

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BOLÓGICAS Y DE LA SALUD

Departamento de atención a la salud

Licenciatura en estomatología

Etiología y prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes del C.S.T-III Carmen Serdán

Informe de servicio social

Centro de salud T-III Carmen Serdán

Liliana Angeles Albino

2163081241

Agosto 2021- julio 2022

Febrero 2023

Asesor externo: C.D Antonio Belmont Guerrero
Asesor interno: C.D.E.O.P Karla Ivette Oliva Olvera


Antonio Belmont Guerrero

**Asesor de servicio social Coordinador del Departamento de Atención Dental
del C.S.T-III Carmen Serdán
C.D Antonio Belmont Guerrero
Nombre y firma**

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO C.D.E.O.P Karla Ivette Oliva Olvera

Nombre y firma



**COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA
C.D.E.O.P Karla Ivette Oliva Olvera**

Firma de un integrante de la Comisión de Servicio Social

RESUMEN DEL INFORME

El presente documento corresponde al informe de servicio social que realice durante el periodo comprendido entre el mes de agosto del 2021 a julio del 2022, en el C.S.T –III Carmen Serdán.

El informe contiene VI capítulos organizados de la siguiente forma:

La primera parte está destinada al reporte de investigación realizada en el periodo mencionado, esta se titula: Etiología y prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes del C.S.T- III Carmen Serdán.

El objetivo de esta fue determinar la etiología, prevalencia enfermedad periodontal en los pacientes que asisten al servicio dental. De acuerdo a la información obtenida los resultados indican que para el índice Periodontal Comunitario 50 pacientes es decir el total de la muestra presenta un código 4 ya que hay presencia de sangrado, bolsas periodontales, cálculo supragingival y subgingival mientras que en el Índice de Higiene Oral Simplificado se reporta una puntuación 3.1 a 6.0 esto se traduce como una mala higiene dando pie a desarrollar enfermedad periodontal, se puede apreciar que entre los sujetos de 18 a 25 años son los más afectados por enfermedad periodontal debido a sus malos hábitos desencadenantes de esta condición.

El capítulo siguiente corresponde a los antecedentes, en este se describe de manera general al C.S.T- III Carmen Serdán como institución pública que presta atención de primer nivel.

En seguida se encuentra el informe numérico narrativo donde se concentran las actividades que realice, se encuentra distribuidas en un cuadro anual con el total de las actividades efectuadas en el periodo de mi servicio social.

El capítulo V está destinado a las conclusiones, observaciones, sugerencias y comentarios finales en relación a las actividades desarrolladas en los cuales participe, finalmente se anexan fotografías de actividades realizadas.

Palabras clave: Enfermedad periodontal, gingivitis, prevalencia, índices.

ÍNDICE

<i>RESUMEN DEL INFORME</i>	4
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL	3
<i>CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN</i>	5
Introducción	5
Marco teórico	6
Definición	6
Encía	7
Cemento radicular	9
Hueso alveolar	11
Ligamento periodontal	12
Epidemiología y carga mundial	15
Etiología	16
Planteamiento del problema	33
Hipótesis	34
Objetivo general	34
Objetivos específicos	34
Material y métodos	35
Muestra	35
Criterios de inclusión	35
Criterios de exclusión	35
Procedimiento	36
Relación de variables	45
Resultados	47
Resultados del cuestionario	48
Resultados del Índice Periodontal Comunitario	57
Resultados del Índice de Higiene Oral Simplificado	58
Etiología	61
Tratamiento empleado	62
Edad más afectada	62
Discusión	63
Conclusiones	65
Anexos	67
<i>Bibliografía</i>	74

<i>CAPÍTULO III: ANTECEDENTES</i>	76
Descripción de la plaza	76
Zona de influencia.....	76
Ubicación área	76
Demografía	77
Nivel de educación de la población.....	77
Servicios de salud	78
Mortalidad y morbilidad	78
Visión del C.S.T-III.....	78
Misión	79
Plano de distribución del C.S.T-III	81
Organigrama.....	82
Actividades por área de la unidad.....	83
Análisis y conclusiones.....	89
<i>CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO</i>	91
Cuadro anual	93
Cuadros de población atendida	95
<i>CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</i>	97
<i>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES</i>	98
<i>CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS</i>	99

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

El presente documento corresponde al informe de servicio social que realice durante el periodo comprendido entre el mes de agosto del 2021 a julio del 2022, en el C.S.T –III Carmen Serdán.

El informe contiene VII capítulos organizados de la siguiente forma:

La primera parte está destinada al reporte de investigación realizada en el periodo mencionado, esta se titula: Etiología y prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes del C.S.T- III Carmen Serdán.

El objetivo de esta fue determinar la etiología, prevalencia enfermedad periodontal en los pacientes que asisten al servicio dental. De acuerdo a la información obtenida los resultados indican que para el índice Periodontal Comunitario 50 pacientes es decir el total de la muestra presenta un código 4 ya que hay presencia de sangrado, bolsas periodontales, cálculo supragingival y subgingival mientras que en el Índice de Higiene Oral Simplificado se reporta una puntuación 3.1 a 6.0 esto se traduce como una mala higiene dando pie a desarrollar enfermedad periodontal, se puede apreciar que entre los sujetos de 18 a 25 años son los más afectados por enfermedad periodontal debido a sus malos hábitos desencadenantes de esta condición.

El capítulo siguiente corresponde a los antecedentes, en este se describe de manera general al C.S.T- III Carmen Serdán como institución pública que presta atención de primer nivel.

En seguida se encuentra el informe numérico narrativo donde se concentran las actividades que realice, se encuentra distribuidas en un cuadro anual con el total de las actividades efectuadas en el periodo de mi servicio social, un cuadro que

corresponde a la población atendida y otro a la distribución de pacientes dados de alta, estos últimos están representados con gráficas.

El capítulo VI está destinado a las conclusiones, observaciones, sugerencias y comentarios finales en relación a las actividades desarrolladas en los cuales participe.

Finalmente se anexan fotografías, en las cuales estoy desempeñando actividades como pasante, así como las evidencias que corresponde al lugar donde realice mi servicio social C.S.T- III Carmen Serdán.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

Introducción

Termino periodonto (estructura de sostén dental) engloba cuatro tejidos blandos y duros distintos: encía, cemento radicular, hueso alveolar y el ligamento periodontal.

Las enfermedades más frecuentes del aparato de sostén de los dientes son las alteraciones inflamatorias de la encía y del periodonto asociadas a la placa, estas son enfermedades inflamatorias crónicas de etiología bacteriana que afectan a los tejidos blandos y duros que sirven de soporte al diente. Entre las distintas afecciones incluidas en el término de enfermedades periodontales, la gingivitis asociada a placa y la periodontitis tienen una especial importancia para la atención sanitaria periodontal y la salud general. Los signos de una gingivitis pueden prevalecer por mucho tiempo, el paciente se percata de los signos relacionados con esta enfermedad del periodonto, pero hace caso omiso de ello.

Estudios revelan que la periodontitis avanzada es la sexta enfermedad más prevalente de un total de 291 enfermedades y afecciones investigadas, esta afecta al 11.2 % de la población mundial.

Por esta razón se decidió efectuar este estudio con el propósito de conocer la frecuencia de enfermedad periodontal en pacientes así como las medidas preventivas

Marco teórico

Definición

El termino periodonto significa peri: alrededor y odontos: diente. Se le llama periodonto a los tejidos que rodean y alojan a los dientes en los maxilares, siendo sus principales funciones las de resistir y resolver las fuerzas de la masticación, así como la protección; abarca dos tejidos blandos que son la encía y el ligamento periodontal; y dos tejidos duros que son el cemento y el hueso alveolar¹.

Anatomía del periodonto

Se considera a los tejidos que cubren y soportan al diente. Este se encuentra constituido por dos tejidos blandos: encía y ligamento periodontal y dos tejidos duros o mineralizados: cemento radicular y hueso alveolar (Ilustración 1)¹.

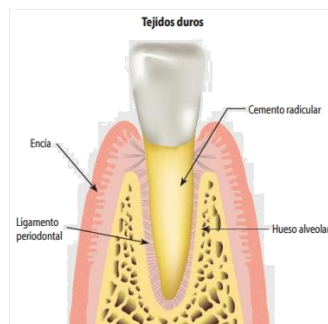


Ilustración 1: Tejidos del periodonto.

Funciones

- Inserción del diente al alveolo.
- Resistir y resolver las fuerzas generadas por la masticación, el habla y la deglución.
- Mantener la integridad de la superficie separando el medio ambiente externo e interno.

Encía

La encía es la mucosa masticatoria que cubre el proceso alveolar y rodea a los dientes en la parte cervical. Se extiende desde el margen de la encía marginal hasta la línea mucogingival. Es el único tejido periodontal visible a la inspección.

La encía se clasifica, según su ubicación, en tres zonas: la encía insertada o adherida, la cual se adhiere directamente al hueso alveolar subyacente; la encía libre o marginal, que se localiza coronalmente a la encía insertada, correspondiendo a un pequeño borde de mucosa que rodea al diente, pero no se une a éste y, la encía interdientaria que se encuentra entre los dientes por debajo del punto de contacto².

La línea mucogingival representa la unión entre la encía insertada y la mucosa alveolar. Esta línea marca las diferencias en la queratinización y translucidez entre la mucosa alveolar y la encía adherida o insertada. El epitelio de la mucosa alveolar es translúcido y pueden observarse pequeños vasos sanguíneos a través de él. La línea mucogingival sigue un curso ondulado paralelo al contorno del margen gingival. En ocasiones, esta línea es difusa y en la región palatina no existe, sino más bien, la encía se une imperceptiblemente con la mucosa masticatoria del paladar (Ilustración 1.1).

Características clínicas

Color

El color de la encía varía de un color rosa pálido a rosa coral, sin embargo, cambia de acuerdo con el grado de vascularización, queratinización, espesor del epitelio, y pigmentaciones presentes.

Forma

La forma del margen gingival está relacionada con la posición y trayecto de la unión cemento esmalte y del margen óseo. La encía marginal termina de manera desvanecida, en forma de filo de cuchillo mientras que la encía insertada sigue la forma festoneada del hueso alveolar el cual, a su vez, sigue la forma de las raíces que aloja.

Consistencia

La consistencia de la encía es firme y resilente, está dada por la gran cantidad de fibras de colágena que posee y por la substancia fundamental del tejido conectivo subyacente.

Textura

La encía presenta un puntilleo característico, debido a la interdigitación del epitelio con el tejido conectivo, generalmente se presenta en la base de la papila².

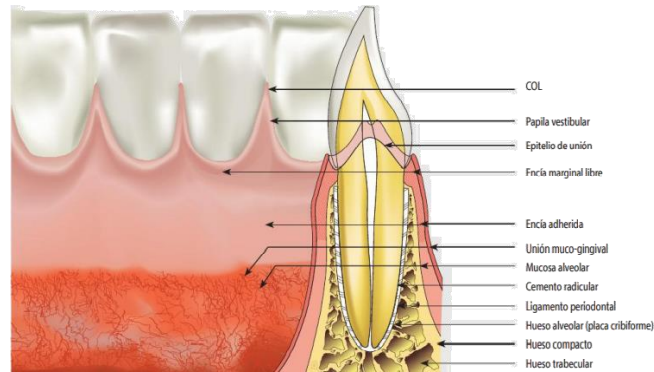


Ilustración 1.1: Componentes y ubicación de la encía.

Cemento radicular

El cemento es el tejido conjuntivo calcificado que cubre la dentina de la raíz y en el que se insertan los haces de fibras del ligamento periodontal. Puede considerarse como un «hueso de anclaje» y es el único tejido dental específico del periodonto. Es de color amarillo pálido y más blando que la dentina y, en algunos animales, se encuentra en las coronas de los dientes como una adaptación a una dieta herbívora. En los humanos, su relación con el borde del esmalte varía, puede ser contiguo o superponerse al esmalte, o también puede estar separado del esmalte por una fina banda de dentina expuesta. El grosor del cemento es muy variable y el tercio coronal puede medir sólo 16-60 mm, el tercio apical puede tener un grosor de 200 mm o incluso mayor. El cemento se forma lentamente durante la vida y es resistente a la resorción. Los cementoblastos depositan una capa de matriz no calcificada, el precemento, antes de la calcificación y siempre existe una capa de esta matriz no calcificada en su superficie dentro del periodonto y puede ser la responsable de su resistencia a la resorción². El cemento puede triplicar su grosor durante la vida y es avascular y no está innervado. Es más permeable que la dentina, pero su permeabilidad disminuye con la edad. Se necesita la formación continua de cemento para adaptarse a los cambios en la inserción de fibras en el

ligamento periodontal debido a un movimiento del diente y al recambio del ligamento. El cemento consta de fibras de colágeno incrustadas en una matriz orgánica calcificada. Por peso contiene un 65% de materia inorgánica, principalmente hidroxiapatita, un 23% de materia orgánica y un 12% de agua. Por volumen, estas proporciones son del 45, 33 y 22%, respectivamente³.

Existen dos tipos principales de cemento: celular y acelular. El primero contiene cementocitos en lagunas que, igual que los osteocitos del hueso, se comunican entre sí por una red de canalículos. El cemento acelular forma una capa superficial delgada, limitada a menudo a las porciones cervicales de la raíz. No contiene cementocitos en su sustancia, pero ya que los cementoblastos ocupan su superficie, el término «acelular» quizás no es totalmente adecuado. El grado de mineralización varía en diferentes zonas del tejido y algunas zonas acelulares pueden estar tan calcificadas como la dentina. Los cementoblastos se encargan de la síntesis y secreción de los componentes de la matriz orgánica y también de su calcificación, y son morfológica y funcionalmente idénticos a los osteoblastos. Al progresar la formación de cemento, los cementoblastos quedan atrapados y se conocen como cementocitos. Se ha sugerido que podría haber dos poblaciones de cementoblastos, distinguibles por su fenotipo y el origen congénito³.

Funciones

1. Proporciona el anclaje de los dientes al hueso alveolar por medio de la inserción de las fibras colágenas del ligamento periodontal.
2. Sirve como una capa protectora para la dentina.
3. Mantiene la integridad de la raíz debido a que es un tejido mineralizado altamente sensible.
4. Ayuda a mantener al diente en su posición funcional debido a su continua deposición a lo largo de toda la vida.

5. Participa en la reparación y regeneración periodontal².

Composición

Contiene, por peso, un 65% de material inorgánico, 23% de material orgánico y 12% de agua y, por volumen, contiene un 45% de material inorgánico, 33% de material orgánico, y 22% de agua (Ilustración 1.2).

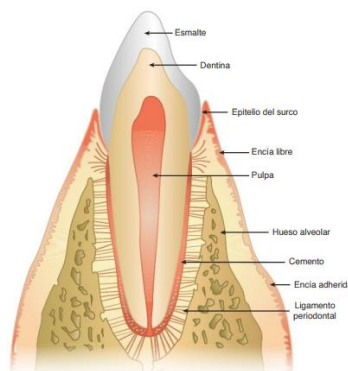


Ilustración 1.2: Tejidos del Diente.

Hueso alveolar

El hueso alveolar forma parte de los tejidos periodontales y forma la pared ósea de los alveolos que sostiene a los dientes. Se inicia a 2 mm de la unión cemento-esmalte, y corre a lo largo de la raíz, terminando en el ápice de los dientes. Se forma conjuntamente durante el desarrollo y erupción de los dientes y se reabsorbe gradualmente cuando los dientes se pierden.

Radiográficamente el hueso alveolar es un hueso compacto que se observa como una línea radiopaca que rodea a la raíz del diente por lo que también se le ha denominado “lámina dura”. El hueso alveolar se forma a partir de las células del folículo dental junto con el cemento radicular y el ligamento periodontal. Presenta múltiples perforaciones, a través de las cuales pasan numerosos vasos sanguíneos, linfáticos y fibras nerviosas hacia el ligamento periodontal. La porción

del hueso alveolar que directamente cubre al alveolo se denomina hueso fasciculado y en él se insertan las fibras del ligamento periodontal. El hueso alveolar está en constante remodelación debido a que debe responder a las demandas funcionales ejercidas por las fuerzas de la masticación y al movimiento menor constante de los dientes (Ilustración 1.3)⁴.

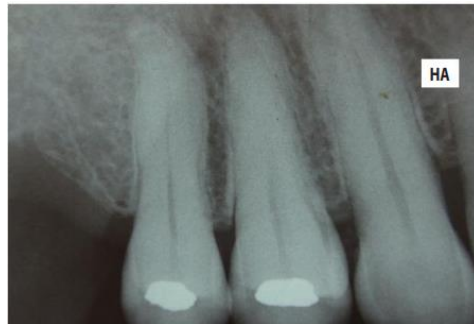


Ilustración 1.3: Radiografía del hueso alveolar.

Composición

La parte orgánica del hueso alveolar, está constituida en un 95% por un componente fibrilar, predominantemente de colágena tipos I y III, y el 5% restante está formado por un componente no fibrilar de proteínas no colagenosas y moléculas regulatorias.

Ligamento periodontal

El ligamento periodontal es un tejido conectivo, especializado, muy fibroso y vascularizado, y altamente celular, el cual rodea las raíces de los dientes. Se encuentra entre el cemento radicular y el hueso que forma la pared del alveolo dentario. A una distancia de 1-1.5 mm apical a la unión cemento esmalte.

El tamaño del ligamento periodontal es muy pequeño, radiográficamente puede observarse el espacio que ocupa, este tiene la forma de un reloj de arena, más estrecho en el tercio medio radicular y más ancho en los tercios apical y cervical.

Su ancho varía de 0.15 a 0.4 mm, y conforme aumenta la edad muestra una disminución progresiva de su espesor⁵.

Funciones

Física

El ligamento periodontal es un tejido conectivo bien adaptado a su principal función que es la de mantener los dientes dentro de sus alveolos y, al mismo tiempo, permitir que la posición de ellos resista las considerables fuerzas de la masticación absorbiendo su impacto por diversos mecanismos. Las fuerzas ligeras son amortiguadas por el fluido intravascular que es forzado hacia afuera de los vasos sanguíneos; las fuerzas moderadas son resistidas por el fluido del tejido extravascular que es forzado fuera del espacio del ligamento periodontal, hacia los espacios medulares adyacentes; mientras que las fuerzas pesadas son absorbidas directamente por las fibras principales del ligamento (Ilustración 1.4)⁵.

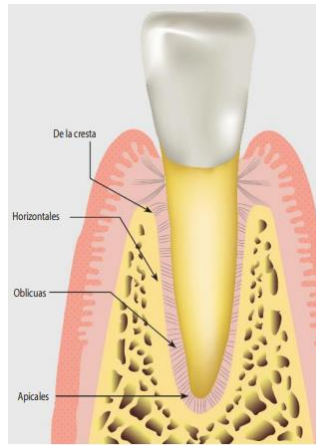


Ilustración 1.4: Fibras del ligamento periodontal.

Sensorial

El ligamento actúa como un receptor indispensable para el adecuado posicionamiento de los maxilares durante la masticación; además, posee nervios dentarios mielinizados que penetran desde el fondo del alveolo perdiendo rápidamente su vaina mielinizada conforme se ramifican para inervar tanto a la pulpa como al ligamento⁶.

Formativa

El ligamento participa en la remodelación, reparación y regeneración de los tejidos periodontales, es decir, ligamento periodontal, hueso y cemento, ya que contiene células que son capaces de formar, así como de reabsorber los tejidos que constituyen⁷.

Nutritiva

El ligamento mantiene la vitalidad de sus diversos elementos celulares gracias a su gran vascularización. Su principal aporte vascular se origina de las arterias dentarias que entran al ligamento a través del fondo del alveolo.

Movilidad dentaria

El ligamento determina la movilidad y migración de los dientes dentro de sus alveolos, en gran medida por su anchura, altura y calidad⁵.

Epidemiología y carga mundial

La periodontitis constituye una enfermedad crónica infecciosa de los tejidos de soporte del diente. Debido a la infección bacteriana, los tejidos periodontales se inflaman y son destruidos, lentamente, por la acción del proceso inflamatorio. Si la enfermedad no es tratada, los dientes pierden el soporte del ligamento periodontal al hueso alveolar, posteriormente, el hueso alveolar se reabsorbe, el diente se vuelve móvil y finalmente se pierde⁸.

El estudio de las enfermedades periodontales, desde el punto de vista epidemiológico o poblacional, contribuye a que se identifiquen la frecuencia y severidad de las enfermedades periodontales por edad, sexo, nivel socioeconómico, lugar de residencia, nivel de educación, nivel de higiene oral, entre otras características de la población; además, identifica a las personas que tienen mayor riesgo de padecer enfermedades periodontales, también para estimar el pronóstico y los resultados, a largo plazo, de los tratamientos, así como para identificar la asociación de las condiciones periodontales y las enfermedades sistémicas⁸.

Estudios recientes en los Estados Unidos, con registros completos de la boca y nuevas definiciones de casos, han estimado que el 47 % de la población del país de más de 30 años sufre periodontitis: en un 8,7 % de los casos, la enfermedad es leve, en un 30,0 % moderada y en un 8,5 % avanzada. Cabe destacar que las recientes revisiones sistemáticas del estudio *Carga Mundial de Morbilidad* (GBD, por sus siglas en inglés) 2010, que utilizan un amplio conjunto de datos de 291.170 individuos (de entre 15 y 99 años) procedentes de 37 países diferentes,

revelan que la periodontitis avanzada es la sexta enfermedad más prevalente de un total de 291 enfermedades y afecciones investigadas, y que afecta al 11,2 % de la población mundial, es decir, 743 millones de personas. No se observan cambios importantes con relación a los datos de 1990. En el informe más reciente, se encontraron diferencias considerables entre países y regiones: la prevalencia más reducida se observó en Oceanía (4,5 %) y la más elevada en el sur de Latinoamérica (20,4 %). No obstante, la prevalencia global de la periodontitis avanzada aumenta con la edad, con un marcado incremento entre la tercera y cuarta década de vida, y alcanza un pico de prevalencia a la edad de 38 años. También se ha documentado que, en cada grupo de edad, la mayor parte de la destrucción periodontal se concentra en una pequeña proporción de individuos. Es más, la periodontitis avanzada tiene efectos socioeconómicos significativos y es responsable de un coste global sorprendentemente elevado (54.000 millones de dólares estadounidenses al año) por pérdida de productividad⁹.

Etiología

En la cavidad oral se encuentran diversos tipos de bacterias, la acumulación y metabolismo de éstas sobre la superficie dental son considerados como los factores principales en el desarrollo de caries y enfermedad periodontal.

El ser humano está expuesto a la colonización de una amplia variedad de bacterias. Esta flora microbiana establecida suele vivir en armonía con el huésped, generando homeostasis. La renovación constante de las superficies, por descamación de la piel y mucosas, evita la acumulación de grandes masas de bacterias, sin embargo, en la cavidad oral los dientes proveen una superficie dura no descamable, lo que genera el establecimiento de depósitos bacterianos extensos, La acumulación y el metabolismo de las bacterias en las superficies de los dientes y mucosas orales se consideran las causas principales de caries dental, gingivitis, periodontitis , infecciones peri-implantarías y estomatitis. Los depósitos abundantes suelen asociarse con la presencia de enfermedad localizada en los tejidos blandos y duros subyacentes¹⁰.

Los múltiples estudios experimentales que se han realizado, demuestran varios puntos importantes:

1. La acumulación de bacterias en los dientes, induce en los tejidos gingivales una respuesta inflamatoria reproducible.
2. La eliminación de la PDB lleva a la desaparición de los signos clínicos de esa inflamación.
3. Existen relaciones similares de causa y efecto entre la presencia de PDB y la mucositis peri-implantaría. Por el papel primordial que la PDB tiene en el desarrollo.

La placa dentobacteriana es una masa organizada que consiste, principalmente, en bacterias que se adhieren a los dientes, prótesis, y superficies orales. Se encuentra en el surco gingival y bolsas periodontales. Otros componentes incluyen una matriz orgánica de polisacárido-proteínas que consiste en subproductos bacterianos tales como enzimas, restos de comida, células descamadas, y componentes inorgánicos, como el calcio y el fosfato (Ilustración 1.5).

La PDB se clasifica en supragingival o subgingival, de acuerdo con la zona en donde se localiza en la superficie dental con respecto del margen gingival¹⁰.

- PDB supragingival; se encuentra en el margen gingival o sobre éste.
- PDB subgingival; se encuentra debajo del margen gingival, entre el diente y el epitelio de la bolsa periodontal.



Ilustración 1.5: Cambios en la encía por presencia de placa dentobacteriana.

Factores que predisponentes

- Factores generales o sistémicos
- Nivel socioeconómico
- Tabaquismo
- Diabetes mellitus no controlada Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Disfunción de los neutrófilos y otras disfunciones inmunológicas adquiridas
- Rasgos genéticos
- Medicamentos (fentoína, nifedipina, cliclosporina)
- Estrés
- Obesidad
- Deficiencias nutricionales
- Cambios hormonales
- Consumo excesivo del alcohol
- Osteoporosis
- Estilos de vida
- Edad
- Historia de periodontitis

Factores generales o sistémicos factores locales

- Mala higiene bucal
- Factores microbianos
- Factores anatómicos retentivos de placa
- Involucración de furcación
- Anormalidades de la raíz
- Restauraciones sobreextendidas
- Trauma oclusal
- Hábitos parafuncionales
- Movilidad dental

Diagnóstico

La enfermedad periodontal es una enfermedad infecto-inflamatoria y multifactorial. Es conocida como una de las causas principales de la pérdida dental en la población, a nivel mundial. Es una enfermedad sigilosa que no causa malestar ni dolor en sus etapas iniciales, por lo que la mayoría de los pacientes y profesionistas la pasan por alto, no detectándose oportunamente. Es de suma importancia su detección pronta al tener un amplio conocimiento de la misma y de los parámetros a analizar, ya que esto es la pauta para poder establecer un plan de tratamiento adecuado y estimar un pronóstico de la dentición del paciente a corto, mediano y largo plazos¹¹.

El diagnóstico periodontal debe determinar si hay enfermedad. Después, identificar el tipo, la extensión, la distribución y la gravedad de ésta y, por último, proporcionar una comprensión de los procesos patológicos y su causa. El diagnóstico periodontal se determina después de un análisis cuidadoso de los antecedentes del caso y la evaluación de los signos y síntomas clínicos, además de los resultados de múltiples pruebas o auxiliares de diagnóstico¹².

La enfermedad periodontal se acompaña de muy pocas molestias físicas, las cuales pasan inadvertidas por los pacientes. Aun en los estadios avanzados el paciente permanece sin darse cuenta de la gravedad de su afección. Por esta razón es responsabilidad del dentista descubrir los procesos patológicos para poder instruir el tratamiento apropiado, a tiempo, con la finalidad de asegurar la conservación de la dentición¹².

El diagnóstico debe efectuarse recordando siempre que la boca, el periodonto y cada diente del paciente, forman parte integral del individuo, en íntima relación con el resto del organismo y que son muchas las alteraciones que se pueden encontrar como repercusión de los estados generales del paciente y viceversa¹³. Por ende, el foco de interés debe ser el paciente, que tiene la enfermedad y no la enfermedad en sí. Por lo tanto, el diagnóstico debe incluir una evaluación general del paciente y la revisión de la cavidad oral.

Examen periodontal

El examen periodontal debe ser sistemático, empezando en la región molar superior o inferior, para proceder alrededor del arco. Es importante detectar los signos iniciales de enfermedad gingival y periodontal. Todos los datos y hallazgos periodontales recopilados deben ser registrados en el periodontograma, el cual proporciona una guía para un examen minucioso y un registro de la enfermedad del paciente¹³.

El periodontograma también se utiliza para evaluar la respuesta al tratamiento y para obtener una comparación en las subsecuentes visitas de seguimiento. En él se deben registrar datos como: dientes presentes, condición de la estructura dental de cada pieza, restauraciones, aparatología, presencia de cálculo dental y placa dentobacteriana, hipersensibilidad dental, migración dental, sensibilidad a la percusión, lesiones no cariosas y localización de la encía. Todos ellos, datos relevantes para poder determinar el diagnóstico periodontal general y específico del paciente¹⁴.

El odontólogo debe concentrarse en las alteraciones sutiles del tejido, porque éstas tienen importancia diagnóstica. La encía es el tejido donde se observan a simple vista muchos signos de inflamación clínica de importancia.

Las características que deben considerarse a valorar en la encía son el color, tamaño, contorno, consistencia, textura de la superficie, posición y sangrado.

- Cambio de color en la encía: La inflamación crónica intensifica el color rojo o rojo azulado debido a la proliferación vascular y la reducción de queratinización. La estasia venosa contribuye al matiz azulado. El color gingival cambia conforme aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio. Los cambios empiezan en las papilas interdetales y el margen gingival, y se extienden a la encía insertada.
- Cambios en la consistencia: La inflamación crónica y aguda produce cambios en la consistencia normal, firme y resilente de la encía. En la gingivitis crónica coexisten cambios destructivos (edematosos) y reparativos (fibróticos), y la consistencia de la encía está determinada por su predominancia relativa¹⁵.
- Cambios en la textura de la superficie de la encía: La superficie de la encía sana suele presentar varias depresiones y elevaciones pequeñas, lo que da al tejido una apariencia tipo cáscara de naranja, a la que se le denomina

puntilleo. Algunos investigadores concluyen que la pérdida de puntilleo es un signo temprano de gingivitis.

En la inflamación crónica, la superficie gingival es blanda y brillante o firme y nodular, si los cambios dominantes son exudativos o fibróticos, respectivamente. La textura blanda de la superficie también es producida por la atrofia epitelial en la gingivitis atrófica, y la gingivitis descamativa crónica causa una exfoliación superficial. La hiperqueratosis origina una textura correosa, y el agrandamiento gingival inducido por fármacos produce una superficie nodular¹⁵.

- Cambios en la posición de la encía: La exposición de la superficie radicular por medio de un cambio apical en la posición de la encía genera una recesión gingival. La recesión se refiere a la ubicación de la encía, no a su estado. La encía con recesión puede o no estar inflamada. La recesión puede localizarse en un diente o grupo de dientes, o estar generalizada en toda la boca.
- Cambios en el contorno gingival: Se relacionan principalmente con el agrandamiento gingival, el cual puede ser el resultado de cambios inflamatorios crónicos o agudos. Se puede clasificar de acuerdo con los factores etiológicos y los cambios fisiológicos que lo generaron. Así mismo, el agrandamiento gingival con base en los criterios de ubicación y distribución se clasifica en: localizado o generalizado, marginal, papilar, difuso o discreto¹⁶.

El agrandamiento gingival se valora de la siguiente manera:

- Grado 0: no hay signos de agrandamiento gingival.
- Grado I: el agrandamiento se confina a las papilas interdetales.
- Grado II: el agrandamiento gingival afecta las papilas y la encía marginal.
- Grado III: el agrandamiento cubre tres cuartas partes o más de la corona¹⁶.

Sondeo periodontal

El método más preciso para detectar y medir las bolsas periodontales es la exploración cuidadosa con una sonda periodontal. Las bolsas periodontales son un cambio en el tejido blando, por lo que no se detectan con el examen radiográfico. La Profundidad de bolsa: La profundidad de la bolsa, es la distancia entre la base del surco gingival y el margen gingival¹⁵.

Técnica de sondeo: La sonda debe insertarse paralela al eje longitudinal del diente y desplazarse alrededor de cada superficie de todos los dientes para detectar las áreas con mayor profundidad. Esto es, obtener una medición de seis sitios alrededor de cada diente presente: tres medidas por vestibular: mesio-vestibular, medio-vestibular, disto-vestibular, y tres medidas por palatino o lingual: mesio-palatino o lingual, medio-palatino o lingual y disto- palatino o lingual. Además, se debe detectar la presencia de cráteres interdentes y lesiones de furcación. Para detectar un cráter interdental se debe colocar la sonda de forma oblicua a la superficie vestibular y a la lingual para explorar el punto más profundo de la bolsa, localizado por debajo del punto de contacto. El resultado de estas mediciones se registra en el periodontograma¹⁷.

El surco gingival puede presentar sangrado, si la encía está inflamada y el epitelio del surco está atrófico o ulcerado. El sangrado gingival, es el signo clínico más temprano de la presencia de inflamación.

Dependiendo de la gravedad de la inflamación, el sangrado puede variar de una línea roja tenue a lo largo del margen gingival a un sangrado profuso. Clínicamente la presencia de sangrado gingival se detecta después del sondeo. Se introduce con cuidado la sonda en el fondo de la bolsa y se mueve de forma lateral a lo largo de la pared de la bolsa. Dependiendo del grado de inflamación presente, el sangrado se puede presentar inmediatamente, al momento de

introducir la sonda periodontal, o después de removerla o retrasarse unos cuantos segundos. Por lo tanto, el clínico debe volver a revisar si hubo presencia de sangrado de 30 a 60 segundos después del sondeo (Ilustración 1.6)¹⁶.



Ilustración 1.6: Sondeo periodontal.

De igual forma puede haber presencia de supuración es la formación de exudado purulento; que es producto de la inflamación, conformado por leucocitos, elementos necróticos tisulares, fluidos tisulares y microorganismos. El pus se genera por la presencia de abundantes neutrófilos en el líquido crevicular. Clínicamente, la presencia de pus en una bolsa periodontal se determina en el momento de retirar la sonda periodontal del surco gingival, observando cómo sale junto con la punta de la sonda, líquido purulento, o en su defecto será necesario, colocar la punta del dedo índice a lo largo del aspecto vestibular de la encía marginal, aplicando presión en un movimiento giratorio hacia la corona¹⁷.

La formación de pus no se da en todas las bolsas periodontales, pero la presión digital suele revelarlo.

La movilidad dental normal, se define como el grado de desplazamiento de un diente a través del movimiento fisiológico.

Los dientes unirradiculares tienen mayor movilidad que los multirradiculares; los incisivos son los más móviles. La movilidad es, sobre todo, en dirección horizontal,

aunque hay cierta movilidad axial¹⁷. El desplazamiento dental se da en las siguientes dos etapas:

1. En la etapa inicial o intraalveolo, el diente se mueve dentro de los límites del ligamento periodontal. Esto se relaciona con la distorsión viscoelástica del ligamento periodontal y la redistribución de los líquidos periodontales, el contenido interhaces y las fibras.

2. La etapa secundaria, ocurre de forma gradual e indica la deformación elástica del hueso alveolar en respuesta al aumento de las fuerzas horizontales. Por lo que se da un movimiento del diente en su alveolo resultado de una fuerza aplicada, lo que se puede considerar como un movimiento dental patológico.

La movilidad se clasifica de acuerdo con la facilidad y la extensión del movimiento dental de la siguiente manera:

- Movilidad normal o fisiológica.
- Grado I. Apenas perceptible. Un poco mayor a lo normal.
- Grado II. Moderadamente mayor a lo normal. La corona se mueve un milímetro en cualquier dirección.
- Grado III. Movilidad grave en sentido vestibulolingual y mesiodistal, combinada con un desplazamiento vertical. Permite que el diente se desplace más de un milímetro en cualquier dirección o puede ser girado o deprimido dentro de su alveolo.

El grado de movilidad está en relación con:

- a) La cantidad de hueso de soporte
- b) El estado del ligamento periodontal
- c) El número de fibras parodontales

d) El esfuerzo al que esté sometido el diente

e) La extensión de la inflamación

f) Cirugía periodontal realizada

g) Lesiones patológicas de los maxilares

La movilidad dental se valora clínicamente de la siguiente manera:

El diente a valorar se mantiene de forma firme entre los mangos de dos instrumentos metálicos o entre un instrumento metálico y el dedo índice, haciendo esfuerzo por moverlo en todas direcciones.

La furcación es el área anatómica de un diente multiradicular, donde las raíces se dividen o divergen. Es un área de morfología anatómica complicada que puede ser difícil o imposible de desbridar por medio de la instrumentación periodontal rutinaria¹⁸.

Factores anatómicos locales como, longitud del tronco radicular, la morfología radicular y el desarrollo de anomalías locales como son las proyecciones cervicales del esmalte, pueden afectar el índice de depósitos de placa o complicar la realización de los procedimientos de higiene oral, contribuyendo así al desarrollo de periodontitis y pérdida de inserción.

Cuando existe resorción ósea entre una furcación se está ante una involucración de la furcación.

La sonda Nabers (1N/2N), es utilizada para detectar y medir lesiones óseas en la furcación, en diferentes ángulos en dientes multiradicales ya sea en la arcada superior o en la arcada inferior, con la finalidad de poder clasificar la lesión y determinar su tratamiento¹⁷.

Clasificación de las lesiones de furcación:

- Grado I. Es la etapa incipiente o temprana de la lesión de furcación.

La bolsa es supraósea y afecta los tejidos blandos. Por lo general, no se encuentran cambios radiográficos.

- Grado II. Puede afectar una o más furcaciones del mismo diente. La lesión tiene un componente horizontal definido.

Si hay múltiples defectos, no se comunican entre sí, porque una porción de hueso alveolar permanece insertada al diente. Puede haber pérdida ósea vertical y representa una complicación para el tratamiento. Las radiografías pueden o no mostrar la lesión de furcación, sobre todo con los molares superiores debido a la superposición radiográfica de las raíces¹⁸.

- Grado III. En esta lesión el hueso no está insertado al domo de la furcación. La apertura puede estar rellena con tejido blando y tal vez no sea visible. Si el clínico añade la dimensión vestibular y lingual del sondeo y obtiene una medida acumulativa del sondeo que es igual o mayor a la dimensión vestibular/lingual del diente en el orificio de la furcación, el clínico debe concluir que existe una furcación grado III. Las radiografías anguladas y con una exposición apropiada de las furcaciones tempranas clase III muestran el defecto como un área radiolúcida en la furcación del diente¹⁷.
- Grado IV. Se destruye el hueso interdental, y los tejidos furcación es visible clínicamente, por lo que existe un túnel entre las raíces del diente afectado. Por lo tanto, la sonda periodontal pasa con facilidad desde un área del diente hacia otra.

La clasificación de Tarnow y Fletcher (1984) mide la profundidad vertical del defecto óseo a partir del techo de la furcación hasta apical. Las subclases son A, B y C.

- Subclase A. Indica una profundidad vertical sondeable de 1 a 3 mm del techo de la furcación a apical.

- Subclase B. Indica una profundidad vertical sondeable de 4 a 6 mm del techo de la furcación a apical.
- Subclase C. Indica una profundidad vertical sondeable igual o mayor a 7 mm del techo de la furcación a apical.

Dentro de las deformidades y afecciones mucogingivales, en la cavidad oral se encuentran:

- a) Recesión gingival de tejido blando
- b) Falta de encía queratinizada
- c) Disminución de la profundidad del vestíbulo
- d) Frenillo o posición muscular aberrante
- e) Excesos gingivales (seudobolsas)
- f) Margen gingival irregular
- g) Exposición gingival excesiva
- h) Engrosamiento gingival
- i) Color anormal de la encía¹⁷.

Una posición aberrante del frenillo/músculo es cuando los frenillos o inserciones musculares que se encuentran insertados muy cerca del margen gingival o invaden el margen de la encía, lo cual puede interferir con la eliminación de placa, y la tensión sobre este frenillo tiende a abrir el surco.

La recesión gingival se puede definir como la ubicación apical del margen gingival con respecto a la unión cemento-esmalte. Sullivan y Atkins (1968), clasificaron a las recesiones gingivales en cuatro categorías morfológicas:

1) Superficial-estrecha

2) Superficial-ancha

3) Profunda-estrecha

Profunda-ancha

Esta clasificación permitía comprender la forma de la lesión, pero no permitía predecir el resultado del tratamiento, por lo que en la actualidad es más utilizada la clasificación propuesta por Miller (1985):

- Clase I. La recesión del tejido marginal no se extiende a la unión mucogingival. No hay pérdida ósea ni de tejido blando en el área interdental. Este tipo de recesión puede ser estrecha o ancha¹⁷.
- Clase II. La recesión del tejido marginal se extiende hasta la unión mucogingival o más allá. No hay pérdida ósea o de tejido blando en el área interdental. Este tipo de recesión se puede subclasificar en ancha o estrecha.
- Clase III. La recesión del tejido marginal se extiende hasta la unión mucogingival o más allá. Hay pérdida ósea y de tejido blando en el área interdental o mala posición dental.
- Clase IV. La recesión del tejido marginal se extiende hasta la unión mucogingival o más allá. Hay pérdida ósea y de tejido blando en el área interdental.

Las recesiones gingivales Clase I y II se presentan, por lo general, en pacientes jóvenes, se pueden presentar como recesiones únicas o múltiples y los dientes más afectados son caninos y premolares. Las principales causas que las generan son: cepillado dental vigoroso, hábitos abrasivos y alteraciones óseas como dehiscencias o fenestraciones¹⁷.

Las recesiones gingivales Clase III y IV se presentan generalmente en pacientes adultos o adultos mayores, se pueden presentar de manera localizada o generalizada y casi siempre se generan como secuela de enfermedad periodontal.

Pronóstico

- a) Pronóstico excelente: sin pérdida ósea, excelente estado gingival, buena cooperación del paciente, sin factores sistémicos o ambientales.
- b) Pronóstico favorable: se presenta uno o más de los siguientes factores: soporte óseo restante adecuado, posibilidades adecuadas para controlar los factores etiológicos y establecer una dentición conservable, cooperación adecuada del paciente, sin factores sistémicos o ambientales o, si hay factores sistémicos, están bien controlados¹⁷.
- c) Pronóstico aceptable: se presenta uno o más de los siguientes factores: soporte óseo restante no tan adecuado, cierta movilidad dental, lesión de furcación grado I, posible mantenimiento adecuado, cooperación aceptable del paciente, presencia de factores sistémicos o ambientales limitados.
- d) Pronóstico desfavorable: se presenta uno o más de los siguientes factores: pérdida ósea moderada a avanzada, movilidad dental, lesiones de furcación grado I y II, áreas con mantenimiento difícil o cooperación dudosa del paciente, presencia de factores sistémicos o ambientales.
- e) Pronóstico cuestionable: se presenta uno o más de los siguientes factores: pérdida ósea avanzada, lesiones de furcación grado II y III, movilidad dental, áreas inaccesibles a la higiene, presencia de factores sistémicos o ambientales.
- f) Pronóstico malo: se presenta uno o más de los siguientes factores: pérdida ósea avanzada, áreas de mantenimiento imposible, se indica la extracción,

presencia de factores sistémicos o ambientales descontrolados (Ilustración 1.7)¹⁸.

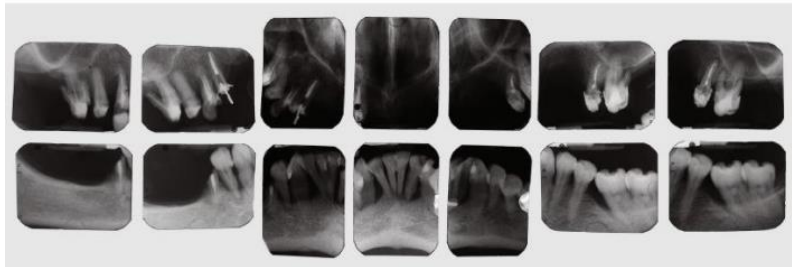


Ilustración 1.7: Serie radiográfica en donde se muestra la pérdida ósea.

Prevención

La fase temprana de la inflamación gingival local es reversible y puede tratarse satisfactoriamente mediante una higiene bucodental adecuada y el control profesional de la placa. Sin embargo, la fase más avanzada puede conducir a una pérdida de inserción irreversible y avanzar hacia la periodontitis. Es evidente que la periodontitis puede prevenirse mediante un tratamiento adecuado de la gingivitis y el fomento de un estilo de vida saludable¹⁸.

1. Prevención primaria: Dado que la periodontitis surge a partir de una gingivitis, la prevención primaria de la periodontitis se basa en el tratamiento efectivo de la gingivitis. La higiene bucodental personal diaria con cepillos de dientes manuales o eléctricos es eficaz para reducir la placa y, en consecuencia, tiene un efecto beneficioso en la gingivitis. No obstante, el control mecánico de la placa mediante cepillo de dientes y dentífrico fluorado no es suficiente para lograr la limpieza interdental. El uso adicional de hilo dental o cepillos interdentes es esencial para eliminar la placa

interdental. La eliminación mecánica profesional de la placa dental, reduce significativamente los niveles de placa y mejora la inflamación gingival esto mediante dispositivos sónicos o ultrasónicos, pulido por aire e instrumentos manuales (raspadores y curetas). Una vez retirados estos depósitos nocivos, los dientes deberían pulirse a fin de suavizar la superficie y evitar que la placa se vuelva a acumular. Además, el control y la gestión efectiva de los factores de riesgo, como el abandono del tabaquismo o el control de la diabetes, son fundamentales para la prevención primaria de la periodontitis (Ilustración 1.8)¹⁸.



Ilustración 1.8: Técnica de cepillado dental Stillman.

2. Prevención secundaria: La prevención secundaria de la periodontitis tiene por objetivo evitar la reaparición de la enfermedad en pacientes que han sido tratados con éxito. Los parámetros óptimos en un tratamiento periodontal activo son la reducción de signos clínicos de la inflamación periodontal con $\leq 15\%$ en el índice de sangrado al sondaje en boca completa, ausencia de signos de inflamación activa.

Es imprescindible que el final del tratamiento periodontal activo se documente en un meticuloso examen periodontal, que constituya la base de la planificación del tratamiento periodontal de apoyo en la prevención secundaria¹⁸.

La eliminación mecánica profesional de placa periódica en la prevención secundaria incluye las mismas medidas que en la prevención primaria, acompañadas de una evaluación de la higiene bucodental y, si fuese necesario, de instrucciones de higiene bucodental reforzadas. Incluye también el desbridamiento subgingival en toda la profundidad de la bolsa periodontal.

Es necesario realizar exámenes periodontales repetidos de bolsas residuales a fin de detectar precozmente bolsas cada vez más profundas (profundidad de sondaje ≥ 5 mm) que requieren tratamiento activo. En cada consulta, se debe educar a los pacientes sobre un estilo de vida saludable y el cese del tabaquismo. La frecuencia de la atención de mantenimiento debería determinarse de forma individualizada, respetando la susceptibilidad del paciente a la reaparición y la progresión de la enfermedad. Las herramientas de evaluación del riesgo pueden ayudar a agrupar a los pacientes en diferentes niveles de riesgo, así como a predecir la probabilidad de reaparición de la enfermedad, aunque hasta hoy no se han demostrado sus beneficios clínicos a nivel individual¹⁷⁻¹⁸.

Planteamiento del problema

Las enfermedades más frecuentes del aparato de sostén de los dientes son las alteraciones inflamatorias de la encía y del periodonto asociadas a la placa, estas son enfermedades inflamatorias crónicas de etiología bacteriana que afectan a los tejidos blandos y duros que sirven de soporte al diente.

La enfermedad periodontal es una enfermedad infecto-inflamatoria y multifactorial. Es conocida como una de las causas principales de la pérdida dental en la población, a nivel mundial. Es una enfermedad sigilosa que no causa malestar ni dolor en sus etapas iniciales, por lo que la mayoría de los pacientes y

profesionistas la pasan por alto, no detectándose oportunamente. Es de suma importancia su detección pronta al tener un amplio conocimiento de la misma y de los parámetros a analizar, ya que esto es la pauta para poder establecer un plan de tratamiento adecuado y estimar un pronóstico de la dentición del paciente a corto, mediano y largo plazos.

El clínico dental es el responsable de diagnosticar esta enfermedad y de acuerdo a la etiología determinar un plan de tratamiento, es por ello que se decidió efectuar este estudio con el propósito de conocer la Etiología y prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes del C.S.T- III Carmen Serdán.

Hipótesis

La enfermedad periodontal tiene una alta prevalencia en personas adolescentes que acuden al C.S.T – III Carmen Serdán. La etiología más frecuente se debe a la falta de higiene dental.

Objetivo general

Determinar la etiología, prevalencia clínica de enfermedad periodontal en los pacientes que asisten al C.S.T –III Carmen Serdán.

Objetivos específicos

- ✓ Determinar la prevalencia clínica de enfermedad periodontal.
- ✓ Establecer el sexo más afectado por problemas periodontales.
- ✓ Conocer el rango de edad más afectado periodontalmente.
- ✓ Identificar las posibles causas más frecuentes de enfermedad periodontal y el tratamiento empleado.

Material y métodos

El estudio fue de tipo clínico, analítico y transversal, utilizando como instrumento de evaluación la exploración intraoral así como la aplicación de un formulario constituido por 10 interrogantes, el universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes que acudieron a consulta dental en el C.S.T- III Carmen Serdán del 16 de febrero al 27 de abril del 2022, el rango de edad del universo de estudio fue de 18 a 40 años en adelante.

Muestra

La investigación se basó en el método de muestreo no probabilístico, muestreo intencional o por conveniencia, se utilizó como instrumento de evaluación la exploración intraoral así como la aplicación de un formulario constituido por 10 interrogantes.

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes mayores de edad que acudieron al servicio dental en un rango de edad de 18 a 40 años en adelante.
- ✓ Pacientes que firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.
- ✓ Pacientes que acudieron por primera a consulta dental en el C.S.T- III Carmen Serdán del 16 de febrero al 27 de abril del 2022.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que no estuvieron dispuestos a firmar el consentimiento informado para realizar el estudio.

- ✓ Pacientes con enfermedades sistémicas (VIH, Leucemia y osteoporosis).
- ✓ Pacientes con terapia ortodóncica u ortopédica al momento del estudio.
- ✓ Pacientes con alguna discapacidad.
- ✓ Sujetos edéntulos.
- ✓ Mujeres embarazadas.
- ✓ Pacientes con prótesis parcial removible desajustada debido a que la higiene dental es deficiente y esto desencadena el acumulo placa dentobacteriana que provoca a su vez inflamación en la encía, si este acumulo de la misma progresa se convierte en enfermedad periodontal).
- ✓ Menores de edad.

Procedimiento

Antes de iniciar la investigación se les informó a los pacientes el objetivo y el procedimiento del estudio.

Para obtener la incidencia Etiológica y prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes del C.S.T- III Carmen Serdán se aplicó un formulario constituido por diez interrogantes, también se realizó una exploración intraoral la cual consistió en el llenado del índice periodontal comunitario y el Índice de higiene oral simplificado, dichos instrumentos de estudio se realizaron a todos los pacientes que acudieron a consulta dental por primera vez durante el periodo que comprende del 16 de febrero al 27 de abril del 2022, el rango de edad del universo de estudio fue de 18 a 40 años en adelante.

Se entregó a cada uno de los pacientes antes de la consulta el formulario el cual estuvo integrado por diez preguntas, para las cuales hubo dos posibles

respuestas: SI y NO este fue devuelto para posteriormente realizar la exploración intraoral.

Se le explicó a cada persona que para cada pregunta sólo se debería seleccionar una respuesta.

Para el análisis de datos se seleccionó a aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión posteriormente se realizó las exploraciones intraorales, los datos fueron recolectados en una ficha confeccionada especialmente para el estudio (IPC e IHOS), siendo registrados por el mismo examinador, dicha ficha sirve para evaluar la presencia de placa dentobacteriana, sangrado y calculo dental.

El diagnóstico clínico se realizó mediante el Índice Periodontal Comunitario (IPC). Véase ilustración 1.8, tabla 1., así como el Índice de higiene oral simplificado (IHOS). Véase Ilustración 1.9, tabla 2.

En cada exploración se utilizó una bandeja de examen: equipo básico, guantes y sonda periodontal diseñada por la OMS.

Se le pidió al paciente que se sentará en el sillón, el clínico se colocó por detrás del paciente para realizar la exploración clínica.

El Índice IPC evaluó lo siguiente:


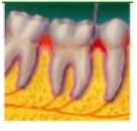
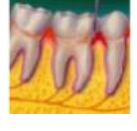

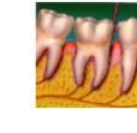
Ilustración 1.9.- Índice Periodontal Comunitario (IPC).

I <input type="checkbox"/> 14-17	II <input type="checkbox"/> 13-23	III <input type="checkbox"/> 24-27
VI <input type="checkbox"/> 47-44	V <input type="checkbox"/> 43-33	IV <input type="checkbox"/> 34-37

Código

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1.- Valores atribuidos al índice Periodontal Comunitario (IPC).

Valor código	Descripción	Signo clínico
0	No presenta sangrado, cálculo, ni bolsas periodontales al introducir la sonda	
1	Al introducir la sonda suavemente se presenta sangrado y no hay presencia de cálculo, ni bolsas periodontales	
2	Presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival. Se presentan bolsas periodontales; sin embargo, la zona oscura de la sonda es completamente visible	
3	Presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival. Se presentan bolsas periodontales; sin embargo, la zona oscura de la sonda es parcialmente visible	
4	Presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival. Se presentan bolsas periodontales; sin embargo, la zona oscura de la sonda no es visible	

Fuente: Elaboración propia.

Sangrado, cálculo y bolsas periodontales

Se determinó mediante la sonda periodontal diseñada por la OMS, el procedimiento se realiza introduciendo la punta de la sonda suavemente en el surco o la bolsa gingival con ello se explora la totalidad de ese surco o bolsa (vestibular, palatina o lingual). La boca se divide en sextantes definidos por los números de dientes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 y 44-48.

Un sextante debe tener al menos dos dientes funcionales y no estar indicados para extracción.

El sistema excluye a los terceros molares, excepto cuando funcionan en lugar de los segundos molares.

Se consideran diez dientes 17 y 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 y 47.

Primero se revisa el primero y segundo molar por todas las superficies, se asigna y el valor más alto encontrado a todo el sextante.

Si no hay primero y segundo molar en un sextante, se examinan todos los dientes que quedan. En tal caso, no incluya en la calificación las superficies distales de los terceros molares.

Se deben revisar los dientes 11 y 31 para los sextantes anteriores.

Para evaluar a niños y adolescentes la dentición se debe Dividir la dentición en seis partes: 17-14, 13-23, 24-27, 37-34, 33-43 y 44-47.

Se debe Evaluar un diente por sextante. Únicamente se examinan 6 dientes; siguiendo la secuencia 16,11, 26, 36, 31, 46.

Sólo se deben utilizar los códigos 0, 1 y 2 para los niños menores de 11 años, debido a que frecuentemente se presentan a esta edad falsas bolsas sin pérdida de inserción.

Anote un 9 donde exista menos dos dientes en el sextante.

IHOS

La examinación de dientes se realiza dividiendo la boca en seis partes (sextante) y se revisan seis dientes específicos, uno por cada sextante. Para la revisión de los dientes se requiere que se encuentren completamente erupcionados para calcular adecuadamente la presencia de detrito o cálculo, en el caso contrario que los dientes no estén completamente erupcionados, no se revisarán esos dientes. Se evalúan únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS la puntuación tiene un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6, contabilizando detritos y cálculo.

La secuencia a seguir en la revisión es 16, 11, 26, 36, 31 y 46, para valorar detritos y cálculo.

Las superficies dentales se examinan del borde incisal a cervical con el explorador procurando revisar toda la superficie. La puntuación debe reflejar la estimación de toda la superficie, incluida el área proximal de las zonas de contacto. Se deben revisar las superficies vestibulares de los primeros molares y el central derecho.

Si no estuviese presentes los primeros molares o se encuentre restaurado con una corona total sustitúyalos por el segundo o el tercer molar. En el caso del central se podrá sustituir por el otro central. Se deben explorar la superficie bucal del central izquierdo, en el caso de los primeros molares se revisarán las superficies linguales. De no encontrarse alguno de los dientes, se realiza la sustitución la misma

sustitución mencionada anteriormente. Si no se encuentra ningún molar (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) se deberá excluir ese segmento de la revisión esta exclusión se realiza tanto en posteriores como en anteriores y se coloca el numero 9 el cual indica exclusión.

Para calcular este índice debe registrarse por lo menos dos sextantes, el promedio de detritos bucales se obtiene sumando los valores encontrados y dividiendo entre las superficies examinadas. El mismo método se utiliza para obtener el promedio del cálculo dentario. El IHOS es la suma del promedio de detritos bucales y del cálculo dentario.

Ilustración 2.- índice de Higiene oral simplificado (IHOS).






DIENTE	PDB				SARRO			
	0	1	2	3	0	1	2	3
16								
11								
26								
36								
31								
46								




CÓDIGO

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2.- Valores atribuidos al Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

Registro de detritos		
Valor o Código	Criterio	Signo clínico

0	Ausencia de detritos o mancha extrínseca en la superficie examinada	
1	Presencia de detritos cubriendo no más de 1/3 de la superficie del diente, o ausencia de detritos, más presencia de mancha extrínseca	
2	Presencia de detritos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no presencia de mancha extrínseca	
3	Presencia de detritos cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no la mancha extrínseca	
Registro de cálculo dentario		
0	Ausencia de cálculo supragingival	

1	Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 de la superficie examinada	
2	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival	
3	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada o bien una faja continua de cálculo subgingival a lo largo de la región cervical del diente	

Fuente: Elaboración propia.

Escala para evaluar el IHOS

Clasificación	Puntuación
Excelente	0
Buena	0.1 a 1.2
Regular	1.3 a 3.0
Mala	3.1 a 6.0

Para identificar las posibles etiologías de la enfermedad periodontal se anexaron 10 signos clínicos de enfermedad periodontal que el clínico observaría a la exploración bucal y 10 cuestionamientos relacionados a los hábitos, para estas últimas se le indico al paciente que subrayara todos aquellos hábitos que realizaba.

Para obtener resultados más certeros se recolectaron datos de la anamnesis, todo de acuerdo a la Historia clínica del C.S.T-III Carmen Serdán.

Los datos obtenidos fueron vaciados en un documento en Excel y posteriormente se graficaron.

Relación de variables

Tabla 3.-Relación de variables signos, síntomas, hábitos y exploración dental.

Variable independiente	Definición	Categoría	Indicadores	Instrumentos
Síntomas	Manifestación de una enfermedad o de un síndrome que solo es percibida por el individuo que lo padece.	Nominal	¿Ha notado sangrado en las encías? ¿Ha notado movilidad dental?	Cuestionario
Signos	Manifestación objetiva de una enfermedad o un síndrome, que resulta evidente para un observador diferente del sujeto que lo presenta. Puede ser espontáneo o provocado por una maniobra exploradora.	Nominal	Presencia de placa dentobacteriana Presencia de cálculo dental	Índice periodontal comunitario e índice de higiene oral simplificado Exploración clínica.
Hábitos	Práctica habitual de una persona	Nominal	¿Toma alcohol? ¿Fuma?	Cuestionario, anamnesis, historia clínica.
Exploración dental	Inspección de los dientes y tejidos blandos circundantes de la cavidad bucal	Nominal	Ausencia de órganos dentarios.	Odontograma

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4.- Relación de variables dependientes.

Variable dependiente	Definición	Categoría	Indicadores	Instrumentos
Enfermedad periodontal	Es una enfermedad localizada en la encía y las estructuras de soporte del diente, producida por ciertas bacterias provenientes de la placa subgingival.	Nominal	Encuesta Examen clínico: Inspección, medición, análisis clínico intraoral.	Índice periodontal comunitario Índice de higiene oral simplificado

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5.-Relación de variables interviniente.

Variable interviniente	Definición	Categoría	Indicadores
Género	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres.	Masculino. Femenino.	Encuesta.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona, se mide en años.	18 años en adelante.	Encuesta.

Fuente: elaboración propia.

Resultados

Para obtener la incidencia Etiológica y prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes del C.S.T- III Carmen Serdán se aplicó un formulario constituido por diez interrogantes, así como una exploración intraoral, tales instrumentos de estudio se realizaron a todos los pacientes que acudieron a consulta dental por primera vez durante el periodo que comprende del 16 de febrero al 27 de abril del 2022, el rango de edad del universo de estudio fue de 18 a 40 años en adelante. Se analizaron 50 formularios de los 70 aplicados, los 20 restantes fueron descartados por no cumplir con los criterios de inclusión. La muestra se conformó por 30 individuos del género masculino y 20 femenino.

Resultados del cuestionario

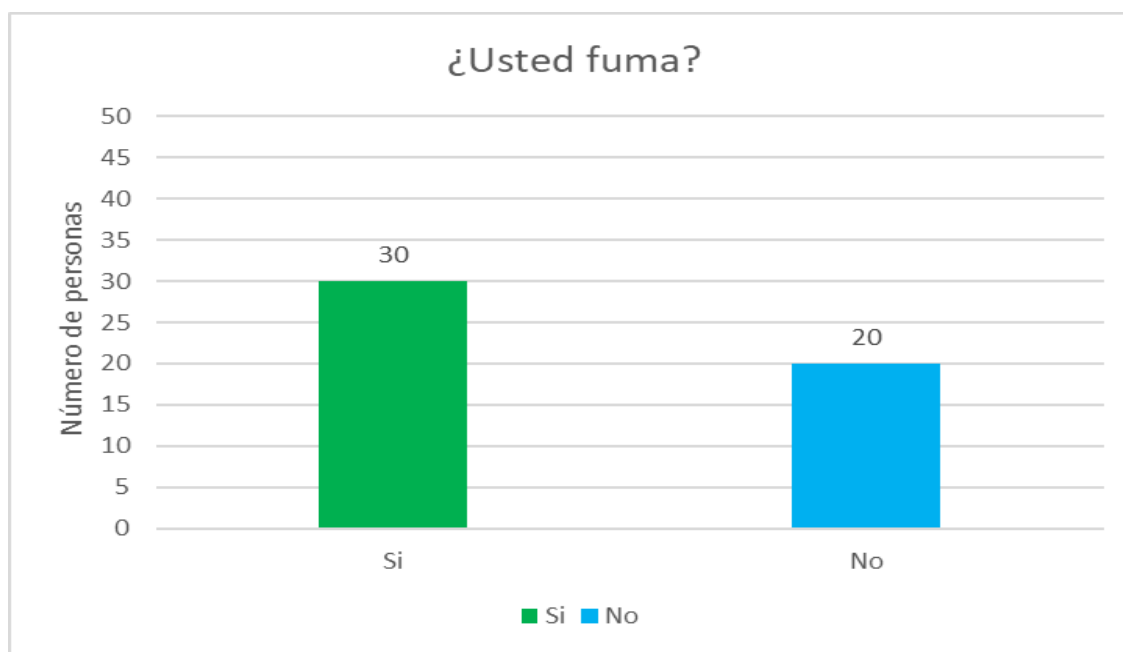
Del total de la muestra 30 pacientes refirieron fumar véase tabla 6, gráfica 1.

Tabla 6.- Pregunta número 1 de la encuesta.

¿Usted fuma?	Si	No
	30	20

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 1.- Usted Fuma



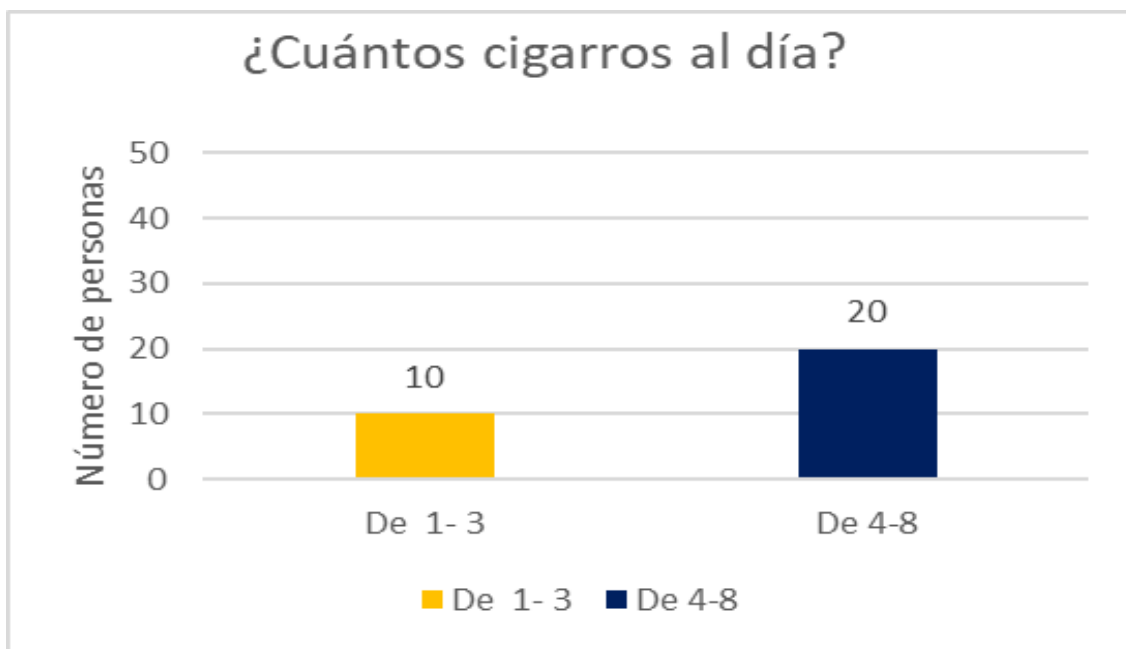
La tabla 7 muestra que del total de personas que fuma 10 de ellos consumen de 1 a 3 cigarrillos al día los 20 restantes de la muestra total fuma de 4 a 8 cigarrillos al día, véase gráfica 2.

Tabla 7.- Pregunta 2 del cuestionario aplicado.

¿Cuántos cigarros al día?	De 1 a 3	De 4 a 8
	10	20

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 2.- Cigarros fumados al día.



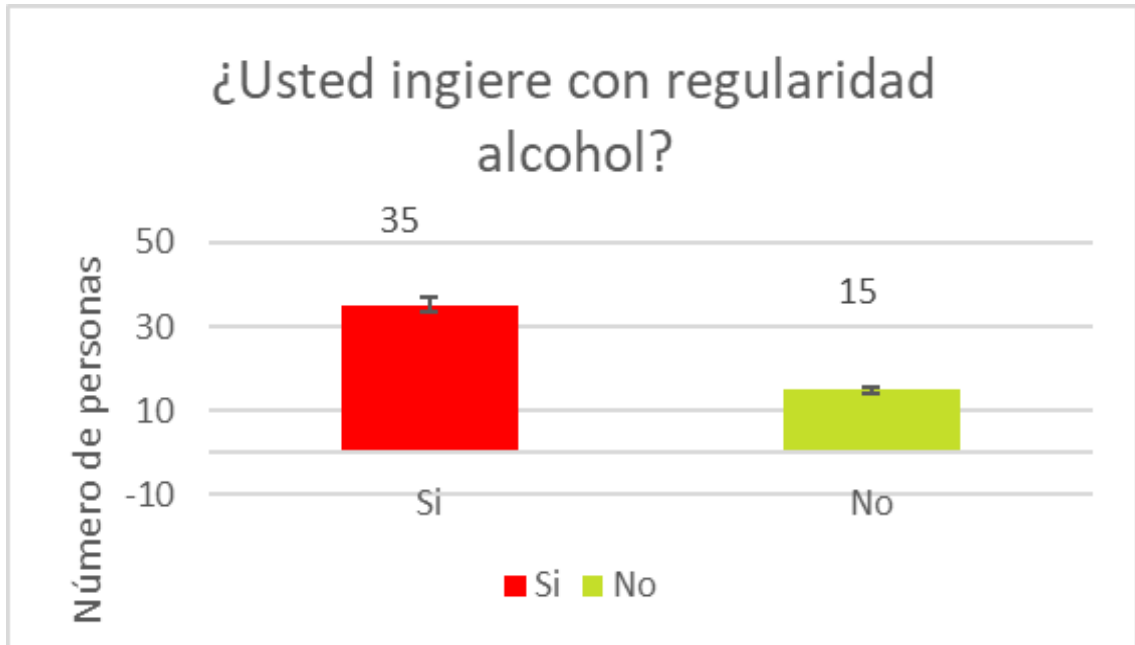
En la tabla 8 se observa que 35 pacientes de la muestra total ingiere alcohol con regularidad, véase gráfica 3.

Tabla 8.- Pregunta 3 ingesta de alcohol.

¿Usted ingiere con regularidad alcohol?	Si	No
	35	15

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 3.- Ingesta de alcohol.



Fuente: Elaboración propia.

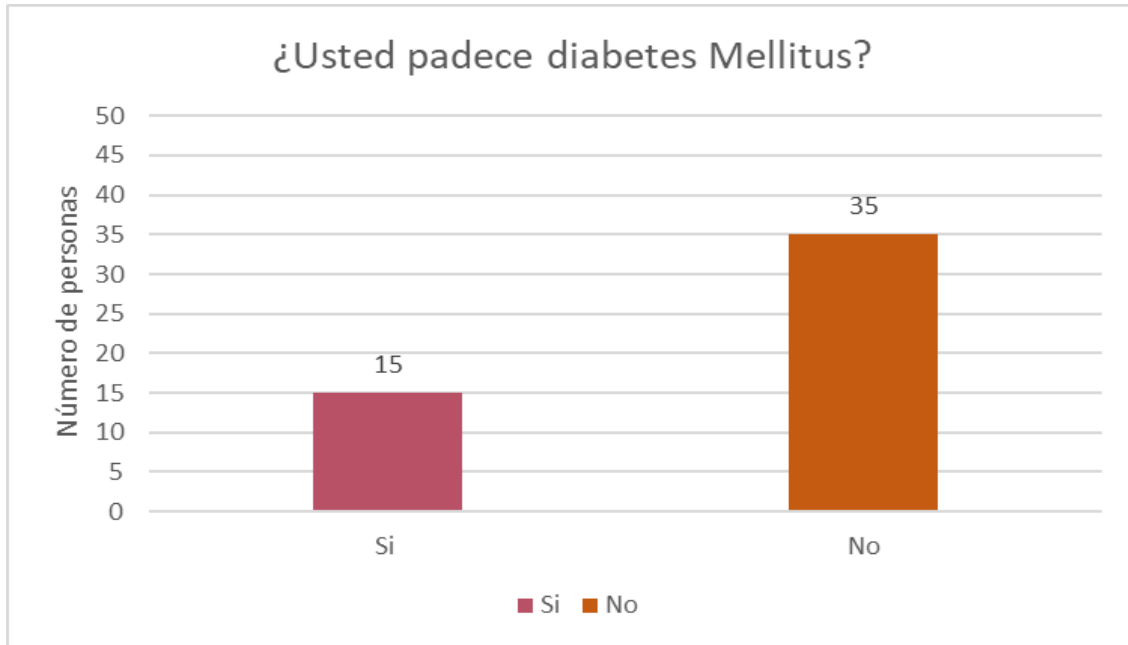
La tabla 9 muestra que 15 pacientes padecen Diabetes Mellitus, véase gráfica 4.

Tabla 9.- Pacientes con Diabetes Mellitus.

¿Usted padece diabetes Mellitus?	Si	No
	15	35

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 4.- Pacientes con Diabetes Mellitus.



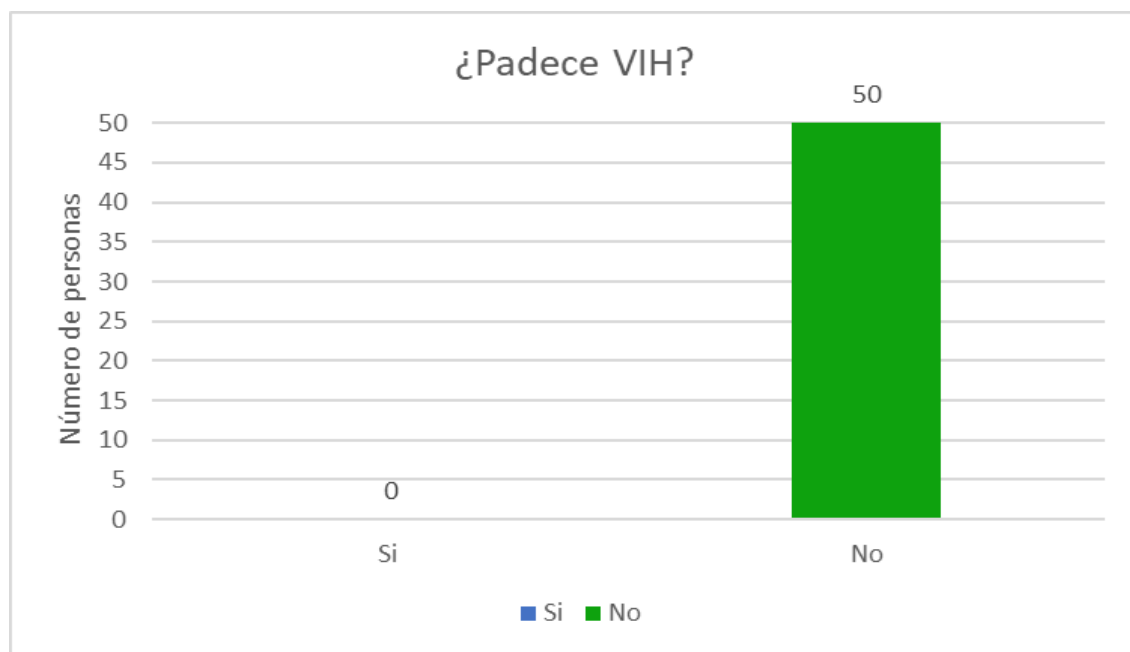
El total de los pacientes de la muestra negaron padecer VIH véase tabla 10, gráfica 5.

Tabla 10.- Cifras de pacientes con VIH.

¿Padece VIH?	Si	No
	0	50

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 5.- Pacientes con VIH.



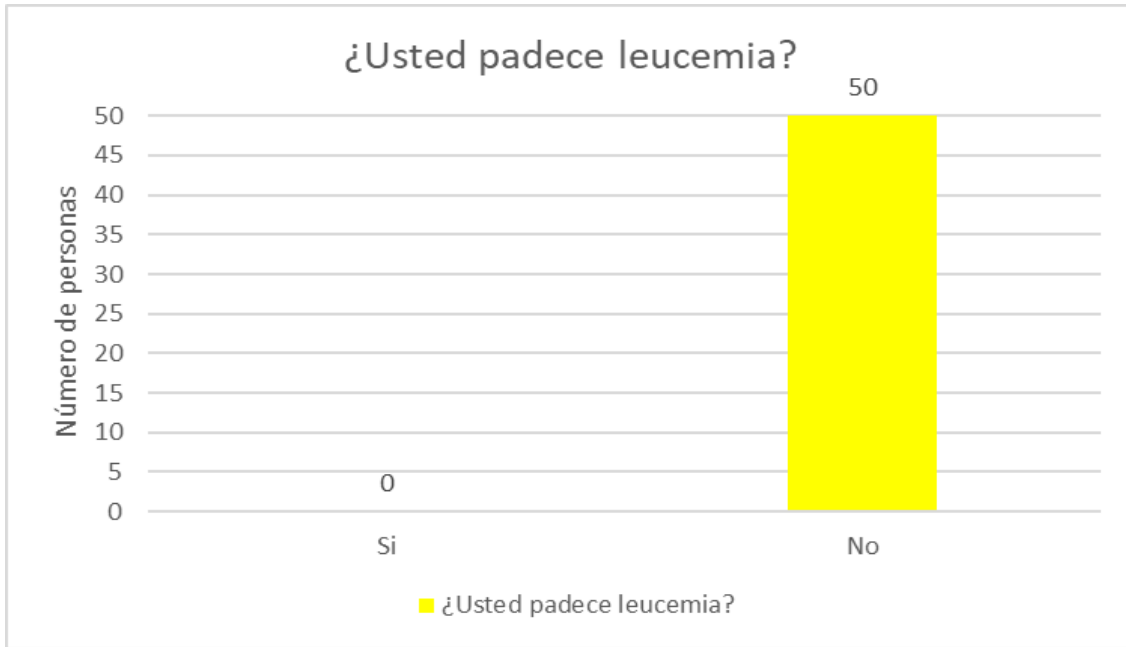
Todos los pacientes encuestados negaron padecer Leucemia, véase tabla 11, gráfica 6.

Tabla 11.- Pacientes con Leucemia.

¿Usted padece leucemia?	Si	No
	0	50

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 6.- Pacientes con Leucemia.



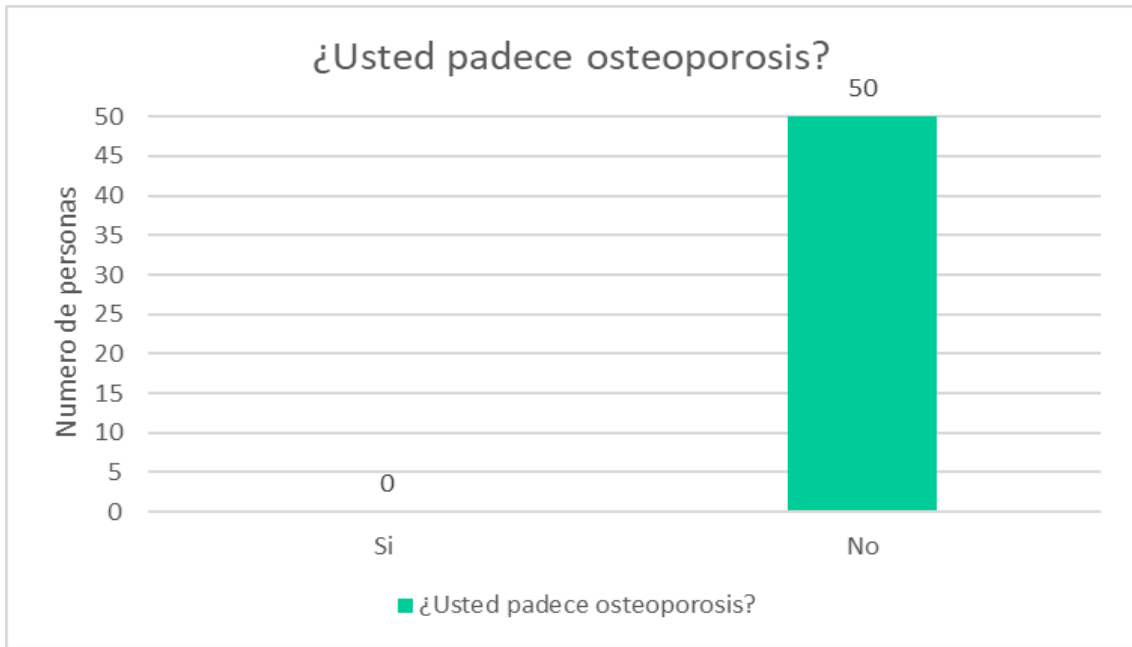
Toda la muestra de pacientes negó padecer Osteoporosis, véase tabla 12, gráfica 7.

Tabla 12.- Pacientes con Osteoporosis.

¿Usted padece osteoporosis?	Si	No
	0	50

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 7.- Pacientes con Osteoporosis.



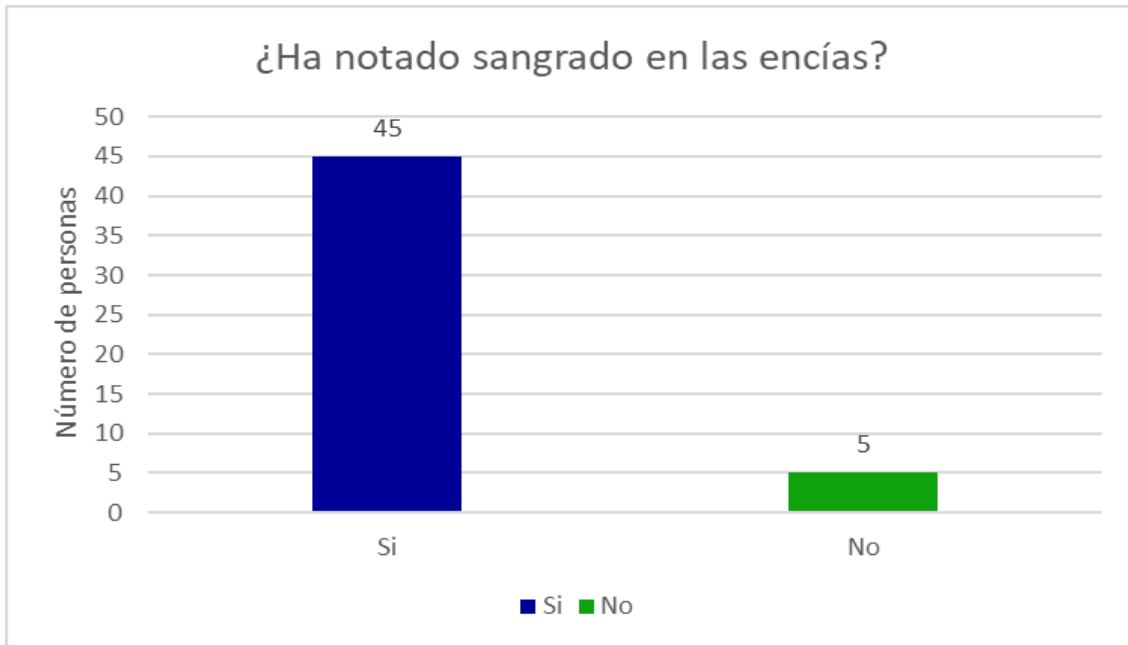
De 50 formularios aplicados 45 refirieron presencia de sangrado en sus encías, véase tabla 13, gráfica 8.

Tabla 13.- Sangrado en encías.

¿Ha notado sangrado en las encías?	Si	No
	45	5

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 8.- Presencia de sangrado en encías.



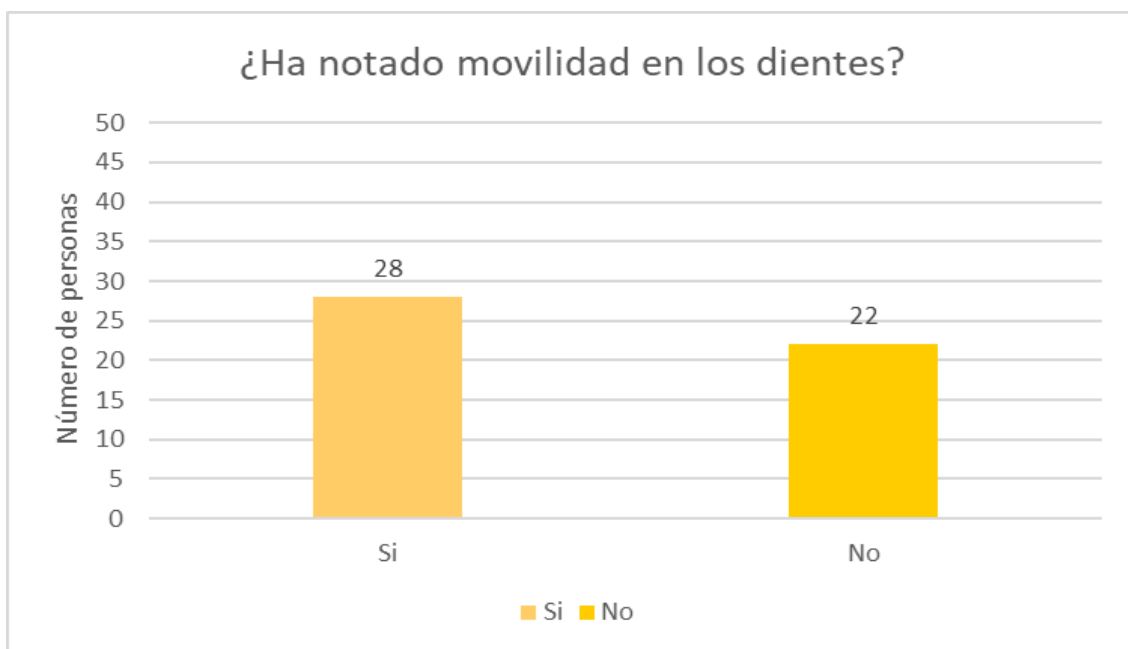
En la tabla 14 se observa la presencia de movilidad dental en 28 individuos de la muestra total, véase, gráfica 9.

Tabla 14.- Movilidad dental.

¿Ha notado movilidad en los dientes?	Si	No
	28	22

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 9.- Presencia de movilidad dental.



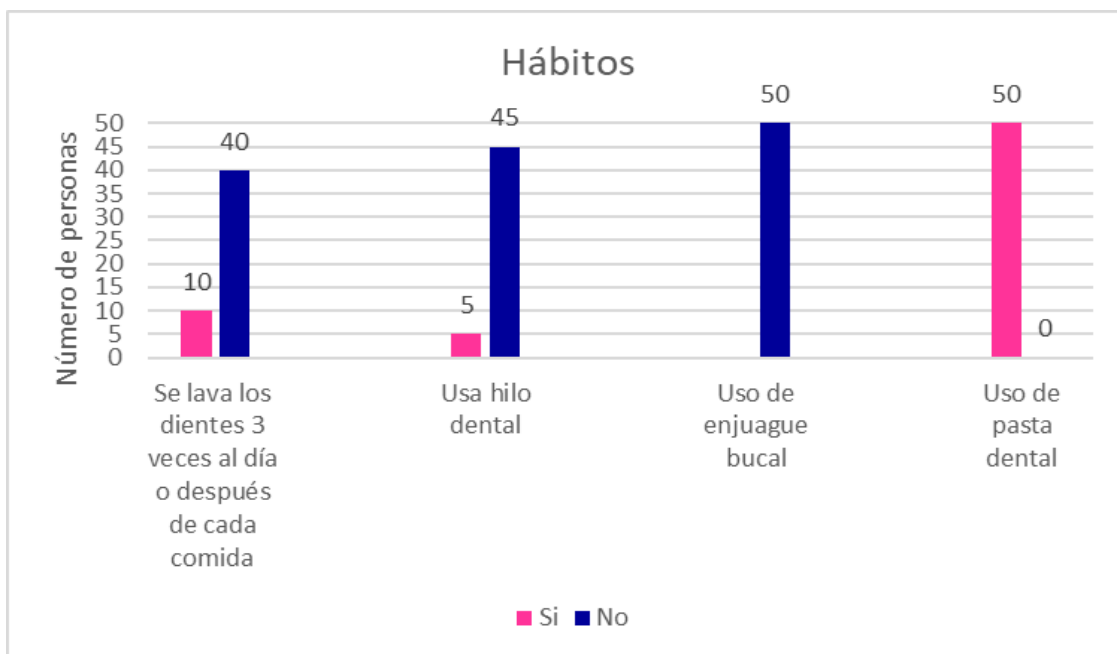
Finalmente la tabla 15 muestra que el hábito de cepillado dental es practicado por todos los encuestados, sin embargo la frecuencia con la que se realiza no es la óptima, además solo 5 personas encuestadas utiliza hilo dental. El uso de colutorios es nula sin embargo la crema dental es utilizada por todos los encuestados, véase gráfica 10.

Tabla 15.- Hábitos.

Hábitos	Si	No
Se lava los dientes 3 veces al día o después de cada comida	10	40
Usa hilo dental	5	45
Uso de enjuague bucal	0	50
Uso de pasta dental	50	0

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 10.- Hábitos dentales.



Resultados del Índice Periodontal Comunitario

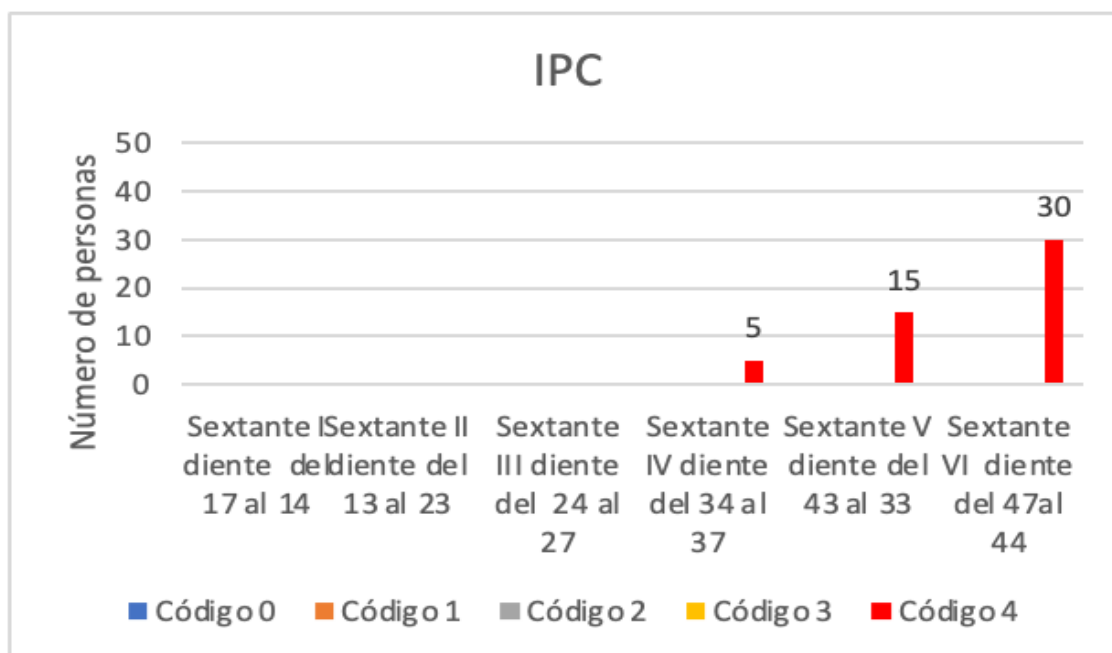
Se reporta una frecuencia de 50 pacientes con un código 4 es decir el total de la muestra tiene presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival con presencia de bolsas periodontales; sin embargo, la zona oscura de la sonda no es visible. Cabe señalar que los sextantes más afectados fueron el sextante VI, V y IV, Véase tabla 16 gráfica 11.

Tabla 16.- Índice Periodontal Comunitario.

Código 0	Sextante I diente del 17 al 14	Sextante II diente del 13 al 23	Sextante III diente del 24 al 27	Sextante IV diente del 34 al 37	Sextante V diente del 43 al 33	Sextante VI diente del 47al 44
Código 1						
Código 2						
Código 3						
Código 4				5	15	30

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 11.- IPC.



Resultados del Índice de Higiene Oral Simplificado

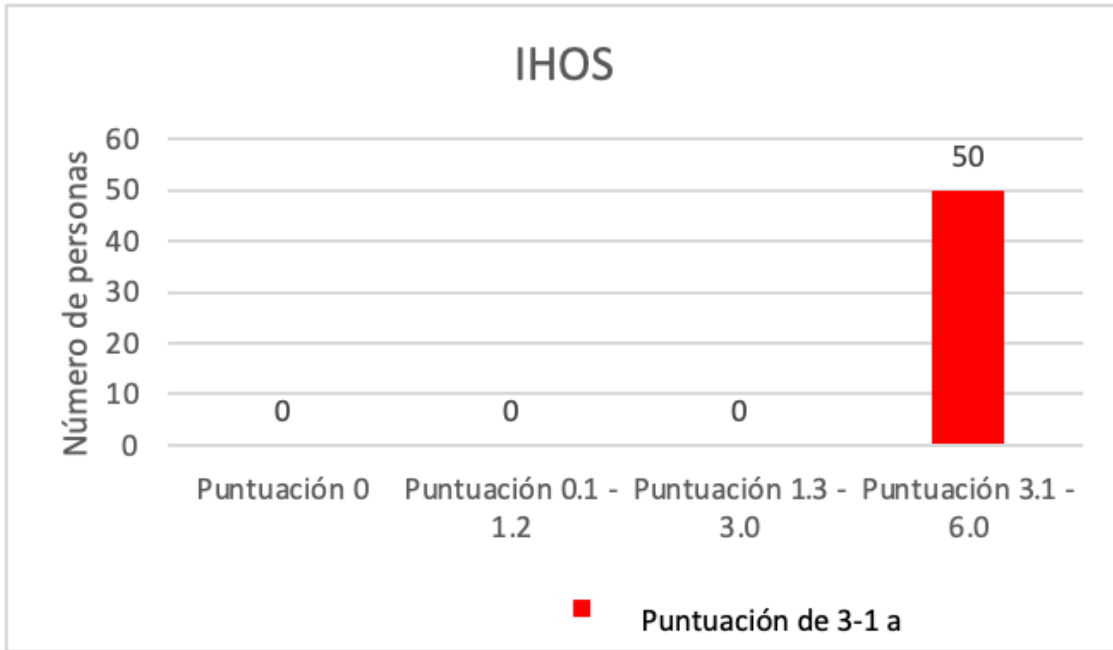
En el gráfico 12 se aprecia que toda la muestra tiene una puntuación de 3.1 a 6.0 es decir su clasificación es mala y por lo tanto su higiene es deficiente. Véase tabla 17.

Tabla 17.- Puntuación del Índice de Higiene Oral Simplificado.

	Puntuación 0	Puntuación 0.1 - 1.2	Puntuación 1.3 - 3.0	Puntuación 3.1 - 6.0
Personas	0	0	0	50

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 12.- IHOS.



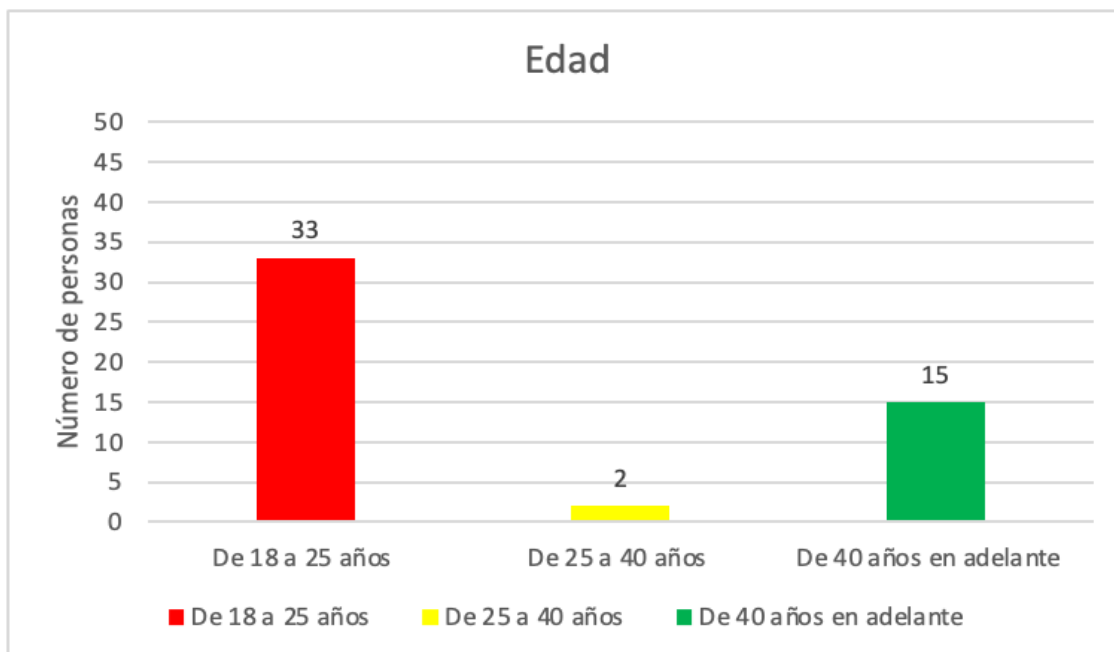
En el gráfico 13 se aprecia que 33 del total de las personas encuestadas tienen de entre 18 a 25 años, 2 personas están en el rango de 25 a 40 años y 15 de los pacientes tienen 40 años en adelante. Véase tabla 18.

Tabla 18.- Rango de edad.

Rango de edad	De 18 a 25 años	De 25 a 40 años	De 40 años en adelante
Personas	33	2	15

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 13.- Rango de edad.



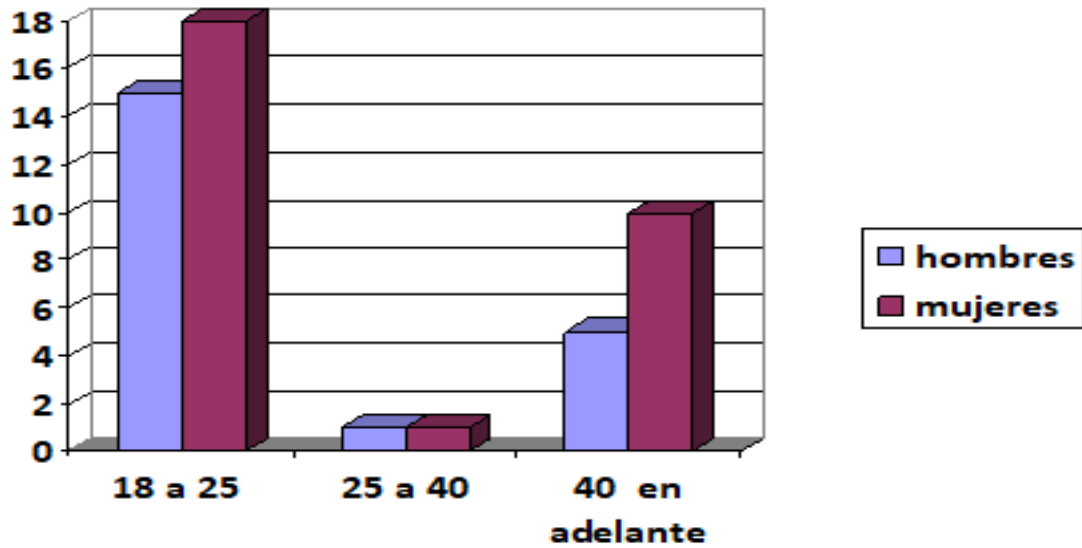
En el gráfico 14 se puede apreciar que el mayor número de personas encuestadas pertenecen al género femenino de 18 a 25 años principalmente. Véase tabla 19.

Tabla 29.- Rango de edad y genero de personas encuestadas.

Rango de edad	De 18 a 25 años	De 25 a 40 años	De 40 años en adelante
hombres	15	1	5
mujeres	18	1	10

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 14.- Rango de edad y genero de personas encuestadas.



Etiología

La tabla 19 muestra algunas de las posibles etiologías iniciadores y perpetuadores relacionadas con los casos de la prevalencia de enfermedad periodontal:

- ✓ Falta de cepillado dental
- ✓ Consumo de alcohol y tabaco

Tabla 19.-Etiologías iniciadores y perpetuadores relacionadas a enfermedad periodontal.

Causa	Frecuencia
Falta de cepillado dental	40
Consumo de tabaco	35
Consumo de alcohol	30

Fuente: elaboración propia.

Tratamiento empleado

De acuerdo a los resultados arrojados se reportó la existencia de casos clasificados con diagnóstico subclínico y clínico como malo, sin embargo,

Como plan de tratamiento a seguir fue enseñar técnica correcta de cepillado dental, uso correcto de aditamentos para lograr una mejor limpieza dental, limpieza dental profesional, además de otorgar cepillos dentales y pastillas reveladoras de placa proporcionadas por el C.S.T-III Carmen Serdán, se programaron citas para llevar un seguimiento y control de placa dentobacteriana.

Edad más afectada

Según las cifras arrojadas en la investigación la edad más afectada se encuentra en los jóvenes de 18 a 25 años la distribución se encuentra dividida en hombres y mujeres, véase tabla 19, gráfica 14.

Discusión

El presente estudio permitió evaluar la etiología y prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes que acuden al C.S.T-III Carmen Serdán, en relación a los índices realizados en este estudio se determinó que el cien por ciento de la muestra presenta signos de enfermedad periodontal obteniendo un código 4 en el índice periodontal comunitario lo cual se traduce en presencia de sangrado, calculo supragingival, subgingival y bolsas periodontales, dicha condición se debe a los malos hábitos de higiene dental.

Los resultados obtenidos son similares a los del estudio “Enfermedad periodontal en la población joven y adulta Uruguaya del interior del país”¹⁹ el cual muestra que la población más afectada por esta condición se encuentra en un rango de edad de 15 a 24 años con presencia de sangrado de 6.5%, sarro de 42.6% y bolsa periodontales de 18.3%. El “Estudio Nacional de salud oral en Colombia”²⁰ realizado en 2014 coincide que el mayor número de personas con signos de enfermedad periodontal se encuentra en la población joven que va de los 18 a los 25 años con porcentajes de 21.66 a 65.57, cabe destacar que en los otros grupos de edad se presenta pero los signos clínicos son más agresivos y por ende la reversión del estado normal de los tejidos dentales.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra el tamaño muestral reducido y la selección por conveniencia de la misma.

La prevención es la clave para fomentar la salud bucodental a nivel mundial, ya que es evidente que la periodontitis puede prevenirse mediante un control eficaz de la gingivitis y la promoción de un estilo de vida saludable tanto a nivel individual como de población en general, es necesario motivar al público en general para que mantenga la buena salud de las encías, como parte de un estilo de vida saludable, mediante campañas de salud periódicas en colaboración con las comunidades médica y odontológica. A fin de prevenir las enfermedades periodontales, es esencial trabajar activamente en programas de cesación de

tabaco y de asesoramiento dietético mediante un método basado en los factores de riesgo comunes, el diagnóstico precoz es esencial para ofrecer una atención periodontal sencilla y rentable, así como para lograr resultados del tratamiento más previsibles.

Conclusiones

Entre los hallazgos obtenidos a lo largo del análisis de esta investigación, se concluye de manera contundente que la prevalencia de enfermedad periodontal es común, algunos se presentan con signos y síntomas fáciles de reconocer, mientras que otros pueden no presentarse con síntomas identificables pero la existencia de signos indica la gravedad de la enfermedad periodontal.

De los cuestionarios analizados para el índice de Higiene Oral el 50 pacientes es decir el total de los pacientes presentan signos de enfermedad periodontal según los criterios del índice IHOS la presencia de detritos sobrepasa los $\frac{2}{3}$ de las superficies examinadas así como presencia de cálculo supragingival cubriendo más de $\frac{2}{3}$ de las superficies encaminadas además de la faja de cálculo subgingival a lo largo de la región cervical del diente, en el estudio “Enfermedad Periodontal en la población joven y adulta uruguaya del Interior del país“. Los resultados indican que la población más afectada es la población joven en un rango de edad de 15 a 24 años de edad presentando porcentajes altos en los rubros de sangrado, sarro y bolsas periodontales.

Tanto los resultados de este estudio como los nuestros indican que la mayoría de los pacientes con signos visibles y síntomas son generalmente jóvenes de 18 a 25 años. Los resultados obtenidos en ambos índices de esta investigación comparados con el estudio mencionado anteriormente varían en algunos aspectos como ya se mencionó anteriormente, esto se puede deber a:

- ✓ Falta de tiempo para contestar el cuestionario.
- ✓ Falta de interés.
- ✓ No haber entendido la pregunta.
- ✓ Desconfianza.

- ✓ Falta de organización por parte del equipo encuestador.
- ✓ Falta de experiencia y tiempo por parte del encuestador para poder realizar una exhaustiva exploración y toma de serie radiografía.

Algunos estudios mencionan que el tratamiento empleado para enfermedad periodontal es:

- ❖ Cepillado dental adecuado
- ❖ Uso de hilo dental, crema dental y enjuague bucales
- ❖ Control de placa dentobacteriana
- ❖ Limpiezas dentales profesionales
- ❖ Cirugías periodontales
- ❖ Estilo de vida

El tratamiento empleado para esta investigación fue con educación sobre técnicas correctas de cepillado dental, control de placa dentobacteriana, limpiezas dentales profesionales y entrega de cepillos dentales y pastillas reveladoras de placa proporcionadas por el C S.T-III Carmen Serdán.

Con lo analizado anteriormente se deduce que la hipótesis planteada para esta investigación es verdadera.

En algún futuro se podría realizar el mismo estudio con índices más detallados y específicos además de realizar terapias más específicas para prevenir y revertir el problema de raíz.

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL ESTUDIO ETIOLOGÍA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES DEL C.S.T- III CARMEN SERDÁN

Ciudad de México, _____ de _____ 2022

Investigadores:

Dra. Karla Ivette Oliva Olvera
PSS Liliana Angeles Albino
Asesores de C.S.T-III Carmen Serdán
Dr. Antonio Belmont Guerrero
Dr. Jesús Arturo Sierra Tortolero
Dra. Beatriz González Vargas
Dra. María Elena Beaujean Palomino
Dra. Julieta Garnica Escamilla
Dr. Jairo Jocsan Domínguez Manjarrez
Epidemiología Griselda Ruiz Luis

Por medio de la presente declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio "Etiología y prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes del C.S.T- III Carmen Serdán" que se realizará en C.S.T- III Carmen Serdán en la Ciudad De México.

Estoy consciente de que el procedimiento para realizar dicho estudio consistirá en la aplicación de un cuestionario, en la exploración de la cavidad oral; y que los riesgos a mi persona serán nulos debido a que solo será observacional y exploración física.

El doctor encargado del servicio dental se ha comprometido a proporcionarme información oportuna sobre mi diagnóstico, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee de los procedimientos. Se me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones, fotografías o publicaciones que se deriven de este procedimiento y de que los datos proporcionados serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del Dr. Encargado
del servicio dental

Nombre y firma del investigador

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UAM - XOCHIMILCO**

El siguiente cuestionario es anónimo con fines de investigación, se le solicita de la manera más atenta contestar cada una de las preguntas realizadas señalando **solamente una respuesta.**

Edad: _____

Sexo: _____

¿Usted fuma?

A) SI

B) NO

¿Cuántos cigarros al día?

De 1 a 3

B) De 4 a 8

¿Usted ingiere con regularidad alcohol?

A) SI

B) NO

¿Usted padece diabetes mellitus?

A) SI

B) NO

¿Padece VIH?

A) SI

B) NO

¿Usted padece leucemia?

A) SI

B) NO

¿Usted padece osteoporosis?

A) SI

B) NO

¿Ha notado sangrado en las encías?

A) SI

B) NO

¿Ha notado inflamación en sus encías?

A) SI

B) NO

¿Ha notado movilidad de dientes?

A) SI

B) NO

Para finalizar indique los hábitos que regularmente practica

Lavarse los dientes 3 veces al día o después de cada comida

Uso de hilo dental

Uso de enjuague bucal


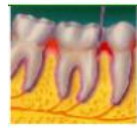


Uso de pasta dental

Índices de diagnóstico

IPC		
I <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 5px auto;" type="text"/> 14-17	II <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 5px auto;" type="text"/> 13-23	III <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 5px auto;" type="text"/> 24-27
VI <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 5px auto;" type="text"/> 47-44	V <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 5px auto;" type="text"/> 43-33	IV <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 5px auto;" type="text"/> 34-37

Código

Valores atribuidos al índice Periodontal Comunitario (IPC).

Valor o código	Descripción	Signo clínico
0	No presenta sangrado, cálculo, ni bolsas periodontales al introducir la sonda	
1	Al introducir la sonda suavemente se presenta sangrado y no hay presencia de cálculo, ni bolsas periodontales	
2	Presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival. Se presentan bolsas periodontales; sin embargo, la zona oscura de la sonda es completamente visible	
3	Presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival. Se presentan bolsas periodontales; sin embargo, la zona oscura de la sonda es parcialmente visible	
4	Presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival. Se	




	presentan bolsas periodontales; sin embargo, la zona oscura de la sonda no es visible	
--	---	--






Índice de Higiene oral simplificado (IHOS).

DIENTE	PDB				SARRO			
	0	1	2	3	0	1	2	3
16								
11								
26								
36								
31								
46								

CÓDIGO

Valores atribuidos al Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

Registro de detritos		
Valor o Código	Criterio	Signo clínico
0	Ausencia de detritos o mancha extrínseca en la superficie examinada	
1	Presencia de detritos cubriendo no más de 1/3 de la superficie del diente, o ausencia de detritos, más presencia de mancha extrínseca	
2	Presencia de detritos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no presencia de mancha	

	extrínseca	
3	Presencia de detritos cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no la mancha extrínseca	
Registro de cálculo dentario		
0	Ausencia de cálculo supragingival	
1	Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 de la superficie examinada	
2	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival	
3	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada o bien una faja continua de cálculo subgingival a lo largo de la región cervical del diente	

Escala para evaluar el IHOS

Clasificación	Puntuación
Excelente	0
Buena	0.1 a 1.2
Regular	1.3 a 3.0
Mala	3.1 a 6.0

Bibliografía

1. Lindhe, J., Karring, T., Araujo, M., “The Anatomy of Periodontal Tissues”, en Lang, N., Lindhe, J., Clinical Periodontology and Implant Dentistry, Oxford, Wiley Blackwell, 2015, pp. 3-47.
2. Gómez, Elsa. “Histología, Embriología e Ingeniería Tisular bucodental”.3ra edición: Editorial Médica Panamericana; 2009.p.317-339.
3. Berkovitz, B. K. B., Holland, G. R., Moxham, B. J., Oral Anatomy, Embriology and Histology, Nueva York, Elsevier Limited, 2009.
4. Carranza Fa jr. Newman m. Periodontología clínica. 9° edición. México D.F.:Mc Graw Hill interamericana;2004.p 14-18.
5. Nanci, A., Somerman, M. J., “Periodontium”, en Nanci, A., Ten Cate’s Oral Histology: Devolopment, Structure, and Function, San Louis, Mosby Inc., 2003. pp. 240-274.
6. Pöllänen, M., Salonen, J., Uitto, V., “Structure and Function of the Tooth– Epithelial Interface in Health and Disease”, en Periodontology 2000, 2003, 31, pp. 12-31.
7. Berkovitz, B. K. B., Holland, G. R., Moxham, B. J., Oral Anatomy, Embriology and Histology, Nueva York, Elsevier Limited, 2009.
8. Eke PI et al. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. J Dent Res 2012; 91: 914–920.
9. Marcenes W et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. J Dent Res 2013; 92: 592–597.

10. Kassebaum NJ et al. Global Burden of Severe Periodontitis in 1990-2010: A Systematic Review and Meta-regression. *J Dent Res* 2014; 93: 1045–1053.
11. Listl S et al. Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dent Res* 2015; 94: 1355–1361.
12. Wolf, H. F., Hassell, T. M., Atlas a color de periodontología, Colombia, Amolca, 2009.
13. Darveau, R. P., Tanner, A., Page, R. C., “The Microbial Challenge in Periodontitis”, en *Periodontology* 2000, 1997, 14, pp. 12-32.
14. Listgarten, M. A., “Formation of Dental Plaque and other Oral Biofilms. Dental Plaque Revisited: Oral Biofilms in Health and Disease”, en Cardiff: Bioline, 1999, pp. 187-210.
15. Groeger, S. E., Meyle, J., “Epithelial Barrier and Oral Bacterial Infection”, en *Periodontology* 2000, 2015, 69, 1, pp. 46-67.
16. Kumar, V., Abbas, A., Fausto, N., Aster, J. C., Robbins y Cotran-Patología estructural y funcional, Barcelona, Elsevier, 2010. Page, R., Schroeder, H., “Pathogenesis of Inflammatory Periodontal Disease. A Summary of Current Work”, en *Laboratory Investigations*, 1976, 34, pp. 235-249.
17. Chappelle, I., “Periodontal Diagnosis and Treatment”, en *Periodontology* 2000, 2009, 51, pp. 9-24.
18. Mueller, H. P., Periodontología, México, ed. Manual Moderno, 2008.

CAPÍTULO III: ANTECEDENTES

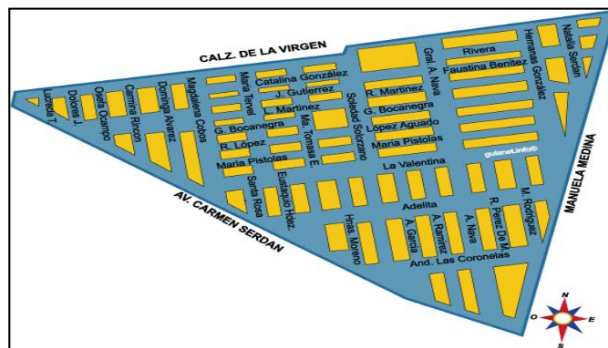
Descripción de la plaza

El tipo de plaza asignado fue tipo “A” y el lugar asignado fue el Centro de Salud C.S.T-III Carmen Serdán ubicado en la colonia Soledad Solórzano entre María Pistolas y Gertrudis Bocanegra s/n Colonia Carmen Serdán delegación Coyoacán código postal 04480 ciudad de México.

El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 15:00 p.m. fines de semana de 8:00 a.m. a 14 p.m.

Zona de influencia

Ilustración 3.1.- Zona de influencia del C.S.T-III Carmen Serdán.



Ubicación área

El C.S.T-III Carmen Serdán está ubicado en la Delegación Coyoacán, dentro de la zona conocida como “Los Culhuacanes”, en la calle de Soledad Solórzano s/n, entre María Pistolas y Gertrudis Bocanegra, Colonia Carmen Serdán. Ilustración 3.2.

Ilustración 2.2.- Ubicación del C.S.T-III Carmen Serdán.



Demografía

El C.S.T-III Carmen Serdán Tiene bajo su responsabilidad un 25% del territorio de la delegación Coyoacán, se divide en 41 áreas geográficas estadísticas básicas (AGEB'S) y está habitado por 147,255 personas, de esta población 72,482 (49.22%) son hombres y 73,765 (50.77%) son mujeres de los cuales 47,132 (32%) corresponden a población sin seguridad social.

Nivel de educación de la población

El nivel de escolaridad con el que cuenta la población es de un 45.7% cuentan con estudios de licenciatura, el 25% cuenta con el nivel medio superior, el 27% con un nivel básico de educación y el 1.4% no tiene escolaridad, la tasa de alfabetización es de 99.3% en un rango de edad de 15 a 24 años y de 25 años y más es de 98.6%.

Servicios de salud

El 73.3% de la población cuenta con afiliación a algún tipo de servicios de salud el 60.3% cuenta con IMSS, el 11.1% INSABI, el 21.5% con ISSSTE, el 0.3% IMSS bienestar, el 1.5% con PEMEX, defensa o marina, el 8.1% Institución privada y el 1.1% otra institución.

Mortalidad y morbilidad

El promedio de hijos vivos nacidos es del 0.9 y la mortalidad en la población es del 3.0% principalmente en mujeres de 15 años a 49 años, las principales enfermedades de mortalidad y morbilidad son:

Tabla 20.- Morbilidad y mortalidad.

No.	MORBILIDAD	MORTALIDAD
1.	COVID-19	COVID-19
2.	Enfermedades isquémicas del corazón	Diabetes mellitus
3.	Diabetes mellitus	Enfermedades del corazón
4.	Hipertensión	Agresiones y accidentes
5.	Infecciones intestinales	Tumores malignos

Fuente: Elaboración propia.

Visión del C.S.T-III

Ser un equipo líder, innovador, responsable y comprometido, que permita generar estrategias de mejora en todas y cada una de las áreas que integran al centro de salud.

Misión

Somos un equipo multidisciplinario que detecta, recaba, analiza e informa los resultados de forma veraz y oportuna lo que permite la toma de decisiones para la mejora continua de la calidad en los servicios

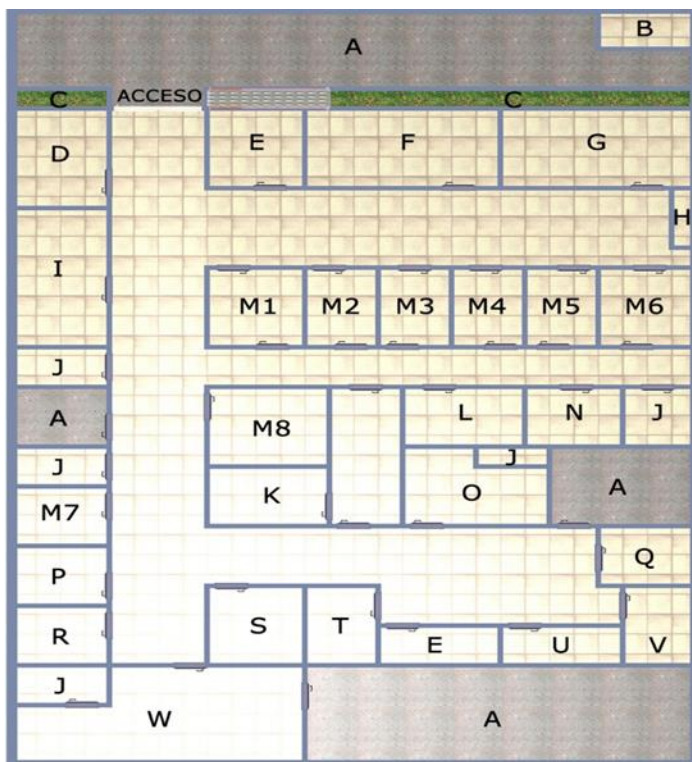
El C.S.T-III Carmen Serdán es una unidad de primer nivel de atención conformada por los siguientes servicios:

- Núcleos básicos (7)
- Clínica de enfermedades crónico degenerativas
- Consultorio de psicología
- Consultorio de odontología
- Un médico del programa médico en tu casa
- Un nutriólogo
- Farmacia
- Laboratorio de análisis clínicos
- Radiología
- Electrocardiografía
- Inmunizaciones
- Curaciones
- C.E.Y.E
- Trabajo social

- Archivo Clínico
- Almacén
- Epidemiología
- Administración
- Dirección
- Centro de atención para las adicciones(U.N.E.M.E CAPA)

Plano de distribución del C.S.T-III

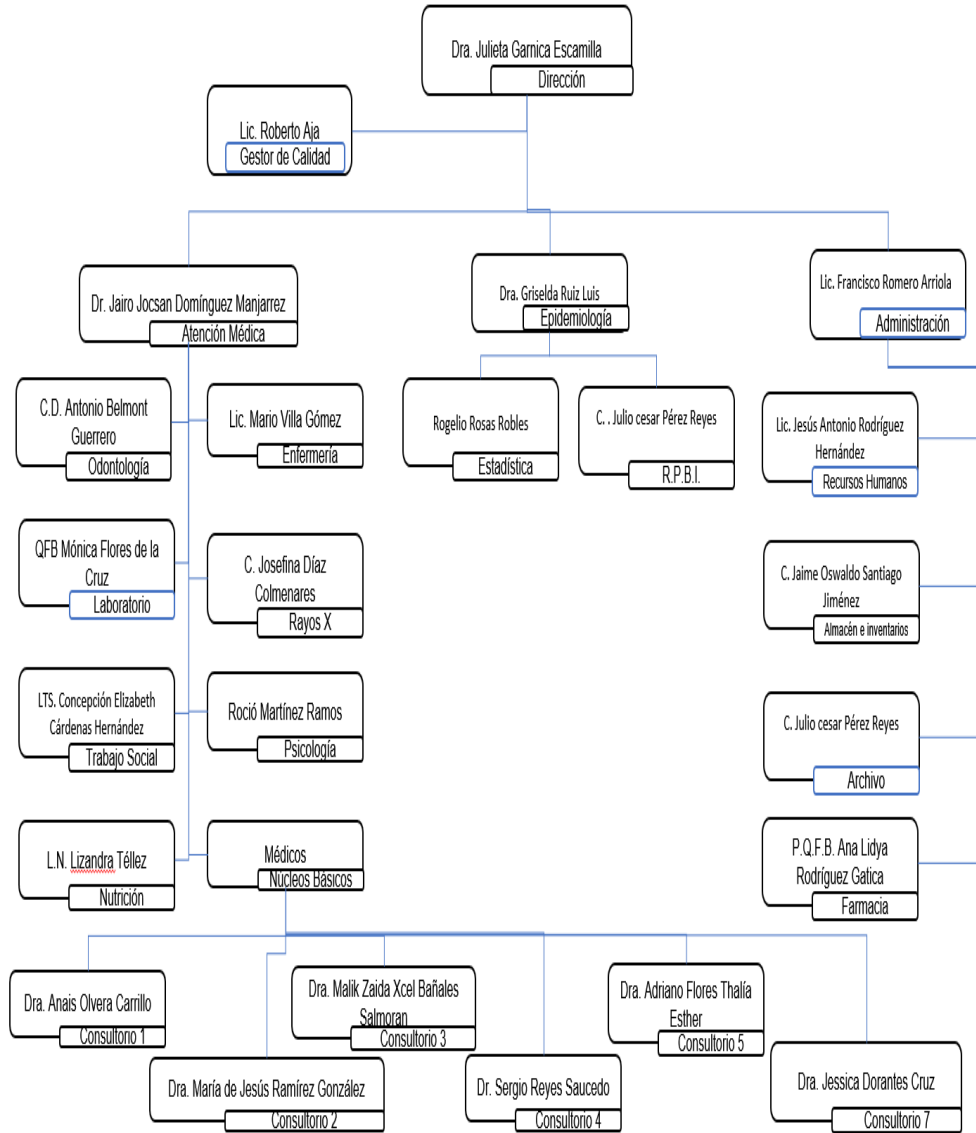
Ilustración 3.3.- Plano de ubicación por servicios del C.S.T-III Carmen Serdán.



- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| A - Patio | M - Módulo |
| B - RPBI | N - Séptico |
| C - Jardín | O - Enfermería |
| D - Farmacia | P - Administración |
| E - Trabajo Social | Q - C.E.Y.E. |
| F - Laboratorio | R - Dirección |
| G - Rayos X | S - Salud bucal |
| H - Edfufasas | T - Curaciones e inmunizaciones |
| I - Archivo clínico | U - Epidemiología y estadística |
| J - Baño | V - Almacén |
| K - Módulo de enfermería | W - Aula |
| L - Ropería | |

Organigrama

Ilustración 3.4.- Organigrama del C.S.T-III Carmen Serdán.



Actividades por área de la unidad

Dirección

Planear, implementar estrategias para la ejecución de los programas, supervisar cada una de las áreas, así como sus actividades, evaluar los resultados obtenidos de acuerdo a las metas establecidas, corregir las áreas de oportunidad que se presenten en el desarrollo de las actividades, informar sobre los avances, dar a conocer los resultados obtenidos de manera bimestral a las autoridades y colaboradores.

Epidemiología

- Vigilancia epidemiológica
 - Cercos epidemiológicos
 - Estudios de caso
 - Control de pacientes con tuberculosis
 - Supervisión de personas agredidas por animal capaz de transmitir rabia
 - Detecciones:
 - Diabetes
 - Cólera
 - Influenza
 - Tuberculosis
 - Hipertensión arterial
-

- Obesidad
- Cáncer cervicouterino
- Cáncer de mama
- Cáncer de próstata

Administración

- Controlar y supervisar los recursos humanos
- Control de recursos materiales, técnicos y financieros

Atención médica

- Coordinación de servicios médicos
- Consulta general
- Programa de atención a discapacitados
- Programa de atención al niño y adolescentes
- Programa de control de enfermedades crónico degenerativas
- Consulta odontológica
- Toma de electrocardiograma
- Toma de espirometría

Enfermería

- Apoyo a módulos

- Curaciones
- Inmunizaciones
- Actividades de campo
- Actualización de esquema de vacunación
- Actualización de censo nominal
- Promoción de la salud
- Detección de casos
- Participación en semanas Nacionales de vacunación
- Registro civil
- PROVAC

Trabajo social

- Visitas domiciliarias
- Apertura de cédulas de gratuidad
- Coordinación de grupos de autoayuda (estimulación temprana, enfermedades crónicas degenerativas, embarazo, adultos mayores, promotores de salud)
- Orientación e información
- Capacitación y reparto de vida suero oral, ácido fólico, vitamina A[”]A, Albendazol, canastas nutricionales
- Referencias y contrareferencias a segundo y tercer nivel de atención

- Seguimiento de casos

Radiología

Estudios simples

Laboratorio

- Pruebas simples de hematología
- Coproparasitoscópico
- Examen general de orina
- Química sanguínea
- Inmunología
- Baciloscopias

Promoción a la salud

- Grupos de autoayuda
- Estimulación temprana
- Crónico degenerativas
- Embarazadas
- Adolescentes

Prevención de enfermedades

- Información y capacitación sobre:
 - Infecciones respiratorias agudas
-

- Enfermedades diarreicas
- Tétanos neonatal

Odontología

Atención preventiva

- Técnica de cepillado
- Aplicación de Flúor

Atención operatoria

- Amalgamas y resinas
- Curaciones
- Extracciones
- Odontoxesis

Actividades extramuros

- Salud bucal al prescolar y escolar
- Revisión de técnica de cepillado
- Aplicación de flúor en colutorios (primarias)

De acuerdo con información de la dirección del Centro de Salud Carmen Serdán cuenta con 1 consultorio dental, reportando un total de 4 cirujanos dentistas con práctica general ellos realizan todas las actividades que demanda dicho servicio.

El consultorio dental se encuentra distribuido de la siguiente forma:

Central de Equipos y Esterilización

Las funciones de la CEYE son:

- Obtener
- Esterilizar
- Clasificar
- Distribuir

El material de consumo, canje, ropa quirúrgica e instrumental médico se encuentra dentro del consultorio dental. Las actividades que se realizan dentro del servicio son:

Técnica de cepillado, aplicación de Flúor, atención operatoria lo cual incluye resinas, amalgamas y curaciones, extracciones, odontoxesis, actividades extramuros, salud bucal al preescolar y escolar así como aplicación de flúor en colutorios (primarias).

Trámite para los pacientes de nuevo ingreso

Para solicitar atención odontológica en este centro de salud, primero se deberá solicitar la atención en la ventanilla de archivo clínico para que se asigne una ficha, un número de expediente y dentista que lo atenderá en su estadía en el servicio dental, es preciso mencionar que la atención dental no se agenda. Una vez otorgada dicha ficha el odontólogo general realizara una valoración, posteriormente emite diagnóstico y tratamiento.

Cuando el paciente obtiene la ficha debe entregar el carnet o número de expediente y ficha en el consultorio, además el paciente debe pasar a la carpa de somatometría en ella se le tomaran signos vitales para saber las condiciones en

las cuales se presenta el paciente. Si no cuenta con expediente clínico se le abre ese día, al ingresar al consultorio se le realiza una valoración, el paciente firma el consentimiento informado después de que se le explico diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Reglas generales

Se realiza una nota de evolución en el expediente clínico por cada cita a la cual acuda el paciente, anexando copia de recetas expedidas en el servicio si es el caso y radiografías tomadas para sustentar un diagnóstico.

Todos los pacientes deben acudir a su servicio correspondiente con una identificación oficial.

El paciente deberá presentarse desayunado.

El servicio es totalmente gratuito.

Se entrega una hoja diaria de productividad por cada cirujano dentista, donde se registra en el nombre del paciente, expediente, tipo de programa de salud con el que cuenta, edad, sexo, diagnóstico, tratamiento, clave de la enfermedad y las actividades realizadas, asignadas mediante números.

Análisis y conclusiones

El C.S.T-III es una institución pública que brinda sus servicios a las personas cuenten o no con cédula de gratuidad, el servicio que brinda es de primer nivel.

Los servicios que ofrece el C.S.T-III se dividen en consulta general brindada en 7 módulos de atención, epidemiología, laboratorio, trabajo social, UNEME CAPA, médico en tu casa, vacunación, farmacia y servicio dental.

Para la salud dental de la población el C.S.T-III cuenta con un consultorio de Odontología General, la atención es de primer nivel de atención otorgada por 4 dentistas de práctica general.

Las principales patologías que afectan a la población del C.S.T-III son la caries y la enfermedad periodontal (que afecta encías y estructura de soporte de los dientes) y constituyen las causas más frecuentes de consulta. En ambos casos la prevención de estos padecimientos radica en adoptar buenos hábitos de higiene diaria. Para enfrentar esta situación, el C.S.T-III ha cambiado el enfoque de atención odontológica de su Programa de Salud Dental para darle mayor relevancia a las actividades preventivas, el objetivo de esta estrategia es incrementar la detección y atención oportunas de estas patologías, además de reforzar y mejorar la atención curativa y de rehabilitación. Con estas acciones se pretende mejorar la calidad de vida de las familias y al mismo tiempo optimizar los recursos invertidos.

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Las actividades realizadas durante el año de servicio social se desarrollaron en un ambiente de trabajo en equipo por parte de todos los integrantes del servicio, algunos pacientes no mostraban respeto por el trabajo realizado sin embargo la mayoría de los pacientes se mostraron satisfechos y agradecidos, durante mi estancia en el servicio los médicos encargados mostraron interés por mi aprendizaje, cuestionándome al observar al paciente mi posible diagnóstico y plan de tratamiento a seguir inclusive enseñándome nuevas técnicas que facilitan la práctica profesional.

Por lo menos una vez al mes nos reuníamos todos los pasantes del centro de salud, dirección, epidemiología y médicos generales para escuchar ponencias sobre temas alusivos a la práctica clínica en el sector salud.

Dos veces al mes realizaban ferias de salud en las cuales el servicio dental participo activamente otorgando orientación bucal facilitando cepillos, pastillas reveladoras y folletos.

Además se participó en actividades intramuros dentro del centro de salud Carmen Serdán. Las actividades extramuros durante la Semana de Salud Bucal, llevadas a cabo durante el mes de noviembre y mayo.

En la primera y segunda Semana de Salud Bucal realizamos una lámina sobre enfermedad periodontal y se otorgaron cepillos, pastillas reveladoras de placa y folletos, además de exponer tips y técnica de cepillado en la sala de espera.

Durante mi pasantía de servicio social las actividades que realizaba con más frecuencia fueron extracciones dentales e infiltraciones de anestésico además de capturas de los diferentes formatos que se manejan de manera general en el centro de salud por médicos, además de actualizar y capturar estudios de caso durante la pandemia por COVID, además de realizar exploración bucal para

certificados médicos, asistencias, platicas, detección de placa, historias clínicas, actividades de CEYE. En segundo lugar fueron asepsia y antisepsia del paciente, seguida de diagnóstico y tratamiento. El tercer lugar lo ocupan las amalgamas y/o resinas, ionómero, limpiezas profesionales. Las actividades realizadas en dicho servicio se efectuaron en población adulta y pediátrica. El servicio estuvo integrado por:

Doctor responsable: Dr. Antonio Belmont Guerrero

Dr. Jesús Arturo Sierra Tortolero

Dra. Beatriz González Vargas

Dra. María Elena Beaujean Palomino

Las actividades realizadas en este servicio se repartieron entre los dos pasantes, cabe mencionar que todas las historias clínicas, odontogramas y consentimientos informados yo las realice puesto que fue en este servicio donde realice el estudio.

Cuadro anual

La tabla 20 muestra el total de actividades anuales realizadas durante el periodo de servicio social, a partir de la segunda columna se muestra el total de actividades realizadas, en la columna que corresponde al total se sumaron todas las actividades realizadas en general durante el año.

Tabla 20.-Cuadro anual de actividades realizadas durante el periodo agosto 2021- Julio 2022.

Actividades por rubros	Total	%
Diagnostico		
Historia clínica	80	3.45
Odontograma	109	4.71
rx.	2	0.086
Administrativas		
consentimiento informado	80	3.45
Valoración y Tratamiento	61	2.63
Farmacoterapia	31	1.34
Certificados médicos	238	10.29
Intermedias		
Anestesia por infiltración	176	7.61
Extracción dental	176	7.61
Rehabilitación		
Resinas	0	0
Amalgamas	2	0.086
Ionomeros	0	0
Curativas		
Curación temporal	0	0
Preventivas		
Semana nacional de Salud	2	0.086
Limpiezas dentales	5	0.21
Eliminación de sarro	5	0.21
Colocación de fluor	2	0.086
Entrega de cepillos y pastillas reveladoras	333	14.40
Platica educativas	45	1.94
Control de placa dentobacteriana	120	5.19
Técnica de cepillado	300	12.97
Uso de hilo dental	200	8.65
Platicas intramuros	45	1.94

Actividades en escuelas	300	12.97
Total	2312	100.00

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 21.- Actividades extras al servicio dental.

ACTIVIDAD	REALIZADAS	OBSERVACIONES
Subir a plataforma estudios de caso covid	500	
CEYE	91	
Asistencia dental	82	
Captura en Excel de certificados médicos de discapacidad	364	
Captura en plataforma de pacientes crónicos	35	
Kiosco COVID	4	
Archivar Tarjetas de crónicos y embarazadas	230	
Apoyo a CAPA por certificación	2	
Inventario dental 1	1	
Captura de pacientes embarazadas	25	
Participación en campaña antirrábica (Vacunador)	2	
TOTAL	1336	

Fuente: Elaboración propia.

Cuadros de población atendida

Tabla 22.-Distribución de población atendida, actividades extramuros durante el periodo agosto 2021-Julio 2022.

Nombre	Masculino		Femenino		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Preescolar	58	15.26	67	17.63	125	32.89
Escolar	90	23.68	150	39.47	240	63.16
Adultos	5	1.32	10	2.63	15	3.95
Total	153	40.26	227	59.74	380	100.00

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 15.- Distribución de población atendida, actividades extramuros durante el periodo agosto 2021-Julio 2022.

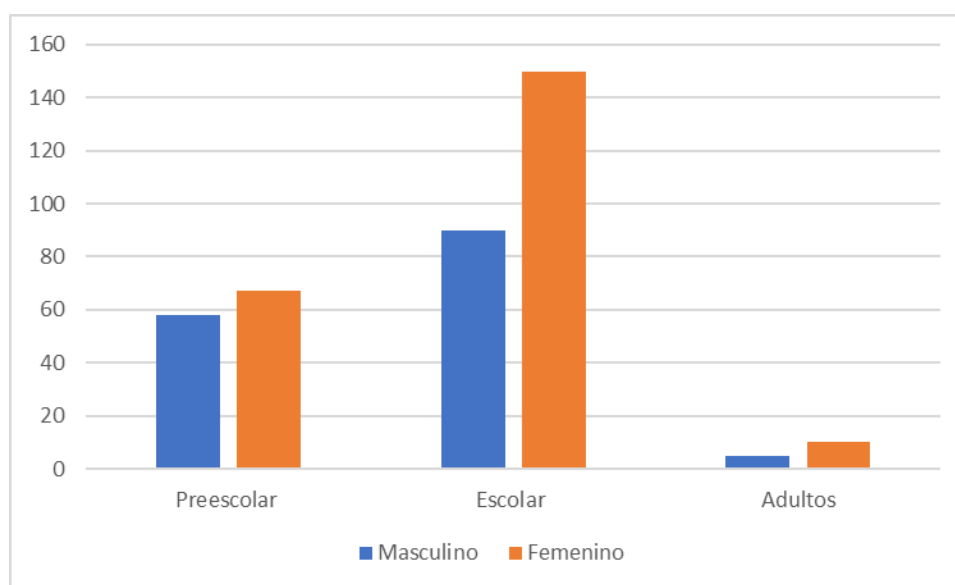
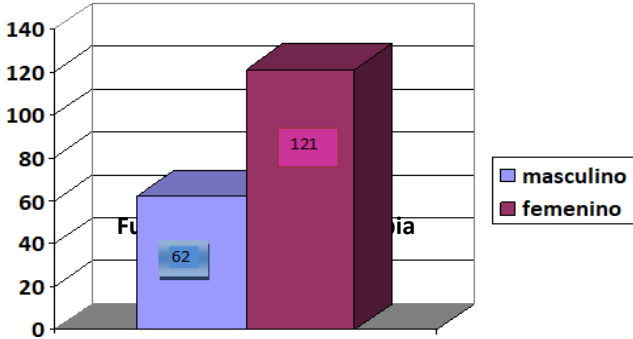


Tabla 23.-Distribución de pacientes dados de alta del servicio durante el periodo agosto 2021-Julio 2022.

	Masculino		Femenino		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
	62	33.88	121	66.12	183	100
	62	33.88	121	66.12	183	100.00

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 16.- Distribución de pacientes dados de alta del servicio durante el periodo agosto 2022-Julio 2022.



CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Durante el servicio social realice actividades intramuros, es decir, dentro de la clínica y actividades extra muros, fuera de esta, participando en dos Semanas Nacionales de Salud Bucal.

Algunas de las actividades realizadas dentro de la clínica las clasifique como extras pues eran externas al servicio dental es decir eran actividades de atención médica y epidemiología encomendadas por la coordinación de atención médica y epidemiología dentro de estas se incluyen actualización y registro de casos COVID en plataforma, archivar tarjetas de embarazadas, pacientes crónicos así como el registro de las mismas, registrar pacientes con discapacidad. Los cuadros referentes a la distribución de población atendida en actividades extramuros dan a conocer que se atendió un mayor número de pacientes correspondientes al sexo femenino con un 59.74% que, del sexo masculino, este último con un 40.26, la discrepancia de porcentajes se debe a que el número de hombres y mujeres no es proporcional.

Respecto a la parte que corresponde a las altas dadas durante el año de servicio social se debe mencionar que:

En la clínica C.S.T-III puede proporcionar un tipo de alta:

Alta del servicio: corresponde al alta dada en aquellos pacientes a los cuales se les han terminado su rehabilitación bucal.

La tabla numero 23 muestra los datos de los pacientes dados de alta del servicio.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Las actividades realizadas con más frecuencia durante el año de servicio social fueron: extracciones dentales e infiltraciones de anestésico dental así como historia clínica y consentimiento informado, pues resulta imprescindible no realizarlas, de esta manera podemos conocer el estado de salud general del paciente, el consentimiento informado va de la mano con esta pues de esta manera el paciente acepta el plan de tratamiento.

Durante el año de servicio social aprendí nuevas técnicas, conocí el manejo de diferentes manuales y normas que rigen de manera general al sector público en salud fue un año satisfactorio en el cual desarrolle un pensamiento más crítico.

El servicio me gusto de manera general aunque el servicio se encuentre limitado en material, me fue grato el realizar un número considerable de extracciones dentales.

Como comentario me gustaría que a los pasantes les dieran la oportunidad de trabajar con el paciente para que de esta forma desarrollen la habilidad para realizar los procedimientos dentales rápido, considero que se deberían definir los roles de cada personal que labora en la clínica porque en algunas ocasiones existen conflictos con ello. Me gustaría que solo los pasantes se dedicaran a actividades propias del servicio y no a actividades administrativas externas del mismo.

Como conclusión final los conocimientos adquiridos en la UAM me fueron útiles para desempeñar las actividades encargadas en la clínica, especialmente el método de investigación y manejo de la información.

CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS

Ilustración 2.4.- C.S.T-III Carmen Serdán.



Ilustración 2.5.-Pasante Liliana Angeles Albino en el servicio dental.



Fuente. Elaboración propia