



**Universidad Autónoma Metropolitana**  
**Unidad Xochimilco**

**Casa abierta al tiempo**

---

# **Ciencias Biológicas y de la Salud**

**Departamento de atención a la salud**

## **Licenciatura en Estomatología**

### **EL AUTOTRANSPLANTE DENTAL**

**Informe del Servicio Social**

**Lugar de realización: CST-II San Luis Tlaxialtemalco**

**Autor: DEOLARTE ALPIDE DANIA**

**Matrícula: 1262043818**

**Periodo del servicio social: 01/Agosto/2020 al 31/Julio/2021**

**Fecha de entrega: 23/Noviembre/2022**

**Asesor Interno: PATRICIA ENZALDO DE LA CRUZ**

---

---

**Estomatología**

**SERVICIO SOCIAL DE LA UAM- XOCHIMILCO**

**ASESOR INTERNO**

*Fátima Eyallo*

---

**ASESOR INTERNO**

---

---

**Estomatología**  
**Servicio Social de la UAM Xochimilco**



---

**COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA**

## RESUMEN DEL INFORME

El presente documento es un informe del servicio social el cual realice en el Centro de Salud San Luis Tlaxialtemalco T-II, en el periodo de agosto 2020 a julio 2021.

Como primer apartado presento una investigación la cual corresponde a una revisión bibliográfica sobre el autotrasplante dental, esto con el objetivo de conocer alternativas de remplazo para los dientes perdidos pudiéndole dar así otra alternativa a los pacientes para sustituir su pieza dental faltante.

En el segundo apartado se encuentra una descripción del centro de salud donde se incluye la ubicación, los aspectos demográficos, servicios, vivienda, servicios educativos, de salud, además una descripción del servicio estomatológico; así mismo la descripción de los programas y actividades que se llevan a cabo dentro de la unidad y en las escuelas. En cuanto al tercer apartado y cuarto apartado se realizó un informe de todas las actividades desempeñadas durante el periodo del servicio social por medio de gráficas en donde fueron registradas cada una de las actividades, en donde también se presenta una descripción y análisis de los datos que aparecen en las gráficas. Finalmente se encuentra una conclusión que corresponde a mi experiencia en cuanto a la plaza en donde fui asignada para realizar mi servicio social y las actividades en las cuales pude participar.

**Palabras clave:** Autoimplante dental, ligamento periodontal, tasa de éxito, pérdida dentaria, tratamiento rehabilitador, vitalidad pulpar

## Índice

Capítulo I introducción general .....	6
Capítulo II AUTOTRANSPLANTE DENTAL .....	7
Introducción.....	7
Justificación .....	8
Objetivos generales.....	9
Objetivos específicos.....	9
Antecedentes .....	10
Generalidades .....	11
Indicaciones .....	11
Contraindicaciones .....	12
Ventajas .....	12
Desventajas.....	12
Evaluación preoperatoria.....	12
Características del sitio receptor.....	13
Criterios del diente donante.....	13
Cicatrización.....	14
Revascularización .....	15
Reabsorción .....	15
Tratamiento endodóntico .....	15
Consideraciones prequirúrgicas .....	16
Técnica quirúrgica .....	16
Consideraciones posquirúrgicas.....	17
Factores determinantes para el éxito del autotrasplante.....	17
Tasa de éxito.....	18
Complicaciones... ..	19
Materiales y métodos .....	20
Conclusión.....	21
Referencias bibliográficas.....	22
Capítulo III. Descripción de la plaza de servicio social asignada.....	24
Capítulo IV. Informe narrativo numérico .....	40
Capítulo V análisis de la información.....	44
Capítulo VI conclusiones... ..	45
Fotografías... ..	46

## INTRODUCCIÓN GENERAL

El presente documento es un informe del servicio social el cual realice en el Centro de Salud San Luis Tlaxialtemalco T-II, en el periodo de agosto 2020 a julio 2021.

Como primer apartado presento una investigación la cual corresponde a una revisión bibliográfica sobre el autotrasplante dental, esto con el objetivo de conocer alternativas de remplazo para los dientes perdidos pudiéndole dar así otra alternativa a los pacientes para sustituir su diente faltante, es así que se vale la pena conocer la tasa de éxito de los autotrasplantes dentales, las ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones, así como la evaluación preoperatoria, técnica quirúrgica, la evaluación posoperatoria y los factores que influyen en el éxito del autotrasplante, así mismo las complicaciones que pueden surgir al realizar el tratamiento.

En el segundo apartado se encuentra una descripción del centro de salud San Luis Tlaxialtemalco T-II donde se incluye la ubicación, los aspectos demográficos, servicios, vivienda, servicios educativos, de salud, además una descripción del servicio estomatológico en donde se mencionan como se encuentra integrado, en cuanto inmobiliario, insumos y material, así como la conformación del equipo de trabajo; así mismo la descripción de los programas y actividades que se llevan a cabo dentro de la unidad y en las escuelas, también se presenta un diagrama de la organización y coordinación de las áreas que se encuentran en el centro de salud.

En cuanto al tercer apartado y cuarto apartado se realizó un informe de todas las actividades desempeñadas durante el periodo del servicio social por medio de gráficas donde fueron registradas cada una de las actividades realizadas en pacientes, así como las pláticas de salud bucal otorgadas intramuros, además de las actividades que realice en filtro y archivo.

En el cuarto apartado se presenta una descripción y análisis de los datos que aparecen en las gráficas, así como la información de otras actividades realizadas durante mi servicio social que no fueron incluidas como los videos solicitados por la encargada general del servicio de salud bucal.

Finalmente se encuentra una conclusión que corresponde a mi experiencia en cuanto a la plaza en donde fui asignada para realizar mi servicio social y las actividades en las cuales pude participar.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación llamada autotrasplante dental es una revisión bibliografía con el fin de conocer acerca de los factores que pueden influir en el resultado de éxito de un autotrasplante, así como tener el conocimiento de las técnicas quirúrgicas reportadas en la literatura, las complicaciones y la tasa de éxito que presentan los autotrasplantes dentales.

El interés de esta investigación viene dado por el incremento en la pérdida de dientes en niños y adolescentes en donde acuden al servicio estomatológico público o privado con la necesidad de extraer los órganos dentarios.

El autotrasplante dental esta especialmente indicado para reemplazar los dientes de los niños y adolescentes ya que los dientes autotrasplantados siguen con el desarrollo normal del hueso alveolar, al contrario de los implantes dentales osteointegrados, ya que estos están contraindicados en este grupo de pacientes debido a su interferencia en el crecimiento del hueso alveolar.

El éxito del trasplante dental dependerá de la integridad del ligamento periodontal, influenciado por la experiencia quirúrgica para reducir el tiempo de exposición del diente fuera del alveolo, así como el trauma<sup>7</sup>.

Hoy en día se considera una técnica con un pronóstico que ha mejorado con el tiempo y que combina tres tipos de tratamiento en un solo acto quirúrgico: radical, conservador y rehabilitador. Es una técnica que abarca áreas como la cirugía y la rehabilitación orales, que se considera conservadora ya que reemplaza órganos dentales comprometidos con órganos dentales sanos del mismo paciente, ayudando a mantener dientes en boca los cuales favorecen al factor funcional y estético<sup>4</sup>.

Esta es una opción terapéutica con una tasa de éxito más elevada en pacientes con dientes sanos que estén retenidos o no, con una formación radicular de 2/3 y que los órganos dentales estén indicados para exodoncia<sup>6,8,21</sup>.

Para realizar este procedimiento es importante aplicar criterios de selección en los casos como son: edad, salud sistémica, higiene y salud oral y la cooperación del paciente después del tratamiento<sup>5</sup>.

Aunque hoy en día el implante dental osteointegrado es uno de los principales tratamientos en el caso de los dientes perdidos, no se puede aplicar en todos los pacientes debido a la edad o razón socioeconómica; por lo tanto, los dientes autotrasplantados podían ser considerados como una alternativa.

## JUSTIFICACIÓN

Los autotrasplantes dentales pueden tomarse como una opción dentro de los tratamientos de rehabilitación del aparato estomatognático para mantener una armonía dental natural teniendo en cuenta su nivel de funcionabilidad y compatibilidad del diente a remplazar ya sea por su pérdida por caries, traumas, fracasos endodónticos entre otros, considero que es importante el conocimiento de este tratamiento, ya que la pérdida dentaria es una condición irreversible y común en la mayoría de los pacientes, los cuales se pueden dar por diferentes factores, causando un cambio en su oclusión, estética y fonética.

Esta investigación es realizada con el fin de conocer alternativas de remplazo para aquel órgano dental perdido dándole así opciones de tratamiento a los pacientes más accesibles y para el alcance de diversos niveles socioeconómicos medios- bajos que no tienen alternativa para sustituir piezas dentales perdidas por lesiones cariosas extensas con material biológico, para niños y adolescentes donde un implante no es una opción ya que estos no continúan con las características de crecimiento maxilar. De tal forma que no solo se obtendría un diente en boca, si no a su vez podríamos obtener una buena función y estética al realizar este tratamiento.

## OBJETIVO GENERAL

- Identificar mediante una revisión de artículos la tasa de éxito de los autotrasplantes dentales.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las indicaciones y contra indicaciones del autotrasplante.
- Mencionar la técnica quirúrgica para el autotrasplante dental
- Identificar las complicaciones y factores de riesgo que influye en el resultado.

## ANTECEDENTES

El autotrasplante dental se trata de una intervención descrita desde tiempos remotos, este procedimiento data del antiguo Egipto donde los esclavos eran obligados a entregar sus dientes a los faraones para remplazar la pieza dental perdida de estos individuos, eventualmente fue un fracaso por problemas de histocompatibilidad<sup>2,3</sup>.

En 1755 Lecuri comenzó a practicar trasplantes en soldados de carácter de ensayo, el número de casos con éxito fue bajo. En 1915 Widman realizó los primeros autotrasplantes de caninos<sup>1</sup>. A principios de la década de 1950 comienzan a aparecer los primeros reportes en la literatura odontológica sobre autotrasplante. El autotrasplante es aplicado por primera vez en Estados Unidos por Apfer y Miller. El concepto era remplazar los primeros molares deteriorados con terceros molares impactados los cuales se encontraban en desarrollo<sup>4,5</sup>.

El primer protocolo quirúrgico de autotrasplante fue publicado en 1974 por Slagsvold y Bjercke<sup>10</sup>.

La integración de los autoimplantes dentales a la práctica odontológica ha creado una importante mejoría en la salud bucal de los pacientes que han sido sometidos a estos tratamientos, a través de las mejorías como son su función masticatoria, fonética y una buena estética.

Hoy en día es la única terapia odontológica que se realiza simultáneamente y se combinan tres tipos de tratamientos: radical, conservador y rehabilitador. Este trasplante es considerado una rehabilitación oral de carácter conservador, principalmente en jóvenes que presentan estructuras dentales comprometidas por caries. La tasa de éxito en esta técnica se ha reportado que alcanza un 79% a un 98%<sup>9</sup>.

La autoimplantación es una opción viable para el remplazo de un diente, en especial en niños y adolescentes, en donde los implantes como remplazos protésicos están contraindicados por diversas razones. Diferentes autores señalan que los criterios de selección son los siguientes: se debe tomar en cuenta la edad, que cuente con buena salud sistémica, higiene y salud bucal, paciente cooperador y capaz de seguir indicaciones postoperatorias y de acudir a sus citas para el seguimiento, pero lo más importante es que cuenten con un alveolo receptor adecuado y un diente donador con ápices en formación, también debe considerarse una técnica quirúrgica con una delicada manipulación de tejidos duros, blandos y el diente a trasplantar, el uso apropiado de medios de ferulización para lograr estabilidad y reducir la actividad osteoclastica y una reducción de la presión oclusal sobre el diente trasplantado<sup>10</sup>.

Se considera una técnica exitosa cuando se cumplen 6 condiciones: tejido periodontal normal, ausencia de reabsorción, ausencia de anquilosis, ausencia de enfermedades periapicales, movilidad fisiológica y proporción corono-radicular superior a 1:1 si el diente se mantiene en boca, pero no cumple todas las condiciones antedichas, se le califica como supervivencia<sup>11</sup>.

El objetivo principal del autotrasplante es la recuperación funcional y estética del sistema estomatognático.

## GENERALIDADES

La odontología preventiva se enfoca principalmente a preservar los dientes en la cavidad oral por razones principalmente funcionales y estéticas, sin embargo existen patologías como la caries dental y la enfermedad periodontal, acompañados también de otros factores como traumas dentoalveolares los cuales provocan la pérdida dental, obligando así a los profesionales odontológicos a buscar alternativas para reemplazar la pieza faltante con prótesis fijas, prótesis parciales removibles, implantes o autotrasplante.

El autotrasplante dental es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza la extracción del diente de su posición original para colocarlo en una zona edéntula del mismo individuo<sup>1</sup>. Esto podría implicar la transferencia de dientes impactados, incrustados o erupcionados a alveolos existentes o preparados quirúrgicamente<sup>2</sup>. Indicado en erupción atípica congénita, caries severa, trauma y fracasos de tratamientos de conductos radiculares.

El autotrasplante incluye tres procesos por separado:

- Trasplante: el diente es extraído de su alveolo y trasladado a otro alveolo del mismo individuo.
- Reimplante accidental o intencional: cirugía de reposicionamiento de un diente en su mismo alveolo.
- Reimplantación intencional: el diente es extraído de su alveolo deliberadamente para realizar el tratamiento endodóntico y la apicectomía para luego reposicionarlo en su alveolo<sup>1,8</sup>.

A su vez este se subdivide en:

- Autotrasplante autólogo o autoinjerto: el donante y el receptor del diente trasplantado son el mismo individuo.
- Autotrasplante homólogo o Alotrasplante: el donante y el receptor son genéticamente distintos, pero de la misma especie.
- Isotrasplante o trasplante Singénico: el donante y el receptor son individuos diferentes, pero genéticamente idénticos (gemelos univitelinos)
- Xenotrasplante o Heterotrasplante: donante y receptor son individuos de diferentes especies.

## INDICACIONES:

El autotrasplante es un tratamiento indicado para reemplazar dientes con caries extensas que impiden la restauración de la pieza dental, dientes fracturados, enfermedad periodontal, fracaso endodóntico, agenesia dental, ausencia congénita.

Erupción atípica de los dientes también puede ser la indicación para el autotrasplante. El trasplante es considerado una rehabilitación oral de carácter conservador, principalmente en pacientes jóvenes<sup>12</sup>.

Los órganos dentales pueden ser autotrasplantados en determinados estadios de su desarrollo radicular, sin embargo, se indica como mínimo dos tercios o tres cuartos de su formación radicular, donde se considera el tercer molar y premolar como los órganos dentarios que se emplean en un alto porcentaje para este procedimiento quirúrgico.

## CONTRAINDICACIONES:

Existen ciertas contraindicaciones para realizar el autotransplante dental: pacientes con cardiopatías congénitas u otras enfermedades sistémicas, pacientes poco colaboradores, sin disponibilidad para acudir a sus citas de revisión, higiene oral deficiente, hueso alveolar insuficiente, falta de dientes donantes sanos, enfermedad periodontal crónica<sup>7</sup>.

## VENTAJAS

- Esta alternativa de tratamiento proporciona una estética aceptable tanto a nivel coronal, como a nivel gingival, por tratarse de su propio diente ya que ayuda a mantener la forma natural, de la encía adherida.
- Se puede realizar en una única intervención, lo que reduce el tiempo de tratamiento. Permite un movimiento dental progresivo similar al que experimental los dientes adyacentes, permitiendo realizar también un tratamiento de ortodoncia.
- Tiene la capacidad de adaptación funcional, preserva la cresta alveolar y el ligamento periodontal
- Proporciona una mejor aceptación que la prótesis o el implante por parte de los pacientes.
- Es un tratamiento más económico, por lo que es una alternativa para pacientes con pocos recursos económicos.
- En la actualidad presenta pronósticos favorables a largo plazo y no crea problemas de rechazo como ocurre en ocasiones con los implantes

## DESVENTAJAS

Diversos estudios indican encontrar frecuentemente:

- Reabsorción radicular
- Anquilosis
- Necrosis pulpar
- Falta de cicatrización periodontal

Es una técnica delicada, en el que se puede ocasionar una fractura del diente donante al momento de la extracción.

## EVALUACIÓN PREOPERATORIA PARA EL AUTOTRANSPLANTE

En esta etapa se deben valoran las condiciones que el paciente debe cumplir, valorando las condiciones sistémicas y locales del diente donante y el sitio receptor:

Condiciones generales:

- Edad: se deben valorar a pacientes de una edad entre 15 a 35 años. Determinando la edad mínima por el desarrollo embriológico de los dientes y el máximo de edad permite asegurar la capacidad de regeneración tisular de los tejidos.
- Condiciones sistémicas: los pacientes candidatos para este procedimiento quirúrgico deben ser pacientes sanos que no presenten ninguna enfermedad sistémica que pueda interferir con la cicatrización de los tejidos.
- Motivación y cooperación: deben ser pacientes cooperadores con las indicaciones posoperatorias para tener mayor probabilidad de éxito en el tratamiento<sup>3,10</sup>.

### Condiciones locales:

- El paciente necesita presentar una adecuada higiene bucal, así como no presentar enfermedad periodontal, debe presentar una adecuada oclusión para evitar generar fuerzas excesivas sobre el diente trasplantado y el diente donador puede ser un diente retenido o para exodoncia.
- El alveolo posextracción debe contar con un espacio suficiente y un buen hueso alveolar para recibir al diente.

La evaluación clínica, radiográfica, el análisis del diente donante y el sitio receptor antes del acto quirúrgico en un paso fundamental<sup>3,13</sup>.

### CARACTERÍSTICAS DEL SITIO RECEPTOR

El sitio receptor debe encontrarse en condiciones clínicas sana libre de infección aguda e inflamación crónica. La adecuación del soporte óseo es un criterio crucial para el éxito. Para asegurarla estabilización del diente trasplantado y evitar la penetración de infecciones desde la boca, debe haber suficiente soporte óseo alveolar en todas sus dimensiones con tejido queratinizado adherido adecuado.

Si el espacio receptor mesiodistal es insuficiente para el diente donante será necesaria una generación de espacio de ortodoncia previa al trasplante. En caso de que el ancho del hueso bucolingual sea insuficiente, se puede realizar una fractura con injerto óseo autógeno en el sitio receptor<sup>10,13</sup>.

Antes del autotransplante, la planificación minuciosa del tratamiento debe seguir un cuidadoso examen clínico y radiográfico.

### CRITERIOS DEL DIENTE DONANTE

El diente donante siempre debe ser una pieza dental retenida o con indicaciones de exodoncia por motivos ortodónticos, debe ser un diente sano. Se debe evaluar:

- Grupos dentarios para trasplantar: se recomienda realizar trasplantes en los siguientes grupos de dientes: terceros molares, premolares y caninos, superiores e inferiores<sup>10</sup>.
- Evaluación preoperatoria: se deben realizar tomografías axiales computarizadas de tipo Cone Beam, radiografías panorámicas, periapicales y oclusales según sean necesarias<sup>10</sup>.
- Compatibilidad del sitio receptor: la compatibilidad es dada por dos factores fundamentales como es la dimensión similar del lecho receptor, el diente donante y por la adaptación correcta de la anatomía coronaria, así como de la anatomía.

**Tabla 1:** consideraciones según compatibilidad con el sitio receptor

<b>Lecho receptor</b>	<b>Diente donante</b>
Zona de Incisivo central superiores	Primeros y segundos premolares
Zona de incisivos laterales superiores	Incisivos inferiores laterales
Zona de Premolares	Puede ser cerrado por medios ortodónticos

Fuente: atlas de Cirugía Bucal y Ortodoncia.

Los estudios han evaluado el éxito de autotransplante en la inserción periodontal y la supervivencia pulpar. Las tasas de éxito son más altas cuando el desarrollo de las raíces es de la mitad a dos tercios<sup>14</sup>.

## CICATRIZACIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL

El factor más importante para el éxito del autotransplante dental es la vitalidad del ligamento periodontal del diente trasplantado.

Con la cicatrización se conserva la funcionalidad y se suprime la posibilidad de formación de bolsas periodontales y gracias a la reinervación y la revascularización se evita la necrosis pulpar responsable de las reabsorciones inflamatorias de la mayoría de los casos<sup>15</sup>.

La primera condición para que esto se produzca es que, aunque el ligamento periodontal se encuentre roto, la sección sea limpia y sin pérdida de sustancia, pudiendo encontrarse esta en parte en el diente o en parte en el alvéolo<sup>15</sup>. En algunas zonas del diente se pueden producir lesiones cementoblásticas que suelen deberse a un traumatismo propio de la avulsión o de la exodoncia, dependiendo si el diente ha salido de su alvéolo de manera accidental o premeditada. Las zonas donde se producen la lesión anteriormente mencionada son más sensibles de iniciar un proceso de reabsorción secundaria si el diente no se implanta inmediatamente<sup>15</sup>.

El proceso que sigue a la rotura del ligamento periodontal consiste en el relleno del espacio producido por sangre, la cual, tras convertirse en un coágulo interligamentoso, se reemplaza por tejido de granulación. Posterior a esto, se formará una cicatriz fibroconjuntiva que unirá orgánicamente las dos partes del ligamento. Esta cicatriz, gracias a la funcionalidad oclusal, recibirá una serie de cambios que acabaran modificando su estructura funcional e histológica. Es por ello por lo que la funcionalidad (dentro del periodo cicatrizal) mejora las posibilidades de éxito<sup>15</sup>.

En 1995 Andreasen et al. Demostraron nueve factores relacionados con la cicatrización ligamentosa<sup>15</sup>:

- Sexo y edad del paciente.
- Tipo de diente implantado.
- Existencia de fractura ósea o coronaria.
- Madurez apical.
- Tipo y duración del almacenamiento extrabucal.
- Contaminación de la superficie radicular.
- Método de limpieza.
- Tipo y duración de la ferulización.
- Terapéutica antibiótica.

El denominador común de todos estos factores es la supervivencia de las células a lo largo de la superficie radicular y para ello, el mejor camino para ello es limitar al máximo el tiempo que el diente pasa fuera del alvéolo, sobre todo si está en ambiente seco, ya que el ligamento periodontal que queda en la raíz es especialmente sensible a la desecación.

## REVASCULARIZACIÓN

La revascularización es un proceso en el que ocurre un crecimiento interno de tejido conectivo altamente vascularizado dentro del espacio pulpar o bien vasos sanguíneos ya presentes en la pulpa del diente trasplantado, conectándose con otros vasos sanguíneos del periodonto<sup>16</sup>.

Puede esperarse una respuesta de curación pulpar cuando el diámetro del foramen apical es radiográficamente de al menos 1mm siempre y cuando la pulpa necrótica permanezca no infectada, capilares sanguíneos pueden invadir el conducto pulpar a través de la amplitud del foramen administrando nutrición para la invasión de células de remplazo que finalmente pueden llenar el espacio pulpar<sup>17</sup>.

De acuerdo con Andreasen de 80 a 90% de los terceros molares inmaduros autotrasplantados muestran revascularización pulpar, la cual puede monitorearse con pruebas térmicas o evaluación radiográfica. El proceso de revascularización empieza al cuarto día posoperatorio con crecimiento de vasos sanguíneos y después de 30 días el espacio pulpar cuenta con nuevos vasos.

## REABSORCIÓN

El mecanismo de reabsorción radicular se clasifica en tres grupos: reabsorción sustitutiva, reabsorción inflamatoria y reabsorción superficial. Se ha demostrado que la extensión del ligamento periodontal perdido y la existencia de inserción pulpar determinan que tipo de reabsorción se producirá:

- Reabsorción sustitutiva: esta es el resultado de la extensa lesión de la capa más interna del ligamento periodontal y aparentemente también del cemento. La cicatrización se produce a partir del hueso adyacente, formándose una anquilosis. La patogenia de este tipo de reabsorción se presenta en formas: reabsorción sustitutiva permanente, la cual se reabsorbe gradualmente toda la raíz; o reabsorción sustitutiva transitoria la cual una anquilosis ya establecida desaparece posteriormente
- Reabsorción inflamatoria: se da como resultado de la lesión de la capa más interna del ligamento periodontal y posiblemente del cemento, lo que provoca un profundo ataque osteoclástico de la superficie radicular que expone los túbulos dentinarios. Cuando estos conductos se comunican con bacterias de origen pulpar se produce una actividad continua del proceso de reabsorción. Si el estímulo bacteriano es débil o tratado endodónticamente es posible la curación; de lo contrario, la reabsorción continuara hasta que el tejido de granulación haya penetrado el conducto radicular<sup>11</sup>.
- Reabsorción superficial: es la reabsorción relativamente menor y transitoria en la cual la reabsorción inicial ha sido reparada por una nueva adhesión. Esta limitada al cemento o dentina es el resultado una cirugía parcial limitada al ligamento periodontal y es transitoria cuando la reparación toma lugar.

## TRATAMIENTO ENDODÓNTICO

Está indicado en aquellos casos donde se trasplanta un diente maduro con ápices cerrados, especialmente si han estado incluidos; la endodoncia intenta evitar la reabsorción radicular por necrosis pulpar.

Thauner y Bolton demostraron que un tratamiento endodóntico posterior a la aparición de alteraciones puede servir en determinados casos para controlar un proceso de reabsorción radicular ya iniciado. Por este motivo también consideran que solamente debería realizarse el

tratamiento cuando exista evidencia de alteraciones patológicas como “focos” periapicales o reabsorciones radiculares, haciendo advertencia que la obturación radicular tiene influencia positiva solo en algunos casos sobre la reabsorción radicular inflamatoria incipiente desencadenada por una pulpa necrótica, pero no sobre la reabsorción externa por sustitución de la raíz<sup>18</sup>.

## CONSIDERACIONES PREQUIRÚRGICAS

Durante el procedimiento se debe considerar una técnica quirúrgica con una manipulación delicada de los tejidos blandos duros y el diente donante.

Como primer paso se realiza una limpieza de la zona, para esto se recomienda la utilización de clorhexidina gluconato al 0.12% + cloruro de cetilpiridino al 0.05% el cual reduce la carga bacteriana disminuyendo complicaciones infecciosas pre y posoperatorias.<sup>3,10</sup>

En la actualidad con el contexto de la pandemia para prevenir el SARS- Cov-2, es recomendable utilizar Peróxido de Hidrogeno diluido al 1%, este se considera un antiséptico efectivo ya que el virus se ha demostrado que es vulnerable a la oxidación, otra de las alternativas que se pueden utilizar es la yodopovidona (PVP-I) al 7% demuestra una actividad viricida altamente efectiva contra una amplia gama de virus, incluidos varios coronavirus responsables de epidemias recientes<sup>3,10</sup>.

Se recomienda iniciar un día antes de la cirugía con terapia antibiótica prescribiendo amoxicilina 500mg vía oral, 2 veces al día durante 7 días y una hora antes de la cirugía iniciar con terapia analgésica y antiinflamatoria, ibuprofeno 600mg, 3 veces al día durante 5 días, previniendo dolor e inflamación<sup>5,16</sup>.

La dosis señalada depende del paciente, en caso de que el paciente presente alergias se debe considerarse alternativas de medicamentos que posean efecto similar.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL AUTOTRANSPLANTE

1. Valoración radiográfica del diente donante y del lecho receptor<sup>3</sup>.
2. Desinfección de las áreas del diente donante y el área receptora<sup>3</sup>.
3. Infiltración de anestésico para ello se recomienda lidocaína al 2%<sup>3</sup>.
4. Se realiza la exodoncia del diente comprometido con la técnica e instrumental adecuado que evite lesiones en los tejidos periodontales<sup>3,5</sup>.
5. En el caso de ausencia del diente en el sitio receptor se debe realizar un lecho receptor que se ajuste al diente donante, para ello se puede utilizar un modelo de impresión en 3D para verificar el ajuste del diente en el alveolo realizado<sup>3,8</sup>.
6. Se realiza la exodoncia del diente donante de manera cuidadosa evitando la utilización de los elevadores, realizando una incisión intracrevicular previa a la luxación del diente, para de esta manera preservar el ligamento periodontal<sup>3,10</sup>.
7. Una vez realizada la extracción del diente y este deba permanecer en un medio extraoral este debe colocarse en una solución Salina de Hanks o en una solución compuesta por penicilina o una solución compuesta por penicilina G de 2 millones U.I, suero fisiológico de y metronidazol de 500mg. No más de 5 minutos<sup>3</sup>.
8. Colocación del diente en el lecho receptor: este procedimiento es realizado ejerciendo una ligera presión. El diente es colocado de modo que se favorezca el restablecimiento de la oclusión<sup>10</sup>.
9. Sutura de margen y colgajo es indispensable una correcta adaptación de los márgenes gingivales para la formación y reinserción del ligamento periodontal, este aspecto es conveniente realizar para evitar la migración bacteriana a la zona del coagulo que se forma entre el diente y la pared ósea. Se recomienda realizar una sutura de aproximación antes de la colocación del diente donador con una sutura nylon 4/0. el empleo de plasma

rico en plaquetas en el lecho receptor facilita la diferenciación de las células madre del ligamento periodontal, lo que facilita la regeneración de los tejidos periodontales<sup>3,10</sup>.

10. Estabilización: esta etapa es fundamental para el éxito del tratamiento. Puede colocarse una férula con fibra de polietileno o alambre semirrígido y composite para proporcionar estabilidad y compensar los movimientos fisiológicos que faciliten la regeneración del ligamento periodontal<sup>3,10</sup>.
11. Ajuste oclusal, se deben evitar contactos excesivos los cuales puedan producir un fracaso del tratamiento, es importante realizar este paso antes de colocar el diente en el lecho receptor, con el uso de réplicas del diente puede ayudar a identificar puntos de contacto y la posición definitiva del diente<sup>13</sup>.

## CONSIDERACIONES POSTQUIRÚRGICAS

Se debe indicarle al paciente mantener una dieta blanda y una higiene bucal adecuada reforzada con el uso de clorhexidina al 0.12% durante 7 días esto para evitar infecciones<sup>3</sup>.

Se realiza el retiro de suturas 7 días después de la intervención quirúrgica y la férula 2 semanas después, verificando la adaptación del diente en el alveolo. Si el diente no se ha adaptado bien al alveolo se recomienda mantener la férula y las suturas por una semana más con una constante evaluación<sup>13</sup>.

Posteriormente se debe valorar periódicamente al paciente durante todas las semanas durante un mes posterior al tratamiento y de 6 a 8 meses durante 2 a 3 años mediante exploración oral y radiográfica.

## FACTORES DETERMINANTES PARA EL ÉXITO DEL AUTOTRANSPLANTE

- Selección adecuada del diente donante: de preferencia el diente debe tener una morfología normal para evitar alteraciones en la oclusión y estar completamente sano<sup>10</sup>.
- Desarrollo radicular de los dientes: este factor es uno de los determinantes para el éxito de los autotransplantes. En la mayoría de los casos de éxito de los autotransplantes su raíz ha tenido una formación incompleta<sup>10</sup>.

En el autotrasplante de un diente con raíces incompletas, la vaina epitelial de Hertwig juega un papel importante, ya que gracias a esta al trasplantarse al nuevo lecho receptor las raíces tendrán la posibilidad de crecer en este lecho, teniendo así un mejor pronóstico del procedimiento. Si esta llegara a dañarse por una incorrecta manipulación en el acto quirúrgico se verá limitado el crecimiento radicular<sup>10,18</sup>.

En caso de dientes con una formación radicular completa, se les debe realizar tratamiento de conducto, debido a que durante el procedimiento de extracción y trasplante se produce una necrosis pulpar que posteriormente puede provocar una reabsorción radicular inflamatoria por la difusión de los tejidos tóxicos producto de la necrosis que se depositan en los túbulos dentinarios. Algunos autores recomiendan que el tratamiento endodóntico del diente trasplantado debe realizarse dentro de los 14 días después de la cirugía, colocando hidróxido de calcio, este procedimiento debe ser realizado solamente cuando exista evidencia clínica y radiográfica de la integración de la pieza dentaria y que no exista reabsorción radicular<sup>10,19</sup>.

Andreasen (1984) menciona que la longitud radicular de 7 a 9mm con un foramen apical ancho favorecía al desarrollo continuo de la raíz y del ligamento periodontal, y la cicatrización pulpar. Se ha demostrado que si el ápice es menor a 1mm se produce una revascularización menos confiable. En este estudio se demostró una tasa de supervivencia del 87% de los casos de dientes con ápices abiertos y una tasa de éxito del 63.1% en casos de autotrasplantes de dientes con ápices cerrados en un seguimiento de 10 años<sup>19</sup>.

- Factores oclusales: cuando no existen fuerzas oclusales esto conduce a una anquilosis por atrofia del ligamento periodontal. Por otra parte, cuando el diente trasplantado recibe demasiada carga oclusal puede ocurrir un fenómeno de reabsorción ósea o radicular, esto se puede determinar mediante una radiografía en donde se observa un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal. Varios estudios mencionan que la regeneración del ligamento periodontal es importante para el éxito del tratamiento y para restablecer un proceso alveolar normal<sup>21</sup>.
- Valoración del lecho receptor: el lecho receptor no debe presentar procesos patológicos. Uno de los criterios más importantes para el éxito que involucran al sitio receptor es la cantidad de hueso existente, debe existir un soporte óseo adecuado en todas sus dimensiones<sup>10</sup>.
- Controlar la placa dental y cuidar el ambiente de cicatrización: los pacientes candidatos a autotrasplante dentales deben tener una excelente higiene bucal y acudir periódicamente a los controles postoperatorios de lo contrario el tratamiento puede verse comprometido. Dentro de las indicaciones posoperatorias están: evitar fumar, ya que reduce el potencial de cicatrización de las heridas, se debe valorar periódicamente al paciente durante todas las semanas durante un mes posterior al tratamiento y de 6 a 8 meses durante 2 a 3 años; en este periodo se debe evaluar de manera clínica y radiográfica ya que pueden existir cambios como calcificación pulpar, lesiones periapicales, reabsorción radicular u ósea. Se debe recetar clorhexidina al 0.12% durante la primera semana, además recetar antibióticos; varios autores sugieren realizar una profilaxis antibiótica<sup>10,21</sup>.
- Habilidad del operador y tiempo extraoral del diente donante: las técnicas quirúrgicas en autotrasplante dental han mejorado progresivamente, esto debido a los avances tecnológicos. La técnica quirúrgica que se realice debe ser atraumática para preservar al máximo el ligamento periodontal<sup>10</sup>.  
En cuanto al tiempo extraoral del diente, este debe sumergirse en una solución salina que permita mantener la vitalidad de las células del ligamento periodontal<sup>13,21</sup>.

## TASA DE ÉXITO

La literatura reporta excelentes tasas de éxito en los casos donde se sigue un protocolo preciso de selección de casos y tratamiento. En general el éxito del autotrasplante puede medirse con distintos indicadores, pero todo apunta a tres grandes procesos: cicatrización pulpar, cicatrización periodontal y desarrollo radicular.

Un estudio realizado por Andreaseen en donde se autotrasplantaron 370 premolares, él reporta un 95% a 98% de éxito en un periodo de 13 años.<sup>27</sup> En otro estudio realizado por Lundberg e Isaksson donde autotrasplantaron 296 dientes con ápices inmaduros y maduros en donde mantuvieron un periodo de revisión de 5 años y ellos reportaron una tasa de éxito del 94 % en ápices inmaduros y un 84% en ápices maduros <sup>28</sup>. Por otro lado, Coher reporto 2 casos de autotrasplante dental esto de dientes anteriores con ápices cerrados los cuales demostraron una tasa de éxito del 98%-99% en un periodo de 5 años, posteriormente después de un periodo de 10 años este porcentaje cambio quedando así una tasa de éxito de 80%-70%<sup>29</sup>.

Vinitzky y colaboradores reportaron 2 casos de autotrasplante dental el primer caso lo clasificaron como exitoso, ya que cumplió con todos los criterios para poder considerarse exitoso esto en un periodo de 3 años. El caso 2 después de un periodo con seguimiento de cuatro años presenta mínima evidencia radiográfica de cierre apical incompleto; sin embargo, cumple todos los demás criterios de éxito es por eso por lo que lo consideran exitoso hasta este periodo de tiempo, siendo fundamental un seguimiento estricto a mediano y corto plazo<sup>30</sup>.

Yang y colaboradores (2018) mencionan que la tasa de éxito se determina bajo 6 condiciones fundamentales: ausencia de anquilosis, tejidos periodontales sanos, ausencia de reabsorción, ausencia de infección periapical, movilidad fisiológica y proporción corono radicular 1:1; si el diente se mantiene en boca, pero no cumple con estas condiciones es determinado como supervivencia<sup>11</sup>.

## COMPLICACIONES

Las complicaciones más comunes de los autotrasplantes son anquilosis, reabsorción inflamatoria, necrosis pulpar, compromiso del ligamento periodontal y desarrollo radicular incompleto, este último en casos de dientes con ápice abierto<sup>21</sup>.

- Anquilosis: esto ocurre cuando existe un daño del ligamento periodontal del diente trasplantado, esta complicación aparece generalmente después de seis meses o un año del procedimiento quirúrgico. Existen varias formas de diagnosticar anquilosis después de un autotrasplante, éstas pueden ser con una prueba de percusión en donde se notará un cambio en el sonido o mediante el diagnóstico radiográfico siendo este el más utilizado en estos casos, pero resulta inexacto en las primeras etapas<sup>8,21</sup>.
- Reabsorción radicular inflamatoria: esta complicación es causada por necrosis pulpar y por la submigración de los productos tóxicos que resultan de la misma, a través de los túbulos dentinarios. Se puede detectar dos meses después del procedimiento quirúrgico mediante diagnóstico radiográfico. La reabsorción radicular inflamatoria puede tratarse en una etapa temprana con la desinfección de los conductos radiculares para evitar que avance<sup>3,21</sup>.
- Necrosis pulpar: puede ocurrir en casos de dientes trasplantados con ápice abierto en el cual no se dio un proceso de revascularización. La necrosis pulpar debe ser tratada de manera inmediata antes de provocar complicaciones como la reabsorción radicular inflamatoria<sup>8,21</sup>.
- Compromiso del ligamento periodontal: esto ocurre por una incorrecta manipulación del órgano dental donante o por una afección a las células del ligamento periodontal que puede ser un resultado de una necrosis pulpar<sup>8</sup>
- Reducción de la longitud radicular: ocurre por procesos patológicos de reabsorción radicular externa<sup>8</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica que consistió en la búsqueda de artículos científicos en bases de datos como PubMed, Medline Complete, Cochrane y Dialnet Plus. y revistas académicas como *Jornal of endodontic*, para la recopilación de artículos científicos, en donde se seleccionaron artículos publicados en inglés y español relacionados con el tema. Las palabras clave que se utilizaron fueron: “autotransplante dental”, “trasplante autólogo, trasplatación autóloga, autoinjertos con sus contrapuestos en inglés: dental autotransplantation, autologous transplation, autografs.

Para realizar una correcta selección de artículos se limitó el resultado aplicado unos criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron, artículos publicados en idiomas inglés y en español, artículos de revisión bibliográfica, reporte de un caso, artículos de investigación. Mientras que para los criterios de exclusión fueron: Artículos que no contenían la variable factores y metaanálisis.

La búsqueda inicial arrojó un total de 245 artículos, que, a través de la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron finalmente 30 artículos limitados con relación al tema.

## CONCLUSIÓN

El autotrasplante ofrece una alternativa para los pacientes que no pueden acceder a otro tratamiento más que la extracción y en pacientes jóvenes los cuales aún se encuentran en desarrollo en los que incluso puede plantearse como un tratamiento de transición, el cual permitirá mantener un nivel óseo para posteriormente colocar de implantes osteointegrados la sustitución de los dientes perdidos.

Al realizar un autotransplante dental, junto con obtener un diente en boca, se obtendrá función estética e integración. Los factores determinantes del éxito del autotransplante dental son: condiciones del diente donante, un lecho receptor adecuado, la experiencia del odontólogo o especialista para realizar el procedimiento quirúrgico y así disminuir el tiempo en el que el diente se encontrara fuera del alveolo y evitar mayormente el trauma al momento de la extracción, cuidados posoperatorios, un adecuado tratamiento endodóntico en caso de ser necesario y la utilización de una excelente ferulización.

El desarrollo radicular es una de las características más importantes del diente donante, se prefiere que el diente donante presente una formación radicular de 2/3 ya que al adaptarse al nuevo lecho receptor continuara con su formación radicular gracias a la vaina epitelial de Hedwig. En el caso de los dientes con formación radicular completa el factor más importante y fundamental es la correcta realización de un tratamiento endodóntico asegurando así una mayor probabilidad de éxito en el tratamiento. La ferulización es una de las etapas más importantes y es fundamental escoger un material adecuado que le permita al diente la adaptación al nuevo alveolar.

Después de revisar los artículos de autotrasplante dental, donde en la mayoría se presentan casos clínicos con una tasa de éxito que va del 70 al 98% de éxito en un periodo de tiempo de 3,5,10 y 13 años de seguimiento, podemos afirmar que la tasa de éxito del autotrasplante es elevada, tomando en cuenta que como odontólogo general o especialista se debe contar con un conocimiento previo de las técnicas quirúrgicas, las ventajas y desventajas, los factores que pueden influenciar para el fracaso del autotrasplante dental, para prevenir cualquier tipo de complicación.

A pesar de no ser una práctica muy común considero que sería importante el incorporarla ya que podríamos otorgarle otra alternativa de tratamiento a los pacientes jóvenes en donde un trasplante osteointegrado no es recomendable o en pacientes con un nivel socioeconómico bajo, los cuales no pueden remplazar una pieza dental con un trasplante osteointegrado por su costo elevado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. I. Weihman E. Aguilar A. Anaya E. Autotransplante dental. revisión de la literatura y reporte dos casos. *Revista ADM*. 2016; 73 (4): 212-217.
2. Gonzalez C. Villa J. Autotransplante dentales y ortodoncia. 2015; 1 (4): 1-25.
3. Gonzalez D. Zamorano J. Mella E. Pinto N. Brisso J. Rodriguez N. Casa M. Autotrasplante Dental Utilizando Simulación Virtual y un Prototipo de Modelo de Impresión 3D. *Int. J. Odontostomat*. 2021; 15(1):271-277.
4. Sandeep Gupta, Munish Goel, Gurmeet Sachdeva, Bharti Sharma, Divye Malhotra. *J Conserv Dent*. 2015; 18(6): 500–503
5. Lopez M. Gutierrez J. Autotrasplante Dentario: Revisión de la Literatura. *Rev. Lat ortodoncia y odontopediatria*. 2016; 4 (2); 18-24.
6. Asif J. Noorani T. Alam M. Tooth autotransplantation: an alternative treatment. *Bull Tokyo dent Coll*. 2017; 58 (1): 41-48.
7. Xia J jia, Ge Z yu, Fu X hui, Zhang Y zhen. Autotransplantation of third molars with completely formed roots to replace compromised molars with the computer-aided rapid prototyping. *J Esthet Restor Dent*. 2020;32(3):265–71.
8. Meenakshi V. Nandakumar J. Hamed V. Ravindra N. Uribe F. Autotransplantation: A biological treatment alternative for a patient after traumatic dental injury. *Korean J Orthod* 2018; 48(2): 125-130
9. Atala-Acevedo C, Abarca J, Martínez-Zapata MJ, Díaz J, Olate S, Zaror C. Success Rate of Autotransplantation of Teeth with an Open Apex: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75(1):35–50.
10. Espona J. Abella F. Durán F. Pineda K. Alvarado C. Autotrasplante dental. Una opción terapéutica contrastada. *Endodoncia* 2018; 36: 22-30.
11. Vasiliki K. Huei J. Peter D. Nadine H. James S. Monty D. Outcomes and prognostic factors that influence the success of tooth autotransplantation in children and adolescents. 2017; 3 (7): 28-39
12. Zufía J, Abella F, Trebol I, Gómez-Meda R. Autotransplantation of Mandibular Third Molar with Buccal Cortical Plate to Replace Vertically Fractured Mandibular Second Molar: A Novel Technique. *J Endod*. 2017;43(9):1574–8.
13. Martínez M. Lopez M. Autotrasplante de un tercer molar superior al sitio del primer molar superior en paciente de 17 años. *Revista Mexicana de Estomatología*. 2019; 6 (2): 13-24.
14. Andreasen JO. Autotransplantation of molars. In: atlas of replantation and transplantation of theen. Philadelphia, Wb saunders, 1992; 11:1 –133.
15. Donado M. Cirugía bucal: patología y técnica. 3 ed. Barcelona. Masson; 2005. p 477-92
16. Plakwickz, Kapuscinska A, Kukuta K. Pulp revascularization after repositioning of impacted incisor with adlacerated root and detached apex. *JEndod*.41(6): 2015: 974-979.
17. Tsukiboshi M. Autotransplantation of theeth: requirements for predictable success. *Dent traumatol*.2002;18:157,180.
18. Andreasen JO. Analysis of pathogenesis and topography of replacement root resorption(ankyloses) after replantation of mature permanent in monkeys. *Swed Dent J*. 1980;4(6):231-40.
19. Lewis OH, Eldrige DJ. Orthodontic/restorative. *Dent-Up date*, Jun 1992, 19 (5), 195-199.
20. Ashurko I, et al. Autotransplantation of teeth as an alternative todental implantation2020;13: 1-5.
21. Gonzalez C. Villa J. AUTOTRANSPLANTES DENTALES Y ORTODONCIA Una revisión desde lo básico hasta los prototipos personalizados 3D. 2019; 4 (9): 124-131.
22. Morales B. et. all AUTOTRANSPLANTE DENTAL: CASO CLÍNICO. *Revista OACTIVA UC Cuenca*. 2019; 4 (1): 21-26.
23. Cahuana A. Cahuana L. Brunet C. Autotrasplante dental como solución a un incisivo central con fracaso eruptivo. Reporte de un caso clínico. *Odontol Pediátr*. 2017; 25 (3): 217-225.
24. Tovío E. Urbano S. Gamarra J. Trasplante autólogo del tercer molar mandibular en el alveólo posextracción. Reporte de caso. 2017; 1 (5): 84-95.
25. Atala-Acevedo C, Abarca J, Martínez-Zapata MJ, Díaz J, Olate S, Zaror C. Success Rate of Autotransplantation of Teeth with an Open Apex: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75(1):35–50
26. Mena-Álvarez J, Riad-Deglow E, Quispe-López N, Rico-Romano C, Zubizarreta-Macho A. Technology at the service of surgery in a new technique of autotransplantation by guided surgery: a case report. *BMC Oral Health*. 2020; 20:99.
27. J. O Andreasen, H.U. Paulsen, Z. Yu, T. Bayer, O. Schwartz. A long- term study of 370 autotransplanted premolars. Part II. tooth survival and pulp healing subsequent to transplantation. *European Journal of Ortodontics* 1990;12: 14-24.
28. T. Lundberg, S. Isaksson. A clinical follow- up study of 278 autotransplanted teeth. *British Journal of Oral and Maxilofacial Surgery*.1996;34: 181-185.
29. A. Scott Cohen, T.C. Shen, M. Anthony Pogrel. Trasplanting teeth successfully autografts and allografts that work. *Jada* 1995; 126:481-485.

30. I. Vinitzky, E. Weihmann, A. Aguilar, E. peña. Autotrasplante dental. Revision de la literatura y presentación de dos casos. Revista ADM 2016; 73(4): 212-217.

## Capítulo III

### Descripción de la plaza



Centro de Salud T-II San Luis Tlaxialtemalco  
Jurisdicción Xochimilco

#### 1. Antecedentes Históricos

Después de la conquista de México-Tenochtitlan realizada por los españoles, los pueblos indígenas fueron congregados, en lugares previamente seleccionados por las autoridades virreinales entre 1592 y 1606. Diversas familias de Jesús Nazareno Xochitepec y el pueblo de San Juan Evangelista fueron congregados en el lugar que ya ocupaba Tlaxialtemalco para fundar oficialmente el pueblo de San Luis el 25 de julio de 1603, el pueblo actualmente tiene 417 años de vida y cuenta con los barrios de San Juan, San José, La Guadalupita, la Candelaria, Temacpalco, y Niños Héroes.

Después de la conquista de México-Tenochtitlan realizada por los españoles, los pueblos indígenas fueron congregados, en lugares previamente seleccionados por las autoridades virreinales entre 1592 y 1606. Diversas familias de Jesús Nazareno Xochitepec y el pueblo de San Juan Evangelista fueron congregados en el lugar que ya ocupaba Tlaxialtemalco para fundar oficialmente el pueblo de San Luis el 25 de julio de 1603, el pueblo actualmente tiene 417 años de vida y cuenta con los barrios de San Juan, San José, La Guadalupita, la Candelaria, Temacpalco, y Niños Héroes.

Un poco antes de su fundación, Tlaxialtemalco ya contaba en 1586 con una ermita (santuario o capilla). Entre 1587 y 1597 pasaron por sus terrenos 23 frailes, que evangelizaron los caminos de tres poblados ubicados en las riberas del lago de Xochimilco: Tulyehualco, San Gregorio y San Luis mismo, dichos frailes residían en el convento de San Bernardino de Siena que administraba a las referidas poblaciones. El templo de San Luis fue construido en el siglo XVII a base de gruesos muros y cubierto de piedra.

#### 1.2 Centro de Salud San Luis Tlaxialtemalco

En el año 2004 se comienza a rumorar que se construirá un antirrábico en el terreno baldío llamado el potrero, por lo que el pueblo empieza a hacer plantones ya que estaban en contra de la construcción, para el 2005 con intervención y ayuda del coordinador Armando Espinoza, se comienza la construcción de lo que posteriormente se convertiría en el 2006 en centro de salud TI San Luis Tlaxialtemalco, siendo inaugurado a finales de este mismo año. Abriendo sus instalaciones en su ubicación actual, Av. 5 de mayo s/n, San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, 16610 Ciudad de México, CDMX

En ese entonces se crearon 1 consultorio dental con dos unidades dentales, 2 módulos de atención médica, a diversas zonas geográficas del área de afluencia del centro de salud, prestando servicio en el turno matutino.

Para el año 2017 debido al sismo de septiembre San Luis Tlaxialtemalco fue uno de los pueblos más afectados, viéndose dañado de manera importante el centro de salud, cerrando sus puertas para ser reparado, para agosto de 2020 reabre sus puertas, con instalaciones y mobiliario totalmente nuevos, siendo inaugurado el día 23 de agosto de 2020, por la jefa de gobierno Claudia Sheinbaum, el alcalde de Xochimilco José Carlos Acosta y la directora jurisdiccional la Doctora Mirna Vara Aguirre, actualizando su atención a 1 consultorio dental, con 2 unidades dentales, con 6 módulos médicos, servicio de inmunizaciones, trabajo social, entre otros.



### LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

- Entidad: Ciudad de México
- Localidad: Xochimilco
- Colonia: San Luis Tlaxialtemalco
- Establecimiento: Unidad de Consulta Externa
- Institución: secretaria de Salud
- Domicilio: Av 5 de mayo s/n, San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, 16610 Ciudad de México, CDMX



## DESCRIPCIÓN DEL INMUEBLE.

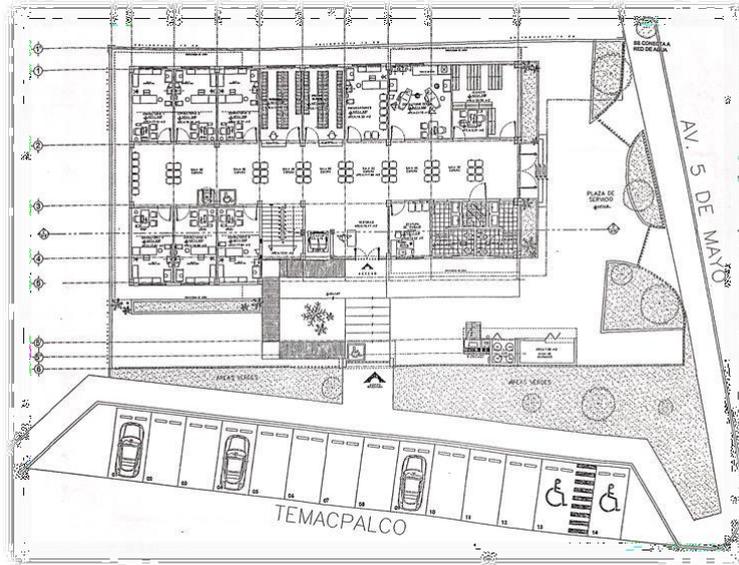
El centro de salud T-II San Luis Tlaxialtemalco cuenta con los siguientes servicios:

▪ Servicio de estomatología
▪ 6 módulos de consulta externa
▪ Servicio de trabajo social
▪ Servicio de enfermería
▪ Área de inmunizaciones
▪ Archivo clínico
▪ Farmacia
▪ Almacén
▪ Servicio de somatometría
▪ Módulo de detecciones
▪ Módulo de servicio social
▪ Módulo de epidemiología
▪ Ceye y red de frío
▪ Dirección
▪ Área de almacén
▪ Área de activo-fijo
▪ Área de archivo clínico



## ESTRUCTURA ARQUITECTÓNICA

El Centro de Salud T-II San Luis Tlaxialtemalco está estructurado por planta física de planta baja y primer piso, construido de materiales perdurables en pisos, muros y techos, cancelería de aluminio, vidrios, pisos de cerámica y acabados de yeso.



## CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD T-II "SAN LUIS TLAXIALTEMALCO"

### CARTOGRAFÍA

La delegación Xochimilco es una de las 16 delegaciones que conforman la ciudad de México, presenta una superficie de 12,517.8 ha, la cual equivale al 8.40 % de la superficie del Distrito Federal. Se encuentra entre las coordenadas geográficas 19009' latitud Norte y 99009' de longitud Oeste.

Colinda al norte con las delegaciones Tlalpan, Coyoacán, Iztapalapa y Tláhuac; al este, con Tláhuac y Milpa Alta; al sur, con Milpa Alta y Tlalpan; y al oeste, con Tlalpan.



## OROGRAFÍA

La demarcación se ubica dentro de la Cuenca de México, la cual forma parte de la provincia fisiográfica denominada Eje Volcánico Transversal, sistema montañoso que rodea amplios valles a los cuales llegaban las aguas de numerosos arroyos que descendían de los cerros durante la época de lluvias formando una gran laguna, a su vez Xochimilco forma parte de la subprovincia llamada Lagos y Volcanes de Anáhuac.

La parte sur de la delegación es la más abrupta, está cruzada por la Sierra del Ajusco donde sobresale como elevación principal el cerro Teuhtli, ubicado en el límite con la delegación de Milpa Alta. De este a Oeste se localizan los cerros de Tlamaxcalco, Teoca, Tochuca, Zompole y Tlamapa. Hacia el noroeste, en el límite con Tlalpan, se encuentran los cerros Tehuanpaltepetl, La Cantera, Texomulco y Xochitepec.



## SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

Los barrios que integran al Centro de Salud T-II San Luis Tlaxialtemalco, son las siguientes:

- Barrio el carmen
- Barrio san juan
- Paraje nochicala
- Pueblo de san luis
- Publo de san luis, san juan, san jose

Territorial correspondiente al C.S T-II San Luis Tlaxialtemalco.

## DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

El Centro de Salud T-II San Luis Tlaxialemalco está estructurada con una población total de 16,221 usuarios de los cuales 11657 cuentan con seguro popular o gratuidad; mientras que 14,421 habitantes presentan seguridad social. En la Tabla I se puede observar la distribución de la población por sexo y edad del Centro de Salud T-II San Luis Tlaxialtemalco.

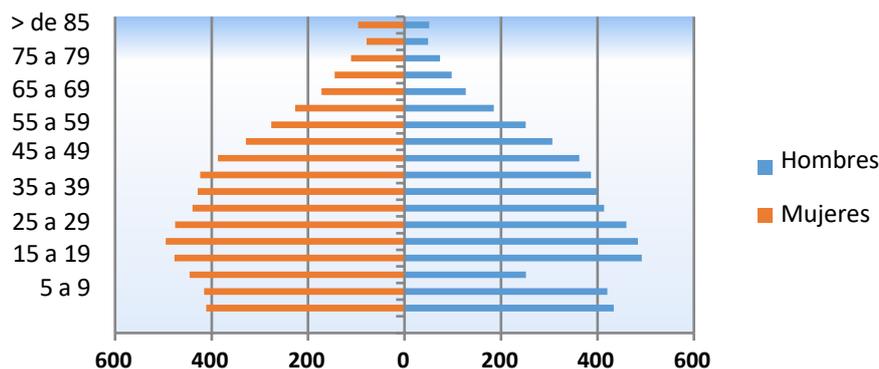
Edad (años)	Población total	Hombres		Mujeres	
		Abs	%	Abs	%

0 a 4	32,039	7.72	16,460	3.97	15,579	3.75
5 a 9	34,571	8.33	17,558	4.23	17,013	4.1
10 a 14	34,315	8.27	17,424	4.2	16,891	4.07
15 a 19	37,069	8.93	18,962	4.57	18,107	4.36
20 a 24	38,240	9.21	19,574	4.72	18,666	4.5
25 a 29	35,349	8.52	17,997	4.34	17,352	4.18
30 a 34	34,084	8.21	17,097	4.12	16,987	4.09
35 a 39	33,399	8.05	16,398	3.95	17,001	4.1
40 a 44	29,665	7.15	14,336	3.45	15,329	3.69
45 a 49	25,182	6.07	12,053	2.9	13,129	3.16
50 a 54	22,141	5.34	10,491	2.53	11,650	2.81
55 a 59	16,476	3.97	7,785	1.88	8,691	2.09
60 a 64	12,798	3.08	5,952	1.43	6,846	1.65
65 a 69	8,778	2.12	4,127	0.99	4,651	1.12
70 a 74	6,407	1.54	2,834	0.68	3,573	0.86
75 a 79	4,238	1.02	1,834	0.44	2,404	0.58
80 a 84	2,749	0.66	1,024	0.25	1,725	0.42
85 a 89	1,585	0.38	581	0.14	1,004	0.24
90 a 94	578	0.14	194	0.05	384	0.09
95 a 99	210	0.05	68	0.02	142	0.03
100 y mas	53	0.01	17	0	36	0.01
No especificado	5081	1.22	2,539	0.61	2,542	0.61
<b>Total</b>	<b>415,007</b>	<b>100</b>	<b>205,305</b>	<b>100</b>	<b>209,702</b>	<b>100</b>

Distribución de la población por sexo y edad del Centro de Salud T-II San Luis Tlaxialtemalco.

Para el centro de Salud de san Luis Tlaxialtemalco, de la población abierta, 4,261 corresponden al sexo masculino, que equivale al 49.22%, y 4,396, que corresponden al género femenino, con un equivalente del 50.78%.

#### PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL C.S T-II SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.



FUENTE: Proyecciones proporcionadas por la Jurisdicción Xochimilco

#### POBLACIÓN ASEGURADA Y NO ASEGURADA

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN					
	POBLACION TOTAL			POBLACION NO DERECHOHABIENTE		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES

<1	365	188	177	175	91	85
1-4	1,595	806	790	760	384	375
0-4	1,960	994	967	935	475	460
5-9	2,069	1,046	1,023	952	477	475
10-14	2,214	1,127	1,086	1,011	517	494
15-19	2,362	1,189	1,173	1,132	573	559
20-24	2,381	1,171	1,210	1,231	618	613
25-29	2,240	1,079	1,161	1,057	532	525
30-34	2,332	1,107	1,226	1,042	526	516
35-39	2,134	996	1,137	927	463	464
40-44	2,002	927	1,075	846	426	421
45-49	1,762	803	959	700	358	342
50-54	1,507	683	823	567	292	275
55-59	1,132	499	633	388	196	192
60-64	945	398	547	272	129	143
65-69	742	311	431	191	84	107
70-74	681	276	405	167	67	99
75-79	462	182	280	101	37	64
80-85	328	124	204	73	26	47
85-90	155	57	99	41	13	29
90-95	60	20	40	15	4	11
95-99	21	6	15	7	2	5
100 y MAS	4	1	3	2	0	1
80 y MAS	568	208	361	138	45	93
TOTAL	27,492	12,995	14,497	11,657	5,815	5,842

En el Centro de Salud T-II San Luis Tlaxialtemalco, se tiene estimada marginación alta y media de acuerdo con datos obtenidos del Consejo Nacional de Población (CONAPO)

Centro de salud	Proyección por grado de marginación					
	Total	Muy alta	Alta	Media	Baja	Muy baja
T-II San Luis Tlaxialtemalco	11,657	0	7,565	4,091	0	0
Total	11,657	0	7,565	4,091	0	0

#### LOCALIDADES QUE INTEGRAN EL ÁREA Y AGEBS DE RESPONSABILIDAD

De acuerdo con la Regionalización de Unidades Territoriales y AGEBS (Área Geoestadística Básica), el área de influencia se integra de la siguiente forma:

AGEB	Unidad territorial
0692	Col. San Juan
0527	Pueblo de San Luis

AGEB'S QUE INTEGRAN EL C.S T-II San Luis Tlaxialtemalco.

## ESTRUCTURA SOCIOCULTURAL

### SOCIAL

Es importante señalar los problemas sociales que aquejan a la población, a pesar de que se realizan campañas dirigidas a los grupos vulnerables, visitas a escuelas y todas las acciones que se encuentran a nuestro alcance aún tenemos que mencionarlos y son los siguientes:

- Desnutrición
- Embarazo en adolescentes
- Alcoholismo
- Drogadicción
- Violencia

### CULTURAL

De las fiestas más importantes del pueblo después de la del Santo Patrón San Luis Obispo de Tolosa, están las "Posadas" que se realizan a través de los diferentes grupos organizados, como: "los Cricri", "Pelones", "Malavidos" "Cachis" "Los Pitufos" "Barrio Bajo" "Tlamelaca" etc, Estos, han dado algarabía y un colorido de tradición y transculturación al modificarse las costumbres y tradiciones copiando patrones de otras fiestas de la región como la del Niño en Xochimilco.

### NIVEL EDUCATIVO

En México existen diferentes niveles de educación preescolar, primaria, secundaria, bachillerato, licenciaturas, maestría y doctorado además de diplomados y otras modalidades de educación básica en todo el territorio nacional mexicano bajo los términos de la constitución política de los estados unidos mexicanos. En la Ley General de Educación se establecen tres tipos de educación: básica, media superior y superior.

Escolaridad	No	Porcentaje
2.- sabe leer y escribir	2	0.3
4.-primaria	165	23.5
6.- bachillerato	146	20.8
8.- licenciatura	90	12.8
10.- no aplica	36	5.1

FUENTE: DIAGNOSTICO DE SALUD DEL C.S T-II San Luis Tlaxialtemalco

### EDUCACIÓN

El Centro de Salud T-II San Luis Tlaxialtemalco cuenta en su área de influencia con un total de 4 centros educativos, en su promedio los planteles educativos son públicos, seguido de instituciones privadas, nivel básico y medio superior.

- Preescolar: 1
- Escuelas primarias: 2

- Secundarias: 1
- Educación medio superior: 0

## RELACIÓN DE ESCUELAS SECUNDARIA, PRIMARIAS, PREESCOLAR Y CENDIS

Nombre	Escuela	Turno	Universo
1.- Jardín de niños yoliliztli	Jardín de niños	Completo	
2.- Aureliano castillo	Primaria	Completo	
3.- Aron Camacho	Primaria	Completo	
4.- técnica nº79	Secundaria	Matutino	

RELACION DE ESCUELAS, JARDIN DE NIÑOS Y CENDIS PERTENECIENTES AL C.S T-II San Luis

## CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

En San Luis Tlaxialtemalco habitan unas 4,970 personas en 1,200 casas. Se registran 340 personas por km<sup>2</sup>, con una edad promedio de 31 años y una escolaridad promedio de 10 años cursados.



De las 5,000 personas que habitan en San Luis Tlaxialtemalco, 2,000 son menores de 14 años y 2,000 tienen entre 15 y 29 años. Cuando se analizan los rangos etarios más altos, se contabilizan 2,000 personas con edades de entre 30 y 59 años, y 480 individuos de más de 60 años.

## OCUPACIÓN E INGRESOS

En San Luis Tlaxialtemalco operan cerca de 540 establecimientos, que en conjunto emplean alrededor de 534, y la mayoría de estos establecimientos se dedican a Comercio minorista. Es una localidad del municipio Xochimilco, en Ciudad de México, y abarca un área cercana a 150 hectáreas. Tiene una producción económica estimado en MXN \$650 millones anuales, de los cuales MXN \$250 millones corresponde a ingresos generados por los hogares y unos MXN

\$410 millones a ingresos de los 540 establecimientos que allí operan. Adicionalmente, se estima que en la colonia laboran 3,000 personas, lo que eleva el total de residentes y trabajadores a 8,000.

En la colonia San Luis Tlaxialtemalco se registran unos 540 establecimientos comerciales en operación.

Entre las principales empresas (tanto públicas como privadas) con presencia en la colonia se encuentra GOBIERNO DE CDMX, que junto a otras dos organizaciones emplean unas 534 personas, equivalente al 71% del total de los empleos en la colonia.



El nivel de ingresos de la población trabajadora indica que el 32% percibía más de 1 y hasta 2 salarios mínimos, el 20% hasta 3 salarios mínimos, el 16% hasta 5 salarios mínimos y solo el 5% más de 10 salarios mínimos. Lo que significa que hay una amplia presencia de sectores de bajos ingresos

## COMUNICACIONES Y TRANSPORTE

La concentración de habitantes en zonas urbanas ha propiciado el uso de transporte masivo, generando la necesidad de utilizar las diferentes rutas de transporte, permitiendo el desplazamiento de los usuarios a diferentes puntos de la ciudad. Podemos describir la red vial del área de influencia de la siguiente manera:

- Combis colectivas.
- Microbus.
- Taxis.
- Tren ligero.

## RECURSOS Y SERVICIOS PARA LA SALUD

### INFRAESTRUCTURA EN SALUD

La población que corresponde a las colonias de San Luis Tlaxialtemalco está representada solo por los servicios del Centro de Salud. También se disponen de 4 consultorios médicos privados y con 5 farmacias, 1 de ellas de similares sin consultorio médico.

Los servicios médicos de urgencias o referencias del área son derivados al Hospital General de Milpa Alta, Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, en el caso de urgencias médicas adultos. Hospital Materno pediátrico de Tláhuac a donde se destinan las urgencias ginecológicas y Hospital General Milpa Alta. Todos dependientes de la secretaria de Salud de la Ciudad de México.



## MORTALIDAD

La mortalidad en 2017, se registran entre las principales causas a las enfermedades no transmisibles

Orden	Causa	Agrupación	Volumen	%
1	Enfermedades del corazón Enfermedades isquémicas del corazón	097	213	24.2
2	Diabetes mellitus	097C	163	18.5
3	Tumores malignos	061	131	14.9
4	Enfermedades del hígado Enfermedad alcohólica del hígado	049 125A	101 63	11.5 7.2
5	Enfermedades cerebrovasculares	098	27	3.1
6	Accidentes Accidente causado por proyectil de arma de fuego.	167 167K	44 43 17	5.0 4.9 1.9
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas excepto bronquitis, asma y enfisema.	113	36	4 .1
8	Agresiones (homicidios)	169	27	2.8
9	Neumonía e influenza	105	25	1.6
10	Insuficiencia renal	139	14	4.9
11	Infecciones de la piel y de tejido subcutáneo	128	10	1.1
12	Ciertas afectaciones originadas en el periodo perinatal.	163	10	1.1

13	Úlceras gástrica y duodenal	118	9	1.0
14	Anemias	058	8	0.9
15	Malformaciones congénitas	165	7	0.8
16	Lesiones auto infligidas intencionalmente	168	6	0.7
17	Enfermedades infecciosas intestinales	001	5	0.6
18	Septicemia	015	4	0.5
19	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia	037	4	0.5
20	Bronquitis crónica, enfisema y asma	110	4	0.5
	Paro cardíaco	997	0	0.0
	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.	998	6	0.7
	Los demás	999	109	12.4

### PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

▪ Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
▪ Infecciones respiratorias agudas
▪ Enfermedades infecciosas intestinales
▪ Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
▪ Enfermedades cerebro vasculares

### PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR

• Tumores malignos
• Influenza y neumonía
• Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
• Epilepsia
• Enfermedades del hígado

## PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA

• Diabetes mellitus
• Tumores malignos
• Enfermedades del corazón
• Enfermedades del hígado
• Accidentes
• Agresiones (homicidios)
• Enfermedades cerebrovasculares
• Influenza y neumonía
• VIH
• Suicidios

## MORBILIDAD

Un instrumento para el conocimiento de los usuarios son los sistemas institucionales de información: SIS y SUIVE. A través de los cuales se generó la morbilidad para el 2017 y sirvieron para la capacitación del personal y estrategias que mejoraran el impacto de estos padecimientos hacia la población; por lo que los principales padecimientos del año 2017 fueron los siguientes

1.- infecciones respiratorias agudas	978
2.- cistitis, uretritis y síndrome uretral e infección de vías urinarias de sitio no especificado	151
3.- caries dental	150
4.- otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.	134
5.- enfermedades de la pulpa	74
6.- infección intestinal por otros organismos y las mal definidas	64
7.- enteritis y colitis no infecciosa	59
8.- ulcera gástrica, duodenal, y ulcera gastroyeyunal, gastritis y duodenitis.	47
9.- gingivitis y enfermedad periodontal	30
10.- virus de papiloma humano	29
11.- trastornos inflamatorios de la mama	19
12.- otras enfermedades venéreas	19
13.- displasia cervical leve a moderada	18

## DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO ADECUADO, EN FUNCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL.

En el Centro de Salud T-II San Luis Tlaxialtemalco la distribución de los recursos en función a la demanda de actividades del programa, es adecuada de acuerdo con el indicador de cobertura que marca un odontólogo por cada 9000 habitantes.

Actualmente existen 2 odontólogos adscritos en el servicio de Estomatología con una cobertura potencial de 16,221 habitantes no obstante la población de responsabilidad es de 16,221 habitantes.

## RECURSOS HUMANOS INSTITUCIONALES PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

En el Centro de Salud T-II San Luis Tlaxialtemalco se brinda atención odontológica con dos odontólogos, 2 pasantes en turno matutino, de acuerdo con la atención por niveles, todos realizan atención de primer nivel que incluye saneamiento básico, actividades preventivas y curativas. En los planteles escolares se lleva a cabo el esquema básico de prevención consistiendo en 30 actividades preventivas por escolar durante el ciclo escolar.

### ÁREA FÍSICA

El servicio de Odontología se encuentra integrado básicamente por 2 unidades dentales de las cuales 2 se observan funcionando. El equipo de Estomatología está conformado por 2 odontólogos operativos que otorgan consulta dental en turno matutino y jornada acumulada. El módulo de salud bucal también está integrado por 2 autoclaves, 2 aparato de rayos x, caja de revelado, 2 amalgamadores y 4 lámparas de led observándose funcionales y en buenas condiciones.

Requieren de 30 espejos dentales para la revisión de tejidos bucales; ya que los que utilizan de manera rutinaria se encuentran averiados. En cuanto a insumos se tiene desabastecimiento de vasos del No 4 y 0, tabletas reveladoras, fluoruro de sodio al 0.2%, anestesia local (lidocaína con epinefrina al 2%), albolil, IRM, resina fotocurable, agua de garrafón, fresa mágica y pasta FS.



### RECURSOS MATERIALES

Dentro del servicio de Odontología es de suma importancia mantener en buenas condiciones el módulo de salud bucal para realizar las actividades preventivas y curativas que demanda la comunidad perteneciente a este centro de salud. El tener funcionales y en buen estado las unidades dentales, autoclaves, aparato de Rx, amalgamadores, piezas de alta y baja velocidad, escariadores, lámparas de luz halógena y compresoras será garantizada la atención bucal a la comunidad escolar y en general. El abastecimiento oportuno de insumos e instrumental para cubrir las necesidades de la población debe ser gestionada en tiempo y forma para otorgar una consulta de calidad.

## POBLACIÓN ESCOLAR QUE RECIBE ACTIVIDADES EDUCO-PREVENTIVAS

De acuerdo con los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Patológicas Bucales (SIVEPAB) que en su fase permanente proporcionó una oportunidad para conocer la situación de la salud bucal en la población demandante de los servicios.

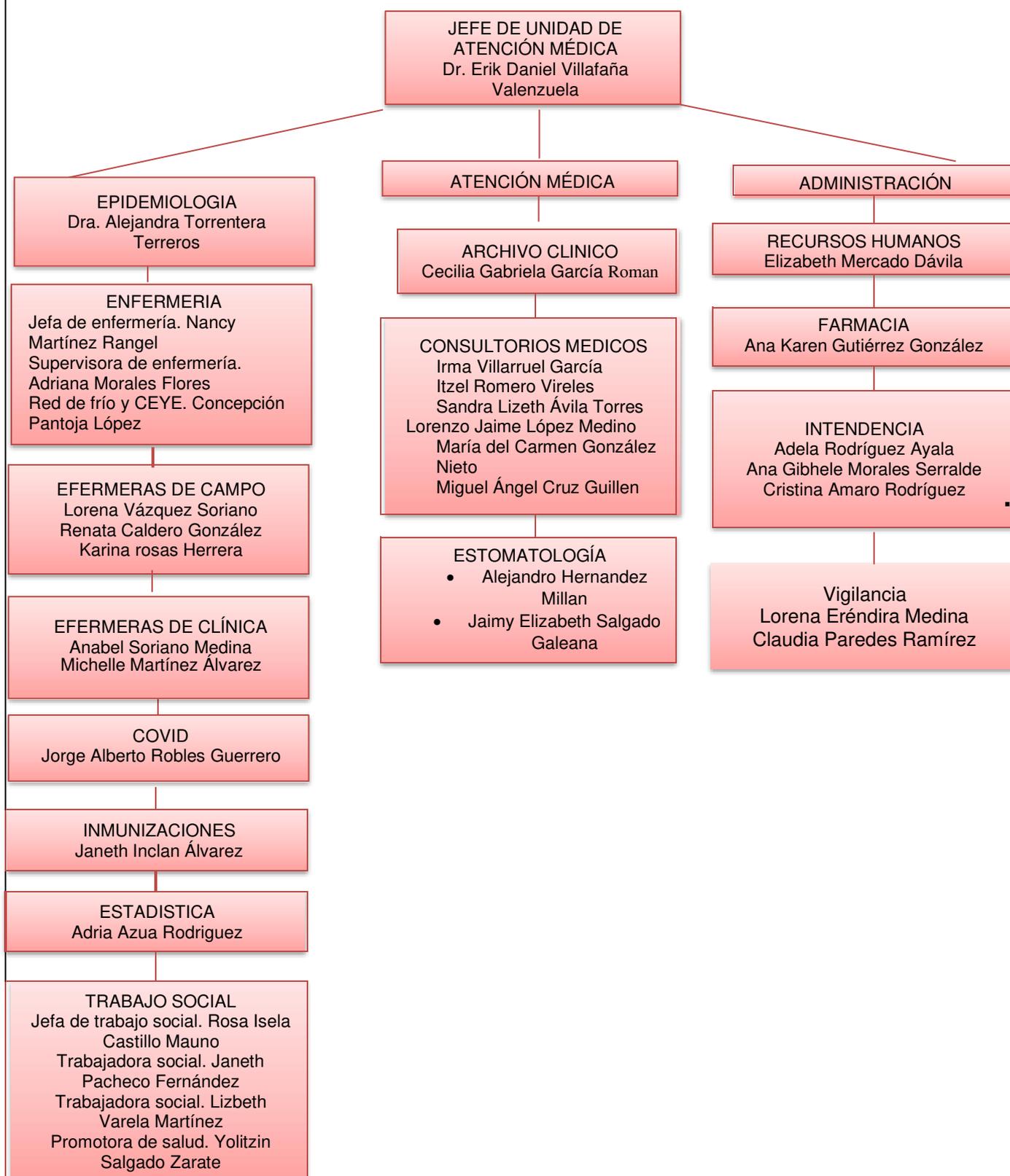
En los escolares de escuelas de la Secretaría de Educación, de 6 años el 79.43% padece de caries dental. La población escolar de 6 a 15 años se encuentra afectada en promedio del 84.27% por caries dental. Con estos datos la Ciudad de México ocupa el segundo lugar a nivel nacional. Las enfermedades bucales más frecuentes en los preescolares y escolares de la Ciudad de México es la caries dental y las periodontopatias, en sus grados bajo y medio, que afectan al 95% de esta población.

Sin embargo, existen recursos humanos, medios y medidas de protección que pueden ser aplicadas de manera sistemática en los diferentes grupos de edad para evitar el daño a la salud bucal.

De acuerdo con el Programa Preventivo Educativo en Escuelas se deben cumplir con los siguientes objetivos específicos:

- Otorgar medidas de prevención grupal contra la caries y periodontopatias; y protección específica
- Contribuir al incremento del niño sano.
- Concientizar a la población preescolar y escolar sobre la importancia de la salud bucal como parte integral de la salud en general.
- Fomentar el autocuidado en la población del preescolar y escolar durante toda la vida del individuo.
- Trabajar en equipo con maestros, padres de familia y personal de salud.
- Proporcionar información a los profesores, padres de familia, escolares sobre los diferentes medios para prevenir las enfermedades bucales a través de la educación para la salud y la protección específica.

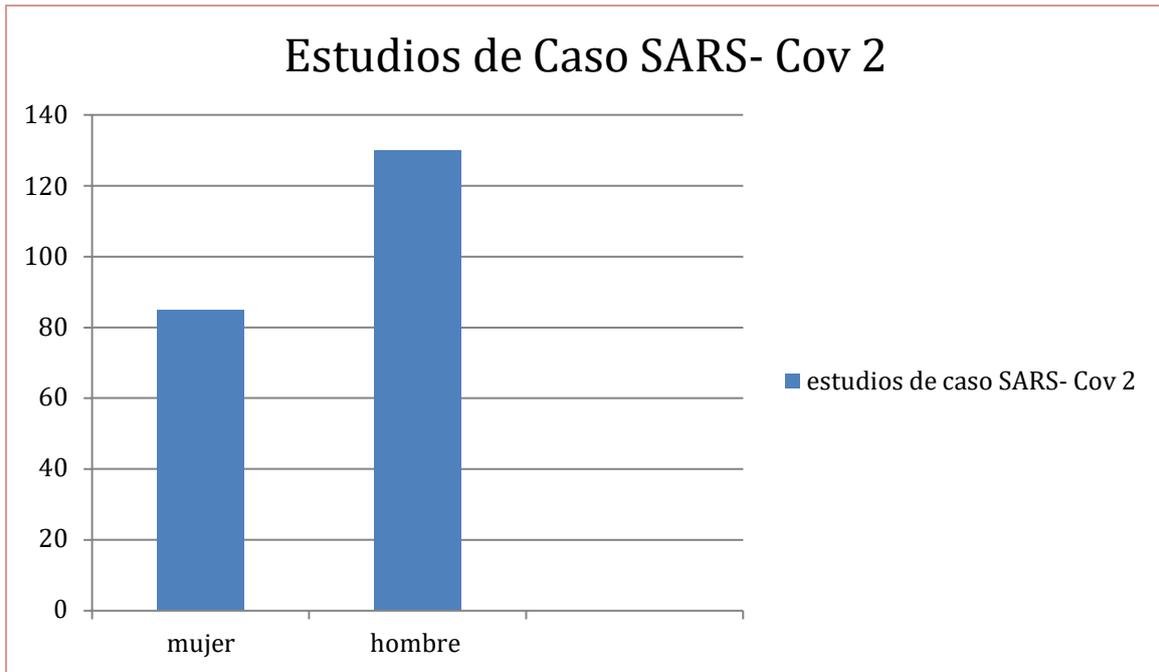
## ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN



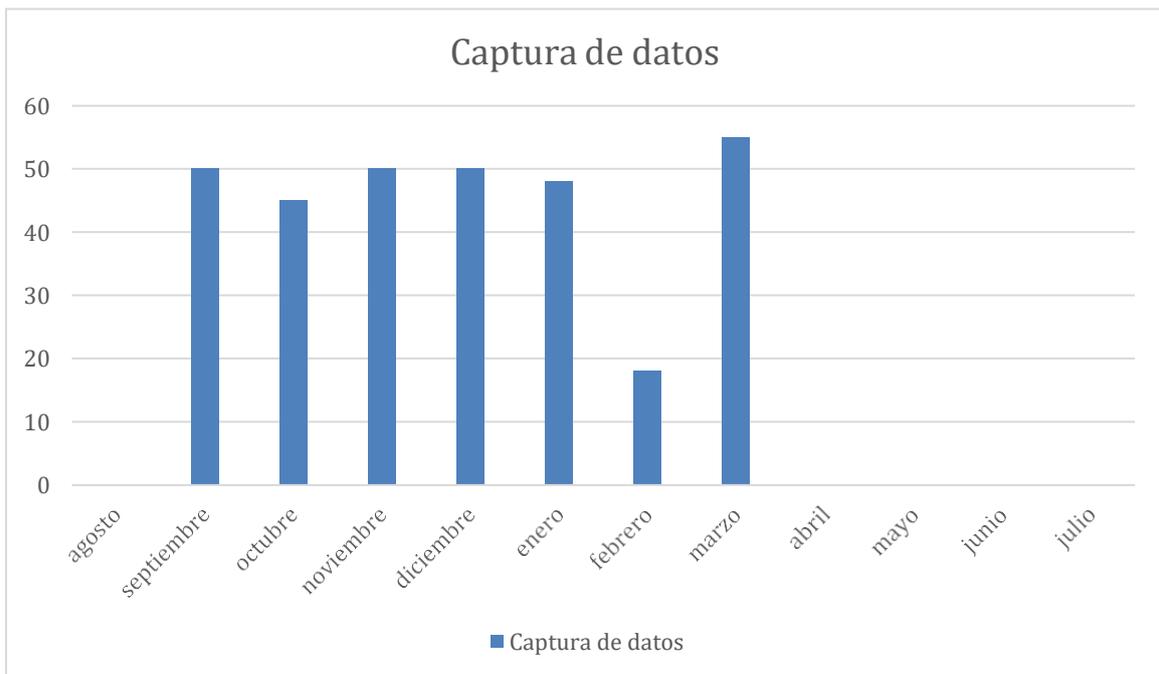
INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Actividades realizadas

Apoyo al área de epidemiología en el llenado de encuestas a los pacientes para la realización de pruebas PCR y pruebas rápidas para SARS-Cov-2.

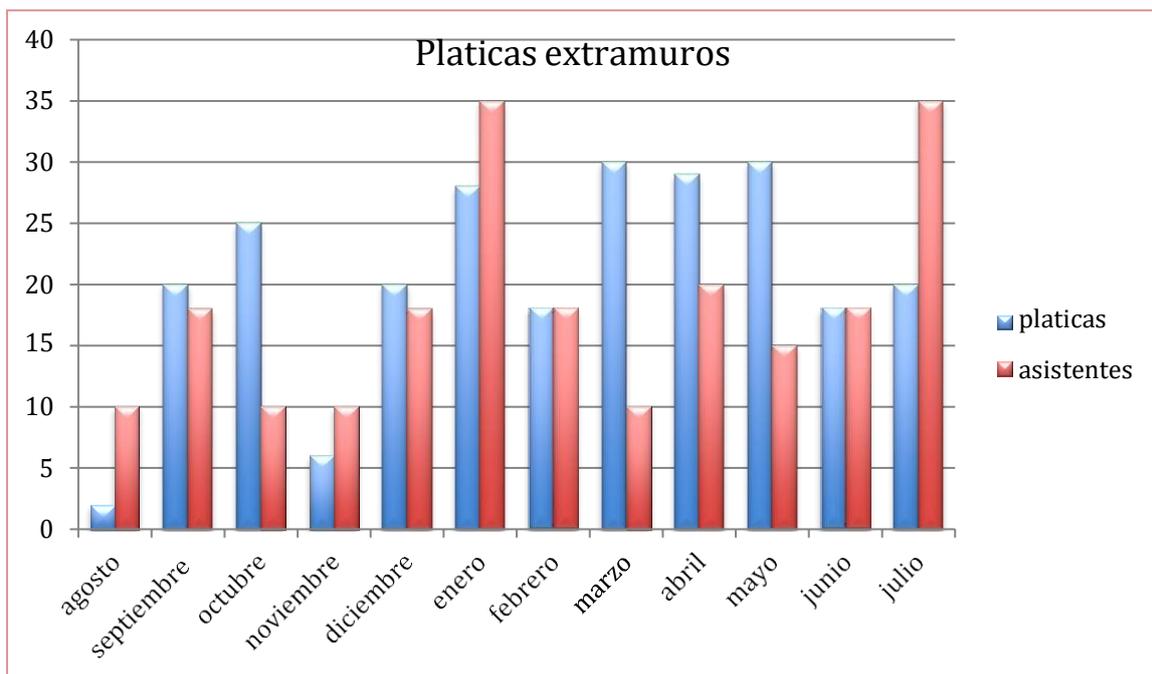


Gráfica 1: Número de personas a las que se le aplico encuesta para la toma de prueba para la detección del Covid.



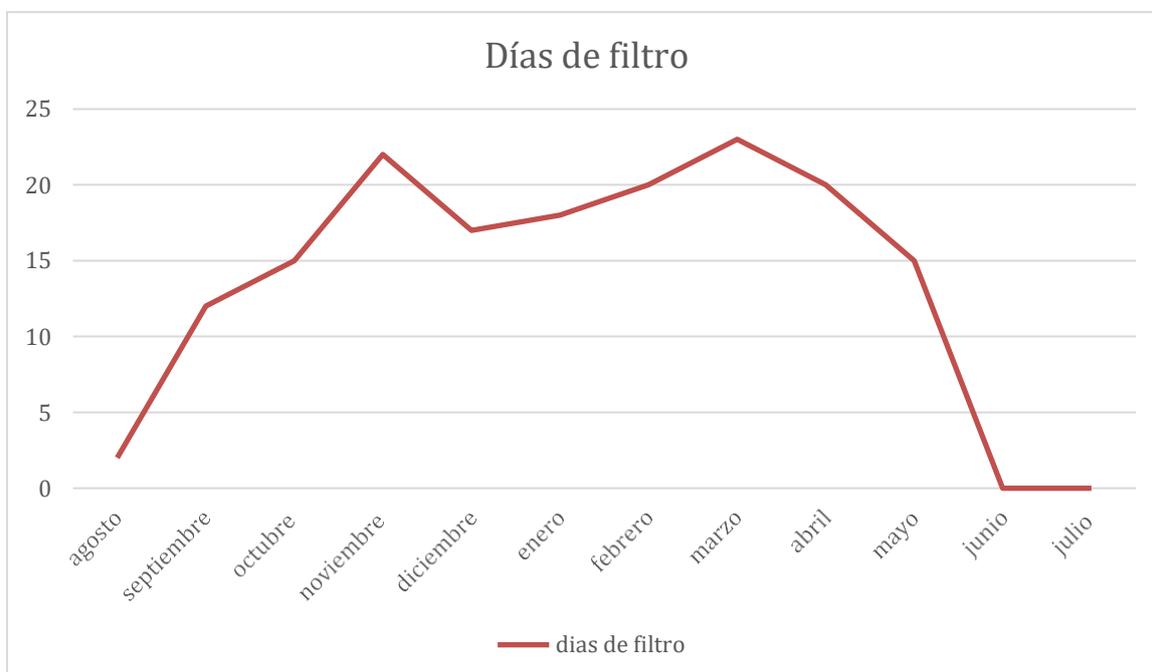
Gráfica2: número de estudios de sospecha de covid-19 registrados en el sistema

## Realización de pláticas para la Promoción de la Salud a pacientes que acudían a consulta general



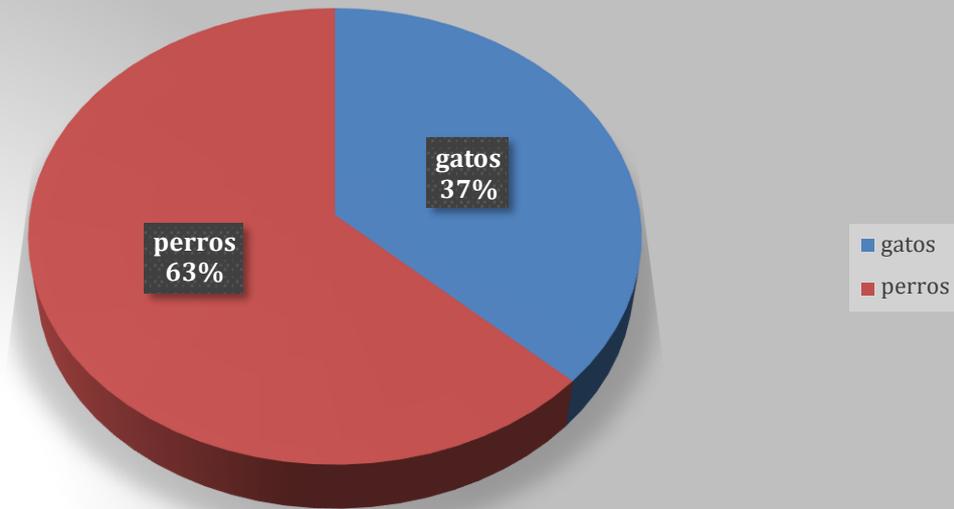
Gráfica 3: número de pláticas realizadas por mes durante el servicio social.

Apoyo en filtro durante el servicio social en donde se entregaba gel, se tomaba la temperatura y se otorgaba información acerca de los servicios que ofrecía el Centro de Salud.



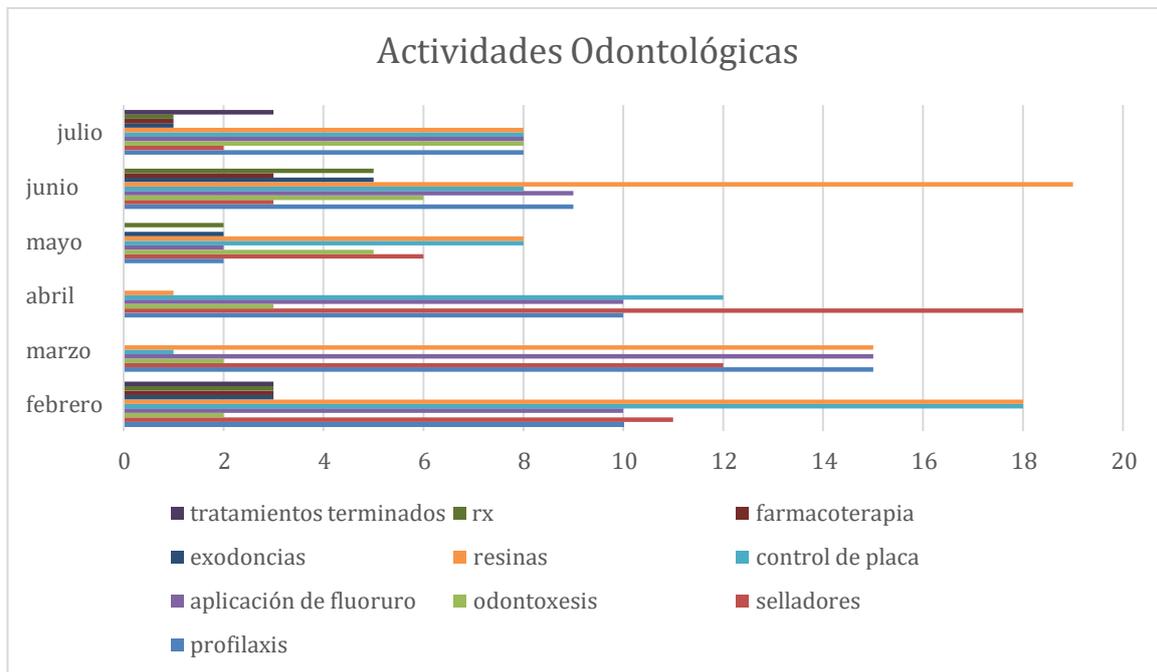
Gráfica 4: números de días en los que se apoyo en filtro

## vacuna antirrabica

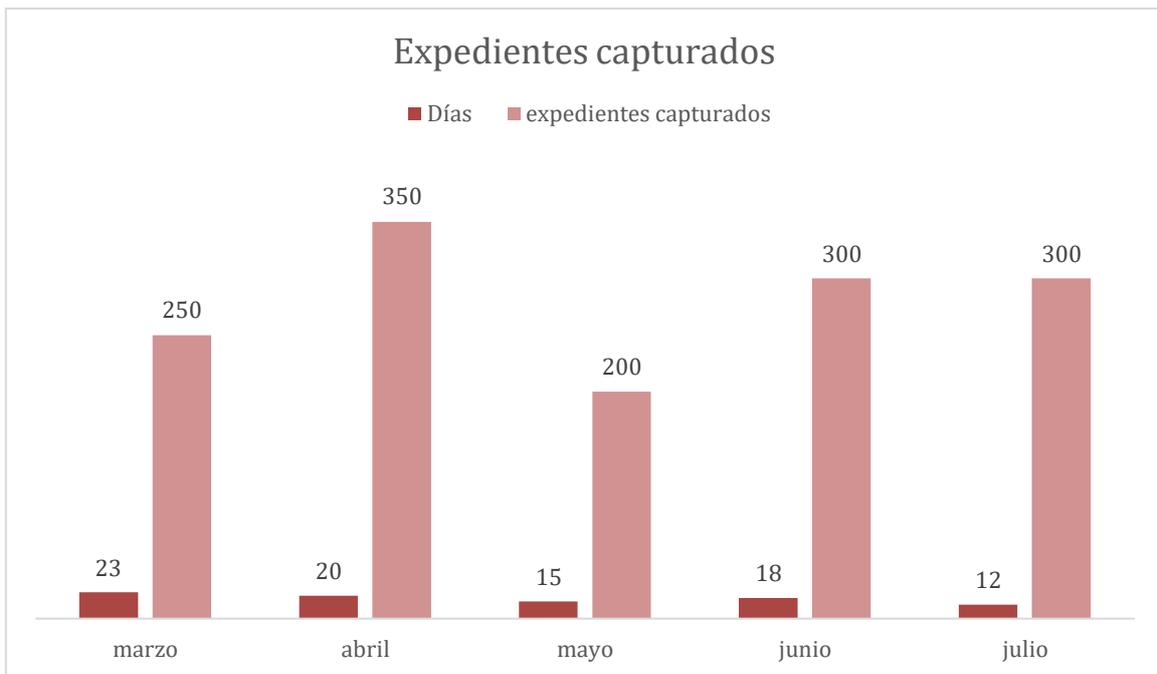


Grafica 5: durante la campaña de vacunación antirrábica se colocaron puestos fijos en diferentes puntos del pueblo San Luis Tlaxialtemalco T-II en donde la población acudió a aplicar la vacuna de sus perros y gatos.

Atención a pacientes durante el servicio para la realización de actividades preventivas, así como curativas.



Grafica 6: actividades que se realizaron a los pacientes de primera vez y subsecuentes que acudían al servicio de odontología en los últimos meses de servicio



Grafica7: expedientes capturados en los últimos meses de servicio social

### ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Durante el periodo del Servicio Social que inicia a partir del mes de agosto del 2020 al mes de julio del 2021 en el Centro de Salud “San Luis Tlaxialtemalco T-II” debido a la crisis sanitaria por SARS- Cov- 2 que en ese momento se estaba viviendo en el mundo las actividades odontológicas en su mayoría fueron suspendidas ya que como sabemos el uso de aerosoles es un medio de transmisión para la Covid-19, quedando así solo la atención a urgencias.

Si bien las actividades odontológicas fueron suspendidas casi un 90%, como pasantes fuimos ubicadas en diferentes áreas para el apoyo a la unidad de salud asignada, en estas actividades realizadas fuera del área odontológica fueron el apoyo en la aplicación de encuesta a pacientes para la realización de la prueba de Covid-19, la estancia en el filtro para la entrega de gel antibacterial, toma de temperatura y orientación del paciente en los servicios que se prestaban en el centro de salud.

Otras de las actividades realizadas fueron dentro del archivo de la unidad ayudando al registro y distribución de los pacientes para su atención medica general, la captura para la base de datos de los expedientes clínicos que se encontraban dentro del Centro de Salud.

En cuanto al servicio de odontología se realizaban las pláticas de prevención de la salud intramuros a la población que acudía a la unidad de servicio, tocando temas como exploración bucal, técnica de cepillado , diferencia entre gingivitis y periodontitis, importancia odontológica en embarazadas , hipertensos y diabéticos así como la entrega de cepillos dentales, folletos de información para mejorar la comprensión de los temas en los últimos meses de la estancia en el servicio senos permitió brindar la atención odontológica hacia los pacientes realizando actividades preventivas y curativas a pacientes de primera vez como subsecuentes, utilizando las medidas sanitarias necesarias para el paciente y el odontólogo , para disminuir el riesgo a contagio que acudían al servicio odontológico de la unidad.

### CONCLUSIONES

Mi estancia en el centro de salud San Luis Tlaxialtemalco T-II al estar en periodo de pandemia las actividades odontológicas quedaron suspendidas mi experiencia fue desagradable ya que fui asignada al área del filtro por 6 meses, mi inconformidad durante el servicio fue hacia el área administrativa debido a que pasado estos 6 meses yo solicite la asignación en otra área donde pudiera desempeñar otras actividades pero mi solicitud no fue autorizada y se me hizo énfasis en que de seguir inconforme diera de baja mi servicio social.

En el periodo de septiembre a marzo estuve en el área de filtro; donde yo recibía a las personas a las cuales les tomaba la temperatura, de oxigenación y el proporcionarles gel antibacterial, así como el llenado de las encuestas para realizar las pruebas de PCR y rápidas y la orientación que se le proporcionaba a las personas sobre los diferentes servicios que el centro de salud les proporcionaba, en cuanto al área de archivo pude realizar la captura de los expedientes, la toma de datos para la apertura de expedientes, así como la orientación de las personas en cuanto a los papeles o tramites que debían realizar para su atención. Y en el área odontológica realice platicas de salud bucal para la orientación e información de algunos temas. Así como procedimientos como prevención, resinas, farmacoterapia e incluso me ayudo a poner en práctica y reforzar cirugía, ya que por motivos de pandemia no pude cursar mi último trimestre en clínica.

En el área de odontología, archivo y filtro donde pude realizar actividades y conocer más a la población considero que fue una muy buena experiencia, ya que mediante esto pude ayudar a la población con la orientación e información que solicitaban.

## FOTOGRAFÍAS



