

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

TÍTULO DEL TRABAJO: GINGIVITIS EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE. PROGRAMA
“SALUD EN TU CASA”

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL: SEDESA PROGRAMA “SALUD EN TU
CASA”

NOMBRE DEL PASANTE: LESLIE GABRIELA SALAZAR LUCAS

MATRÍCULA: 2163082560

PERIODO DEL SERVICIO SOCIAL: AGOSTO 2021-SEPTIEMBRE 2022

FECHA DE ENTREGA: JUNIO 2026

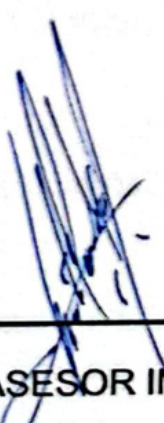
NOMBRE DE LOS ASESORES RESPONSABLES:

C.D. María Teresa Fernández Ramos

MTRO. Víctor Manuel González Rodríguez

A handwritten signature in blue ink, featuring a large, stylized loop and a long horizontal stroke extending to the left.

ASESOR DE SERVICIO SOCIAL
C.D. María Teresa Fernández Ramos



ASESOR INTERNO

MTRO. Víctor Manuel González Rodríguez

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM – XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO

MTRO. Víctor Manuel González Rodríguez



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

El servicio social se realizó mediante la institución pública SEDESA en el programa “Salud en tu Casa” en el periodo agosto 2021- septiembre 2022.

Durante la estadía se realizaron múltiples visitas domiciliarias para brindar atención odontológica a pacientes vulnerables que no pueden asistir a una unidad médica.

El trabajo de investigación que se presenta trata sobre un caso de éxito de un paciente del mismo programa.

Paciente de sexo femenino de 52 años de edad con diagnóstico de Esclerosis Múltiple (EM) de larga duración (diagnosticada en el año 2015), se encuentra postrada en cama con rigidez corporal severa que limita en absoluto sus actividades cotidianas.

La EM es una enfermedad crónica y autoinmune que afecta al sistema nervioso central. Los pacientes que son diagnosticados con esta enfermedad suelen ser más susceptibles a sufrir diversas enfermedades bucales.

Se realizó interconsulta de odontología, donde se diagnosticó gingivitis crónica; el tratamiento constó de odontoxesis, profilaxis, cepillado dental constante utilizando pasta, enjuague bucal con clorhexidina, además de aplicación de gel gingival bioadhesivo a lo largo de meses.

La mejoría fue rápida y evidente, pues la cuidadora nos informó que el sangrado de encías había disminuido, sin embargo, la placa dentobacteriana aparecía inmediatamente por lo que la constancia sería la clave del éxito en el tratamiento.

Palabras clave: Atención Domiciliaria. Esclerosis Múltiple. Gingivitis. Clorhexidina.

ÍNDICE

RESUMEN DEL INFORME.....	5
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL	7
CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN	8
Introducción	9
Fisiopatología avanzada de la Esclerosis Múltiple	9
Inmunopatogénesis y la Cascada Inflamatoria	10
Neurodegeneración y daño axonal	10
Prevalencia e incidencia.....	11
Alteraciones en la cavidad bucal	11
El Eje Periodontal-Neurológico	12
Relación Oral-Intestino-Cerebro	13
Neuralgia del trigémino y dolor orofacial	13
Síndrome de la barbilla entumecida y neuropatías sensoriales	14
Parálisis facial y espasmo hemifacial	15
Disfagia y disartria	15
Farmacología de la EM y su impacto en la mucosa oral.	16
Fármacos sintomáticos.....	17
Programa "Salud en tu Casa".....	17
Objetivo.....	17
Caso clínico.....	17
Glosario de términos	25
Referencias	28
Bibliografía	32
CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA	33
CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	34
CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	36
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	37

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL

En el periodo agosto 2021 - septiembre 2022 se llevó a cabo el servicio social en el programa “Salud en tu Casa” realizando visitas domiciliarias a pacientes con las siguientes características: personas postradas, con alguna discapacidad, comorbilidad, adultos mayores o enfermos terminales que no pueden trasladarse a su unidad de salud, esto con la finalidad de otorgarles atención médica hasta sus hogares, con un equipo multidisciplinario, el cual intervino de manera integral.

Se realizaron visitas a más de 40 pacientes por parte de odontología, donde se observaron múltiples afecciones dentales, principalmente por caries y gingivitis.

Un caso que llamó la atención fue el de una paciente de sexo femenino con diagnóstico de Esclerosis Múltiple (EM) de larga evolución, postrada en cama sin siquiera poder realizar actividades de higiene personal. Se le brindó atención odontológica ya que presentaba gingivitis crónica y rápida acumulación de placa dentobacteriana. El tratamiento constó de odontoxesis, profilaxis, cepillado dental constante utilizando aditamentos con clorhexidina. La evolución de la enfermedad fue favorable. De este caso se realizó la presente investigación.

Además de las visitas domiciliarias, se apoyó en múltiples campañas de vacunación COVID-19; en el sondeo de búsqueda de pacientes para el programa “Salud en tu Casa”; y en el área de nutrición en la jurisdicción sanitaria de Tlalpan.

CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN

Gingivitis en paciente con Esclerosis Múltiple.

Gingivitis in a patient with Multiple Sclerosis.

L. G. Salazar Lucas

RESUMEN

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica y autoinmune que afecta al sistema nervioso central de etiología desconocida. Los pacientes diagnosticados con EM suelen ser más susceptibles a sufrir diversas enfermedades bucales.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino con EM de larga evolución, perteneciente al programa “Salud en tu Casa”. Se realizó interconsulta de odontología, donde se diagnostica gingivitis crónica, el tratamiento constó de odontoxesis, profilaxis, cepillado dental constante utilizando pasta, enjuague bucal con clorhexidina, además de aplicación de gel gingival bioadhesivo a lo largo de tres meses.

PALABRAS CLAVE

Esclerosis Múltiple, Gingivitis, Atención domiciliaria.

ABSTRACT

Multiple sclerosis is a chronic and autoimmune disease that affects the central nervous system of unknown etiology. Patients diagnosed with MS are usually more susceptible to various oral diseases.

We present the case of a female patient with long-standing MS, belonging to the “Salud en tu Casa” program. Dental consultation is performed where chronic gingivitis is diagnosed, treatment consists of odontoxesis, prophylaxis, constant tooth brushing using toothpaste, mouthwash with chlorhexidine, in addition to application of bioadhesive gingival gel over three months.

KEY WORDS

Multiple Sclerosis, Gingivitis, Home care.

Introducción

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante, crónica, autoinmune e inflamatoria que afecta a todo el sistema nervioso central. Constituye la principal causa de discapacidad neurológica no traumática entre los adultos jóvenes.¹

La fisiopatología de la EM ha evolucionado hacia un modelo que integra la desmielinización focal con una neurodegeneración difusa, mediada por una inflamación crónica compartimentada en las meninges y por la activación de células B y de la microglía. Los criterios diagnósticos de McDonald revisados en 2024 incorporan biomarcadores avanzados como el Signo de la Vena Central (CVS) y las Lesiones de Borde Paramagnético (PRL), que permiten detectar lesiones crónicas activas ('smoldering lesions') asociadas a una progresión más agresiva de la discapacidad.²

Clínicamente la EM suele manifestarse con una serie de síntomas de déficit neurológico, siendo los más frecuentes: déficits visuales y oculomotores, neuritis óptica, nistagmus, parestesias (parciales o incompletas), debilidad motora, pérdida de destreza en manos, espasmos tónicos, movimientos involuntarios, disfunción genito-urinaria, neuralgia del trigémino, signos de afectación cerebral como ataxia y disartria paroxísticas, temblor de miembros superiores, episodios de prurito intenso, entre otros síntomas, lo que históricamente ha llevado a interpretaciones erróneas del cuadro clínico.³

Fisiopatología avanzada de la Esclerosis Múltiple

La EM se ha redefinido en la literatura contemporánea, trascendiendo su clasificación tradicional como una enfermedad puramente desmielinizante para ser comprendida como un trastorno neurodegenerativo e inflamatorio complejo con componentes tanto focales como difusos. Si bien la característica distintiva sigue siendo la formación de placas escleróticas en la sustancia blanca del sistema nervioso central (SNC), la evidencia actual, revisada en los criterios diagnósticos de 2024, ilumina mecanismos patogénicos que explican la progresión de la discapacidad y, crucialmente para el odontólogo, la variedad de síntomas orofaciales.

Inmunopatogénesis y la cascada inflamatoria

El evento iniciador en la EM implica una ruptura de la tolerancia inmunológica frente a autoantígenos de la mielina, como la proteína básica de la mielina (MBP) y la glicoproteína de oligodendrocito de mielina (MOG). Este proceso no es unidireccional; implica una interacción dinámica entre el sistema inmune periférico y el compartimento del SNC.

Las células T autorreactivas, activadas en la periferia, posiblemente por mimetismo molecular con patógenos virales como el virus de Epstein-Barr (EBV) o bacterias periodontales cruzan la barrera hematoencefálica (BHE). Una vez en el SNC, estas células son reactivadas por células presentadoras de antígenos locales (microglía y macrófagos perivasculares), desencadenando una cascada de citoquinas proinflamatorias, incluyendo el interferón gamma ($IFN-\gamma$), el factor de necrosis tumoral alfa ($TNF-\alpha$) y, de particular relevancia para la salud oral, la interleucina-17 ($IL-17$) secretada por células Th17.⁵

Se ha puesto un énfasis renovado en el papel de las células B. Lejos de ser meras productoras de anticuerpos, las células B CD20+ actúan como potentes células presentadoras de antígenos que perpetúan la activación de las células T y forman estructuras similares a folículos linfoides ectópicos en las meninges de pacientes con EM progresiva. Estos folículos meníngeos son centros de inflamación crónica que contribuyen a la desmielinización cortical subpial y a la neurodegeneración, procesos que se correlacionan fuertemente con el deterioro cognitivo y la discapacidad física irreversible observada en casos de larga evolución como el de la paciente del caso clínico.²

Neurodegeneración y daño axonal

Aunque la desmielinización es el sello distintivo, el daño axonal es el principal determinante de la discapacidad permanente. Este daño se observa desde las etapas más tempranas de la enfermedad. En las lesiones agudas, la transección axonal es mediada por ataques inflamatorios directos y toxicidad por óxido nítrico. Sin embargo, en la enfermedad progresiva, la neurodegeneración avanza independientemente de las recaídas agudas, impulsada por una

"inflamación latente" dentro del SNC, caracterizada por una activación difusa de la microglía y estrés oxidativo mitocondrial.⁶

Este concepto es vital para entender por qué pacientes con EM de larga duración pueden presentar un deterioro continuo de las funciones motoras (incluyendo la capacidad de realizar higiene oral) y bulbares (deglución y habla) incluso en ausencia de nuevos brotes clínicos evidentes. La pérdida de integridad axonal en los tractos corticoespinales y corticobulbares conduce a la espasticidad severa y a la parálisis pseudobulbar, factores que complican dramáticamente el manejo odontológico.⁷

Prevalencia e incidencia

La prevalencia mundial de EM se estima en 36 personas por cada 100 000, es decir, esto implica que hay 2,8 millones de personas viviendo con EM en todo el mundo. Esto equivale a decir que

1 de cada 3000 personas vive con la enfermedad.³ Se estima que en México existen más de 20 mil casos de EM. Es decir, entre 15 a 18 casos por cada 100 mil habitantes.⁸

El género con mayor incidencia es el femenino con un 69% mientras que el sexo masculino 31%.⁹

Puede ocurrir a cualquier edad, pero la edad promedio del diagnóstico de EM a nivel mundial es de 32 años. No existe cura para esta enfermedad.⁸

Las personas con este diagnóstico, necesitan de revisiones periódicas de distintas ramas de la salud, tales como neurología, psicología, nutrición, odontología, entre otras.

Alteraciones en la cavidad bucal

Dentro de la rama odontológica se ha notificado que estos pacientes son susceptibles a sufrir diversas enfermedades bucales, tales como gingivitis, periodontitis, caries, hiposalivación, bruxismo, estomatitis, entre otras. Esto se debe a distintos factores que se asocian con la

enfermedad, por ejemplo, los medicamentos, trastornos psicológicos, los mismos signos y síntomas, etc.

Por ello es muy importante que se realicen los tratamientos odontológicos a tiempo, con el fin de evitar complicaciones. También es de suma importancia llevar a cabo acciones preventivas, debido a la alta susceptibilidad de enfermedades, asesoramiento al cuidador y sobre todo enfatizar que debe existir compromiso para llegar a un solo fin: preservar la salud bucal.

Manifestaciones orales y craneofaciales

Las manifestaciones orales en la EM no son meras coincidencias; son la expresión clínica directa de la desmielinización en estructuras neuroanatómicas específicas del tronco encefálico

y los pares craneales. Comprender la base neuropática permite al odontólogo no solo tratar el síntoma, sino identificar posibles signos de progresión neurológica.¹⁰

El Eje Periodontal-Neurológico

La relación entre la enfermedad periodontal y la esclerosis múltiple ha dejado de considerarse meramente casual para entenderse como una interacción patogénica bidireccional. La cavidad oral actúa como un reservorio de inflamación crónica que puede influir en la actividad de la enfermedad neurológica a través de mecanismos inmunológicos y microbiológicos.¹¹

Estudios recientes, incluyendo revisiones sistemáticas de 2024 y 2025, demuestran que los pacientes con EM tienen una mayor prevalencia de enfermedad periodontal, bolsas periodontales más profundas y mayor pérdida de inserción clínica en comparación con controles sanos.¹⁰ Pero lo más alarmante es el impacto de la periodontitis en la EM:

1.- Inflamación Sistémica: La periodontitis es una fuente constante de citoquinas proinflamatorias que pasan al torrente sanguíneo. Estas citoquinas pueden aumentar la

permeabilidad de la barrera hematoencefálica, facilitando la infiltración de leucocitos al SNC y exacerbando la neuroinflamación.¹²

2.- Activación de Células Th17: Patógenos periodontales como *Porphyromonas gingivalis* y *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* inducen una fuerte respuesta de células Th17. Estas células producen Interleucina-17 (*IL-17*), una citoquina clave tanto en la destrucción ósea alveolar como en la patogénesis autoinmune de la EM. Niveles elevados de *IL-17* se han correlacionado con una mayor actividad de lesiones desmielinizantes.¹³

3.- El Rol de *Fusobacterium nucleatum*: Un hallazgo crítico de 2025 vincula directamente la abundancia oral de *Fusobacterium nucleatum* con la severidad de la discapacidad en la EM. Se ha observado que los pacientes con alta carga de esta bacteria tienen diez veces más probabilidades de presentar puntuaciones más altas en la EDSS (Expanded Disability Status Scale). *F. nucleatum* aumenta la permeabilidad intestinal y la inflamación sistémica, actuando como un puente patogénico entre la disbiosis oral y la neurodegeneración.¹⁴

Relación Oral-Intestino-Cerebro

La cavidad oral es la puerta de entrada al tracto gastrointestinal. La deglución constante de patógenos periodontales (como *P. gingivalis*) puede alterar la microbiota intestinal, induciendo una disbiosis intestinal. Esta disbiosis compromete la barrera intestinal ("*leaky gut*"), permitiendo el paso de lipopolisacáridos (LPS) bacterianos y metabolitos tóxicos a la circulación, lo que activa la microglía cerebral y promueve la progresión de la EM. Este mecanismo subraya que el control de la placa dental no es solo una cuestión de higiene local, sino una estrategia de neuroprotección potencial.¹⁵

Neuralgia del trigémino y dolor orofacial

La neuralgia del trigémino (NT) es una de las comorbilidades dolorosas más frecuentes y debilitantes en la EM, con una prevalencia que varía entre el 1.9% y el 7.9%, significativamente

mayor que en la población general. A diferencia de la NT idiopática, que suele ser causada por compresión vascular, la NT secundaria a EM se origina frecuentemente por placas de desmielinización en la Zona de Entrada de la Raíz (REZ) del nervio trigémino en la protuberancia (puente).¹⁶

La Resonancia Magnética (RM) de ultra-alto campo (7 Teslas) ha revelado que hasta el 15.8% de los pacientes con EM presentan lesiones específicas en el trayecto intrapontino del trigémino. Estas placas generan un foco de hiperexcitabilidad ectópica y transmisión efáptica (crosstalk entre fibras táctiles A-beta y fibras nociceptivas A-delta/C), lo que explica por qué estímulos táctiles inocuos como el cepillado dental, el afeitado o la masticación pueden desencadenar paroxismos de dolor insoportable.¹⁷

Fenómeno de Doble Choque ("Double Crush"): En muchos pacientes, coexisten una placa desmielinizante y una compresión vascular. La desmielinización hace al nervio más vulnerable a la compresión mecánica, creando un efecto sinérgico que exacerba el dolor. Esto tiene implicaciones terapéuticas directas: los pacientes con EM pueden responder peor a la descompresión microvascular si la causa primaria es la placa pontina, requiriendo un manejo farmacológico más agresivo con anticonvulsivantes como carbamazepina u oxcarbazepina, los cuales tienen efectos secundarios orales propios.¹⁸

Síndrome de la barbilla entumecida y neuropatías sensoriales

Menos conocido, pero de gran valor diagnóstico es el "Numb Chin Syndrome" (NCS) o neuropatía del nervio mentoniano. Se manifiesta como anestesia, parestesia o disestesia en el labio inferior y el mentón. Aunque a menudo se asocia con malignidad (linfoma, cáncer de mama metastásico), en el contexto de la EM representa una manifestación de lesiones desmielinizantes en las vías sensitivas del tronco encefálico o en el nervio mandibular. Puede presentarse como el primer y único signo de la enfermedad o de una recaída, lo que coloca al odontólogo en una posición privilegiada para la detección temprana.¹⁹

Otras alteraciones sensoriales incluyen la disgeusia (alteración del gusto), reportada frecuentemente y asociada a lesiones en el núcleo del tracto solitario o en las vías gustativas centrales, lo que puede afectar el apetito y el estado nutricional del paciente.⁸

Parálisis facial y espasmo hemifacial

La parálisis facial en la EM puede mimetizar una parálisis de Bell periférica, pero su origen es central (lesión en el núcleo facial pontino o fascículos). Clínicamente, la parálisis de origen central suele respetar la musculatura frontal (el paciente puede arrugar la frente) debido a la inervación cortical bilateral de la parte superior de la cara. Sin embargo, si la lesión ocurre en el núcleo del VII par en el puente, la presentación puede ser indistinguible de una parálisis periférica completa.²⁰

El espasmo hemifacial y la miocimia facial (movimientos ondulatorios finos y continuos de los músculos faciales, a menudo descritos como "gusanitos bajo la piel") son signos de hiperexcitabilidad del núcleo facial desmielinizado. La presencia de miocimia facial persistente es altamente sugestiva de lesiones intrínsecas del tronco encefálico, típicas de la EM, y debe alertar al clínico sobre la progresión de la enfermedad.¹⁵

Disfagia y disartria

La disfagia (dificultad para tragar) y la disartria (dificultad para articular palabras) son manifestaciones motoras devastadoras que tienen un impacto directo en la salud oral. Se estima que la disfagia afecta hasta al 43 % de los pacientes con EM.²¹

- **Mecanismo:** Resulta de la desmielinización de los tractos corticobulbares, del cerebelo y de los núcleos de los pares craneales IX (glossofaríngeo), X (vago) y XII (hipogloso). Esto provoca una incoordinación de la musculatura orofaríngea, debilidad lingual y retraso en el reflejo de deglución.²²

- **Consecuencias Odontológicas:** La disfagia promueve el estancamiento de alimentos y

saliva en la cavidad oral, creando un sustrato ideal para la proliferación bacteriana y la formación rápida de placa y cálculo, tal como se describe en el caso clínico de su paciente.¹² Además, la dieta modificada (blanda o líquida) reduce la autolimpieza mecánica natural que ocurre durante la masticación de alimentos fibrosos, exacerbando el riesgo de caries y gingivitis.²³

- **Riesgo Vital:** La aspiración silenciosa es un riesgo constante que puede llevar a neumonía por aspiración, una causa líder de morbilidad en pacientes con EM avanzada.¹²

Farmacología de la EM y su impacto en la mucosa oral

El tratamiento de la EM implica el uso de terapias modificadoras de la enfermedad (DMT) y tratamientos sintomáticos que tienen importantes efectos secundarios en la cavidad oral. Es imperativo evaluar qué medicamentos está tomando la paciente para correlacionar sus síntomas. (Tabla 1)

Efectos Orales: Inmunosupresión local que favorece la candidiasis oral (infección por hongos), retraso en la cicatrización de heridas y, a largo plazo, riesgo de osteoporosis que puede afectar el hueso alveolar.²⁴

Fármaco (Clase)	Mecanismo de Acción	Efectos Orales Adversos
Fingolimod (Modulador S1P).	Secuestro de linfocitos en ganglios.	Úlceras orales, estomatitis, sangrado gingival, infecciones herpéticas. ²⁵
Teriflunomide (Inhibidor de pirimidina).	Inhibe proliferación de linfocitos T y B.	Estomatitis ulcerosa severa, aftas, neuropatía periférica (posible dolor orofacial). ²⁶
Ocrelizumab (Anti-CD20).	Depleción de células B.	Reactivación de virus Herpes Simple (oral) y Varicela Zóster, infecciones respiratorias altas. ²⁷
Alemtuzumab (Anti-CD52).	Depleción linfocitaria masiva.	Mucositis severa, ulceración oral, candidiasis, riesgo de malignidad secundaria. ²⁸
Cladribina (Antimetabolito).	Depleción selectiva de linfocitos	Reactivación de herpes labial/zóster, linfopenia que predispone a infecciones oportunistas. ²⁹
Siponimod (Modulador S1P)	Similar a Fingolimod	Edema macular (visión), infecciones fúngicas y virales orales. ³⁰

Tabla 1. Efectos orales adversos en fármacos utilizados en el tratamiento de la EM.

Fármacos sintomáticos

Anticolinérgicos (para vejiga hiperactiva): Oxibutinina, tolterodina. Causan xerostomía severa, aumentando dramáticamente el riesgo de caries rampante y dificultad para deglutir.³¹

Anticonvulsivantes (para neuralgia/espasticidad): La **fenitoína** (aunque menos usada ahora) causa hiperplasia gingival masiva. La **carbamazepina** y la **gabapentina** pueden causar xerostomía y disgeusia.²⁴

Antidepresivos: Uso común en EM. Contribuyen significativamente a la hiposalivación.³¹

Programa “Salud en tu Casa”

En el programa “Salud en tu Casa” se atiende a pacientes con las siguientes características: personas postradas, con alguna discapacidad, comorbilidad, adultos mayores o enfermos terminales que ya no puedan trasladarse a su unidad de salud, esto con la finalidad de poder otorgarles atención médica a domicilio por medio de visitas de un equipo multidisciplinario. En este trabajo se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de EM, perteneciente al programa “Salud en tu Casa”, así como el abordaje odontológico correspondiente.

Objetivo

Reconocer cuáles son las alteraciones bucales de la EM y el tratamiento adecuado para su control.

Caso clínico

Se trata de una paciente de sexo femenino de 52 años de edad, residente de la localidad Pedregal de San Nicolás, Tlalpan, CDMX. Con diagnóstico de EM de larga evolución. No presenta otras comorbilidades.

Se encuentra postrada en cama con rigidez corporal severa que limita en absoluto sus actividades cotidianas; ubicada en sus tres esferas, consciente de su entorno, responde a las preguntas que se le hacen y se muestra cooperadora.

La dieta que consume es totalmente líquida, ya que le resulta cada vez más complicado masticar y deglutir. Se refiere también bruxismo y succión de cuerpos extraños (como sus propias cobijas).

La cuidadora (su madre) menciona que realiza poca higiene dental a la paciente, esto se debe al temor de ser mordida fuertemente y al sangrado excesivo de las encías al cepillar sus dientes.

Se realiza exploración de mucosas (Tabla 2), en donde se observa lo siguiente:

Estructura anatómica	Características
Labios	Bien delimitados, color uniforme, poco hidratados.
Lengua	Aterciopelada, color uniforme, papilas gustativas, sin anomalía aparente.
Carrillos	Color uniforme, conductos salivales presentes y funcionales, línea alba oclusal presente.
Paladar duro	Rugas palatinas presentes, color uniforme, consistencia dura, sin anomalía aparente.
Paladar blando	Color uniforme, consistencia blanda.
Piso de boca	Venas raninas presentes, conductos salivales funcionales, consistencia blanda, sin anomalía aparente.
Glándulas salivales	Se encuentran presentes y funcionales.
Regiones ganglionares	Cadenas ganglionares palpables y movibles e indoloras.
Parodonto	Encías inflamadas, eritematosas y sangrantes a la palpación (sobre todo en la región anterior), hueso alveolar clínicamente se observa sin variaciones de tamaño. Paciente presenta clase II de Angle.
Oclusión	Sin ruidos articulares, ni dolor a la palpación.
ATM	
Tono muscular	Hipertónico

Tabla 2. Exploración intra y extraoral

De igual manera, se realizó exploración dental, la condición de cada pieza se colocó en el odontograma (Tabla 3). Posteriormente se realiza índice de diente cariado, perdido, obturado y la sumatoria de los anteriores (CPOD), el cual es un indicador epidemiológico para valorar la experiencia de caries dental del paciente.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
X	0	3	3	5	0	0	0	0	0	0	3	5	0	3	X
X	5	3	3	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	X
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CONDICIÓN/ESTADO

0 - Sano
1 - Caries
2 - Obturado con caries
3 - Obturado sin caries
4 - Perdido por caries
5 - Perdido por otra razón
6 - Sellador, barniz
7 - Corona
8 - No erupcionado
9 - Excluido

C	P	O	D
0	3	10	13

Tabla 3. Odontograma y CPOD

Ante esta exploración física podemos destacar los hallazgos más importantes: encías eritematosas y sangrantes, acúmulo de placa dentobacteriana y sarro dental (Figura 1 y 2).



Figura 1 y 2. Fotografías intraorales tomadas en la primera visita domiciliaria

Se realizó el índice O'Leary, el cual es utilizado para calcular las superficies dentales cubiertas por placa dentobacteriana, para posteriormente obtener un porcentaje de las mismas.³²

En este caso hay un 100 % de superficies dentales con placa dentobacteriana (Figura 3).

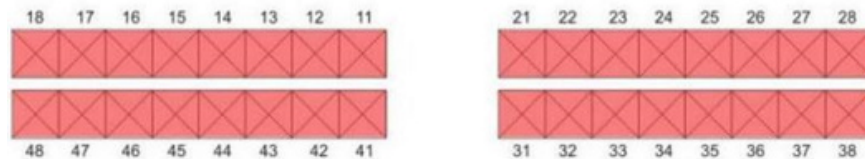


Figura 3. Índice O'Leary. Superficies marcadas en color rojo indican presencia de placa dentobacteriana.

Se diagnostica a la paciente con gingivitis crónica de etiología multifactorial (por placa dentobacteriana, condición sistémica, medicamentos y malnutrición).

Tratamiento

Se asesoró al cuidador sobre la técnica correcta de cepillado dental para combatir la gingivitis (Bass modificada), utilizando un aditamento que servirá como abrebocas casero, elaborado con abatelenguas y cinta microporosa, relativamente fácil de fabricar (Figura 4).



Figura 4. Abrebocas casero.

Seobsequia un kit de limpieza bucal que incluye: pasta dental, enjuague bucal (clorhexidina 0.12 % y xilitol) y gel gingival bioadhesivo (clorhexidina 0.2 %); se recomienda su uso tres veces al día.

Se realizaron visitas domiciliarias por tres meses, en cada una de ellas el equipo de odontología realizaba cepillado dental, enjuague y aplicación de gel a la paciente, esto con el fin de reforzar el tratamiento ya que el cuidador refiere no dar prioridad a los cuidados bucales.

A lo largo de este tiempo se realizó, en dos ocasiones, eliminación de sarro, profilaxis dental y aplicación de fluoruro tópico en gel.

Se observó una mejoría notoria en cuanto a la inflamación y sangrado de las encías (Figura 5), sin embargo, la placa dentobacteriana se forma de manera sumamente rápida y requiere de constancia y disciplina para ser removida.



Figura 5. Fotografía intraoral después de tres meses de tratamiento.

Se realizó nuevamente índice O'Leary, con el motivo de observar la mejoría a lo largo de los meses de tratamiento. Los resultados indican que sólo 3% de las superficies dentales presentan placa dentobacteriana (Figura 6).

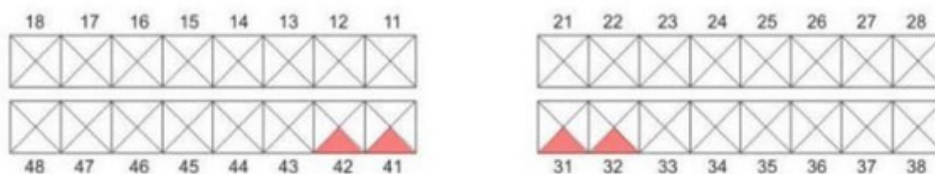


Figura 6. Índice O'Leary después de tres meses de tratamiento

Consideraciones de manejo odontológico en pacientes con discapacidad severa

El manejo de un paciente como la descrita en el caso clínico (postrada, rígida, con disfagia) requiere un cambio de paradigma: de la odontología restauradora convencional a una odontología de soporte y paliativo enfocada en la calidad de vida.

Protocolos de higiene para pacientes con espasticidad y rigidez

La rigidez y los espasmos musculares involuntarios dificultan la apertura bucal y aumentan el riesgo de mordeduras accidentales al cuidador.

- **Técnica de Abordaje:** El uso de abre bocas de goma (o contruídos con abatelenguas y gasa, como se menciona en el caso) es indispensable para proteger tanto al paciente como al operador/cuidador. Es crucial no forzar la apertura para evitar desencadenar reflejos espásticos de estiramiento.

- **Aditamentos:** Cepillos eléctricos con mangos engrosados o modificados permiten al cuidador realizar la higiene con mayor eficacia y menor esfuerzo físico. El uso de aspiradores de saliva portátiles es recomendable si la disfagia es severa para evitar aspiraciones durante la higiene.¹³

Control químico de la placa

Dado que la remoción mecánica es imperfecta (como evidencia la rápida reaparición de placa en el caso), el control químico es el pilar del tratamiento.

- **Clorhexidina:** Su uso en geles bioadhesivos o sprays es preferible a los enjuagues líquidos en pacientes con disfagia para minimizar el riesgo de aspiración. Su acción sustantiva ayuda a controlar la carga bacteriana de *F. nucleatum* y *P. gingivalis*.²⁵

- **Sustitutos Salivales y Fluoruros:** En presencia de xerostomía farmacológica, la aplicación de geles fluorados de alta concentración y sustitutos salivales con enzimas es vital para proteger la integridad del esmalte y lubricar las mucosas, facilitando la deglución.¹³

El rol del cuidador y la calidad de vida

La carga del cuidador (evaluada con escalas como Zarit) es un factor determinante en el éxito del tratamiento oral. La educación no debe limitarse a la técnica de cepillado, sino incluir estrategias para reducir la ansiedad del cuidador frente al sangrado o los espasmos. Mejorar la salud oral impacta directamente en la calidad de vida del paciente al permitirle comer sin dolor, hablar (dentro de sus limitaciones) y socializar sin halitosis, lo que reduce el aislamiento social.

Intervenciones multidisciplinarias

El equipo del programa “Salud en tu Casa” interviene de manera integral al paciente. Llevando a cabo la revisión de medicina general y de enfermería, tomando signos vitales, realizando monitoreo de sonda, realizando curaciones por úlceras por presión, prescribiendo medicamentos, etc. Por el estado caquético de la paciente es intervenida por especialistas en nutrición, modificando la consistencia de los alimentos de consistencia sólida a líquida y recomendando una dieta alta en frutas y verduras.

Conclusión

La EM es una enfermedad crónico-degenerativa que causa diversas afectaciones en boca, por ello, es importante orientar tanto al paciente como al cuidador sobre la prevención, detección y tratamiento de las mismas.

Son múltiples los factores que ocasionan dichas patologías; sin embargo, no siempre es posible retirar totalmente la causa; por ello, el paciente se debe mantener en constante revisión estomatológica.

La gingivitis es una enfermedad que puede tratarse fácilmente en casa, con buenos hábitos y las medidas correctas de higiene bucodental.

Glosario de términos

-Criterios diagnósticos de McDonald

Los criterios de McDonald, de 2017, consideran el número de brotes clínicos, el número de lesiones demostradas por medio de la imagen por resonancia magnética, por la diseminación en espacio y en tiempo y la presencia de bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo. Los elementos de los criterios de McDonald se resumen así:

1. Clínico en forma de brotes agudos.
2. Estudios de imagen por resonancia magnética del sistema nervioso.
3. Determinación de bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo.³³

- Nistagmus

El nistagmus es una oscilación involuntaria de los ojos, alrededor de uno o más ejes, generalmente bilateral y conjugado, es decir que afecta a los dos ojos por igual. Es un movimiento rítmico que tiene dos fases, de ida y de vuelta. Cuando las fases son asimétricas en su velocidad se clasifica como nistagmus en resorte, de manera que el movimiento hacia un lado es más rápido que hacia el lado opuesto. Cuando las dos fases son simétricas en su velocidad, se clasifica como nistagmus péndula.³⁴

- Ataxia

Es un fenómeno clínico que se caracteriza por la desorganización de los movimientos y frecuentemente se asocia a lesiones del cerebelo o sus vías aferentes. Este fenómeno tiene su sustrato principal en la pérdida de la coordinación y la sinergia en el control de los grupos musculares requeridos para realizar una tarea motora específica. Es resultado de lesiones en el cerebelo y sus conexiones.³⁵

- Disartria paroxística

La discinesia paroxística es un grupo de trastornos del movimiento hipercinéticos caracterizados por episodios recurrentes de distonía (contracciones musculares involuntarias, sostenidas o intermitentes), corea (movimientos involuntarios, rápidos, irregulares y breves que se asemejan

a una danza), atetosis (movimientos involuntarios, lentos, continuos y de torsión) o una combinación de estas últimas.³⁶

- Desmielinización cortical subpial

Es la pérdida de mielina en la capa más externa de la corteza cerebral, justo debajo de la piamadre (la membrana que recubre el cerebro). Es un rasgo característico y distintivo de la Esclerosis Múltiple (EM), especialmente en sus fases progresivas.³⁷

- RM de ultra-alto campo

La Resonancia Magnética (RM) de campo ultra alto (UHF) utiliza imanes de 7 Teslas (T) o más, ofreciendo una resolución espacial y un contraste muy superiores a los equipos clínicos habituales de 1.5T o 3T. Esta tecnología permite visualizar el cerebro con un nivel de detalle milimétrico, lo que resulta ideal para el diagnóstico avanzado de enfermedades neurológicas.³⁸

- Trayecto intrapontino del trigémino

El trayecto intrapontino del trigémino es el recorrido que siguen las fibras nerviosas (axones) de este nervio en el interior del puente o protuberancia (tronco encefálico) antes de emerger como el nervio trigémino (V par). Durante este trayecto, las fibras se conectan directamente con los cuatro núcleos principales del trigémino.³⁹

- Hiperexcitabilidad ectópica

Se refiere a la generación anormal de impulsos eléctricos por parte de las neuronas fuera de sus zonas fisiológicas normales (como el soma o las terminales nerviosas). Es un mecanismo clave en el origen del dolor neuropático y enfermedades como la epilepsia y esclerosis múltiple.⁴⁰

- Efáptica

La transmisión efáptica (o *crosstalk* efáptico) es un mecanismo patológico por el cual las fibras nerviosas se comunican entre sí sin necesidad de una sinapsis química. Explica el fenómeno de la alodinia en el dolor neuropático, donde un estímulo táctil inocuo se percibe como un dolor intenso.⁴¹

- Placa pontina

Una placa pontina (o placa desmielinizante pontina) es una lesión inflamatoria o cicatriz en el puente troncoencefálico (protuberancia). Se asocia comúnmente con la esclerosis múltiple (EM), donde el sistema inmunitario destruye la mielina (la capa protectora de los nervios).⁴²

Referencias

1. Ebers GC. Environmental factors and sclerosis. *Lancet Neurol.* 2008.
2. Klotz, L., Saraste, M., Airas, L., & Kuhlmann, T. (2025). Multiple sclerosis: 2024 update. *Free Neuropathology*, 6, 14. <https://doi.org/10.17879/freeneuropathology-2025-6762>
3. Antigüedad A, Zarranz JJ, Mendibe MM. Enfermedades Desmielinizantes. En: Zarranz JJ, eds *Neurología*. España: Elsevier; 2003
4. Vera Vite, J. A., Baggini García, S., Hernández Hernández, F., & Torres Villamar, M. M. (2024). Fisiopatología de la esclerosis múltiple: características principales. *Polo del Conocimiento*. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9257815.pdf>
5. Tafti, D., Ehsan, M., & Xixis, K. L. (2022). Multiple sclerosis. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499849/>
6. Arya, A., Dhall, M., Mittal, V., Kaushik, D., Mudgal, P., Kumar, T., Pandey, M., Kadian, R., Sharma, P., Rani, N., & Singh, T. G. (2025). Multiple sclerosis: Pathogenesis mechanism and biomarkers. *Central Nervous System Agents in Medicinal Chemistry*. <https://doi.org/10.2174/0118715249307633240817160735>
7. Perera Molligoda Arachchige, A. S., El Choueiri, J., Pellicanò, F., Laurelli, F., Moreira Alves, G. A., & Stomeo, N. (2025). A review of multiple sclerosis: From pathophysiology to latest therapeutic advances. *AIMS Neuroscience*. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2025026>
8. Dirección general de comunicación social. UNAM. Aumentan casos de esclerosis múltiple en México. [Internet]. Fundación UNAM.
 9. 2017. Ms international federation. Atlas de EM 3.a edición. PRIMERA PARTE: Mapa mundial de esclerosis múltiple: las conclusiones epidemiológicas más importantes. 2020.
 10. García-Rios, P., Rodríguez-Lozano, F. J., & Pecci-Lloret, M. R. (2025). Oral manifestations of multiple sclerosis: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(9), 2944. <https://doi.org/10.3390/jcm14092944>
11. Medical News Today. (n.d.). *Ocrevus side effects: What they are and how to manage them*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/drugs-ocrevus-side-effects>
12. Perioexpertise. (n.d.). *Enfermedades neurodegenerativas y periodontitis*. <https://www.perioexpertise.es/articulo/enfermedades-neurodegenerativas-y-periodontitis>

13. Feng, Y., Chen, Z., Tu, S.-Q., Wei, J.-M., Hou, Y.-L., Kuang, Z.-L., Kang, X.-N., & Ai, H. (2022). Role of interleukin-17A in the pathomechanisms of periodontitis and related systemic chronic inflammatory diseases. *Frontiers in Immunology*. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.862415>
14. Maia, M. (2025, December 2). Oral bacteria tied to more severe multiple sclerosis symptoms. *Multiple Sclerosis News Today*. <https://multiplesclerosisnewstoday.com/news-posts/2025/12/02/oral-bacteria-tied-severe-multiple-sclerosis-symptoms/>
15. Ren, J., Niu, Z., Wang, J., Guo, J., Hao, H., Gao, F., Liu, R., & Wang, Z. (2025). The link between gut microbiota and multiple sclerosis from the perspective of barrier function. *Frontiers in Immunology*. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2025.1652796>
16. MS Trust. (2026, February 5). *Trigeminal neuralgia: Causes & treatments*. MS Trust. <https://mstrust.org.uk/a-z/trigeminal-neuralgia>
17. Love, S., & Coakham, H. B. (2001). Trigeminal neuralgia: Pathology and pathogenesis. *Brain*. <https://doi.org/10.1093/brain/124.12.2347>
18. Di Stefano, G., Maarbjerg, S., & Truini, A. (2019). Trigeminal neuralgia secondary to multiple sclerosis: From the clinical picture to the treatment options. *The Journal of Headache and Pain*. <https://doi.org/10.1186/s10194-019-0969-0>
19. Wu, L., Zheng, Y., Zhou, Z., Liu, Y., Zhang, W., & Wu, Q. (2017). Numb chin syndrome leading to a diagnosis of salivary ductal adenocarcinoma: A case report and review of the literature. *Frontiers in Neurology*. <https://doi.org/10.3389/fneur.2017.00343>
20. Saleh, C., Patsi, O., Mataigne, F., & Beyenburg, S. (2016). Peripheral (Seventh) nerve palsy and multiple sclerosis: A diagnostic dilemma – A case report. *Case Reports in Neurology*. <https://doi.org/10.1159/000443681>
21. Ansari, N. N., Tameshlu, M., & Ghelichi, L. (2020). Dysphagia in multiple sclerosis patients: Diagnostic and evaluation strategies. *Degenerative Neurological and Neuromuscular Disease*, 10, 15–28. <https://doi.org/10.2147/DNND.S198659>
22. MS Society. (n.d.). *MS and swallowing difficulties (dysphagia)*. <https://www.mssociety.org.uk/about-ms/signs-and-symptoms/ms-and-swallowing-difficulties>

23. D'Alatri, L., Marchese, M. R., Tizio, A., & Galli, J. (2025). Pathophysiology and etiology of brainstem-related dysphagia. *Audiology Research*. <https://doi.org/10.3390/audiolres15060153>
24. Chemaly, D., Lefrançois, A., & Pérusse, R. (2000). Oral and maxillofacial manifestations of multiple sclerosis. *Journal of the Canadian Dental Association*. <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-66/issue-11/600.html>
25. Mayo Clinic. (n.d.). *Fingolimod (oral route)*. <https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/fingolimod-oral-route/description/drg-20074478>
26. NPS MedicineWise. (n.d.). *Teriflunomide Sandoz – Consumer Medicine Information*. <https://www.nps.org.au/medicine-finder/teriflunomide-sandoz>
27. Medical News Today. (n.d.). *Ocrevus side effects: What they are and how to manage them*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/drugs-ocrevus-side-effects>
28. Niscola, P., Romani, C., Cupelli, L., Scaramucci, L., Tendas, A., Dentamaro, T., Amadori, S., & de Fabritiis, P. (2007). Mucositis in patients with hematologic malignancies: An overview. *Haematologica*. <https://haematologica.org/article/view/4328>
29. Drugs.com. (2025). *Cladribine side effects: Common, severe, long term*. <https://www.drugs.com/sfx/cladribine-side-effects.html>
30. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (n.d.). *Siponimod*. En *LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553312/>
31. Al Johani, K., Fudah, M., Al-Zahrani, M., Abed, H., Srivastava, K. C., Shrivastava, D., Cicciù, M., & Minervini, G. (2023). Multiple sclerosis—A demyelinating disorder and its dental considerations—A literature review with own case report. *Brain Sciences*. <https://doi.org/10.3390/brainsci13071009>
32. Chaple Gil AM, Gispert Abreu E de LÁ. “Amar” el índice de O’Leary. *Rev Cubana Estomatología*. 2019.
33. Castillo LRA. Criterios de McDonald y MAGNIMS en esclerosis múltiple. *Neurol Neurocir Psiquiatr*. 2023; 51 (2): 44-45. <https://dx.doi.org/10.35366/113401>
34. Martín S. Motilidad ocular - estrabismo 14 Nistagmus: características clínicas, clasificación y diagnóstico. Sociedad Española de Oftalmología. Available from:

https://libroseodeoftalmologia.oftalmoseo.com/wp-content/uploads/2021/12/14-motilidad_ocular.pdf.

35. OLIMPIA. Revista de la Facultad de Cultura Física de la Universidad de Granma. Vol.15 No.52, octubre-diciembre 2018. ISSN: 1817- 9088. RNPS: 2067. olimpia@udg.co.cu
36. Freiha, J.; Riachi, N.; Chalah, M.A.; Zoghaib, R.; Ayache, S.S.; Ahdab, R. Paroxysmal Symptoms in Multiple Sclerosis—A Review of the Literature. *J. Clin. Med.* **2020**, *9*, 3100. <https://doi.org/10.3390/jcm9103100>.
37. Griffiths, L.; Reynolds, R.; Evans, R.; Bevan, RJ; Rees, MI; Gveric, D.; Neal, JW; Howell, OW. Desmielinización cortical subpial sustancial en la esclerosis múltiple progresiva: ¿hemos subestimado la extensión de la patología cortical? *Neurosciences*. **2020**, *7*, 51-67. <http://dx.doi.org/10.20517/2347-8659.2019.21>.
38. Shaffer A, Kwok SS, Naik A, Anderson AT, Lam F, Wszalek T, Arnold PM and Hassaneen W (2022) Ultra-High-Field MRI in the Diagnosis and Management of Gliomas: A Systematic Review. *Front. Neurol.* 13:857825. doi: 10.3389/fneur.2022.857825.
39. Rivera G. Nervio trigémino: aspectos esenciales desde las ciencias biomédicas. *Rev. Estomat.* 2011; 19(2):33-39. <file:///C:/Users/josma/Downloads/Dialnet-NervioTrigemino-9777832.pdf>.
40. Raja SN, Ringkamp M, Guan Y, Campbell JN. John J. Bonica Award Lecture: Peripheral neuronal hyperexcitability: the "low-hanging" target for safe therapeutic strategies in neuropathic pain. *Pain* 2020. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7586453/>.
41. Cunha, GM, Corso, G., Miranda, JGV *et al*. Sincronización efáptica en un modelo neuronal híbrido. *Sci Rep* **12**, 1629 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-05343-3>.
42. Enriquez G. Cabrera E. Mielinolisis central pontina con síndrome de atrapamiento asociada a hipovitaminosis. *Arch Neurocién (Mex)* Vol. 20, No. 3: 221-226; 2015. <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2015/ane153h.pdf>.

Bibliografía

- Gallud L, Bagan JV, Cervelló A, Jiménez Y, Poveda R, Gavalda C. Esclerosis múltiple como primera manifestación en el territorio oral y facial: Presentación de cuatro casos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006
- Hilda D, Grajales-González M, Leticia Munive-Báez D, De La Teja-Ángeles E, Pediatra E, Pediatra N, et al. Manifestaciones bucofaciales en pacientes con esclerosis múltiple. 2013.
- Loría Méndez. ESCLEROSIS MÚLTIPLE (Reporte de un caso). Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica. 2008.
- Interna M, Carretero Ares JL, Bowakim Dib W, Acebes JM, De Familia M, Adjunto M, et al. Actualización: esclerosis múltiple. 2001.
- Moreno RD, Morales Esponda M, Lorena N, Echazarreta R, Triano RO, Luis J, et al. Esclerosis múltiple: revisión de la literatura médica. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2012.
- Taboada-Aranza O, Cerón Argüelles J, Rodríguez Hernández A. Frecuencia y distribución de enfermedades periodontales asociadas a placa dentobacteriana en pacientes que acuden a una clínica universitaria. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2018
- Lagumersindez DN, Oviedo ME, Martínez G. Esclerosis múltiple: aspectos generales y abordaje farmacológico. Rev Cubana Farm. 2009.

CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

La plaza del servicio social fue por parte del programa de vinculación “Salud en tu Casa”

La institución en donde se realizaron las actividades del servicio social es el C.S. T-III Cultura Maya, ubicado en Izamal S/N, entre las calles Tepekan y Hopelchen, Col. Cultura Maya, Tlalpan, Ciudad de México, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Se realizaron visitas domiciliarias a pacientes del programa “Salud en tu Casa” en todo el territorio de la delegación.

El equipo multidisciplinario constaba de personal de medicina, enfermería y odontología; y sus respectivos pasantes.

En cuanto a mis funciones como pasante del servicio social fueron: atención odontológica a los pacientes del programa, participación en el tianguis del bienestar, múltiples capacitaciones, brigadas de vacunación COVID-19, censo con promotores de la salud, valoración para constancias de discapacidad, apoyo en el área de nutrición y filtro sanitario en la jurisdicción sanitaria.

CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Acontinuación, se muestran las actividades realizadas a lo largo de un año de servicio social.

	ACTIVIDAD
SEDE DE LA SESIÓN:	- T.III Cultura Maya - T.III José Castro Villagrana - Jurisdicción Sanitaria Tlalpan - En línea
NÚMERO DE SESIONES:	7
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL	1.- Colocación de implante hormonal subdérmico 2.- Inducción de replicadores de estrategia de salud en tu vida. 3.- Curso de inducción al programa "Salud en tu casa" 4.- Capacitación "Residuos peligrosos en centro de salud" 5.- Capacitación para apoyar en el área de nutrición en Jurisdicción Sanitaria Tlalpan 6.- Generalidades de la vacunación y COVID-19 7.- Voluntad anticipada y cuidados paliativos

ACTIVIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (FEBRERO)	✕		
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD (MAYO)	✕		
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (OCTUBRE)	✕		
JORNADA NACIONAL DE SALUD BUCAL (ABRIL Y NOVIEMBRE)	✕		
PLATICAS EDUCATIVAS (INDICAR NÚMERO DE PLATICAS)	✕		20 pláticas en zona de observación en jornada de vacunación COVID-19 para niños y adolescentes en C.S.T.III Dr. José Castro Villagrana
OTROS	✕		Apoyo en el área de observación en vacunación COVID-19 (Sede INMEGEN y C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana)

4.1. CONSULTAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
PACIENTES DE PRIMERA VEZ	65	
PACIENTES SUBSECUENTES	52	
TOTAL	117	

4.4 ACTIVIDADES PREVENTIVAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	85	
TÉCNICA DE CEPILLADO	373	
USO DE HILO DENTAL	293	
APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	1	
SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	0	
PROFILAXIS	3	
PLÁTICAS	100	- En zona de observación en C.S.T-III Dr. José Castro Villagrana - Censo con promotores de salud
OTRAS (ESPECIFICAR)	109	- Limpieza de prótesis fija y removible - Sesión de salud bucal - Higiene de tejidos blandos
SUBTOTAL	964	
4.5 ACTIVIDADES CURATIVAS SUPERVISADAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
ODONTOXESIS	3	
HISTORIAS CLÍNICAS	24	
FARMACOTERAPIA	6	
SUBTOTAL	33	
OTRAS ACTIVIDADES		- Apoyo en zona de observación en campaña de vacunación COVID-19 - Apoyo en filtro sanitario de Jurisdicción Sanitaria - Apoyo en valoración para constancia de discapacidad - Apoyo en nutrición en Jurisdicción Sanitaria - Apoyo en censo con promotores de la salud
TOTAL DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y CURATIVAS	997	

ACTIVIDAD	REALIZADAS	OBSERVACIONES
TÉCNICA DE CEPILLADO	170	
USO DE HILO DENTAL	130	
PLÁTICAS	170	
OTRAS (ESPECIFICAR)	41	
TOTAL	511	

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Como pasante de odontología del programa “Salud en tu Casa” cumplí con todas las actividades que se requerían. La atención dental a domicilio resultó complicada, ya que no es posible contar con el equipo adecuado para realizar los tratamientos requeridos.

Las medidas de bioseguridad fueron siempre las indicadas; sin embargo, muchos tratamientos no pudieron realizarse dado que las condiciones no eran las indicadas para llevarse a cabo, lo cual siempre consideré correcto, ya que la seguridad del paciente y del odontólogo es lo primero.

Por otro lado, se realizaron actividades de promoción de la salud a los pacientes del programa, en tianguis del bienestar, censos con promotores de la salud y en campañas de vacunación contra COVID-19, para la prevención de enfermedades bucales, la correcta higiene bucal y la promoción de programas y centros de salud de la delegación.

Ante los cambios socioeconómicos que sufre la población mexicana, sobre todo las personas que no cuentan con suficiente solvencia económica o algún tipo de seguridad social, este tipo de servicios gratuitos es idóneo para que sean cubiertas las necesidades en temas de salud oral en la población.

Los pacientes del programa “Salud en tu Casa” fueron sumamente agradecidos con el equipo, ya que al acudir a los domicilios no tenían que preocuparse por trasladarse a su centro de salud correspondiente, además de que se brindaba una atención de calidad.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Las actividades que realicé durante la estadía del servicio social considero que fueron importantes para mi formación profesional, ya que pude observar y realizar actividades pertenecientes a otras carreras como enfermería, nutrición, medicina, entre otras.

Ingresar a los hogares de los pacientes del programa “Salud en tu Casa” fue una experiencia muy interesante que nos permitió observar cuál era su verdadero entorno. Estar en contacto íntimo con sus cuidadores y familiares me permitió tomar otra perspectiva acerca de las distintas condiciones o enfermedades que podríamos llegar a presentar en cualquier etapa de nuestra vida.

Además, en las campañas de vacunación COVID-19 desarrollé la capacidad de poder hablar en público (gracias a las pláticas educativas que pude impartir en la zona de espera). También fue importante poder reforzar el trato al paciente, respondiendo sus dudas y dando indicaciones.

Aprendí distintas cosas sobre medicina y enfermería estando presente en las visitas domiciliarias con los demás integrantes del equipo. También estuve presente en visitas con profesionales en psicología, lo cual me fue de gran ayuda para fortalecer la empatía y solidaridad que es necesaria profesionalmente.

Cuando apoyé al equipo de promotores de la salud del programa “Salud en tu Casa” pude darme cuenta de la falta de educación odontológica en la población mexicana, sin embargo, hice todo lo posible por siempre responder las preguntas que me hacían y referir a su centro de salud más cercano a quienes lo requerían.

Considero que todas las actividades realizadas en mi año de servicio social serán de suma importancia en un futuro en donde podré ponerlas en práctica, no solo profesionalmente sino en mi vida diaria.