



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD.

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**CORONECTOMIA DE TERCER MOLAR INFERIOR ASOCIADO A QUISTE
PARADENTAL.**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN TEPEPAN.

SEBASTIÁN HUERTA OCAMPO

2192033937

ENERO 2024- ENERO 2025.

MARZO, 2025

ASESORES:

CMF. JOSÉ MARTÍN NÚÑEZ MARTÍNEZ.

MTRA. ERIKA CENOZ URBINA.

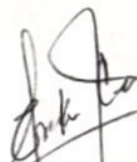
ASESORES SERVICIO SOCIAL



CMF. JOSÉ MARTÍN NÚÑEZ MARTÍNEZ

Jefe de proyecto LDC Tepepan

No. Económico: 28881



MTRA. ERIKA CENOZ URBINA

Técnico académico LDC Tepepan

No. Económico: 27204

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM XOCHIMILCO



CDE. KARLA IVETTE OLIVA OLVERA

Comisión de servicio social de estomatología

Número económico: 36669

RESUMEN DEL INFORME

El presente informe contiene las actividades realizadas en mi servicio social, a partir del 1 de febrero de 2024 hasta el 31 de enero de 2025 en una de las 4 clínicas estomatológicas pertenecientes a la Universidad Autónoma Metropolitana. La clínica llamada Laboratorio de Diseño y Comprobación Tepepan "Dr. Rafael Lozano Orozco", con dirección en Francisco Villa s/n, entre calles Emiliano Zapata y Zaragoza, Delegación Xochimilco, México D.F.

De igual manera se investigaron antecedentes acerca de las clínicas de la universidad, ubicación demográfica, infraestructura, servicios, programas de prevención a la salud, horarios, actividades y personal administrativo.

En estas clínicas se llevan a cabo actividades de atención y servicio a la salud a la población ubicada en zonas marginales de la ciudad, en ella se aplican actividades teóricas-prácticas en donde participan alumnos, recién egresados -pasantes de servicio social- y docentes de apoyo.

El presente trabajo muestra un caso clínico respecto a una coronectomía en un tercer molar inferior por la interacción con el nervio dentario inferior, se realizó una recopilación de diversos artículos que mencionan las indicaciones, contraindicaciones, diagnóstico y complicaciones de realizar esta alternativa de tratamiento, además, el caso clínico aborda un quiste paradental, donde se menciona una breve literatura acerca de esta patología.

Palabras clave: coronectomía, tercer molar, paradental, parestesia.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL.....	6
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN.	7
INTRODUCCIÓN	7
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA	10
DISCUSIÓN.....	13
CONCLUSIÓN	14
BIBLIOGRAFIA.....	15
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.....	17
UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	17
SERVICIO ESTOMATOLÓGICO	24
REFERENCIAS	25
CAPÍTULO IV: INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO.	26
TABLAS.....	26
ACTIVIDADES TOTALES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL....	38
CAPÍTULO V: ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.	39
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.	40
CAPITULO VII: FOTOGRAFIAS.	41

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL.

El servicio social se realizó en una de las 4 clínicas en la universidad, específicamente en el Laboratorio de Diseño y Comprobación Tepepan “Dr. Rafael Lozano Orozco”, con dirección en Francisco Villa s/n, entre calles Emiliano Zapata y Zaragoza, Delegación Xochimilco, México D.F.

La pasantía fue realizada a partir del 1 de febrero de 2024 hasta el 31 de enero de 2025. En este tiempo se realizaron actividades clínicas, de investigación y administrativas. Tales como recepción, diagnóstico, asignación y atención clínica integral de pacientes, actividades de promoción a la salud, elaboración de un caso clínico en conjunto con una revisión de la literatura, revisión y registro de expedientes.

El caso clínico presentado a continuación demuestra una alternativa de tratamiento a un tercer molar inferior en íntima relación con el nervio dentario inferior. La coronectomía tiene como fin principal disminuir el daño al nervio dentario inferior que se puede presentar por la manipulación en este tipo de casos; se debe realizar eliminando solo la porción coronal del órgano dentario y dejando las raíces dentro de la cortical ósea, así garantizando que no exista mayores complicaciones en un futuro.

Con la realización del caso clínico se busca informar sobre otras alternativas de procedimientos a una cirugía convencional de tercer molar, una alternativa que evita dañar una estructura importante y que puede ser una dificultad en la vida diaria del paciente.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN.

INTRODUCCIÓN.

Los terceros molares mandibulares son los órganos dentarios que más frecuentemente presentan complicaciones al momento de su erupción, debido a esto podemos encontrarlos retenidos o incluidos; como resultado encontramos mayores complicaciones al realizar el procedimiento clínico.

Las complicaciones derivadas del procedimiento son diversas, como podemos encontrar la extracción incompleta del diente, daño del segundo molar inferior, desplazamiento del diente a otras regiones anatómicas, fracturas óseas, lesiones neurológicas (parestesia) y formación de quistes o tumores.¹

Las parestesias del nervio dentario inferior pueden ser causadas por: traumatismos, tumores, enfermedades infecciosas, desmielinizantes o idiopáticas. La causa más frecuente es traumatismo (neuropatía del nervio dentario inferior) debido a la exodoncia del tercer molar inferior retenido.²

Ante los retos que se enfrenta el clínico el tratamiento de elección debe ser el más conservador y menos invasivo posible, por lo que surgen distintos procedimientos con el fin de disminuir estas complicaciones; entre las que resaltan la coronectomía.

Esta técnica fue descrita por Ecuyer y Debieen en 1984, la cual consiste en la remoción parcial del órgano dentario, eliminando la corona dental y conservando las raíces dentro del hueso, siendo así una alternativa para disminuir un daño al Nervio Dentario Inferior.³

Cuando el procedimiento se realiza de la mejor manera se reduce el riesgo de dañar el Nervio Dentario Inferior.

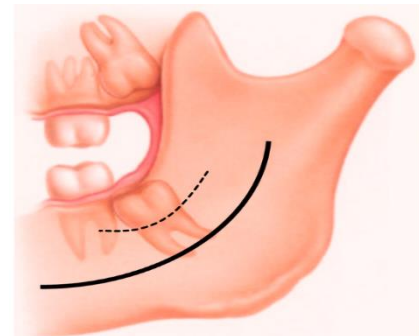


Fig. 1: Coronectomía. Fuente:
<https://www.ortodoncis.com/2013/11/21/muela-del-juicio-que-no-pueden-extraer-porque-contacta-con-el-nervio-una-solucion-la-coronectomia/>

Un adecuado diagnóstico ayuda a identificar posibles riesgos y complicaciones que se pueden presentar en un procedimiento quirúrgico, en este caso la coronectomía siendo una alternativa para la extracción de terceros molares mandibulares se deben tomar en cuenta las siguientes indicaciones.¹

1. Cercanía al Nervio Dentario Inferior. Es importante evaluar la posición del tercer molar inferior respecto al Nervio Dentario Inferior, con ayuda de una radiografía panorámica, según diversos autores, debemos evaluar:
Teniendo en cuenta que una radiografía es una imagen bidimensional, podemos apoyarnos de una tomografía computarizada de haz cónico para conocer la relación real entre estas dos estructuras.
Para la interpretación de la radiografía panorámica se deben observar una serie de signos que nos revelan complicaciones entre el nervio dentario

inferior y el tercer molar inferior, como la desviación del conducto dentario inferior, estrechamiento y pérdida de continuidad del techo de este, oscurecimiento, estrechamiento y cambios en la dirección de las raíces.⁴

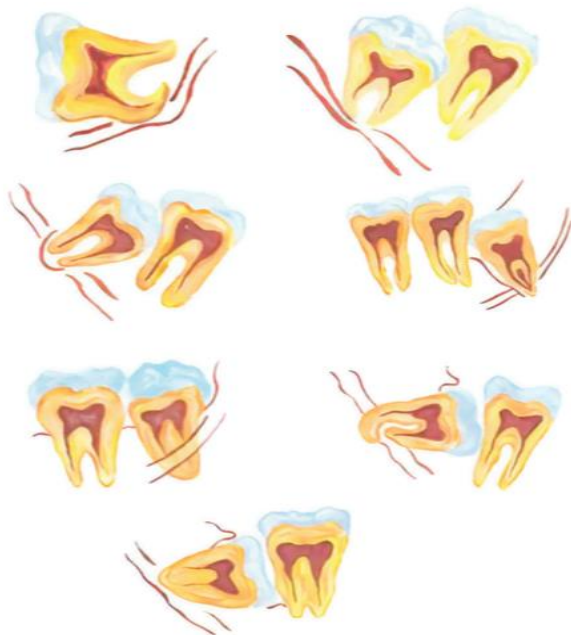


Figura 2: Relación de las raíces con el NDI (signos radiográficos). Tomado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/T%C3%A9cnicas-radiol%C3%B3gicas-para-la-identificaci%C3%B3n-del-al-Piqu%C3%A9-Guti%C3%A9rrez/cfb5a6ad7fae75ef7080de22d3bbe7f63c1aca2e>

2. Dificultad quirúrgica: Es relevante la disposición anatómica de los terceros molares y necesaria para prevenir complicaciones y el tratamiento quirúrgico ideal. Mediante las radiografías es posible caracterizar, según su posición, a los terceros molares respecto al plano oclusal y el espacio disponible (clasificación de Pell & Gregory) y en grados de inclinación o angulación en relación con el eje longitudinal (clasificación de Winter).⁵
3. Riesgo de fractura mandibular: Suele ocurrir en casos de terceros molares retenidos muy profundos, con perforación o afectación de corticales.⁶

Dentro de las contraindicaciones para la coronectomía encontramos:

1. Patología asociada al tercer molar o segundo molar (infección periapical, caries con afectación pulpar o radicular).
2. Patología o condición sistémica del paciente que suponga una complicación a cualquier otra cirugía (tratamiento con radioterapia o quimioterapia, tratamiento con fármacos antirresortivos, diabetes mal controlada, enfermedades infecciosas, hepatitis, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción).
3. Falta de experiencia del profesional en cirugía oral.⁷

Por otro lado, la aparición de quistes asociados a terceros molares inferiores es más común de lo que se podría pensar, el error radica en que el profesional no sabe identificar la presencia de tal patología.

La presencia de un órgano dentario no erupcionado (terceros molares) representa un riesgo de formación de lesiones quísticas o tumorales.⁸ El quiste paradental es una entidad patológica incorporada al grupo de los quistes odontogénicos.^{8, 9}

La primera descripción clínica e histopatológica del quiste paradental fue realizada por Main en 1970, como quiste colateral inflamatorio.⁹ En 1976, Craig sugirió la actual nomenclatura.¹⁰ Se cree que el epitelio reducido del esmalte y los restos epiteliales de Malassez tienen el potencial para proliferar como respuesta a estímulos inflamatorios, lo cual da origen a diversos quistes odontogénicos, tales como el quiste paradental.¹¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como “un quiste que se desarrolla cerca del margen cervical de la porción lateral de una raíz como consecuencia de un proceso inflamatorio en una bolsa periodontal. Una forma distinta del quiste paradental aparece en la porción vestibular y distal de molares mandibulares erupcionados, más frecuentemente terceros molares, donde existe una historia previa de pericoronitis”.¹²

La mayor parte de los casos reportados han descrito al quiste paradental asociado al tercer molar mandibular, aunque puede manifestarse en segundos y primeros molares. El quiste paradental representa aproximadamente de 3 a 5% de todos los quistes odontogénicos.¹¹

Las lesiones quísticas las podemos encontrar en exámenes radiográficos de rutina como zonas radiolúcidas bien delimitadas y se deben diferenciar de la estructura normal de un folículo dental, el cual aparece radiográficamente como una zona radiolúcida pericoronaria.⁸

Radiográficamente es una lesión unilocular radiolúcida bien definida, parecida a una lesión periapical e involucra una o ambas raíces del órgano dentario o una resorción ósea de forma semilunar en la porción distal. Por lo general, tenían alrededor de 10 ± 15 mm de diámetro.¹⁰

El quiste paradental presenta una cápsula de tejido conjuntivo fibroso con infiltrado inflamatorio severo y se encuentra revestida por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado con zonas de acantosis. Se pueden observar focos de hemosiderina y espacios de cristales de colesterol, hallazgos compatibles con quistes inflamatorios.^{10, 12}

Los quistes paradentales son relativamente raros en la práctica clínica, con una incidencia de alrededor del 0,9% al 4,7%.¹⁰ El diagnóstico preciso depende de la combinación del examen clínico, el examen de imágenes y el examen patológico.

La elección del tratamiento depende del diente específico afectado. Para los terceros molares, la enucleación del quiste paradental con extracción dental es el tratamiento recomendado.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Después de analizar los auxiliares diagnóstico -radiografía panorámica y tomografía computarizada- se identificó la relación estrecha entre el tercer molar inferior y el nervio dentario inferior.



Figura 3: Ortopantomografía de paciente.

Se observa radiografía panorámica (ortopantomografía) de paciente femenino de 26 años de edad. En el área de interés observamos el tercer molar inferior izquierdo, se encuentra en una posición mesio angular y clase II posición B de acuerdo con la clasificación de Winter y Pell y Gregory, respectivamente. En el tercio radicular observamos dilaceración de las raíces, así como pérdida de continuidad del techo del canal dentario inferior y una radiolucidez respecto a la raíz. En la zona distal de la corona del tercer molar inferior izquierdo se observa una zona radiolúcida de forma ovalada con bordes definidos de aproximadamente 7mm de diámetro.

La necesidad de extraer el tercer molar inferior se da por la presencia de un probable quiste paradental -aún por confirmar por el área de patología- y la molestia que el paciente ya presentaba; por esta razón se decidió realizar la coronectomía del tercer molar y se procedió a explicar al paciente los riesgos y complicaciones que podíamos enfrentar.

Se realizó una breve historia clínica, el paciente accedió y firmó la autorización del tratamiento; y se tomaron signos vitales.

Se realizó el protocolo de asepsia del campo quirúrgico y antisepsia del personal, se utilizó lidocaína con epinefrina al 2% con una técnica troncular para anestesiarse el nervio dentario inferior, lingual y bucal. Con una hoja de bisturí no.15 se realizó una incisión en la zona retromolar y se continuó hasta la papila distal del primer molar inferior con una descarga hacia disto vestibular para realizar un colgajo triangular; con una legra molt se hizo el levantamiento del colgajo envolvente. Se realizó

osteotomía con pieza de baja velocidad con una fresa de carburo #702 en la zona vestibular para poder descubrir el molar y tener espacio para la coronectomía. Se procedió a realizar la coronectomía con una fresa de carburo #703, colocando la fresa en posición horizontal y haciendo el corte a profundidad en la corona de mesial a distal. Teniendo precaución con estructuras adyacentes. Una vez realizada la coronectomía sin haber llegado hasta lingual con un elevador se realizó un movimiento a modo de palanca para desprender por completo la corona de la raíz y se extrajo la corona del molar. Una vez terminada la coronectomía pudimos observar el quiste y procedimos a realizar una enucleación del probable quiste y se colocó en una solución con formol al 10%. Una vez terminado se colocaron puntos de sutura simples con seda negra 3-0. Se proporcionaron al paciente las indicaciones -las mismas indicaciones que una cirugía de tercer molar- y se indicó medicamento por siete días. Antibiótico: Amoxicilina con Ácido Clavulánico 500mg/125mg cada 8 horas por 7 días. Analgésico: Ibuprofeno 600mg cada 8 horas por 5 días.

La muestra se envió al área de patología de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco; el resultado obtenido fue la confirmación del probable diagnóstico emitido como quiste paradental.

Se retiraron puntos de sutura y se verificó que no tuviera alguna complicación 7 días posteriores a la cirugía. La paciente presentaba sensibilidad en la zona, se retiraron puntos de sutura y no encontramos algún motivo para esa molestia. Se indicó terapia láser los días posteriores, mostrando mejoría con el pasar de los días hasta que la sensibilidad cedió por completo al término de 20 días posteriores a la cirugía.



Figura 4: Osteotomía con pieza de baja velocidad.



Figura 5: Se observa probable quiste paradental en zona retromolar.



Figura 6: Enucleación de probable quiste paradental.



Figura 7: Alveolo sin probable quiste.



Figura 8: Corona vista oclusal.



Figura 9: Corona vista lateral.

DISCUSIÓN.

De acuerdo con los autores Pogrel y cols., en el año 2004¹³, la coronectomía se presenta como un procedimiento alternativo a la cirugía convencional de terceros molares inferiores en donde la relación entre el nervio dentario inferior y el tercer molar inferior están involucrados, diagnosticado principalmente por una radiografía panorámica.

Posterior a una intervención quirúrgica de terceros molares inferiores es común que los pacientes presenten dolor e inflamación, pero se debe prestar atención a las complicaciones que se pueden presentar como infección, lesión al nervio dentario inferior, alveolitis, reintervención, entre otras.

La frecuencia de dañar al nervio dentario inferior en una cirugía de terceros molares inferiores se presenta en 3 al 5% de las cirugías, de este porcentaje el daño se puede presentar de forma permanente en 0.5 a 1% de los casos.¹⁴ Tomando estos datos, interpretamos que no es un porcentaje muy elevado, pero es de relevancia disminuirlo para el bienestar del paciente; de ser posible se deben realizar los procedimientos indicados para evitar este tipo de complicaciones.

En el año 2009, Leung y cols realizaron un ensayo clínico en donde compararan dos grupos de pacientes, al primer grupo se le realizaron extracciones de terceros molares inferiores (178) y al segundo grupo se realizó coronectomía (155); el objetivo de este estudio fue evaluar las complicaciones presentadas por estos pacientes post procedimiento. Las principales complicaciones del primer grupo fue lesión al nervio dentario inferior 9 casos (5.1%) e infección 12 casos (6.7%), mientras que al segundo grupo las principales fueron extracción de raíces 16 casos (9.4%) y lesión al nervio dentario inferior 1 caso (0.65%).¹⁵ Kostares E¹⁹ evaluó la prevalencia infecciones del sitio quirúrgico después de una coronectomía, encontrando una prevalencia general del 2.4%.

El objetivo principal de la coroncetomía es disminuir el riesgo de afectar el nervio dentario inferior por lo que en 2016 Kouwenberg y cols., realizó un estudio de cohortes prospectivo, donde analizó procedimientos quirúrgicos de coronectomías de terceros molares, obtuvo 191 casos y en un período de 6 meses post cirugía halló que la principal complicación fue dolor en 12 muestras (6,27%) y reintervención en 9 muestras (4,71%)¹⁶; en otro estudio Vignudelli y cols., en 2017 dieron seguimiento a 34 pacientes, en ninguno de los casos se presentaron daño al nervio dentario inferior y solo 4 casos de reintervención (11.8%).¹⁷

En el año 2022 Núñez y cols⁸ detectó la presencia de lesiones quísticas en sacos pericoronarios de terceros molares inferiores en un 35.4% de los casos, de los cuales 27.1% correspondía a quistes paradentales.

Berasmo A y cols encontraron 69 casos con lesiones radiolúcidas asociados a terceros molares mandibulares retenidos, el más frecuente encontrado fue quiste dentígero 34.8%, mientras que el quiste paradental fue encontrado en 7.2% de los casos.¹⁸

CONCLUSIÓN

La coronectomía en terceros molares inferiores se presenta como un procedimiento alternativo frente a una cirugía convencional de tercer molar en casos donde las raíces y el nervio dentario inferior se encuentren en relación.

La coronectomía debe realizarse en situaciones donde no sea favorable la posición del tercer molar inferior respecto al nervio dentario inferior, produciendo una lesión en el nervio dentario inferior. Es importante realizar un adecuado diagnóstico con ayuda de una radiografía panorámica – o una tomografía de ser necesario- y realizar la coronectomía con la mejor técnica e instrumental.

Dentro de las complicaciones post cirugía en una coronectomía, la lesión al nervio dentario inferior es menos recurrente que en una cirugía de tercer molar convencional. Otra complicación de acuerdo con artículos consultados encontramos la reintervención, si bien no es lo ideal, para la extracción de las raíces el riesgo de lesionar el nervio dentario inferior es menor debido a la migración de las raíces respecto al nervio. También la infección del sitio quirúrgico, aunque es un porcentaje reducido, se deben reevaluar las medidas llevadas a cabo para el procedimiento pre y post quirúrgico.

Desde que la coronectomía fue presentada como una alternativa de tratamiento, en diversos artículos han demostrado los beneficios al paciente -principalmente lesiones nerviosas-, si bien hay ciertas complicaciones (como dolor, inflamación, infección) que se pueden presentar, éstas no son exclusivas de una coronectomía, si no que pueden presentar en cualquier cirugía.

Actualmente la coronectomía es una opción eficiente en casos donde el daño al nervio dentario inferior es inminente y el extraer el tercer molar sea necesario; debemos añadir que es necesario seguir dando seguimiento a pacientes que fueron sometidos a este procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Encinas Ramos A, Sáez-Alcaide LM, Cobo-Vázquez C, Meniz García C. Coronectomía en terceros molares inferiores. *Cient. Dent.* 2020; 17; 3; 65-71.
2. Ruiz Sáenz, P.L., Martínez-Rodríguez, n., Cortés-Bretón Brinkman, J., Barona dorado, C., Martínez gonzález, J.M. actitud ante una posible parestesia del nervio dentario inferior tras la extracción quirúrgica del tercer molar inferior. *Cient. dent.* 2013; 10; 2: 93-99.
3. Ali AS, Benton JA, Yates JM. Risk of inferior alveolar nerve injury with coronectomy vs surgical extraction of mandibular third molars-A comparison of two techniques and review of the literature. *J Oral Rehabil* 2018; 45(3): 250-7.
4. Maidagan Valderrama A, Martínez Rodríguez N, Barona Dorado C, Fernández Cáliz F, L eco Berrocal MI. Coronectomía como tratamiento alternativo a la exodoncia de terceros molares inferiores.Una revisión sistemática. *Cient. Dent.* 2018; 15; 2; 29,35.
5. Olivera Ramos P, Serpa-Romero X, Wilches-Visbal J. Clasificaciones Pell-Gregory, Winter y Nolla de terceros molares en pacientes de una clínica odontológica universitaria. *Revista Cuban de Medicina Familiar.* 2024 [consultado 25 de enero de 2025. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v53n2/1561-3046-mil-53-02-e22284.pdf>
6. Sedaghatfar M, August MA, Dodson TB. Panoramic radiographic findings as predictors of inferior alveolar nerve exposure fo lowing third molar extraction. *J Oral Maxi lofac Surg* 2005; 63 (1): 3-7.
7. Corrêa APS, Faverani LP, RamalhoFerreira G, Ferreira S, Ávila Souza F, de Oliveira Puttini I, y cols. Unerupted Lower Third Molar Extractions and Their Risks for Mandibular Fracture: *J Craniofac Surg* 2014; 25(3): e228-9.
8. Núñez MJM, Smith PFR, Amarillas EED, Cenoz UE. Presencia de lesiones quísticas en sacos pericoronarios de terceros molares mandibulares. *Rev ADM.* 2022; 79 (5): 251-256. <https://dx.doi.org/10.35366/107959>.
9. Ocampo Acosta Fabian, Seamanduras Pacheco Alejandro, Jiménez Enríquez Javier Francisco. Quiste Paradental: reporte de dos casos. *Revista Mexicana de Odontologia Clinica.* 2008.
10. Rodríguez García Luis O., Guiardinu Martínez Reina, Arte Loriga Manuela, Blanco Ruiz Antonio O. Quistes maxilares: Revisión bibliográfica. *Rev. Estomatol. Cubano* [Internet]. Diciembre de 2006 [consultado el 3 de enero de 2025]; 43(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000400006&lng=es.
11. Li P, Zhao Y, You Y, Lin L, Yu D, Zhao W. Current Perspectives on Paradental Cyst: A Literature Review. *Dent J (Basel).* 2023 Dec 5;11(12):281.
12. Drage NA, Renton T. Inferior alveolar nerve injury related to mandibular third molar surgery: An unusual case presentation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002; 358-61.
13. Pogrel MA, Lee JS, Muff DF. Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve. *J Oral Maxi lofac Surg* 2004; 62: 1447-52.

14. Recio Lora C., Torres Lagares D., Maeztu Martínez M. de, Romero Ruiz MM, Gutiérrez Pérez JL. Uso racional de la coronectomía en la extracción de terceros molares impactados. Rev Esp Cirugía Oral y Maxilofac [Internet]. 2009 agosto [citado 05 febrero 2025] ; 31(4): 250-256. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582009000400005&lng=es.
15. Leung YY, Cheung LK. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: A randomized controlled trial. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology 2009; 108(6): 821-7.
16. Kouwenberg AJ, Stroy LPP, Rijt EDV-VD, Mensink G, Gooris PJJ. Coronectomy of the mandibular third molar: Respect for the inferior alveolar nerve. J Craniomaxillofac Surg 2016; 44(5): 616-2.
17. Vignudelli E, Monaco G, Gatto MRA, Franco S, Marchetti C, Corinaldesi G. Periodontal Healing Distally to Second Mandibular Molar After Third Molar Coronectomy. J Oral Maxillofac Surg 2017; 75(1): 21-7.
18. Berasmo A, Sánchez J, Villarroel M. Prevalencia de patologías en terceros molares mandibulares retenidos con imagen radiolúcida asociada en pacientes del postgrado de cirugía bucal de la universidad central de Venezuela (2010-2019). Acta bioclínica artículo original. Diciembre 2020.
19. Evangelos Kostares, Georgia Kostare, Michael Kostares, Athanasios Tsakris, Maria Kantzanou. Prevalence of Surgical Site Infections Following Coronectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dent. J. 2024, 12, 379.

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

El Laboratorio de Diseño y Comprobación Tepepan está ubicado en la calle Francisco Villa s/n entre las calles Emiliano Zapata y Zaragoza, en la colonia San Juan Tepepan, perteneciente a la delegación Xochimilco de la Ciudad de México.

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



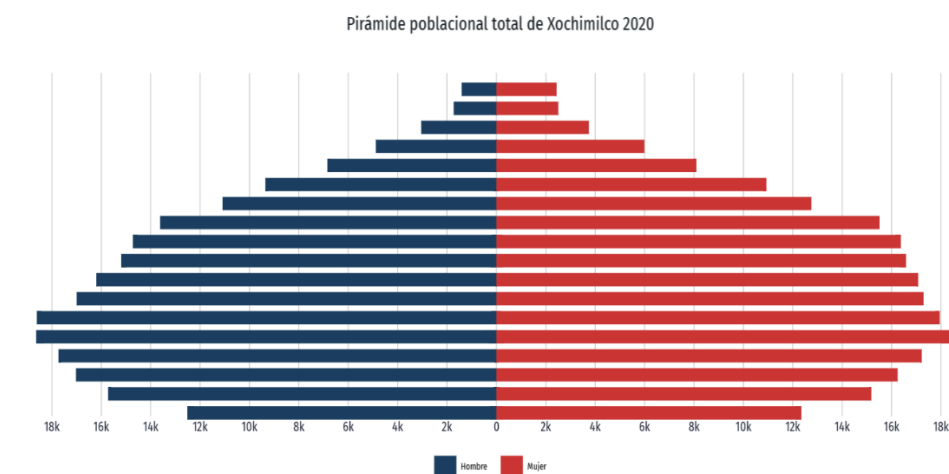
Fuente: <https://pl.m.wikipedia.org/wiki/Plik:MX-DF-Xochimilco.png>

En cuanto a la extensión territorial, la superficie total de esta delegación asciende a 12,517 hectáreas, de la cual 2,505.8 hectáreas (20.1%) son suelo urbano y 10,011.2 hectáreas (79.9%) suelo de conservación. La delegación Xochimilco representa el 7.9% de la superficie de la Ciudad de México.

POBLACIÓN.

La población total de Xochimilco en 2020 fue 442,178 habitantes, siendo 51.3% mujeres y 48.7% hombres.

Los rangos de edad que concentraron mayor población fueron 20 a 24 años (36,979 habitantes), 25 a 29 años (36,563 habitantes) y 15 a 19 años (34,956 habitantes). Entre ellos concentraron el 24.5% de la población total.



www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xochimilco

SERVICIOS

Se presentan el porcentaje de hogares que cuentan con determinados elementos de conectividad y/o servicios. El 66.5% tienen acceso a internet, el 50.1% disponen de una computadora y el 91.2% disponen de un teléfono móvil. Mientras que para la movilidad en cada hogar encontramos que el 43.1% de las viviendas disponen de automóvil, 10.5% disponen de motocicleta y 28.3% disponen de bicicleta.

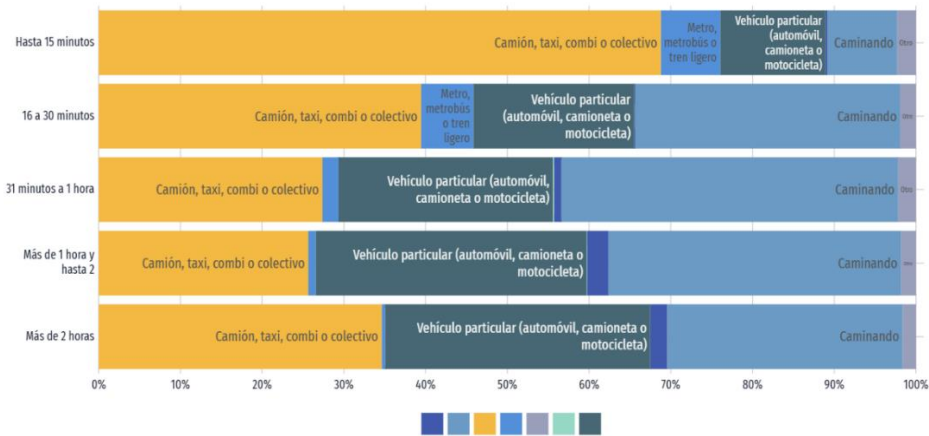
MEDIO DE TRANSPORTE

La distribución de los medios de transporte hacia el trabajo o el lugar de estudios utilizados por la población de Xochimilco según los tiempos de desplazamiento.

En 2020, 36.8% de la población acostumbró camión, taxi, combi o colectivo como principal medio de transporte al trabajo.

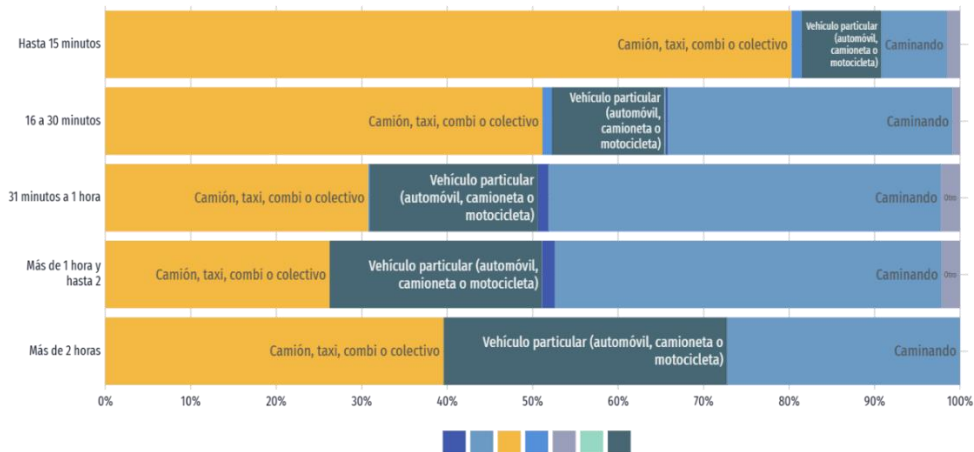
Con relación a los medios de transporte para ir al lugar de estudios, 54.9% de la población acostumbró camión, taxi, combi o colectivo como principal medio de transporte.

Tiempo de traslado al trabajo según medio de transporte
(2020)



www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xochimilco?housingConnectivity=equipmentAccess

Tiempo de traslado al colegio según medio de transporte
(2020)



www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xochimilco?housingConnectivity=equipmentAccess

EMPLEO

En el tercer trimestre de 2024, la tasa de participación laboral en Ciudad de México fue 63.5%, lo que implicó un aumento de 0.61 puntos porcentuales respecto al trimestre anterior (62.9%).

La tasa de desocupación fue de 3.96% (202k personas), lo que implicó una disminución de 0.075 puntos porcentuales respecto al trimestre anterior (4.04%).

Evolución de la población económicamente activa en Ciudad de México



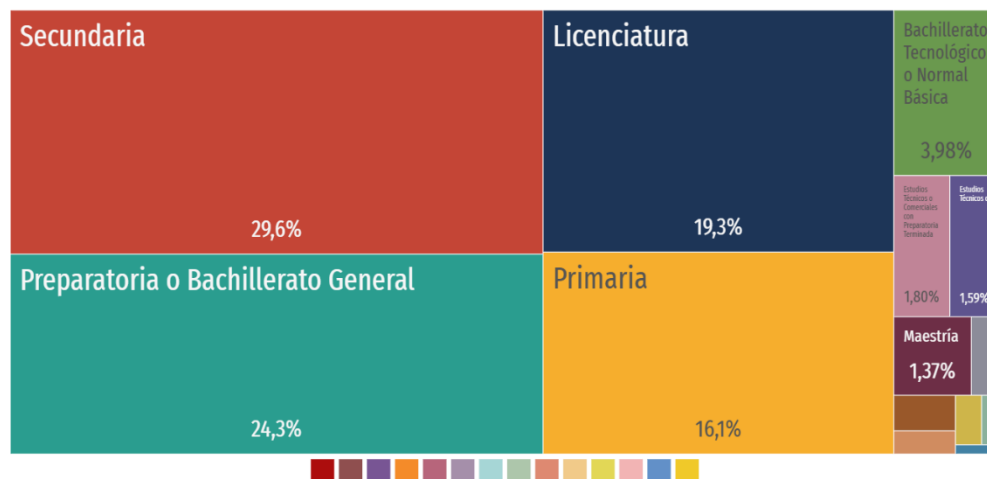
www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xochimilco?housingConnectivity=equipmentAccess

EDUCACIÓN

La gráfica muestra la distribución porcentual de la población de 15 años y más en Xochimilco según el grado académico aprobado.

En 2020, los principales grados académicos de la población de Xochimilco fueron Secundaria (100k personas o 29.6% del total), Preparatoria o Bachillerato General (82k personas o 24.3% del total) y Licenciatura (65.2k personas o 19.3% del total).

Niveles de escolaridad de la población de 15 años y más en Xochimilco
(Distribución de la población total)

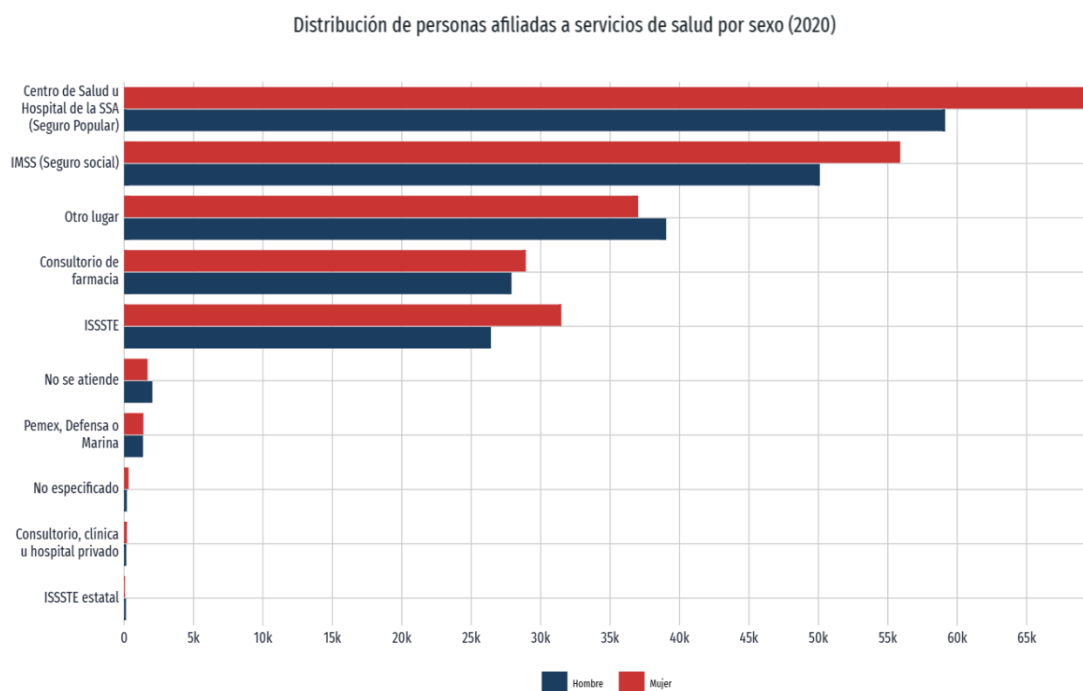


www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xochimilco?housingConnectivity=equipmentAccess

SALUD

En Xochimilco, las opciones de atención de salud más utilizadas en 2020 fueron Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) (128k), IMSS (Seguro social) (106k) y Otro lugar (76.1k).

En el mismo año, los seguros sociales que agruparon mayor número de personas fueron Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI) (125k) y No Especificado (115k).



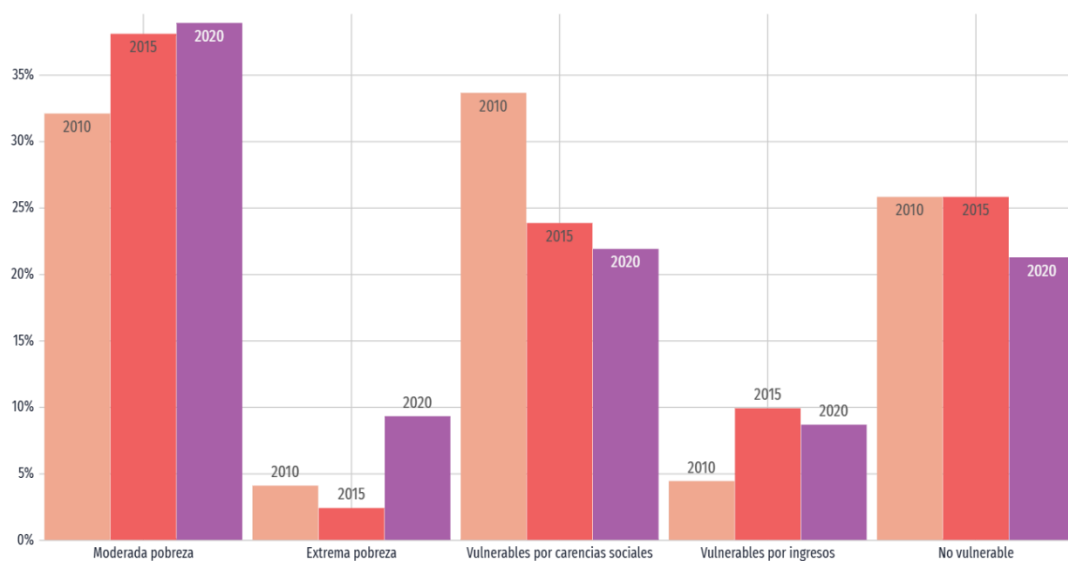
www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xochimilco?housingConnectivity=equipmentAccess

POBREZA Y CARENCIAS SOCIALES

En 2020, 38.9% de la población se encontraba en situación de pobreza moderada y 9.3% en situación de pobreza extrema. La población vulnerable por carencias sociales alcanzó un 21.9%, mientras que la población vulnerable por ingresos fue de 8.67%.

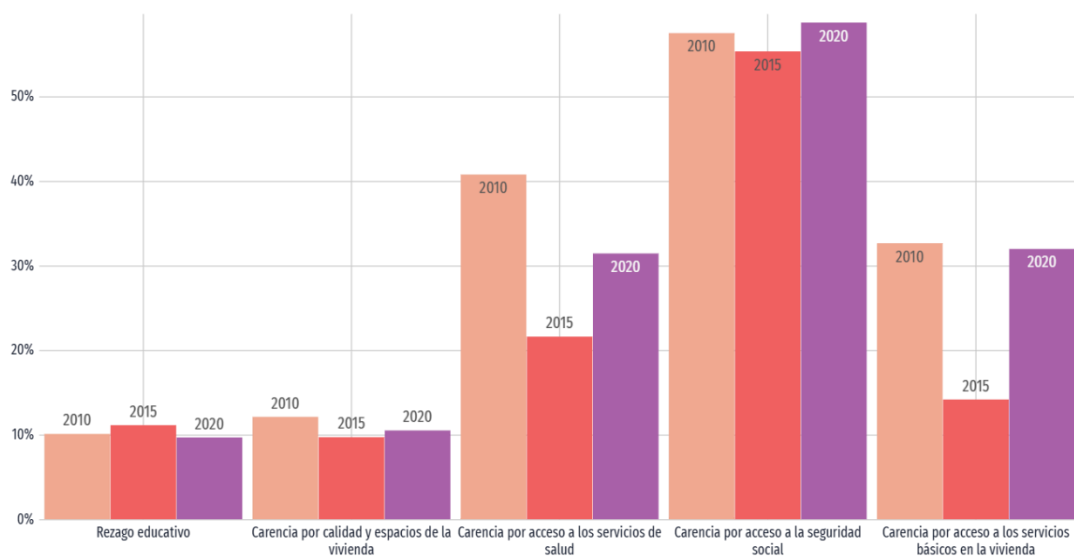
Las principales carencias sociales de Xochimilco en 2020 fueron carencia por acceso a la seguridad social, carencia por acceso a los servicios de salud y carencia por acceso a la alimentación.

Distribución de personas según condición de pobreza



www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xochimilco?housingConnectivity=equipmentAccess

Distribución de personas según carencias sociales



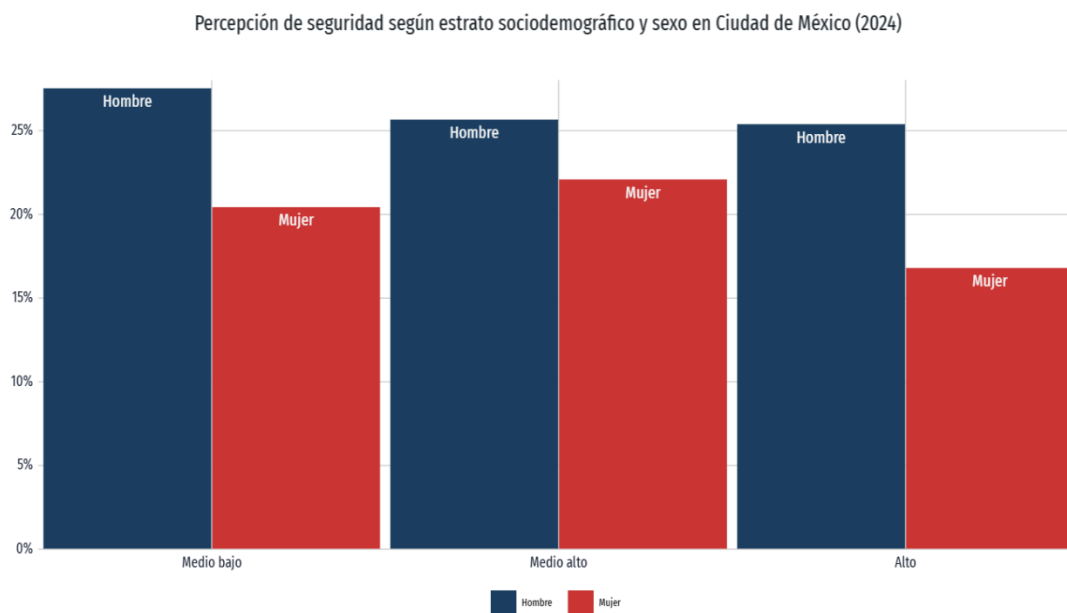
www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xochimilco?housingConnectivity=equipmentAccess

SEGURIDAD

La percepción de seguridad busca medir la percepción de seguridad pública que la población y los hogares tienen sobre el lugar donde residen y su relación con el delito.

En 2024, 26.3% de los hombres mayores de 18 años de Ciudad de México percibieron seguridad en su entidad federativa, mientras que 20.5% de mujeres mayores de 18 años compartieron dicha percepción.

A nivel de personas, los hombres del estrato sociodemográfico medio bajo percibieron mayor seguridad (27.5%), mientras que las mujeres percibieron mayor seguridad en el estrato socioeconómico medio alto (22.1%).



www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xochimilco?housingConnectivity=equipmentAccess

SERVICIO ESTOMATOLÓGICO

Laboratorio de Diseño y Comprobación Tepepan “Dr. Rafael Lozano Orozco”.

La clínica se encuentra ubicada en la Delegación Xochimilco en el barrio de San Juan Tepepan en Francisco Villa s/n entre las calles Emiliano Zapata y Zaragoza.

Pertenece a uno de los laboratorios de diseño y comprobación de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco para la licenciatura en Estomatología. Los Laboratorios de Diseño y Comprobación (Clínicas Estomatológicas) son espacios universitarios donde los alumnos integran, aplican y comprueban los conocimientos teóricos que son aplicados en la clínica.

Infraestructura

- Sala de espera, en la entrada a la clínica se cuenta con detector de metales; la sala de espera cuenta con un jardín que tiene vista externa a la calle. De igual manera se cuenta con una entrada en caso de emergencia.
- Oficina de la secretaria donde se realiza el control de los expedientes, pacientes ingresados, de formatos necesarios para los expedientes, historias clínicas, fichas de urgencia y recepción de carnet de los pacientes.
- Zona de rayos x, con tres cubículos, uno para el ortopantomógrafo, los otros dos cubículos se utilizan para el aparato de radiografías periapicales.
- Almacén para el material que se utiliza dentro de la clínica, ya sea material dental o de papelería.
- Sanitarios de hombres y mujeres aparte ya que están designados para el personal de la clínica y dispone de lockers para resguardar material de los alumnos.
- Área de Roseta donde se provee el material necesario para los tratamientos dentales y cuenta con un cubículo de esterilizado para el material de los alumnos, este es operado por un asistente dental.
- Proyector que se utiliza por el director de la clínica para los apoyos y clases que se dan a los alumnos.
- El área más grande de la clínica es utilizada para las unidades dentales, son 19 unidades en total, 15 están designadas a los equipos de trabajo tanto para adultos y niños y son utilizadas por los alumnos de la clínica para brindar servicio a los pacientes, las otras 4 unidades están divididas en cubículos independientes, 2 son utilizadas para el servicio de patología y las otras 2 de cirugía bucal.
- Cámaras de vigilancia.
- Estacionamiento para docentes.

La clínica cuenta con programas de atención integral a pacientes pediátricos y adultos.

La atención a pacientes pediátricos son los martes y jueves, mientras que para la atención de adultos son los lunes, miércoles y viernes de 9:00 am a 2:00 pm para ambos grupos.

Dentro de las actividades que se proporciona en la clínica para una atención integral son:

- Diagnóstico bucal y de enfermedades sistémicas con repercusiones bucales.
- Actividades educativo-preventivas.

Todos los días se atiende servicio de urgencias.

REFERENCIAS

1. Gaceta Oficial de la Ciudad de México[internet] SEDEMA.2018 [Consultado el 10 de febrero de 2025] Disponible en:
http://www.data.sedema.cdmx.gob.mx/cambioclimaticocdmx/images/biblioteca_cc/PACdel_Xochimilco.pdf
2. Data México. Gobierno de México. Actualización de datos 22/01/25. [Consultado el 10 de febrero de 2025]. Disponible en:
<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xochimilco?housingConectivity=equipmentAccess#economy>

CAPÍTULO IV: INFORME NÚMERICO NARRATIVO.

ACTIVIDADES FEBRERO 2024

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	2	5.3%
-Administración de urgencias	1	2.6%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	0	0%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	4	10.5%
-Anestesias	1	2.6%
-Farmacoterapia	2	5.3%
-Diques de hule	1	2.6%
-Profilaxis	1	2.6%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	1	2.6%
-Endodoncia	0	0%
-Resinas/amalgamas	0	0%
-Exodoncias	1	2.6%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	0	0%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	0	0%
-Control y manejo de material	3	7.9%
-Control de asistencias	6	15.8%
-Registro de expedientes	15	39.5%
TOTAL	38	100%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES MARZO 2024

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	4	6.5%
-Administración de urgencias	6	9.8%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	0	0%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	10	16.4%
-Anestesias	6	9.8%
-Farmacoterapia	1	1.6%
-Diques de hule	4	6.5%
-Profilaxis	3	4.9%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	0	0%
-Endodoncia	1	1.6%
-Resinas/amalgamas	4	6.5%
-Exodoncias	1	1.6%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	0	0%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	5	8.2%
-Control y manejo de material	4	6.5%
-Control de asistencias	12	31.6
-Registro de expedientes	0	0%
TOTAL	61	100%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES ABRIL 2024

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	0	0%
-Administración de urgencias	4	5.5%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	1	1.4%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	10	13.9%
-Anestésias	8	11.1%
-Farmacoterapia	2	2.8%
-Diques de hule	6	8.3%
-Profilaxis	1	1.4%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	0	0%
-Endodoncia	1	1.4%
-Resinas/amalgamas	7	9.7%
-Exodoncias	0	0%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	0	0%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	0	0%
-Control y manejo de material	6	8.3%
-Control de asistencias	22	30.5%
-Registro de expedientes	4	5.5%
TOTAL	72	100%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES MAYO 2024

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	0	0%
-Administración de urgencias	8	14.5%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	0	0%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	8	14.5%
-Anestесias	2	3.6%
-Farmacoterapia	1	1.8%
-Diques de hule	2	3.6%
-Profilaxis	1	1.8%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	0	0%
-Endodoncia	0	0%
-Resinas/amalgamas	2	3.6%
-Exodoncias	0	0%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	0	0%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	0	0%
-Control y manejo de material	2	3.6%
-Control de asistencias	14	25.4%
-Registro de expedientes	15	27.2%
TOTAL	55	100%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES JUNIO 2024

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	0	0%
-Administración de urgencias	0	0%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	0	0%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	0	0%
-Anestésias	0	0%
-Farmacoterapia	0	0%
-Diques de hule	0	0%
-Profilaxis	0	0%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	0	0%
-Endodoncia	0	0%
-Resinas/amalgamas	0	0%
-Exodoncias	0	0%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	0	0%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	0	0%
-Control y manejo de material	0	0%
-Control de asistencias	0	0%
-Registro de expedientes	0	0%
TOTAL	0	0%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES JULIO 2024

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	2	4.1%
-Administración de urgencias	3	6.1%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	0	0%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	5	10.2%
-Anestесias	5	10.2%
-Farmacoterapia	0	0%
-Diques de hule	4	8.2%
-Profilaxis	2	4.1%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	1	2%
-Endodoncia	0	0%
-Resinas/amalgamas	4	8.2%
-Exodoncias	0	0%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	0	0%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	10	20.4%
-Control y manejo de material	2	4.1%
-Control de asistencias	11	22.4%
-Registro de expedientes	0	0%
TOTAL	49	100%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES AGOSTO 2024

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	0	0%
-Administración de urgencias	8	10.1%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	0	0%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	16	20.2%
-Anestесias	10	12.6%
-Farmacoterapia	2	2.5%
-Diques de hule	6	7.6%
-Profilaxis	2	2.5%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	1	1.3%
-Endodoncia	1	1.3%
-Resinas/amalgamas	6	7.6%
-Exodoncias	2	2.5%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	0	0%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	0	0%
-Control y manejo de material	3	3.8%
-Control de asistencias	22	27.8%
-Registro de expedientes	0	0%
TOTAL	79	100%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES SEPTIEMBRE 2024

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	0	0%
-Administración de urgencias	6	7.8%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	0	0%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	14	18.2%
-Anestesias	7	9.1%
-Farmacoterapia	0	0%
-Diques de hule	5	6.5%
-Profilaxis	1	1.3%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	0	0%
-Endodoncia	1	1.3%
-Resinas/amalgamas	5	6.5%
-Exodoncias	1	1.3%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	0	0%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	0	0%
-Control y manejo de material	3	3.9%
-Control de asistencias	18	23.4%
-Registro de expedientes	16	20.8%
TOTAL	77	100%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES OCTUBRE 2024

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	6	13.3%
-Administración de urgencias	3	6.7%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	0	0%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	4	8.9%
-Anestesias	4	8.9%
-Farmacoterapia	0	0%
-Diques de hule	4	8.9%
-Profilaxis	4	8.9%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	0	0%
-Endodoncia	0	0%
-Resinas/amalgamas	4	8.9%
-Exodoncias	0	0%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	0	0%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	10	22.2%
-Control y manejo de material	0	0%
-Control de asistencias	6	13.3%
-Registro de expedientes	0	0%
TOTAL	45	100%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES NOVIEMBRE 2024

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	0	0%
-Administración de urgencias	3	4.2%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	0	0%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	9	12.7%
-Anestesias	10	14.1%
-Farmacoterapia	2	2.8%
-Diques de hule	8	11.3%
-Profilaxis	1	1.4%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	0	0%
-Endodoncia	0	0%
-Resinas/amalgamas	8	11.3%
-Exodoncias	2	2.8%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	0	0%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	0	0%
-Control y manejo de material	3	4.2%
-Control de asistencias	19	26.8%
-Registro de expedientes	6	8.4%
TOTAL	71	100%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES DICIEMBRE 2024

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	0	0%
-Administración de urgencias	6	7.6%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	0	0%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	16	20.2%
-Anestesias	10	12.6%
-Farmacoterapia	3	3.8%
-Diques de hule	8	10.1%
-Profilaxis	0	0%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	0	0%
-Endodoncia	2	2.5%
-Resinas/amalgamas	6	7.6%
-Exodoncias	1	1.3%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	1	1.3%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	0	0%
-Control y manejo de material	5	6.3%
-Control de asistencias	15	19%
-Registro de expedientes	6	7.6%
TOTAL	79	100%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES ENERO 2025

ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO		
-Historia Clínica	0	0%
-Administración de urgencias	2	3.4%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
-Pláticas de salud bucal	0	0%
INTERMEDIAS		
-Asistencias	8	13.5%
-Anestesias	4	6.8%
-Farmacoterapia	0	0%
-Diques de hule	4	6.8%
-Profilaxis	0	0%
CURATIVAS		
-Pulpotomías	0	0%
-Pulpectomías	0	0%
-Endodoncia	1	1.7%
-Resinas/amalgamas	3	5.1%
-Exodoncias	0	0%
REHABILITACIÓN		
-Incrustación	0	0%
-Coronas	0	0%
-Prótesis	0	0%
-Cirugía	0	0%
ADMINISTRATIVAS		
-Asignación de pacientes	0	0%
-Control y manejo de material	2	3.4%
-Control de asistencias	10	16.9%
-Registro de expedientes	25	42.4%
TOTAL	59	100%

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

ACTIVIDADES TOTALES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

ACTIVIDADES TOTALES	NO.	%
• DIAGNÓSTICO	64	9.3
• PROMOCIÓN A LA SALUD	01	0.1
• INTERMEDIAS	251	36.7
• CURATIVAS	67	9.8
• REHABILITACIÓN	01	0.1
• ADMINISTRACIÓN	300	43.8
TOTAL	684	100

Bitácora personal de actividades y expedientes clínicos.

CAPÍTULO V: ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.

Durante el servicio social la clínica, llevada a cabo durante el periodo del 1 de febrero 2024 al 31 de enero 2025, se llevaron a cabo actividades diagnósticas, clínicas y administrativas, las cuales tienen como objetivo el desarrollo de las habilidades y destrezas de los alumnos, ayudando así a zonas de influencia en la resolución de problemas bucodentales.

En las primeras semanas del servicio se apoyó en la evaluación de los alumnos y registro de datos de los expedientes para realizar un informe trimestral. A finales del primer mes del servicio social se inició la recepción, asignación, diagnóstico y atención integral de pacientes, esto es llevado a cabo a inicios de cada trimestre para la atención dental; así como el informe que al finalizar cada trimestre se realiza, en el cual se plasmó el número de pacientes de nuevo ingreso y subsecuentes, urgencias, actividades realizadas durante el periodo, altas, entre otras, así como también el número de actividades de cada uno de los alumnos para su evaluación correspondiente.

Dentro de las actividades clínicas se realizó

- . Actividades de promoción a la salud, se acudió a una institución educativa de nivel preescolar para asesorar a profesores sobre temas básicos de salud bucodental.
- . Profilaxis, con apoyo de un cavitron se realizaron limpiezas y profilaxis.
- . Operatoria dental/ resinas.
- . Tratamientos pulpares tales como pulpectomías y endodoncia.
- . Exodoncias y cirugías.

En el período final del servicio social se realizó la presente investigación y el caso clínico presentado “Coronectomía de tercer molar inferior asociado a quiste paradental”. Este trabajo se realizó con el objetivo de presentar este tratamiento como una alternativa eficaz en cirugías de terceros molares inferiores.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.

Este año de servicio social me ayudó a aplicar los conocimientos teóricos adquiridos en la licenciatura, reforzar algunos puntos principalmente clínicos y prácticos en las unidades dentales con la atención integral de pacientes. No solo las actividades clínicas fueron de relevancia, también tareas administrativas realizadas contribuyeron a adquirir nuevos conocimientos y la capacidad de resolver problemas relacionados a las unidades dentales y demás detalles técnicos que se pueden presentar en nuestro día a día como estomatólogos.

Me resulta muy gratificante realizar mi servicio social con docentes y compañeros preparados, comprometidos y con la convicción de mejorar la calidad de vida bucodental de los pacientes.

Sin duda el servicio social es un paso más para el comienzo de una práctica profesional exitosa, donde con experiencias previas, tanto pueden ser buenas y malas, logramos realizarnos como excelentes profesionistas comprometidos con la salud bucodental de nuestros pacientes. Otra situación importante es que al seguir practicando y tener más pacientes contribuye mucho a mejorar la seguridad y confianza para la intervención clínica profesional.

En cuanto al caso clínico presentado, espero sea de utilidad la bibliografía consultada para tomar la coronectomía una buena alternativa de tratamiento, realizar un adecuado diagnóstico, llevar a cabo la técnica adecuada y proporcionar a nuestros pacientes para la mejor atención posible.

CAPITULO VII: FOTOGRAFIAS.

