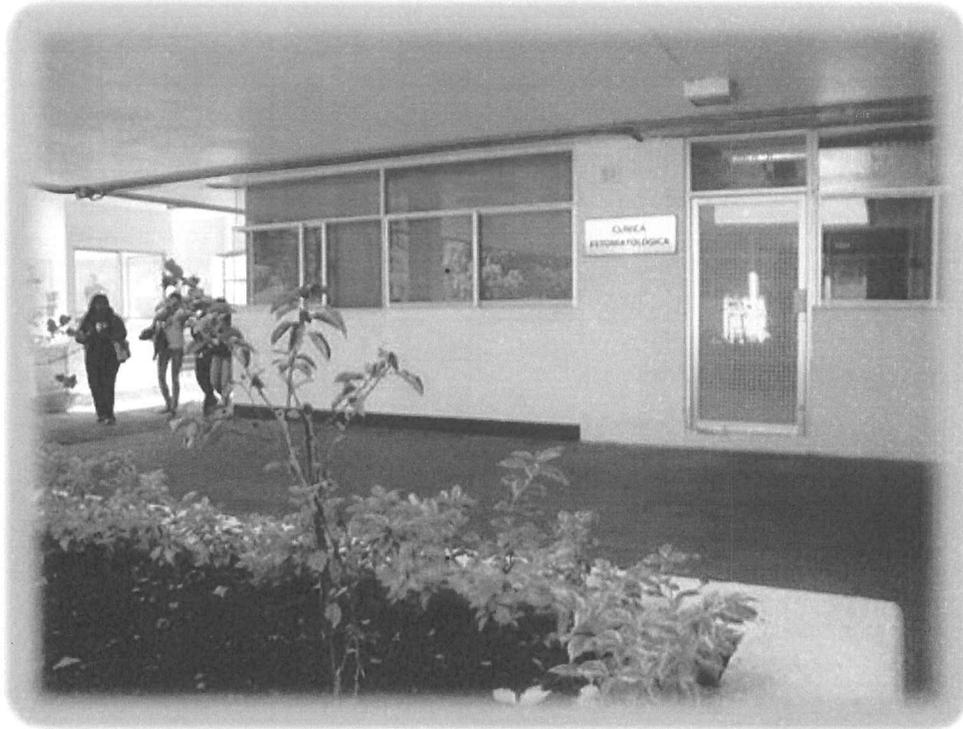
En estos ámbitos se vinculan los ejes fundamentales de la universidad: la docencia, el servicio y la investigación, ya que en ellos se desarrollan habilidades y destrezas en la atención a las enfermedades bucodentales y acciones de servicio para las comunidades que residen en sus áreas de influencia, utilizando la investigación para abordar y resolver los problemas odontológicos de la población (60).

La Licenciatura de Estomatología de la UAM Xochimilco cuenta con cuatro laboratorios de diseño y comprobación que dependen directamente de la división de ciencias biológicas y de la salud (CBS) los cuales operan en turnos matutino y vespertino exceptuando el L.C.D. de Nezahualcóyotl, que solo tiene el turno matutino (60).

1. L.D.C. Dr. Rafael Lozano Orozco. Situado en San Juan Tepepan, Alcandía Xochimilco.
2. L.D.C. de San Lorenzo Atemoaya. Localizado en San Lorenzo Atemoaya, Alcandía Xochimilco.
3. L.D.C. de Tláhuac. Ubicado en Tláhuac, Alcandía Tláhuac.
4. L.D.C. de Nezahualcóyotl. Situado en el Municipio de Nezahualcóyotl, estado de México.

En la UAM Iztapalapa se encuentra la quinta clínica Estomatológica (L.D.C.) y sigue el modelo de atención de las clínicas antes mencionadas, pero a diferencia de las otras esta clínica brinda atención a alumnos y trabajadores de la UAM Iztapalapa (60).

Clínica Estomatológica UAM Iztapalapa (L.D.C.)



El 09 de marzo del 2005 fue inaugurada la Clínica Estomatológica de la UAM Iztapalapa, con la presencia del rector de la unidad Xochimilco, indico que fue la suma de esfuerzos los que hicieron posible crear la nueva clínica y que esta será un espacio que brindará atención de primer nivel y de calidad en el campo Estomatológico (58).

Esta clínica cuenta con los insumos y recursos necesarios y está diseñada para ofrecer un servicio de calidad dirigido a toda la comunidad universitaria, con especial énfasis en los estudiantes, las instalaciones cuentan con equipo moderno y funcional, por lo cual está capacitada para resolver los padecimientos bucodentales de la población (58).

La atención de urgencia es para los trabajadores y alumnos que se presenten con dolor, inflamación, fractura o alguna situación que requiera atención inmediata, en este caso se realiza una ficha de urgencia tomando datos importantes sobre la salud del paciente y enseguida se resuelve la situación del paciente con una curación provisional o según sea el caso. Para los alumnos existe también la atención de Historia Clínica, se tiene que cubrir una serie de requisitos y

posteriormente son candidatos para recibir la atención integral, en tal caso se realiza la rehabilitación de toda la cavidad bucal colocando las restauraciones y realizando el tratamiento que sea necesario en cada caso en particular (58).

El servicio es realizado por pasantes de la licenciatura en Estomatología de la Unidad Xochimilco, quienes son guiadas y supervisadas por el jefe de servicio de la Clínica Estomatológica de la UAM Iztapalapa y a cada pasante le corresponden pacientes tanto de historia clínica como de urgencia, a los que generalmente se les realizan las siguientes actividades (60).

- Actividades de diagnóstico: Historia Clínica.
- Actividades Preventivas: Control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, profilaxis.
- Actividades restaurativas: Amalgama y resina.
- Actividades quirúrgicas: Extracción y Cirugía.
- Actividades de Endodoncia: pulpotomía y pulpectomía.
- Actividades de Periodoncia: Curetaje cerrado.
- Actividades de Prótesis: Incrustación y coronas de porcelana.
- Actividades de Urgencia: Obturaciones provisionales, eliminación de caries.
- Farmacoterapia: A pacientes que se presentan con dolor, inflamación o fracturas dentales.

Los principales objetivos de la clínica son prevención, curación y rehabilitación del paciente estas actividades se realizan con dedicación y nos brinda satisfacción y orgullo el poder realizar esta labor en esta nuestra casa la UAM Iztapalapa; cada una de las actividades que realizamos nos ayuda a reforzar nuestra práctica profesional. El horario de atención en la clínica es de lunes a viernes de 9:00 am a 3:00 pm de lunes a viernes (60).

Servicio Estomatológico de la UAM Iztapalapa

Las instalaciones designadas para este fin se encuentran dentro de la universidad, edificio M planta baja, cuenta con dos unidades dentales adecuadas en perfecto funcionamiento, una autoclave adecuada para brindar calidad en el esterilizado del instrumental, un aparato de rayos x; el cual nos es de valiosa ayuda para el diagnóstico en los tratamientos adecuado a cada caso clínico; de tal manera que la clínica equipada con todo lo necesario para su óptimo funcionamiento.

Los materiales, así como el instrumental que se utiliza para la atención que se brinda a la comunidad estudiantil y a los trabajadores de la universidad son de la mejor calidad y son manejados adecuadamente por el personal del L.D.C.-Iztapalapa.

La atención que se brinda en L.D.C.-Iztapalapa es básicamente de dos tipos:

- Urgencia
- Historia clínica

La atención de urgencia se brinda a alumnos con matrícula vigente y trabajadores de la universidad que presenten: inflamación, dolor, absceso, fracturas; en el caso de la atención de urgencia se atiende en el momento en que se solicite, previa autorización del responsable.

La atención de Historia Clínica consiste en atender de manera integral las necesidades bucales del paciente, se maneja con lista de espera, en la cual los alumnos interesados en la atención se inscriben y pasan lista cada ocho días así van formando un récord, cuando hay alguna vacante aquellos que fueron constantes con base al récord se les da paso para la atención, se le asigna un pasante el cual se encargara de rehabilitarlo de manera integral, dándole citas en un horario que no interfiera con sus actividades académicas y también en un horario adecuado para el L.D.C.-Iztapalapa.

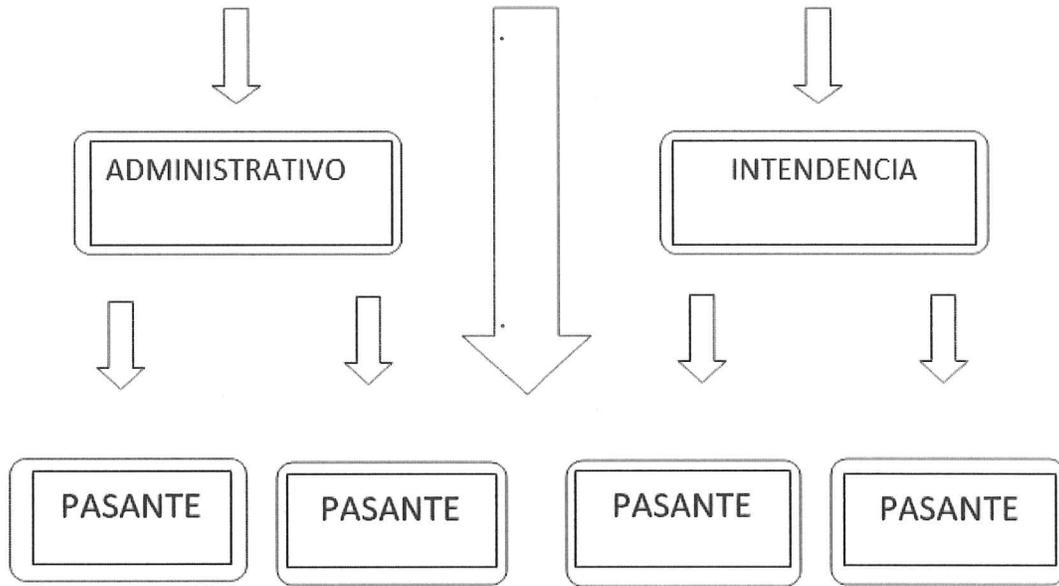
Dentro del L.D.C.-Iztapalapa se desempeñan actividades tales como: diagnóstico, prevención, actividades intermedias, curaciones, restauraciones, protésicas y quirúrgicas, los costos son representativos; la finalidad de la clínica es dar atención de calidad a la comunidad universitaria a un costo realmente bajo.

Organigrama L.D.C. UAM Iztapalapa

El LDC-Iztapalapa está conformado por el Jefe de Servicio, Asistente Administrativo, Intendencia y cuatro pasantes.

Se muestra la manera en que se distribuye la clínica estomatológica.

JEFE DE SERVICIO DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA
LDC- IZTAPALAPA



CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Durante el periodo de servicio social que comprende de septiembre de 2005 a julio de 2006, la clínica de la UAM-Iztapalapa brindó atención a la población universitaria, gracias a los recursos y apoyo que la universidad aporta.

El L.D.C.-Iztapalapa es una clínica para la atención de la comunidad universitaria, cuenta con dos unidades dentales, material e instrumental necesario para la adecuada atención de los pacientes.

En el L.D.C.-Iztapalapa se realizan múltiples actividades las cuales son supervisadas, autorizadas y asesoradas por el jefe de Servicio Social se realizan actividades tales como:

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica
- Actualización

FOMENTO A LA SALUD

- Pláticas realizadas en la UAM-I

PREVENTIVAS

- Control de placa dentobacteriana
- Técnica de cepillado y uso de hilo dental

INTERMEDIAS

- Asistencias
- Emergencias
- Instrumentación
- Dique de hule
- Preparación para corona
- Preparación para incrustación
- Toma de impresión parcial
- Toma de impresión total
- Reconstrucción de O.D.
- Farmacoterapia
- Toma de Rx
- Obturación temporal o curación
- Revisión

CURATIVAS

- Profilaxis
- Odontoxesis
- Curetaje
- Resina
- Amalgama
- No de conductos obturados
- Exodoncia
- Recubrimiento pulpar
- Pulpotomía

REHABILITACIÓN

- Incrustación
- Corona
- Prótesis parcial removible
- Cirugía

ALTAS

- Prevención
- Operatoria
- Integral

Se atiende de manera integral a pacientes con historia clínica, de igual manera a los pacientes que anteriormente fueron atendidos y requieren actualizar su historia clínica, también se les da seguimiento atendiéndolos de manera integral. Se brinda atención de urgencia a los pacientes que así lo requieren.

Durante el servicio social el pasante pone en práctica sus conocimientos y habilidades de esta manera logra transmitir al paciente confianza esto es de vital importancia, siempre tener toda la disposición para brindar la mejor atención al paciente.

Concentrado anual de actividades septiembre 2005 a julio 2006

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
➤ Historia clínica	12	1.45
➤ Actualización	2	0.24
FOMENTO A LA SALUD		
➤ Platicas realizadas en la UAM-I	4	0.48
PREVENTIVAS		
➤ Control de placa dentobacteriana	26	3.14
➤ Técnica de cepillado y uso de hilo dental	26	3.14
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	79	9.56
➤ Emergencias	81	9.80
➤ Instrumentación	28	3.39
➤ Dique de hule	50	6.05
➤ Preparación para incrustación	16	1.93
➤ Toma de impresión parcial	16	1.93
➤ Toma de impresión total	3	0.36
➤ Reconstrucción de O.D.	13	1.57
➤ Farmacoterapia	35	4.23
➤ Toma de Rx	81	9.80
➤ Obturación temporal o curación	70	8.47
➤ Revisión	33	4.00
CURATIVAS		
➤ Profilaxis	7	0.84
➤ Odontoxesis	12	1.44
➤ Curetaje	5	0.60
➤ Resina	85	10.24
➤ Amalgama	50	6.02
➤ No de conductos obturados	17	2.05
➤ Exodoncia	10	1.20
➤ Recubrimiento pulpar	3	0.36
➤ Pulpotomía	13	1.56
REHABILITACIÓN		
➤ Incrustación	19	2.29
➤ Corona	1	0.12
➤ Prótesis parcial removible	4	0.48
➤ Cirugía	1	0.12
ALTAS		
➤ Prevención	5	0.60
➤ Operatoria	5	0.60
➤ Integral	5	0.60
OTRAS		
➤ Diferentes actividades	9	1.08
TOTAL	826	100

Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Actividades mensuales

Actividades realizadas durante el mes de septiembre 2005

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
➤ Historia clínica	3	4.76
➤ Actualización	1	1.59
PREVENTIVAS		
➤ Control de placa dentobacteriana	4	6.35
➤ Técnica de cepillado y uso de hilo dental	4	6.35
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	2	3.17
➤ Emergencias	6	9.52
➤ Instrumentación	3	4.76
➤ Dique de hule	5	7.93
➤ Preparación para incrustación	1	1.59
➤ Toma de impresión parcial	1	1.59
➤ Reconstrucción de O.D.	1	1.59
➤ Farmacoterapia	3	4.76
➤ Toma de Rx	6	9.52
➤ Obturación temporal o curación	2	3.17
CURATIVAS		
➤ Odontoxesis	1	1.59
➤ Curetaje	1	1.59
➤ Resina	8	12.70
➤ Amalgama	6	9.52
➤ No de conductos obturados	3	4.76
➤ Recubrimiento pulpar	2	3.17
TOTAL	63	100

Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Actividades realizadas durante el mes de octubre 2005

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
➤ Historia clínica	1	1.31
➤ Actualización	1	1.31
PREVENTIVAS		
➤ Control de placa dentobacteriana	3	3.94
➤ Técnica de cepillado y uso de hilo dental	3	3.94
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	4	5.26
➤ Emergencias	13	17.10
➤ Instrumentación	2	2.63
➤ Dique de hule	8	10.52
➤ Preparación para incrustación	1	1.31
➤ Toma de impresión parcial	1	1.31
➤ Reconstrucción de O.D.	2	2.63
➤ Farmacoterapia	3	3.94
➤ Toma de Rx	5	6.57
➤ Obturación temporal o curación	2	2.63
➤ Revisión	3	3.94
CURATIVAS		
➤ Profilaxis	1	1.31
➤ Odontoxesis	1	1.31
➤ Resina	10	13.15
➤ Amalgama	2	2.63
➤ No de conductos obturados	3	3.94
➤ Exodoncia	1	1.31
➤ Recubrimiento pulpar	1	1.31
➤ Pulpotomía	1	1.31
REHABILITACIÓN		
➤ Incrustación	2	2.63
OTRAS		
➤ Asistencia al congreso UAM-X (20 y 21 de octubre)	2	2.63
TOTAL	76	100

Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Actividades realizadas durante el mes de noviembre 2005

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
➤ Historia clínica	1	1.92
FOMENTO A LA SALUD		
➤ Platicas realizadas en la UAM-I	2	3.84
PREVENTIVAS		
➤ Control de placa dentobacteriana	1	1.92
➤ Técnica de cepillado y uso de hilo dental	1	1.92
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	9	17.30
➤ Emergencias	6	11.53
➤ Instrumentación	1	1.92
➤ Dique de hule	5	9.61
➤ Toma de impresión parcial	1	1.92
➤ Farmacoterapia	1	1.92
➤ Toma de Rx	6	11.53
➤ Obturación temporal o curación	5	9.61
➤ Revisión	1	1.92
CURATIVAS		
➤ Profilaxis	1	1.92
➤ Odontoxesis	2	3.84
➤ Curetaje	1	1.92
➤ Resina	3	5.77
➤ Amalgama	3	5.77
➤ Exodoncia	1	1.92
REHABILITACIÓN		
➤ Incrustación	1	1.92
TOTAL	52	100

Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Actividades realizadas durante el mes de diciembre 2005

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
PREVENTIVAS		
➤ Control de placa dentobacteriana	3	6.12
➤ Técnica de cepillado y uso de hilo dental	3	6.12
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	5	10.20
➤ Emergencias	6	12.24
➤ Dique de hule	4	8.16
➤ Reconstrucción de O.D.	1	2.04
➤ Farmacoterapia	1	2.04
➤ Toma de Rx	1	2.04
➤ Obturación temporal o curación	8	16.32
➤ Revisión	3	6.12
CURATIVAS		
➤ Profilaxis	2	4.08
➤ Resina	4	8.16
➤ Amalgama	3	6.12
➤ No de conductos obturados	0	0
➤ Exodoncia	1	2.04
REHABILITACIÓN		
➤ Prótesis parcial removible	1	2.04
ALTAS		
➤ Prevención	1	2.04
➤ Operatoria	1	2.04
➤ Integral	1	2.04
TOTAL	49	100

Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Actividades realizadas durante el mes de enero 2006

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
➤ Historia clínica	1	0.85
FOMENTO A LA SALUD		
➤ Platicas realizadas en la UAM-I	2	1.71
PREVENTIVAS		
➤ Control de placa dentobacteriana	4	3.42
➤ Técnica de cepillado y uso de hilo dental	4	3.42
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	11	9.40
➤ Emergencias	21	17.95
➤ Instrumentación	3	2.56
➤ Dique de hule	1	0.85
➤ Preparación para incrustación	4	3.42
➤ Toma de impresión parcial	4	3.42
➤ Toma de impresión total	2	1.71
➤ Reconstrucción de O.D.	2	1.71
➤ Farmacoterapia	5	4.27
➤ Toma de Rx	16	13.67
➤ Obturación temporal o curación.	14	11.96
➤ Revisión	5	4.27
CURATIVAS		
➤ Odontoxesis	1	0.85
➤ Curetaje	1	0.85
➤ Resina	2	1.71
➤ Amalgama	1	0.85
➤ No de conductos obturados	2	1.71
➤ Exodoncia	0	0
➤ Recubrimiento pulpar	0	0
➤ Pulpotomía	5	4.27
REHABILITACIÓN		
➤ Incrustación	2	1.71
ALTAS		
➤ Prevención	1	0.85
➤ Operatoria	1	0.85
➤ Integral	1	0.85
OTRAS		
➤ Elaboración de provisional de acrílico	1	0.85
TOTAL	117	100

Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Actividades realizadas durante el mes de febrero 2006

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
➤ Historia clínica	1	1.31
PREVENTIVAS		
➤ Control de placa dentobacteriana	2	2.63
➤ Técnica de cepillado y uso de hilo dental	2	2.63
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	9	11.84
➤ Emergencias	9	11.84
➤ Instrumentación	4	5.26
➤ Dique de hule	6	7.89
➤ Farmacoterapia	5	6.58
➤ Toma de Rx	6	7.89
➤ Obturación temporal o curación	2	2.63
➤ Revisión	4	5.26
CURATIVAS		
➤ Odontoxesis	1	1.31
➤ Resina	13	17.10
➤ Amalgama	6	7.89
➤ Exodoncia	2	2.63
REHABILITACIÓN		
➤ Incrustación	1	1.31
➤ Corona	1	1.31
OTRAS		
➤ Drenado de absceso apical agudo	1	1.31
➤ Retiro de puntos de sutura	1	1.31
TOTAL	76	100

Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Actividades realizadas durante el mes de marzo 2006

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
➤ Historia clínica	2	1.85
PREVENTIVAS		
➤ Control de placa dentobacteriana	1	0.92
➤ Técnica de cepillado y uso de hilo dental	1	0.92
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	13	12.03
➤ Emergencias	7	6.48
➤ Instrumentación	2	1.85
➤ Dique de hule	7	6.48
➤ Reconstrucción de O.D.	1	0.92
➤ Farmacoterapia	5	4.63
➤ Toma de Rx	13	12.03
➤ Obturación temporal o curación	9	8.33
➤ Revisión	8	7.40
CURATIVAS		
➤ Profilaxis	1	0.92
➤ Odontoxesis	1	0.92
➤ Resina	19	17.60
➤ Amalgama	7	6.48
➤ No de conductos obturados	2	1.85
➤ Pulpotomía	4	3.70
REHABILITACIÓN		
➤ Incrustación	1	0.92
➤ Cirugía	1	0.92
ALTAS		
➤ Prevención	1	0.92
➤ Operatoria	1	0.92
➤ Integral	1	0.92
TOTAL	108	100

Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Actividades realizadas durante el mes de abril 2006

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
➤ Historia clínica	3	8.57
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	6	17.14
➤ Emergencias	3	8.57
➤ Instrumentación	2	5.71
➤ Dique de hule	1	2.85
➤ Reconstrucción de O.D.	1	2.85
➤ Farmacoterapia	3	8.57
➤ Toma de Rx	4	11.43
➤ Obturación temporal o curación	3	8.57
➤ Revisión	3	8.57
CURATIVAS		
➤ Curetaje	1	2.85
➤ No de conductos obturados	1	2.85
➤ Exodoncia	1	2.85
➤ Pulpotomía	1	2.85
REHABILITACIÓN		
➤ Incrustación	1	2.85
OTRAS		
➤ Curso incrustaciones de artglass UAM-X	1	2.85
TOTAL	35	100

Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Actividades realizadas durante el mes de mayo 2006

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
PREVENTIVAS		
➤ Control de placa dentobacteriana	6	6.89
➤ Técnica de cepillado y uso de hilo dental	6	6.89
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	10	11.49
➤ Emergencias	2	2.30
➤ Instrumentación	3	3.45
➤ Dique de hule	6	6.89
➤ Preparación para incrustación	5	5.74
➤ Toma de impresión parcial	5	5.74
➤ Farmacoterapia	1	1.14
➤ Toma de Rx	1	1.14
➤ Obturación temporal o curación	11	12.64
➤ Revisión	3	3.45
CURATIVAS		
➤ Profilaxis	1	1.14
➤ Odontoxesis	1	1.14
➤ Resina	16	18.39
➤ Amalgama	8	9.19
REHABILITACIÓN		
➤ Incrustación	1	1.14
OTRAS		
➤ Retiro de puntos de sutura	1	1.14
TOTAL	87	100

Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Actividades realizadas durante el mes de junio 2006

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
PREVENTIVAS		
➤ Control de placa dentobacteriana	1	1.22
➤ Técnica de cepillado y uso de hilo dental	1	1.22
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	8	9.75
➤ Emergencias	5	6.09
➤ Instrumentación	7	8.53
➤ Dique de hule	2	2.44
➤ Preparación para incrustación	2	2.44
➤ Toma de impresión parcial	2	2.44
➤ Reconstrucción de O.D.	2	2.44
➤ Farmacoterapia	4	4.88
➤ Toma de Rx	15	18.29
➤ Obturación temporal o curación	7	8.53
➤ Revisión	2	2.44
CURATIVAS		
➤ Odontoxesis	3	3.66
➤ Resina	4	4.88
➤ Amalgama	5	6.09
➤ No de conductos obturados	3	3.66
➤ Exodoncia	1	1.22
➤ Pulpotomía	2	2.44
REHABILITACIÓN		
➤ Incrustación	5	6.09
➤ Prótesis parcial removible	1	1.22
TOTAL	82	100

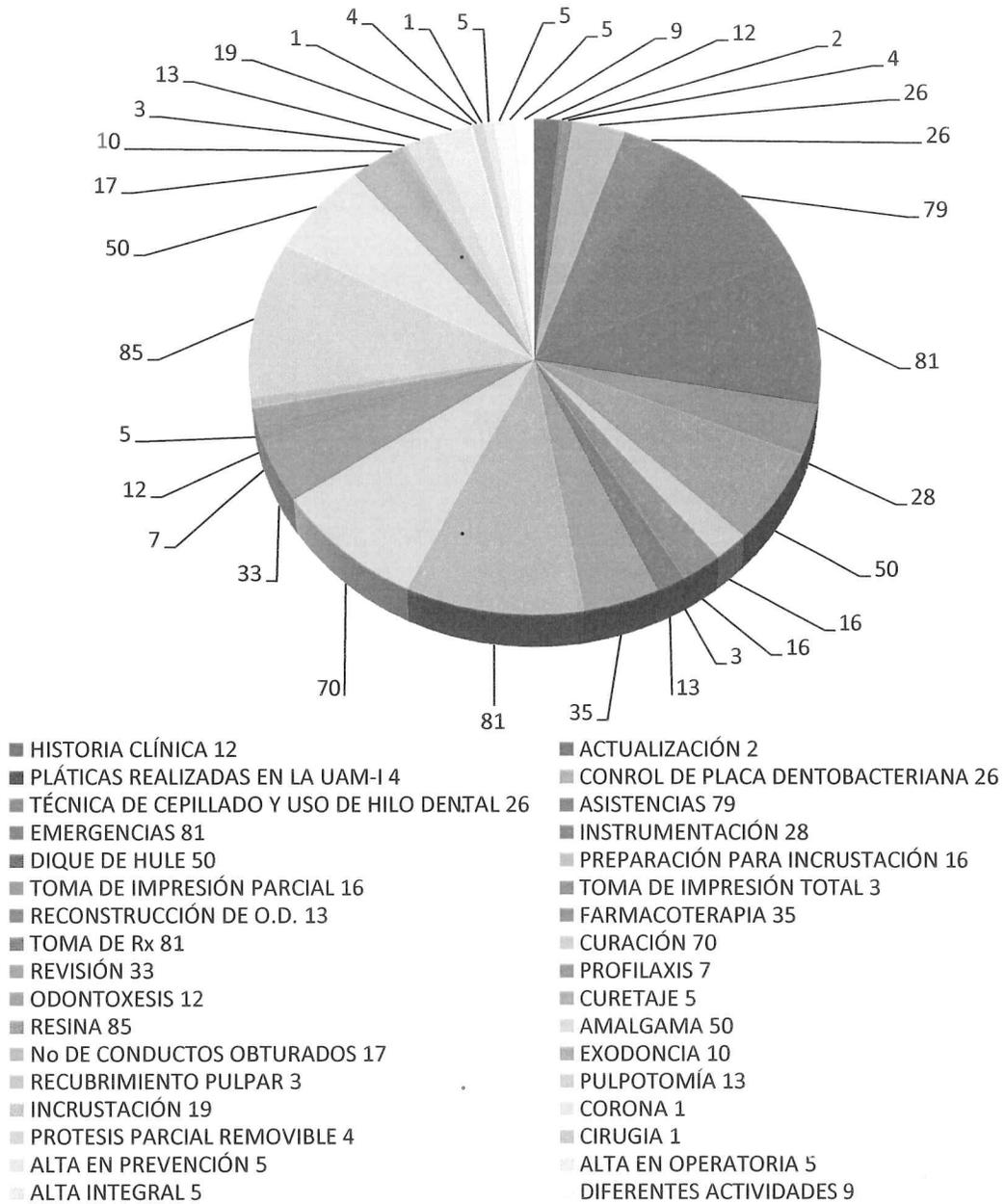
Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Actividades realizadas durante el mes de julio 2006

ACTIVIDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
PREVENTIVAS		
➤ Control de placa dentobacteriana	1	1.23
➤ Técnica de cepillado y uso de hilo dental	1	1.23
INTERMEDIAS		
➤ Asistencias	2	2.47
➤ Emergencias	3	3.70
➤ Instrumentación	1	1.23
➤ Dique de hule	5	6.17
➤ Preparación para incrustación	3	3.70
➤ Toma de impresión parcial	2	2.47
➤ Toma de impresión total	1	1.23
➤ Reconstrucción de O.D.	3	3.70
➤ Farmacoterapia	4	4.94
➤ Toma de Rx	8	9.87
➤ Obturación temporal o curación	7	8.64
➤ Revisión	1	1.23
CURATIVAS		
➤ Profilaxis	1	1.23
➤ Odontoxesis	1	1.23
➤ Curetaje	1	1.23
➤ Resina	6	7.40
➤ Amalgama	9	11.11
➤ No de conductos obturados	3	3.70
➤ Exodoncia	3	3.70
REHABILITACIÓN		
➤ Incrustación	5	6.17
➤ Prótesis parcial removible	2	2.46
ALTAS		
➤ Prevención	2	2.47
➤ Operatoria	2	2.47
➤ Integral	2	2.47
OTRAS		
➤ Retiro de puntos de sutura	1	1.23
➤ Colocación de guarda oclusal	1	1.23
TOTAL	81	100

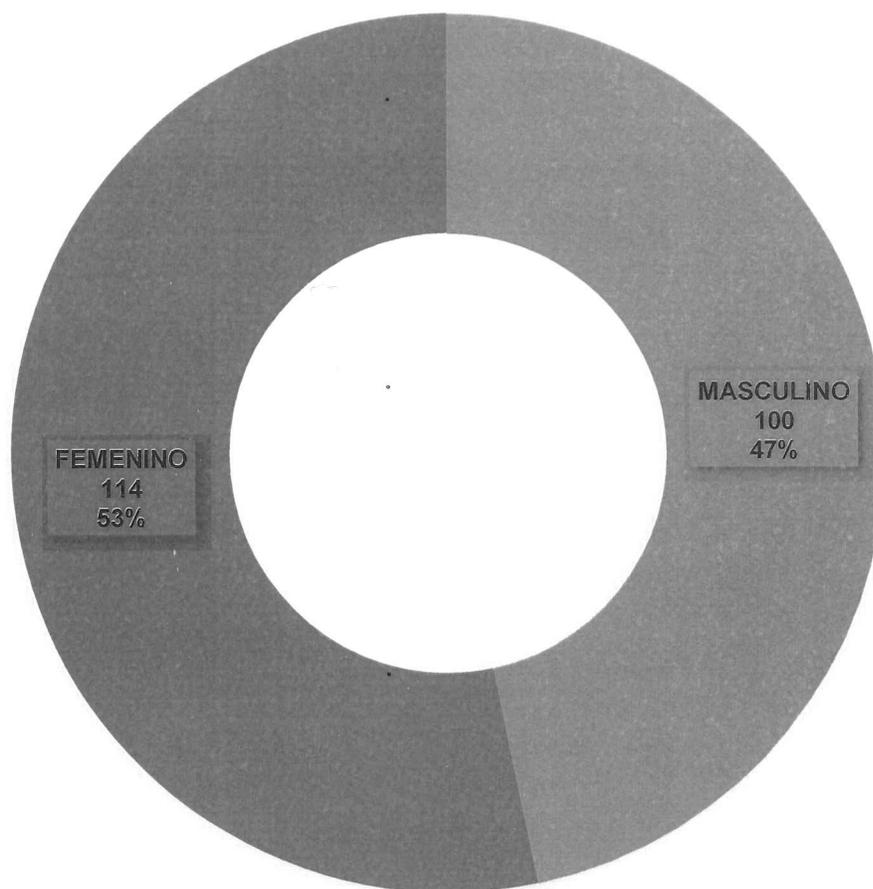
Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Gráfica 1. Concentrado anual de actividades septiembre 2005 a julio 2006.



Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

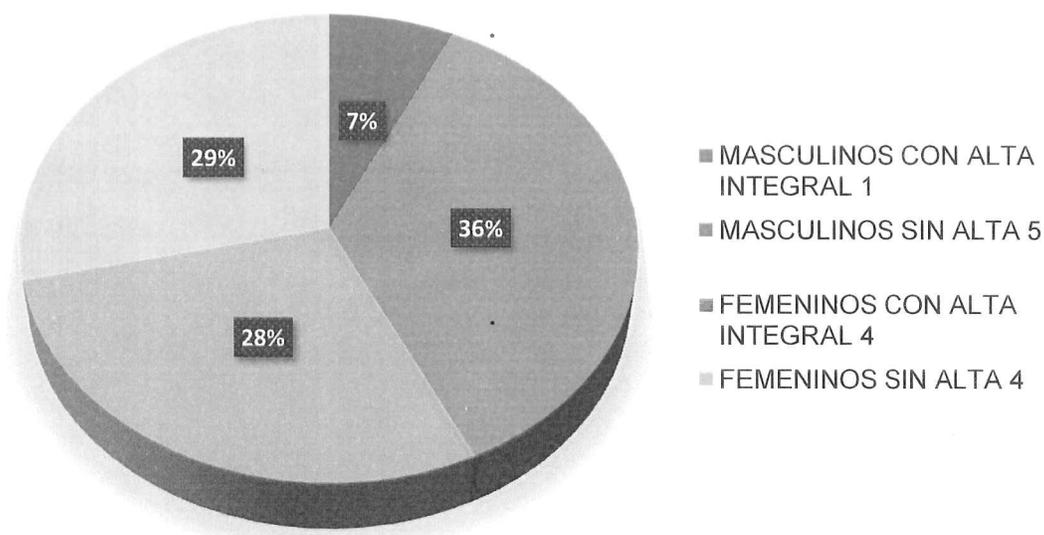
Gráfica 2. Pacientes atendidos en total



Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

NOMBRE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
ADULTO	100	46.73	114	53.27	214	100
TOTAL	100	46.73	114	53.27	214	100

Gráfica 3. Pacientes con historia clínica



Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

Los pacientes a los cuales se les realizó historia clínica en total fueron catorce. Doce pacientes de historia clínica y se realizaron dos actualizaciones de historia de los cuales:

Total de pacientes masculinos seis; Un paciente fue dado de alta integral (prevención y operatoria) y sin alta fueron cinco pacientes.

Total de pacientes femeninos ocho; Cuatro pacientes fueron dados de alta integral (prevención y operatoria) y sin alta fueron cuatro pacientes.

Distribución de pacientes dados de alta durante el periodo septiembre 2005 a julio 2006

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
ALTA INTEGRAL	1	7.14	4	28.57	5	35.71
SIN ALTA	5	35.71	4	28.57	9	64.28
TOTAL	6	42.85	8	57.14	14	100

Fuente: Base de datos Clínica (L.D.C.) UAM – Iztapalapa

CAPÍTULO V: ANALISIS DE LA INFORMACION

En cuanto a las actividades realizadas en este periodo es importante mencionar que de manera personal los resultados obtenidos son satisfactorios ya que se brindó atención adecuada y oportuna a cada uno de los pacientes que acudieron a la clínica para realizar un trabajo con calidad y precisión.

El L.D.C. UAM Iztapalapa cuenta con las instalaciones óptimas y el material de la mejor calidad de tal manera que es una gran aportación e incentivo por parte de la universidad para que realicemos tratamientos dentales de máxima calidad.

La población atendida se ubica en la UAM Iztapalapa de esta manera en cuestión de género y edad corresponde a la comunidad universitaria. En cuanto al género de la población atendida hay un equilibrio de tal manera que el 46.73% es masculino y el 53.27% es femenino.

En cuanto a las actividades de diagnóstico se realizan historias clínicas y actualizaciones de historias clínicas anteriores y se les da continuidad a su tratamiento. Se realizan pláticas para el fomento a la salud dirigidas a la comunidad universitaria con la finalidad de explicar la importancia de una higiene y atención adecuada de nuestra cavidad bucal, también se les brinda información relacionada con la caries, la gingivitis, periodontitis; y la manera en que se atienden en cada caso.

Las labores dirigidas a los pacientes van desde controles de placa, técnica de cepillado y uso de hilo dental; se realizan profilaxis, odontoxesis así como también actividades restaurativas resinas, amalgamas, incrustaciones, coronas y tratamientos de conductos.

En la clínica diariamente se atienden pacientes de urgencia, los cuales son canalizados para continuar su atención con su odontólogo particular; también se realizan actividades como toma de radiografías, toma de impresión, colocación de dique de hule, farmacoterapia, revisiones para dar continuidad a los tratamientos, asistencias a los pasantes operadores.

También se realizan extracciones y cirugías previamente programadas, la clínica cuenta con una atención completa que cubre las necesidades de los alumnos y de las personas que acuden a consulta; en cada periodo son dados de alta algunos pacientes a los cuales se les dio un seguimiento desde el comienzo de su tratamiento; en mi caso en este ciclo los pacientes que se dieron de alta integral (preventiva y operatoria), fueron cinco de los cuales cuatro eran mujeres y un hombre.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

El servicio social es una práctica obligatoria una vez que se ha concluido la licenciatura y que se han cubierto el 100% de créditos; es de suma importancia llevarlo a cabo con agrado, orgullo y entusiasmo por que más que el beneficio que pueda ofrecer a la sociedad la contribución que este da a nuestras vidas es una parte importante no solo de nuestra formación académica y profesional; es una lección para la vida que nos da la oportunidad de aprender algo más.

Al respecto de la población que se atiende en el L.D.C. Iztapalapa el rango de edad en el que se sitúa a la mayoría de los pacientes se encuentra entre los 18 y los 25 años esto conlleva que las actividades que se realicen se relacionen con las características propias de esta edad.

Me siento orgulloso por haber formado parte del L.D.C. Iztapalapa, es una clínica donde el pasante puede desarrollar plenamente sus habilidades y tiene libertad para tomar decisiones (siempre autorizadas por el jefe del servicio), el contacto con el paciente es importante y se da de una manera grata; el ambiente que se vive es de respeto, compañerismo y amabilidad.

Es comprensible el alcance que tiene la clínica por las dimensiones de la misma, incluso considero que en ocasiones se intenta hacer más de lo que se puede, a la fecha ya existe una lista de espera para la atención que se brinda en la clínica, hay personas realmente interesadas en tener el beneficio de este servicio, pero la demanda supera por mucho la capacidad de atención que se puede brindar a la población de la UAM Iztapalapa.

Los logros alcanzados durante el servicio y también por las actividades realizadas en el mismo considero que la clínica es un lugar apto para el trabajo que se realiza, las instalaciones son de excelente calidad y los materiales que se utilizan también son de la mejor calidad y además se ofrecen a bajo costo.

Estoy agradecido con el jefe de servicio social y todo el personal de la UAM-I que nos brindó su apoyo, también con mis compañeros de servicio social, formamos un buen equipo de trabajo e hicimos un buen trabajo siempre estando dispuestos a atender con la mejor actitud a la población de la UAM Iztapalapa.