



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE
ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

PREVALENCIA DE ANOMALÍAS DENTARIAS EN ESCOLARES DE SAN
PEDRO MÁRTIR

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CST III DR. DAVID FRAGOSO LIZALDE

CAROLINA LIZZET SÁNCHEZ GUZMÁN

2143060951

01 DE FEBRERO 2019 - 31 DE ENERO 2020

FECHA DE ENTREGA: MARZO 2020

ASESOR INTERNO: DRA. EN C. BIOLÓGICAS SUSANA AURORA MACÍN
CABRERA

ASESOR EXTERNO: C. D. JUAN PABLO GAMA GONZÁLEZ

Asesor externo:

C.D. Juan Pablo Gama González

Coordinador de área de dental

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM XOCHIMILCO

Asesor interno:

C.D. Susana Aurora Macín Cabrera

Comisión del servicio social de Estomatología

RESUMEN

Como futuros profesionales de la odontología es importante conocer, comprender y reforzar periódicamente información, dentro del campo diagnóstico en el sistema estomatognático, podemos identificar variantes de lo normal que se presentan en él, es necesario por ello tener conocimiento de “lo normal” en cuanto a estructura, posición, forma y función tanto de tejidos blandos como en tejidos duros que forman éste sistema.

La mayoría de las deformaciones dentales ocurren entre la sexta y octava semana de vida intrauterina debido a que en este periodo se produce la transformación de estructuras embrionarias importantes (el saco dentario, papila dentaria y el órgano dentario) que en el proceso de histodiferenciación darán lugar a la formación del esmalte, dentina y cemento. La odontogénesis es el proceso de formación del diente, el cual es continuo, se inicia con la formación de la corona y termina con la formación de la raíz. Las anomalías dentales son malformaciones de los tejidos del diente que se dan por falta o por aumento en el desarrollo de estos, pueden ser de forma, número, tamaño, estructura, posición, incluso pueden provocar retraso en el cambio de los deciduos a los permanentes y en algunas ocasiones falta de desarrollo de los maxilares, de todas estas anomalías se hará referencia a las relacionadas únicamente con alteraciones en los dientes.

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, correlacional, cuantitativo, transversal, donde la muestra fue de 648 escolares que acuden a la escuela primaria “Fuerzas armadas de México” y “Abel Ortega”. Periodo comprendido: Agosto del 2019 a Diciembre 2019.

Se realizó exploración bucal a cada escolar y se otorgó un cepillo dental desechable, se dieron pláticas acerca de la técnica de cepillado, de las enfermedades bucales más frecuentes de acuerdo a su edad y de las anomalías dentales, también se les otorgó un folleto con información acerca de caries y anomalías dentales para ellos y los padres de familia de manera que también estuvieran informados de lo que padecen sus hijos.

El papel que desempeñan las alteraciones genéticas en el desarrollo dental es fundamental ya que se puede relacionar fuertemente con el desarrollo de caries, por eso la importancia de dicho proyecto, haciendo énfasis en la prevención y promoción de la salud bucal.

ÍNDICE

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL	1
INTRODUCCIÓN GENERAL	1
CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN	2
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
MARCO HISTÓRICO	5
MARCO TEÓRICO	6
MATERIALES Y MÉTODOS	20
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIÓN	26
ANEXOS	27
BIBLIOGRAFÍA	31
CAPÍTULO III. ANTECEDENTES	34
ZONA DE INFLUENCIA	34
CENTRO DE SALUD	37
SERVICIO ESTOMATOLÓGICO	40
BIBLIOGRAFÍA	41
CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	42
INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	42
ANÁLISIS DE DATOS	55
CONCLUSIONES	55
ANEXOS	56

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL

INTRODUCCIÓN GENERAL

El Centro de Salud T III Dr. David Fragoso Lizalde es una institución de asistencia pública perteneciente a Secretaria de Salud de México, se dedica a dar atención de primer nivel a los pacientes de la región. Fue fundado el 31 de agosto de 1989. Tiene una capacidad de 46, 041 de los cuales 22,187 no son derechohabientes. Servicio social realizado en este centro de salud en el periodo del 01 febrero de 2019 al 31 de enero de 2020.

Este trabajo se realizó debido a la gran incidencia de pacientes diagnosticados en el CST III Dr. David Fragoso Lizalde con diferentes anomalías dentarias de varios tipos; forma, tamaño y color en edad temprana, por lo tanto, es de gran importancia tomar en cuenta el padecimiento y tratamiento de las mismas para mantener una buena salud bucal.

Para la realización de dicho estudio se tomó como apoyo principalmente la aplicación de encuestas y la exploración bucal de pacientes entre 5 y 12 años de edad.

Las principales actividades como pasante en el servicio de estomatología de este centro de salud fueron variadas, ya que se basaban en la atención de primer nivel al paciente, se realizó otorgamiento de salud bucal sobre distintos temas de prevención de enfermedades bucales, instrucción de técnica de cepillado, técnica de uso de hilo dental, elaboración de historias clínicas, revisión de tejidos bucales, aplicación de fluoruro en barniz a niños, sellado de fosetas y fisuras, obturaciones con resinas, farmacoterapia, toma de radiografías, profilaxis, odontoxesis, extracciones simples en dentición temporal y permanente, llenado de hoja diaria de pacientes citados, elaboración de certificados médicos, asistencia a jornadas de salud, campañas para la promoción de salud bucal en distintos lugares de la región, entre otras.

CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la dentición humana, de los tejidos blandos, huesos y estructuras a nivel bucal involucra la interacción de diferentes factores.¹

Las alteraciones del desarrollo embriológico de la dentición se denominan anomalías dentarias (AD), utilizándose también el término displasias dentarias para los casos en los que se altera el desarrollo de un tejido dentario específico.²

Cuando cualquier producto génico se ve afectado, se pueden desencadenar alteraciones de tamaño, forma y número de las piezas dentales, tanto en dentición primaria como en permanente.¹

Anómalo significa desigual, diferente, distinto, que discrepa de la regla, por tanto, la anomalía dentaria puede definirse como una desviación de la normalidad dentaria provocada por una alteración en el desarrollo embriológico del diente.

Se ha demostrado que una anomalía puede afectar a cualquiera de los aspectos de la normalidad dentaria: la forma, el número, el tamaño, la estructura interna, el color, la posición en la arcada, etc.²

Los factores etiopatogénicos implicados en las alteraciones del desarrollo dentario son básicamente dos: 1) genético-hereditarios y 2) ambientales.

El desarrollo normal del germen dentario puede verse también afectado por factores farmacológicos como las tetraciclinas y el flúor, también factores locales como presión externa, proceso inflamatorio cercano, traumatismos, alteraciones localizadas del trofismo nervioso, circulatorio o endocrinometabólico, apareciendo displasias de esmalte o dentina y anomalías dentarias cuya expresión fenotípica dependerá de la fase del desarrollo dentario en la que hayan actuado estos factores.²

Se ha demostrado en pacientes con algún tipo de anomalía dentaria un aumento de factor de riesgo de lesiones cariosas debido a dicha alteración, el reconocerlo en edad temprana es de particular interés para poder establecer diagnósticos precisos y estrategias de tratamiento.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El desarrollo de la dentición es un proceso complejo en el que participan diversos tejidos y funciones, cuya regulación solo se le conoce de manera muy general, existen diversas variaciones y alteraciones en la formación y erupción dental que gran parte de la población mexicana desconoce cuando padece algún tipo de anomalía dental, de modo que, no llevan un tratamiento adecuado dejando en riesgo su salud bucal.

JUSTIFICACIÓN

Se han descrito las anomalías dentales como una afección en el desarrollo embriológico, por lo tanto, se tiene conocimiento de que las anomalías dentales se manifiestan con variaciones anatómicas, funcionales y/o estéticas en las estructuras de los órganos dentales afectando a los diferentes tejidos, siendo muy comunes en la población, el estomatólogo debe estar preparado para diagnosticar cada una de ellas y brindar al paciente el mejor tratamiento para beneficiar la salud bucal del mismo.

Sabemos también que la caries repercute de alguna manera en la salud bucal de los pacientes que padecen algún tipo de anomalía dental por lo cual se ha vuelto una responsabilidad por parte del estomatólogo conocer las alteraciones que se puedan producir en pacientes afectados para lograr un diagnóstico adecuado y llevar a cabo el mejor tratamiento posible.

La edad del paciente influye en el tratamiento de dichas anomalías ya que entre más temprano sea el cuidado dental existirá un mejor pronóstico.

En el presente trabajo de investigación se analizará la prevalencia de las anomalías dentarias, para tratar las manifestaciones que se presentan en pacientes de temprana edad que las padecen, además de realizar un estudio para lograr un análisis de la relación que tiene con el riesgo a caries.

Lo anteriormente mencionado para lograr que el estomatólogo tome en cuenta las alteraciones ocurridas por esta afección y pueda llevar a cabo el mejor tratamiento posible.

OBJETIVO GENERAL

Identificar el tipo de anomalía dental con mayor prevalencia en niños de las Escuelas Primarias “Fuerzas Armadas” y “Abel Ortega” de San Pedro Mártir, Ciudad de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las anomalías dentales de mayor frecuencia en escolares que asisten a la Escuelas primarias “Fuerzas Armadas de México” y “Abel Ortega” de San Pedro Mártir.
2. Identificar que porcentaje de la población con algún tipo de anomalía sabe que la padece.
3. Relacionar las anomalías dentales con la presencia de caries en escolares que asisten a las Escuelas Primarias “Fuerzas Armadas de México” y “Abel Ortega”.

MARCO HISTÓRICO

En 1987, Kotch y colaboradores reportaron en Suecia que en el 15.4% de los niños nacidos entre los años 1966 y 1974 se presentaron graves lesiones de hipomineralización del esmalte de los primeros molares permanentes que se caracterizaban por opacidades que variaban del blanco cremoso al amarillo parduzco y que se presentaban en uno de los cuartos molares permanentes, con afección frecuente de los incisivos.³

Alaluusua y colaboradores publicaron en 1996 dos estudios en los que describen los defectos de la mineralización en los molares de los seis años. Registraron los defectos del esmalte en los primeros molares permanentes y excluyeron la hipoplasia y la fluorosis. También registraron la gravedad de los defectos de la siguiente manera: grave (pérdida de esmalte que necesita restauración, restauraciones atípicas), moderado (pérdida de esmalte) y leve (cambio de coloración), así como su tamaño, el cual se registró como: grande (>4.5 mm), moderado (=3.5mm) y pequeño (=2 mm).⁴

En 2001 se publicaron diferentes estudios que reportaron la prevalencia de defectos del esmalte en primeros molares permanentes. Leppaniemi & cols. usaron los criterios de Alaluusua, mientras que Weerheijm & cols. y Jalevik & cols. utilizaron el Índice de Defectos del Desarrollo del Esmalte (DDE), que adaptaron para poder describir el fenómeno de hipomineralización de los primeros molares permanentes.⁵ Los autores de estos reportes se reunieron en el congreso de la Asociación Europea de Odontopediatría que se celebró en Bergen en 2000, y concluyeron que habían descrito en sus trabajos la misma alteración.⁶

Durante la reunión de la Asociación Europea de Odontopediatría en Atenas (2003) se establecieron los criterios para realizar estudios epidemiológicos, mismos que pueden ser utilizados en la práctica clínica:

- Se deben examinar los primeros molares permanentes e incisivos (4 molares, 8 incisivos)
- El examen clínico se debe realizar después de la limpieza dental, con los dientes húmedos.
- La mejor edad para realizar la búsqueda de HIM es a los 8 años.

En cada uno de los 12 dientes se debe registrar:

- La mejor edad para realizar la búsqueda de HIM es a los 8 años.
- Ausencia o presencia de opacidades.
- Ruptura post-eruptiva del esmalte.
- Restauraciones atípicas.
- Extracción debida originalmente a HIM.
- Molares o incisivos sin erupcionar.⁷

DESARROLLO DENTARIO Y ERUPCIÓN

La odontogénesis se inicia en la 5^a-6^a semana de la vida intrauterina, con un engrosamiento del ectodermo de estomodeo que se invagina y da lugar a la lámina dental. Las sucesivas transformaciones de ésta y del mesénquima condensado procedente de la cresta neural, dan lugar a los gérmenes de los dientes temporales y permanentes.

Las fases sucesivas son: proliferación, morfodiferenciación y calcificación.

Las alteraciones de la proliferación se manifestarán, fundamentalmente, como alteraciones de número, sea por defecto o por exceso. Las interferencias en estadios posteriores modificarán el tamaño forma y/o estructura dentaria.

La erupción dentaria está íntimamente unida a la odontogénesis, aunque son procesos diferentes. La erupción dentaria podría definirse como el conjunto de movimientos que realiza cada diente para ocupar el espacio que le corresponde en la arcada dentaria y realizar sus funciones.

Cada pieza dentaria sigue un proceso eruptivo cronológicamente diferente pero similar en cuanto a las fases que realiza:

- Fase preeruptiva
- Fase eruptiva prefuncional
- Fase eruptiva funcional

El proceso de la odontogénesis es muy complejo y fácilmente alterable. Las manifestaciones de la alteración tardarán tiempo en evidenciarse y será necesario valorar los antecedentes médicos y conocer los hitos del desarrollo dentario para determinar el factor etiológico.

En las tablas 1,2 y 3 se expresa la cronología de odontogénesis y la erupción dentaria, tanto para la dentición temporal como para la permanente. Representaciones de este tipo permiten localizar la zona que se habrá alterado cuando los padres refieren un suceso susceptible de interferir en la odontogénesis.⁸

Tabla 1. Dientes temporales

	Inicio calcificación Semana intrauterina	Corona completa Meses de vida	Emergencia Meses	Raíz completa Años
Incisivo central	14 (13-16)	1-3	6-9	2-2.5
Incisivo lateral	16(14.5-16.5)	2-3	7-10	2-2.5
Canino	17(15-18)	9-11	16-20	2.5-3.2
Primer molar	15(14.5-17)	6-8	12-16	2-2.5
Segundo molar	8(16-23.5)	10-12	20-30	3

Cronología de la calcificación y erupción de los dientes temporales. Recuperado de: Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos.

Tabla 2. Dientes permanentes superiores

	Inicio calcificación Después del nacimiento	Corona completa Años	Emergencia Años	Raíz completa Años
Incisivo ctrl.	3-4 meses	4-5	7-8	10
Incisivo lat.	10-12 meses	4-5	8-9	11
Canino	5-7 meses	6-7	11-12	13-15
1º premolar	1.5-1.8 años	5-6	10-11	12-13
2º premolar	2-2.5 años	6-7	10-12	12-14
1º molar	Nacimiento	2.5-3	5.5-6	9-10
2º molar	2.5-3 años	7-8	12-13	14-16
3º molar	7-10 años	12-16	17-25	18-25

Cronología de la formación y emergencia de los dientes permanentes de la arcada superior. Recuperado de: Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos.

Tabla 3. Dientes permanentes inferiores.

	Inicio calcificación Después del nacimiento	Corona completa Años	Emergencia Años	Raíz completa Años
Incisivo ctrl	3-4 meses	4-5	6-7	9
Incisivo lat.	3-4 meses	4-5	7-8	10
Canino	4-5 meses	6-7	9-11	12-14
1º premolar	1.7-2 años	5-6	10-12	12-13
2º premolar	2-2.5 años	6-7	11-12	13-14
1º molar	Nacimiento	2.5-3	5.5-6	9-10
2º molar	2.5-3 años	7-8	12-13	14-15
3º molar	8-10 años	12-16	17-25	18-25

Cronología de la formación y emergencia de los dientes permanentes de la arcada inferior. Recuperado de: Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos.

ANATOMÍA DENTAL

La anatomía dental tiene una función demasiado importante en este gran sistema masticatorio y el aprendizaje de las características anatómicas de los dientes del ser humano, así como su función forma exterior e interior, posición dimensiones, relaciones, desarrollo y movimiento de erupción, es fundamental en odontología.

En el sistema masticatorio existe un equilibrio de los dientes que lo forman, al coincidir todas las eminencias con los surcos y depresiones durante la oclusión, esto es cuando la arcada superior hace contacto con la inferior al cerrarse la boca; este equilibrio se pierde cuando las estructuras del diente son dañadas, o cuando hay uno o varios dientes perdidos o fuera de oclusión muchas veces provocado por algún tipo de anomalía dental.

La dentadura es el conjunto de dientes colocados ordenadamente en forma de arco en los maxilares. Existen dos tipos de dentadura: la del adulto, constituida por 32 dientes y la infantil, que consta de 20 dientes.

La función de los dientes es muy importante en el organismo, ya que protegen la cavidad oral, realizan la masticación de los alimentos, colaboran con el aparato digestivo para digerir los alimentos y son necesarios para el habla, la fonética y la estética de la cara (de modo que esta sea agradable a la vista del observador).

La posición de los dientes sigue un orden constante en unidades pares derechas e izquierdas, alineadas en forma de arcada e insertadas en el hueso alveolar del maxilar superior y maxilar inferior, formando la dentadura junto con otros órganos dentro de la cavidad bucal para constituir el aparato estomatognático.⁹

Dentro de los tejidos encontramos:

- El esmalte: Es la parte visible de la pieza dental. Químicamente compuesta de 36,1 g de calcio y 17,3 g de fósforo. Posee en menor medida cantidades de agua, óxido de carbono y materia orgánica entre otros. Es un tejido calcificado duro y es el encargado de recubrir la corona de los dientes.
- La dentina: Ubicada debajo del esmalte. Está compuesta de 35 g de calcio y 17,5 g de fósforo entre otros compuestos químicos que posee en menor cantidad. Tiene una dureza mayor que la del hueso inclusive y es un tejido sensible a las temperaturas.
- El cemento: Se encuentra entre la dentina y la membrana periodontal. Su composición es parecida a la del hueso aunque su dureza es menor. También posee una gran cantidad de calcio (35 g) y de fósforo (17,7 g) entre otros compuestos.
- Pulpa dental: Se ubica en el interior de la dentina y está compuesta de tejido conjuntivo. A través de los orificios apicales, los vasos sanguíneos, linfáticos y los nervios se introducen en la pulpa dental.

En cuanto a su estructura morfológica el diente posee:

- Corona: Está cubierta por el esmalte. Se llama corona del diente a la parte visible que se halla encima de la encía.
- Cuello o zona cervical: Ubicado en la base de la encía entre la corona y la raíz.
- Raíz: Es la zona ubicada dentro del hueso, por debajo de la encía. Cada diente puede tener entre una y tres raíces dependiendo del tipo de diente que sea.
- Encía: Es la membrana que rodea el cuello del diente de color rosado.
- Hueso alveolar: Es la parte donde se alojan las piezas dentales. En el hueso alveolar se encuentran los alvéolos dentarios.
- Ligamento periodontal: Es un tejido de tipo conjuntivo que brinda cierta movilidad al diente uniéndolo al hueso alveolar.

Imagen 1.- Anatomía y morfología dental

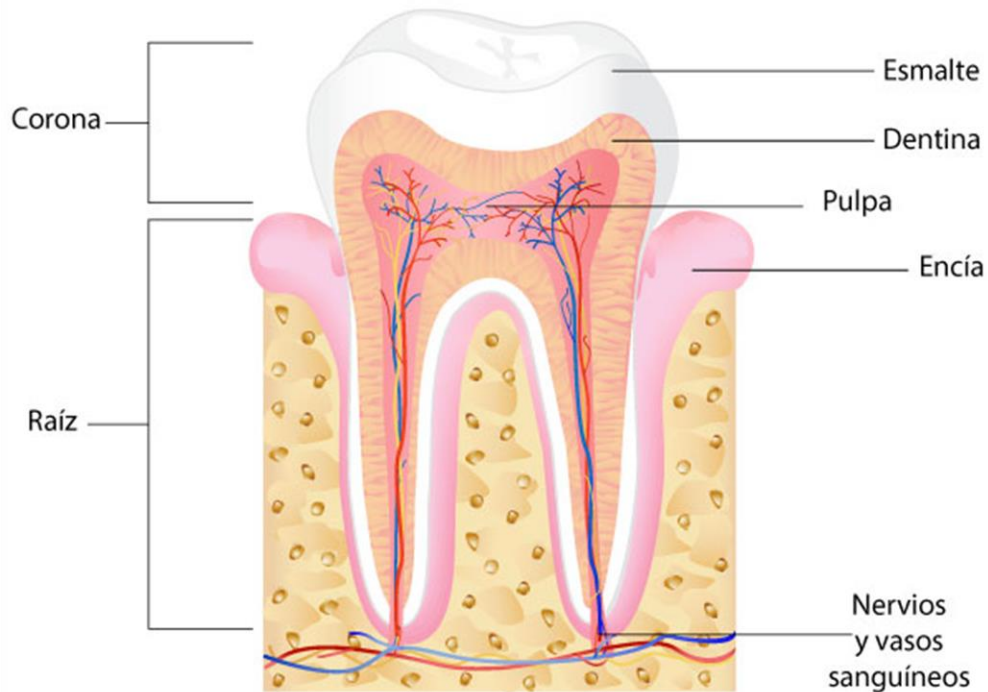


Imagen recuperada de clinicaqualitas.com

Clasificación de los dientes:

- Incisivos, ubicados en la parte frontal de borde afilado. Son ocho dientes (cuatro en la parte inferior y cuatro en la superior. Éstos últimos son más grandes que los inferiores). Su raíz es una sola y la corona es de tipo cónica. Su función es la de cortar los alimentos.
- Caninos. Comúnmente se les llama colmillos. Se ubican a los costados de los dientes incisivos. Tiene una forma puntiaguda o rectangular y plana. Su función es la de desgarrar los alimentos. Hay cuatro de ellos (dos superiores y dos inferiores).
- Premolares. Existen 8 dientes premolares ubicados al lado de los caninos tanto en la parte superior como inferior. Su función es la de triturar alimentos.
- Molares. Están ubicados tres en cada lado, tanto en la parte inferior como en la superior, sumando un total de 12 piezas. A diferencia de los anteriores, sus cumbres son anchas. También son los dientes más grandes de los distintos grupos dentarios, y pueden llegar a tener hasta cuatro raíces cada uno. Su función es la de moler y triturar. Este tipo de dientes pertenece al grupo posterior.

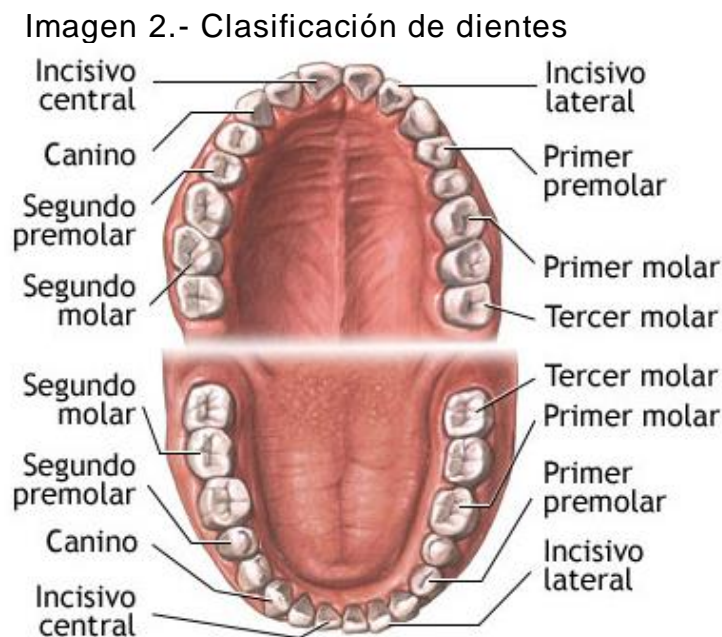


Imagen recuperada de tipos de piezas dentales
– Centro Dental Parc del Nort Clinic

PRIMERA DENTICIÓN

Las funciones básicas de los dientes primarios son:

Masticación de los alimentos y preparación del bolo alimenticio para su digestión y asimilación.

Mantener el espacio fisiológico para la dentición sucesora permanente.

Sirve de guía de erupción.

Estimular el crecimiento y desarrollo fisiológico de los maxilares.

Permite una buena fonación (sobre todo de dientes anteriores).

Estética

Permite la adaptabilidad en el entorno social.

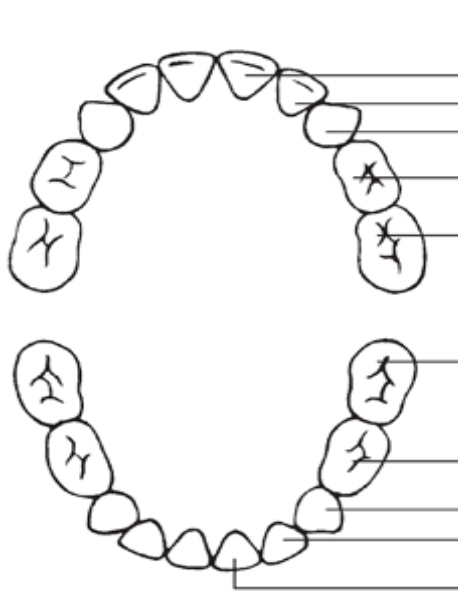
Los dientes temporales se dividen en 3 categorías:

- Incisivos: 8 dientes, son los dientes del sector anterior de la boca. Solo tienen una raíz y son cónicos, alargados y afilados, estos dientes tienen la función de cortar los alimentos.
- Caninos: 4 dientes, su función es la de desgarrar los alimentos, tienen una forma puntiaguda, con una sola cúspide.
- Molares: 8 molares, se encargan de triturar el alimento, en la zona superior (Maxilar), tienen 3 raíces. Sin embargo en el sector inferior (Mandíbula) solo tienen dos raíces.

La corona clínica dental de los dientes primarios presenta:

- Corona clínica más pequeña en comparación con los dientes permanentes, acentuándose más por el desgaste o abrasión fisiológica, por lo que los dientes parecen achatados.
- Las superficies vestibulares y linguales de los molares deciduos son convergentes hacia oclusal, siendo más ancho en el tercio cervical y disminuyendo su tamaño en el tercio oclusal.
- Los puntos de contacto en los dientes primarios se convierten en zonas de contacto las cuales son más amplias y aplanadas.
- El cuello dental es muy pronunciado, más en los primeros molares.
- El esmalte termina en un borde bien definido.
- El grosor del esmalte y dentina son muy delgadas.
- Su color es más claro que el de los dientes permanentes. Se debe a que su tiempo de maduración es más corto, por ello se forma menos dentina, por lo que obtiene un color más blanquecino.

Imagen 3.- Cronología de erupción de dientes temporales



Dientes Superiores		
Dientes Superiores	Erupción	Se Caen
Incisivo central	8-12 meses	6-7 años
Incisivo lateral	9-13 meses	7-8 años
Canino (colmillo)	16-22 meses	10-12 años
Primer molar	13-19 meses	9-11 años
Segundo molar	25-33 meses	10-12 años
Dientes Inferiores		
Dientes Inferiores	Erupción	Se Caen
Segundo molar	23-31 meses	10-12 años
Primer molar	14-18 meses	9-11 años
Canino (colmillo)	17-23 meses	9-12 años
Incisivo lateral	10-16 meses	7-8 años
Incisivo central	6-10 meses	6-7 años

Imagen recuperada de Tablas de erupción – American Dental Association

SEGUNDA DENTICIÓN

La dentición permanente o del adulto, es aquella que se forma después de la dentición temporal y que conformará el sistema dental durante toda la vida.

Las funciones básicas de dientes permanentes son:

- Masticatoria.
- Fonética.
- Estética.
- Expresión facial.

Los dientes permanentes se dividen en 4 grandes categorías:

- Incisivos: 8 dientes, son los dientes del sector anterior de la boca. Solo tienen una raíz y son cónicos, alargados y afilados, estos dientes tienen la función de cortar los alimentos.
- Caninos: 4 dientes, su función es la de desgarrar los alimentos, tienen una forma puntiaguda, con una sola cúspide.

- Premolares: 8 dientes, tienen la función de triturar el alimento, generalmente tienen una sola raíz, aunque pueden llegar a tener dos (2º Premolar Superior), tienen dos cúspides.
- Molares: 12 molares, se encargan de triturar el alimento, en la zona superior (Maxilar), tienen 3 raíces. Sin embargo en el sector inferior (Mandíbula) solo tienen dos raíces.
- El tercer molar: También llamado “muela del juicio” o “cordal”, suele aparecer entre los 17 y 25 años de edad, se trata de 4 dientes (2 superiores y 2 inferiores), pueden no formarse nunca.

Imagen 4.- Cronología de erupción de dientes permanentes

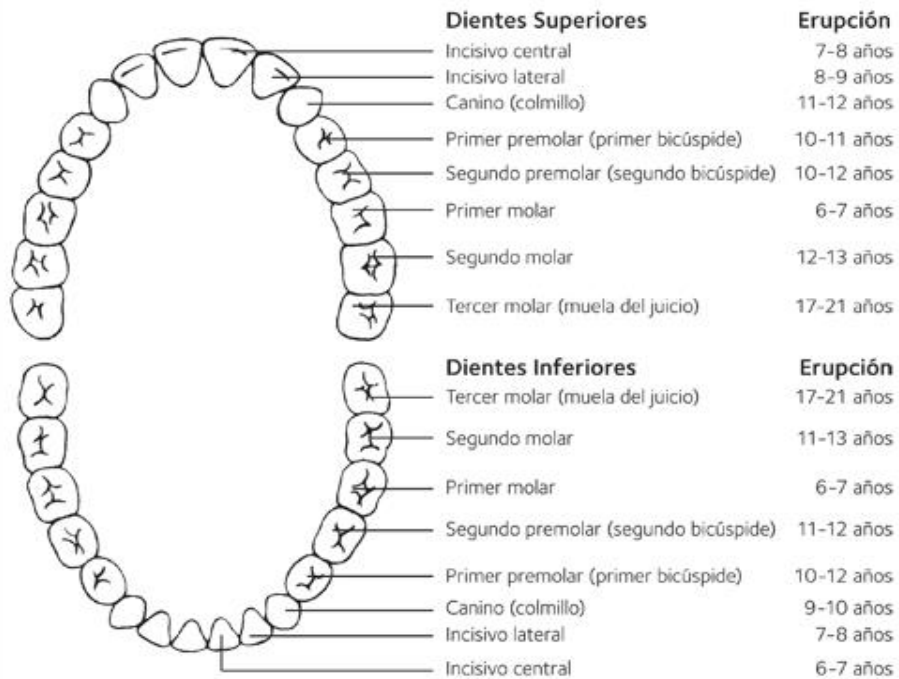


Imagen recuperada de Tablas de erupción – American Dental Association

ANOMALÍAS DENTALES

Anómalo significa desigual, diferente, distinto, que discrepa de la regla, por tanto, la anomalía dentaria puede definirse como una desviación de la normalidad dentaria provocada por una alteración en el desarrollo embriológico del diente, la anomalía puede afectar a cualquiera de los aspectos de la normalidad dentaria: la forma, el número, el tamaño, la estructura interna, el color, la posición en la arcada, etc., no obstante, el establecer un límite entre lo normal y lo patológico en ocasiones es complicado, si comparamos individuos y razas, el tamaño y la forma pueden variar bastante, lo que en una étnia es habitual, en otra es un hallazgo extraordinario y anómalo.

El concepto “normalidad dentaria” es relativo, existiendo cuando la persona tiene el número y tipo de dientes común para su edad, situados en las arcadas en el orden y posición habitual, con la forma característica de cada pieza, el tamaño adecuado, el color ordinario y la estructura interna específica, dentro del contexto racial al que pertenece.

Las alteraciones del desarrollo embriológico de la dentición provocan anomalías y displasias dentarias. Los factores etiopatogénicos implicados en las alteraciones del desarrollo dentario son básicamente dos: genéticos y ambientales, según la fase del desarrollo en que afecten al órgano del esmalte y a los tejidos dentarios, aparecerán diferentes anomalías y/o displasias dentales. El control genético del desarrollo dentario se lleva a cabo mediante dos procesos: a) control de la histogénesis del esmalte y la dentina, y b) la especificación del tipo, tamaño y posición de cada diente. La mutación de los genes implicados en la amelogénesis o en la dentinogénesis produce alteraciones del desarrollo dentario aisladas o sindrómicas.¹⁰

La mayoría de las AD ocurren entre la sexta y octava semana de vida intrauterina debido a que en este periodo se produce la transformación de estructuras embrionarias importantes como son el saco dentario, papila dentaria y el órgano dentario que en el proceso de histodiferenciación darán lugar a la formación del esmalte, dentina y cemento. La odontogénesis es el proceso de formación del diente, el cual es continuo se inicia con la formación de la corona y termina con la formación de la raíz, la capacidad de formación de la dentina continua durante toda la vida del diente.

AMELOGÉNESIS IMPERFECTA

La amelogénesis imperfecta es una entidad de carácter hereditario que se transmite como un rasgo dominante y se caracteriza por la presencia de dientes con una capa de esmalte y alteraciones en su grado de mineralización. Los dientes desde el punto de vista clínico se distinguen por ser más amarillentos y translúcidos, pues la dentina a través del esmalte y por cambios en el tamaño, la forma y el color.¹¹

Este padecimiento se puede presentar tanto en la dentición permanente como en la decidua, en un solo diente, en un grupo de dientes o en toda la dentición. Su mayor importancia radica en la alta sensibilidad y susceptibilidad a los cambios térmicos y a la incidencia de caries que sufren quienes la padecen. Las alteraciones que afectan a la formación del esmalte pueden ser de origen genético o de origen medioambiental, pues el ameloblasto es una célula muy sensible a los cambios de su entorno.¹²

Debido a que el esmalte es de origen ectodérmico las alteraciones en su formación se pueden acompañar de cambios en otros tejidos de origen ectodérmico, como el pelo, las uñas o la piel.

Se afirma en la literatura especializada la existencia de tres grandes variedades de amelogénesis imperfecta: la de tipo hipoplásico (esmalte delgado), la hipo calcificación (que consiste en la mineralización primaria) y la hipomineralizada (defecto en la maduración del esmalte).¹³

La restauración de estos defectos es importante no sólo debido a preocupaciones estéticas y funcionales, sino porque puede representar un impacto psicológico positivo para el paciente.

La amelogénesis imperfecta se clasificó según la Tabla N°4 (Berrocal, Rosa, Zúñiga, 2011) en la cual se destacan dos grandes grupos prioritarios: lesiones hipoplásicas e hipomineralizadas, donde las lesiones hipomaduras (por defectos en su maduración) y las hipocalcificadas (defectos en la calcificación de la matriz del esmalte) entran en el grupo de las lesiones hipomineralizadas; en esta última, la calcificación y la maduración son parte del proceso correcto de mineralización.¹⁴

Tabla 4 clasificación de las lesiones de AI según las características clínicas y radiográficas.

Hallazgo	Hipoplástica	Hipomineralizado	
		Hipocalcificado	Hipomadura
Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Esmalte Liso o con ranuras y fosas. Fino en partes o generalizado. Dureza y transparencia conservadas • Color Varía de normal a blanco opaco y amarillo-café. • Coronas Contorno cuadrado, falta de contactos interproximales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esmalte Grosor normal a la formación. Se quiebra o desgasta fácilmente- propenso a descomposición poseruptiva. • Color Típicamente blanco y opaco a la erupción con cambios subsecuentes a tonos más amarillo-café más profundos. Pigmentado por comidas, bebidas u otros factores extrínsecos. • Corona Inicialmente de morfología normal, pero la rápida pérdida de esmalte deja coronas de forma anormal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esmalte Grosor normal a la erupción. Blando y de rápido desgaste- propenso a descomposición pos eruptiva • Color Típicamente blanco y opaco a la erupción antes de las subsecuentes pérdidas de esmalte y cambios de color asociados. • Corona Inicialmente de morfología normal, pero la rápida pérdida de esmalte deja coronas de forma anormal.
Radiográfico	Esmalte notablemente delgado en dientes no erupcionados.	<p>Volumen normal o casi normal de esmalte en dientes no erupcionados.</p> <p>Falta de contraste normal de radiodensidad entre el esmalte y la dentina.</p> <p>Cámaras pulpares amplias</p>	<p>Volumen normal o casi normal de esmalte en dientes no erupcionados.</p> <p>Falta de contraste normal de radiodensidad entre el esmalte y la dentina.</p>

Imagen recuperada de Berrocal, Rosa, Zúñiga, 2011

FUSIÓN

La fusión dental es una anomalía anatómica dentaria que consiste en la unión embriológica o en fases preeruptivas de dos o más gérmenes dentarios adyacentes por medio de dentina con el resultado de un diente único. En ocasiones pueden incluso compartir la cámara pulpar, aunque generalmente los dientes fusionados presentan dos cámaras pulpares.¹⁵

Los dientes afectados erupcionan ya fusionados, efectuándose la fusión a lo largo de dientes situados en el mismo plano, pudiendo ser total, o limitada a la corona o a la raíz.¹⁶

Schuurs y Van Loveren¹ han publicado la prevalencia de dientes geminados en distintas distribuciones geográficas. Reseñan que, en población de raza blanca, los dientes geminados se presentan en un 0,6% de los dientes primarios y en un 0,1% de los dientes permanentes. En las poblaciones japonesa, china e india americana, se registra una prevalencia más elevada, con valores de 2,8% en dientes primarios y 1,0% en dientes permanentes¹⁷

Esta anomalía se da con mayor frecuencia en la dentición temporal que en la dentición permanente.¹⁸ En la literatura se establece una clara predilección de localización en las zonas anteriores de los maxilares, involucrando con mayor frecuencia los incisivos y los caninos en la fusión dentaria, y afectándose raramente los premolares y molares. Se han descrito casos de fusiones bilaterales, siendo éstas también más frecuentes en dentición temporal y en el maxilar inferior.

La morfología en los dientes fusionados puede ser normal, con las variaciones derivadas del proceso de fusión. En la cara vestibular aparece un surco vertical, más o menos marcado, que indica la línea de fusión de ambos dientes; por palatino pueden presentarse dos cúngulos o uno sólo que se abre en abanico hacia incisal¹⁸. El tamaño del diente depende de la etapa en la que se produjo la fusión; los dientes fusionados tardíamente en el desarrollo a menudo producen dientes de tamaño doble del normal.¹⁵

Entre los factores etiológicos parece relevante la existencia de antecedentes traumáticos que podrían influir en la capacidad de unión de los dos gérmenes dentales durante las etapas pre-eruptivas.

Cabe destacar que, al ocurrir generalmente en la región interincisiva, pueden provocar problemas estéticos de muy difícil solución si la fusión se extiende radicularmente, otros problemas que pueden estar asociados son la posible pérdida de longitud de la arcada y la erupción retrasada o ectópica de los dientes permanentes, así como la caries a lo largo de la línea de unión, y los abscesos periodontales.

Es necesario llevar a cabo un examen clínico y radiográfico exhaustivo, para obtener un diagnóstico correcto que permita alcanzar un tratamiento temprano, en caso de que sea necesario. La opción de tratamiento del "diente doble" depende del tipo de dentición afectada, la repercusión estética, la morfología del arco dental y el patrón de oclusión.¹⁸

También se asocia normalmente a agenesias del diente permanente correspondiente. Como regla general, si hay reducción del número de dientes en la arcada y/o si hay radiológicamente dos raíces, se pensará en fusión dentaria. Se hace necesario implementar un protocolo de tratamiento interdisciplinario en los pacientes; que presentan dichas anomalías que incluye la participación de especialidades odontológicas como: Cirugía, ortodoncia, periodoncia y rehabilitación protésica.¹⁹

Imagen 5 Fusión dental



Imagen recuperada de Alteraciones de tamaño, forma y número, universidad de sancarlos de guatemala.

SUPERNUMERARIOS

Los dientes supernumerarios o hiperodoncia corresponde a una anomalía del desarrollo dental de número, en donde se presentan uno o más dientes o estructuras odontogénicas adicionales a los 20 y 32 dientes de la serie normal de dentición primaria y permanente, respectivamente. ^{20, 21}

Los supernumerarios pueden tener forma y tamaño normal o bien ser deformes o de tamaño reducido en comparación a las piezas dentales normales.

La etiología de los dientes supernumerarios aún no está del todo clara y aunque en la literatura se presentan distintas teorías, la más aceptada se refiere a una actividad excesiva de la lámina dental durante etapas iniciales del desarrollo, en donde algunas vías de señalización molecular encargadas del control de estas etapas podrían alterarse y propiciar la formación de dientes supernumerarios. ²²

También se ha asociado la presencia de dientes supernumerarios con algunos síndromes tales como la displasia cleidocranial, síndrome de Gardner y fisura labiopalatina. ^{23,24}

Pueden presentarse de forma única o múltiple, unilateral o bilateral y en cualquier lugar del arco dentario maxilar o mandibular, siendo más común en dentición permanente que primaria y más frecuentes en hombres que en mujeres. ²⁵

Los dientes supernumerarios se pueden clasificar de acuerdo a su posición en mesiodens, paramolares, parapremolares y cuartos molares, y de acuerdo a su forma en suplementarios o eumórficos y rudimentarios o dismórficos, pudiendo estos últimos ser de tipo cónico, tuberculado, molariforme y odontoma. ²⁶

HIPOCALCIFICACIÓN

La etiología de los defectos del esmalte no es completamente clara. Los factores genéticos, como la amelogénesis imperfecta, están involucrados, junto con los factores ambientales, tales como la ingesta de flúor y medicamentos, deficiencias nutricionales, infecciones prenatales o varicela u otras enfermedades de la primera infancia. La importancia de los factores socioeconómicos es evidente, dado que los defectos del esmalte son mucho menos prevalentes en los países desarrollados con una buena nutrición. La comparación de las presentaciones clínicas de los defectos puede dar una idea de la respuesta de los ameloblastos a las agresiones ambientales en dentición temporal y permanente, y de este modo facilitar la identificación de agentes etiológicos.²⁷ Debido a que la etiología de los defectos del esmalte incluyen factores genéticos y ambientales, localidades caracterizadas por privación económica y variaciones en el medio ambiente, deberían ser un objetivo para medir defectos de esmalte como opacidades por flúor e hipoplasia del esmalte. Por otra parte, la hipoplasia del esmalte es una perturbación ectodérmica exclusiva, relacionada con alteraciones en la matriz del esmalte orgánico, que puede causar manchas blancas, bandas estrechas horizontales, líneas de pequeños agujeros, ranuras y coloración de los dientes, que puede variar de amarillo a café oscuro.²⁸ Esta también es un defecto cualitativo del esmalte dental, caracterizado clínicamente durante el período temprano post-eruptivo por una demarcada zona de color blanco- crema y/o café-amarillento de medida variable.²⁹ Además, la hipoplasia del esmalte en dentición permanente ha sido diagnosticada como una secuela de lesiones traumáticas en dentición primaria.³⁰

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

- Observacional
- Descriptivo
- Correlacional
- Cuantitativo
- Transversal

Muestra: 648 escolares que acuden a la escuela primaria “Fuerzas armadas de México” y “Abel Ortega”

Periodo comprendido: Agosto del 2019 a Diciembre 2019.

Materiales:

- Abatelenguas
- Isopos
- Luz artificial mediante dispositivo móvil
- Consentimiento informado de la toma de fotografías clínicas autorizado por los padres de familia o tutores

Instrumento de investigación:

- Encuesta

Criterios de inclusión:

- Ambos sexo
- Edad de 6 a 12 años
- Alumnos cooperadores
- Estar inscritos en las escuelas “Fuerzas Armas de México” y “Abel Ortega”

Criterios de exclusión:

- Escolares que presentaran alguna enfermedad infecciosa
- Escolares no cooperadores

Procedimiento:

Se inició con la elaboración de un consentimiento informado que fue firmado y autorizado por el director del CST III Dr. David Frago Lizalde y el coordinador del área dental en el cual se explicaba detalladamente las actividades a realizar dentro de las escuelas primarias, dicho consentimiento fue autorizado por los directores de ambas instituciones y se especificaron días para las visitas.

Se nos otorgaron las listas de los escolares inscritos en el periodo escolar en curso donde se registraban los datos obtenidos en las exploraciones bucales. Al finalizar las dichas exploraciones en cada grupo se otorgó un cepillo dental desechable y se daban platicas acerca de la técnica de cepillado, de las enfermedades bucales más frecuentes de acuerdo a su edad y de las anomalías dentales, también se les otorgó un folleto con información acerca de caries y anomalías dentales para que lo leyeran y se lo dieran a sus padres para que también estuvieran informados de lo que padecen sus hijos.

Para la toma de fotografías clínicas se mandó un consentimiento informado a los padres de familia o tutores para su autorización y una pequeña encuesta.

Posteriormente se recolectaron los consentimientos informados firmados y únicamente fueron tomadas en aquellos escolares que presentaran el consentimiento informado firmado.

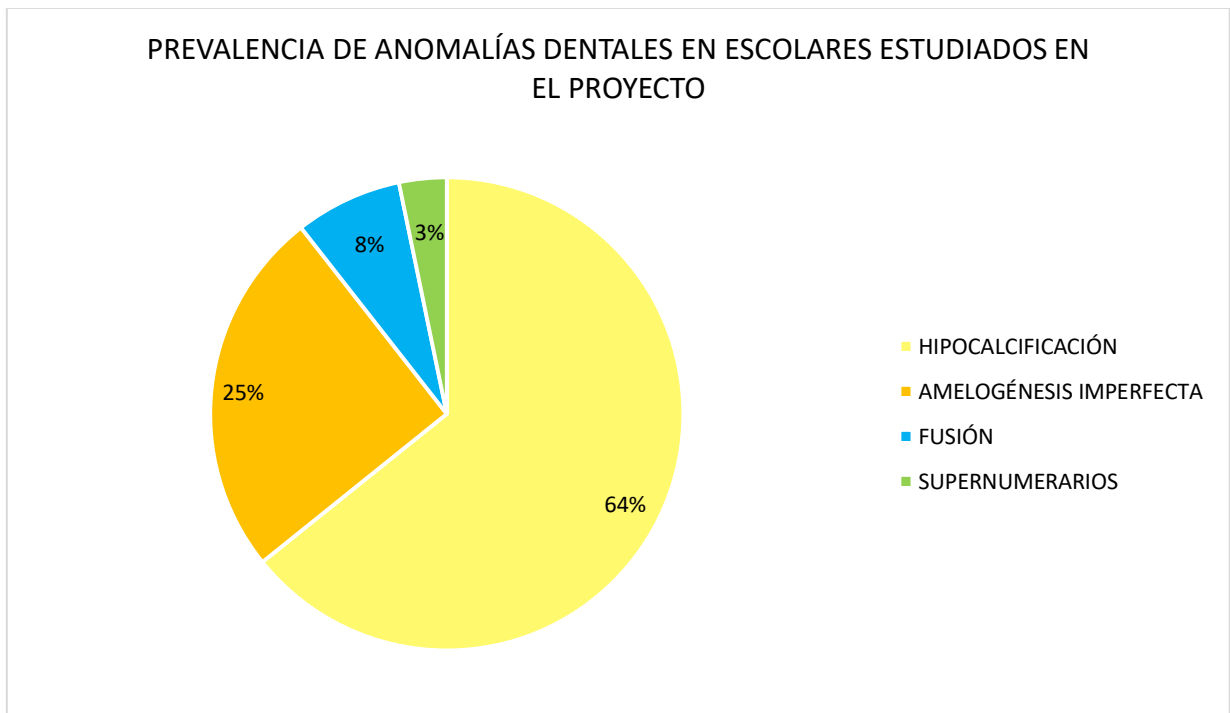
Se procedió a la toma de fotografías intraorales.

Análisis estadístico: se utilizó programa EXCEL 2019.

RESULTADOS

Tabla 1.- Prevalencia de anomalías dentales en escolares de 6 a 12 años de las escuelas primarias “Fuerzas Armadas” y “Abel Ortega”

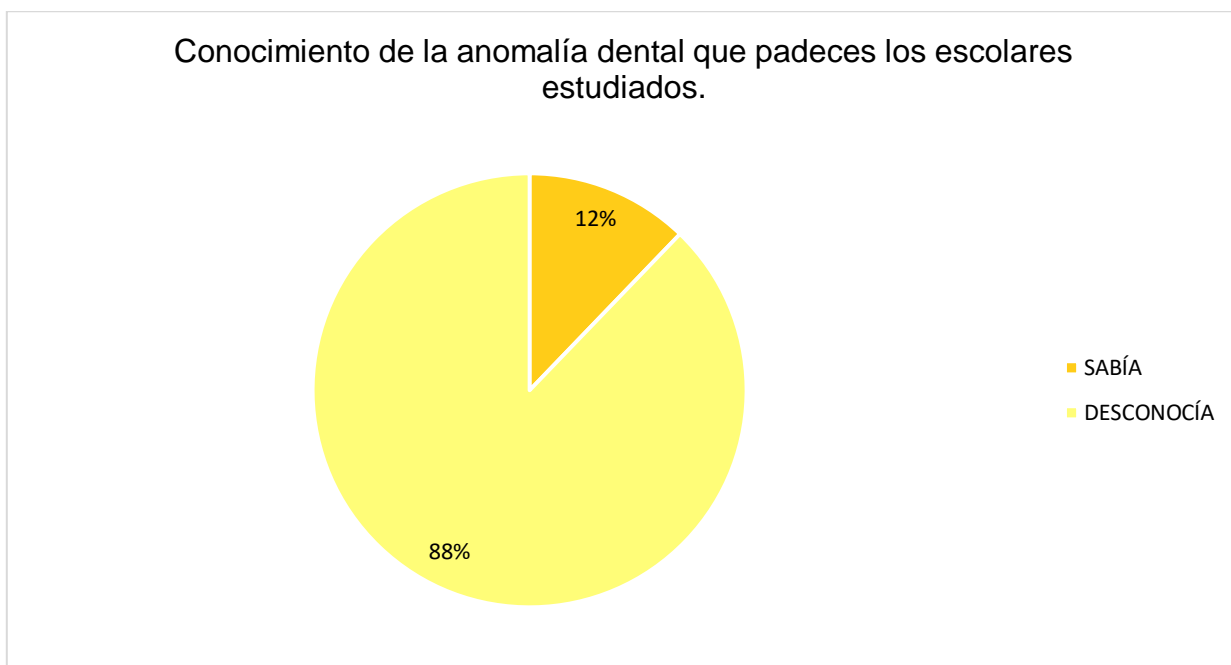
ANOMALÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
HIPOCALCIFICACIÓN	79	64%
AMELOGÉNESIS IMPERFECTA	31	25%
FUSIÓN	9	7%
SUPERNUMERARIOS	4	3%
TOTAL	123	100%



Gráfica 1.- Se puede observar que el 64% de la población escolar presenta hipocalcificación, seguido por el 25% con amelogenesis imperfecta siendo estas las anomalías con mayor predominio.

Tabla 2.- Conocimiento de la anomalía dental que padecen los escolares estudiados.

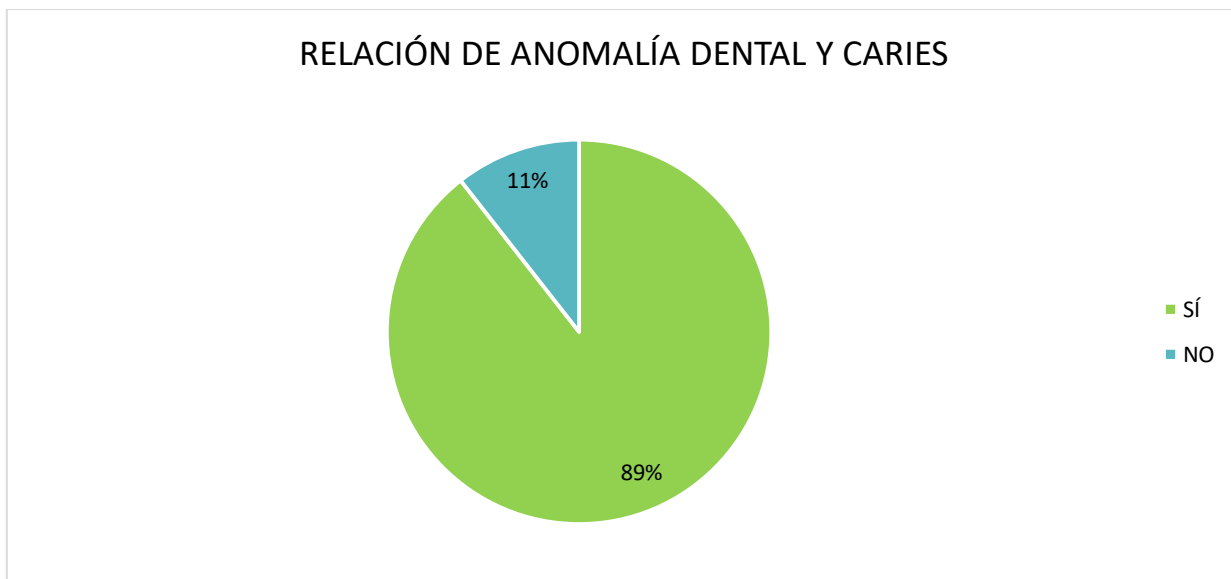
INFORMACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
CONOCIMIENTO DE LA ANOMALÍA	15	13%
DESCONOCIMIENTO DE LA ANOMALÍA	108	87%
TOTAL	123	100%



Gráfica 2.- Se observa que el 88% de la población desconoce la anomalía que padece, los riesgos y el tratamiento de la misma, por lo tanto se puede ver afectada la salud bucal y tan solo el 12% ha sido informado por algún estomatólogo.

Tabla 3.- Relación de alguna anomalía dental y caries

RELACIÓN DE AD CON CARIES	NÚMERO	PORCENTAJE
PRESENTE	110	89%
AUSENTE	13	11%
TOTAL	123	100%



Gráfica 3.- En esta gráfica se destaca que el 89% de los escolares presentan relación de entre alguna anomalía y caries, ya que al desconocer la evolución de dichas anomalías carecen de un buen cuidado bucal por lo que el pronóstico podría empeorar.

DISCUSIÓN

Las alteraciones o anomalías dentales pueden llegar a ser mucho más común de lo que parecen, y generalmente se asocian a factores ambientales o genéticos; y van desde anomalías de número, tamaño y forma, hasta anomalías estructurales; todas éstas provenientes de una malformación de la matriz de estructura y/o su calcificación, que algunas veces pueden involucrar a más de una yema dentaria.

En la población estudiada, existe un gran porcentaje de pacientes con alteraciones dentales, presentándose de mayor a menor frecuencia la hipocalcificación, la amelogenénesis, fusión y supernumerarios.

La prevalencia de alteraciones fue de un 18.9% en la población estudiada de 6 a 12 años de edad, un porcentaje menor al expuesto por Iglesias y cols. (Mérida, Venezuela) en el 2007 (32,98%) y Soto-Llanos y cols. (Cali, Colombia) en el 2010 (22%); y muchísimo menor al señalado por Espinal y cols. (Antioquia, Colombia) 2 en el 2009 (63,4%), sin embargo, es posible que el resultado sea menor a los citados, debido a que no se toman en cuenta aquellas alteraciones que solo pueden diagnosticarse y/o comprobarse a través de una radiografía, ya que nuestras visitas fueron a su escuela y no en el consultorio, de igual forma, los resultados concuerdan con lo expuesto anteriormente por estos tres autores, en cuanto a la predilección de la gran presencia de alteraciones dentales y la importancia de ellas.¹⁸

Estudios en Guatemala reportan que el 38% de los órganos dentales supernumerarios corresponden al tipo Mesiodens. En el maxilar superior pueden existir principalmente en la línea media anterior, entre incisivos centrales, "mesiodens". Los Mesiodens, pueden presentarse acompañados de: diastemas entre incisivos centrales y/o desplazamiento de los incisivos centrales. Lo que se observó en este estudio fue que más del 50% de los supernumerarios presentes fueron de tipo mesiodens.

CONCLUSIÓN

A lo largo del proyecto, pudimos concluir que, dentro del campo diagnóstico en el sistema estomatognático, podemos identificar variantes de lo normal que se presentan en él, es por ello muy importante tener conocimiento de lo “normal” en cuanto a estructura, posición, forma y función tanto de tejidos blandos como en tejidos duros que forman este sistema.

Por la gran importancia que reviste la actividad preventiva e interceptiva de las anomalías dentomaxilofaciales para lograr una salud bucal es que se motivó realizar un estudio con el objetivo de caracterizar las anomalías dentomaxilofaciales en los niños de 6 a 12 años de edad.

Se observa que sí existen distintas anomalías dentales presentes en la población analizada, a pesar de que es menos del 50% quienes la padecen es un número importante y que la mayoría de la población desconoce qué es una anomalía dental y si padece alguna, esta desinformación es tanto de los alumnos como de los padres, se debe a que existe escasa información sobre el tema en general, por lo que se convierte para el estomatólogo en una responsabilidad informar a los padres y a los niños sobre el tema en caso de padecer alguna, ya que se observó una gran relación con la presencia de caries en escolares con algún tipo de anomalía, algunas características de estas propician al desarrollo de la caries, el principal factor para que esta patología se desarrolle como ya se ha comentado es la falta de higiene bucal, por lo tanto padecer una anomalía dental no inicia el desarrollo de caries, pero si existe una pobre higiene es muy probable que algún tipo de anomalía propicie el inicio de la caries, que la caries se contagie a algún otro órgano dental o en su caso a que avance con mayor rapidez.

Por lo tanto, el CSTIII Dr. David Fragoso Lizalde se enfoca fuertemente en la prevención y promoción, se realizaron pláticas de diferentes temas de prevención en las escuelas para los niños, se les obsequio un cepillo dental y se elaboraron folletos sobre ambos temas “caries” y “anomalías dentales” para los padres de familia los cuales contenían información necesaria y resumida y la dirección con el horario de atención del Centro de Salud.

El trabajo se enfoca en ofrecer diagnóstico oportuno y un plan de tratamiento adecuado, para a mantener y/o devolver al paciente la estética y la función afectada así como lograr una buena higiene bucal convirtiéndolo en un hábito para no recaer en problemas de salud bucal.

ANEXOS

Folleto de anomalías dentales

HORARIOS:
Lunes a Viernes
08:00 a.m a 02:00 p.m
Sábados, Domingos y
días festivos
08:00 a.m a 08:00 p.m



**CENTRO DE SALUD
TIII. DR. DAVID
FRAGOSO LIZALDE**

Calle Dr. David Fragoso Lizalde s/n
esquina con Cedral, San Pedro
Mártir 14640, CDMX.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

ANOMALÍAS DENTALES.

CSTIII. DR. DAVID
FRAGOSO LIZALDE.

¿QUÉ SON LAS ANOMALÍAS DENTALES?

Los dientes pueden presentar una serie de trastornos originados por factores externos y/o hereditarios que "entorpecen" su desarrollo y que dependiendo del momento y duración en que se presentan se altera su color, estructura, tamaño, forma o número, las cuales pueden causar problemas estéticos y funcionales.



Fusión dental: Se presenta con mayor frecuencia en los dientes centrales superiores e inferiores. Se caracteriza por presentar dos coronas y una única raíz.

Supernumerarios: Es más común en dientes permanentes y en mujeres, se localiza con mayor frecuencia en dientes laterales superiores.

Amelogénesis imperfecta: Está caracterizada por defectos en el esmalte dental y está relacionado con alteraciones genéticas.

Hipocalcificación: Se caracteriza por la falta de mineralización del esmalte, puede ser provocada factores genéticos o traumáticos.



CSTIII Dr. David Fragoso
Lizalde

Folleto de caries

HORARIOS CSTIII. DR. DAVID FRAGOSO LIZALDE.

Lunes a Viernes
08:00 a.m a 02:00 p.m
Sábados, Domingos y
días festivos
08:00 a.m a 08:00 p.m



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Centro de Salud TIII. Dr. David
Fragoso Lizalde.

Calle Dr. David Fragoso Lizalde
s/n equina con Cedral, San
Pedro Mártir 14640. CDMX

¿QUÉ ES LA CARIES?

Prevención y tratamiento.

CSTIII. Dr. David Fragoso
Lizalde.



CAUSAS.

La **principal causa** de la Caries dental es la **mala higiene** por eso es importante que visites a un dentista para que te informe cuál es la técnica de cepillado y los aditamentos específicos que necesitas.

Otros factores que influyen en la presencia de esta enfermedad son:
-Consumo excesivo de **alimentos muy pegajosos** como pan, galletas, pasas, cereales.

-Consumo excesivo de **alimentos azucarados** como dulces, refrescos, jugos, etc.



CARIES DENTAL.

Es una enfermedad provocada por **bacterias** específicas que producen ácidos y que destruyen los tejidos de nuestros dientes (esmalte, destina). Esta enfermedad está **influenciada** por nuestro **estilo de vida**, es decir que influye nuestra alimentación y la manera en la que realizamos nuestra higiene bucal.



TRATAMIENTO.

Es importante que visites a un dentista, ya que él es el único que puede determinar si tienes alguna caries, en caso de que las presentes requerirás de tratamientos más específicos que tu dentista te informará, por eso es de suma importancia **PREVENIR**. Puedes acudir al **Centro de Salud Dr. David Fragoso Lizalde** que cuenta con consultorio dental y donde podemos atenderte.

Consentimiento informado a padres de familia

A quien corresponda

Padre, madre o tutor

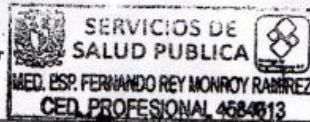
PRESENTE

Por medio de la presente autorizo al **C.S.T III Dr. David Fragoso Lizalde** para usar fotografías intraorales y extraorales de mi hijo (a) Kevin E. Ramirez López en el proyecto de investigación de anomalías dentales como material de apoyo pertinentes para la reproducción, exhibición y difusión a nivel mundial. Así mismo es mi deseo expresar que esta autorización es voluntaria y totalmente gratuita y será libre de usar, transmitir en imagen, gráficas y textos en caso de ser seleccionado para dicho estudio. Se utilizará única y exclusivamente para los fines señalados.

Confirmando que estas imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.


En la ciudad de CDMX a los 13 días el mes de Noviembre de 2019.

Grisel Lopez Lara
Atentamente (Nombre completo del cedente y Firma)



M. C. M. F. FERNANDO REY MONROY RAMIREZ
Director de CST III Dr. David Fragoso Lizalde

Consentimiento informado a las escuelas

 **190 años**

Escuelas Primarias
"Fuerzas Armadas"
"Abel Oteaga"

México, D.F., a 04 de Abril de 20 19

Asunto: Salud bucal

PROFESOR(A) _____

DIRECTOR(A) DE LA ESCUELA Ana Margarita Pérez Jodiez

TURNO: Matutino

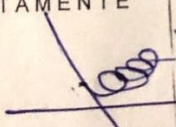
PRESENTE

Por medio de la presente, informo a Usted que el o la C.D. Carolina Sánchez Garmán e Irany Ramos Adscrita (o) al C.S.T. III Dr. David Fragoso Lizalde, se presentará en ese Plantel, durante el ciclo Escolar 2018-2019, para llevar a cabo las siguientes Actividades:

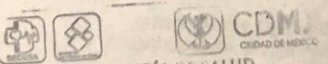
Educo-preventivas, Detección de Placa Dentobacteriana, Instrucción de técnica de Cepillado, Instrucción de uso de Hilo Dental, Sesión sobre Salud Bucal a Padres, alumnos y maestros; Detección gruesa de caries, referencias y dos semanas de Salud Bucal durante el presente Ciclo Escolar.


Aprovecho la ocasión, para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE



M.C.M.F. FERNANDO REY MONROY RAMIREZ
Jefe de Unidad de Atención Médica
C.S.T. III "Dr. David Fragoso Lizalde"


SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN
C.S. T-III DR. DAVID FRAGOSO LIZALDE
DIRECCIÓN
DAVID FRAGOSO LIZALDE ESQ. CEDRAL/S/N COL. SAN PEDRO MARTÍN
DEL PR. TLALPAN C.P. 14600 5010 1700 EXT. 7600 7651



SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL
JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN
Subdirección

Calle David Fragoso Lizalde s/n
Del Tlalpan, C.P. 14600

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bedoya, A. Collo, L. Anomalías dentales en pacientes de ortodoncia de la ciudad de Cali, Colombia. CES odontol. 2014; 27(1).
- 2.- González, M. Sánchez, B. Anomalías y displasias dentarias de origen genético-hereditario. Odontoestomatol. 2012; 28(6).
- 3.- Kotch G, Hallonsten AL, Ludvigsson N, Hansson BO, Holst A, Ullbro C. Epidemiologic study of idiopathic enamel hypomineralization in permanent teeth of Swedish children. Community Dental Oral Epidemiol. 1987; 15(5).
- 4.- Alaluusua S, Lukinmaa PL, Koskimies M, Pirinen S, Hölta P, Kallio M, Holttinen T, Salmenpera L. Developmental dental defects associated with long breast feeding. Eur J Oral Sci. 1996; 104(5-6).
- 5.- Leppaniemi A, Lukinmaa PL, Alaluusua S, Nonfluoride hypomineralizations in the permanent first molars and their impact on the treatment need. Caries Res. 2001;35(1).
- 6.- Weerheijm KL, Jalevik B, Alaluusua S. Molar-incisor hypomineralisation. Caries Res. 2001; 35(5)
- 7.- Weerheijm KL, Duggal M, Mejäre I, Papagiannoulis L, Koch G, Martens LC, Hallonsten AL. Judgement criteria for molar incisor hypomineralisation (MIH) in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Athens. Eur J Paediatr Dent. 2003, 4(3).
- 8.- Barbería, Elena. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. 1ª Ed. Madrid: Ripano; 2005.
- 9.- Riojas, María Teresa. Anatomía dental. 3ª Ed. México: Manual Moderno; 2014.
- 10.- González M, Sánchez B, Tarilonte ML, Castellanos L, Llamas JM, López FJ, Segura JJ. Anomalías y displasias dentarias de origen genético-hereditario. Av. Odontoestomatol 2012; 28 (6).

- 11.- Molano P, Molano R. Taurodontismo, amelogenesis imperfecta, anodoncia parcial, disminución de la formación radicular y tendencia al enanismo esquelético: una asociación casual. Rev Estomatol 2001; 9: 50-51.
- 12.- Wright J, Robinson C, Shore R. Characterization of the enamel ultrastructure and mineral content in hipoplastic amelogenesis imperfecta. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1991; 72: 594-601.
- 13.- Aldred MJ, Savarirayan R, Crawford PJM. Amelogenesis imperfecta: Enamel ultra structure and molecular studies. J Clin Pediatr Dentistry 2004; 28: 319-322.
- 14.- Murillo G, Berrocal C. Lesiones del esmalte en desarrollo, clasificación en familias costarricenses, Facultad de odontología UCR. 2013; 15: 45-52
- 15.- De la Macorra. Diagnóstico radiológico de las enfermedades dentarias. En: Bascones A. Tratado de Odontología. Madrid: Trigo Ed, 1998;3.
- 16.- Iglesia-Puig A, Arellano-Cabornero A, López-Areal García B. Anomalías dentarias de unión: fusión dental. RCOE 2005;10(2):209-214.
- 17.- Schuurs AH, Van Loveren C. Double teeth: Review of the literature. ASDC J Dent Child. 2000, pp. 313-325
- 18.- Jiménez MC, Montero P, Saúco JJ, Segura JJ, Geminación y fusión: un desafío en la práctica clínica. Endodoncia. 2016; 34(3)
- 19 Marchena, L. Fernández C. Anomalías dentarias: diente fusionado. REDOE. 2015; 10
- 20.- -Valmaseda-Castellón, E.; Berini-Aytés, L. & Gay-Escoda, C. Supernumerary premolars. Report of 10 cases. Bull. Group Int. Rech. Sci. Stomatol. Odontol. 2001; 43(1):19-25.
- 21.- Omer, R. S.; Anthonappa, R. P. & King, N. M. Determination of the optimum time for surgical removal of unerupted anterior supernumerary teeth. Pediatr. Dent. 2010; 32(1):14-20.

22.- Fuentes R, Álvarez G, Garay I, Arias A, Dias FJ. Dientes supernumerarios, suplementarios en un paciente adulto parcialmente dentado reporte de caso. *Int J Morphol*. 2018; 36 (2): 478-482.

23.- Lubinsky, M. & Kantaputra, P. N. Syndromes with supernumerary teeth. *Am. J. Med. Genet. A*. 2016;(10):2611-6.

24.- Montasser, M. A. & Taha, M. Prevalence and distribution of dental anomalies in orthodontic patients. *Orthodontics*. 2012; 13(1):52-9.

25.- Juuri, E. & Balic, A. The biology underlying abnormalities of tooth number in humans. *J. Dent. Res*. 2017; 96(11):1248-56.

26.- Sebastián, C. Izquierdo, B. Gutiérrez, C. & Aso, A. Dientes supernumerarios: claves esenciales para un adecuado informe radiológico. *Argent. Radiol*. 2016;80(4):258-67.

27.- Robles MJ, Ruiz M, Bravo M, González E, Peñalver MA. Prevalence of enamel defects in primary and permanent teeth in a group of schoolchildren from Granada (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18(2): 187-193.

28.- Crabb JJ. The restoration of hypoplastic anterior teeth using an acid-etched technique. *J Dent* 1975; 3(3):121-124.

29.- William V, Messer LB, Burrow MF. Molar incisor hypomineralization: review and recommendations for clinical management. *Pediatr Dent* 2006; 28(3): 224-232.

30.- Do Espírito Santo Jácomo DR, Campos V. Prevalence of sequelae in the permanent anterior teeth after trauma in their predecessors: a longitudinal study of 8 years. *Dent Traumatol* 2009; 25(3): 300-304.

CAPÍTULO III. ANTECEDENTES

ZONA DE INFLUENCIA

La delegación de Tlalpan se localiza al sur del Valle de México y limita al suroeste, con el estado de México; al sur, con Morelos; al oeste, con la delegación Magdalena Contreras; al norte, con Coyoacán; al este, con Xochimilco, y al sureste, con Milpa Alta.

La Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan se encuentra en Coapa y Carrasco, Toriello Guerra, 14050 Ciudad de México, CDMX, además de que se encarga de organizar el conjunto de servicios para atender determinada población con una epidemiología característica, es también un nivel administrativo que busca llevar a la práctica programas de servicios de salud y organizar adecuadamente los recursos de salud a cargo. Conceptualmente constituye una subdivisión del ámbito de responsabilidad estatal; sirve de enlace con la comunidad y los gobiernos locales (Ruiz Chávez, 1988).

Ubicación geográfica. San Pedro Mártir es un pueblo localizado al sur de la ciudad de México y al pie de las montañas del Ajusco, además es una localidad perteneciente a los ocho pueblos de la delegación Tlalpan, inicia a la altura del km 20 de la carretera Federal México-Cuernavaca, cuenta con una superficie de 116 hectáreas y se accede desde la ciudad por las avenidas insurgentes sur o viaducto Tlalpan, Se encuentra circundando al norte por el pueblo de la asunción Chimalcoyotl y al sur por el pueblo San Andrés Totoltepec, al Oriente y al sur por el pueblo de San Andrés Totoltepec y al poniente con Santa María Tepepan y Santa Cruz Xochitpec de la Delegación Xochimilco.

Aspectos demográficos. Topografía: 20-52% de la superficie de la Ciudad de México y se encuentra entre las coordenadas geográficas 19° 18' y 19° 05' latitud Norte y 99° 06' y longitud Oeste.

Hidrografía: Tlalpan forma parte de las tres regiones hidrológicas: Lerma-Santiago, Balsas y Panuco. Dentro de la región Lerma – Santiago pertenece a la cuenca río Lerma- Toluca, encontrándose en la subcuenca río Almoloya- Oztolotepec, la cual representa el 1% de la superficie de la delegación y se ubica en el extremo suroeste de la misma.

Clima: dentro del territorio delegacional se presentan tres subtipos de climas: el templado subhúmedo (42%), semi frío subhúmedo (38%) y frío (20%).

La precipitación promedio anual es de 1100 mm. Las zonas con mayor captación de lluvia se localizan la parte sur de la delegación, donde se encuentran las partes más altas de la región.

En la delegación se localizan dos estaciones meteorológicas: la estación Ajusco y la estación El Guarda. La primera se localiza a la altitud de 2839 msnm y la segunda a 3000 msnm.

La temperatura promedio mensual que se registró en la estación Ajusco, en el periodo de 1961 a 1987, fue de 11.4°C, mientras que en la estación El Guarda en el periodo de 1965 a 2000 fue de 9.4°C.

Servicios: Para los servicios urbanos de drenaje y agua entubada en la vivienda solo el 42% y el 30.6% respectivamente cuentan con estos servicios.

Superficie Territorial: 311.359 km²

Tipo de urbanización: Metropolitano

Densidad poblacional: 2089.44 Habitantes/Km²

De acuerdo con datos del INEGI la población total en la delegación es de 650, 567 habitantes, de los cuales 312, 139 son hombres y 338,428 son mujeres. La relación hombres/ mujeres es de 9/ 10. Tomando en cuenta la información poblacional talpense, se tiene una tasa de crecimiento casi contante de 50, 000 habitantes por cada 5 años, excepción de los años 2000 al 2005, en los que el aumento de la población fue apenas superior a los 20, 000.

Imagen 6.- Ubicación del Centro de Salud, Tlalpan.



Fuente: Google Maps Mayo 2019

Servicios. Los servicios urbanos de drenaje y agua entubada en la vivienda solo el 42% y el 30.6% respectivamente cuentan con estos servicios.

Los cuartos redondos (un solo cuarto o habitación) ocupa el 5.1% pero, aunque otras viviendas cuentan con más número de cuartos no los excluyen de la muy alta marginidad.

Comunicación. San Pedro Mártir es un poblado original que se encuentra plenamente comunicado por medio de transporte público e individual (taxi), autos particulares, cuenta con los servicios de telefonía fija y móvil, así como internet. Es importante mencionar que cuenta con tres líneas de transporte público con calidad de servicio mediana.

Vivienda. En relación a la vivienda, lo notorio se observa que en promedio cohabitan 4 personas por cada vivienda particular, mientras que el promedio de ocupantes por dormitorio en viviendas particulares se reportaron 3 ocupantes por cada dormitorio y en ambos casos con muy alto grado de marginidad.

Servicios educativos. San Pedro Mártir cuenta con 2 jardines de niños públicos “Magdalena Contreras” “Xoxhipilco”, 4 escuelas primarias públicas “José Mariano Monterde”, “Martina Islas” “Abel Ortega Flores”, “Rafael Cruz Manjarrez” y un “Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de servicios No. 154”

Servicios de salud. Centro de Salud TIII “Dr. David Fragoso Lizalde” Horario de atención de 7:00 hrs a 16:00 hrs.

Análisis

Respecto a la anterior información se observa que el centro de salud Dr. David Fragoso Lizalde se encuentra en una zona marginada de la Ciudad de México debido a diversos factores influyentes lo que nos informa que la mayoría de la población se encuentra en un nivel socioeconómico y cultural bajo y carece de información sobre el tratamiento de algunas enfermedades y la prevención de éstas, por lo que el esfuerzo de nuestra parte debe ser mayor para poder brindarles una buena educación sobre su salud general.

Conclusión

Los datos obtenidos en el micro diagnóstico de salud nos permitieron tener una visión general del grupo poblacional y los problemas de salud más frecuentes que se presentan en el CST III Dr. David Fragoso Lizalde; además de los diferentes factores de riesgo a los que dicho grupo poblacional se ve expuesto. Estos nos permiten elaborar una serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención y detección de los principales problemas de salud y factores de riesgo para poder ofrecer una mejor calidad de vida a los pacientes que habitan en esta región.

Imagen 8.- Plano de la unidad

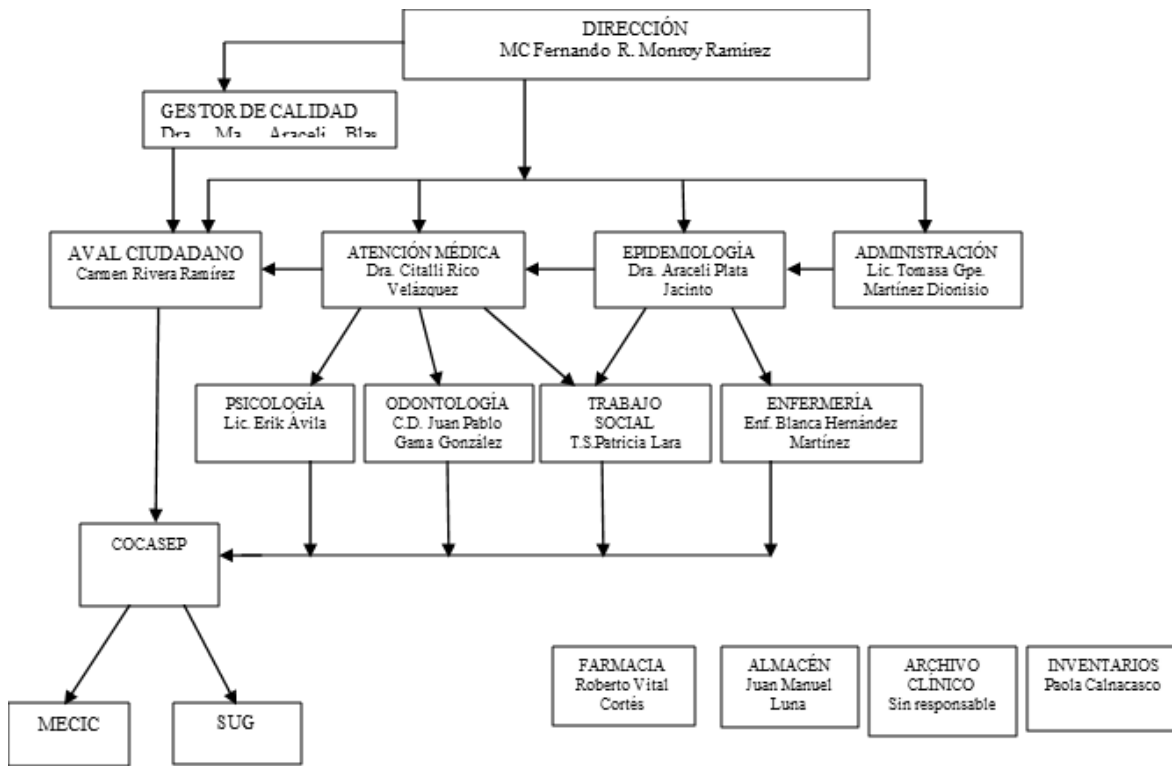


Fuente: Diagnóstico de Salud CST III Dr. David Fragozo Lizalde.

Servicios con los que cuenta la Unidad de Salud.

Unidad de enfermedades crónicas	Inmunizaciones	Salud materna y perinatal
Consultorios de consulta general	Farmacia	Radiografías
Consultorio dental	Ayuda del adulto mayor	Laboratorio
Psicología	CEYE	Almacén
Epidemiología	Curaciones	
Archivo clínico	Planificación familiar	

Imagen 9.- Organigrama interno del Centro de Salud.



Fuente: Diagnóstico de Salud CST II Dr. David Fragozo Lizalde.

Misión

El Centro de Salud TIII. Dr. David Fragozo Lizalde tiene como misión otorgar servicios de salud integral a través de la promoción, prevención y atención a la población del Centro de Salud con calidad, efectividad, equidad y participación activa de la comunidad, para contribuir a mejorar su estado de salud.

Visión

Mientras que la visión del centro es ser la primera institución en otorgar servicios de salud integral a través de la prevención, promoción y atención a la población del CSTIII Dr. David Fragozo Lizalde con calidad, efectividad, equidad y participación activa de la comunidad cuyos servicios de atención primaria coadyuven a mejorar el estado de salud de la población logrando alcanzar un alto reconocimiento local y nacional.

SERVICIO ESTOMATOLÓGICO

Recursos:

- 4 unidades dentales
- 1 autoclave para esterilizar instrumental
- Instrumental y material para realizar; prevención, operatoria y cirugía
- Barreras de protección
- RPBI

Programas odontológicos:

- Jornada de salud en reclusorio femenino
- Jornada de salud en estación de policías de Tlalpan
- Jornadas de salud en el Cetis
- Jornadas de salud

En las jornadas de salud se realizan controles de biopelícula, se da técnica de cepillado y técnica de uso del hilo dental, se regalan cepillos y se le explica al paciente el diagnóstico refiriéndolos a algún servicio odontológico para su atención.

Campañas de vacunación:

- Semana nacional de vacunación antirrábica canina y felina a finales del mes de marzo y principios de abril.
- Semana de reforzamiento de vacunación antirrábica canina y felina durante la última semana del mes de septiembre y principios de octubre.
- Campaña de vacunación contra la poliomielitis a niños menores de 5 años.

Participamos en campañas de vacunación en las cuales pasamos por las calles de San Pedro Mártir tocando puertas para aplicar dicha vacuna.

Pláticas sobre salud bucal: se realizan un día a la semana a los pacientes que se encuentran en la sala de espera sin importar a que servicio pasen se explican temas distintos desde prevención de enfermedades bucales hasta el proceso de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ruiz Chavez; Martinez Narvaez (1988). El papel de la jurisdicción sanitaria en los sistemas estatales de salud.
- 2.- CSTIII Dr. David Fragoso Lizalde . (2019). Misión, Visión , Valores , Principios, Código de ética.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Principales resultados por localidad 2010 (ITER).
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). Anuario Estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Espacio y Datos de México. Disponible en; <http://www.beta.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/>
6. MLDR. (Diciembre 2016). Guía Para la elaboración de un Diagnóstico de salud. p.3

CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

El servicio de estomatología en el Centro de Salud T III Dr. David Fragoso Lizalde cuenta con 4 unidades dentales y brinda atención estomatológica de primer nivel a cualquier paciente que lo requieran de acuerdo a sus necesidades de atención, donde laboran 4 odontólogos de base y los pasantes, se atienden a pacientes de primera vez todos los días y nuestro objetivo es dar seguimiento a cada uno de los pacientes para lograr darlos de alta en el primer nivel de atención siempre y cuando el paciente sea cooperador y responsable con sus citas agendadas, otro objetivo principal es evitar poner en riesgo la salud del paciente por lo tanto pacientes con alguna enfermedad sistémica siempre debe pasar primero a revisión con un médico principalmente adultos mayores o pacientes obesos, de ser necesario la atención a un especialista se refiere a alguna institución que le pueda dar el manejo específico que necesite.

Los tratamientos que ofrece servicio son: controles de higiene, técnicas de cepillado, profilaxis, aplicación tópica de fluoruro de sodio, odontoxesis, remoción de caries y obturación con resina, selladores de fosas y fisuras, extracciones simples en dentición temporal y permanente, revisiones periódicas, sesiones de salud bucal, promoción a la salud, etc.

A continuación se muestran las tablas con las distintas actividades separadas por cada mes, donde se explica la cantidad de actividades que fueron realizadas en intramuros y extramuros durante todo el año del servicio social y el porcentaje de cada una de ellas y el total.

Tabla 1.- Actividades realizadas durante febrero de 2019		
Actividades	Número	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	6	5%
Análisis de radiografías	2	2%
Subtotal	8	7%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	4%
Elaboración de periódicos murales	1	1%
Subtotal	5	5%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	6	5%
Instrucción de técnica de cepillado	6	5%
Instrucción de hilo dental	6	5%
Profilaxis	6	5%
Revisión de tejidos bucales	6	5%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	6	5%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	6	5%
Aplicación tópica de flúor	3	3%
Odontoxesis	3	3%
Sellado de fosetas y fisuras	16	15%
Obturación con resinas	6	5%
Exodoncia temporal	4	4%
Exodoncia permanente	3	3%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	3	3%
Subtotal	80	73%
Intermedias		
Asistencia	5	5%
Subtotal	5	5%
Administrativas		
Manejo de pacientes	6	5%
Agendar pacientes	6	5%
Subtotal	12	11%
Total	110	100%

Tabla 2.- Actividades realizadas durante marzo de 2019		
Actividades	Número	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	8	6%
Análisis de radiografías	1	1%
Subtotal	9	7%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	3%
Elaboración de periódicos murales	0	0%
Subtotal	4	3%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	9	7%
Instrucción de técnica de cepillado	9	7%
Instrucción de hilo dental	9	7%
Profilaxis	9	7%
Revisión de tejidos bucales	9	7%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	9	7%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	9	7%
Aplicación tópica de flúor	5	4%
Odontoxesis	4	3%
Sellado de foseas y fisuras	8	6%
Obturación con resinas	7	5%
Exodoncia temporal	3	2%
Exodoncia permanente	2	2%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	2	2%
Subtotal	94	71%
Intermedias		
Asistencia	7	5%
Subtotal	7	5%
Administrativas		
Manejo de pacientes	9	7%
Agendar pacientes	9	7%
Subtotal	18	14%
Total	132	100%

Tabla 3.- Actividades realizadas durante abril de 2019		
Actividades	Número	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	5	4%
Análisis de radiografías	1	1%
Subtotal	6	5%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	4%
Elaboración de periódicos murales	0	0%
Subtotal	4	4%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	7	6%
Instrucción de técnica de cepillado	7	6%
Instrucción de hilo dental	7	6%
Profilaxis	7	6%
Revisión de tejidos bucales	7	6%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	7	6%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	7	6%
Aplicación tópica de flúor	2	2%
Odontoxesis	5	4%
Sellado de fosetas y fisuras	16	14%
Obturación con resinas	4	4%
Exodoncia temporal	2	2%
Exodoncia permanente	2	2%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	3	3%
Subtotal	83	73%
Intermedias		
Asistencia	6	5%
Subtotal	6	5%
Administrativas		
Manejo de pacientes	7	6%
Agendar pacientes	7	6%
Subtotal	14	12%
Total	113	100%

Tabla 4.- Actividades realizadas durante mayo de 2019		
Actividades	Número	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	6	6%
Análisis de radiografías	2	2%
Subtotal	8	8%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	4%
Elaboración de periódicos murales	1	1%
Subtotal	5	5%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	6	6%
Instrucción de técnica de cepillado	6	6%
Instrucción de hilo dental	6	6%
Profilaxis	6	6%
Revisión de tejidos bucales	6	6%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	6	6%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	6	6%
Aplicación tópica de flúor	3	3%
Odontoxesis	3	3%
Sellado de fosetas y fisuras	13	13%
Obturación con resinas	4	4%
Exodoncia temporal	3	3%
Exodoncia permanente	2	2%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	1	1%
Subtotal	71	71%
Intermedias		
Asistencia	4	4%
Subtotal	4	4%
Administrativas		
Manejo de pacientes	6	6%
Agendar pacientes	6	6%
Subtotal	12	12%
Total	100	100%

Tabla 5.- Actividades realizadas durante junio de 2019		
Actividades	Número	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	6	5%
Análisis de radiografías	2	2%
Subtotal	8	7%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	4%
Elaboración de periódicos murales	1	1%
Subtotal	5	5%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	6	5%
Instrucción de técnica de cepillado	6	5%
Instrucción de hilo dental	6	5%
Profilaxis	6	5%
Revisión de tejidos bucales	6	5%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	6	5%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	6	5%
Aplicación tópica de flúor	3	3%
Odontoxesis	3	3%
Sellado de fosetas y fisuras	16	15%
Obturación con resinas	6	5%
Exodoncia temporal	4	4%
Exodoncia permanente	3	3%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	3	3%
Subtotal	80	73%
Intermedias		
Asistencia	5	5%
Subtotal	5	5%
Administrativas		
Manejo de pacientes	6	5%
Agendar pacientes	6	5%
Subtotal	12	11%
Total	110	100%

Tabla 6.- Actividades realizadas durante julio de 2019		
Actividades	Número	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	10	7%
Análisis de radiografías	2	1%
Subtotal	12	8%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	3%
Elaboración de periódicos murales	0	0%
Subtotal	4	3%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	10	7%
Instrucción de técnica de cepillado	10	7%
Instrucción de hilo dental	10	7%
Profilaxis	10	7%
Revisión de tejidos bucales	10	7%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	10	7%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	10	7%
Aplicación tópica de flúor	7	5%
Odontoxesis	3	2%
Sellado de fosetas y fisuras	9	6%
Obturación con resinas	7	5%
Exodoncia temporal	4	3%
Exodoncia permanente	2	1%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	1	1%
Subtotal	103	72%
Intermedias		
Asistencia	4	3%
Subtotal	4	3%
Administrativas		
Manejo de pacientes	10	7%
Agendar pacientes	10	7%
Subtotal	20	14%
Total	143	100%

Tabla 7.- Actividades realizadas durante agosto de 2019		
Actividades	Número	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	4	7%
Análisis de radiografías	0	0%
Subtotal	4	7%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	7%
Elaboración de periódicos murales	0	0%
Subtotal	4	7%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	4	7%
Instrucción de técnica de cepillado	4	7%
Instrucción de hilo dental	4	7%
Profilaxis	4	7%
Revisión de tejidos bucales	4	7%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	4	7%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	4	7%
Aplicación tópica de flúor	1	2%
Odontoxesis	3	5%
Sellado de fosetas y fisuras	2	3%
Obturación con resinas	2	3%
Exodoncia temporal	1	2%
Exodoncia permanente	2	3%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	1	2%
Subtotal	40	68%
Intermedias		
Asistencia	3	5%
Subtotal	3	5%
Administrativas		
Manejo de pacientes	4	7%
Agendar pacientes	4	7%
Subtotal	8	14%
Total	59	100%

Tabla 8.- Actividades realizadas durante septiembre de 2019		
Actividades	Número	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	9	6%
Análisis de radiografías	1	1%
Subtotal	10	7%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	3%
Elaboración de periódicos murales	0	0%
Subtotal	4	3%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	9	6%
Instrucción de técnica de cepillado	9	6%
Instrucción de hilo dental	9	6%
Profilaxis	9	6%
Revisión de tejidos bucales	9	6%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	9	6%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	9	6%
Aplicación tópica de flúor	5	4%
Odontoxesis	4	3%
Sellado de fosetas y fisuras	11	8%
Obturación con resinas	8	6%
Exodoncia temporal	4	3%
Exodoncia permanente	3	2%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	2	1%
Subtotal	100	71%
Intermedias		
Asistencia	8	6%
Subtotal	8	6%
Administrativas		
Manejo de pacientes	9	6%
Agendar pacientes	9	6%
Subtotal	18	13%
Total	140	100%

Tabla 9.- Actividades realizadas durante octubre de 2019		
Actividades	Número	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	6	6%
Análisis de radiografías	2	2%
Subtotal	8	7%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	4%
Elaboración de periódicos murales	0	0%
Subtotal	4	4%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	6	6%
Instrucción de técnica de cepillado	6	6%
Instrucción de hilo dental	6	6%
Profilaxis	6	6%
Revisión de tejidos bucales	6	6%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	6	6%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	6	6%
Aplicación tópica de flúor	3	3%
Odontoxesis	3	3%
Sellado de fosetas y fisuras	14	13%
Obturación con resinas	8	7%
Exodoncia temporal	5	5%
Exodoncia permanente	2	2%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	1	1%
Subtotal	78	72%
Intermedias		
Asistencia	6	6%
Subtotal	6	6%
Administrativas		
Manejo de pacientes	6	6%
Agendar pacientes	6	6%
Subtotal	12	11%
Total	108	100%

Tabla 10.- Actividades realizadas durante noviembre de 2019		
Actividades	Número	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	10	8%
Análisis de radiografías	1	1%
Subtotal	11	9%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	3%
Elaboración de periódicos murales	1	1%
Subtotal	5	4%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	8	7%
Instrucción de técnica de cepillado	8	7%
Instrucción de hilo dental	8	7%
Profilaxis	8	7%
Revisión de tejidos bucales	8	7%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	8	7%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	8	7%
Aplicación tópica de flúor	3	2%
Odontoxesis	3	2%
Sellado de fosetas y fisuras	9	7%
Obturación con resinas	4	3%
Exodoncia temporal	3	2%
Exodoncia permanente	2	2%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	4	3%
Subtotal	84	69%
Intermedias		
Asistencia	5	4%
Subtotal	5	4%
Administrativas		
Manejo de pacientes	8	7%
Agendar pacientes	8	7%
Subtotal	16	13%
Total	121	100%

Tabla 11.- Actividades realizadas durante diciembre de 2019		
Actividades	Número	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	6	6%
Análisis de radiografías	2	2%
Subtotal	8	8%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	4%
Elaboración de periódicos murales	1	1%
Subtotal	5	5%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	6	6%
Instrucción de técnica de cepillado	6	6%
Instrucción de hilo dental	6	6%
Profilaxis	6	6%
Revisión de tejidos bucales	6	6%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	6	6%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	6	6%
Aplicación tópica de flúor	3	3%
Odontoxesis	3	3%
Sellado de fosetas y fisuras	6	6%
Obturación con resinas	4	4%
Exodoncia temporal	2	2%
Exodoncia permanente	2	2%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	3	3%
Subtotal	65	68%
Intermedias		
Asistencia	5	5%
Subtotal	5	5%
Administrativas		
Manejo de pacientes	6	6%
Agendar pacientes	6	6%
Subtotal	12	13%
Total	95	100%

Tabla 12.- Actividades realizadas durante enero de 2020		
Actividades	Columna1	Porcentaje
Diagnóstico		
Historias clínicas	11	11%
Análisis de radiografías	0	0%
Subtotal	11	11%
Fomento a la salud extramuros		
Pláticas de salud bucal	4	4%
Elaboración de periódicos murales	1	1%
Subtotal	5	5%
Atención integral intramuros		
Control de biopelícula	6	6%
Instrucción de técnica de cepillado	6	6%
Instrucción de hilo dental	6	6%
Profilaxis	6	6%
Revisión de tejidos bucales	6	6%
Otorgamiento de sesión de salud bucal	6	6%
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	6	6%
Aplicación tópica de flúor	3	3%
Odontoxesis	3	3%
Sellado de fosetas y fisuras	6	6%
Obturación con resinas	4	4%
Exodoncia temporal	2	2%
Exodoncia permanente	2	2%
Curación con material temporal	0	0%
Farmacoterapia	3	3%
Subtotal	65	66%
Intermedias		
Asistencia	5	5%
Subtotal	5	5%
Administrativas		
Manejo de pacientes	6	6%
Agendar pacientes	6	6%
Subtotal	12	12%
Total	98	100%

ANÁLISIS DE DATOS

Como se puede observar en las tablas anteriormente clasificadas, en el periodo anual del servicio social en el CST III Dr. David Fragozo Lizalde, las tareas principalmente asignadas a los pasantes son de primer nivel, enfocándose en la prevención y promoción a la salud, en intramuros son básicamente actividades de tipo asistencial y administrativas, hasta operatorias, cumpliendo nosotros con esta parte y refiriendo a los pacientes con especialistas para un tratamiento integral y mejor pronóstico y en las actividades extramuros nos enfocamos en transmitir información a la población de la región mediante pláticas de salud bucal, abarcando varios temas desde prevención hasta enfermedades graves del aparato estomatognático y elaborando periódicos murales llamativos de manera que la población se interese en leerlo y de la misma manera pueda entender la información plasmada.

CONCLUSIONES

Finalmente se puede concluir que el CST III Dr. David Fragozo Lizalde es un excelente lugar para realizar el servicio social, ya que se enfoca en la prevención y promoción que es la base de una buena salud bucal, se da la oportunidad a los pasantes de atender a pacientes empezando con lo básico hasta poder darlos de alta en la atención de primer nivel e informando al paciente en caso de ser necesario algún otro tratamiento y dando como opciones instituciones como la UNAM, UAM, IPN y UIC, principalmente por los costos, ya que la mayoría nuestra población es de bajos recursos.

Se cuenta con 4 unidades dentales, en las cuales se atienden a pacientes desde los 4 años en adelante, sin distinción de sexo, étnia, edad, religión, preferencia sexual, ya que no hay discriminación de ningún tipo.

También se atiende a pacientes con enfermedades sistémicas siempre y cuando estuvieran controlados.

La población que acude al centro de salud necesita mucha información sobre la salud bucal por lo tanto, a pesar de que se realizan todos los tratamientos posibles se hace un gran énfasis en la prevención.

Se dan pláticas un día a la semana de diferentes temas en la sala de espera a todos los que acuden al centro de salud sin importar que vayan a consulta con el médico, nutriólogo, psicólogo o algún otro servicio.

ANEXOS

HORARIOS CSTIII. DR. DAVID FRAGOSO LIZALDE.

Lunes a Viernes
08:00 a.m a 02:00 p.m
Sábados, Domingos y
días festivos
08:00 a.m a 08:00 p.m



Centro de Salud TIII. Dr. David
Fragoso Lizalde.

Calle Dr. David Fragoso Lizalde
s/n esquina con Cedral, San
Pedro Mártir 14640. CDMX



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



¿QUÉ ES LA CARIES?

Prevención y tratamiento.

CSTIII. Dr. David Fragoso
Lizalde.

HORARIOS:

Lunes a Viernes
08:00 a.m a 02:00 p.m
Sábados, Domingos y
días festivos
08:00 a.m a 08:00 p.m



CENTRO DE SALUD TIII. DR. DAVID FRAGOSO LIZALDE

Calle Dr. David Fragoso Lizalde s/n
esquina con Cedral, San Pedro
Mártir 14640, CDMX.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

ANOMALÍAS DENTALES.

CSTIII. DR. DAVID
FRAGOSO LIZALDE.

