



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES
DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA**

MEMORIA DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

**HIGIENE BUCODENTAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL DIF
MUNICIPAL DE BERRIOZABAL CHIAPAS.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA
SELENE DEL CARMEN ESCOBAR LIRA

ASESORES:

**MTRO. REY ARTURO ZEBADUA PICONE.
MTRO. ROLANDO ROSAS SANCHEZ.
MTRO. LUIS ANTONIO LÓPEZ GÚTU.**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

MARZO 2024.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 21 de Febrero de 2024

C. SELENE DEL CARMEN ESCOBAR LIRA

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Higiene Bucodental en Pacientes Atendidos en el DIF Municipal de Berriozabal, Chiapas

En la modalidad de: Memoria de Experiencia Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Firmas

Mtro. Rey Arturo Zebadua Picone

Mtro. Rolando Rosas Sánchez

Mtro. Luis Antonio López Gutu



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

Cop. Expediente



Índice

Introducción -----	3
Planteamiento Del Problema -----	5
Justificación -----	7
Marco Contextual -----	9
Marco Teórico -----	15
Objetivos-----	34
Metodología -----	36
Recursos-----	41
Conclusión -----	56
Anexos -----	58
Fuentes De Consulta -----	64

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCION

Este proyecto tiene como finalidad llevar a cabo un mejor control de las acciones que se realizaran en un área específico con límite de espacio y tiempo, el cual nos dará un panorama amplio que con lleve un mejor impacto al mejoramiento de la salud bucal en pacientes adultos que se han atendidos en el área de odontología de las oficinas centrales del DIF municipal de Berriozábal Chiapas.

Es importante tener el conocimiento de las condiciones en las que se encuentran los pacientes ya será de suma importancia realizar acciones para un buen desarrollo en los procesos de prevención y tratamientos bucodentales.

Debemos concientizar a nuestros pacientes a cuidar de su salud bucodental ya que esto nos dará como resultado bajar el índice de caries enfermedades adyacentes a la edad de los habitantes de la cabecera municipal de Berriozábal Chiapas.

La prevención produce en todos los sentidos ganancias positivas. Si el adulto inicia los programas preventivos en una etapa temprana, es posible alcanzar el periodo de vida libre de enfermedades generadas por biopelículas microbiana y enfermedad periodontal asociadas a la mala higiene bucal, ya que los dientes desempeñan un papel importante en la vida del ser humano para realizar diferentes funciones como masticar,sonreír, hablar etcétera.

Como personal de salud es importante orientar a nuestros pacientes que asisten a revisión realización de tratamientos dentales al consultorio del DIF municipal de Berriozábal Chiapas y tener mayor control en su dieta alimenticia e higiene dental, para favorecer a la población vulnerable de la cabecera municipal de Berriozábal Chiapas y con ello reducir el alto índice de pacientes afectados por mala higiene bucodental.

El curso operativo dental que se realizara en el consultorio dentro de las instalaciones de las oficinas centrales del DIF municipal de Berriozábal Chiapas está destinado para que los adultos cuiden de su salud bucodental así mismo ellos puedan orientar a sus familiares a cuidar de su propia higiene dental y reducir el alto índice de enfermedades periodontales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La periodoncia interviene ya que los pacientes presentan enfermedad periodontal y caries dental. Esta especialidad estudia la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones que afectan los tejidos que dan soporte a los órganos dentarios (encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar) y a los sustitutos implantados, para el mantenimiento de la salud, función, estética de los dientes y tejidos adyacentes.

Como profesionales de la salud debemos enfatizar programas preventivos y curativos bien planteados para mejorar la salud bucal de la población de adultos entre 40 – 60 años.

La población de Berriozábal Chiapas, tiene un 90% de índice de caries dental y un 80% de enfermedad periodontal, por ello se llevará a cabo el siguiente proyecto de la investigación en el consultorio dental de las oficinas centrales del DIF municipal de Berriozábal Chiapas, esperando completar un 100% a los pacientes libres de caries enfermedad periodontal.

La finalidad de este proyecto es tener un resultado del avance de estas dos patologías en la cabecera municipal de Berriozábal Chiapas, aplicando directamente los tratamientos necesarios para que los adultos de nuestra población no padezcan caries dental y enfermedad periodontal y así mismo enseñarles la importancia de cepillar los dientes todos los días y mantener una buena higiene bucal.

Concientizaremos a los pacientes para que ellos se preocupen en ser los pioneros en cuidar la salud bucal de sus familiares y de sí mismo, proporcionándoles pláticas de salud, enseñándoles las técnicas de cepillado, la importancia de los tratamientos dentales que se realizan para la prevención de enfermedades periodontales y conservar en buenas condiciones los órganos dentarios ya que son de suma importancia para la función de la masticación la cual ayuda a tener una buena digestión y salud integral óptima.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACION

El presente documento pretende organizar las actividades odontológicas, tales como: recursos humanos y materiales para poder llevar a cabo en un tiempo y espacio determinado los tratamientos a realizar, evitando la improvisación y pérdidas de los recursos mediante el establecimiento de un objetivo.

Siendo la caries dental y la enfermedad periodontal las enfermedades que más prevalecen en nuestra población, las actividades clínicas que se realizarán serán para mejorar la salud oral por medio de la restauración oral.

Es la razón por la cual los pacientes deben conocer las diferentes técnicas de cepillado, los distintos tratamientos dentales que necesitan para tener una buena salud bucal una óptima higiene bucodental.

Pretendemos concientizar a los pacientes para que ellos tomen acción de cómo cuidar la salud bucal de su familia y de sí mismo. Esto lo hacemos con la finalidad de que ellos sepan cómo cuidar de su salud oral.

De igual manera es de suma importancia realizarle al paciente los tratamientos que le sean necesarios para dejar la cavidad oral en óptimas condiciones. Gracias a este proyecto podremos obtener un índice de pacientes libres de enfermedades periodontales y salud dental adecuada.

Con estos los profesionales de salud sabrán cuáles son las necesidades que prevalecen en los adultos de 40 a 60 años de edad y cuáles son las medidas preventivas y curativas óptimas para mejorar la salud de los pacientes tratados.

MARCO CONTEXTUAL

Berriozábal Chiapas

Es una ciudad mexicana perteneciente al estado de Chiapas y que forma parte de la Zona metropolitana de Tuxtla Gutiérrez, siendo la doceava ciudad por población del estado. Sus actividades principales son la ganadería, la silvicultura y la siembra de maíz y sorgo. Actualmente tiene como principal actividad el turismo y comercio dominical, además su actividad especial desde hace muchos años era la fabricación de hamacas ya que antes era zona de producción de ixtle y henequen.

Se encuentra a 17 km de Tuxtla Gutiérrez, capital del Estado de Chiapas.

Ubicación:

Coordenadas 16°48'01"N 93°16'24"O

Superficie:

351,7 km²

Código postal:

29130–29136

Población:

43.179 (2010)

Cabecera:

Berriozábal

Clave Lada:

961

Entidad:

Municipio



HISTORIA

La historia de Berriozábal puede reconstruirse mediante datos que constan en el título y escrituras de la antigua hacienda de Don Rodrigo. Los fundadores de esta hacienda fueron los hermanos Tomás y Rodrigo Ponce de León, en 1598, quienes eran indios principales del pueblo de Chiapa, gobernador y cacique el primero de ellos. En esta época, abundaban los terratenientes que explotaban grandes extensiones de tierras sin tener justo título, lo que obligó al rey de España a expedir la cédula de fecha 10 de noviembre de 1591, en la que fijaba plazo a los dueños de estancias, chacras y caballerías para entrar en composición regulada.

Acatando ésta real disposición los hermanos Ponce de León pidieron a las autoridades de provincia, entrar en composición con el Rey, el 18 de noviembre de 1598. Para tal fin solicitan una visita de ojos, a los dos sitios que tenían en propiedad, llamados San Sebastián y Santa Inés (originalmente Santa Catalina), en donde los nativos de la región denominaban Cuiximaguillo, (es decir, lugar donde enciende el ocote en lengua náhuatl) para medirlos y amojonarlos.

Habiendo resuelto de conformidad las autoridades, se constituyeron en el lugar el 25 del mismo mes y año. Los hermanos de León, don Juan Barba de coronado, juez de comisión por su majestad para la venta de tierras en la provincia de Chiapas; Manuel Díaz Dacosta, escribano; Gaspar de Solórzano, medidor por su Majestad; los testigos Juan Rodríguez (español), Juan Vázquez y Juan de la Torre (indios de Ocozacoautla). Terminada la medida de la estancia el juez Barba de Corona aceptó la composición en 60 tostones de plata de a cuatro reales que pagaron al Rey.

Al principio del año 1600, don Rodrigo Ponce de León, aparece como único dueño, si le compró a su hermano la parte que le correspondía o la obtuvo por herencia; la estancia se denominó desde entonces San Sebastián y años después don Rodrigo, de donde siglos más tarde se formó el pueblo de Berriozábal.

CLIMA

El clima de Berriozábal en términos generales se considera templado, subhúmedo y mesoterno, con abundantes lluvias en verano y escasas lluvias en el invierno, con aproximadamente 100 a 125 días de precipitación durante el año; la máxima precipitación pluvial es de 9.087 ml y comprende los meses de junio a octubre; la temperatura media es de 20 °C con una máxima de 35 °C y los vientos predominantes llevan dirección norte-sur.

Según la clasificación climática de Köppen, el clima corresponde al tipo Aw - Tropical seco.

SALUD Y EDUCACIÓN

En 2010 el municipio tenía un total de 4 unidades de atención de la salud, con 15 personas como personal médico. Existían 40 escuelas de nivel preescolar, 61 primarias, 12 secundarias, 4 bachilleratos, 1 escuela de formación para el trabajo y 4 escuelas primarias indígenas.

ATRATIVOS TURÍSTICOS Y CULTURALES: FIESTAS, DANZAS Y TRADICIONES

Las celebraciones más importantes son:

La fiesta de San Sebastián; y fiesta de Jesús El Nazareno.



los tamales y su bebida el pozole blanco.

ARTESANÍAS:

En el municipio se elaboran hamacas, jarcería, cestería y artículos de palma.

GASTRONOMÍA:

El platillo típico del municipio son



CENTROS TURÍSTICOS:

De acuerdo con información de la Secretaría de Turismo, la infraestructura turística existente en el municipio, para el año 2000 había dos hoteles con 34 habitaciones. Los principales atractivos turísticos son: Las cuevas del Pozo burro; Las cuevas del Perro; Las cuevas del Perico; Las pozas del Sabinal, la finca el suspiro, reserva natural la pera, el rio cedro ubicado en la colonia maravillas, viveros, parque central.



PARQUE CENTRAL



FINCA EL SUSPIRO



RÍO EL CEDRO



MARCO TEORICO

CARIES DENTAL

Para el mejor entendimiento sobre la prevención, detección, curación y rehabilitación de la caries dental, estudiaremos los siguientes conceptos.

DEFINICIÓN

La caries dental es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Constituye una de las causas principales de pérdida dental y, además, puede predisponer a otras enfermedades. El término “caries” proviene del latín, significa descomponerse o echarse a perder y “caries dental” se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes.

MECANISMO DE ACCIÓN

La primera evidencia clínica de la caries de esmalte es la formación de una mancha blanca, que se distingue del esmalte sano al secarse la superficie. La mancha blanca se debe a un efecto óptico producido por el aumento de la dispersión de la luz dentro del esmalte, ocasionado por incremento de la porosidad; esta, a su vez, originada por la disolución de una parte del esmalte que realizan los ácidos difundidos en su interior a partir de la placa dentobacteriana adherida a su superficie. Al avanzar la desmineralización, aparece una rugosidad superficial, al aumento, se produce desmoronamiento que permite a las bacterias tener acceso directo al esmalte más profundo.

CLASIFICACION DE CARIES POR TEJIDO AFECTADO

Grado:	Tejidos afectados:
Primer	Esmalte
Segundo	Esmalte y dentina
Tercer	Esmalte, dentina y pulpa
Cuarto	Necrosis pulpar no presencia de dolor

AVANCE DE LA CARIES DENTAL.

Presentación clínica.

Lesión inicial.

La lesión inicial de caries denominada mancha blanca, puede producirse tanto a nivel de fosas y fisuras como de superficie lisas del esmalte y superficies radiculares. La primera manifestación macroscópica podemos observar en el esmalte es la pérdida de translucidez que da como resultado una superficie opaca, de aspecto tizoso y sin brillo.

LESION SUPERFICIAL

- **1 a 2 semanas:**

no son visible microscópicamente, no es detectable a través de métodos diagnósticos convencionales.

- **2 semanas:**

Se caracteriza por disolución externa que resulta en microerosion. En estos momentos la lesión en esmalte es clínicamente visible solo después de secar con el aire, siendo este el inicio de la lesión de manchas blanca.

- **3 a 4 semana:**

Presenta disolución de los periquematismas irregulares. En este momento la lesión de manchas blanca activa (caries activa no cavitacional) es obvia clínicamente, caracterizándose por una apariencia blanca tiza.

DETECCION DE LA LESION

Es importante aclarar en este punto que, si se interrumpe el desequilibrio entre sustancias dentales y placa bacteriana circundante, se pueden observar cambios de regresión clínica después de una semana, con disminución de la apariencia blanca tiza después de 2 a 3 semanas la superficie recupera dureza translucidez.

IMPORTANCIA DE LA EVALUACION DE RIESGO.

La evaluación del riesgo de caries dental es de mucha importancia dentro de la profesión por las siguientes razones:

- a) Vigilar la salud dental.
- b) Identificar pacientes que necesitan servicios preventivos agresivos.
La detección temprana de los individuos en altos riesgos de caries dental, antes que ellos arruinen sus dientes, es de suma importancia para el individuo, para el equipo dental, para la administración dental y para la sociedad. La ganancia puede ser expresada tanto en términos de salud oral y economía. Esto subraya la importancia de hallar métodos predictivos precisos que con razonable certeza pueda identificar un individuo con alto riesgo caries dental lo que permitirá aplicar selectivamente las medidas preventivas, ayudando así a bajar el costo de estas actividades y mejorar su eficiencia.
- c) Cuidado. Al identificar exitosamente el grupo de alto riesgo, el grupo de bajo riesgo de caries dental también será definido. Así como el cuidado más intensivo para el grupo de alto riesgo, el cuidado preventivo para el grupo de bajo riesgo puede ser reducido a nivel proporcional con el menor patrón de enfermedad esperado.
- d) Para seleccionar apropiadamente los intervalos de control odontológico al paciente y su plan de tratamiento o manejo de caries dental. Identifica pacientes que requieren medidas de control de caries dental y valora el paciente de estas medidas. Cuando un curso de tratamiento dental es completado, el dentista y el paciente decidirán cuando sería sabio que todo está aún bien. Este intervalo de control odontológico estará basado en parte en una evaluación del riesgo de una progresión de la enfermedad adicional. Por ello, la evaluación y reevaluación debería volverse una parte integral del trabajo de cada paciente y los pacientes con riesgo alto de caries dental necesitaran tener de riesgo controlados antes de iniciar un tratamiento muy costoso o complejo.
- e) Como criterio de selección para la toma de radiografía de aleta mordida. En el control odontológico, después de un examen clínico, las radiografías pueden ser requeridas frecuencia de tomar estas para el diagnóstico de caries dental debería también estar basada en una evaluación del riesgo de caries dental.

DIAGNOSTICO

Según su localización.

- **Clase 1:** afectada las caras oclusales de fosetas y fisuras de remolares y molares.
- **Clase 2:** afecta las caras interproximales de los dientes posteriores de premolares molares.
- **Clase 3:** afecta a las caras interproximales de los dientes anteriores.
- **Clase 4:** afecta las caras interproximales de los dientes anteriores y al borde incisal.
- **Clase 5:** afecta la parte cervical de cualquier pieza dentaria.

Según su profundidad:

- **Grado I:** afecta solo el esmalte.
- **Grado II:** afecta esmalte y dentina.
- **Grado III:** afecta esmalte, dentina y pulpa.

Según evolutivo de caries dental.

- Dientes sanos con esmalte integro.
Tejidos dentarios y peridentarios se ven clínicamente en salud sin acumulo de placa microbiana en dientes o encías.
- Caries incipiente (mancha blanca).
Se detecta principalmente en la consulta con el profesional, y es una zona donde el esmalte pierde su brillo característico (opaco) **IMPORTANTE:** “con aplicaciones continuas de flúor en alta concentración sobre la mancha y con una higiene correcta, se logra revertir la lesión y recalificar la zona involucrada”.
- Caries de esmalte.
En esta etapa ya hay cavidad cariosa con pérdida de estructura de esmalte. Se puede ver a simple vista o la detecta el profesional a la inspección con instrumentos apropiados. **IMPORTANTE:** “si bien aquí se debe hacer una restauración con un material adecuado, no es necesario anestesiarse el diente para trabajarlo debido a que el esmalte no tiene inervación (nervios) por lo tanto no duele.



CLASIFICACION DE CARIES POR LOCALIZACION SUPERFICIES DENTALES / SISTEMA DE BLACK.

Algunos autores, Higashida B (2000) y Ashkley R, KirklayT.(1983) han referenciado la clasificación de caries dental de acuerdo al sistema de black; que divide en cinco clases, basándose en las superficies que afectan. Las superficies mesial y distal se consideran proximales, ya que son adyacentes a las áreas interproximales del diente.

La clase uno comprende fosetas y fisuras de todos los dientes, así como los dos tercios oclusales de los dientes, exceptuando de las superficies proximales. Las clases de caries dos, tres y cuatro comprenden superficies proximales la clase cinco se encuentran las superficies lisas del tercio gingival.

La clasificación de las caries descritas por black es el sistema universal de uso común en los espacios clínicos y académicos de la disciplina odontológica e incluye las siguientes clases:

- **Clase I:** caries de la superficie oclusal de los molares premolares.
- **Clase II:** caries en la superficie proximal de los premolares y molares.
- **Clase III:** caries en la superficie proximal de dientes anteriores.
- **Clase IV:** caries en la superficie proximal de dientes anteriores que incluya pérdida de ángulo.
- **Clase V:** lesiones cariosas que se encuentran en el tercio gingival de las superficies vestibular y lingual de los dientes.
- **Clase VI:** usadas ocasionalmente para descubrir las caries localizadas en oclusal e incisalmente al ecuador de los dientes anteriores.

CLASIFICACION DE ACUERDO AL NUMERO DE SUPERFICIES O CARAS AFECTADAS

Higashida B (2000) sugiere que esta clasificación es sencilla y a la vez útil pues combinada con la clasificación de black especifica mejor la ubicación de la caries dental. Con la relación al número de superficies o caras afectadas existen tres tipos:

- **Simples:** afectadas solo una superficie.
- **Compuestas:** abarcan dos superficies del diente.
- **Complejas:** dañan tres o más superficies.

PERIODONTO NORMAL

Periodoncia.

La periodoncia es la especialidad de la odontología que comprende la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico de las enfermedades de los tejidos que rodean y soportan al diente y sus sustitutos, y el mantenimiento de la salud, función y estética en esas estructuras y tejidos.

Enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso en la encía y el aparato de inserción adyacente, producido por diversos microorganismos que colonizan el área supra e subgingival caracterizada por una pérdida estructural del aparato de inserción.

Periodonto normal.

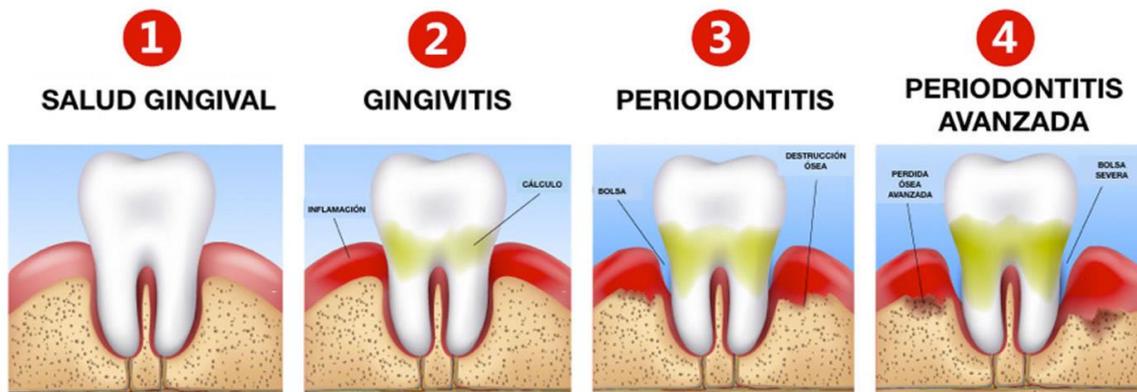
El periodonto se forma con los tejidos del soporte y protección del diente (encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar).

La mucosa bucal se compone de tres zonas: la encía y el revestimiento del paladar duro, que forman la mucosa masticatoria: el dorso de la lengua cubierto por mucosa especializada y la mucosa especializada y la mucosa bucal que cubre el resto de la boca.

La encía

La encía es una parte de la mucosa bucal que reviste las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes.

Desde el punto de vista anatómico, la encía se divide en marginal, insertada e interdental.



Encía marginal

Conocida también como ni insertada, corresponde al margen terminal o al borde la encía que rodea a los dientes a modo de collar. Puede separarse de la superficie dental mediante una sonda periodontal.

Surco gingival.

Es un surco poco profundo o espacios circundante del diente que forma la superficie dental, por un lado, y el revestimiento epitelial del margen libre de encía. Tiene forma de V y apenas permite la entrada de una sonda periodontal.

Encía insertada.

Se continua con la encíamarginal, es firme y está unida con firmeza al periostio subyacente del hueso alveolar.

En la zona lingual de mandíbula, la encía insertada termina en la unión con la mucosa alveolar lingual, que se continua con el revestimiento de la mucosa del piso de la boca. En la superficie palatina de la encía insertada se une de manera imperceptible con la mucosa del paladar.

Encía interdental

Ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximales por debajo del área de contacto. La encía interdental puede ser piramidal o tener forma de col.

La forma de la encía es un espacio interdental determinado depende del punto de contacto entre los dos dientes contiguos y de la presencia o ausencia de cierto grado de recesión.

Los márgenes laterales y el extremo de las papilas interdentes están formados por una continuación de la encía marginal de los dientes adyacentes, la porción intermedia se compone de encía insertada.

Si hay un diastema la encía se inserta con firmeza en el hueso interdental y forma una superficie uniforme, redondeada y sin papilas interdentes.

Pigmentación fisiológica (melanina)

Pigmento de color pardo que no deriva de la hemoglobina, se debe a la tonalidad normal de la piel, la encía y el resto de las mucosas bucales. Todos los individuos normales la tienen, si bien no siempre en cantidades suficientes para poder identificarlas clínicamente, en los albinos es escasa o nula. La pigmentación melánica de la boca es notable en personas de raza negra. Puede aparecer en la encía en tan solo tres horas después del nacimiento y con frecuencia es la única manifestación de pigmentación.

Tamaño

Corresponde a la suma total de la masa de elementos celulares e inter celulares de la ciencia y su irrigación. La alteración del tamaño es un rango común de la enfermedad gingival.

Contorno.

El contorno (o forma) de la encía varia de modo considerable y depende de la morfología de los dientes y su alineación en el arco dental, ubicación y tamaño del área de contacto proximal, así como el de las dimensiones de los espacios interproximales gingivales vestibulares y linguales. La encía marginal envuelve a los dientes amañera de un collar y sigue un contorno festoneado en las caras vestibulares y linguales.

Forma

El contorno de las superficies dentales proximales, tanto como la localización y forma de los espacios interproximales gingivales rigen la morfología de la encía interdental. La altura de encía interdental varía según sea la ubicación de contacto proximal.

Consistencia.

La encía es firme, con excepción del margen libre móvil se fija con firmeza al hueso subyacente. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen de la encía.

Posición

La posición de la encía se refiere al nivel donde el margen gingival se fija al diente cuando este erupcionado hacia la cavidad bucal, el margen y el surco se localizan en el vértice de la corona y a medida que la erupción avanza se observa más cerca de la raíz.

Estructuras de soporte dentario.

El aparato de inserción de un diente se compone de ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar.

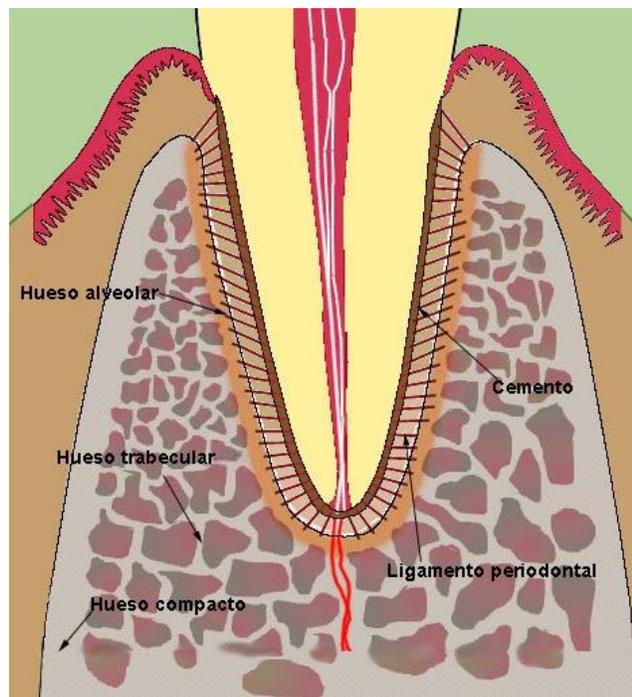
Ligamento periodontal.

Es el tejido conectivo que rodea la raíz conecta con el hueso.

Proceso alveolar

Es la porción del maxilar y la mandíbula que forma y sostiene a los alveolos dentarios. El proceso alveolar consiste en lo siguiente:

1. Tabla externa del hueso cortical.
2. Pared interna de alveolo
3. Tabique interdental



Pared del alveolo.

Está formada por hueso laminar denso, parte del cual posee una disposición en sistema alveolar y hueso fascicular.

El hueso fascicular es el término que se otorga al hueso continuo del ligamento periodontal que contiene una gran cantidad de fibras de Sharpey; se encuentra dentro de la cortical alveolar. El hueso fascicular ni es típico de los maxilares; existen a través del sistema esquelético en cualquier sitio donde se insertan ligamentos y músculos.

El hueso esponjoso aparece de modo predominante en los espacios interradiculares e interdentes y en cantidades limitadas en sentido vestibular o lingual, excepto con el paladar.

Periostio y endostio.

Todas las superficies óseas están cubiertas por capas de tejido conectivo osteógeno diferenciada. El tejido que cubre la superficie externa del cuerpo se llama periostio, en tanto que aquel que reviste las cavidades óseas internas recibe el nombre de endostio. La capa interna es la capa osteógena y la capa externa es la capa fibrosa.

Tabique interdental.

Consta de hueso esponjoso limitado por las corticales alveolares (lámina cribiforme o hueso alveolar propiamente dicho) de la pared del alveolo de dientes vecinos y las tablas corticales vestibular y lingual.

Las dimensiones mesio distales y vestibulo lingual, así como la forma del tabique interdental, depende del tamaño y convexidad de las coronas de dos dientes contiguos, así como de la posición de los dientes en los maxilares y su grado de erupción.

Clasificación De Las Enfermedades Periodontales. Workshop 1999.

I. Enfermedades gingivales:

A. inducidas por placa.

- 1- Asociada solo a placa
- 2- Modificadas por factores sistémicos.
- 3- Modificadas por medicamentos.
- 4- Modificadas por malnutrición.

B. No inducidas por placa.

- 1- De origen bacteriano específico.
- 2- De origen vírico.
- 3- De origen micótico. (infecciones por *Candida*, eritema gingival lineal, histoplasmosis, otra).
- 4- De origen genético.
- 5- Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas.
- 6- Lesiones traumáticas.
- 7- Reacciones a cuerpo extraño.
- 8- De otro tipo.

II. Periodontitis crónica.

A- Localizada.

B- Generalizada.

III. Periodontitis agresiva

A- Localizada.

B- Generalizada.

IV. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas.

A- Asociada a discrasias sanguíneas.

- 1- Neutropenia adquirida.
- 2- Leucopenias.
- 3- Otras.

B- Asociadas a desordenes genéticos.

C- Otras (no específicas).

V. Enfermedades periodontales necrotizantes.

A- Gun

B- Pun.

VI. Abscesos del periodonto.

- A- Abscesos gingivales,
- B- Abscesos periodontales.
- C- Abscesos pericoronales.

VII. Periodontitis asociada a lesión endodóntica.

VIII. Condiciones del desarrollo o adquiridas.

- A- Factores dentarios que modifican o predisponen a enfermedades gingivales o periodontales inducidas por placa.
 - 1- Factores anatómicos del diente.
 - 2- Restauraciones.
 - 3- Fracturas radiculares.
 - 4- Reabsorciones radiculares cervicales y perlas de cemento.

- B- Deformidades mucogingivales alrededor del diente.
 - 1- Recesiones gingivales
 - 2- Falta de encía queratinizada.
 - 3- Reducción de profundidad de vestíbulo.
 - 4- Frenillos de inserciones musculares aberrante
 - 5- Agrandamiento gingival.
 - 6- Coloración anormal.

- C- Deformidades mucogingivales en brechas edentulas.
 - 1- Deficiencia de altura o anchura del reborde.
- D- Trauma oclusal.
 - 1- Primario
 - 2- Secundario.

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Las infecciones periodontales son un conjunto de enfermedades que, localizadas en la encía y las estructuras de soporte del diente (ligamento y hueso alveolar), están producidas por ciertas bacterias provenientes de la placa subgingival.



Periodontitis crónica.

La academia americana de periodontología (AAP), en 1989, describió la periodontitis de aparición tardía como un grupo de periodontitis frecuente, grave y de progreso lento que se caracterizaban por una manifestación clínica de edades adultas. En el año de 1999, el Taller Internacional para la clasificación de la enfermedad periodontal y sus condiciones, organizado por la (APP) se sugirió el termino de periodontitis crónica que era menos limitante, en relación con la edad cuando se hablaba de periodontitis de aparición tardía y señalaron que, ningún sistema de clasificación de la periodontitis debería estar basado en la edad del paciente y en el tiempo de presentación sino solo en los antecedentes, hallazgos clínicos, radiográficos y de laboratorio.

Los signos clínicos característicos de la periodontitis incluyen pérdida de inserción clínica, pérdida de hueso alveolar, formación de bolsas periodontales e inflamación gingival. A esto se puede asociar un sobre crecimiento o recesión gingival, sangrado al sondaje, movilidad dentaria aumentada, supuración, pudiendo llegar a la perdida dentaria. En los casos de periodontitis crónica la infección progresa de forma continua o en picos de actividad.

Según su extensión puede clasificarse en:

- Localizada, si están afectadas menos de un 30% de las localizaciones.
- Generalizada, si más del 30% de las localizaciones están afectadas.
- Según su severidad se define:
 - ✚ Leve: cuando las pérdidas de inserción clínica son de 1 a 2mm.
 - ✚ Moderada: Cuando la pérdida de inserción es de 3 a 4 mm.
 - ✚ Severa: Cuando la pérdida de inserción es superior a 5 mm.

Clasificación

- Se puede clasificar en periodontitis agresiva localizada y generalizada, según sus características clínicas y radiográficas.

Periodontitis Agresiva Localizada.

- Suele darse en la época circumpuberal, podemos ver una destrucción periodontal a nivel de incisivos y primeros molares, tanto en piezas deciduas como permanentes, y no está afectando a más de 2 piezas.

Periodontitis Agresivas Generalizada.

- A diferencia de la localizada afecta a más de 3 piezas, aparte de los primeros molares e incisivos, en la cual la destrucción periodontal es muy marcada suele presentarse en pacientes menores de 30 años.



Enfermedades Periodontales Necrosantes.

Las enfermedades periodontales necrosantes son conocidas desde la antigüedad, y existen desde el comienzo de la historia, se ha encontrado en las momias egipcias de hace 4000 años; es así como el año 400 A.C. los soldados griegos referían presencia de ulceración, dolor y halitosis. Además, en el año 1778 Jhon Hunter hace un estudio y un diagnóstico diferencial entre el escorbuto y la enfermedad periodontal necrosante.

En el año 1886 Herch realiza una descripción de las características clínicas; es así Como en el año 1894 Vicent y Plaut relacionan la enfermedad periodontal necrosante a un complejo fusespiroquetal como agente etiológico. En el año 1906 Gilmer observa una característica común en los pacientes afectados que es una lesión a nivel de la papila interdental.

Definición.

En la enfermedad periodontal necrosante se presenta una inflamación inicial de las encías que puede progresar hacia la destrucción tisular en tejidos blandos y hueso.

Epidemiología.

Los estudios muestran que la enfermedad periodontal inflamatoria es un problema de salud importante. La naturaleza insidiosa de la enfermedad está indicada por inflamación dentales leves en niños, aumentando en la adolescencia y en adultos jóvenes pudiendo llegar a una pérdida parcial o completa de la dentición en la madurez o en la vejez. La prevalencia de la enfermedad periodontal es del 56.62% manifestándose únicamente por sangrado gingival, siendo inusual que los niños presenten formas avanzadas de la enfermedad. En el año 2000 en la provincia de Yungay-Ancash se hizo un estudio en 328 escolares de ambos sexos donde el 92.7% presento algún problema periodontal y el 56% sangrado gingival. En los países subdesarrollados la edad de aparición de la enfermedad se da entre los 10 – 12 años: además en niños con desnutrición grave.

Etiología

Desde 1965 se considera que la enfermedad periodontal, es una enfermedad infecciosa producida por bacterias bucales congregadas en una comunidad simbiótica denominada placa dental o biopelículas.

Estudios realizados durante las últimas tres décadas, han cambiado la visión acerca de la susceptibilidad universal de la enfermedad periodontal.

Hoy en día se acta que un 5 a 20% de la población sufre de formas destructivas de periodontitis.

Entre los factores locales que causan esta afección pueden considerarse los siguientes: la placa microbiana, el cálculo dentario, la impacción de los alimentos, restauraciones o prótesis mal elaboradas, la respiración bucal, la mala posición dentaria, la aplicación química de fármacos. Entre los factores sistémicos podemos considerar las alteraciones nutricionales, la pubertad, el embarazo, la diabetes, así como también otras disfunciones endocrinas. En Trujillo se realizó un estudio en 248 niños de 6 a 10 años relacionando el perfil de la salud bucal con el estado nutricional siendo la prevalencia de sangrado gingival de 62% y el índice de inflamación gingival tuvo un promedio de 1.01.

Diagnostico

Es muy importante a través del diagnóstico clínico radiológico si esta patología involucra solo la encía o si también abarca el nivel de los tejidos de soporte, es por esto que debemos hacer un examen detallado que incluye las siguientes datos:

Anamnesis Detallada.

Los cuadros más graves de la enfermedad periodontal en niños adolescentes presentan una historia de herencia genética familiar o se relacionan con enfermedades sistémicas; es por ello la importancia de una anamnesis detallada para poder determinar cuál de los factores es el causante de dicha enfermedad periodontal.

Examen Clínico Gingival

Observar si es que existe alguna alteración de color y forma.

Evaluación Clínica

Utilizando sonda periodontal, medir el UCE, la profundidad de sondaje y el nivel clínico de adherencia; determinar la presencia de recesiones o hiperplasias gingivales.

Proyecciones Radiográficas

Para poder observar el nivel de hueso.

Tratamiento

La ocurrencia de cualquier cuadro patológico involucrando el periodonto se encuentre solo en la encía es preocupante y requiere de una pronta intervención. Primero se debe realizar un adecuado diagnóstico, utilizando las señales clínicas y radiográficas.

La terapéutica se divide en dos fases: tratamiento de la fase aguda y tratamiento de la fase de mantenimiento.

Placa Dental: Biopelícula Relacionada Con El Huésped

La biopelícula es una membrana que se vincula con un huésped. Esto es importante, ya que el ambiente de la biopelícula a menudo aporta ventajas al microorganismo y podría tener efectos relevantes sobre las propiedades de las bacterias ahí presentes. Por ejemplo, la estructura misma de la biopelícula podría reducir mucho la susceptibilidad de las bacterias a los antimicrobianos.

Estructuras Y Composición De La Biopelícula.

Es posible definir a la biopelícula como los depósitos blandos que forman una biopelícula que se adhiere a la superficie dentaria o a otras superficies duras en la boca, entre ellas las restauraciones removibles y fijas. La placa se diferencia de otros depósitos que se pueden encontrar en la superficie dental como materia alba y el cálculo (laminal). La materia alba se refiere a las acumulaciones blandas de bacterias y células hiticas que carecen de la estructura organizada de la biopelícula y se desplazan fácilmente con agua en aerosol. El cálculo es un depósito sólido que se forma de la mineralización de la biopelícula; por lo general está cubierto con un estrado de la placa sin mineralizar.

Formación De La Biopelícula.

Después de uno a dos días sin medidas de higiene bucal, se puede observar con facilidad la biopelícula sobre los dientes. Su color es blanco, grisáceo o amarillento y tiene aspecto globular. El desplazamiento de los tejidos y los minerales alimentarios sobre los dientes causa la eliminación mecánica de la biopelícula.

Dicho retiro es muy eficaz en los dos tercios coronales de la superficie dentaria.

En consecuencia, típicamente se observa la biopelícula en el tercio gingival de la superficie dental, donde se acumula sin desorganizarse por el motivo de los alimentos y tejidos sobre la superficie dental en el transcurso de la masticación, los depósitos de la biopelícula también se forman de modo preferencial en hendiduras, fosetas y fisuras de la estructura dental. Asimismo, por debajo de restauraciones con márgenes sobre extendidos y en torno a la dentición desalineada.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Ayudar a la población necesitada de la ciudad de Berriozábal Chiapas, brindándoles una atención odontológica de calidad y compromiso, en los diferentes tratamientos que se realizan dentro de la institución.

Así mismo como orientar a los pacientes a lo largo de su tratamiento y poder guiarlos hacia un pronóstico favorable.

Objetivos específicos.

- Disminuir el índice de prevalencia de caries y enfermedades periodontal en los pacientes que asisten al consultorio del DIF municipal.
- Reducir el número de pacientes afectados por problemas periodontales.
- Instruir a los diferentes pacientes acerca de los correctos hábitos de la higiene bucal, así como corregir las técnicas de cepillado.
- Orientar a los pacientes sobre cómo llevar una buena dieta alimenticia.
- Realizar los tratamientos dentales adecuados.
- Obtener satisfactoriamente tratamientos de calidad.

METODOLOGÍA

Cobertura

Se realizó dentro del consultorio dental de las oficinas centrales del DIF municipal de Berriozábal Chiapas. Brindando atención odontológica a pacientes de 30 a 59 años de edad que asistieron a consulta en las instalaciones. Durante el periodo de agosto del 2022 a enero del 2024.

Tipo de estudio

Esta investigación fue realizada con un estudio de tipo observacional.

Diseño:

tipo observacional.

Descriptivo:

El enfoque estuvo dirigido específicamente en determinar cómo se encuentra la situación de las variables en nuestra población de estudio, dentro la Cabecera Municipal De Berriozábal Chiapas.

Prospectivo:

Este estudio posee una característica fundamental, de iniciarse con la exposición de las supuestas causas de las enfermedades y luego seguir atravez del tiempo a una población determinada hasta delimitar o no la aparición del efecto.

Longitudinal:

Este estudio se realiza en un tiempo a largo plazo dentro del cual se intentará llevar acabo los tratamientos necesarios para la rehabilitación oral optima de la población tratada.

Población De Estudio

Universo

Pacientes que asistieron a consulta en el consultorio dental de las oficinas centrales del DIF Municipal de Berriozábal Chiapas.

Variables:

1) Dependiente

- Biopelícula microbiana (gingivitis, periodontitis)
- Enfermedad bucodental (caries)

2) Independiente

- Programas de prevención de la película microbiana.
- Tipos de enfermedades bucodentales más frecuentes.
- Genero
- Edad

Definición De Las Variables

Biopelículas microbiana:

es una masa blanca tenaz y adherente de la colonia de microorganismo en la superficie de los dientes, encía, la lengua y otras superficies bucal, produciendo caries y enfermedad periodontal.

Enfermedad bucodental:

es la presencia de factores o trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír, hablar al mismo tiempo repercuten en su bienestar psicosocial.

Indicadores

- Presencia de una masa blanda en los dientes (materia alba).
- Cambio de pigmentación.
- Anomalías bucodentales
- Biopelícula microbiana
- Mala higiene bucal

Metodología De La Recolección De Datos.

Se utilizó como instrumento: historia clínica, nota odontológica, notas medicas del médico tratante, hojas de control de pacientes del DIF.

Procedimientos Para La Recolección De Datos

- Referencias medicas del paciente y estado de salud general.
- La historia clínica consta de interrogatorio.
- Fichas de identificación: nombre, edad, genero, talla, peso, ocupación, motivo de la consulta, etc.
- Higiene bucal, localización, odontograma, numero de órgano dentario, tipo de afección presencia de infección.
- Atención subsecuente del paciente.
- Eliminar patologías bucales y afecciones dental.

Espacio.

- Se brindó atención odontológica en el consultorio dental de las oficinas centrales del DIF Municipal De Berriozábal Chiapas.
- Se rehabilitaron a los pacientes casi en su totalidad, se impartieron platicas a los pacientes en las áreas que se consideraron adecuadas dentro de las instalaciones del DIF Municipal De Berriozábal Chiapas.

Tiempo.

El límite de tiempo para la realización del programa es de un año y cinco meses, en el periodo de agosto del 2022 a enero del 2024.

RECURSOS

Estrategias

- Realizar una valoración minuciosa al 100%
- Realizar historia clínica
- Toma de fotografías
- Diagnostico al 100%
- Tratamientos adecuados depende la necesidad del paciente
- Profilaxis
- Obturaciones
- Extracciones indicadas
- Platicas de prevención personalizada en cada paciente
- Enseñanza de técnica de cepillado

Recursos.

El presente documento se realiza de acuerdo a la experiencia vivida dentro del consultorio dental de las oficinas centrales del DIF Municipal De Berriozábal Chiapas, durante el periodo de Agosto 2022 – Enero 2024. Nuestra investigación se realiza con 1581 pacientes.

Recursos Humanos.

- Director de salud del DIF municipal.
- Cirujano dentista y coordinador del área de odontología
- Cirujano dentista (5 pasates)
- Nutriólogo
- Psicóloga
- Médico general
- Enfermera (2)

Materiales

- Guates desechables
- Cubre bocas
- Campos de trabajo
- Agujas
- Anestesia
- Tropicana
- Tabletas reveladoras
- Resinas
- Rollos de algodón
- Ionomero
- Grapas
- Dique de hule
- Porta grapas
- Perforadora de dique
- Fresas de diamante
- Fresas de carburo
- Fresas de cono
- Vasos desechables
- Eyectores
- Pasta profiláctica
- Losita de vidrio
- Cepillos profilácticos
- Pieza de alta velocidad
- Pieza de baja velocidad
- Papelería en general

Tratamientos Realizados

Se realizaron 1450 diferentes tratamientos buco dentales de un total de 1581 pacientes, de los cuales 994 fueron del sexo femenino y 456 del sexo masculino.

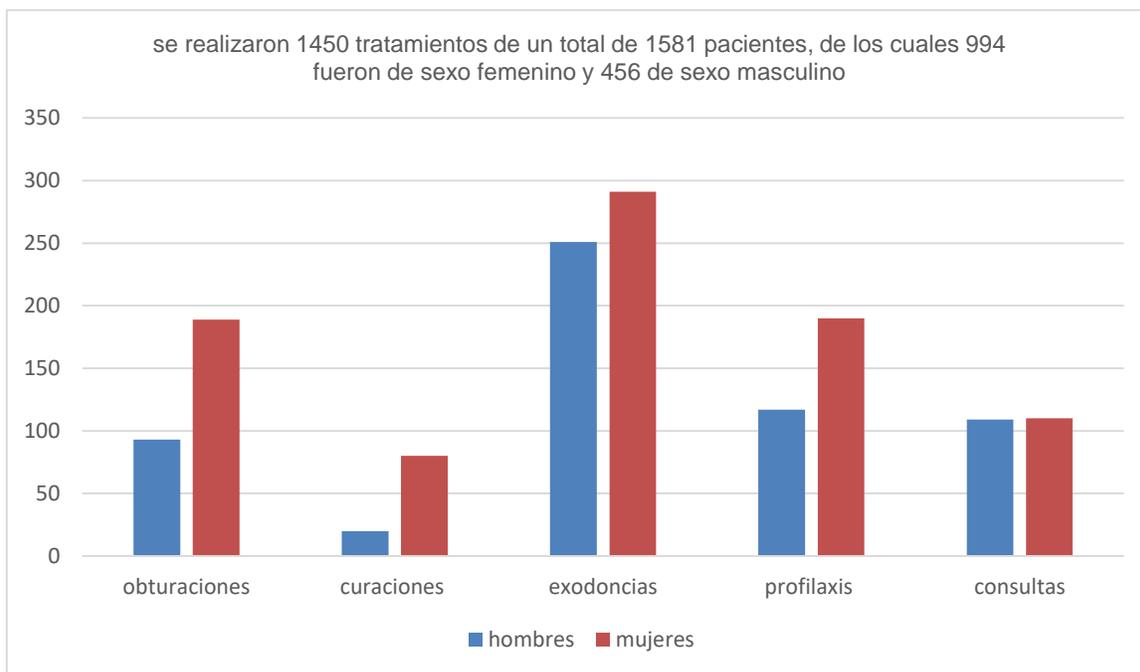
Se realizaron 282 tratamientos de obturación (resinas) a pacientes adultos con el objetivo de restaurar la integridad de los órganos dentales cariados, así como devolverle su funcionalidad o estética.

Se practicaron 100 curaciones en pacientes adultos, con el fin de detener el desarrollo de la caries y evitar así la pérdida de piezas dentales permanentes en dientes que necesitaban un tratamiento especializado.

Se hicieron 542 exodoncias, en piezas dentales parcialmente destruidas o restos dentales, así mismo se realizaron extracciones en pacientes con movilidad dental grado tres y dientes con caries en grado 4.

En este periodo también se hicieron 307 profilaxis en pacientes adultos presentes con enfermedad periodontal avanzado, de igual forma se brindaron 98 consultas a pacientes con la finalidad de orientarlos en la continuidad de sus tratamientos y un buen pronóstico.

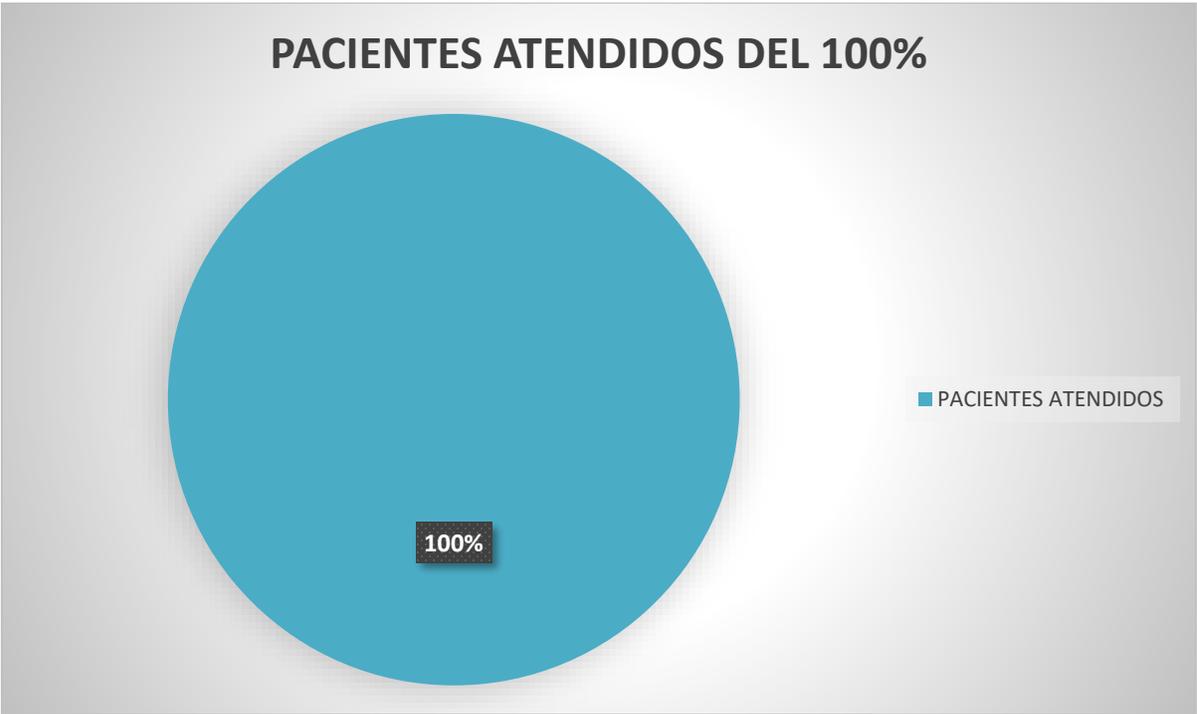
Tratamientos realizados



Cabe señalar que cada uno de los 1581 pacientes atendidos, tanto a niños como adultos se les brindo una plática sobre salud bucal y de igual manera se les instruyo la técnica de cepillado correcta para cada uno, así como el uso adecuado de enjuagues bucales, hilo dental y su limpieza dental recomendada cada 6 meses.

PACIENTES ATENDIDOS

Se atendieron 1581 pacientes, en el periodo de agosto 2022 a enero del 2024 en el consultorio dental de las oficinas centrales del DIF Municipal de Berriozábal Chiapas.



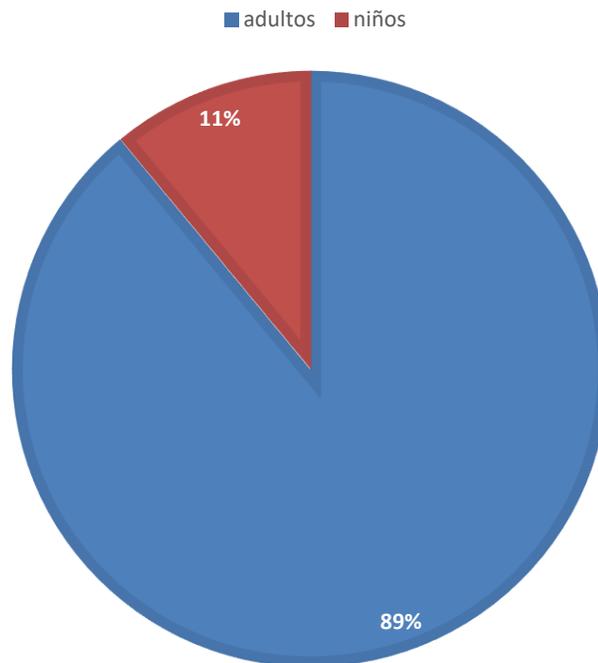
Pacientes atendidos

Se atendieron a 1581 pacientes, en el periodo de agosto 2022 a enero del 2024 en el consultorio dental de las oficinas centrales del DIF municipal en la ciudad de Berriozábal Chiapas, ubicado en la 2pte entre avenida central y 1 norte barrio san Sebastián.

De ese universo de trabajo, 1450 pacientes fueron adultos y 131 fueron niños.

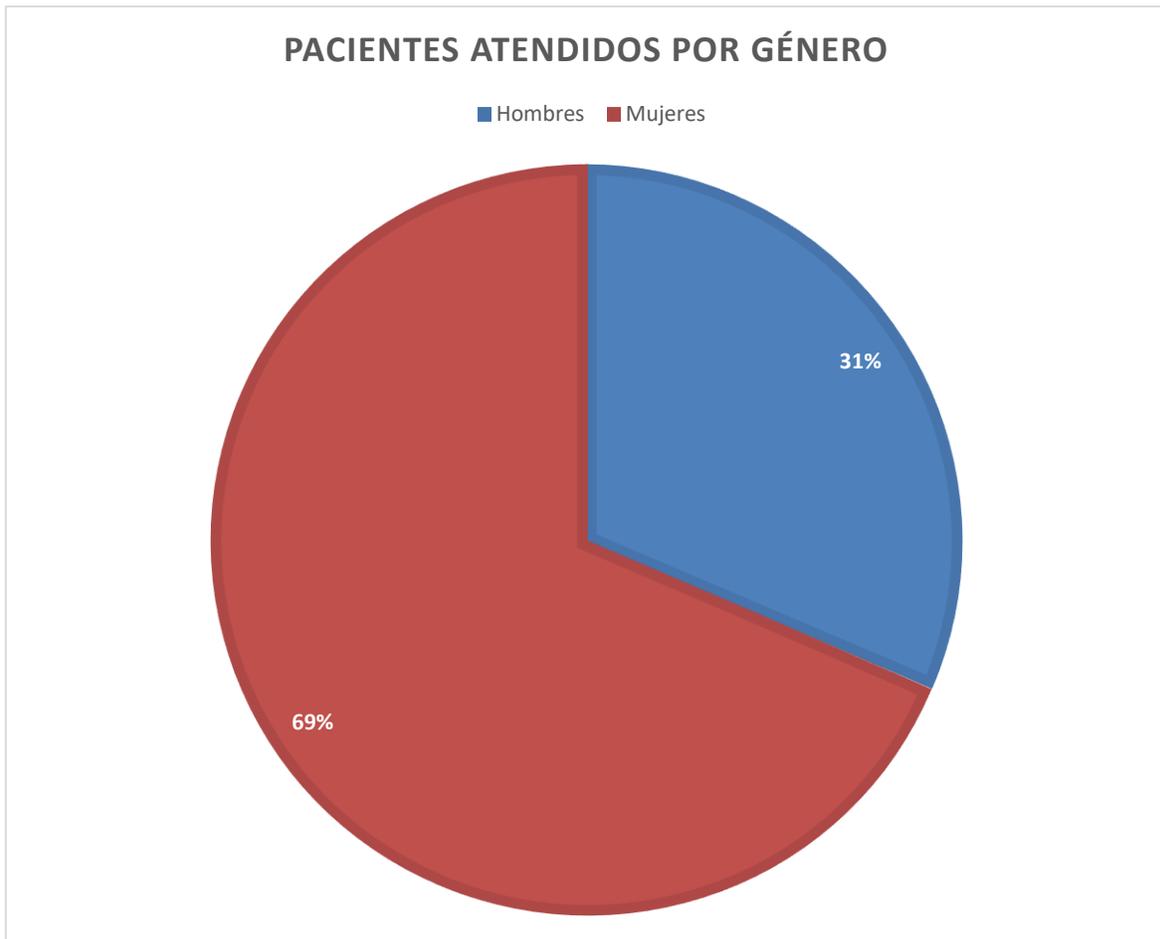
Pacientes Atendidos

SE ATENDIERON 1581 PACIENTES, DE ESE UNIVERSO DE TRABAJO 1450 PACIENTES FUERON ADULTOS Y 176 NIÑOS



Pacientes atendidos por género.

Del total de 1581 pacientes adultos atendidos 994 fueron mujeres y 456 fueron hombres.



Pacientes atendidos con caries dental.

De los 1581 pacientes atendidos en el periodo de agosto 2022 a enero 2024 en las oficinas centrales del DIF Berriozábal Chiapas, 382 pacientes fueron diagnosticados con caries dental en sus diferentes grados y fueron atendidos de manera correcta, siendo así erradicada dicha enfermedad. Por otra parte, 90 pacientes no corrieron con la misma suerte, teniendo así que perder diferentes piezas dentales permanentes, debido al grado avanzado de caries que presentaban.

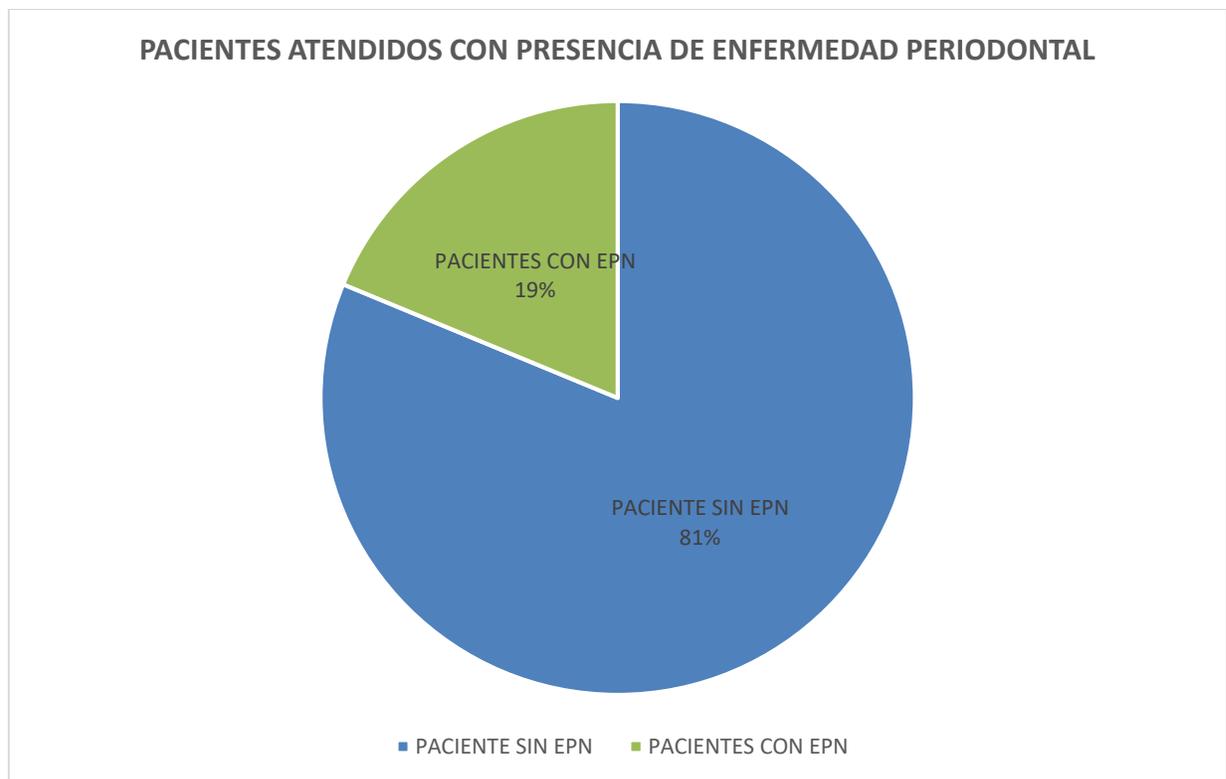
Teniendo, así como resultado a 588 pacientes afectados por caries dental.



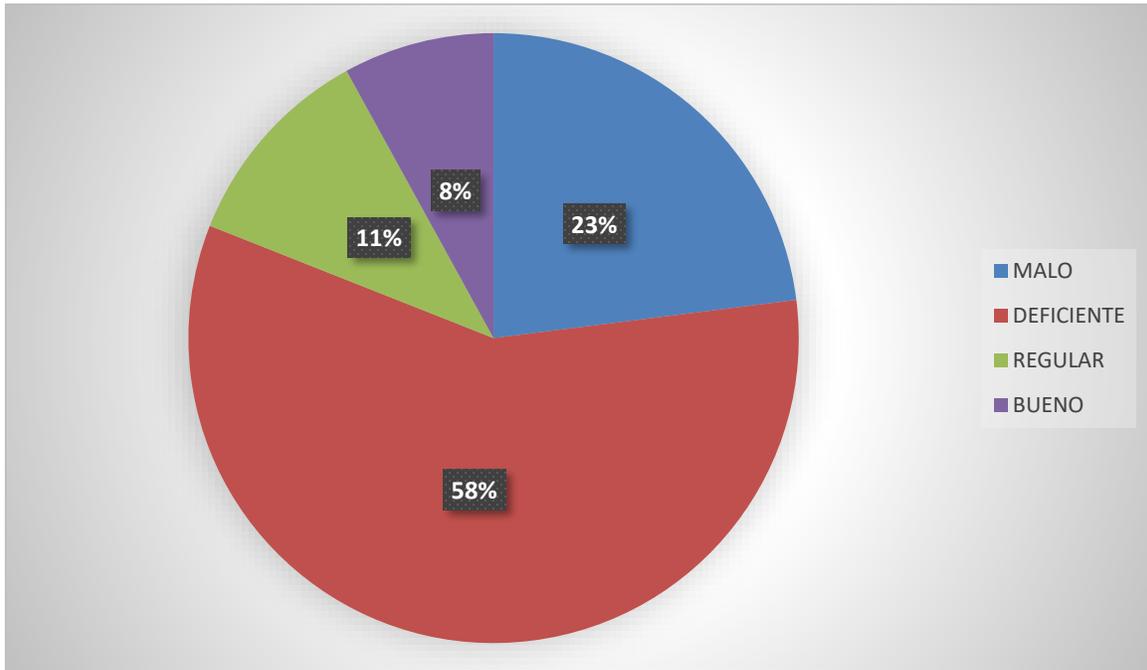
Pacientes Atendidos Con Presencia De Enfermedad Periodontal

De la misma manera, de los 1581 pacientes atendidos en el periodo de agosto del 2022 a enero del 2024, en las instalaciones de las oficinas centrales del DIF municipal de Berriozábal Chiapas, 198 pacientes fueron diagnosticados con problemas periodontales avanzados. Y 100 pacientes más fueron afectados por este problema, teniendo como consecuencia final la perdida temprana de piezas dentales permanentes.

Siendo así el 19% del total de pacientes atendidos que se vieron afectados por problemas periodontales severos. Si bien en una taza baja de pacientes afectados, no lo son asi las consecuencias que este problema periodontal presenta en dichos pacientes puede ocasionar.



NIVEL DE SALUD BUCAL



HIGIENE BUCAL

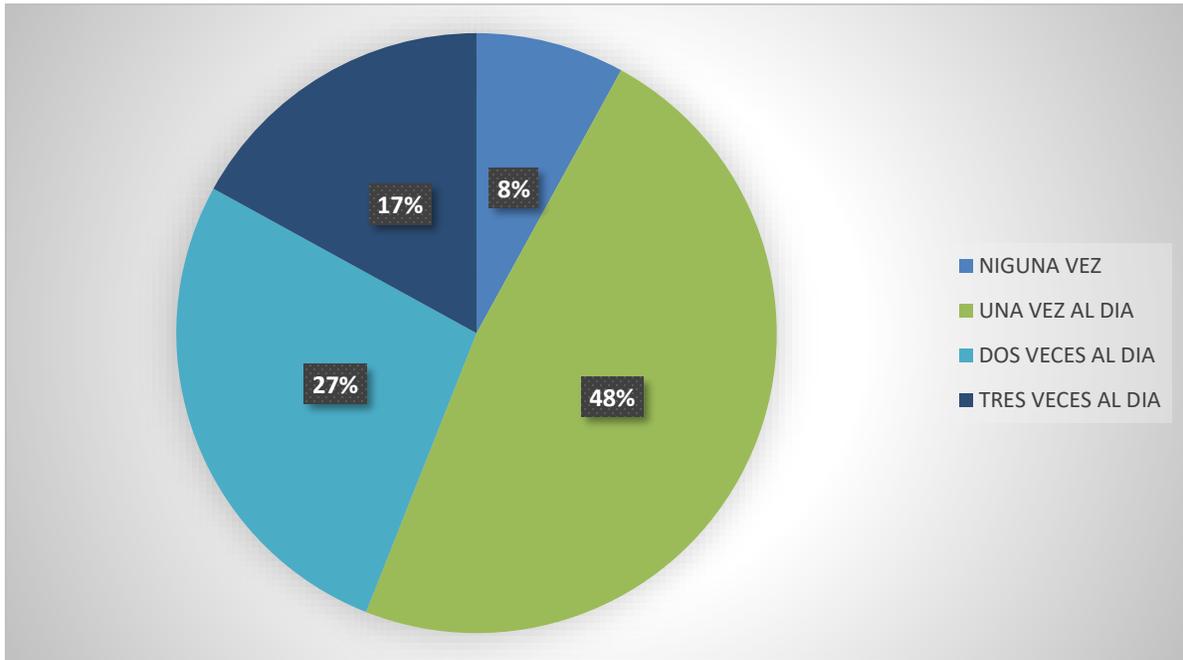
**FRECUENCIA DE
CEPILLADO DENTAL**

**NUMERO DE
PERSONAS**

PORCENTAJE

NINGUNA VEZ	152	8%
UNA VEZ AL DIA	724	48%
DOS VECES AL DIA	400	27%
TRES VECES AL DIA	305	17%
TOTAL	1581	100%

FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL



FRECUENCIA ODONTOLÓGICA PARA REVISIÓN EN EL DIF

FRECUENCIA ODONTOLÓGICA	CANTIDAD DE PACIENTES	PORCENTAJE
NINGUNA VEZ	152	8%
UNA VEZ AL DIA	724	48%
DOS VECES AL DIA	400	27%
TRES VECES AL DIA	305	17%
TOTAL	1581	100%

PRINCIPALES CAUSAS QUE CAUSAN LA CARIES DENTAL

- Consumo de carbohidratos
- Alimentos ácidos
- Bacterias
- Falta de calcio
- Factores socioculturales
- Malos hábitos de higiene bucodental

PRINCIPALES CAUSAS QUE PROVOCAN PROBLEMAS PERIODONTALES

- Mala higiene bucal
- Acumulación excesiva de placa dental
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Socioeconómico
- Diabetes
- Embarazo
- Predisposición genética

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue no probabilística al criterio de la investigación.

Del total de 1581 pacientes, se tomó una muestra de 1450 pacientes adultos que fueron atendidos en el consultorio dental de las oficinas centrales del DIF municipal de Berriozábal Chiapas.

CRITERIO DE INCLUSION.

- Pacientes remitidos de brigadas realizadas en distintas comunidades de la ciudad.
- Pacientes remitidos de otras instituciones.
- Pacientes remitidos de la actividad semanal “miércoles ciudadano”.
- Paciente que llegaron por voluntad propia.

CONCLUSIÓN

La enfermedad periodontal es la forma simple para referirse a cualquier tipo de periodontitis. Las periodontitis son la causa más frecuente de pérdida de dientes o extracción de piezas dentarias en sujetos mayores de cuarenta años. Hasta el 80% de las exodoncias en estos pacientes se relacionan con este problema. La enfermedad periodontal está constituida por un grupo de cuadros clínicos de etiología infecciosa que producen lesiones inflamatorias con una elevada capacidad destructiva local y potencial daño sistémico.

Existen diversos factores de riesgo que inducen y favorecen enfermedades periodontales, como son los agentes irritantes locales bien sea químicos o mecánicos, el biofilm microbiano o la placa dental, el sarro o cálculo dental, restauraciones desajustadas o materiales porosos de restauración, desechos alimenticios y la respiración bucal. Estos factores influyen de forma distinta en cada individuo, dependiendo de factores generales y disfuncionales, como por ejemplo el bruxismo, los traumatismos oclusales, las mal posiciones, la ausencia de piezas y la masticación unilateral. La encía responde a estos irritantes mediante una inflamación, provocando una hiperemia que aporta sustancias nutritivas, leucocitos y oxígeno que provoca cambios de color, forma y textura del tejido gingival.

Nuestra principal arma para combatir estas enfermedades (su prevención y su desarrollo) es la buena higiene bucal que disminuye la acumulación de placa bacteriana (principal factor en el desarrollo de estas enfermedades como la gingivitis).

Asistir periódicamente al dentista ayuda a mantener nuestros dientes en mejor estado y más protegidos con la utilización de fluorotópico aplicado por nuestro dentista.

ANEXOS

CONSULTORIO DENTAL DEL DIF MUNICIPAL



PACIENTES ATENDIDOS DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.







EQUIPO DE TRABAJO



FUENTES DE CONSULTAS

-Díaz de Kuri MV. Nacimiento de una profesión: la odontología en el siglo XIX en México. México, D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México-Fondo de Cultura Económica; 1994. (Colección Ciencia y Tecnología) .

-Pérez-Tamayo R. La medicina en Grecia clásica. Hipócrates. En su: De la magia primitiva a la medicina moderna. 2a ed. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica-Secretaría de Educación Pública-Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; 2003. (Colección La Ciencia para Todos; 154)

-Nieto ME, Feingold M. Comunicación para la salud. En: De la Fuente J, Sifuentes MC, Nieto ME, editores. Promoción y educación para la salud. México, D. F.: Manual Moderno; 2014

-Martínez C, Leal G. La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. En: Estudios Demográficos y Urbanos. México: El Colegio de México; 2002 (ACCESO ABIERTO Y CUENTA CON EL ENLACE EN EL PROGRAMA)

-Cuenca SE, Baça GP. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005

-Pares G., Herrera MI., Moedano ED., Romo MR. Capítulo 6. Administración de programas de educación para la salud. En: Fuente J., Sifuentes MC., Nieto ME. Promoción y Educación para la Salud en Odontología. 1ª ed. México: Manual Moderno; 2014.

-Lang NP, Lindhe J, Berglundh T, Giannobile WV, Sanz M, directores. Periodontología clínica e implantología odontológica. Tomo 1. 6ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2017.

-Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Newman and Carranza's clinical periodontology. 13th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019.

-Vargas Casillas AP, Yáñez Ocampo BR, Monteagudo Arrieta CA, coordinadores. Periodontología e implantología. México, D.F.: Médica Panamericana; 20

-Lang NP, Lindhe J, Berglundh T, Giannobile WV, Sanz M, directores. Periodontología clínica e implantología odontológica. Tomo 1. 6ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2017.

-Lang NP, Lindhe J, Berglundh T, Giannobile WV, Sanz M, directores. Periodontología clínica e implantología odontológica. Tomo 2. 6ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2017.

-Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Newman and Carranza's clinical periodontology. 13th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019.

-Malamed SF, Orr DL. Medical emergencies in the dental office. 7th ed. St Louis: MosbyElsevier; 2015

-Jakubovics NS, Palmer RJ. Oral microbial ecology: current research and new perspectives. Norfolk, UK: Caister Academic Press; 2013.

-Lamont R, Burne R, Lantz M, Leblanc D, editors. Oral microbiology and immunology. Washington, D.C.: ASM Press; 2006.

-Madigan MT, Martinko JM, Dunlap PV, Clark DL. Brock: biología de los microorganismos. 12ª ed. Madrid: Prentice-Hall; 2009.

-Ryan KJ, Ray CG, editores. Sherris: Microbiología médica. 5ª ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2011 .

-Willey J, Sherwood L, Woolverton C. Microbiología de Prescott. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2004.