



Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad – Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Estomatología

**Prevalencia de la enfermedad Gingival en pacientes
embarazadas en la comunidad de San Andrés
Totoltepec, alcaldía Tlalpan**

Proyecto Urbano de Salud

Concentrado Anual de Actividades

Hernández Franco Brigitte Karina

Turno: Vespertino

Matrícula: 208231097

Periodo: 01 de agosto 2012 al 31 de julio 2013

Asesor Interno: C. D. Compeán Dardón María Sandra

FIRMAS



**Nombre y Firma del Asesor Interno
Del Servicio Social de Estomatología
C. D. Compeán Dardón María Sandra**



Comisión del Servicio Social de Estomatología

RESUMEN

Siendo el embarazo un estado fisiológico especial, en el que se presentan una serie de cambios adaptativos en las estructuras corporales de la mujer gestante, como resultado del incremento en la producción de estrógenos, progesterona, gonadotropinas, relaxina, entre otras hormonas, la cavidad bucal no queda exenta de sufrir la influencia hormonal, pudiendo presentarse algunas alteraciones reversibles y transitorias, y otras más consideradas como patológicas.

La inflamación gingival puede alcanzar cifras de prevalencia entre el 50 y el 98.25%. La periodontitis también es considerada como común durante la preñez.

Es importante conocer cuáles son las lesiones que se presentan en la cavidad bucal de las mujeres gestantes, las que derivan del embarazo o de las circunstancias que rodean a este estado fisiológico especial, podría contribuir a su identificación, su manejo temprano, su seguimiento durante y después del parto. Hacer consiente a la madre que debe ser atendida para lograr una buena salud bucal.

Por todo lo anteriormente expuesto conviene indagar cuales son estas lesiones, su magnitud y su localización, saber si existe un comportamiento distinto en la prevalencia y morbilidad de la enfermedad gingival, pudiendo determinar entonces las estrategias para atención y diagnóstico de este grupo de población.

En el periodo del 01 de agosto 2012 al 31 de julio 2013 se brindaron platicas a el grupo de mujeres embarazadas, en el Centro de Salud T-II San Andrés Totoltepec, delegación Tlalpan, las cuales fueron invitadas a asistir a consulta dental, donde se encontró que el diagnóstico de gingivitis era predominante.

Se les dio la información sobre la importancia de la prevención y el control de las enfermedades gingivales y el beneficio de llevar a cabo su tratamiento, para lograr un óptimo estado de salud bucal.

Palabras clave: Enfermedad gingival, embarazo, prevalencia y cavidad bucal

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. INVESTIGACIÓN	
PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS EN LA COMUNIDAD DE SAN ANDRÉS TOTOLTEPEC	
• Introducción	2
• Justificación	3
• Planteamiento del problema	4
• Objetivo general	4
• Marco teórico	5
• Metodología	13
• Resultados	14
• Conclusión	17
• Bibliografía	18
• Anexos	19
III. PROYECTO URBANO DE SALUD	21
• Aspectos generales	21
• Conclusiones de la población	31
IV. CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES.....	33
• V. CONCLUSIONES	36
• VI. FOTOS.....	36

I. INTRODUCCIÓN

El servicio social es la prestación de servicios profesionales a beneficio de las comunidades de nuestro país. En este se realizan actividades correspondientes a la profesión del pasante, en las cuales se ponen en práctica los conocimientos, las habilidades y conductas aprendidas en sus estudios, pudiéndose ampliar a la realidad social ⁽⁸⁾

En 1936 se aplicó por primera vez en el área de atención médica, así que todo alumno que cursara la carrera en esta área, tendría la obligación de cumplir con este requisito, debiendo beneficiar a las comunidades más necesitadas y de recursos socioeconómicos bajos. ⁽⁸⁾

El servicio social es el conjunto de actividades hechas por alumnos o egresados de las instituciones de educación superior beneficiando a la sociedad y al estado, reguladas por la ley reglamentaria del artículo 5° constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México y por el reglamento del servicio social al nivel de la licenciatura de la Universidad Autónoma Metropolitana y demás disposiciones que determinan los órganos colegiados correspondientes. ^(8, 9)

En la legislación de la UAM se establece la obligación de procurar que las actividades hechas durante la prestación del servicio social sean acordes con los planes y programas de estudio de la licenciatura cursada, teniendo como objetivo el desarrollo de las capacidades adquiridas por los educandos y la posibilidad de aportar a la sociedad los beneficios de su formación como profesionista. Es así como el alumno en su último año de formación se capacita para ofrecer un servicio de calidad, eficiencia, humanismo y compromiso social al participar en los programas establecidos por la institución, estos integrados por promoción, fomento y educación para la salud, prevención de enfermedades, protección específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, estas actividades se realizan en conjunto con un equipo de salud. ^(8, 9)

Este documento incluye información del Proyecto Urbano de Salud del cual forme parte; así como de la comunidad a la que fui asignada en donde aplique la parte clínica. Contiene también una investigación sobre la prevalencia de la enfermedad gingival en pacientes embarazadas, además de un concentrado anual de actividades en el periodo 2012- 2013.

8. Plan de Estudios de la Carrera de Estomatología CBS UAM X, México 9. <http://www.cueyatl.uam.mx>

II. INVESTIGACIÓN

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS EN LA COMUNIDAD DE SAN ANDRÉS TOTOLTEPEC

INTRODUCCIÓN

En el periodo del 01 de agosto 2012 al 31 de julio 2013 se brindaron platicas a el grupo de mujeres embarazadas, en el Centro de Salud T-II San Andrés Totoltepec, delegación Tlalpan, las cuales fueron invitadas a asistir a consulta dental, donde se encontró que el diagnóstico de gingivitis era predominante, algunos de los diagnósticos que también presentaban eran: sano, caries y periodontitis.

Siendo el embarazo un estado fisiológico especial, en el que se presentan una serie de cambios adaptativos en las estructuras corporales de la mujer gestante, como resultado del incremento en la producción de estrógenos, progesterona, gonadotropinas, relaxina, entre otras hormonas, la cavidad bucal no queda exenta de sufrir la influencia hormonal, pudiendo presentarse algunas alteraciones reversibles y transitorias, y otras más consideradas como patológicas (1).

La inflamación gingival puede alcanzar cifras de prevalencia entre el 50 y el 98.25%. (1,2). La periodontitis también es considerada como común durante la preñez.

1. Castellanos JL, Díaz GL, Gay O. Medicina en Odontología. Manejo de pacientes con enfermedades sistémicas. México: Manual Moderno; 2014. p. 291-7 2. Ruiz LG, Gómez G R y Rodríguez G R. Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo. Rev. Asoc Dental Mexicana 2013; 59:5-9

JUSTIFICACIÓN

Es importante localizar a las madres que presentan esta enfermedad gingival, para comenzar lo más pronto posible con su tratamiento, evitando problemas en el embarazo y después de él.

En el Centro de Salud T-II San Andrés Totoltepec, se han brindado pláticas sobre salud bucal al grupo de embarazadas y estimulación temprana, en las cuales se captó a estas pacientes para que fueran atendidas en el servicio dental. Se les dio la información sobre la importancia de la prevención y el control de las enfermedades gingivales y el beneficio de llevar a cabo su tratamiento, para lograr un óptimo estado de salud bucal.

La relación entre los nacimientos de bebés de bajo peso o prematuros con la presencia de enfermedades de encías en las mujeres, cuando la madre tiene excesivas cantidades de productos tóxicos liberados por bacterias en la sangre se inicia una respuesta de liberación de prostaglandinas que pueden provocar contracciones del útero e inducir un parto prematuro.

Durante el primer trimestre los órganos del bebé se están formando y es una etapa crítica de su desarrollo. Los procedimientos que no son urgentes se deben de postergar hasta el segundo trimestre o bien, hasta que nazca el bebé. En el segundo trimestre se pueden realizar procedimientos de urgencia o bien, las limpiezas de control con mínimo riesgo.

En el tercer trimestre no es recomendable ya que el sillón dental es muy incómodo y permanecer mucho tiempo acostada sobre la espalda puede ser inconveniente tanto para la madre como el feto.

Tres puntos importantes:

1. Es de alto impacto, ya que, ayudará a las pacientes embarazadas a realizar una buena higiene bucal, visitar periódicamente a su odontólogo durante el embarazo y llevarse el conocimiento de la prevención tanto para ellas como para sus bebés.

2. Es innovador al mostrar una nueva perspectiva a las pacientes embarazadas que creen que no pueden ser atendidas en este periodo, se les brindó información y tratamiento oportuno, reforzándolo con pláticas a grupo de mujeres embarazadas y estimulación temprana.

3. Deja el conocimiento de cómo cuidar su estado de salud bucal previniendo en sus casas y visitando periódicamente a su odontólogo para realizar revisiones, profilaxis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el periodo del 01 de agosto 2012 al 31 de junio 2013 se brindaron pláticas a el grupo de mujeres embarazadas, en el Centro de Salud T-II San Andrés Totoltepec, las cuales fueron invitadas a asistir a consulta dental, donde se encontró que el diagnóstico de gingivitis era predominante. Esta investigación nace de la inquietud de poder atender los problemas de salud bucal de la comunidad. Como planteamiento del problema se planteó la siguiente pregunta.

¿Cuál es la prevalencia de la enfermedad gingival, en pacientes embarazadas del Centro de Salud T-II San Andrés Totoltepec en el periodo de agosto 2012 a junio 2013, con una población de 51 mujeres embarazadas?

OBJETIVO GENERAL

Es importante conocer cuáles son las lesiones que se presentan en la cavidad bucal de las mujeres gestantes, las que derivan del embarazo o de las circunstancias que rodean a este estado fisiológico especial, podría contribuir a su identificación, su manejo temprano, su seguimiento durante y después del parto. Hacer consiente a la madre que debe ser atendida para lograr una buena salud bucal.

Por todo lo anteriormente expuesto conviene indagar cuales son estas lesiones, su magnitud y su localización, saber si existe un comportamiento distinto en la prevalencia y morbilidad de la enfermedad gingival, pudiendo determinar entonces las estrategias para atención y diagnóstico de este grupo de población.

MARCO TEORICO

La gingivitis es la inflamación de la región marginal de la encía debido a la infección bacteriana inespecífica de ésta. La presencia de placa bacteriana a nivel supra y subgingival es un fenómeno constante e inevitable en la mayoría de los individuos y, aunque no debe considerarse un hecho patológico, sí que explica la gran incidencia de esta enfermedad en la población. Sin embargo, es posible el mantenimiento sano de la encía y del periodonto cuando la cantidad de placa es pequeña, la virulencia de las bacterias reducida y los sistemas defensivos del huésped positivos. (7).

A pesar de que el tipo más frecuente de enfermedad gingival es la afección inflamatoria simple llamada, en ocasiones, gingivitis marginal crónica o gingivitis simple, la encía puede presentar síntomas de otras enfermedades o de cambios sistémicos, que determinarán la clasificación de la gingivitis. (6).

6. Díaz-Guzmán L, Castellanos JL. Lesiones de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 7292 pacientes. Rev. Asoc Dental Mexicana 2014; 48:75-80 7. Bascones A. Periodoncia. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal. Madrid 2014, Ed. Avances. Carasol M, Alonso A, Aláñez F J, Herrera JL, Sanz.

Tipos de gingivitis

Gingivitis relacionada con la placa bacteriana

Loe y col, en 1965, llevaron a cabo una investigación denominada «Gingivitis experimental en el hombre» en la que demostraron que, a partir de una superficie dental limpia, en la mayoría de los pacientes la acumulación de placa durante un periodo de dos a tres semanas da por resultado una gingivitis manifiesta. A causa de esta acumulación se alteran los componentes de la flora que forma la placa, en los primeros días aparecen cocos grampositivos y espirilados, posteriormente filamentos y finalmente espiroquetas (gramnegativas). La encía reacciona al aumento cuantitativo y a la alteración cualitativa de la placa con una inflamación de intensidad variable, cabe destacar que existen una serie de factores naturales que favorecen la retención de placa: la presencia de sarro o cálculo supra y subgingival, el apiñamiento de los dientes, el límite amelocementario (es decir, el punto de unión del esmalte que recubre la corona de los dientes y el cemento que recubre la raíz) y la respiración bucal. Otros factores añadidos que conllevan la acumulación de placa son la presencia de restauraciones dentales desbordantes o prótesis mal ajustadas, por ejemplo. (7)

Gingivitis simple o marginal crónica

Es la forma más común de enfermedad gingival, pudiendo permanecer estática durante largos periodos de tiempo o bien proceder a la destrucción de las estructuras de soporte del diente, en cuyo caso se habla del establecimiento de una periodontitis. Las causas de esta progresión no se conocen con toda claridad; sin embargo, la progresión es frecuente, ya que algunas modalidades de gingivitis se encuentran en el 70% de la población adulta. (6). La principal característica de la gingivitis simple es que se trata de un proceso reversible mediante un adecuado control de placa, ya que aunque el tejido conectivo de la encía se destruye en mayor o menor grado en función de la gravedad del caso y su lugar es ocupado por un infiltrado inflamatorio, el epitelio de inserción padece cambios morfológicos importantes y las fibras supracrestales se destruyen parcialmente, el límite apical de éstas aún se mantiene íntegro y no se produce una pérdida del soporte periodontal porque no se sobrepasa la barrera defensiva del periodonto.

6. Díaz-Guzmán L, Castellanos JL. Lesiones de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 7292 pacientes. Rev. Asoc Dental Mexicana 2014; 48:75-80 7. Bascones A. Periodoncia. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal. Madrid 2014, Ed. Avances. Carasol M, Alonso A, Alández F J, Herrera JL, Sanz M.

Es difícil trazar el límite entre la encía sana y la gingivitis; histológicamente, incluso una encía de aspecto clínicamente sana muestra casi siempre un pequeño infiltrado inflamatorio (gingivitis subclínica) y manifestaciones de vasculitis en el plexo de los vasos laterales al epitelio de unión; además se constata un aumento del flujo del líquido gingival hacia el surco.

Con la progresión clínica e histológica de la inflamación, se produce una proliferación lateral de las células basales del epitelio de unión, que se separa del diente, a la vez que penetran bacterias entre la superficie de éste y el epitelio: se produce la formación de la denominada bolsa gingival. En las gingivitis intensas con mucha inflamación del tejido pueden formarse pseudobolsas. Las bolsas gingivales y las pseudobolsas no son auténticas bolsas periodontales, ya que todavía no se ha producido la proliferación en profundidad del epitelio de unión ni una pérdida de inserción. En esta situación hablamos ya de una gingivitis establecida, cuyo primer síntoma clínico significativo es la presencia de sangrado al sondaje, es decir, el que se produce por la penetración de una sonda periodontal roma a través del epitelio de unión (desprendido) hasta el tejido conjuntivo subepitelial rico en vasos. El sangrado al sondaje se descubre fácilmente en la clínica, y por ello es de gran valor para el diagnóstico temprano y la prevención de la gingivitis avanzada. El sangrado al sondaje ocurre antes de que los cambios de la coloración u otros signos visuales de la inflamación se manifiesten.

Cuando se ha establecido una gingivitis avanzada el sangrado es más intenso, pudiendo llegar a ser espontáneo o provocado por el traumatismo mecánico, es decir, al cepillarse los dientes o morder alimentos sólidos, como manzanas, etc. En este caso se aprecia clínicamente un acusado enrojecimiento y una hinchazón edematosa. (6).

- Cambio de coloración de la encía, de rosa coral en rojo o rojo azulado.
- Cambio en la forma de la encía, que en condiciones normales es delgada y con un borde afilado, a edematosa e, incluso, con las papilas interdetales abultadas.
- Cambios en la posición gingival. El margen gingival puede invadir el espacio de la corona.
- Cambios en la textura superficial: se puede evidenciar una superficie satinada con la pérdida o reducción del puntilleo gingival.
- Hemorragia espontánea o bajo una leve presión y aumento del líquido crevicular.

6. Díaz-Guzmán L, Castellanos JL. Lesiones de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 7292 pacientes. Rev. Asoc Dental Mexicana 2012; 48:75-80

Gingivitis relacionada con fármacos

Algunos fármacos como los antiepilépticos (hidantoínas), los inmunosupresores (ciclosporinas) y los antagonistas del calcio (nifedipino, diltiazem, verapamilo, etc.) conllevan una hipertrofia por afectación de diversos elementos, especialmente del colágeno gingival.

Gingivitis relacionada con enfermedades sistémicas

En los casos en los que existe gingivitis con sangrado muy intenso en relación con la cantidad de placa, especialmente en niños, puede sospecharse la presencia de una enfermedad sistémica como por ejemplo una discrasia sanguínea (leucemia), o el déficit de vitamina C. (4)

Gingivitis relacionada con hormonas sexuales: Embarazo.

Está bien establecido que la gravedad de la inflamación gingival es mayor durante el embarazo que en el posparto; sin embargo, esta gingivitis no conlleva una periodontitis más destructiva. Cuando la embarazada presentaba una gingivitis preexistente el agravamiento de ésta se observa al segundo mes de gestación y alcanza su máximo en el octavo mes; inmediatamente después del parto, la encía presenta un estado similar al del segundo mes del embarazo. Estas variaciones oscilantes de la inflamación coinciden con el aumento de las concentraciones circulantes de estrógeno y progesterona, por lo que se considera que existe una relación definitiva entre la concentración hormonal y la respuesta gingival observada. (5)

Se ha constatado que las hormonas sexuales femeninas son capaces de alterar el sistema microvascular del tejido conectivo gingival, el sistema inmunitario (depresión de la respuesta mediada por células) y la flora subgingival normal (transformación de la flora subgingival a un estado más anaerobio).

Clínicamente la encía de las embarazadas se caracteriza por cambios inflamatorios; el tejido está edematoso, hiperplásico y rojo oscuro; la superficie gingival está brillante y tiende al sangrado con facilidad. Estas alteraciones se detectan a nivel marginal y, especialmente, en la papila interdental.

4. Castellanos JL, Díaz GL. Enfermedad Periodontal y enfermedades sistémicas. Rev. Asoc Dental Mexicana 2013; 59:121-7. 6. Díaz-Guzmán L, Castellanos JL. Lesiones de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 7292 pacientes. Rev. Asoc Dental Mexicana 2014; 48:75-80 5. Vázquez RL, Ovalle CJW. Lesiones bucopatológicas más frecuentes en la mujer embarazada. Rev. Asoc Dental Mexicana 2015; 51:1-8

En ocasiones, puede darse la lesión clásica del embarazo denominada epulis del embarazo; consiste en una masa tumoral interdental, que aparece aislada, hiperplásica, protruida, roja brillante o magenta; crece en forma de mora y, suele aparecer durante el segundo trimestre; sangra al menor estímulo y ocasiona, incluso, migración dental. Se ha sugerido que una irritación local es la causa de la lesión inicial y que la respuesta hística se ve exagerada por el estado hormonal.

Por lo general, la lesión desaparece en el posparto, aunque a veces se requiere la excisión quirúrgica para que desaparezca por completo; cuando ésta se precise se pospone hasta después del embarazo; antes del parto, se empieza a reducir mediante un tratamiento de raspado y alisado radicular y una instrucción de higiene bucal intensiva.

En un embarazo normal no está contraindicado el tratamiento dental si se tiene en cuenta el estado de gestación y la extensión de los procedimientos dentales. El segundo trimestre es el periodo más seguro, y es posible aplicar el tratamiento dental de rutina, aunque siempre es recomendable que sea mínimo. Dado que son los irritantes locales la causa fundamental del inicio de la enfermedad periodontal durante el embarazo, es prudente educar a la embarazada con técnicas adecuadas de control de placa al principio de su estado.

Durante la gestación la placenta produce grandes cantidades de estrógenos (hasta 100 veces los valores normales) y progesterona (hasta 10 veces más). La progesterona se metaboliza parcialmente en las encías inflamadas, generándose una mayor cantidad de esta hormona en su forma activa, que favorece el crecimiento de diversos tipos celulares, entre los que destacan las células endoteliales. Ojanotko-Harri y colaboradores ⁽¹⁾ sugieren que niveles altos de progesterona producen inmunosupresión, lo cual contribuye a la inhibición funcional de las células inflamatorias, produciéndose una respuesta alterada a la placa dentobacteriana, que dará como resultado una gingivitis con manifestaciones clínicas más intensas.

La progesterona y los estrógenos, por lo tanto, incrementan la vascularidad y la susceptibilidad a magnificar respuestas inflamatorias preestablecidas. ^(2, 4)

Durante el embarazo el organismo produce una hormona, la relaxina, cuya misión es relajar las articulaciones de la gestante para facilitar el parto. Su efecto, como es lógico, también llega a los ligamentos periodontales de la boca, los que unen los dientes con el hueso. ⁽¹⁾

1. Castellanos JL, Díaz GL, Gay O. Medicina en Odontología. Manejo de pacientes con enfermedades sistémicas. México: Manual Moderno; 2014. p. 291-7 2. Ruiz LG, Gómez G R y Rodríguez G R. Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo. Rev. Asoc Dental Mexicana 2013; 59:5-9. 4. Castellanos JL, Díaz GL. Enfermedad Periodontal y enfermedades sistémicas. Rev. Asoc Dental Mexicana 2013; 59:121-7

Esto hace que se produzca una pequeña movilidad de las piezas dentales, facilitando la entrada de restos de alimentos entre los dientes y las encías, y originando la inflamación de éstas. Si no se lleva a cabo una correcta limpieza bucal, esos restos de alimentos se convertirán con el tiempo en sarro (placa amarillenta y dura) y se introducirán cada vez más, pudiendo dejar al diente sin soporte.

Anticonceptivos orales

Aunque una gran parte de informes revelan un incremento en la prevalencia de gingivitis con el uso de anticonceptivos orales, no todas las mujeres responden de esta manera, y de hecho muchas no presentan alteración gingival. Parece ser que la ingestión de hormonas afecta a uno o más de los signos clínicos de la inflamación, que va desde un incremento perceptible del exudado gingival, hasta gingivitis, e incluso tumores del embarazo. Si bien en la mayor parte de los casos las alteraciones producidas son reversibles, a veces pueden llegar a ser irreversibles, aunque la inflamación tiende a disminuir cuando el anticonceptivo oral se suspende o se reduce la dosis. Es de destacar la divergencia de opiniones sobre el tema, atribuible a las diferencias en la composición de los fármacos, la dosis, la duración del tratamiento y el huésped. (3)

Relacionada con otras alteraciones hormonales: Ovarios poliquísticos, pubertad y menopausia.

Gingivitis ulcerativa necrotizante aguda (GUNA)

La GUNA es el tipo menos frecuente de gingivitis; es característica de adolescentes y adultos jóvenes que pasan situaciones de tensión emocional.

Se caracteriza por la presencia de dolor en la encía, y la necrosis de la papila interdental. Aparece repentinamente en forma de lesión ulcerada cubierta por una pseudomembrana blanca, que se extiende desde la punta de la papila hasta abarcar la encía marginal.

Este proceso tiene una marcada tendencia a ser recurrente, y cuando se repite varias veces puede conllevar la afectación del proceso alveolar subyacente y evolucionar hacia una forma característica de periodontitis: la periodontitis ulcerosa necrosante.

3. Díaz RRM, Conde GCJ. Caries dental, importancia durante el embarazo. Rev. Asoc Dental Mexicana 2015; 45:130-24.

La presencia de GUNA puede hacernos sospechar infección por el VIH. En estos casos, aunque el tratamiento de base es el mismo que en toda gingivitis, constituyen una ayuda eficaz, especialmente durante las dos primeras semanas de tratamiento, los enjuagues con clorhexidina al 0,2% y el cepillado leve y delicado. En algunos casos extremos se pueden recetar antibióticos, siendo los más eficaces las penicilinas y otros de amplio espectro como las tetraciclinas o el metronidazol, aunque los fármacos tienen una utilidad limitada en el tratamiento de la GUNA. (4)

Gingivitis no asociada con la placa bacteriana

Este tipo de gingivitis se caracteriza por la falta de respuesta al control mecánico o químico de la placa bacteriana, y una distribución de la inflamación en sentido ápico-coronal, es decir, no tiene predilección por la afectación del margen gingival.

Alteraciones gingivales relacionadas con enfermedades de la piel y membranas mucosas. Muchos de estos casos presentan inflamaciones gingivales que causan dolor y sensación de quemazón. El tratamiento de estas gingivitis puede verse ayudado por la aplicación de corticoides locales.

- a) Péufigo
- b) Penfigoide cicatrizal
- c) Liqueo plano
- d) Psoriasis
- e) Gingivitis descamativa
- f) Lupus eritematoso
- g) Eritema multiforme
- h) Fibromatosis gingival idiopática
- i) Estomatitis aftosa recurrente.

Gingivoestomatitis infecciosa

- a) Gingivoestomatitis herpética
- b) Herpes zoster
- c) Herpangina
- d) Sífilis
- e) Candidiasis
- f) Actinomicosis
- g) Histoplasmosis

En estos casos, el tratamiento de la gingivitis irá ligado con la curación del proceso patológico de base.

4.Castellanos JL, Díaz GL. Enfermedad Periodontal y enfermedades sistémicas. Rev. Asoc Dental Mexicana 2013; 59:121-7

Prevención y tratamiento

Para suprimir la gingivitis deben eliminarse la placa, el cálculo u otras estructuras retenedoras de placa, posteriormente, la gingivitis puede tratarse con éxito si existe un adecuado control de placa incluso con factores de riesgo como el embarazo. Existe una tolerancia tisular a la placa recién formada, por lo que no se establecerá una gingivitis si se elimina la placa completamente cada 48 horas.

Sin embargo, existen una serie de razones apremiantes para reconocer y tratar adecuadamente las gingivitis; entre ellas se destacan:

1. Con el tiempo, puede evolucionar hacia una periodontitis destructiva y el único modo de evitarlo es eliminando o reduciendo la gingivitis. Como no se conoce qué gingivitis van a evolucionar hacia una periodontitis, toda gingivitis debe ser considerada un factor de riesgo para la pérdida de inserción.
2. Cuanto menos grave es la gingivitis menor es la pérdida de inserción a lo largo del tiempo.
3. El riesgo de pérdida de inserción en los pacientes con gingivitis está potenciado si ya han tenido una pérdida de inserción con anterioridad, lo que indicará la susceptibilidad del huésped a la enfermedad periodontal y, por lo tanto, la necesidad de visitas periódicas y control estricto de la higiene oral.

El tratamiento doméstico de base de toda gingivitis tiene como objetivo principal la eliminación completa de la placa bacteriana. Por ello, conviene en la mayoría de casos su detección utilizando reveladores de placa.

Técnicas de cepillado Clásicamente se describen dos técnicas de cepillado:

La técnica modificada de Bass (1954): Se utiliza en individuos con un periodonto sano y también pacientes con gingivitis o periodontitis. Aplicando el cepillo con un ángulo de 45° y realizando pequeños movimientos circulares, sin desplazamiento lateral del cepillo, las cerdas penetran en los espacios interdetales, zonas claves en el establecimiento de la enfermedad periodontal.

(1).

Método vertical rotatorio de Stillman: Este método se recomienda para periodontos sanos o con recesiones generalizadas. El movimiento del cepillo se realiza desde la encía al diente con giro simultáneo a lo largo de su eje longitudinal. En el proceso de enseñanza de higiene oral, se suelen combinar ambas técnicas, aunque en los niños es la segunda la que se suele explicar, al ser más fácil de llevar a cabo. La ausencia de placa depende menos de la forma del cepillo de dientes, de la pasta o de la técnica de cepillado que de un procedimiento adecuado y sistemático con el cual se abarcan todas las superficies dentales de la dentadura.

1. Castellanos JL, Díaz GL, Gay O. Medicina en Odontología. Manejo de pacientes con enfermedades sistémicas. México: Manual Moderno; 2014. p. 291-7

Las zonas de los puntos de contacto entre dientes no se pueden alcanzar con ningún cepillo de dientes, por lo que convendrá utilizar medios auxiliares de higiene interdental como la seda dental. Para el paciente con poca habilidad manual existen portahilos y enhebradores; estos últimos son muy útiles en los pacientes portadores de aparatología ortodóncica fija o retención mediante ferulización, casos en los que la acumulación de placa y el establecimiento de una gingivitis es muy frecuente.

En los casos de gingivitis establecida o avanzada en que se precise un tratamiento clínico, se llevará a cabo un raspado y alisado radicular para eliminar los gérmenes patógenos y, consiguientemente, la inflamación. Sólo en los casos en los que se constate una especial dificultad para controlar el nivel de placa y mantener el resultado del tratamiento, se prescribirán colutorios bucales. Entre ellos los más eficaces son los de clorhexidina, aunque debido a su potencial de tinción deberán utilizarse únicamente durante periodos determinados de tiempo.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo, que permite estimar la magnitud y distribución de la enfermedad gingival en pacientes embarazadas.

Acudieron 117 mujeres a consulta dental de las cuales 51 de ellas estaban embarazadas, de manera consecutiva acudieron al Centro de Salud T-II San Andrés Totoltepec, solicitando atención dental voluntaria entre agosto de 2012 y junio de 2013.

De manera sistemática fueron examinadas 51 mujeres embarazadas, siguiendo la historia clínica estomatológica del servicio de salud pública del distrito federal, Índice Periodontal Comunitario con sonda de OMS, controles de placa, se tomaron fotos a las pacientes que lo autorizaron (ver anexos 1-5). Se les realizó su tratamiento preventivo el cual consta de; instrucción de técnica de cepillado, uso de hilo dental, detección de placa dentobacteriana, profilaxis y/o odontoxesis, aplicación de flúor en gel.

Fueron atendidas de manera subsecuente, realizando tratamientos curativos y reforzando su tratamiento preventivo, al mismo tiempo se les dio pláticas de prevención y control de la enfermedad gingival durante y después del embarazo.

RESULTADOS

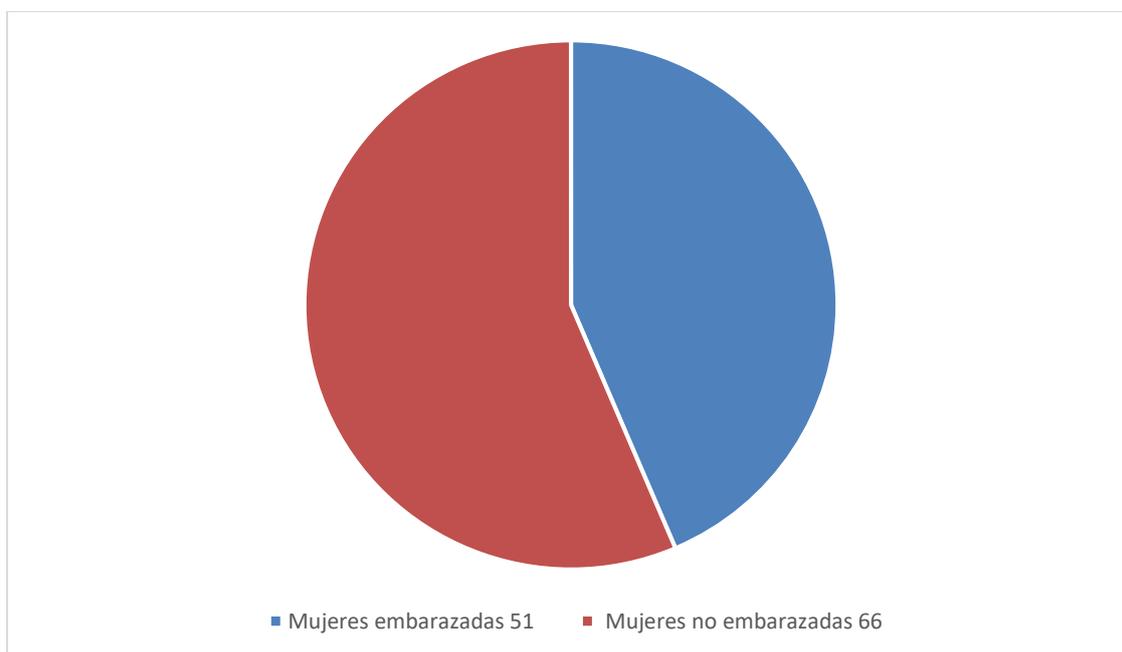
En este trabajo de investigación, el embarazo mostró ser factor decisivo para el desarrollo de enfermedades de las encías, habiéndose encontrado 20 casos con lesión gingival de 51 pacientes embarazadas siendo significativa la prevalencia de Gingivitis (39 %). Vease grafica 3

Encontrando 7 casos con gingivitis leve, 38 con gingivitis moderada y 6 con gingivitis severa. Vease grafica 4

En tanto a la distribución de la enfermedad gingival encontramos 14 casos localizada y 6 casos generalizada. Véase grafica 5

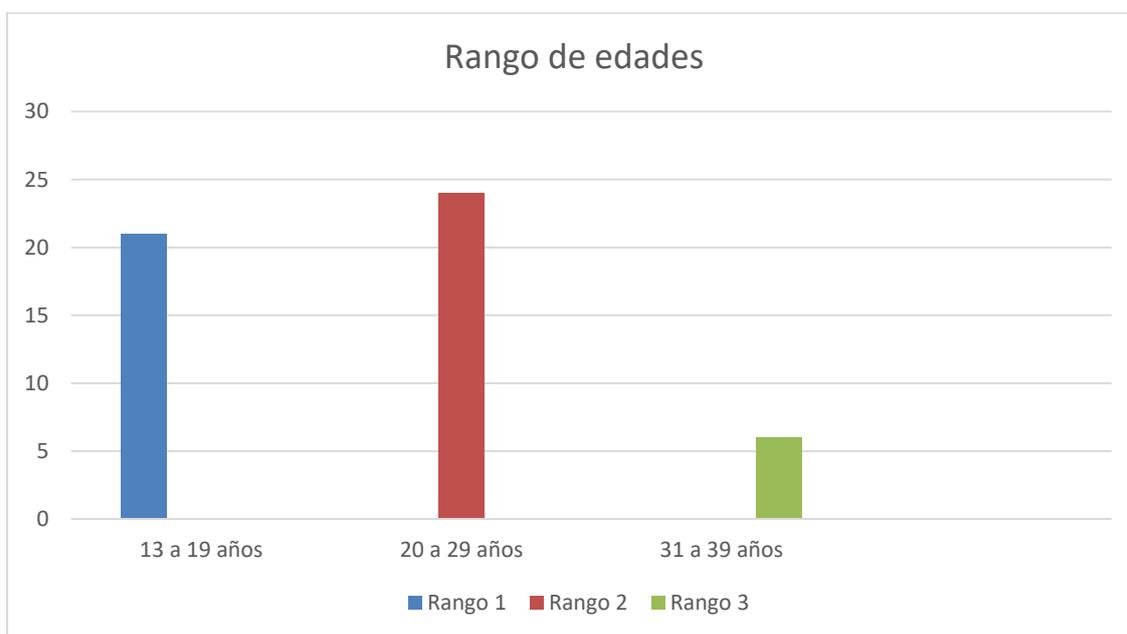
Las mujeres embarazadas, presentaban problemas gingivales que ameritaban tratamiento preventivo, curativo, seguimiento después del embarazo y orientación sobre su estado de salud bucal. Ver anexos 1-5.

Grafica 1. Mujeres que acuden a servicio dental



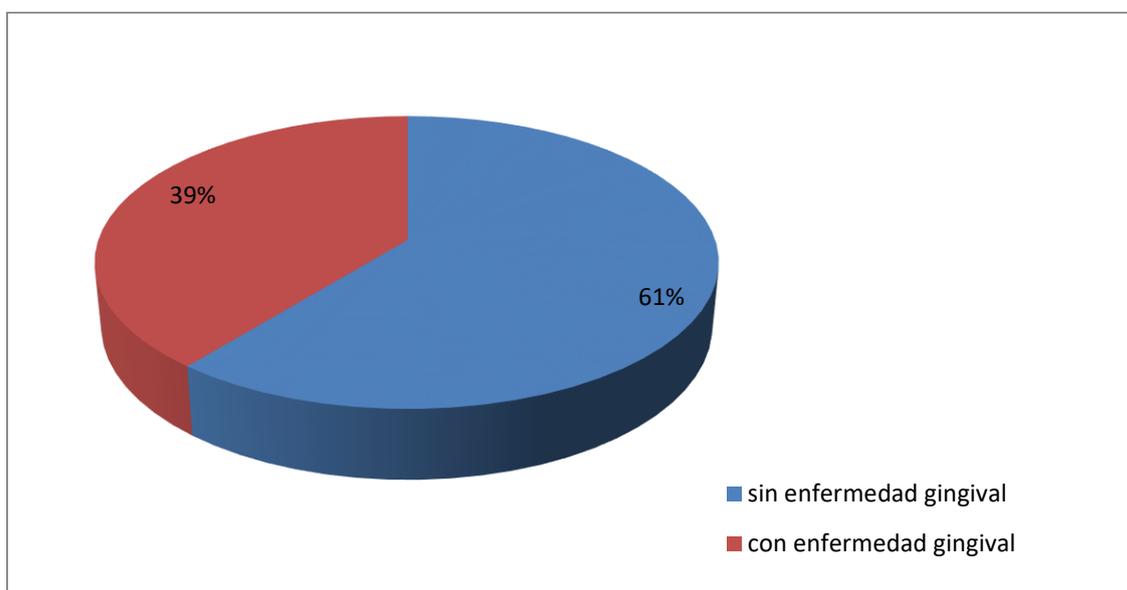
Grafica 1. Se muestra el total de mujeres que acuden a servicio dental siendo 117 pacientes de las cuales 51 de ellas se encontraban embarazadas y 66 no.

Grafica 2. Rango de edades en mujeres embarazadas



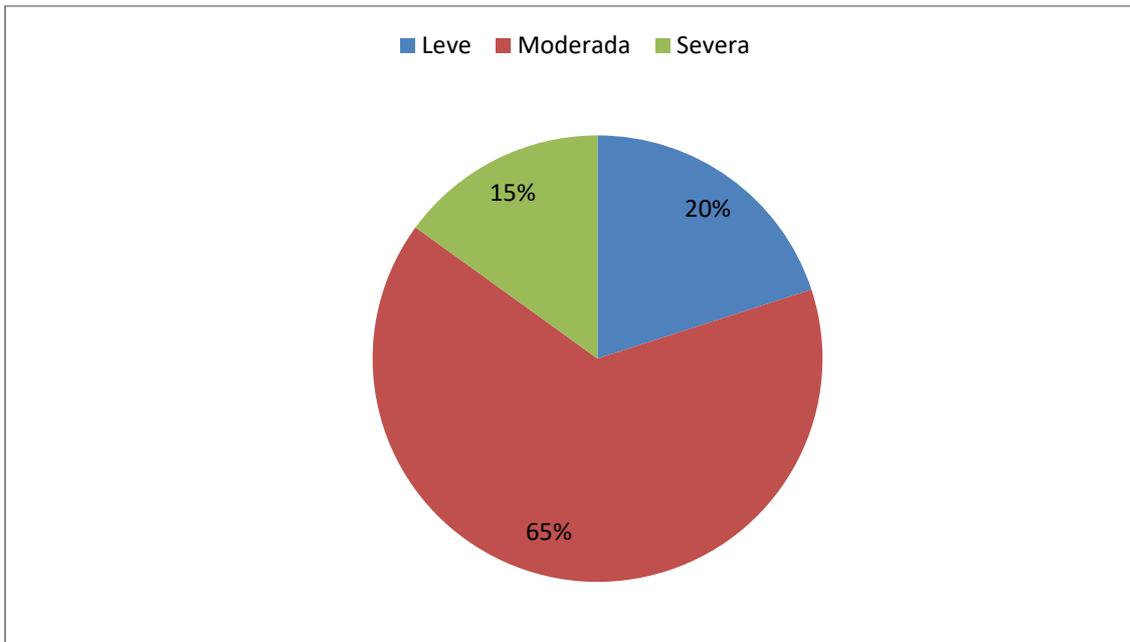
Grafica 2. Se muestra el rango de edades en mujeres embarazadas. Rango 1 de 13 a 19 años con 21 casos. Rango 2 de 20 a 29 años con 24 casos. Rango 3 de 31 a 39 años con 6 casos.

Grafica 3. Pacientes embarazadas con y sin enfermedad gingival



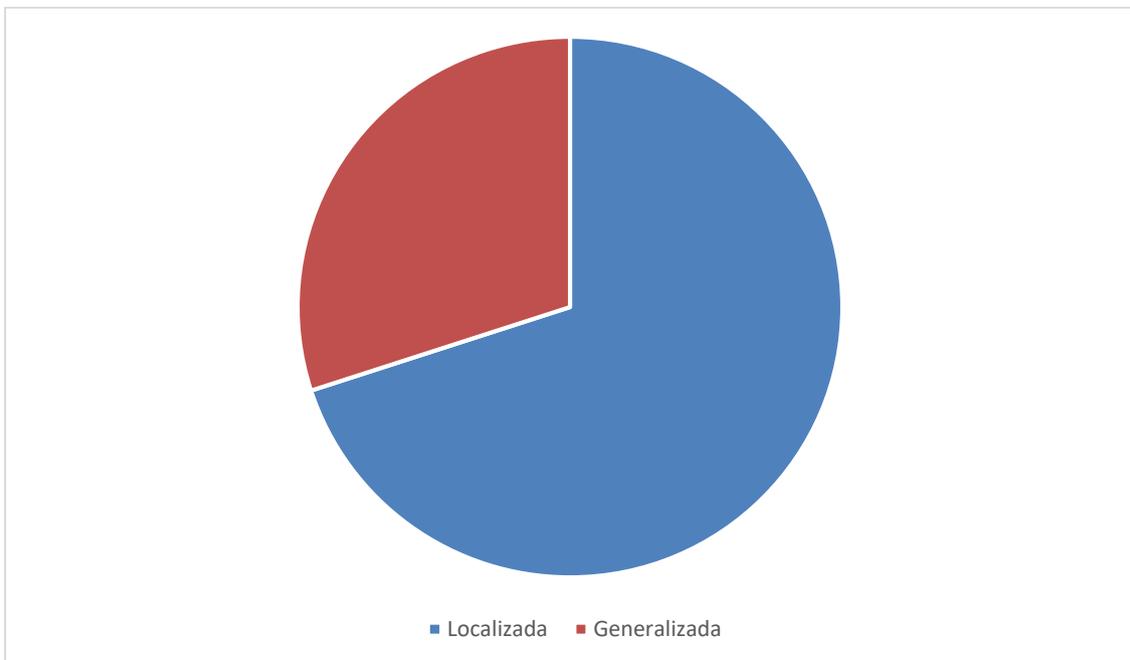
Grafica 3. Se muestra en porcentajes la prevalencia de la enfermedad gingival en pacientes embarazadas, encontrando 20 mujeres embarazadas con enfermedad gingival y 31 mujeres embarazadas sin ella.

Grafica 4. Magnitud de la enfermedad gingival



Grafica 4. Se muestra el porcentaje de la magnitud de la enfermedad gingival: leve 4 casos, moderada 13 casos y severa 3 casos.

Grafica 5. Distribución de enfermedad gingival



Grafica 5. Se muestra la distribución de la enfermedad gingival, localizada 14 casos, generalizada 6 casos.

CONCLUSIÓN

Se ha descrito en la literatura el hecho de que en el embarazo se incrementa la prevalencia de problemas gingivales, el resultado de este trabajo parece indicar que es así, ya que se observó un porcentaje considerable acerca de la enfermedad gingival, en mujeres embarazadas.

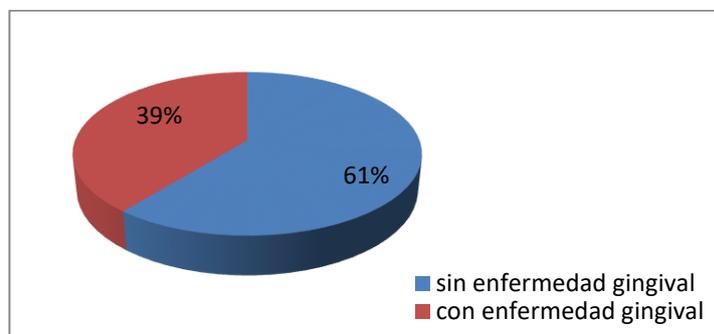
Otros autores han encontrado una estrecha relación entre la severidad e intensidad de las manifestaciones clínicas de gingivitis y periodontitis con el estatus socioeconómico y cultural. Parece ser que un mayor nivel cultural, de educación odontológica, de asistencia a las citas de control, influye en un mejor estado de salud del periodonto durante el embarazo.

Los estudios de prevalencia, en este caso de enfermedad gingival tienen la trascendencia de permitir conocer el estado de salud de la cavidad bucal de la población. Responder a la demanda de servicios bucales, como lo muestra el hecho de que el 39 % de las gestantes requieren atención odontológica.

Estrógenos y progesterona parecen no desencadenar por ellas mismas el desarrollo de estas lesiones, sino que incrementan la vascularidad de las encías afectadas por gingivitis y periodontitis. La inflamación retarda el metabolismo de la progesterona, incrementándose los valores de esta hormona en su forma activa en estos tejidos y facilitando, por lo tanto, en presencia de irritantes locales tales como trauma o placa bacteriana.

Las necesidades bucales específicas en las embarazadas hacen vislumbrar la necesidad de adoptar esquemas o protocolos de manejo de las pacientes gestantes en la consulta dental que incluyan no sólo programas preventivos exhaustivos en lo referente al control de placa dentobacteriana, y eliminación de irritantes locales, sino también la identificación temprana de la enfermedad gingival.

Pacientes embarazadas con y sin enfermedad gingival



Se muestra en porcentajes la prevalencia de la enfermedad gingival en pacientes embarazadas, encontrando 20 mujeres embarazadas con enfermedad gingival y 31 mujeres embarazadas sin ella.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Castellanos JL, Díaz GL, Gay O. Medicina en Odontología. Manejo de pacientes con enfermedades sistémicas. México: Manual Moderno; 2010; 291-7
2. Ruiz LG, Gómez G R y Rodríguez G R. Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo. Rev. Asoc Dental Mexicana 2009; 59:5-9
3. Díaz RRM, Conde GCJ. Caries dental, importancia durante el embarazo. Rev. Asoc Dental Mexicana 2008; 45:130-2
4. Castellanos JL, Díaz GL. Enfermedad Periodontal y enfermedades sistémicas. Rev. Asoc Dental Mexicana 2009; 59:121-7
5. Vázquez RL, Ovalle CJW. Lesiones bucopatológicas más frecuentes en la mujer embarazada. Rev. Asoc Dental Mexicana 2011; 51:1-8
6. Díaz-Guzmán L, Castellanos JL. Lesiones de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 7292 pacientes. Rev. Asoc Dental Mexicana 2012; 48:75-80
7. Bascones A. Periodoncia. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal. Madrid 2008, Ed. Avances. Carasol M, Alonso A, Alánde F J, Herrera JL, Sanz M.
8. Plan de Estudios de la Carrera de Estomatología CBS UAM X, México
9. <http://www.cueyatl.uam.mx>
10. Gamboa G. Totoltepec, crónicas.
11. Bravo B, Inventario del archivo parroquial San Andrés Apóstol, Totoltepec, Arzobispado de México, Tlalpan, Distrito Federal. Apoyo al desarrollo de archivos y bibliotecas de México 2004.

ANEXOS

1. foto de paciente con enfermedad gingival



2. foto de paciente con enfermedad gingival



3. foto de paciente con enfermedad gingival



4. foto de paciente con enfermedad gingival



5. foto de paciente con enfermedad gingival



III. PROYECTO URBANO DE SALUD

POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ANDRÉS TOTOLTEPEC

TOPONOMIA

San Andrés Totoltepec es un pueblo de la alcaldía Tlalpan, en la ciudad de México. En épocas muy antiguas los nombres de los pueblos y lugares de México eran tomados de acuerdo a las características del lugar. Totol significa ave y tepetl significa cerro, de tal forma que su significado es: cerro del guajolote o del pavo, genéricamente significa **CERRO DE AVES SILVESTRES**.



ANTECEDENTES

Grupos indígenas de origen tecpaneca habitaban la región a la llegada de los españoles. Se tiene registro de la existencia de San Andrés Totoltepec desde 1532, sin embargo, la fundación del pueblo quedó registrada en 1568 como parte de San Agustín de las cuevas.

El pueblo de San Andrés Totoltepec forma parte de la delegación Tlalpan desde 1928, cuando mediante la ley Orgánica del Distrito Federal se suprimieron los municipios y se crearon las doce delegaciones, entre las que figuró Tlalpan con sus límites actuales.

RECURSOS PARA LA SALUD

El primer Centro de Salud inicio sus labores en 1964 en la esquina de las calles de Reforma y Morelos. La Sra. Teresa Aguilar y la profesora Virginia Zamora en 1987, iniciaron las gestiones ante las autoridades para que en San Andrés Totoltepec se edificara un Centro de Salud suficiente para la comunidad, después de más de un año de gestiones, el Secretario de Salud Dr. Guillermo Soberón Acevedo aprobó la petición y autoriza la construcción del Centro de Salud de San Andrés.

En 1987 las autoridades y vecinos del pueblo donaron el terreno, en un local prefabricado inicio sus labores el 2 de enero de 1991, brindando atención bajo un esquema modular (medico, enfermera, trabajadora social y odontólogo). Siendo un centro de salud T-I. El centro de salud San Andrés Totoltepec es el resultado de una lucha de la organización social del pueblo.

Actualmente es un Centro de Salud T-II, ofrece los servicios de salud básicos en estomatología, farmacia, trabajo social, inmunización, enfermería, medicina, medicina alternativa, fitoterapia y homeopatía. Se encuentra en la calle Camino Real al Ajusco s/n casi esquina con la 3ª. cerrada de Tlaquexpa. El Centro de Salud cuenta con dos horarios: matutino, de lunes a sábado de 7.00 a. m. a 16.00 p. m. y vespertino, de lunes a sábado de 16.00 p. m. a 19.00 p. m. horas.



ASPECTOS GEOGRÁFICOS

San Andrés Totoltepec es un pueblo localizado al sur de la Ciudad de México y al pie de las montañas del Ajusco. Además, es una localidad perteneciente a los ocho pueblos de la alcaldía Tlalpan.

Se encuentra a un costado de la carretera Federal México-Cuernavaca. Se divide en tres zonas: La zona central (centro de San Andrés), zona poniente (Tlalmille) y zona oriente (Plan de Ayala).

Las principales colonias y parajes del centro son:

Zona centro

- Colonia Joyita
- Paraje Herrería
- Paraje Calvario
- Paraje El Cerrito
- Paraje El Clavelito
- Paraje Transmetropolitana

Zona Oriente

- Colonia Ampliación Plan de Ayala
- Colonia Tres de Mayo
- Colonia Ampliación Tres de Mayo
- Colonia Tepetlica
- Colonia Tepetlica el Alto
- Colonia Tlaxopan Diamante
- Colonia Tlaxopan Segunda sección

- Colonia Tlaxopan Tercera sección
- Colonia Tlaxopan Cuarta sección
- Colonia La Magueyera

Zona Poniente (Tlalmille)

Tlalmille es un asentamiento ubicado al sudoeste de la Delegación Tlalpan y que corresponde al poblado de San Andrés Totoltepec, quedando dentro del área de Conservación ecológica conocida como el Parque Ecológico de la Ciudad de México.

Sus principales colonias son:

- Tlalmille
- Atocpa
- Atocpa Sur
- Mirador del Valle
- María Esther Sur

Limites:

Al norte: inicia su trazo en la mojonera que delimita el suelo urbano con suelo de conservación, que se ubica en San Pedro Mártir.

Al oriente: partiendo del punto que forman la autopista México- Cuernavaca y el límite poniente del programa parcial de viveros de Coactetlan.

Al sur: parte del punto limítrofe entre el programa parcial del colibrí, la calle de vereda del colibrí y los terrenos ubicados en paraje denominado Tepetitla.

Al poniente: limita su trazo en el punto que forman el área de preservación ecológica con el fraccionamiento Tlalpuente y, el lado poniente del brazo norte de la barranca San Buenaventura.

Topografía

San Andrés Totoltepec, desde el punto de vista fisiográfico, se encuentra en una porción de la cordillera neo-volcánica que forma el límite sur de la cuenca de México, cerrando la antigua comunicación de ésta con el valle de Morelos y el río Balsas. La estructura principal de la sierra se formó al final del mioceno y posteriormente aparecieron numerosos volcanes (como el Xitle y Teutli).

Hidrografía

Se ubica en la región hidrológica del Pánuco, cuenca del río Moctezuma y subcuenca lago de Texcoco- Zumpango y la corriente de agua principal es la de San Buenaventura.

Desde el punto de vista hidrográfico, la cuenca de México puede dividirse en once zonas; el área de estudio se encuentra en la zona que comprende las cuencas de los ríos que proceden de la sierra de Chichinautzin, la cual presenta formaciones basálticas de gran permeabilidad.

Clima y Meteorología

La orografía es un factor que incide en las características climáticas y corresponde a la clasificación C (w2) templado sub húmedo con lluvias en verano, temporada de mayor humedad.

La temperatura máxima del año corresponde al mes de mayo con 21°C la mínima en enero con 11°C. La variación diurna de la temperatura alcanza valores elevados, particularmente en los meses fríos.

La precipitación es muy desigual, dividiéndose el año en una temporada lluviosa (de mayo a octubre) y otra relativamente seca (de noviembre a abril).

Flora y Fauna

Históricamente San Andrés Totoltepec ha sufrido una serie de modificaciones en la composición, distribución y abundancia de su flora y fauna nativa. En una primera etapa por la sustitución que se realizó con la introducción de cultivos agrícolas y de flor, posteriormente por la expansión espacial del área urbanizada y el incremento de la población.

La vegetación arbórea natural sobrevive en las partes altas, como San Buenaventura y el mirador del valle, sobre todo las siguientes especies: *Quercus Rugosa* (encino) y *Pinus Montezumae* (pino), arbustos gramíneos amacolladas “zacates”.

Con respecto a la fauna también ha sido alterada. Existen dos especies de tuzas. En el parque ecológico de la Ciudad de México aún existen conejos y liebres y murciélagos. Por último, se encuentran algunas aves de especies endémicas como gorriones, palomas etc.

Fauna nociva. Insectos como moscas, cucarachas, arácnidos, así como también roedores.

Problemática ambiental

La problemática ambiental se encuentra principalmente en torno al cambio de uso del suelo; de rescate ecológico ha habitacional rural, además de la demanda de agua potable, que paradójicamente es un recurso escaso en la zona.

La carencia del servicio de agua potable ha hecho necesario que se dote a las familias a través de carros tanques, trayendo consigo un incremento en la contaminación del líquido.

El crecimiento habitacional está provocando la generación de desechos líquidos y sólidos difíciles de trasladar, ante esto la gente los arroja, entre otros lugares a la barranca de San Buenaventura o directamente al suelo, dando lugar a la contaminación del agua y del suelo.

Las condiciones geológicas y orográficas dificultan la introducción de drenaje sanitario convencional en algunas de las colonias, lo que ha propiciado la contaminación del suelo y el agua, por el uso de pozos ciegos.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

De acuerdo con el conteo de 1998 de INEGI, la población de San Andrés Totoltepec es de 31,443 habitantes, 15, 224 hombres y 16,219 mujeres

La población de 0 a 14 años corresponde al 28.15% debido al descenso de la tasa de fecundidad.

La población de más de 60 años representa el 6.87% la cual irá incrementándose por el descenso en la tasa de morbilidad—mortalidad. Este proceso de envejecimiento puede atribuirse al proceso migratorio de otras delegaciones y estados, que se da mayormente por población en edades adultas. Así como el descenso rápido de la fecundidad.

El grupo más significativo es de 15 a 29 años, que representa el 32.085 % de la población total, el de 30 a 40 años representa el 21.9% y el de 45 a 59 años el 11%.

INFRAESTRUCTURA EDUCACIONAL

En el centro de San Andrés hay un jardín de niños dos escuelas primarias, una escuela de educación especial y una secundaria pública.

- Jardín de niños Cuauhtemoc
- Escuela primaria general Tiburcio Montiel
- Escuela José Maria Leyva CAJEME
- Escuela Secundaria 284 Gustavo Cabrera Acevedo (fundada en 1982 y hasta el 2001 se abre el turno vespertino)
- Escuela de educación especial N° 69
- Educación privada. Jardín de niños, escuela primaria, escuela secundaria, preparatoria.

ASPECTOS ECONÓMICOS

Población económicamente activa 5,613 (INEGI 1990) las ocupaciones principales son: campesino 16 %, obrero 21%, empleado público 13%, empleado privado un 26%, comerciante 16%, otra actividad no especificada 3%, jubilado 2% y desempleado 3%.

Población económicamente inactiva 5, 975 estudiantes un 45.6% dedicada al hogar 54.4%.

CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS

San Andrés Totoltepec está formado por 7339 viviendas particulares, la mayoría de las viviendas ocupadas son construidas con techo de concreto o lámina, muros de tabique y pisos diferentes a la tierra en cuanto a servicios de urbanización la mayor parte de la población cuenta con servicio de luz, en cuanto al abastecimiento de agua una parte de la población cuenta con agua potable, o agua de pipa, en cuanto a drenaje en las zonas más marginadas solo cuentan con fosa séptica.

TRANSPORTE

El transporte público tiene una cobertura del 70% del área total

Microbuses y combis

Rutas

Estadio azteca Huipulco --- deportivo San Andrés

Estadio azteca Huipulco --- San Andrés la palma

Estadio azteca Huipulco -- San Andrés Plan de Ayala

Autobuses RTP

Metro CU--- Ajusco

Izazaga --- San Andrés Totoltepec

Huipulco --- topilejo

ASPECTOS RELIGIOSOS

La iglesia de San Andrés Totoltepec se encuentra ubicada en la calle de Morelos sin número. Su construcción data del siglo XVII, se encuentra inscrita en el catálogo de monumentos de 1956. No tiene portada atrial, el atrio se encuentra libre de invasiones y se conserva su cruz que al parecer fue restaurada o por lo menos consolidada.

Tiene una sola torre de dos cuerpos que remata en una cúpula con recubrimiento posterior de mosaico, la portada en cantera rosa, está formada por dos cuerpos cuenta de una sola nave de cinco entrejes, presbiterio y coro, originalmente fue de dos entrejes, presbiterio y coro, pero fue ampliada en el año 1968 a condición de que conservara el grosor de sus muros y las proporciones originales, así como el tipo de cubierta.

En el año de 1968 se llevó a cabo una restauración en la que se aumentaron tres entrejes de las naves, se consolidaron las bóvedas y pisos interiores de la iglesia, se adoquino el atrio y se reconstruyó la barda atrial, así como la portada.



También cuenta con templos como son: Templo presbiteriano, Episcopal, Sabatista, Centro Espiritual y Testigos de Jehová.

La fiesta patronal de este pueblo se celebra el 30 de noviembre, también se celebra la fiesta de Corpus Cristi durante la primera quincena de julio. Las mayordomías son quienes aportan el capital para estas celebraciones.

En estas fiestas se instala una feria de juegos mecánicos, grupos de bailes tradicionales, ejecutan danzas de “Arrieros”, “chinelos” y “santiagos”.

CONCLUSIONES DE LA POBLACIÓN

El grupo de población mayoritario corresponde de 20 a 59 años de edad que se considera un grupo económicamente activo, el grupo correspondiente con la edad escolar y preescolar es inferior al grupo de 60 años o más por lo que coincide con las tablas nacionales y mundiales de población que presentan la tendencia de aumento de la población en edad geriátrica por un aumento de la expectativa de vida y avances médicos y la disminución de la población preescolar por la disminución de la tasa de fecundidad y uso de métodos anticonceptivos.

En la comunidad predomina la religión católica, pero a pesar de ello también existen templos de otros cultos, el grado máximo de estudios es secundaria, posteriormente primaria; considerando las condiciones socioeconómicas de la población algunas causas de la falta de formación académica son: abandono de los estudios para la incorporación a actividades económicas o bien formación de nuevos núcleos familiares adolescentes.

El salario que se presenta con mayor frecuencia es el de dos salarios mínimos y la mayoría de la población económicamente activa se desempeña laboralmente como empleados. Posteriormente y en orden descendente hogar y estudiantes.

El área de las detecciones y la prevención del cáncer es un área con poco apego por parte de la población, se plantea la necesidad de mayor difusión y promoción de las pruebas de Papanicolaou, detección de Cáncer de mama y Próstata, y de las anteriores aún se requiere más difusión para las pruebas de próstata. El aspecto cultural posiblemente sea el factor que impide mayor seguimiento.

La mayoría de los adultos que se encuentran entre la población económicamente activa consumen tabaco y alcohol como hábito social.

En cuanto a la anticoncepción, el método más usado es la OTB, la cual se observa que es realizada en su mayoría por asegurados a IMSS e ISSSTE, también el uso del DIU tiene éxito, aunque existe una parte de la población que a pesar de encontrarse en edad fértil no maneja ningún anticonceptivo.

La mayoría de la población no cuenta con seguro social por lo que la parte más importante en cuanto atención médica corre a cargo del centro de salud y posteriormente en un número similar al IMSS e ISSSTE, el resto de la población se atiende en particular.

En cuanto a la morbilidad predomina la obesidad y junto con el sedentarismo y los malos hábitos de alimentación, genera a posterior un aumento de la incidencia de enfermedades crónico- degenerativas.

Posiblemente la ubicación de la comunidad genera mayor presentación de enfermedades respiratorias.

La mayoría de las viviendas cuentan con servicios básicos de urbanización y están construidas con materiales perdurables.

El problema principal se centra en el drenaje, la irregularidad del servicio de agua potable.

En muchos hogares se maneja el uso de fosas sépticas y el uso de agua proveniente de pipas o agua embotellada para consumo, esto podría ser un factor para la presentación de enfermedades gastrointestinales.

La mayoría de la población cuenta con perros como mascotas y refieren que si se encuentran vacunados ya que si existe promoción y campañas regulares de vacunación canina y felina.

Una vez realizado el análisis de esta información se puede concluir que las condiciones de la población son los principales condicionantes de su morbilidad y mortalidad, aunado a los recursos de salud que tienen a su alcance.

IV. CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE ESTOMATOLOGÍA

1.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre	Hernández Franco Brigitte Karina
Escuela o Facultad de procedencia	Universidad Autónoma Metropolitana
Promoción	1 de Agosto de 2012-31 de julio de 2013
Unidad de adscripción y No. de plaza	C. S. T-II San Andrés Totoltepec No. de plaza 282
Jurisdicción Sanitaria	Tlalpan

2.- ORGANIZACIÓN

Fecha y sede del curso de inducción	Dr. Artemio Salud Eslava, 7 de agosto 2012 Dra. Ema Uriarte Platas, 30 de agosto 2012
Nombre del responsable del servicio de estomatología en el centro de salud	C. D. Alberto Brown Pérez
Nombre del tutor	C. D. Alberto Brown Pérez

2.1. SUPERVISIÓN

¿POR PARTE DE QUIÉN RECIBIO SUPERVISIÓN?

S. S. P. D. F.: si Escuela: si Jurisdicción Sanitaria: si Personal de la Unidad:
si

2.2. SESIONES ACADÉMICAS

Sede	C. S. T-II San Andrés Totoltepec
Sesiones	9
Capacitación al personal dentro de la unidad	RCP, RPBI, Lavado de manos, Caries, Maloclusión
Ponente	Oswaldo Paredes, C. D. Alberto Brown, C. D. Narciso Carrillo Rodríguez

2.3 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN A LA SALUD

ACTIVIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
Primera semana nacional de salud (febrero)	X		
Segunda semana nacional de salud (mayo)	X		3 periodicos murales
Tercera semana nacional de salud (octubre)	X		
Semana nacional de salud bucal	X		2 periodicos murales

(abril y Noviembre)			
Material educativo (periódico y Rotafolio)	X		
Pláticas educativas	X		Prevención dental, septiembre 2012 a 288 personas
Semana del adolescente	X		1 periódico mural septiembre 2012
Campaña antirrábica	X		Marzo 2013
Cerco epidemiológico	X		Septiembre 2012
Contingencia incendio forestal	x		Abril 2013

2.4 ACTIVIDADES EN MÓDULO

ACTIVIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE	OBSERVACIONES
Pacientes de primera vez	96	10 %	
Pacientes subsecuentes	823	90%	
total	919	100%	
CONSULTAS			
Niños (0 a 15 años)	644	70%	
Adultos (15 a 69 años)	249	27%	
Adultos mayores (70 años y más)	26	3%	
Total	919	100%	
PROGRAMAS			
Atención prenatal	18	31%	
Enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión arterial y diabetes mellitus)	16/24	28%/41%	
Total	58	100%	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS			
Control de placa dentobacteriana	79	21%	
Técnica de cepillado	90	24%	
Uso de hilo dental	83	22%	
Aplicación tópica de flúor	24	7%	
Selladores de fosetas y fisuras	8	2%	
Profilaxis	85	23%	
Pláticas	71/5	1%	Esquema básico de prevención
SUBTOTAL	374	100%	
ACTIVIDADES CURATIVAS SUPERVISADAS			
Odontosis	18	1%	
Historias clínicas	96	7%	
Amalgamas	285	21%	
Resinas	110	8%	
Obturaciones semipermanentes	31	2%	
Terapia pulpar	224	17%	
Exodoncias	41	3%	
Placas de rayos x			
Farmacoterapia	18	1%	
Certificados médicos	458	34%	
Tratamientos terminados	38	3%	

SUBTOTAL	1366	100%	
Otras actividades	47	3%	Obturaciones con ionomero de vidrio
TOTAL DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y CURATIVAS	1740	100%	

2.5. ACTIVIDADES EN CAMPO (ESCUELA)

ACTIVIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE	OBSERVACIONES
Control de placa dentobacteriana	965	8%	
Técnica de cepillado	3698	32%	
Uso de hilo dental	933	8%	
Colutorio	4950	44%	
Pláticas	370/9	1%	Esquema básico de prevención
TOTAL	11353	100%	
Diagnóstico grueso	798	7%	

3.- EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO SOCIAL

En cada aspecto a evaluar, anota una cruz en la columna que consideras califica al mismo, y no olvides anotar tus observaciones. (este rubro fue evaluado por la directora de la unidad)

ASPECTOS A EVALUAR	9-10	7-8	6 Y MENOS	OBSERVACIONES
Inducción al puesto en el centro de salud. (presentación con el personal y el llenado de la papelería)	X			
Integración al equipo de trabajo	X			
El personal lo asesora y apoyo en sus actividades	X			
La comunicación con el director, coordinador y tutor	X			
Facilidades para cumplir con la planeación mensual y el trabajo de campo	X			
Las sesiones académicas fueron de utilidad para el desempeño (calidad)	X			
El servicio social te permitió conocer los problemas de salud y la atención del primer nivel de atención	X			
Los problemas administrativos fueron resueltos por la jefatura de enseñanza	X			
Calificación de tu desempeño como pasante de servicio social	X			
Calificación de desempeño del pasante (Director del C. S.)	X			

V. CONCLUSIONES

Este año en servicio social me ayudo a seguir desarrollando el aspecto profesional, ya que al trabajar en conjunto con otras carreras relacionadas con la salud como Medicina, Enfermería y Nutrición se tiene una visión más amplia sobre enfermedades, tratamientos y diagnósticos los cuales se ven reflejados en un manejo interdisciplinario e integral del paciente.

También en el sentido humano me sentí muy enriquecida ya que tuve mayor contacto con la comunidad, el tratar de entenderla y el intercambio de experiencias es importante para un mejor desarrollo de nuestra labor como profesional de la salud y como persona.

VI. FOTOS



