



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
XOCHIMILCO

División de ciencias biológicas y de la salud
Departamento de atención a la salud

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

“Rehabilitación integral: Reporte de un caso clínico”

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA “DR. RAFAEL LOZANO OROZCO”

RODRÍGUEZ CERÓN MONTSERRAT
2143022755

PERIODO: AGOSTO DE 2018 A JULIO DE 2019

ENTREGA: JULIO DE 2019

ASESOR INTERNO:
Mtro. CÉSAR ALEJANDRO DÍAZ DE ITA



Mtro. César Alejandro Díaz de Ita
ASESOR INTERNO DE SERVICIO SOCIAL

Patricia Enzaldo C.

Patricia Enzaldo De La Cruz

**COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE LA LICENCIATURA DE
ESTOMATOLOGÍA**

Resumen de Informe

En el presente trabajo se mostrará el proceso que se lleva a cabo para hacer la rehabilitación completa de un paciente. Tratando desde la prevención donde se monitorea la técnica de cepillado, hasta la restauración integral, el trabajo se desarrolló en un paciente masculino que asistió al laboratorio de diseño y comprobación (L.D.C.) “Dr. Rafael Lozano Orozco” de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, del turno vespertino, el cual se llevó a cabo en el periodo de septiembre de 2018 a julio de 2019.

El paciente fue elegido por su complejidad, necesitando de diversas especialidades para realizar un tratamiento integral exitoso, poniendo así en práctica las habilidades y conocimientos del pasante.

Durante este periodo el pasante debe cumplir con actividades de diagnóstico, prevención, restauración y quirúrgicas que lo ayuden a impulsar la salud bucal de cada individuo, desde pequeños, hasta adultos mayores y todo esto con los conocimientos que adquiera desde su formación y servicio social, teniendo así mejor control de las afecciones bucales.

En base a lo ya dicho se realizó una captura de todas las actividades de diagnóstico, prevención, control y manejo de diversas situaciones en el periodo comprendido donde se mostrará mes con mes todos los datos en tablas y gráficas.

Palabras clave: Restauración integral, prevención, rehabilitación, servicio social.

Índice

1. Capítulo I. Introducción general.....	1
2. Capítulo II. Investigación.....	2
2.1. Introducción.....	2
2.2. Objetivo.....	6
2.3. Presentación del caso.....	6
2.4. Fotografías iniciales.....	7
2.5. Diagnostico.....	11
2.6. Tratamiento.....	11
2.7. Fotografías finales.....	25
2.8. Discusión.....	28
2.9. Conclusión.....	29
2.10. Referencias bibliográfica.....	30
3. Capítulo III. Antecedentes.....	31
3.1. Zona de influencia.....	31
3.1.1.1. Delegación Xochimilco.....	31
3.1.1.2. Ubicación geográfica.....	32
3.1.1.3. Superficie total y colindancias.....	32
3.1.1.4. Clima.....	33
3.1.1.5. Organización política.....	33
3.2. Aspectos demográficos.....	34
3.2.1.1. Población.....	34
3.2.1.2. Educación.....	35
3.2.1.3. Ocupación.....	36
3.2.1.4. Servicios de salud.....	37
3.3. Servicios públicos.....	42
3.3.1.1. Vialidad.....	42
3.3.1.2. Electricidad.....	42
3.3.1.3. Transporte.....	43
3.3.1.4. Drenaje.....	43

3.3.1.5. Agua potable.....	44
3.4. Vivienda.....	44
3.4.1.1. Tipo de vivienda.....	45
3.4.1.2. Servicios que la conforman.....	46
3.4.1.3. Número de habitantes por casa y cuarto.....	47
3.5. Morbilidad.....	48
3.6. Mortalidad.....	49
3.7. Análisis de la información.....	52
3.8. Conclusión.....	53
3.9. Laboratorios de diseño y comprobación.....	54
3.9.1.1. Ubicación de L.D.C. Tepepan.....	58
3.9.1.2. Recursos.....	59
3.10. Bibliografía.....	60
4. Capítulo IV. Informe numérico narrativo.....	61
4.1. Cuadro de actividades realizadas por programas.....	62
4.2. Graficas.....	70
5. Capítulo V. Análisis de la información.....	73
6. Capítulo VI. Conclusión.....	74
7. Fotografías de alumno.....	75

CAPÍTULO I

Introducción General

Durante el periodo de mi servicio social debí cumplir con ciertas actividades que me pusieran en diversas situaciones donde demostré mis habilidades, conocimientos y aptitudes que adquirí durante mi formación en la licenciatura, esto con el fin de poder tener una mejor formación y resolución de problemas que me ayuden en un futuro a realizar tratamientos con ética y éxito.

El lugar donde desempeñe dichas actividades fue en el Laboratorio de Diseño y Comprobación (L.D.C.) “Dr. Rafael Lozano Orozco” de la Universidad Autónoma Metropolitana, en el turno vespertino.

El periodo en el que se realizó el servicio social fue desde el 1° de agosto de 2018 hasta el 31 de julio de 2019, en el cual se atendió a la población de la delegación Xochimilco.

Toda la atención que brinde fue con el principal objetivo de regresar la salud bucal de cada paciente y concientizar a la población de la importancia que tiene el cuidado bucal, así mismo impulsarlos a realizarse chequeos periódicamente.

CAPÍTULO II

“Rehabilitación Integral: Reporte de un caso clínico”

Introducción

El éxito de cualquier tratamiento en odontología radica en el correcto diagnóstico y planificación de tratamiento, así mismo, es esencial realizar un enfoque multidisciplinario para obtener todas las perspectivas necesarias y así tener un correcto diagnóstico y planificación.

Tener una visión limitada puede llevar a no apreciar soluciones adecuadas y por consiguiente, llevar el tratamiento al fracaso.

Para realizar preparaciones en prótesis fija se debe considerar ciertos principios básicos que conllevan a optimizar resultados. Se debe tratar de ser conservadores en las preparaciones para conservar la vitalidad de las piezas dentarias a tallar. ¹

El éxito de un tratamiento con prótesis fija se basa en tres criterios: vitalidad pulpar, salud gingival y longevidad de la prótesis. Aproximadamente el 50 % de los dientes involucrados en una prótesis fija requieren tratamiento de conductos, entonces se debe hacer todo lo posible para mantener la vitalidad del otro 50 %. ¹

Actualmente es muy frecuente la demanda de casos donde se requiere una rehabilitación multidisciplinaria que puede incluir endodoncias de emergencia o tratamiento periodontal para mantener las estructuras dentales y periodontales residuales, además de obtener una rehabilitación morfológica, funcional y estética. El tratamiento multidisciplinario no sólo da la oportunidad de cambiar el enfoque de la odontología, si no de desarrollar y formar la apariencia o imagen de un individuo y al mismo tiempo proporcionar restauraciones funcionales, duraderas y estéticas. Al realizar una rehabilitación protésica multidisciplinaria, una de las metas terapéuticas es la preservación de la dentición natural remanente. ²

La terapia endodóntica ha dado al odontólogo la posibilidad de conservar dientes que podrían haber sido extraídos. La restauración que debe utilizarse en un diente tratado endodónticamente viene dictada por el alcance de la destrucción coronaria

y el tipo de diente. La decisión de colocar una reconstrucción intrarradicular está basada en parámetros como son: la posición del diente en el arco, la oclusión, la función del diente restaurado, cantidad de estructura dental remanente y configuración del conducto y las características de los tejidos de soporte.²

Las opciones clínicas para la restauración de los dientes anteriores están determinadas por la alteración presente y las exigencias funcionales y estéticas. Se ha encontrado que la salud periapical depende significativamente más de la restauración, que de la técnica del tratamiento endodóntico. Durante y después de la restauración de los dientes tratados endodónticamente puede haber contaminación del canal radicular. Tomar en cuenta estándares generales para disminuir los factores que pueden causar el fracaso del tratamiento endodóntico y por lo tanto del tratamiento restaurador.

La introducción de materiales capaces de adherirse a la dentina ha creado una oportunidad potencial de reconstruir y rehabilitar los tejidos dentarios perdidos para salvar los dientes extensamente dañados. Las resinas compuestas se han aceptado por ser suficientemente fuertes como material de reconstrucción. El uso de endopostes de fibra de vidrio, en combinación con materiales adhesivos, es una técnica de rehabilitación conservadora.²

Una prótesis es el reemplazo de algún órgano perdido por un aparato artificial, aplicando correctamente en odontología el vocablo de prostodoncia, todo aparato que reemplaza un órgano dental perdido o tejidos subyacentes causados por diferentes factores: bacterianos, biológicos, físicos y ambientales. La ausencia de las piezas dentarias dará como resultado la pérdida de la dimensión vertical, la función y por ende la estética. Por esta razón surgen para el paciente necesidades fisiológicas, anatómicas, sociales, estéticas y fonéticas por la ausencia de piezas dentarias.⁴

Entre los objetivos de una prótesis dental total se encuentra el devolver la funcionalidad y estética al paciente y así insertarlo nuevamente en su rol en la sociedad.⁴

Cuando un paciente va a ser sometido a extracciones múltiples se recomienda que en la misma cita en la que se realicen los procedimientos quirúrgicos se inserten prótesis inmediatas para ayudar a proteger y presionar los tejidos blandos evitando su colapso; reducir la reabsorción de la cresta residual; mejorar la forma residual de las crestas óseas; reducir el sangrado y dolor en los sitios postextracción; mantener el soporte de los labios y mejillas; mejorar y restablecer la armonía facial; facilitar la fonación y masticación en el periodo de transición de dientes naturales a artificiales.³

Además de lo previamente expuesto, la colocación de las prótesis inmediatas beneficia psicológicamente a los pacientes, al evitarles el periodo embarazoso de no tener, ya sean dientes naturales o artificiales.³

Las opciones de tratamiento de sobredentaduras y prótesis inmediatas, seguidas de procedimientos convencionales, son parte de la amplia gama de opciones protésicas para rehabilitar a un paciente desdentado. Independientemente de la opción elegida, es muy importante considerar que cualquier alternativa debe de tener como meta el establecimiento de una oclusión funcional.³

En los casos de espacios desdentados extensos, con gran pérdida de hueso alveolar, dientes que sirven de soporte a coronas clínicas cortas, o mala situación financiera del paciente, la opción más indicada para la rehabilitación bucal es por medio de las PPRs. Entre tanto, las PPRs convencionales con retenedores extracoronarios pueden presentar dificultades estéticas que no coinciden con las expectativas y deseos de los pacientes.⁵

Los retenedores pueden ser intracoronarios o extracoronarios. Los intracoronarios exigen mayor desgaste del diente para su confección. Los extracoronarios, como causan aumento del contorno dental, pueden favorecer una mayor retención de placa dentobacteriana, lo que hace necesario que el paciente posea una buena higiene bucal.⁵

Para devolver al paciente una estética agradable, el profesional debe confeccionar una prótesis muy semejante a los dientes naturales. La fase de selección de los dientes es compleja, porque implica muchas variables. La selección de los dientes anteriores es una tentativa que solo será validada por el profesional en el momento de la prueba estética y funcional.⁵

Objetivo

El objetivo de esta investigación es dar a conocer el procedimiento multidisciplinario para llegar al tratamiento completo del paciente.

Presentación del Caso

Se presentó a la clínica estomatológica “Dr. Rafael Lozano Orozco” paciente masculino de 53 años de edad, residente de la Ciudad de México, que reporta en el cuestionario de antecedentes patológicos ser ASA I.

Como antecedentes toxicológicos el paciente refirió que fumaba 2 cajetillas de cigarros al día.

También mencionó que con anterioridad trabajó como chef y actualmente es desempleado.

Fotografías iniciales:

Extraorales



Imagen 1. Frente

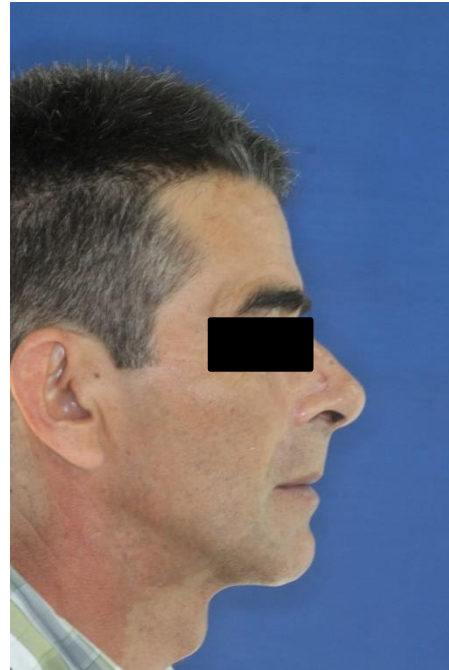


Imagen 2. Perfil derecho



Imagen 3. Perfil izquierdo

Intraorales



Imagen 4. Arcada superior



Imagen 5. Arcada inferior



Imagen 6. Lado izquierdo



Imagen 7. Lado derecho



Imagen 8. Frente



Imagen 9.

DIAGNÓSTICO			
Ausente	18	28	Ausente
Ausente	17	27	Ausente
Ausente	16	26	Resto radicular
Ausente	15	25	Resto radicular
Necrosis pulpar	14	24	Resto radicular
Pulpitis irreversible	13	23	Necrosis Pulpar
Pulpitis irreversible	12	22	Necrosis Pulpar
Pulpitis irreversible	11	21	Necrosis Pulpar
Caries grado 1	41	31	Caries grado 1
Caries grado 1	42	32	Caries grado 1
Caries grado 2	43	33	Caries grado 2
Caries grado 2	44	34	Ausente
Caries grado 3	45	35	Ausente
Ausente	46	36	Ausente
Resto radicular	47	37	Ausente
Ausente	48	38	Ausente

TRATAMIENTO					
Prótesis total	Ausente	18	28	Ausente	Prótesis total
	Ausente	17	27	Ausente	
	Ausente	16	26	Extracción	
	Ausente	15	25	Extracción	
	Extracción	14	24	Extracción	
	Extracción	13	23	Extracción	
	Extracción	12	22	Extracción	
	Extracción	11	21	Extracción	
Prótesis removible	Resina	41	31	Resina	Prótesis removible
	Resina	42	32	Resina	
	Resina	43	33	Resina	
	Resina	44	34	Ausente	
	Tx de conductos y corona	45	35	Ausente	
Prótesis removible	Ausente	46	36	Ausente	Prótesis removible
	Extracción	47	37	Ausente	
	Ausente	48	38	Ausente	

Después de haber realizado el diagnóstico de cada órgano dentario, se comenzó programando el paciente para entrar a cirugía periodontal, se propuso como

tratamiento en la arcada superior realizar extracciones múltiples y regularización de proceso. Se le realizó eliminación de sarro para ir quitando focos infecciosos. Y para evitar dejar al paciente con una apariencia edentula, se tomó impresiones con alginato de ambas arcadas y se articuló con un articulador de semi-presión (Imagen 10).



Imagen 10. Articulado de paciente

Se comenzó a realizar una prótesis total inmediata, en la cual al modelo superior se le colocó separador de yeso (Imagen 11) y se comenzó a realizar una placa base con acrílico fotopolimerizable (Imagen 12), se le quitaron excesos y se fotopolimerizó por 10 minutos (Imagen 13).



Imagen 11



Imagen 12



Imagen 13

A esta placa base se le colocaron rodillos de cera rosa para orientarlos a la altura de los dientes del paciente, se realizó con la ayuda de una platina de fox (Imagen 14), y cuando se obtuvo la altura adecuada se tomó el tono de dientes más

parecido al del paciente, posterior a esto, se mandó a laboratorio para la colocación de dientes y acrilizado.



Imagen 14. Orientación de rodillo

Una vez tenida la prótesis total inmediata se realizó la extracción múltiple y regularización de proceso, en la cual se anestesió al paciente con lidocaína y se comenzaron a extraer órganos dentarios de forma simple (O.D. 27, 26, 25, 24). De la pieza dental 23 a la pieza 14 se levantó colgajo total, no desplazado, Newmann (Imagen 15), una vez levantado el colgajo, se extrajeron los dientes 23, 22, 21, 11, 12, 13 y 14 (Imagen 16 y 17).



Imagen 15. Colgajo Newmann



Imagen 16. Extracción de dientes



Imagen 17. Órganos dentarios extraídos

Posteriormente se procedió a palpar el reborde dental para sentir los sitios con mayores irregularidades óseas y con la pieza de baja velocidad y una fresa quirúrgica 703L se realizó la osteoplastia (Imagen 18). Al término se lavó perfectamente con solución salina y se hizo sutura continua con sutura de seda 3-0 (Imagen 19). Al término de la cirugía se colocó la prótesis total inmediata y se ajustó con acondicionador de tejidos.



Imagen 18. Osteoplastia

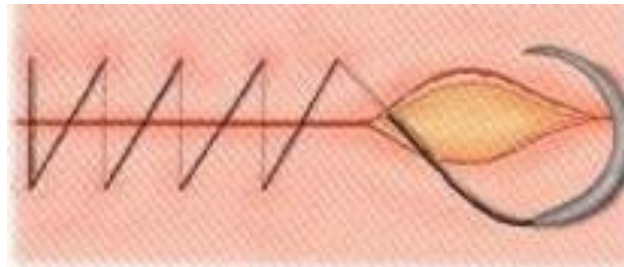


Imagen 19. Sutura continua

Durante la cirugía al extraer la pieza dentaria 22 se observó que unido al ápice estaba una lesión quística, la cual fue colocada en formol para realizarle un estudio patológico (Imagen 20 y 21).



Imagen 20. Órgano dentario con lesión



LABORATORIO DE HISTOPATOLOGÍA

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO B19-061

FECHA: 31-05-2019

PACIENTE: Gustavo Medardo Gómez Ceja EDAD: 53 años SEXO: Masculino

DIRECCIÓN: _____ CLÍNICA: LDC. Tepepán

SOLICITANTE: Montserrat Rodríguez Cerón EXP.: _____

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Se recibe espécimen fijado en formol, correspondiente a tejido mineralizado (resto radicular), con fragmento de tejido blando localizado en ápice de forma esferoidal, coloración blanco-amarillento con áreas marrones, que mide 7 x 3 x 5mm, de superficie lisa de consistencia blanda al corte. Se incluye tejido blando en cassette para su procesamiento y estudio histopatológico.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

En los fragmentos estudiados se identifica lesión quística de origen inflamatorio revestida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado de espesor variable, con procesos epiteliales arcoidales y áreas con abundante exocitosis de polimorfonucleares y espongiosis. Subepitelialmente se observa abundante infiltrado inflamatorio de predominio linfoplasmocitario; la cápsula quística se compone de tejido fibroconectivo maduro, densamente colagenizado, con moderados vasos sanguíneos de pequeño calibre con focos de infiltrado inflamatorio.

DIAGNÓSTICO: QUISTE PERIAPICAL

Dr. Adalberto A. Mosqueda Taylor

Nombre y firma del Patólogo

Dra. Paulina Fernández Dueñas

Nombre y firma del Patólogo

Imagen 21. Resultado de patología

Durante la recuperación de la cirugía se procedió a restaurar la arcada inferior, comenzando con el retiro de la corona metálica, del órgano dentario 45, se decidió retirar la corona debido a que se encontraba desajustada (Imagen 22 y 23). Se le realizaron pruebas de sensibilidad a las que respondió negativo, posteriormente se le hicieron pruebas de percusión y fresado.



Imagen 22. Corona desajustada



Imagen 23. Corona clínica

El diente fue diagnosticado con necrosis pulpar, y se procedió a realizar el tratamiento de conductos. Se aisló órgano dentario con dique de hule, se realizó acceso con fresa de bola de carburo, se tomó longitud con localizador de ápice y se comenzó a realizar trabajo biomecánico, iniciando con lima 15 y llegando hasta la lima 40, se utilizó la técnica de fuerzas balanceadas y se irriego con hipoclorito de sodio, posteriormente se obturo el conducto con gutapercha y cemento (Adseal), se tomó prueba de cono, prueba de penacho y prueba de terminado. Finalmente se reconstruyó con ionómero de vidrio de reconstrucción y se preparó para la colocación de la corona (Imagen 24 y 25).



Imagen 24 y 25. Trabajo biomecánico de la lima 15 a la 40

Se colocó hilo retractor del número 0 y 00, y se tomó impresión con silicón ligero y pesado en una sola intención. Para proteger el muñón se elaboró un diente provisional con acrílico autopolimerizable.

Antes de colocar la corona de forma definitiva, se realizó prueba de metal, prueba de porcelana y prueba final, para asegurar que la corona ajustara y sellara el diente.

A los órganos dentario 33, 32 y 44 se les realizaron pruebas de sensibilidad y percusión, a las cuales respondieron con normalidad, entonces para restaurar las piezas dentarias 33, 32, 31, 41, 42, 43 y 44 se anestesió y aisló con dique de hule, se eliminó lesión cariosa con pieza de alta velocidad y fresas de diamante y carburo, se lavó y secó, y se colocó en las piezas 33 y 44 un recubrimiento pulpar indirecto, posteriormente a todas las piezas se les puso acido grabador durante 15 segundos, pasado el tiempo se lavó y secó con algodón, y se procedió a poner el primer, el cual se le coloco aire para evaporar y se fotopolimerizó durante 5 segundos. Una vez preparada la cavidad, se procedió a poner la resina, respetando la anatomía del diente, posteriormente se fotopolimerizó durante 30 segundo y se revisó si había puntos de retención, para finalizar se pulió cada resina con un kit de pulido especial para resinas.

Una vez restaurados los órganos dentarios inferiores, y cicatrizado el proceso de la arcada superior (Imagen 26), se comenzó a elaborar la prótesis total superior y la prótesis removible inferior.



Imagen 26. Encía cicatrizada

El proceso comenzó con la toma de impresiones con alginato, tanto en la arcada superior como inferior. Para la elaboración de la prótesis total, se tomó el modelo y se le colocó separador de yeso, este se dejó secar. Al modelo se le colocó cera para crear un espacio en la cucharilla individual (Imagen 27).



Imagen 27. Colocación de cera al modelo

Mientras se secaba el separador de yeso, se realizó una bolita de acrílico autopolimizable (Imagen 28) y se colocó sobre una loseta de vidrio mojada con agua (Imagen 29), se le puso 4 monedas de un peso y se procedió a aplastar la bolita de acrílico con otra loseta de vidrio húmeda (Imagen 30). Se aplasto hasta donde las monedas lo permitieran (Imagen 31), posteriormente se despegó el acrílico de la loseta y se colocó sobre el modelo, quitando los excedentes. Se sostuvo el acrílico junto con el modelo para evitar que se deformara durante la polimerización (Imagen 32) y se le colocó una lengüeta en la parte anterior del acrílico para poder sostener la cucharilla (Imagen 33).



Imagen 28. Acrílico Imagen 29. Bolita de acrílico Imagen 30. Loseta preparada



Imagen 31. Colocación de otra loseta Imagen 32. Colocación de acrílico en modelo



Imagen 33. Retiró de excesos Imagen 34. Sostenerla Imagen 35. Lengüeta

Una vez polimerizada la cucharilla individual, se pulió y probó en el paciente. Se comenzó a rectificar bordes con modelina roja, la cual se calentaba con un mechero y se depositaba en los márgenes de la cucharilla individual, se tibiaba con agua para evitar quemaduras en la cavidad oral y se colocaba en el paciente, realizando gesticulaciones para generar un mejor sellado (Imagen 36, 37 y 38).



Imagen 36. Modelina caliente y colocación



Imagen 37. Colocación de cucharilla



Imagen 38. Bordes rectificandos

Quando se tuvo la rectificación de bordes completa, se tomó impresión con hules de polisufuro, esta debía estar perfectamente mezclada hasta generar un color homogéneo (Imagen 39) y era colocada en la cucharilla individual, esta se llevaba a la boca y se mantenía ahí durante 8 minutos (Imagen 40).



Imagen 39. Mezcla homogénea Imagen

40. Colocación en paciente

Una vez obtenida la impresión, se corrió con yeso tipo IV (Imagen 41 y 42).

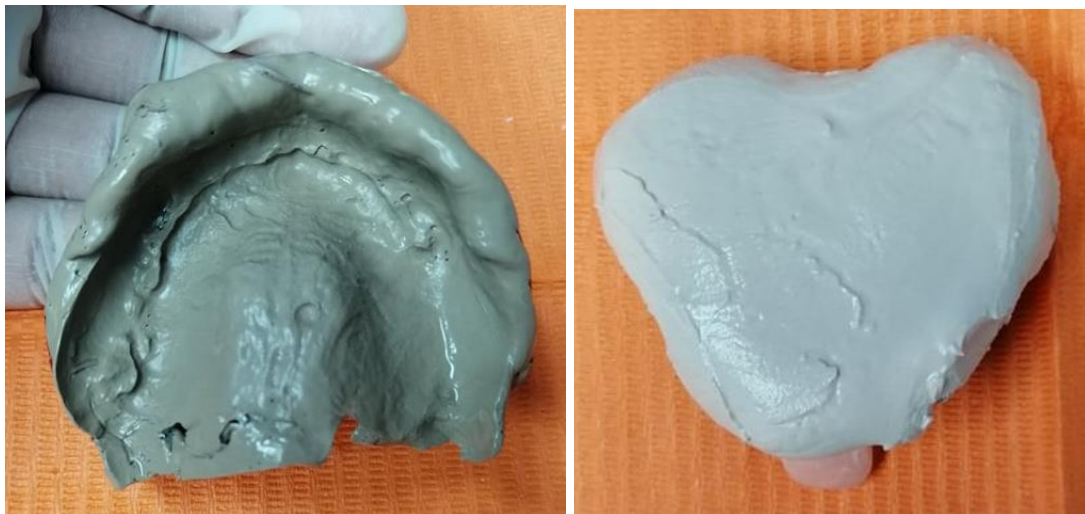


Imagen 41 y 42. Impresión con hules de polisulfuró y vaciado de yeso

Al modelo obtenido es llamado “modelo fisiológico” (Imagen 43), a este se le colocó separador de yeso y se le espolvoreo acrílico autopolimerizable y se hidrato con monómero, para realizar una placa base. A esta placa base se le eliminaron los excesos con pieza de baja velocidad y un fresón de tungsteno, y sobre esta se le colocaron rodillos de cera rosa, los cuales tenían medidas (Imagen 44).

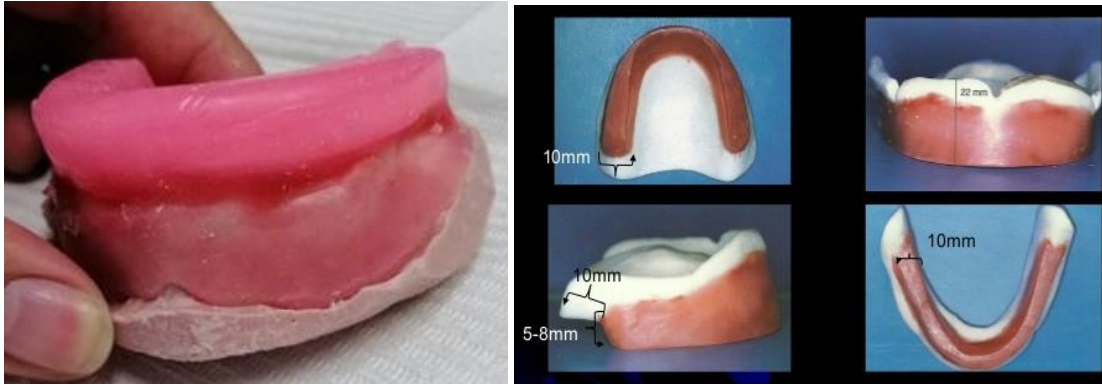


Imagen 43. Rodillo de cera

Imagen 44. Medidas de rodillo

Durante la realización de todas las pruebas se hizo el diseño de la prótesis removible inferior y se mandó a elaborar al laboratorio. Una vez obtenido el metal, se probó para ver que ajustara bien y se le colocaron rodillos de cera rosa con estándares de medida.

Al tener las dos prótesis con rodillos de cera, se comenzó a realizar la orientación de rodillos. Se inició con el rodillo superior, con el apoyo de una platina de fox y un abatelenguas, el rodillo debía estar alineado con la línea de camper (Del ala de la nariz al tragus) y la línea bipupilar (Imagen 45).

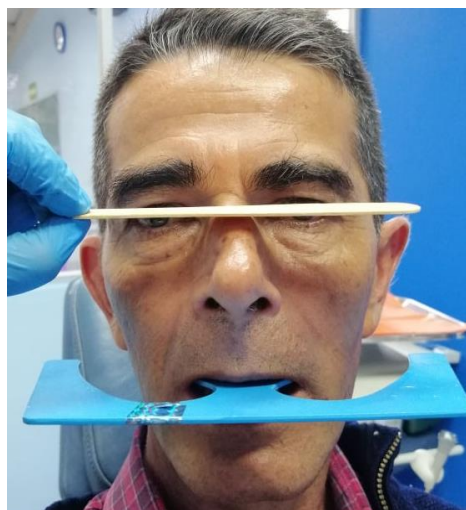


Imagen 45. Platina de fox alineada con línea bipupilar

Ya obtenida la orientación del rodillo superior se procedió a orientar el inferior, rebajando hasta que el rodillo superior entrara en oclusión con la dentición inferior (Imagen 46).



Imagen 46. Orientación de rodillo

A la cera superior se le marcaron: línea media, línea de caninos (tomando en cuenta el ala de la nariz y el canto interno del ojo), y línea de la sonrisa (Imagen 47).



Imagen 47. Marcado de líneas

Para obtener la relación de mordida, entre los dos rodillos se hace una llave, la cual consiste en retirar cera con alguna forma (triángulo o cuadrado) y esta es rellenada con modelina (Imagen 48 y 49), y deben ser desalojadas de la boca sin separarlas (Imagen 50). Al paciente se le toma el color de dientes y se elige una forma de dientes en base a la cara y se manda a laboratorio con la información para la colocación de dientes.



Imagen 48. Llave en forma de triángulo



Imagen 49. Rellenado con modelina

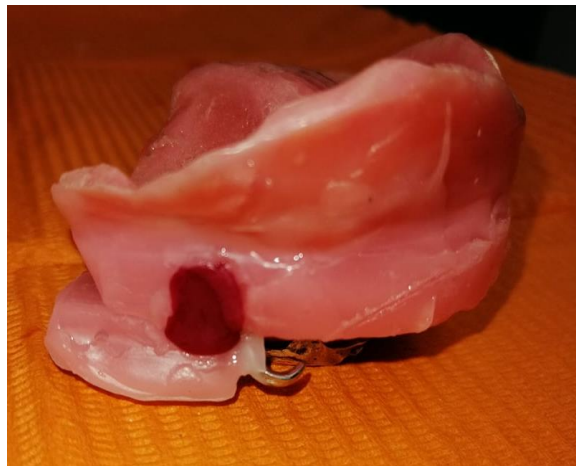


Imagen 50. Prótesis desalojadas juntas

Se toma la prueba de dientes en cera y se revisa que todos los dientes ocluyan, que el tono de dientes sea el correcto, que el paciente pueda hacer pruebas de fonética y que la forma de los dientes sea la correcta (Imagen 51). Se mandan de nuevo a laboratorio para acrilizar.



Imagen 51. Prueba de dientes en cera

Al tener las prótesis acrilizadas se probaron y se rebajaron con pieza de alta y fresón de tungsteno las zonas donde pudiera lastimar. Posteriormente se le dieron indicaciones de higiene para sus prótesis y así se pudo dar de alta al paciente.

Fotografias finales:



Imagen 52. Arcada superior



Imagen 53. Arcada inferior



Imagen 54. Perfil derecho



Imagen 55. Perfil izquierdo



Imagen 56. Frente



Imagen 57. Sonrisa de paciente

Discusión

Antes del proceso de rehabilitación se hicieron pruebas de diagnóstico que nos ayudaron crear un plan de tratamiento el cual se fue haciendo por etapas, integrando todos y cada uno de los órganos dentarios, en el artículo publicado por Cesar Lamas Lara en la Revista de Odontología Sanmarquina explica que realizó un diagnóstico de cada órgano dentario y posterior a esto se creó un plan de tratamiento, incluyendo desde la corrección de la técnica de cepillado y el uso de hilo dental, posterior a esto fue tratando todo por fases, desde lo más simple a lo más complejo, en su reporte también recurrió a cirugía periodontal para mejorar sus restauraciones. En este trabajo al igual que Lamas, se comenzó por la prevención, y aquí, posterior a la prevención, comenzamos con el tratado de la arcada superior que requería de cirugía periodontal, esto para dar un adecuado tiempo de cicatrización, y durante este tiempo se pudiera ir tratando la arcada inferior que requería de corona, tratamiento de conductor, operatoria y la extracción de un resto radicular.

En ambos trabajos se trataron por fases, en diferente orden, sin embargo, los dos llegaron a un tratamiento integral exitoso, cumpliendo con las necesidades de cada uno de los pacientes y dándoles restauraciones estéticas y funcionales.

Conclusión

Durante el proceso de restauración del paciente se fueron realizando más pruebas de las que ya se tenían consideradas, como un tratamiento de conductos posterior a la remoción de una corona desajustada, sin embargo, es indispensable incluir estos datos en el diagnóstico para un mejor plan de tratamiento, así como el uso de aditamentos que nos ayuden a llegar a un mejor diagnóstico, como las radiografías, tanto intraorales, como extraorales, pruebas de sensibilidad, el sondeo de los órganos dentarios, la realización de índices de placa para monitorear la técnica de cepillado y por supuesto la elaboración de una historia clínica completa. A veces dejamos pasar desapercibidas algunas pruebas que creemos no tan necesarias para nuestros tratamientos, sin embargo, considero que hacerlas, como articular al paciente, realizarle controles de placa, hacer énfasis en su técnica de cepillado, hace la diferencia en el éxito de nuestros tratamientos.

Entonces esta es la manera correcta como debemos llevar a cabo todos los tratamientos de nuestros pacientes, no solo ver un tratamiento individual, si no debemos actuar pensando en un tratamiento integral, para obtener resultados eficientes y duraderos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lamas Lara C. et al. Rehabilitación integral en odontología. *Odontología Sanmarquina* 2012; Vol. 15: 31-34.
2. Mendoza Rivera S, Ríos Szalay E, Treviño Santos A, Olivares Tapia S. Rehabilitación protésica multidisciplinaria: reporte de un caso clínico. *Revista Odontológica Mexicana* 2012; Vol. 16, Núm. 2: 112-122.
3. Resendiz Melgar H. Bernal Arcienega R. Delas prótesis inmediatas, a las sobredentaduras: Reporte de un caso clínico. *Revista odontológica mexicana* 2014: Vol. 18, Núm. 4.
4. Llanquichoque Hilario R. Técnica de confección de prótesis totales. *Revista odontológica mexicana* 2012: Vol 24.
5. Dosantos D. M. et al. Estetica en protesis removible. *Revista cubana de estomatología* 2010: Vol. 47, No. 2

CAPÍTULO III ANTECEDENTES

ZONA DE INFLUENCIA

Delegación Xochimilco

Etimológicamente, Xochimilco (Xóchitl, es la raíz de la palabra náhuatl flor. Mil, es la raíz de la palabra náhuatl “terreno fértil”, también llamado sementera. Co es la terminación para especificar un lugar o sitio).

La localidad de Tepepan está situada en la Delegación Xochimilco (Distrito Federal); colinda al Norte con las delegaciones Coyoacán, Tlalpan e Iztapalapa; al Oriente, con Tláhuac; al Poniente, con Tlalpan; y al Sureste con Milpa Alta. Tiene una superficie de 125.2 kilómetros cuadrados, que la ubican como la tercera delegación más grande (en territorio) de la ciudad de México.³



Historia

Hasta consumarse la Independencia en 1821, Xochimilco estuvo participando activamente para lograr el triunfo contra el ejército realista y el gobierno colonial.

Años más tarde durante el Porfiriato se construyó el acueducto que entubó los manantiales de Xochimilco para abastecer de agua a la Ciudad de México que carecía del suministro suficiente.

El 4 de diciembre de 1914 se reunieron Francisco Villa y Emiliano Zapata, quienes firmaron el “Pacto de Xochimilco”. En 1929, Xochimilco fue considerada una de las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal.³

Xochimilco se ha caracterizado por la preservación de sus orígenes prehispánicos, arte y arquitectura colonial, así como la producción en las chinampas de hortalizas, plantas de ornato y flores de diversas especies. Estas son algunas razones por la que el 11 de diciembre de 1987, Xochimilco fue declarado Patrimonio Cultural de la Humanidad por la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).³

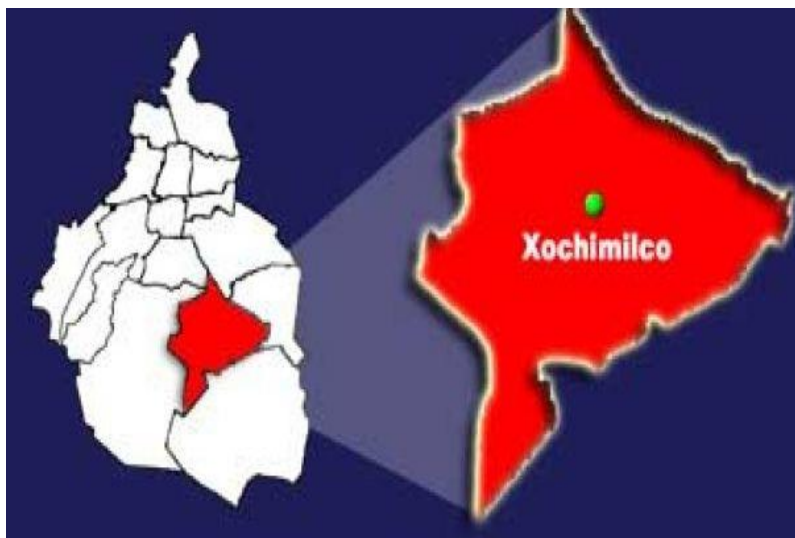
Ubicación Geográfica

La delegación Xochimilco se encuentra situada al sureste del Distrito Federal entre las siguientes coordenadas: 19°15' de latitud norte y 99°06' de longitud oeste; con una altitud de 2,240 m.s.n.m., tomando como punto de referencia el antiguo Edificio Delegacional.³

Colindancias

Al norte con las delegaciones Tlalpan, Coyoacán, Iztapalapa y Tláhuac; Al sur con las delegaciones Milpa Alta y Tlalpan; Al oeste con la delegación Tlalpan; Al este con las delegaciones Tláhuac y Milpa Alta.

La delegación cuenta con una extensión territorial de 12,517.8 hectáreas de las cuales el 20% es suelo urbano y el 80% corresponde a suelo de conservación.³



Clima

Xochimilco tiene un clima templado húmedo. La temporada de lluvias se presenta en la época de verano, principalmente en los meses de mayo a octubre, con una cantidad de 700 mm anuales y una temperatura media al año de 16.2°C, con temperaturas máximas de 31°C.³

Organización Política

Xochimilco cuenta con;

14 Pueblos

- Ø San Andrés Ahuayucan
- Ø San Francisco Tlanepantla
- Ø San Gregorio Atlapulco
- Ø San Lorenzo Atemoaya
- Ø San Lucas Xochimanca
- Ø Santiago Tulyehualco
- Ø San Luis Tlaxialtemalco
- Ø San Mateo Xalpa
- Ø Santa Cecilia Tepetlapa
- Ø Santa Cruz Acalpixca
- Ø Santa Cruz Xochitepec
- Ø Santa María Nativitas
- Ø Santa María Tepepan
- Ø Santiago Tepalcatlalpan

17 Barrios

- Ø Belem
- Ø San Francisco Caltongo
- Ø El Rosario
- Ø Sta. Crucita
- Ø La Santísima Trinidad Chililico
- Ø La Asunción
- Ø La concepción
- Ø La Guadalupe
- Ø San Antonio
- Ø San Cristóbal

- Ø San Diego
- Ø San Juan
- Ø San Lorenzo
- Ø San Marcos
- Ø San Pedro
- Ø Xaltocan
- Ø La Huichapa

Aspectos Demográficos

Población total

La delegación Xochimilco cuenta con una población total de 415,933 habitantes.¹

013 Xochimilco

Composición por edad y sexo

Población total*

415 933 Representa el 4.7% de la población de la entidad.

Relación hombres-mujeres

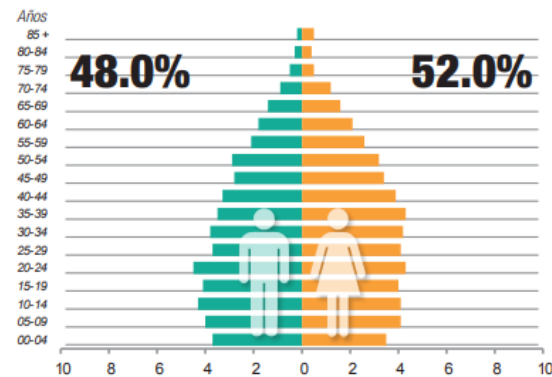
92.2 Existen 92 hombres por cada 100 mujeres.

Edad mediana

30 La mitad de la población tiene 30 años o menos.

Razón de dependencia por edad

45.4 Existen 45 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.



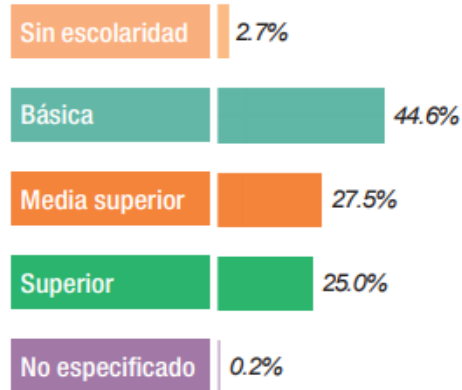
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082178.pdf

La alcaldía Xochimilco cuenta con 415,933 habitantes, de los cuales el 48.0% son hombres y el 52.0% son mujeres, dando como resultado de por cada 100 mujeres, hay 92 hombres.

Nivel de educación

Características educativas

Población de 15 años y más según nivel de escolaridad



http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082178.pdf

En la alcaldía Xochimilco la mayoría de personas estudian hasta el nivel básico, que son el 44.6%, sin embargo, aún hay un 2,7% que no tiene ningún nivel de estudios.

POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS CON EDUCACIÓN BÁSICA INCOMPLETA, 2010	
Xometitla (Tlalitenco)	143
Ampliación Chalmita	120
Tipipili	110
Tepexomulco	97
Tlalatlaco	84
Barrio San Antonio (Cruz Monte)	70
Tlatzala (Cuayuca)	69
Barrio Nochicala	61
Tecacalango	56
Paraje Zacapa	54
Paraje Izotitla	51
Tizilingo	49
Pepelaxtla	46
Temamatla	46
Xochimilco	83,938

Fuente: INEGI Y CONEVAL

Ocupación

La población económicamente activa suma 179,625 habitantes, de los cuales el 60.0 % son hombres y el 40.0 % son mujeres.³

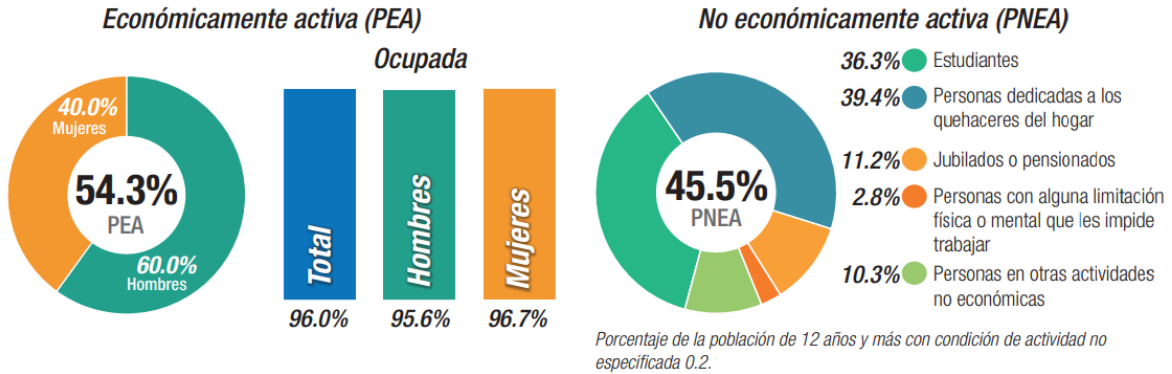
En Xochimilco, 4.371 personas desarrollan sus actividades en el sector primario, lo que equivale al 3.16 % de la población total de la demarcación, y al 0.59 % de la población total del Distrito Federal (INEGI, 2010). Dentro de las actividades del sector primario presentes en la delegación se tienen la agricultura, la explotación forestal, la ganadería, la minería y la pesca. De acuerdo con datos de la SAGARPA, las actividades agrícolas principales son: la siembra y cosecha de avena, alfalfa, chile verde, frijol y maíz.³

El sector secundario se compone de las actividades realizadas en construcción, industria manufacturera, electricidad, gas y agua, entre otros. De la población total de Xochimilco, 30,153 personas se emplean en este sector, lo que representa un 21.55 % del total de la población en la delegación y un 21.86 % de la población total en el Distrito Federal. De acuerdo a los Censos Económicos de INEGI (2009), se tiene que el personal ocupado dependiente de la razón social asciende a 9,204, lo que corresponde al 2.7 % respecto al Distrito Federal.

El sector terciario se compone de todos aquellos servicios que entran en la categoría de comercio, servicios y transportes. En Xochimilco, 105,418 personas se dedican a este giro, representando el 75.3 % de su población y el 77.55 % de la población en el Distrito Federal.³



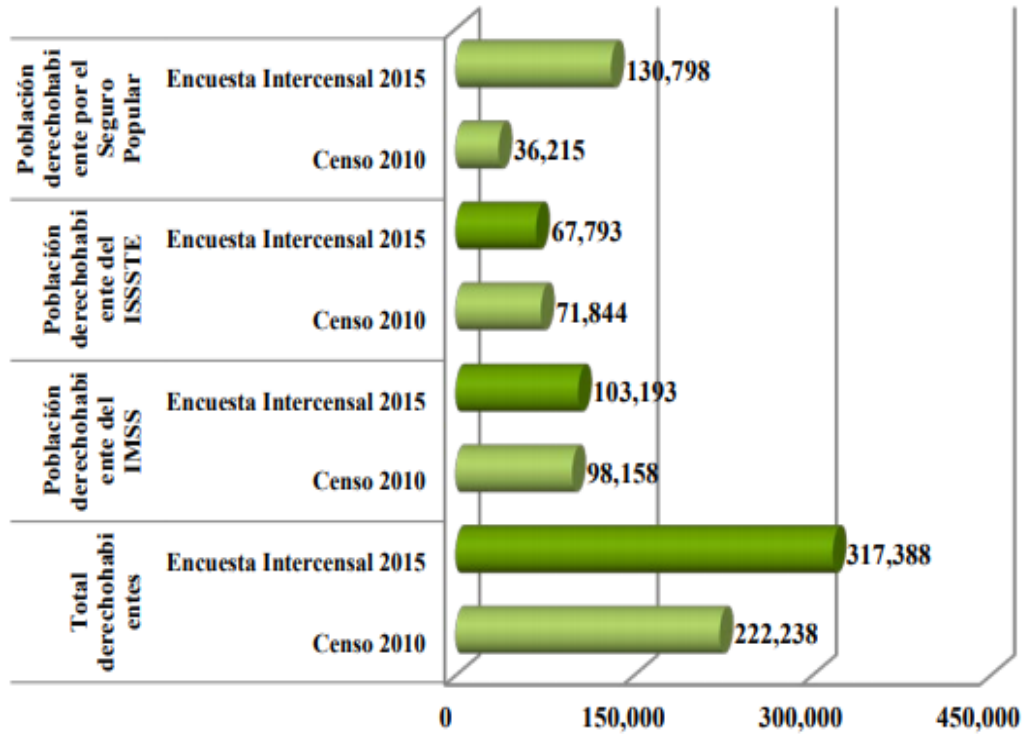
Población de 12 años y más



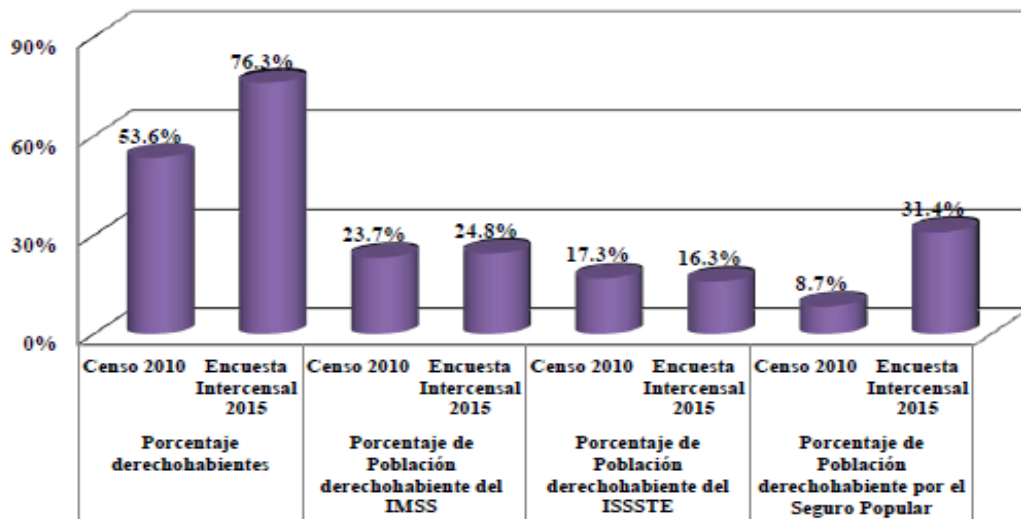
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082178.pdf

Servicios de salud

En cuanto al acceso a servicios de salud, el 76.3% de la población de la Delegación posee algún tipo de servicio de salud, es decir, 317 mil 388 habitantes, lo cual refleja un incremento de 22.7 puntos porcentuales entre el Censo 2010 y la Encuesta Intercensal 2015. El Seguro Popular es la institución que aglutina la mayor cantidad de derechohabientes con un total de 130 mil 798, seguido del IMSS con 103 mil 193 derechohabientes y, finalmente, el ISSSTE que reporta 67 mil 793 personas. Se observa en la Gráfica 32 que el porcentaje de derechohabientes del IMSS aumentó 1.1%; el porcentaje de derechohabientes del ISSSTE disminuyó 1.0%; mientras que el crecimiento más significativo lo tuvo el Seguro Popular pasando del 8.7% a 31.4%.²



Fuente: Consejo de Evaluación del Desarrollo Social (2016), con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.



Fuente: Consejo de Evaluación del Desarrollo Social (2016), con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía

La alcaldía Xochimilco cuenta con los siguientes servicios de salud:

Hospital Materno Pediátrico Xochimilco

Prolongación 16 de Septiembre, Esq. Calzada Nativitas S/N,
Col. Barrio Xaltocan.
Xochimilco, C.P. 16090 Distrito Federal

- Anestesiología.
- Gineco-Obstetricia.
- Neonatología.
- Oftalmología.
- Pediatría.
- Quemados
- Terapia intensiva
- Urgencias obstétricas
- Urgencias pediátricas
- Laboratorio
- Psicología.
- Rayos x
- Tamiz auditivo y metabólico
- Dermatología
- Inhaloterapia.

Sanatorio Médico Santa María Tepepan.

Camino Real Al Ajusco 514, Amp Tepepan, Xochimilco, 16020 Ciudad de México, CDMX

Servicios.

- Angiología
- Cirugía general
- Cardiología
- Ginecología
- Medicina interna
- Neurología
- Oftalmología
- Pediatría
- Psicología y tanatología
- Traumatología y
- Ortopedia
- Ginecólogo, colposcopia
- Anestesiología

- Cirugía estética
- Dermatología
- Gastroenterología
- Medicina general
- Neumología
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría
- Terapia física
- Rehabilitación
- Urología
- Hepatología

Clinica de Medicina Familiar Xochimilco ISSSTE

Gladiolas No.158 Col. Barrio de San Pedro Xochimilco, Ciudad de México, Xochimilco.
C.P. 16090

- Psicología
- Rayos X
- Ginecología
- Medicina General
- Nutrición
- Dermatología
- Laboratorio
- Cardiología
- Pediatría
- Tanatología

Clínica Hospital Xaltocan

Av. Cuauhtémoc, Xaltocan, Xochimilco, 16090 Ciudad de México, CDMX

Servicios.

- Cardiología
- Psicología
- Pediatría
- Oncología médica
- Obesidad y delgadez
- Neumología
- Medicina general
- Medicina estética
- Ginecología y obstetricia
- Cirugía general

- Urología

Centro de Salud San Gregorio Atlapulco.

Gustavo Díaz Ordaz s/n, San Juan Moyotepec, Xochimilco, 16600 Ciudad de México, CDMX

Laboratorio de análisis clínicos, Rayos X, archivo, auditorio, área de trabajo social, inmunizaciones, consultorios y atención especializada a pacientes con obesidad y enfermedades crónico-degenerativas, además su diseño incluye tecnología sustentable como captación de agua pluvial.

Centro Salud Nativitas.

16090, Nueva Carretera Xochimilco-tulyehualco 12, Xaltocan, Xochimilco, Ciudad de México, CDMX

ESPECIALIDADES

- Consulta General
- Consulta Externa Cirugía General
- Ginecología Y Obstetricia
- Pediatría
- Trabajo Social
- Quirófano
- Ultrasonido, Rx
- Nutrición
- Hospitalización
- Urgencias

Clínica de Medicina Familiar Xochimilco ISSSTE

Gladiolas No.158 Col. Barrio de San Pedro Xochimilco, Ciudad de México, Xochimilco. C.P. 16090

- Psicología
- Rayos X
- Ginecología
- Medicina General
- Nutrición
- Dermatología
- Laboratorio
- Cardiología
- Pediatría
- Tanatología

Servicios Públicos

Vialidad

Debido a su tardía incorporación a la zona urbana, así como a sus particulares características topográficas, la delegación posee una complicada red de vialidades. En el norte, el límite con Tlalpan es señalado por el Anillo Periférico de la ciudad de México, que se prolonga hasta el Canal de Chalco en el límite con Iztapalapa. Las principales vías de acceso a la delegación la constituyen la avenida División del Norte y la calzada México-Xochimilco. La primera de ellas comienza en el centro de la ciudad, y sigue hacia el sureste hasta el puente de Vaqueritos -que antes de la construcción del segundo nivel del Periférico era el puente vehicular más largo de la ciudad con 1,1 kilómetros de longitud. De ahí, se interna en territorio xochimilquense hasta la cabecera delegacional, de donde sigue con diversas ramificaciones hacia los pueblos de Tulyehualco, en el oriente, o rumbo a Oaxtepec, en el estado de Morelos, pasando por Milpa Alta. Por otra parte, la calzada México-Xochimilco comienza en Huipulco, cerca del estadio Azteca, y se interna en la delegación Xochimilco por Santa María Tepepan. También llega hasta la cabecera delegacional, aunque algunas de sus ramificaciones hacia el sur atraviesan los pueblos de Tepalcatlalpan y Xochimanca. Desde 2006 se ha retomado la construcción del Eje Troncal Metropolitano, que comunicará a Xochimilco con Atzacolco, en el norte del Distrito Federal. Como parte del proyecto se han construido varios puentes vehiculares que han convertido al Eje 3 Oriente en una vía rápida, pero ninguna de estas obras se ha realizado en Xochimilco.³

Electricidad

En la Delegación Xochimilco hay una cobertura del 90 % de este servicio en el área urbana y del 86 % en los poblados rurales ya consolidados, careciendo del servicio los asentamientos ubicados en suelo de conservación y en el área de Programas Parciales de la zona sur; esto debido a la irregularidad de los mismos y por la dispersión de los asentamientos que hace incosteable introducir el servicio. La eficiencia del servicio baja la capacidad a un 50 % del área con cobertura apenas buena. El alumbrado público

cubre las zonas urbanas de los barrios y pueblos, pero no todos los asentamientos ubicados en suelo de conservación que sólo en algunos casos cuentan con electrificación como ocurre en la parte alta de Tulyehualco, San Luis Tlaxialtemalco y Santiago Tepalcatlalpan.⁵

Transporte

El transporte entre Xochimilco y el resto de la ciudad de México es principalmente por medio de autobuses. Estos pertenecen a numerosas rutas concesionadas a particulares o a la empresa paraestatal conocida como Sistema de Transporte Público, dependiente del Gobierno del Distrito Federal. Las principales rutas de autobuses urbanos comunican la cabecera delegacional con el Centro Histórico de la ciudad de México, a través de la calzada de Tlalpan; o bien, a Xochimilco con los pueblos de la sierra y Milpa Alta. Además con varias estaciones del Tren ligero. Se trata de una línea de tranvías dependiente de la paraestatal Sistema de Transportes Eléctricos de la ciudad de México (STE).³

Drenaje

Uno de los rezagos más importantes de infraestructura básica en Xochimilco es la deficiente e insuficiente red de drenaje sanitario y pluvial, ya que en suelo urbano el 26 % de las viviendas carecen de conexión a la red pública de drenaje y el 7.8 % del total de viviendas no tienen ningún sistema de desalojo. En suelo de conservación se carece de drenaje y respecto al número de descargas sanitarias existentes se estiman más de 21 mil descargas sin control, las cuáles arrojan desechos líquidos a las barrancas o las chinampas, convirtiéndose en grandes focos de infección y contaminación ambiental. La red primaria está constituida por tuberías con una longitud total de 72.1 km. Por otro lado la red secundaria tiene una longitud de 458.7 km.³

Agua potable

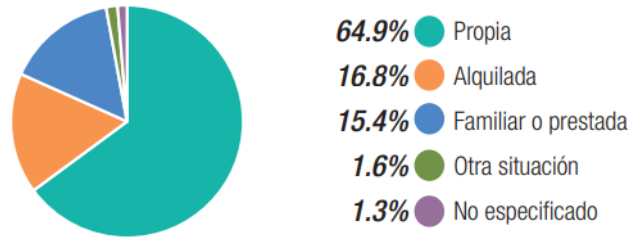
Xochimilco es una delegación abastecedora de agua potable para el Distrito Federal, por lo que cuenta con una importante red de captación de agua potable que la extrae de los mantos acuíferos de su territorio. La Delegación Xochimilco tiene una cobertura del 95 % de agua potable, que abarca prácticamente la mayoría del suelo urbano delegacional, de este el 90.2 % se realiza a través de toma domiciliaria y 4.5 % se abastece por medio de pipas que llevan a los asentamientos y colonias de los poblados rurales. Para cubrir las necesidades de esta población se recurre al reparto de agua en tanques móviles y carros cisterna, los cuales permiten atender a 2,380 familias.³

Vivienda

El número de hogares en la demarcación asciende a 102,778, de los cuales el 95 % tiene piso de cemento en sus viviendas y el 2.3 % lo tiene de tierra. El 9 % de las viviendas sólo tiene un cuarto en el que prácticamente desarrollan sus actividades diarias, como cocinar, bañarse, dormir, entre otras actividades; en contraste, el 73 % de las viviendas posee tres o más cuartos (Figura 4.8). El promedio de ocupantes por vivienda es de 4.⁵

Tipo de vivienda

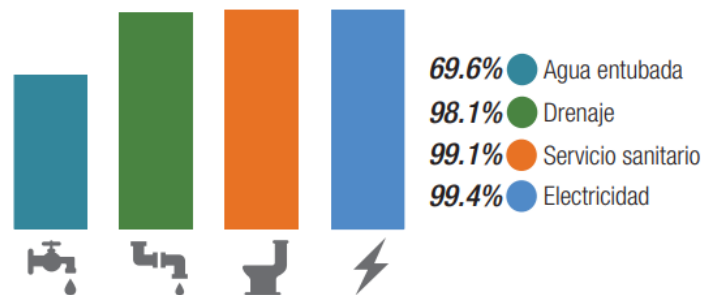
Tenencia de la vivienda



http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082178.pdf

Servicios que las conforman

Disponibilidad de servicios en la vivienda



http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082178.pdf

VIVIENDAS QUE NO DISPONEN DE AGUA ENTUBADA DE LA RED PÚBLICA, 2010		VIVIENDAS QUE NO DISPONEN DE DRENAJE, 2010	
Xometitla (Tlalitenco)	104	Ampliación Chalmita	23
Ampliación Chalmita	78	Tipipili	17
Tlalatlaco	65	Barrio Nochicala	16
Tepexomulco	52	Tizilingo	12
Barrio San Antonio (Cruz Monte)	49	Barrio San Antonio (Cruz Monte)	11
Tipipili	49	Paraje Izotitla	8
Barrio Nochicala	46	Apatlaco	7
Tecacalango	42	Tlatzala (Cuayuca)	6
Tlatzala (Cuayuca)	40	San Juan Diego (Matlacuapa)	6
Paraje Tochuca (San Salvador)	39	Paraje Lila (El Ladrillo)	5
Paraje Zacapa	37	Tlachiultepec de	
Paraje Izotitla	36	Ahuayucan (Las Malvinas)	5
Tlachiultepec de		Rancho los Cedros	5
Ahuayucan (Las Malvinas)	35	Avenida de las Torres	5
Tecoexcontitla	34	Xometitla (Tlalitenco)	5
Xochimilco	9,665	Xochimilco	1,450

Fuente: INEGI Y CONEVAL

VIVIENDAS QUE NO DISPONEN DE ENERGÍA ELÉCTRICA, 2010		VIVIENDAS QUE NO DISPONEN DE EXCUSADO O SANITARIO, 2010	
Ampliación Chalmita	24	Ampliación Chalmita	8
Ninguno	20	Paraje Tochuca (San Salvador)	5
Camino Real a San Pedro	8	Barrio San Antonio (Cruz Monte)	4
Tipipili	7	Tipipili	4
Tlalatlaco	6	Nauhtepan (Tepantiagua)	4
Tepepula	4	Tizilingo	4
Paraje Izotitla	3	Tepexomulco	3
Cerro Cuatzi	3	Tlalatlaco	3
Rancho Francisco Villa (Tepejoyuca)	3	Tecoexcontitla	3
Xometitla (Tlalitenco)	3	Tlachiultepec de	
Tlaltepctla	2	Ahuayucan (Las Malvinas)	2
Ocotitla Tepachuxiac	2	Tecacalango	2
Tixculco	2	Rancho el Cedro	2
Oluca Dos Parajes	2	Paraje Zacapa	2
		Cerro Tepeclite	2
Xochimilco	264	Xochimilco	1,182

Fuente: INEGI Y CONEVAL

Número de habitantes por casa y cuarto



http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082178.pdf

El número de viviendas en la alcaldía Xochimilco es de 107,270, que representan el 4.1 del total de la entidad, de estos, el 95% tienen piso de cemento en sus viviendas y el 2.3% tiene piso de tierra. El 9% tiene un cuarto en el que desarrollan todas sus actividades. Y el promedio de habitantes por vivienda es de 3.9, mientras que por cuarto es de 0.9.

Morbilidad

La calidad de vida de las personas de la alcaldía Xochimilco se refleja en aspectos de altos índices de enfermedades, muerte prematura y discapacidades.

Las principales afecciones son:

- Enfermedades respiratorias agudas
- Infecciones intestinales
- Traumatismo
- Envejecimiento
- Hipertensión arterial
- Diabetes

Los problemas de salud que provocan un mayor número de muertes son:

- Enfermedades del corazón
- Tumores
- Diabetes
- Accidentes

De acuerdo con los datos del INEGI del año 2010 en la Ciudad de México las mujeres hacen mayor uso de sistemas de salud (52.7 %) que los hombres (47.3%).

Dentro de los primeros lugares en morbilidad en la población de la delegación Xochimilco se observa la presencia mayoritaria de enfermedades crónico-degenerativas y sus consecuencias como predominantes en este rubro, tales como las enfermedades del corazón, Diabetes Mellitus, enfermedades hepáticas y las cerebrovasculares entre otras.⁴

Mortalidad

Principales causas de mortalidad general Xochimilco 2015

No. de orden	C a u s a	Defunciones	Tasa ^{1/}
	Total	2,315	555.0
1	Enfermedades del corazón <i>-Enfermedades isquémicas del corazón</i>	590 451	141.4 108.1
2	Diabetes mellitus	399	95.7
3	Tumores malignos	298	71.4
4	Enfermedades del Hígado <i>-Enfermedad alcohólica del hígado</i>	121 58	29.0 13.9
5	Enfermedades cerebrovasculares	119	28.5
6	Influenza y Neumonía	72	17.3
7	Accidentes <i>-De tráfico de vehículos de motor</i>	70 32	16.8 7.7
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	49	11.7
9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal <i>-Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal</i>	43 16	10.3 3.8
10	Agresiones (homicidios)	40	9.6
11	Insuficiencia renal	39	9.3
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	29	7.0
13	Enfermedades infecciosas intestinales	18	4.3
14	Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas	14	3.4
15	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	13	3.1
16	Septicemia	11	2.6
17	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	9	2.2
18	Anemias	9	2.2
19	Íleo parálitico y obstrucción intestinal sin hernia	9	2.2
20	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	9	2.2
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	6	1.4
	Las demás causas	348	83.4

1/ Tasa por 100,000 habitantes de la delegación, en base a las Proyecciones de la Población de México, 2010-2050, CONAPO, 2013.
Fuente: INEGI/SEDESA (Dirección de Información en Salud), con base en las defunciones 2015.

Principales causas de mortalidad general en hombres Xochimilco 2015

No. de orden	C a u s a	Defunciones	Tasa ^{1/}
	Total	1,207	586.9
1	Enfermedades del corazón	287	139.5
	<i>-Enfermedades isquémicas del corazón</i>	228	110.9
2	Diabetes mellitus	202	98.2
3	Tumores malignos	134	65.2
4	Enfermedades del Hígado	88	42.8
	<i>-Enfermedad alcohólica del hígado</i>	51	24.8
5	Enfermedades cerebrovasculares	64	31.1
6	Accidentes	51	24.8
	<i>-De tráfico de vehículos de motor</i>	23	11.2
7	Agresiones (homicidios)	36	17.5
8	Influenza y Neumonía	35	17.0
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	23	11.2
10	Insuficiencia renal	22	10.7
11	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	21	10.2
12	Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas	13	6.3
13	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	13	6.3
14	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	11	5.3
15	Septicemia	8	3.9
16	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	8	3.9
17	Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	6	2.9
18	Enfermedades infecciosas intestinales	5	2.4
19	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	5	2.4
20	Obesidad	4	1.9
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3	1.5
	Las demás causas	168	81.7

^{1/} Tasa por 100,000 hombres de la delegación, en base a las Proyecciones de la Población de México, 2010-2050, CONAPO, 2013.

Fuente: INEGI/SEDESA (Dirección de Información en Salud), con base en las defunciones 2015.

**Principales causas de mortalidad general en mujeres
Xochimilco
2015**

No. de orden	C a u s a	Defunciones	Tasa ^{1/}
	Total	1,106	523.0
1	Enfermedades del corazón <i>-Enfermedades isquémicas del corazón</i>	303 223	143.3 105.5
2	Diabetes mellitus	197	93.2
3	Tumores malignos	164	77.6
4	Enfermedades cerebrovasculares	55	26.0
5	Influenza y Neumonía	37	17.5
6	Enfermedades del Hígado	33	15.6
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	26	12.3
8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal <i>-Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal</i>	22 7	10.4 3.3
9	Accidentes <i>-De tráfico de vehículos de motor</i>	19 9	9.0 4.3
10	Insuficiencia renal	17	8.0
11	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	14	6.6
12	Enfermedades infecciosas intestinales	13	6.1
13	Embarazo, parto y puerperio	8	3.8
14	Anemias	6	2.8
15	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	6	2.8
16	Enfermedad de Parkinson	5	2.4
17	Colelitiasis y colecistitis	5	2.4
18	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo	5	2.4
19	Enfermedades renales tubulointersticiales	5	2.4
20	Enfermedades de la glándula tiroides	4	1.9
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3	1.4
	Las demás causas	159	75.2

^{1/} Tasa por 100,000 mujeres de la delegación, en base a las Proyecciones de la Población de México, 2010-2050, CONAPO, 2013.
Fuente: INEGI/SEDESA (Dirección de Información en Salud), con base en las defunciones 2015.

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

De acuerdo al censo de población y vivienda, la alcaldía Xochimilco cuenta con una población total de 415,933 habitantes, de los cuales, su mayoría son mujeres, superando la cifra de habitantes hombres en un 4%, y dando como resultado que de cada 100 mujeres, hay 92 hombres.

En cuanto a la educación, la mayoría de la población (44.6%) cuenta con un nivel básico de estudios, es decir, secundaria concluida, y solo el 2.7% de la población no cuenta con ningún tipo de estudios. Sin embargo, la Población Económicamente Activa (PEA) abarca un 54.3% de los habitantes, de este porcentaje, el 32.5% son mujeres y el 21.7% son hombres. Por otro lado la Población No Económicamente Activa (PNEA) representa el 45.5%, y este porcentaje se trata de estudiantes, personas jubiladas o pensionadas, dedicadas al hogar, y personas con alguna limitación física o mental.

Si hablamos del sector de salud el 76.3% de los habitantes de la delegación tienen acceso a algún tipo de servicio de salud. La institución que tiene un mayor número de derechohabientes es el Seguro Popular con 130 mil 798, le sigue el IMSS con 103 mil 193 derechohabientes, y por último se encuentra el ISSSTE con 67 mil 793 derechohabientes.

De acuerdo con los datos dados por el INEGI las mujeres hacen mayor uso de sistemas de salud (52.7 %) que los hombres (47.3%), y dentro de los primeros lugares en morbilidad en la población de la delegación Xochimilco se observa la presencia mayoritaria de enfermedades crónico-degenerativas y sus consecuencias como predominantes en este rubro, tales como las enfermedades del corazón, Diabetes Mellitus, enfermedades hepáticas y las cerebrovasculares, entre otras.

Dando como consecuencia las primeras 3 causas de mortalidad las enfermedades del corazón, la diabetes y enfermedades hepáticas.

CONCLUSIÓN

Para finalizar aunque la alcaldía Xochimilco cuenta con un porcentaje muy bajo de personas sin ningún nivel de estudios, se ha ido incrementando el porcentaje de habitantes que continúan sus estudios, ya que considero que la educación es la base para tener un interés más profundo de información y ser más críticos en cuestiones de salud y cuidado. También la mayoría de la población cuenta con alguno de los servicios de salud, siendo el seguro popular el más solicitado. En cuanto a los servicios de la vivienda, un gran porcentaje cuenta con todos los servicios primarios para cubrir sus necesidades básicas, y así tener una mejor salud. Sin embargo, creo que hay un bajo número de lugares hospitalarios en la alcaldía y se podría pensar que la capacidad de personas en los hospitales no abastecería a toda la alcaldía, por lo que tendrían que ir a un hospital en otra alcaldía o bien esperar turno.

LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN “DR. RAFAEL LOZANO OROZCO”

Los Laboratorios de Diseño y Comprobación (L.D.C. o, Clínicas Estomatológicas) son espacios universitarios propuestos por la Licenciatura en Estomatología donde los alumnos integran, aplican y comprueban los conocimientos teóricos que son aplicados en la clínica⁶

En ellos se desarrollan:

- Habilidades y destrezas en la atención a las enfermedades bucodentales
- Acciones de servicio para las comunidades que residen en sus áreas de influencia
- Investigación para abordar y resolver los problemas estomatológicos de la población.⁶

Están situados en cuatro comunidades suburbanas de la Ciudad de México que son: Tepepan, San Lorenzo Atemoaya, Tláhuac y Cd. Netzahualcóyotl, esta última en el Estado de México, las clínicas estomatológicas establecen la necesidad de vincular la enseñanza con los problemas de la realidad social.

La clínica tiene por objetivo cumplir con la docencia, donde los alumnos desarrollan los tratamientos clínicos de acuerdo a su nivel de formación clínica, desde el 4° trimestre de la licenciatura hasta el 12° trimestre, para cumplir con los objetivos académicos de la carrera, esto guiado por los profesores de la licenciatura que tienen como meta formar a los alumnos.

El objetivo secundario de la clínica estomatológica, es dar atención a personas principalmente de la comunidad cercana al área geográfica donde esta insertada la clínica.

El servicio se da por demanda espontánea, se asigna un día para la entrega de fichas a pacientes, sin ninguna distinción de sexo, raza o religión, incluso si ya cuentan con algún servicio de salud o atención dental en otra institución.

Cada paciente es atendido según sus necesidades por los alumnos de manera integral, mediante la formación de equipos con alumnos de diferentes grados de conocimientos. Así cada actividad es atendida por los integrantes del equipo, según sea su trimestre.

Sin embargo, este servicio es dado a bajos costos, los precios son considerados cuotas de recuperación, y se realiza mediante 3 programas:

- Programa de atención al adulto: Lunes, miércoles y viernes; atendidos por los alumnos de estomatología de los trimestres 11° y 12° (cuarta fase), 10° y 9 (tercera fase), 4° y 5° (primera fase).

El objetivo general es prestar servicio odontológico al adulto que lo solicite, proporcionando su atención integral, hasta su alta incluyendo la preventiva, curativa y de rehabilitación.

- Programa de atención al niño: Martes y jueves, atendidos por los alumnos de estomatología de los trimestres 4° y 5° (primera fase) 6°, 7°, 8° (segunda fase).

Su objetivo general incluye; prestar el servicio odontológico al niño que lo requiera proporcionando una atención integral, haciendo énfasis en la prevención de enfermedades dentales, así como la necesidad de una adecuada higiene bucal. Se proporcionará su atención integral hasta su alta incluyendo la preventiva, curativa y de rehabilitación.

- Programa de urgencia: De lunes a viernes, atendido por los alumnos y pasantes asignados al LDC. El objetivo es aplicar las bases teóricas y metodologías de la propedéutica odontológica, para establecer el diagnóstico de la patología bucal en el niño, adolescente y adulto, para ofrecer un tratamiento adecuado y oportuno al paciente con daños a la salud bucal.

De acuerdo a los programas con los que cuenta el laboratorio de diseño y comprobación para el apoyo y servicio de la población que acude a dicha clínica son los siguientes:

EN CLINICA.

- Examen
- Diagnostico
- Plan de tratamiento

ACCIONES PREVENTIVAS.

- Técnica de cepillado
- Profilaxis
- Odontoxesis
- Aplicación de fluor
- Selladores de fosetas y fisuras

ACCIONES CLINICO-CURATIVAS.

- Amalgamas
- Resinas
- Curaciones temporales (ionómero, IRM)
- Exodoncia
- Eliminación de focos infecciosos.

Periodoncia.

- Eliminación de sarro supragingival y subgingival.
- Raspado y alisado.

Cirugía Maxilofacial.

- Extracción de caninos retenidos.
- Extracción de terceros molares retenidos y/o incluidos.

Farmacoterapia.

- Se procede según el procedimiento

Auxiliares de diagnóstico.

- Radiografías periapicales
- Fotografías
- Modelos de yesos.

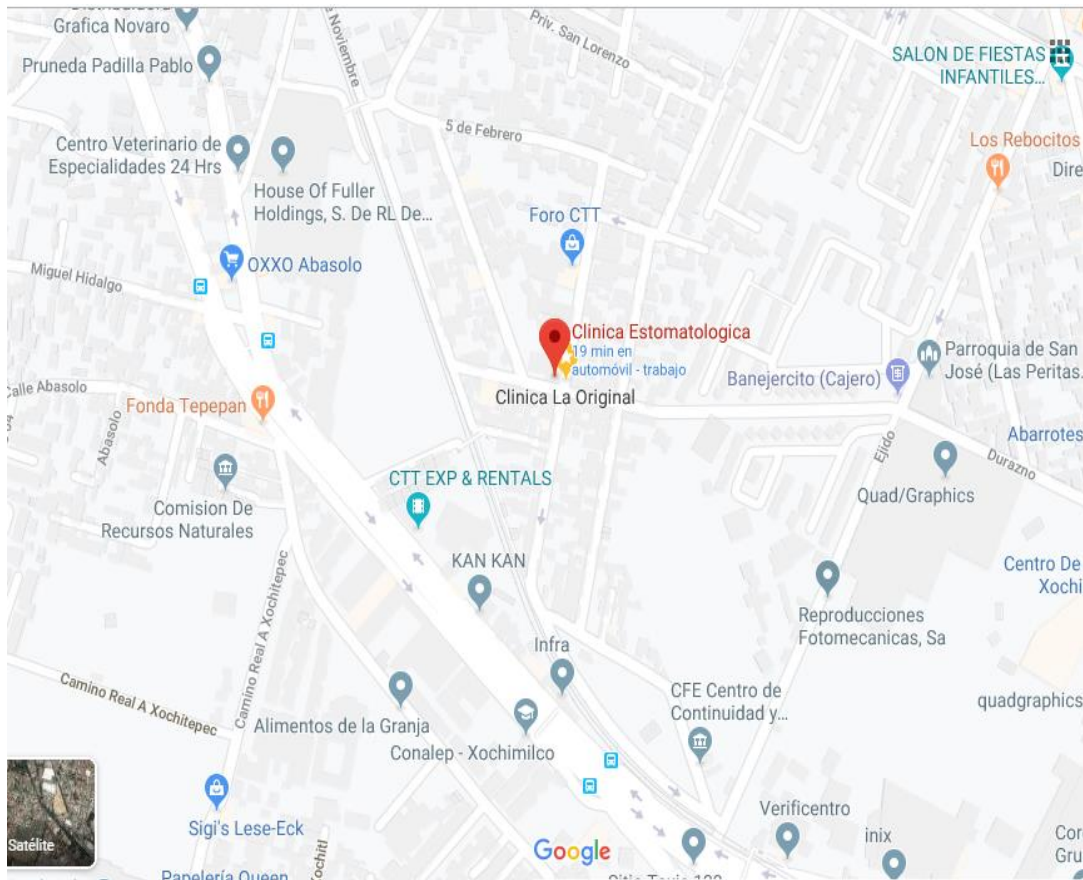
Radiología.

Ortopantomografía.



Ubicación

Francisco Villa s/n, entre Emiliano Zapata y Zaragoza, Delegación Xochimilco, Ciudad de México.⁶



Recursos Humanos

Jefe de servicio

Docente de apoyo

Personal Administrativo:

- Administradora
- Secretaria
- Asistente dental
- Vigilante
- Intendente

Recursos Físicos

El laboratorio de diseño y comprobación de la universidad autónoma metropolitana cuenta con:

Aparatos de rayos X	2
Equipo de ortopantomografía	1
Equipo de radiografía digital	1
Unidades dentales	19
Autoclaves.	4
Cuarto de revelado.	1
Quirófano.	2
Laboratorio de prótesis.	1
Farmacia de material.	1

Bibliografía

- 1-. Programa sociodemográfico de la ciudad de México. Instituto Nacional De Encuestas y Geografía. Encuesta intercensal 2015.
- 2-. Dirección de Información en Salud. INEGI (Instituto Nacional De Encuestas y Geografía) y SEDESA (Secretaria De Salud). 2015.
- 3-. Atlas de peligros y riesgos de la Ciudad de México. Secretaria de Protección Civil. 2014.
- 4-. Gaceta Oficial de la Ciudad de México. Órgano de difusión de la Ciudad de México. 2018: No. 252, Tomo II.
- 5-. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social. CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2010
- 6-. Universidad Autónoma Metropolitana. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Clínicas estomatológicas.

CAPÍTULO IV

Informe Numérico Narrativo

El servicio social lo realicé en el laboratorio de diseño y comprobación “Dr. Rafael Lozano Orozco”, en él pude poner a prueba mis habilidades y conocimientos aprendidos en la licenciatura de la siguiente manera:

El servicio lo realice en los días de lunes a viernes, en el horario de 15:00 a las 20:00 horas, el cual tuvo una duración de 1 año, durante los días: lunes miércoles y viernes atendía pacientes en dos turnos intercalados cada día, y el turno que no atendía pacientes, lo usaba para ayudar en actividades como la toma de radiografías extraorales o apoyando a compañeros en sus actividades.

Mientras que en los días martes y jueves, debido a la demanda de alumnos, solo apoyaba en la toma de radiografías y ayudaba a los compañeros que les tocaba atender urgencias.

CONCENTRADO TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE SEPTIEMBRE

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	1	3.22%
Actualización de Historia Clínica	1	3.22%
Urgencias	1	3.22%
Radiografías	4	12.9%
SUBTOTAL	7	22.5%
PREVENTIVAS		
Técnica de Cepillado	1	3.22%
Control de placa dentobacteriana	5	16.1%
Profilaxis	1	3.22%
Selladores	2	6.45%
SUBTOTAL	9	29.03%
INTERMEDIAS		
Farmacoterapia	1	3.22%
Preparación para coronas	1	3.22%
Tomas de impresiones	1	3.22%
Canalización	1	3.22%
SUBTOTAL	4	12.9%
CURATIVAS		
Resinas	1	3.22%
SUBTOTAL	1	3.22%
OTRAS		
Anestesia	3	9.67%
Curetaje	1	3.22%
Aislado	4	12.9%
Curación	1	3.22%
Revisión	1	3.22%
SUBTOTAL	10	32.2%
ADMINISTRATIVAS		
Asignación de pacientes	2	6.45%
TOTAL	31	100%
BITÁCORA PERSONAL		

CONCENTRADO TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE OCTUBRE

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	1	4.1%
Urgencias	2	8.3%
Radiografías	2	8.3%
SUBTOTAL	5	20.8%
PREVENTIVAS		
Técnica de Cepillado	1	4.1%
Control de placa dentobacteriana	3	12.5%
SUBTOTAL	4	16.6%
INTERMEDIAS		
Farmacoterapia	2	8.3%
Canalización	2	8.3%
SUBTOTAL	4	16.6%
CURATIVAS		
Resinas	2	8.3%
SUBTOTAL	2	8.3%
REHABILITACIÓN		
Corona	1	4.1%
SUBTOTAL	1	4.1%
OTRAS		
Anestesia	4	16.6%
Aislado	4	16.6%
SUBTOTAL	8	33.3%
ADMINISTRATIVAS		
Asignación de pacientes	1	4.1%
TOTAL	24	100%
BITÁCORA PERSONAL		

CONCENTRADO TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE NOVIEMBRE

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
Urgencias	3	5.3%
Radiografías	3	5.6%
SUBTOTAL	6	11.3%
PREVENTIVAS		
Técnica de Cepillado	2	3.5%
Control de placa dentobacteriana	5	8.9%
Odontoxesis	1	1.7%
Profílaxis	1	1.7%
SUBTOTAL	9	16%
INTERMEDIAS		
Farmacoterapia	3	5.3%
Canalización	3	5.3%
SUBTOTAL	6	11.3%
CURATIVAS		
Resinas	4	7.1%
Exodoncias	1	1.7%
SUBTOTAL	5	8.9%
REHABILITACIÓN		
Endopostes	1	1.7%
Corona	1	1.7%
SUBTOTAL	2	3.5%
OTRAS		
Anestesia	9	16%
Aislado	6	11.3%
Sutura	1	1.7%
No. de conductos desobturados	1	1.7%
SUBTOTAL	17	30.3%
ADMINISTRATIVAS		
TOTAL	56	100%
BITÁCORA PERSONAL		

CONCENTRADO TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE DICIEMBRE

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
Urgencias	1	4.5%
Radiografías	3	13.6%
SUBTOTAL	4	18.1%
PREVENTIVAS		
Control de placa dentobacteriana	2	9.09%
Flúor	1	4.5%
Profilaxis	1	4.5%
SUBTOTAL	4	18.1%
INTERMEDIAS		
Farmacoterapia	2	9.09%
Canalización	2	9.09%
SUBTOTAL	4	18.1%
REHABILITACIÓN		
Alta Preventiva	1	4.5%
Alta Operatoria	1	4.5%
Alta integral	1	4.5%
SUBTOTAL	3	13.6%
OTRAS		
Anestesia	3	13.6%
Aislado	3	13.6%
Revisión	1	4.5%
SUBTOTAL	7	31.8%
ADMINISTRATIVAS		
TOTAL	22	100%
BITÁCORA PERSONAL		

CONCENTRADO TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE ENERO

ACTIVIDADES	No	%
ADMINISTRATIVAS		
Asignación de pacientes	5	100%
TOTAL	5	100%
BITÁCORA PERSONAL		

CONCENTRADO TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE ABRIL

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
Radiografías	5	71.4%
SUBTOTAL	5	71.4%
ADMINISTRATIVAS		
Asignación de pacientes	2	28.5%
TOTAL	7	100%
BITÁCORA PERSONAL		

CONCENTRADO TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE MAYO

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	2	2.8%
Actualización de Historia Clínica	1	1.4%
Urgencias	2	2.8%
Radiografías	5	7.1%
SUBTOTAL	10	14.2%
PREVENTIVAS		
Técnica de Cepillado	3	4.2%
Control de placa dentobacteriana	5	7.1%
Odontoxesis	1	1.4%
Profilaxis	1	1.4%
SUBTOTAL	10	14.2%
INTERMEDIAS		
Farmacoterapia	2	2.8%
Canalización	1	1.4%
SUBTOTAL	3	4.2%
CURATIVAS		
Resinas	4	5.7%
Exodoncias	12	17.1%
SUBTOTAL	16	22.8%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	1	1.4%
SUBTOTAL	1	1.4%
OTRAS		
Anestesia	11	15.7%
SUBTOTAL	11	15.7%
ADMINISTRATIVAS		
Asignación de pacientes	9	12.8%
TOTAL	70	100%
BITÁCORA PERSONAL		

CONCENTRADO TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE JUNIO

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
Urgencias	2	2.9%
Radiografías	6	8.8%
SUBTOTAL	8	11.7%
PREVENTIVAS		
Control de placa dentobacteriana	8	11.7%
Selladores	1	1.4%
SUBTOTAL	9	13.2%
INTERMEDIAS		
Farmacoterapia	3	4.4%
Preparación de endopóstes	1	1.4%
Preparación para coronas	3	4.4%
Tomas de impresiones	8	11.7%
Canalización	3	4.4%
SUBTOTAL	18	26.47%
CURATIVAS		
Pulpotomías	1	1.4%
No. de conductos obturados	5	7.3%
Resinas	5	7.3%
Exodoncias	1	1.4%
SUBTOTAL	12	17.6%
REHABILITACIÓN		
Corona	1	1.4%
Alta Preventiva	1	1.4%
Alta Operatoria	1	1.4%
Alta integral	1	1.4%
SUBTOTAL	4	5.8%
OTRAS		
Anestesia	10	14.7%
Aislado	9	13.2%
SUBTOTAL	19	27.9%
ADMINISTRATIVAS		
TOTAL	68	100%
BITÁCORA PERSONAL		

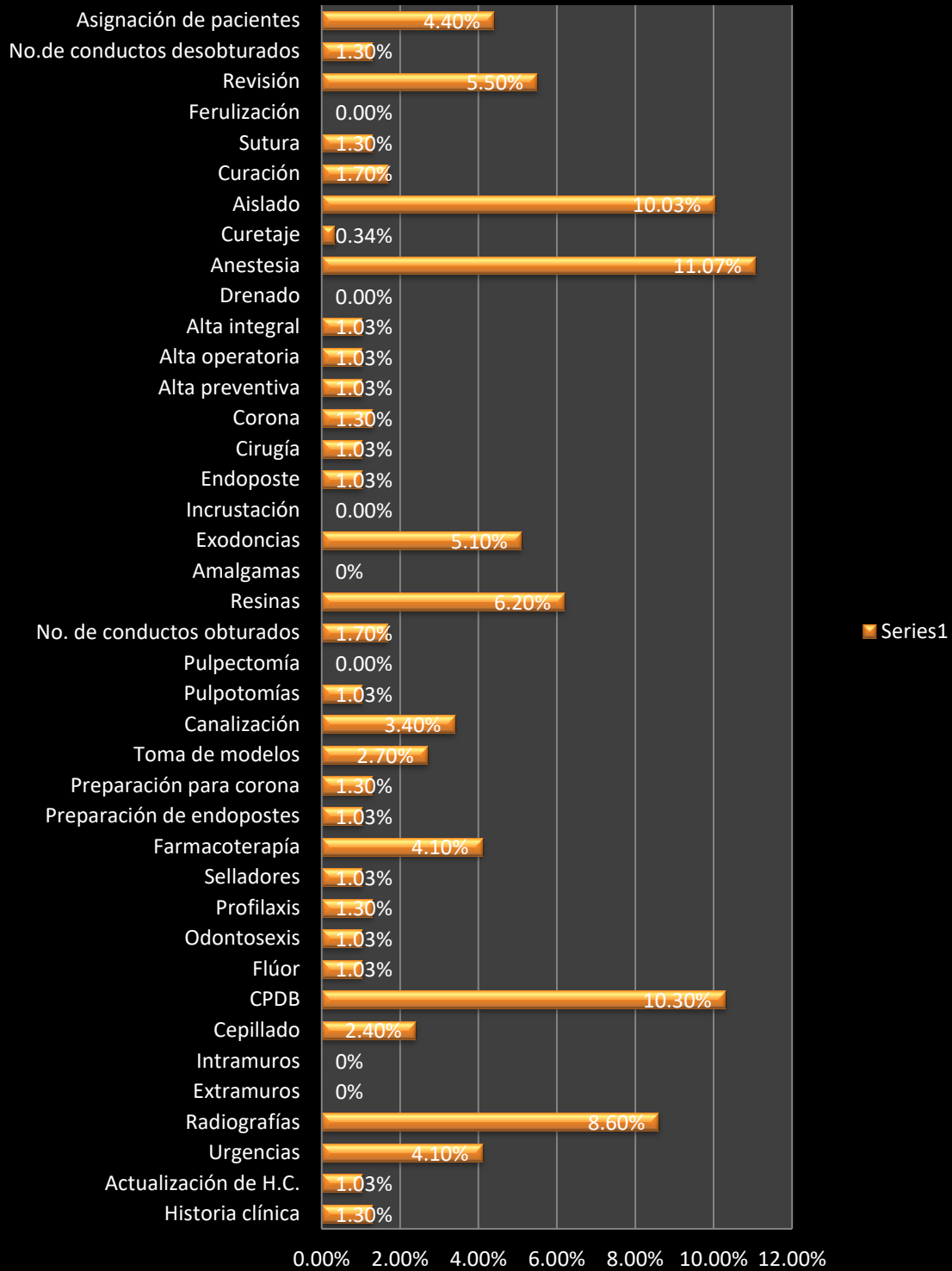
CONCENTRADO TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE JULIO

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
Urgencias	1	3.3%
Radiografías	2	6.6%
SUBTOTAL	3	10%
PREVENTIVAS		
Control de placa dentobacteriana	2	6.6%
Flúor	2	6.6%
Odontoxesis	1	3.3%
Profilaxis	2	6.6%
SUBTOTAL	7	23.3%
INTERMEDIAS		
Preparación de endopóstes	1	3.3%
SUBTOTAL	1	3.3%
CURATIVAS		
Resinas	2	6.6%
SUBTOTAL	2	6.6%
REHABILITACIÓN		
Alta Preventiva	1	3.3%
Alta Operatoria	1	3.3%
Alta integral	1	3.3%
SUBTOTAL	3	3.3%
OTRAS		
Anestesia	2	6.6%
Aislado	2	6.6%
Revisión	14	46.6%
SUBTOTAL	14	46.6%
ADMINISTRATIVAS		
TOTAL	30	100%
BITÁCORA PERSONAL		

CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES 2018-2019

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	4	1.3%
Actualización de Historia Clínica	3	1.03%
Urgencias	12	4.1%
Radiografías (extraorales)	25	8.6%
SUBTOTAL	44	15.2%
PREVENTIVAS		
Técnica de Cepillado	7	2.4%
Control de placa dentobacteriana	30	10.3%
Flúor	3	1.03%
Odontoxesis	3	1.03%
Profilaxis	4	1.3%
Selladores	3	1.03%
SUBTOTAL	50	17.3%
INTERMEDIAS		
Farmacoterapia	12	4.1%
Preparación de endopostes	3	1.03%
Preparación para coronas	4	1.3%
Toma de modelos	8	2.7%
Canalización	10	3.4%
SUBTOTAL	37	12.8%
CURATIVAS		
Pulpotomías	1	0.34%
No. de conductos obturados	5	1.7%
Resinas	18	6.2%
Exodoncias	15	5.1%
SUBTOTAL	34	11.7%
REHABILITACIÓN		
Endopostes	3	1.03%
Cirugía	3	1.03%
Corona	4	1.3%
Alta Preventiva	3	1.03%
Alta Operatoria	3	1.03%
Alta integral	3	1.03%
SUBTOTAL	20	6.9%
OTRAS		
Anestesia	32	11.07%
Curetaje	1	0.34%
Aislado	29	10.03%
Curación	5	1.7%
Sutura	4	1.3%
Revisión	16	5.5%
No. de conductos desobturados	4	1.3%
SUBTOTAL	91	31.9%
ADMINISTRATIVAS		
Asignación de pacientes	13	4.4%
TOTAL	289	100%
BITÁCORA PERSONAL		

Gráfica de concentrado anual 2018-2019

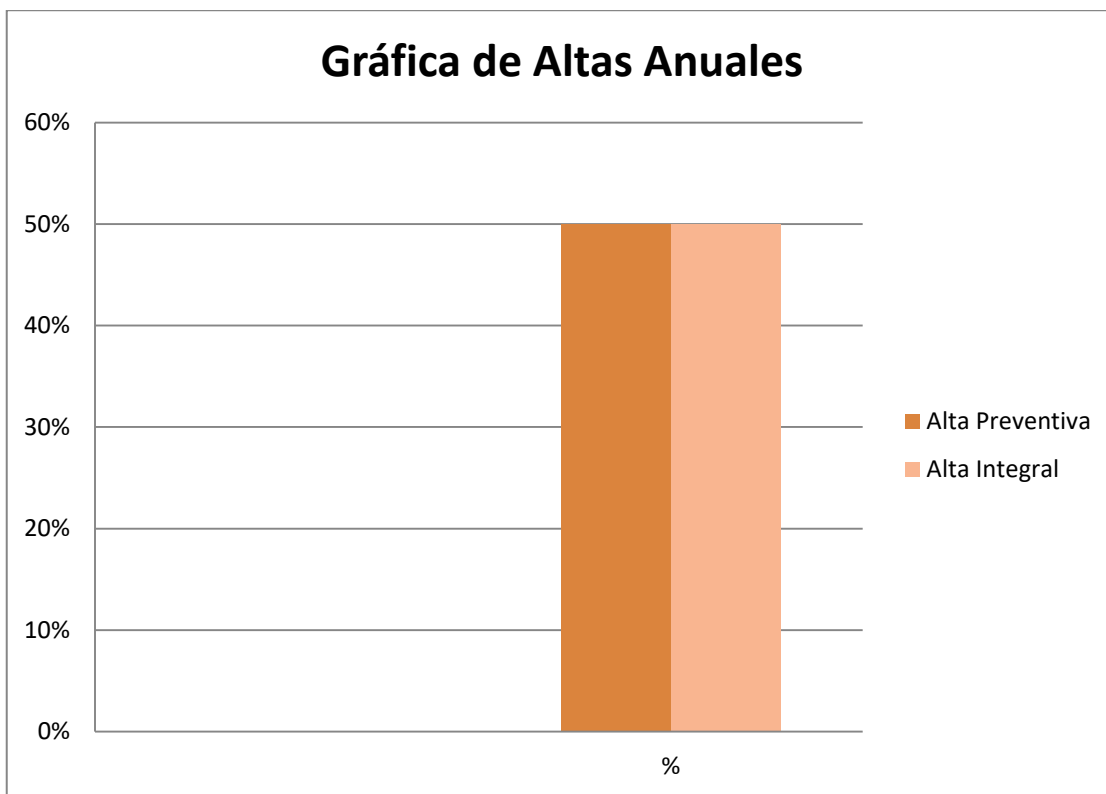


Gráfica basada en concentrado anual de servicio social

Pacientes dados de alta en el periodo 2018-2019

TIPO DE ALTA	No.	%
Alta Preventiva	3	50%
Alta Integral	3	50%
TOTAL	6	100%

Tabla de concentrado de altas preventivas e integrales

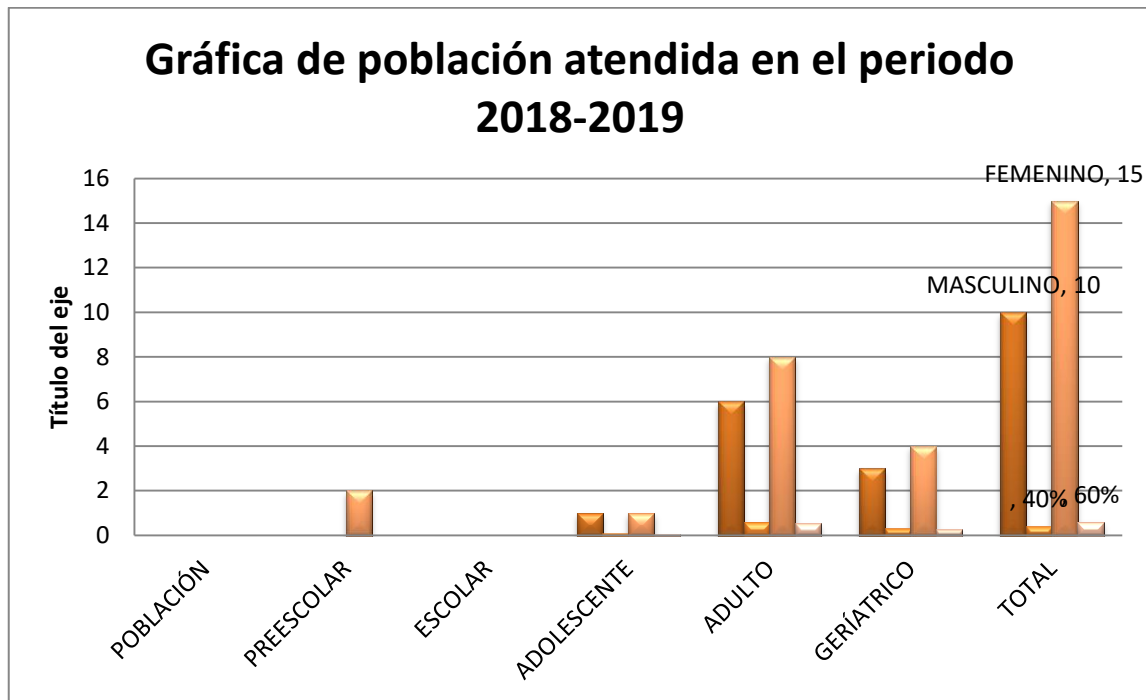


Gráfica basada en la tabla de altas preventivas e integrales

Población atendida en el periodo 2018-2019

POBLACIÓN	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%
PREESCOLAR	0	0%	2	13,3%
ESCOLAR	0	0%	0	0%
ADOLESCENTE	1	10%	1	6.60%
ADULTO	6	60%	8	53.30%
GERIÁTRICO	3	30%	4	26.60%
TOTAL	10	40%	15	60%

Tabla de población atendida



Gráfica de población atendida

CAPÍTULO V

Análisis de la Información

Haciendo un recuento de todas las actividades realizadas, se puede decir que la mayoría de tratamientos que realice en mi servicio fueron de prevención, ya que todos los pacientes después de ser diagnosticados para realizar un tratamiento certero y comenzar con tratamientos de prevención para detener los problemas dentales, esto dio como resultado un mayor número de actividades.

En comparación con los tratamientos que en menor cantidad realice en el servicio social, fueron los del rubro de rehabilitación que se trataba de endopostes, coronas, prótesis, etc. Considero que fue porque una parte de la población que asistió inicialmente a la clínica comenzaba con sus tratamientos de prevención y operatoria, pero después de eso decidían faltar por largos periodos o simplemente decidían dejar de asistir. Posterior a esto la universidad tuvo una huelga y hubo aún más pérdida de pacientes.

Por otro lado, la población que más atendí en la clínica, era del sexo femenino de entre los 25 y 50 años, esto puede ser debido a que en la delegación Xochimilco hay una mayor cantidad de mujeres, en cuanto a la edad, podría deberse a que las personas adultas comienzan a preocuparse por el estado de salud y sobre todo su apariencia.

También pude observar que los pacientes asistían a la clínica con un problema específico que querían tratar, sin embargo, les explicaba la importancia de realizar un tratamiento integral y no tratar el problema como único. Así, después de explicar los beneficios de obtener un tratamiento completo, los pacientes optaban por tratarse completamente.

CAPÍTULO VI

Conclusión

Al término de mi servicio social, puedo decir que aunque siempre tuve un buen trato de los docentes y el personal, la práctica no fue tan buena, ya que durante la mayoría de días en martes y jueves no podía atender pacientes, esto debido a la demanda de unidades en esos días, y solo apoyaba a mis compañeros en la toma de radiografías.

Otro de los problemas que afronte en clínica era el compromiso de los pacientes, pues algunos faltaban o dejaban de ir, y esto retrasaba mis tratamientos y por supuesto el desarrollo de mis habilidades clínicas.

Una cosa buena de hacer mi servicio en el L.D.C. fue que contaba con la supervisión de mi asesor, y docentes de apoyo, que también me daban su asesoría con distintos tratamientos, incluso me enseñaban a usar nuevos materiales en algunos de mis pacientes, obteniendo diferentes perspectivas y técnicas a lo que había aprendido en la licenciatura, considero que esto me ayudo a construir una actitud crítica y a tener un enfoque interdisciplinario para los problemas estomatológicos que afectan la salud de las personas.

Por otro lado, me gustaría que algunas de las unidades del L.D.C. fueran reparadas, ya que algunas no funcionaban con la pieza de alta o simplemente no tenían succión y afectaba la organización que ya habían en cuanto a tiempos.

Al finalizar puedo decir que esperaba un poco más de práctica en el servicio, sin embargo, por diferentes situaciones no se pudo, pero cada uno de los pacientes que atendí reforzó un poco más los conocimientos que adquirí en la licenciatura.

