



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCION A LA SALUD

LICENCIATURA DE ESTOMATOLOGÍA

**PREVALENCIA DE ATRICIÓN, ABRASIÓN Y ABFRACCIÓN Y SU SEVERIDAD EN
ADULTOS DEL LDCTL DURANTE 25-I**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

INSTITUCIÓN:

LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN TLÁHUAC

PASANTE:

VALERIA MONSERRAT ANAYA MEMBRILLA

2182029850

PERIODO:

01 DE FEBRERO DE 2024 AL 31 DE ENERO DE 2025

ENTREGADO

ASESORES:

CDEPB. ANGELICA ARACELI CUAPIO ORTIZ

CDEE. DIANA PAULINA CRUZ ZAVALA

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO

CDEPS. Angelica Araceli Cuapio Ortiz
Número económico 20299


Director de proyecto. Laboratorio de diseño y comprobación Tláhuac Matutino



ASESOR INTERNO

CDEE. Diana Paulina Cruz Zavala
Número económico 43684

Jefe de Servicio. Laboratorio de Diseño y Comprobación Tláhuac Matutino



CDEOP Karla Ivette Oliva Olvera
COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

El servicio social (SS) se llevó a cabo dentro del Laboratorio de diseño y comprobación Tláhuac (LDCTL), siendo uno de los proyectos universitarios que se encuentran dentro de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X), en el cual se llevó a cabo el siguiente informe de servicio social con el fin de cumplir con los requisitos de titulación, además de exponer las responsabilidades, actividades y funciones realizadas. El presente SS se llevó a cabo en un periodo específico de 12 meses, abarcando desde el día 01 de febrero de 2024 a 31 de enero de 2025, equivalente a los trimestres 23-O, 24-I, 24-P y 24-O. Los directivos encargados de la presente asesoría del informe de investigación del servicio social son la directora CDEPB Angelica Araceli Cuapio Ortiz y la jefa de servicio CDEE. Diana Paulina Cruz Zavala.

El presente proyecto universitario ejecuta una atención de tres horarios específicos los cuales abarcan de las 9:00 am a las 14:00 pm en los cuales se desarrollaron diferentes actividades tanto clínicas como administrativas, dentro del periodo ya mencionado.

El siguiente informe nos muestra un estudio transversal y descriptivo en el cual se muestra la severidad e importancia de atrición, abrasión y abfracción dentro del proyecto universitario del LDCTL siendo una de las causas más comunes dentro de los pacientes adulto atendidos actualmente, las cual se expone de manera más detallada dentro del capítulo II dentro de este informe, no obstante, cabe resaltar la relevancia a esta problemática la cual es significativa siendo de difícil aborde y unas de las más comunes dentro de la práctica estomatológica, por lo que es de gran importancia tener en cuenta el punto de severidad para poder abordar un tratamiento adecuado ante dichas lesiones no cariosas, además de tomar en cuenta el perfil de cada paciente para obtener un tratamiento específico con el fin de llegar a una resolución dentro de dicha causa.

Palabras Clave: Atrición, Abrasión, Abfracción, Severidad, Servicio social, Laboratorio de Diseño y comprobación de Tláhuac, Universidad autónoma metropolitana.

ÍNDICE

RESUMEN DEL INFORME	3
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL.....	6
CAPITULO II: INVESTIGACIÓN	7
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO	8
LESIONES NO CARIOSAS	8
CLASIFICACIÓN DE LESIONES NO CARIOSAS.....	8
Atrición	8
Abfracción	10
Abrasión	12
Lesiones mixtas	14
SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS LESIONES NO CARIOSAS	14
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES NO CARIOSAS.....	15
EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LAS LESIONES NO CARIOSAS ...	16
OBJETIVO GENERAL	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	21
METODOLOGÍA.....	21
Material y Métodos	21
Universo y Muestra	22
Criterios de Inclusión	22
Criterios de Exclusión.....	22
Estadística	22
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	34
ANEXOS	35
BIBLIOGRAFÍA.....	37

CAPITULO III DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.....	40
DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA	40
UBICACIÓN	40
CUERPO DIRECTIVO	41
INFRAESTRUCTURA	42
PROGRAMAS DE SERVICIO QUE OFRECE EL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN TLÁHUAC.....	43
RESPONSABLES DEL PROYECTO UNIVERSITARIO LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN TLÁHUAC.....	44
CAPITULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	45
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL TRIMESTRE 23-O	45
ANEXOS	55
CAPITULO V: ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	62
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	63

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

El presente servicio social (SS) se realizó dentro uno de unos de los proyectos universitarios disponible dentro de Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco (UAM-X) durante el turno matutino en el Laboratorio de Diseño y Comprobación Tláhuac el cual se llevó a cabo durante un periodo establecido de 12 meses abarcado del 01 de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025, en cual corresponde a los trimestres 23-O, 24-I, 24-P y 24-O.

Durante el servicio social se llevó a cabo la presente investigación con título **PREVALENCIA DE ATRICIÓN, ABRASIÓN Y ABFRACCIÓN Y SU SEVERIDAD EN ADULTOS DEL LDCTL DURANTE 25-I**, para ello se llevó a cabo una consulta bibliográfica en diferentes gestores de búsqueda tomando como base artículos con un tiempo determinado no mayor a 10 años tomando en cuenta una búsqueda con fuente de información actual y relevante.

Este servicio social se realizó con el fin de cumplir con los requisitos de liberación dentro de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco para el proceso de titulación de la licenciatura de Estomatología, además dentro de este se brindaron aptitudes, conocimientos y habilidades de manera continua los cuales me brindaran un crecimiento y desenvolvimiento personal mayor dentro del ámbito profesional, ya que dentro de este proyecto universitario se llevaron a cabo actividades clínicas desde historia clínica, profilaxis, índices epidemiológicos, aplicaciones de flúor, eliminación de cálculo, toma de radiografías, exodoncia, operatoria, cirugía, endodoncia y prótesis dental, al igual que actividades administrativas tales como asignación de equipos de trabajo, cobranza, asistencia en roseta, control de infecciones, entre otras actividades administrativas.

CAPITULO II: INVESTIGACIÓN

“PREVALENCIA DE ATRICIÓN, ABRASIÓN Y ABFRACCIÓN Y SU SEVERIDAD EN ADULTOS DEL LDCTL DURANTE 25-I”

INTRODUCCIÓN

Dentro de las múltiples problemáticas en el área de la Estomatología las lesiones no cariosas tales como atrición, abfracción y abrasión son una de las más comunes dentro de la práctica clínica, no obstante, la mayoría de las veces estas lesiones pasan desapercibidas para el ojo clínico durante la inspección visual del estomatólogo siendo de difícil abordaje al momento del diagnóstico y tratamiento, por otra parte la frecuencia de aparición de estas lesiones cada vez es más común.

Esta pérdida se considera irreversible, el desgaste dental es un proceso fisiológico normal propio del envejecimiento, con cambios adaptativos en las estructuras masticatorias, pero si excede lo funcional, se considera una alteración patológica. (1) es decir, que usualmente a pesar de que esta pérdida pueda estar relacionada a factores de riesgo algunos autores expresan que es una pérdida normal, o común con la edad, ya que la pérdida fisiológica es de 30 a 40 micras al año, por lo que, el desgaste fisiológico de los dientes es lento y progresivo, se inicia en las puntas de las cúspides y bordes incisales, haciendo desaparecer los mamelones (2).

Aproximadamente el 25% de la destrucción patológica de los tejidos duros del diente pueden ser atribuidos a las lesiones no cariosas(3). No obstante, otros autores aseguran que estas lesiones tienen una prevalencia aproximada del 48 % entre adultos y aumentan con la edad (4) ya que se ha relacionado al estilo de vida tan acelerado que actualmente se maneja, además del aumento de la esperanza de vida.

Es importante resaltar que, dependiendo la severidad de la lesión, esta puede llegar a presentar signos y síntomas los cuales dentro de los más comunes se encuentra la hipersensibilidad y dolor, esto debido a la exhibición de la dentina que sucede posteriormente al inicio de la lesión donde se presenta la apertura de los túbulos dentinarios, lo que puede evolucionar hacia una sintomatología dolorosa inicial (5). No obstante, hay un largo número de índices para evaluar, graduar y diagnosticar el desgaste dentario y el material perdido. El más utilizado es el propuesto por Smith y Knight que basa su diagnóstico en la evaluación visual del sujeto a analizar directamente en boca (2). Por lo que su correcto diagnóstico y evaluación visual nos permitirá un correcto y acertado tratamiento personalizada para cada uno de los pacientes presentes dentro de nuestra practica estomatológica.

MARCO TEÓRICO

LESIONES NO CARIOSAS

La lesión cervical no cariosa NCCL (non carious cervical lesions) por sus siglas en Inglés, se ha definido como la pérdida de estructura dental en la unión cemento-esmalte (6) por un conjunto de procesos que se caracterizan por la pérdida y desgaste de tejido mineralizado del diente no debido a la acción bacteriana (7), es decir, se definen como la pérdida de superficie dura del diente debido a situaciones no relacionadas con la caries dental (8).

Se presentan en una variedad infinita de formas, pudiendo llegar a comprometer la pulpa dental, las cuales son desde una superficie lisa, una depresión redondeada (como un platillo) o una hendidura en forma de V (9). La región cervical representa el lugar más vulnerable, ya que la dentina es susceptible de estar expuesta a la acción de agentes irritantes, en la cual la capa de esmalte es más delgada, más poroso, con mayor contenido proteico en comparación al esmalte oclusal (6). Además, son asociadas a múltiples factores dentro de los cuales se han descrito (7):

- Características del diente (donde frecuentemente la zona más afectada es la cervical)
- Propiedades de la saliva.
- Oclusión.
- Hábitos parafuncionales, siendo el estrés uno de los factores que genera apretamiento.
- Dieta de la persona.
- Condición de salud del paciente.
- Magnitud, dirección y frecuencia de la fuerza, así como sitio de acción y duración.

CLASIFICACIÓN DE LESIONES NO CARIOSAS

Estas comprenden un conjunto de procesos que se caracterizan por la pérdida o el desgaste patológico de los tejidos duros del diente y agrupa procesos tales como: la Abrasión, la Erosión, la Atrición y la Abfracción (10).

Atrición

El término atrición proviene del latín atterere, atrivi, attritum, que significa frotar contra algo. La atrición dental se define como el desgaste fisiológico del diente debido al contacto de las superficies oclusales e incisales (11). Por otro lado, también la podemos definir como el desgaste producido por el roce constante del diente con diente ocasionando pérdida de tejido dentario, esto se produce de manera irreversible y sin acción directa de las bacterias (12). El desgaste se vuelve severo durante el bruxismo con evidencia de una rápida pérdida de sustancia dental. En el bruxismo excéntrico, la atrición proximal puede provocar una reducción del arco dental (13), además cuando este desgaste se produce por un largo periodo de

tiempo, puede existir pérdida de la dimensión vertical del paciente, acortando la altura clínica de la corona dental y exponiendo la dentina subyacente (8).



*Fig 1. Paciente con atrición. Vista anterior donde se observa abundante pérdida de tejido dental.
Fig 2. Paciente con atrición. Vista superior donde se observa abundante pérdida de esmalte en zonas palatinas, incisales y oclusales, dentina y pulpa dental. Fuente: Propia*

- **Etiología**

La causa de una atrición patológica se observa en pacientes bruxomanos y paciente con pérdida de dientes, donde los dientes remanentes reciben una sobrecarga lo que causa pérdida estructural en sus áreas funcionales, en este caso bordes incisales y caras oclusales (7). La intensidad en este tipo de desgaste se asocia a hábitos parafuncionales como el bruxismo, que se considera la principal causa de atrición de los seres humanos. El bruxismo afecta entre 35 un 5 y un 96% de la población (11), el hábito de apretamiento y rechinar de los dientes, con movimientos que hacen contactos sin propósitos funcionales y en ocasiones el hábito es diurno o nocturno, con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, de manera inconsciente (14). La etiología del bruxismo no está clara, pero se sugiere dos posibilidades: la primera podría ser consecuencia de las interferencias oclusales como factor desencadenante y la segunda sería una forma de aliviar el estrés del individuo (11).

- **Características Clínicas**

La forma de estas lesiones puede ser:

- Escalones en caras palatinas de dientes anteriores-superiores
- Bordes incisales aplanados de forma recíproca en inferiores y superiores, cúspides de molares, premolares y caninos aplanados superiores e inferiores.

Este tipo de lesiones generalmente son insensibles a estímulos, el desgaste progresa lentamente. Si hay restauraciones estas pueden presentar desgastes o puntos brillantes en caso de ser metálicas (7).

Los puntos de contacto entre las caras proximales también se desgatan por atrición durante la masticación y determinan la formación de facetas de contacto. En los bordes incisales el proceso es claramente evidenciable por la pérdida, cuando las piezas dentarias del sector anterior entran en oclusión (12).

- **Localización**

Se localizan principalmente en los bordes incisales y las cúspides de los molares. En atriciones severas se expone el tejido dentinario que, al ser más blando y menos mineralizado que el esmalte, incrementa el índice de desgaste. Este tipo de desgaste en los dientes anteroinferiores es uno de los problemas más comunes no tratados. Es también un signo típico de dos causas predominantes para semejante desgaste. El primer lugar en ser visto es en los dientes posteriores donde las interferencias de las vertientes deflectivas a la relación céntrica son las causas más frecuentes de un deslizamiento hacia delante de la mandíbula durante el cierre a la máxima intercuspidad (11). Cabe mencionar que la distribución de la atrición depende del tipo de oclusión, de la geometría del sistema estomatognático y del patrón de trituración característico del individuo (12).

- **Superficie**

La atrición se reconoce por el aplanamiento del contorno redondeado normal del diente en la zona afectada. La superficie del área aplanada casi siempre se ve bruñida o pulida con respecto a la superficie adyacente no desgastada del diente, es decir, las superficies son lisas, duras y brillantes (15).

- **Consecuencias**

La atrición dental puede manifestar diferentes consecuencias dependiendo la severidad y su relación con factores de riesgo, algunas de las cuales pueden ser parafunciones, disminución de la dimensión vertical, fracaso de restauraciones oclusales, hipercementosis en ápices dentarios producto de las fuerzas de masticación, hiperfunción en músculos de la masticación y síntomas asociados a Trastornos Temporomandibulares (16).

Abfracción

El término «abfracción» fue inventado por Grippo' en 1991, se define como la pérdida de tejido duro dental que suele extenderse desde la unión cemento-esmalte hasta la superficie radicular que afecta negativamente la integridad estructural del diente. También según el glosario de términos prostodónticos se define una abfracción como pérdida patológica de sustancia dental dura causada por fuerzas de carga biomecánicas; se cree que dicha pérdida es el resultado de la flexión y la degradación por fatiga química del esmalte y/o la dentina en algún lugar distante del punto real de carga (17).



Fig 3. Paciente con abfracción en la porción cervical de los órganos dentales 44 y 45. Fuente: propia

Etiología

Las diversas manifestaciones clínicas de la abfracción parecen depender del tipo y la gravedad de los factores etiológicos implicados. Su etiología es multifactorial. Se pueden dividir en factores endógenos los cuales que pueden estar relacionados con los siguientes (17):

- Bruxismo
- Maloclusión
- Presencia de interferencias oclusales o cargas excéntricas
- Deglución

Y factores exógenos que involucran los siguientes:

- Aparatos dentales con/sin ganchos de ortodoncia
- Prótesis parciales removibles
- Estrés
- Cepillado dental excesivo.

En la estructura dental, el fulcro se ubica cerca de la unión cemento-amelica y cuando las fuerzas masticatorias son aplicadas, el diente tiende a girar y el área alrededor del fulcro se flexiona, mientras el lado contrario se tracciona (17). Algunos autores exponen que esta es la razón principal de la localización de esta lesión no cariosa en el tercio cervical e incluso se ha encontrado de forma subgingival, abarcando parte el tercio cervical de la raíz.

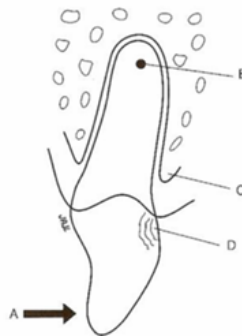


Figura 1. Esquema de la posible causa de las lesiones de abfracción. A: Las fuerzas oclusales actúan en dirección a la flecha, B: El diente tiende a girar, C: El hueso alveolar y el periodonto impiden el movimiento vestibular, D: El diente sufre una flexión en el tercio cervical. Tomado de Barrancos, 2002. (12)

Fig 4. Fuente: Oral R. LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS TIPO ABFRACCIÓN: TRATAMIENTO RESTAURADOR, UN ENFOQUE BIOMIMÉTICO- REVISIÓN DE LITERATURA Maria Camila Salazar Vasquez ASESOR Mateo Posada Castaño OD , Rehabilitador Oral , Docente Posgrado Rehabilitación Oral CES Medellín. 2024;20.

- **Características Clínicas**

Estas lesiones se caracterizan por ser cavidades con ángulos agudos ubicadas en el fulcro del diente, esta se presenta en forma de cuña, es profunda, con márgenes bien definidos, presenta estrías y grietas con ángulos ásperos, puede presentarse en múltiples áreas en una pieza llegando a ser circunferencial (6).

La abfracción es producto de un proceso progresivo en donde se crean fuerzas de tracción y compresión, las cuales causan microfracturas y el desequilibrio interno en la estructura dental. La flexión constante del diente concentra tensiones en la región cervical que alteran las uniones de la estructura cristalina del esmalte y la dentina produciendo la pérdida de estructura en las zonas de mayor tensión (17).

- **Localización**

Además, es una lesión estrictamente del esmalte cervical que repercute en la dentina y el cemento. En un estudio donde se analizaron las diferentes fuerzas a las que el diente puede ser sometido se demostró que el mayor estrés lo recibe la zona cervical, siendo así más propensa a la abfracción con las fuerzas verticales y posiciones de tracción, (7) como consecuencia de las tensiones de tracción, se debilita la hidroxiapatita en el área descrita anteriormente, se crean microfracturas en el esmalte y dentina que acaban formando lesiones en cuña con bordes afilados en la línea amelocementaria (LAC) (8).

- **Superficie**

Su fondo puede presentarse angulado o ligeramente redondeado (7), no obstante, algunos autores expresan que este tipo de lesiones no cariosas tiene una superficie que pueden presentar desde estrías, grietas, surcos e incluso obliteración total de los túbulos dentinarios

- **Prevalencia**

La prevalencia aumenta con la edad, son más prevalentes en la población adulta, pero están presentes en todas las categorías de edad, incluidos los individuos más jóvenes con una incidencia que aumenta del 3% al 17% entre los 20 y los 70 años (17).

- **Consecuencias**

Estas lesiones podrán determinar un mal resultado en los tratamientos, como lo es el fracaso de restauraciones cervicales, sintomatología como hipersensibilidad dental, aumento de placa bacteriana, comprometer la estética del paciente, incluso pudiendo llegar a comprometer la vitalidad del diente (16).

Abrasión

Se define como la fricción entre diente de un agente exógeno que provoca desgaste (13), es decir, se define como el desgaste patológico de la estructura dentaria causada por procesos mecánicos anormales provenientes de objetos extraños o sustancias introducidas en la boca que al contactar con los dientes generan la

pérdida de los tejidos duros a nivel del límite amelocementario (LAC) mediante mecanismos como pulido, frotado o raspado.



Fig 5. Paciente con abrasión en la porción cervical de los órganos dentales anteriores superiores Fuente: propia

- **Características clínicas**

Las características clínicas de esta lesión comprenden márgenes y ángulos redondeados, con contorno bien definido sin irregularidades, forma de cuña (V) o ranura, más amplias que profundas, superficies lisas y altamente pulidas, consistencia dura a la exploración, migración apical de la encía, profundidad de 1 a 2 mm y los dientes adyacentes suelen estar afectados (3).

- **Etiología**

Las diversas manifestaciones de esta lesión tienen su principal aparición debido a diferentes factores de riesgo exógenos, una de las principales causas de esta patología es el cepillado dental, que involucra factores como la ubicación del cepillo, técnica de cepillado, longitud del mango, presión ejercida, tipo de cerda (blanda o dura), terminación de las cerdas, flexibilidad de las cerdas, flujo salival, tejido dentario involucrado, abrasividad y cantidad de la pasta. De igual forma podemos relacionarlo a otros hábitos que pueden producir este tipo de lesión y están relacionados al trabajo del paciente, por ejemplo, interponer clavos entre los dientes y labios, uso de instrumentos musicales como la armónica o personas que trabajan con polvos abrasivos. Tratamientos dentales como el raspado y alisado radicular, el uso de prótesis removibles dentomucosoportadas podrían también ser factores causales (3).

- **Localización**

Esta lesión no cariosa algunos autores exponen la frecuencia de aparición en caninos y premolares, no obstante, se ha encontrado presencia de abrasión en la superficie vestibular del primer molar, además debido a la exposición a factores exógenos en algunos casos se observa la encía con apariencia ligeramente eritematosa o completamente eritematosa y de igual forma con lesiones como úlceras o erosión, además de que el margen cervical se observa suave y liso (18).

- **Superficie**

Este tipo de lesiones se observan de cuña o acanaladas. Forma ranuras y surcos horizontales, se desencadena por el movimiento de las cerdas de los cepillos dentales en el acto de cepillado. Las lesiones son cóncavas en V o U con superficie brillante y pulida, con aparición de rasguños y múltiples surcos paralelos, orientados

en dirección mesial-distal. La formación de surcos acelera el crecimiento y aumenta el tamaño de la lesión. Al igual que la aparición de microfracturas, túbulos dentinarios obliterados y facetas de desgaste (7).

Lesiones mixtas

En algunas ocasiones estas lesiones pueden presentarse por dos causas en un mismo individuo y estar relacionadas entre sí; incluso pueden combinarse generando lesiones mixtas en un mismo diente (3). Por otra parte, existe la posibilidad de que los mecanismos de daño y desgaste dental no sean procesos puros sino compuestos, por lo tanto, habiendo mayor daño a la estructura dental (13). En estos casos la anamnesis e historia clínica es muy importante para determinar realmente la etiología, entre estas combinaciones están (7):

- Atrición-Abfracción: es la interacción entre el estrés flexural producido por la fuerza y el desgaste provocado por el contacto diente con diente.
- Atrición-abrasión: es la interacción entre ambas, tal como en la masticación de dietas de grano grueso y la utilización de materiales abrasivos para la higiene.
- Atrición-erosión: es la pérdida de estructura dentaria en áreas de contacto diente con diente en combinación con sustancias ácidas



Fig 6. Paciente con lesión mixta de atrición-abrasión. Se observa atrición en zona incisal y abrasión en zona lingual de órganos dentales anteriores inferiores. Fig 7. Paciente con lesión mixta de atrición-abfracción. Se observa atrición en zona incisal y oclusal, abrasión en zona cervical de órganos dentarios 31, 41, 42, 44 y 45. Fuente: Propia

SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS LESIONES NO CARIOSAS

• Movilidad

Algunos autores exponen que dentro de las lesiones no cariosas como atrición o abfracción puede existir algún signo de movilidad no obstante se expone que estas lesiones afectan a dientes periodontalmente sanos, pudiendo afectar generalmente a un solo diente, ya que se cree que la presencia de movilidad dental previene la aparición de este tipo de lesiones. Esto ocurre porque los dientes están periodontalmente comprometidos, por ende, bajo la acción de fuerzas oclusales mal

dirigidas, se mueven de sus alvéolos prácticamente sin resistencia y, por la concentración de tensiones, no obstante, en pacientes mayores, el periodonto se vuelve más rígido, lo que aumenta la incidencia de lesiones cervicales anguladas, ya que se pierde la capacidad del periodonto para absorber parte de las fuerzas oclusales (19). Por lo tanto, la movilidad no es un signo de las lesiones no cariosas.

- **Hipersensibilidad**

La hipersensibilidad dentinal se define como una sensación dolorosa de intensidad variable de leve a moderada, se presenta principalmente por la dentina expuesta debida a diferentes factores tanto físicos como químicos que conducen a la pérdida del esmalte, cemento o del tejido gingival (18).

La presencia de hipersensibilidad, resultante de la exposición del tejido dentinario, puede tratarse con terapia con láser, la aplicación de agentes desensibilizantes, o incluso la creación de restauraciones, resina compuesta, cemento de ionómero, siempre y cuando la cantidad de tejido desgastado permita la colocación de estos materiales sin modificar, el contorno del elemento dental. Así, con mayor frecuencia y como medida preventiva ante la aparición de la lesión, la conducta básica es la elección de una pasta de dientes poco abrasiva y orientación sobre el uso correcto de la misma al igual que el uso y orientación de un cepillo de dientes adecuado a las necesidades del paciente (19).

- **Dolor**

El dolor es considerado el lenguaje de los órganos, nos indica el estado patológico de un órgano que necesita de un tratamiento específico. Tiene la función y capacidad de alertarnos de amenazas y potenciales y promover conductas que nos alejen de ellas siendo esta una de las tareas más importantes del sistema nervioso (20). Por otra parte, en relación con las lesiones no cariosas únicamente será parte como un signo o síntoma dependiendo de la severidad y exposición de la dentina o en algunos casos la pulpa dental (21).

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES NO CARIOSAS

- **Diagnostico**

Es fundamental realizar un análisis minucioso de las características clínicas de un órgano dentario, para determinar el diagnóstico. Es indispensable, durante la anamnesis, realizar preguntas que permitan identificar cualquier tipo de factor predisponente. La presencia de enfermedades sistémicas debe ser evaluada, debido a que juegan un papel clave en el diagnóstico de esta afección; dentro de ellas: reflujo gastroesofágico, trastornos alimentarios, determinados hábitos alimentarios, signos clínicos de problemas oclusales como movilidad, contactos abiertos, dientes mal posicionados, facetas de desgaste oclusal atípico, mordidas cruzadas, profundas y abiertas (4).

- **Tratamiento**

Las NCCL son la razón principal, además de la caries, para la colocación de restauraciones en superficies dentales. Los principales tratamientos son ionómeros,

vidrios iónicos modificados con resina, composite o resinas modificadas con poliácidos y resinas compuestas, otras opciones de tratamiento son el monitoreo de la progresión de la lesión sobre todo en casos de abfracción, técnicas para aliviar la hipersensibilidad, y procedimientos quirúrgicos de cobertura radicular en combinación con restauraciones. La decisión de monitorear las lesiones por abfracción en lugar de intervenir debe basarse en la edad del paciente y en cómo la lesión compromete la vitalidad y la función del diente (6).

El tratamiento odontológico debe ser parte de un manejo global y dependerá de la naturaleza del desorden, pudiendo, en los casos severos, llegar a ser muy complejo y de pronóstico poco predecible. **(Bruxismo y desgaste dental)** Aunque el tratamiento del hábito bruxista es muy complejo, la placa de descarga se considera un elemento muy importante en la prevención de mayor pérdida de tejido duro dental. En caso de que el paciente presente una pérdida de dimensión vertical importante, debe considerarse la posibilidad de realizar una rehabilitación protésica para reponer la estética y la función de las piezas afectadas (12).

Por otra parte, otros autores exponen dividir el tratamiento para lesiones de abfracción y tratamiento conservador y no conservador o restaurativo para lesiones no cariosas, los cuales se exponen de la siguiente manera:

- Tratamiento conservador Este tratamiento consiste en que el órgano dental afectado en sus etapas iniciales no requiere de una preparación cavitaria, ni de restauración; las lesiones que se encuentran en la superficie radicular o de esmalte, reciben un tratamiento profiláctico así esto previene el avance de la lesión y la remineralización de la misma esto puede realizarse por medio de barniz de flúor ayudando a restaurar las propiedades del esmalte y a prevenir una mayor desmineralización y destrucción de la estructura dental afectada (5).
- Tratamiento restaurativo En las lesiones cervicales no cariosas avanzadas está indicado este tipo de tratamiento para así evitar la acumulación de placa bacteriana, la pérdida de estructura dentaria y controlar la hipersensibilidad. Clínicamente para el tratamiento restaurativo de esta lesión existen varios materiales odontológicos (5). En severidades con mayores grados se realiza un tratamiento restaurativo con aumento de dimensión vertical por la pérdida de estructura dentarias; esto con el fin de realizar un tratamiento restaurativo con prótesis fija, removible e incluso prótesis total

EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LAS LESIONES NO CARIOSAS

• Epidemiología e Índices

La epidemiología es útil para establecer el problema de una enfermedad, facilitando el establecimiento de su relación con el estilo de vida, conductas y factores de riesgo que pueden desarrollarla y además medir su impacto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o

cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS los ha descrito como “variables que sirven para medir los cambios”. Por otro lado, los índices tienen un valor universal y son mundialmente aceptados y aplicados., para así poder hablar en un mismo idioma, es decir, estandarizar (22).

Índice de Smith y Knight

El índice de desgaste dental propuesto por Smith y Knight es el más aceptado para categorizar el desgaste y severidad dental en la región cervical, estableciendo el grado y sitio en que las superficies dentales han sido alteradas por la lesión (9). En 1984, Smith y Knight desarrollaron un índice para calcular la severidad clínica de las lesiones midiendo el desgaste dentario y que no son específicos sólo para erosión, y establece los siguientes grados de severidad. Los registros se realizan en todas las superficies dentarias: bucal o vestibular, palatino o lingual, oclusal, incisal y cervical (B/L/O/I/C). Este índice fue modificado y utilizado por Millward y cols. (en el año de 1994) para medir la relación existente entre erosión y los componentes de la dieta en niños de 4 años. Este índice, como vemos clasifica los desgastes de los dientes en una escala de 5 puntos, analizando 4 sitios por diente, registrando los índices de desgaste o cambios de profundidad en la dentina, con 3 grados, mientras que los cambios en el esmalte son generalizados y se notifican como un solo grado (23).

Grado 0 – Sin Desgaste: No hay pérdida de tejido y la estructura dental está intacta.



Fig 8. Ejemplo de grado 0, sin desgaste. Fuente: Propia.

Grado 1- Desgaste Leve: Se define el desgaste leve como la pérdida de las características de la estructura del esmalte o mínimo cambio de contorno (zona cervical). La estructura dental presenta una afectación leve, se observa con brillo alterado o pérdida de contorno superficial, pero sin exposición dentinaria.



Fig 9. Ejemplo de desgaste leve en paciente con atrición en zona incisal y vestibular, se observan fisuras del esmalte y pérdida del borde incisal. Fig 10: ejemplo de desgaste leve en paciente con abrasión en zona cervical de órganos dentarios 34, 35 y 36, se observa ligero cambio en el contorno cervical. Fuente: Propia

Grado 2 – Desgaste Moderado: Se define el desgaste moderado como la pérdida o profundidad (zona cervical) menor a 1mm de tejido dentario, en los cuales existe una pérdida de esmalte exponiendo la dentina en menos de un tercio de superficie afectada con pérdida de estructura en superficies incisales, cervicales y oclusales



Fig 11: ejemplo de desgaste moderado en paciente con atrición en zona incisal de órganos dentarios 12, 11, 21 y 23. Fuente: Propia

Grado 3 – Desgaste Severo: Se define el desgaste severo como la pérdida o profundidad (zona cervical) de 1 a 2 mm de tejido dentario, en los cuales existe una pérdida del esmalte exponiendo la dentina en más de un tercio de la superficie sin pulpa. La estructura dental hay una perdida significativa en cúspides y bordes incisales.



Fig 12: Ejemplo de desgaste severo en paciente con atrición y abrasión en zona incisal, palatina y oclusal de órganos dentarios 14 13, 12, 11, 21, 22 y 23. Fuente: Propia

Grado 4 – Desgaste Extremo: Se define el desgaste extremo como la pérdida o profundidad (zona cervical) de más de 2mm de tejido dentario, en los cuales existe una pérdida del esmalte exponiendo pulpa y dentina secundaria, la cual se compromete severamente la estructura dental, requiriendo tratamientos restauradores importantes y algunos casos invasivos



Fig 13. Ejemplo de paciente con abfracción en zona cervical, desgaste extremo (grado 4). Fig 14. Ejemplo de paciente con atrición en zonas incisales, palatinas y oclusales, desgaste extremo (grado 4). Fuente: Propia.

Grado	Superficie	Criterio
0	V/L/O/I	No hay pérdida de las características de la superficie del esmalte
	C	No hay cambio de contorno
1	V/L/O/I	Pérdida de las características de la superficie del esmalte
	C	Mínimo cambio de contorno
2	V/L/O	Pérdida del esmalte exponiendo la dentina por menos de 1/3 de superficie
	I	Pérdida del esmalte exponiendo la dentina
	C	Defecto de menos de 1mm de profundidad
3	V/L/O/I	Pérdida del esmalte exponiendo la dentina por más de 1/3 de superficie
	I	Pérdida del esmalte y pérdida sustancial de dentina sin pulpa
	C	Defecto de 1 a 2mm de profundidad
4	V/L/O/I	Pérdida completa de esmalte exponiendo pulpa y dentina secundaria
	I	Exposición de la pulpa o dentina secundaria
	C	Defecto de más de 2mm de profundidad exponiendo pulpa y dentina secundaria

Fig 15. Índice de Smith y Knight. Fuente: Odontol A, Issn C. Factores de riesgo de la atrición dental severa: un estudio de casos y controles*. 2019;9:16.

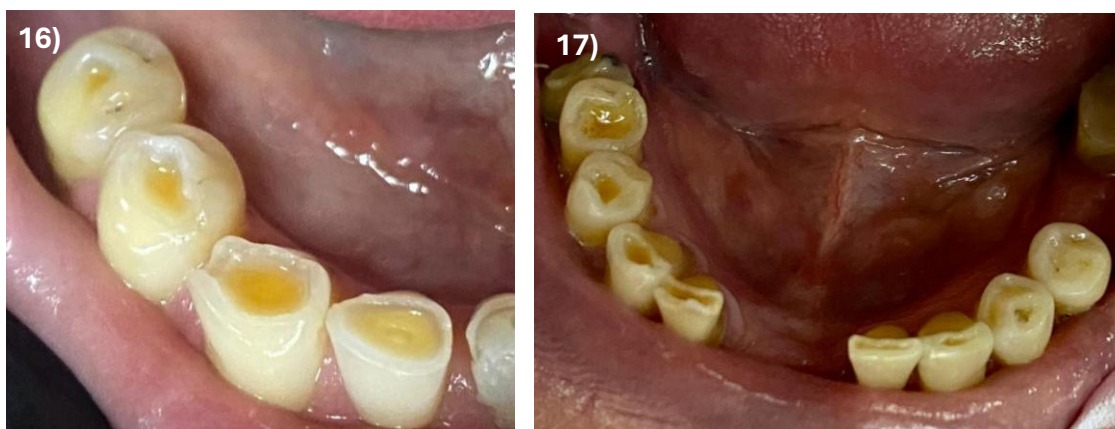


Fig 16. Órgano dentario 45 con severidad grado 1 en zona oclusal, órgano dentario 42 con severidad grado 2 en zona oclusal, órgano dentario 43 con severidad grado 3 zona incisal y órgano dentario 44 con severidad grado 4 zona incisal. Fig 17. Órgano dentario 35 con severidad grado 1 zona oclusal, órgano dentario 34, 33 y 32 con severidad grado 2 zona oclusal e incisal, órgano dentario 42, 43, 44 severidad grado 3 zona oclusal e incisal y órgano dental 45 severidad grado 4 en zona oclusal. Fuente: Propia

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia y severidad de la atrición, abrasión y abfracción en los pacientes adultos atendidos dentro del LDCTL durante el trimestre 25-I

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de atrición, abrasión y abfracción en los pacientes adultos atendidos en el LDCTL durante el trimestre 25-I
- Determinar la severidad de la atrición, abrasión y abfracción en los pacientes adultos atendidos en el LDCTL durante el trimestre 25-I
- Clasificar la atrición, abrasión y abfracción de acuerdo con su severidad según la clasificación de Smith y Knight.
- Identificar la superficie dental mas afectada por atrición, abrasión y abfracción en los pacientes adultos atendidos en el LDCTL durante el trimestre 25-I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Las lesiones cervicales no cariosas se caracterizan por la pérdida de estructura dentaria a nivel del límite amelo-cementario, sin una etiología bacteriana. Los estudios demuestran que existe un amplio rango de prevalencia de estas lesiones que pueden llegar hasta el 85 %, aproximadamente el 25 % de la destrucción patológica de los tejidos duros del diente pueden ser atribuidos a las lesiones no cariosas (3). Por lo tanto, realizar un estudio epidemiológico analítico es un gran aporte para valorar la severidad de una causa frecuente dentro de la odontología. Por lo que, el determinar la prevalencia de lesiones no cariosas (atrición y abfracción) y su severidad ayudara a entender la frecuencia de estas lesiones, con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados dentro del presente estudio, por lo tanto, se planteó la siguiente interrogante:

¿Qué tan frecuente se presentan las lesiones no cariosas y cuál es la severidad en que se presentan estas lesiones no cariosas?

METODOLOGÍA

Material y Métodos

La presente investigación es un tipo de estudio observacional descriptivo de corte transversal, en cual la recolección de datos se realizará inicialmente con un examen clínico visual el cual nos permitirá la identificación de las lesiones no cariosas presentes, por otra parte, la evaluación y clasificación de la severidad se medirá de acuerdo con el índice de desgaste dental de Smith y Knight con el fin de concretar mayormente a la población incluida durante este estudio. Por otra parte, se realizará un consentimiento informado en el cual se le solicitará al paciente su participación en la presente investigación, con el fin de que nos permita su evaluación e información obtenida.

En cuanto a la obtención de información bibliográfica se realizó una búsqueda con fuentes como SciELO, Dialnet, Elsevier, ESCO y Medigraphic, los cuales se buscaron artículos que no representen un tiempo mayor a 10 años de antigüedad, al igual que el uso de diferentes tipos de gestores de búsqueda.

Universo y Muestra

- El universo de la presente investigación está conformado por pacientes adultos de entre 20 y 85 años los cuales presenten lesiones no cariosas asociadas a atrición y abfracción que asistan actualmente a LDC Tláhuac

Criterios de Inclusión

- Pacientes adultos que presenten lesiones no cariosas asociadas a atrición, abrasión y abfracción que sean atendidos actualmente en el LDC Tláhuac
- Pacientes adultos que acepten participar en la presente investigación que sean atendidos actualmente en el LDC Tláhuac

Criterios de Exclusión

- Pacientes adultos que no presenten lesiones no cariosas asociadas a atrición, abrasión y abfracción que sean atendidos actualmente en el LDC Tláhuac
- Pacientes con prótesis dentales que afecten principalmente a los órganos dentales afectados
- Pacientes enfermedad periodontal severa o crónica
- Pacientes con enfermedades sistémicas no controladas
- Pacientes que no otorguen su consentimiento para este estudio
- Pacientes de emergencia

Estadística

La información recabada dentro del presente informe fue detallada por una base de datos en una hoja de cálculo mediante el programa SPSS IBM Statistics, en el análisis estadístico se utilizó de igual forma el programa SPSS IBM Statistics mediante el análisis descriptivo el cual fue desglosado de acuerdo al programa en dos variables específicas: análisis de frecuencias y análisis descriptivos tomando en cuenta valores absolutos, y porcentajes de la presencia de la lesión no cariosa, grado de severidad de acuerdo al índice de Smith y Knight en la población de 20 a 90 años, y el patrón de la superficie afectada así como la edad y género. Los resultados son representados por gráficas y tablas de frecuencia más adelante.

Variable dependiente

- Grado de severidad de acuerdo con el índice de Smith y Knight
- Prevalencia de atrición, abrasión y abfracción
- Dientes y superficies dentales afectados

Variable Independiente

- Edad
- Genero
- Superficie Dental
- Diente
- Lesión Aparente (Atrición, abrasión y Abfracción)

RESULTADOS

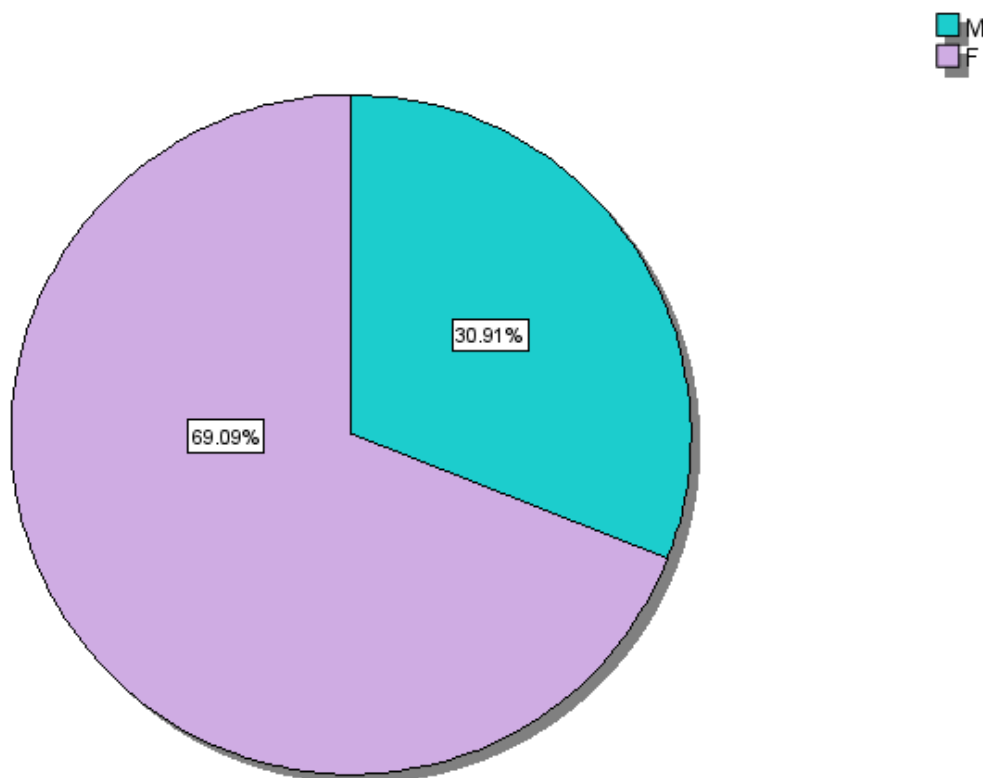
Tabla.1 Distribución de la población adulta de 20 a 85 años atendida durante el trimestre 25-I por grupo de edad y genero

Se evaluaron clínicamente un total de 55 pacientes con un rango de edad de 20 a 85 años seleccionados por conveniencia. La edad promedio es de 55.34, con una media de 54 y una moda de 60. En cuanto al género tenemos un 69.09% femenino, mientras que 30.91% fue masculino.

GRUPO DE EDAD Y GÉNERO						
	20-34	35-44	45-54	55-64	>65	Total
Masculino	1	1	3	7	5	17
Femenino	2	6	14	8	8	38
	55					

Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Grafica 1. Distribución de población adulta con un rango de edad de 20 a 85 años atendida durante el trimestre 25-1.



Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Tabla 2. Prevalencia de atrición, abfracción y abrasión en población adulta atendida durante el trimestre 25-I

En la presente muestra de 55 pacientes adultos estudiados y seleccionados por conveniencia, se presentó una prevalencia del 85.6% en atrición, seguida por 9.5% en abfracción y 4.9% en abrasión. Siendo la atrición la lesión con mayor prevalencia teniendo mayor relevancia significativa contra la abfracción y abrasión.

PREVALENCIA		
Lesión	F	%
Atrición	897	85.6%
Abfracción	100	9.5%
Abrasión	51	4.9%
Total	1048	100%

Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Grafica 2. Distribución de población adulta con respecto a atrición, abfracción, abrasión durante el trimestre 25-I



Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Tabla 3. Distribución de atrición, abfracción y abrasión en pacientes adultos atendidos durante el trimestre 25-1 por grupo de genero

De acuerdo con el tipo de lesión se obtuvo que existe mayor prevalencia en el género femenino a comparación del género masculino teniendo un porcentaje de 63.3% en atrición, 61% en abfracción y 58.8% en abrasión, encontrando diferencias significativas entre ambos géneros. Siendo la atrición la lesión con mayor prevalencia dentro del género femenino.

LESIÓN Y GÉNERO						
	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Atrición	329	36.7%	568	63.3%	897	85.6%
Abfracción	39	39%	61	61%	100	9.5%
Abrasión	21	41.2%	30	58.8%	51	4.9%
Total	389	100%	659	100%	1048	100%

Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Tabla 4. Distribución de atrición, abfracción y abrasión en pacientes adultos atendidos durante el trimestre 25-I por grupo de edad

De acuerdo con el tipo de lesión se obtuvo mayor prevalencia en el grupo de edad de 45-54 años con un 33.9% siendo la atrición la más significativa dentro de este con 28.6%, siguiendo con el rango de 55-64 años teniendo una prevalencia en relación a atrición del 26.1% y 22.2% en el grupo de edad >65. Las lesiones menos significativas son abfracción y abrasión de acuerdo con el grupo de edad que se encuentran respectivamente, siendo 23-34 años con 0% en ambas y el grupo 35-44 años con el 0.8% y 0%. Teniendo así una prevalencia significativamente menor en estos grupos de edad de 2.6% y 6.9%.

LESIÓN Y GRUPO DE EDAD								
Lesión	Atrición		Abfracción		Abrasión		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
20-34	27	2.6%	0	0	0	0	27	2.6%
35-44	64	6.1%	8	0.8%	0	0	72	6.9%
45-54	300	28.6%	29	2.8%	26	2.5%	355	33.9%
55-64	273	26.1%	33	3.1%	12	1.1%	318	30.3%
>65	233	22.2%	30	2.9%	13	1.2%	276	26.3%
TOTAL	897	85.6%	100	9.6%	51	4.8%	1048	100%

Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

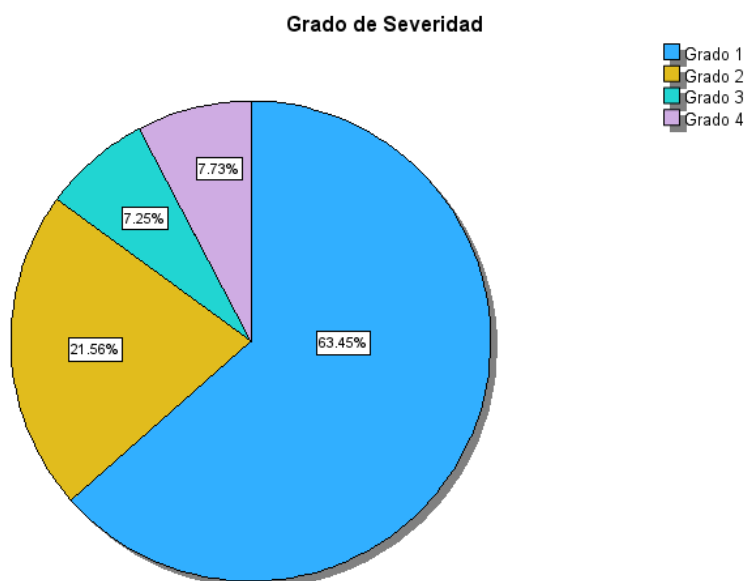
Tabla 5. Prevalencia de severidad de acuerdo con el índice de Smith y Knight en población adulta atendida durante el trimestre 25-I

En la presente muestra de 55 pacientes adultos estudiados y seleccionados por conveniencia, se presentó una prevalencia de severidad grado 1 con un 63.5% teniendo mayor relevancia significativa sobre los demás grados de severidad, la severidad grado 2 presenta el 21.6%, por otra parte, la severidad grado 4 obtuvo mayor prevalencia significativa de 7.7% sobre la severidad grado 3 con 7.3%. Siendo los grados mas severos lo que tienen menor representación dentro de la presente muestra.

PREVALENCIA		
Severidad	F	%
Grado 1	665	63.5%
Grado 2	226	21.6%
Grado 3	76	7.3%
Grado 4	81	7.7%
Total	1048	100%

Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Grafica 3. Distribución de población adulta con respecto al grado de severidad de acuerdo con el índice de Smith y Knight durante el trimestre 25-I



Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Tabla 6. Distribución de severidad de acuerdo con el índice de Smith y Knight en la población atendida durante el trimestre 25-I y la atrición, abfracción y abrasión

De acuerdo con la severidad la prevalencia se encuentra en la

De acuerdo con la severidad, se obtuvo mayor prevalencia en atrición con 85.6% siendo la severidad grado 1 la más significativa dentro de este con 55.2%. Siguiendo con una prevalencia en relación con severidad grado 2 con 17.6%, grado 4 con 6.7% y grado 3 con 6.1% en relación con la atrición teniendo así una prevalencia significativa en comparación con la abfracción y abrasión. Por otra parte, la severidad grado 1 tuvo mayor prevalencia con 4.6% en relación con la abfracción teniendo así una prevalencia significativamente mayor con respecto a la severidad grado 2, 3 y 4 con 3%, y 1%. La abrasión por otra parte tiene mayor prevalencia en el grado de severidad 1 con 3.6% siendo significativa en comparación con el grado 2 y 3 con 1% y 0.2% por otra parte, la severidad grado 4 tiene menor representación con 0%.

SEVERIDAD Y LESIÓN										
Lesión	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Atrición	579	55.2%	184	17.6%	64	6.1%	70	6.7%	897	85.6%
Abfracción	48	4.6%	31	3%	10	1%	11	1%	100	9.5%
Abrasión	38	3.6%	11	1%	2	0.2%	0	0%	51	4.9%
Total	665	63.5%	226	21.6%	76	7.3	81	7.7%	1048	100%

Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Tabla 7. Distribución de severidad de acuerdo con el índice de Smith y Knight en población adulta atendida durante el trimestre 25-I por grupo de genero

De acuerdo con la de severidad la prevalencia se encuentra dentro del género femenino con el 62.9%, por ende, la severidad grado 1 tiene mayor representación con el 46.4%, siguiendo así con el 11.4% en grado 2, por otra parte, la prevalencia de género masculino se encuentra principalmente en severidad grado 1 con el 17.1% y 10.2% en grado 2, siendo significativamente menor respecto al género femenino. La severidad de grado 3 y 4 tienen menor prevalencia, en el género femenino con 1.5% y 3.6%, mientras que en el género masculino tiene mayor prevalencia con 5.7% y 4.1% significativamente.

SEVERIDAD Y GÉNERO										
Género	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Masculino	179	17.1%	107	10.2%	60	5.7%	43	4.1%	389	37.1%
Femenino	486	46.4%	119	11.4%	16	1.5%	38	3.6%	659	62.9%
Total	665	63.5%	226	21.6%	76	7.3%	81	7.7%	1048	100%

Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Tabla 8. Distribución de severidad de acuerdo con el índice de Smith y Knight en población adulta atendida durante el trimestre 25-I por grupo de edad

De acuerdo con el tipo de severidad se obtuvo mayor prevalencia en el grupo de edad de 45-54 años con un 33.9% siendo la severidad grado 1 la más significativa dentro de este con 26.4%, siguiendo con el rango de 55-64 años teniendo una prevalencia en relación con severidad grado 1 del 17.6% y 10.1% en el grupo de edad >65. La severidad grado 2, 3 y 4 son menos significativas de acuerdo con el grupo de edad que se encuentran respectivamente, siendo 23-34 años con 0% y el grupo 35-44 años con el 0.1% y 0%. Teniendo así una prevalencia significativamente menor en estos grupos de edad de 2.6% y 6.9%.

SEVERIDAD Y GRUPO DE EDAD										
Edad	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
20-34	27	2.6%	0	0	0	0	0	0	27	2.6%
35-44	71	6.8%	1	0.1%	0	0	0	0	72	6.9%
45-54	277	26.4%	56	5.3%	8	0.8%	14	1.3%	355	33.9%
55-64	184	17.6%	73	7%	38	3.6%	23	2.2%	318	30.3%
>65	106	10.1%	96	9.2%	30	2.9%	44	4.2%	276	26.3%
Total	665	63.5%	226	22.9%	76	7.3%	81	7.7%	1048	100%

Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

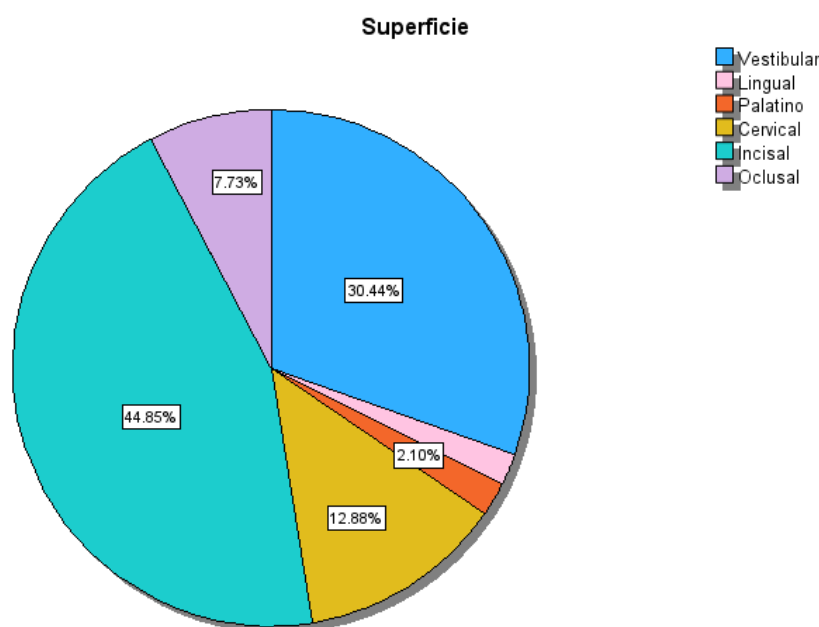
Tabla 9. Prevalencia de superficie dental mayormente afectada por atrición, abfracción, abrasión en pacientes adultos atendidos durante el trimestre 25-I

En la presente muestra de 55 pacientes adultos estudiados y seleccionados por conveniencia, se presentó una prevalencia en la superficie incisal con un 44.8% teniendo mayor relevancia significativa sobre las demás superficies dentales, siguiendo a su vez la superficie vestibular con el 30.4%, por otra parte la superficie cervical presenta una prevalencia del 12.9% mas significativa en comparación de la superficie palatina, lingual y oclusal, Siendo estas superficies las que tienen menor representación dentro de la presente muestra con 7.7%, 2.1% y 2%.

PREVALENCIA		
Superficie	F	%
Vestibular	319	30.4%
Lingual	21	2%
Palatino	22	2.1%
Cervical	135	12.9%
Incisal	470	44.8%
Oclusal	81	7.7%
Total	1048	100%

Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Grafica 4. Distribución de población adulta con respecto a la superficie dental afectada durante el trimestre 25-I



Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Tabla 10. Distribución de grado de severidad en la superficie dental mayormente afectada en pacientes adultos atendidos durante el trimestre 25-I

De acuerdo con la severidad, se obtuvo mayor prevalencia en la superficie dental incisal con un 44.8% siendo la severidad grado 1 la más significativa dentro de este con 25.9%. Siguiendo con la superficie vestibular posee una prevalencia en relación con severidad grado 1 del 26%. Por otra parte, la severidad grado 2 la superficie incisal tuvo mayor prevalencia con 11.1% teniendo así una prevalencia significativamente mayor con respecto a las demás superficies dentales. La superficie cervical por otra parte tiene mayor prevalencia en el grado de severidad 4 con 12.9% siendo significativa en comparación con las superficies dentales presentes. La severidad grado 3 es menos significativas de acuerdo con las superficies dentales presentes, siendo 2.5% vestibular, 0.1% lingual, 0.2% palatino, 1.1% cervical y 3.7% oclusal. Teniendo así una prevalencia significativamente menor en este grado de severidad, por otra parte, la severidad grado 4 en superficie vestibular tiene menor representación con 0%.

SEVERIDAD Y SUPERFICIE DENTAL										
Superficie	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Vestibular	272	26%	39	3.7%	8	2.5%	0	0	319	30.4%
Lingual	7	0.7%	11	1%	1	0.1%	2	0.2%	72	2%
Palatino	2	0.2%	13	1.2%	2	0.2%	5	0.5%	22	2.1%
Cervical	84	8%	29	2.8%	12	1.1%	10	12.9%	135	13%
Incisal	271	25.9%	116	11.1%	39	3.7%	44	4.2%	470	44.8%
Oclusal	26	2.8%	18	1.7%	14	1.3%	20	1.9%	81	7.6%
Total	665	63.5%	226	22.9%	76	7.3%	81	7.7%	1048	100%

Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

Tabla 11. Distribución de atrición, abfracción y abrasión en la superficie dental mayormente afectada en pacientes atendidos durante el

De acuerdo con el tipo de lesión se obtuvo mayor prevalencia en la superficie incisal con un 44.8% siendo la atrición la más significativa dentro de este, siguiendo con la superficie vestibular teniendo una prevalencia en relación con atrición del 30.4% teniendo así un 85.6% de atrición con respecto a las demás lesiones presentes en las superficies dentales afectadas. La superficie cervical tiene una prevalencia significativa en abfracción con un 9.3%, no obstante, se obtuvo una prevalencia

significativamente menor en la superficie lingual con 0.2%. La lesión menos significativa es la abrasión con 4.8%, teniendo así una prevalencia significativamente menor en la superficie cervical de 3.6%. y 1% en la superficie palatina.

SUPERFICIE Y LESIÓN								
Superficie	Atrición		Abfracción		Abrasión		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Vestibular	319	30.4%	0	0	0	0	319	30.4%
Lingual	17	1.6%	2	0.2%	2	0.2%	21	2%
Palatino	11	1%	0	0	11	1%	22	2.1%
Cervical	0	0	98	9.4%	38	3.6%	135	13%
Incisal	470	44.8%	0	0	0	0	470	44.8%
Oclusal	80	7.6%	0	0	0	0	81	7.6%
Total	897	85.6%	100	9.6%	51	4.8%	1048	100%

Fuente: Elaboración Propia mediante el programa estadístico SPSS

DISCUSIÓN

En el presente estudio la lesión cariosa más prevalente fue la atrición con un 85.6%, la abfracción un 9.5% y la abrasión un 4.9% las cuales mostraron una diferenciación estadística en el género y grupo de edad la cual concuerda con el estudio de Siancas Atocha et. al (24) el cual menciona que la prevalencia de las lesiones no cariosas de pacientes atendidos en los servicios de odontología fue mayor en el sexo femenino y la prevalencia de las lesiones no cariosas de pacientes atendidos en los servicios de odontología fue mayor en el grupo etario de 46 a 70 años, de igual forma el estudio de Mendoza et. al (25) menciona que la prevalencia de lesiones no cariosas es más alta en adultos según etapa de vida. Por otra parte, el estudio de Nanque et. al (23) refuerza que la prevalencia de edad del paciente que presenta lesiones no cariosas esta entre más de 40 años y prevalece en el sexo femenino.

Por otra parte, en el LDCTL la lesión cariosa que más prevalece es la atrición con un 85.6% con obstante en estudios recientes citando el de Vélez león et. al (26) la lesión cariosa más prevalente es la abrasión, seguida a su vez por la abfracción, de igual forma el estudio de Molina Alvarado et. al (3) refuerza la abrasión como la lesión cariosa más prevalente siguiendo a su vez la abfracción.

No obstante, el estudio de Nieto Urdanivia menciona una prevalencia de atrición del 43.6% lo cual se consideró una prevalencia alta al igual que en el LDCTL la cual fue de un 85.6%, por otra parte, este estudio identifico la superficie incisal con mayor prevalencia en atrición.

De acuerdo con la severidad el grado 1 fue la prevalente de acuerdo con atrición, abrasión y abfracción, siendo la atrición grado 1 en superficie incisal la más prevalente no obstante Naquen et. al (23) concuerda que la superficie incisal es la más afectada principalmente no obstante difiere que el grado de severidad grado 2 es más prevalente en estas superficies asociada a lesiones no cariosas como atrición, abrasión y abfracción. Sin embargo, Lizarbe Lagos (11) menciona la prevalencia de atrición, abrasión y abfracción Grado 1 se encontró el (91.67%), obtenido resultados similares respecto al grado de severidad.

CONCLUSIONES

- De acuerdo con los datos obtenidos en el presente estudio se puede concluir que la atrición es la lesión no cariosa más prevalente en el LDCTL (85.6%), seguida por la abfracción (9.5%) y finalmente con la abrasión (4.9%).
- En cuanto a la severidad, el grado 1 de acuerdo con el índice de Smith y Knight dominó con una prevalencia del 63.5%, siendo consistente en todas las lesiones presentes en estudio (atrición, abfracción y abrasión).
- Estadísticamente se obtuvo una diferenciación significativa en el género, lo que se concluye que el sexo podría estar asociado a la presencia de lesiones no cariosas al igual que a su severidad, ya que, el género femenino presentó mayor prevalencia en grados bajos (Grado 1), mientras que el género masculino presentó mayor prevalencia en grados más severos (Grados 3 y 4).
- En cuanto a la edad, la media fue de 55 años, y el grupo de 45 a 54 años presentó una mayor prevalencia. Se evidencia que la severidad tiende a aumentar con la edad, siendo los grupos mayores los que mostraron grados más altos. Estas diferencias también fueron estadísticamente significativas, reforzando la asociación entre edad y severidad.
- En cuanto a las superficies dentales afectadas se concluye que la superficie incisal fue la más comprometida por atrición, mientras que la superficie cervical fue la más afectada tanto en abfracción, como en abrasión.
- Estos hallazgos resaltan la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno de LNC de acuerdo con factores específicos y su severidad.

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN TLÁHUAC

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado paciente, me dirijo a usted con el fin de solicitar su consentimiento para el presente estudio denominado "PREVALENCIA DE ATRICIÓN, ABRASIÓN Y ABFRACCIÓN Y SU SEVERIDAD EN ADULTOS DEL LDCTL DURANTE 25-I".

El presente estudio se realizará por la pasante Valeria Monserrat Anaya Membrilla cuyo objetivo es determinar la prevalencia y severidad de atrición, abrasión y abfracción en la población adulta que actualmente asiste al Laboratorio de Diseño y Comprobación de Tláhuac. El cual consiste en una valoración por medio de una inspección visual y evaluación clínica de aproximadamente 5 a 10 minutos en donde se inspeccionarán las superficies dentales con presencia de atrición, abrasión y abfracción con el fin de evaluar su severidad.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, toda información personal y/o datos obtenidos durante este estudio será tratada de forma confidencial y utilizada únicamente para fines de investigación. Siendo presentados exclusivamente de forma anonimizada y protegida de acuerdo con ley de protección de datos.

Su participación ayudará a mejorar el entendimiento y prevención de estas lesiones en futuros tratamientos beneficiando a la comunidad de pacientes del laboratorio de Diseño y Comprobación de Tláhuac.

Al firmar este documento, Yo _____ acepto y consiento el participar en el presente estudio de forma voluntaria y con pleno conocimiento de los procedimientos involucrados. He leído y se me ha explicado cada punto presente. Cabe recalcar que la información que provea a esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada por ningún otro propósito fuera de este estudio además comprendo que puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias en mi atención dental y/o prejuicio hacia mi persona.

Firma del paciente

Firma del Evaluador
Valeria M. Anaya Membrilla

Fecha

RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA EVALUACIÓN DE SEVERIDAD DE
LESIONES NO CARIOSAS ASOCIADAS A ATRICIÓN, ABRASIÓN Y
ABFRACCIÓN

Nombre de paciente: _____

Edad: _____

Genero: _____

• ARCADA SUPERIOR

Órgano Dentario	Superficie (V/L/P/I/C)	Grado de Severidad					Tipo de Lesión (Abrasión, Atrición, Abfracción)
		0	1	2	3	4	
O.D 18							
O.D 17							
O.D 16							
O.D 15							
O.D 14							
O.D 13							
O.D 12							
O.D 11							
O.D 21							
O.D 22							
O.D 23							
O.D 24							
O.D 25							
O.D 26							
O.D 27							
O.D 28							

• ARCADA INFERIOR

Órgano Dentario	Superficie (V/L/P/I/C)	Grado de Severidad					Tipo de Lesión (Abrasión, Atrición, Abfracción)
		0	1	2	3	4	
O.D 38							
O.D 37							
O.D 36							
O.D 35							
O.D 34							
O.D 33							
O.D 32							
O.D 31							
O.D 41							
O.D 42							
O.D 43							
O.D 44							
O.D 45							
O.D 46							
O.D 47							
O.D 48							

BIBLIOGRAFÍA

1. Peraza Gutiérrez L, Gutiérrez Martorell ST. Clinicoetiological and therapeutic characteristics in teeth with non-carious cervical lesions and epidemiological indicators. *Revista Médica Electrónica De Ciego De Ávila*. 2020;3(3):1–23.
2. Tomás Murillo B, Díaz-Flores García V, David Fernández S, Thuissard Vasallo JJ, Morales Murillo M. Aplicación de nuevas tecnologías en el uso del índice Smith y Knight para el desgaste dental. *Científica dental*. 2017;13(3):59–65.
3. Alejandra M, Alvarado M, José Pesántez Ibarra M, Tamariz Ordoñez PE. Prevalence of non-carious cervical lesions in Ecuador. A review of the literature. *Revista OACTIVA UC Cuenca*. 2021;6(2):1–6.
4. Morales-lastre CC, Navarro-royero A, Sánchez-amaris AP, Gómez-lópez CA. Visión actual del diagnóstico y manejo clínico restaurativo de lesiones por abfracción Current view of the diagnosis and restorative clinical management of abfraction lesions. 2024;53(4).
5. Adolph R. “ESTUDIO COMPARATIVO DE HIPERSENSIBILIDAD ENTRE LOS MATERIALES RESTAURADORES: IONOMERO DE VIDRIO, IONOMERO DE VIDRIO MODIFICADO CON RESINA Y RESINA COMPUESTA EN LAS RESTAURACIONES DE LAS LESIONES NO CARIOSAS DE TIPO ABFRACCION EN PACIENTES DE 35 A 45 AÑOS. 2016;1–23.
6. Riera Arteaga CV, Delgado Gaete BA, Morales B, Ramos Montiel RR. Lesiones cervicales no cariosas en pacientes adultos. Revisión de la Literatura. *Odontología (Lima)*. 2023;25(1):66–73.
7. Ramírez Cortez CE, Dubón Vásquez S, Madrid Castro MA, Sánchez Rivera IM. Lesiones dentales no cariosas: etiología y diagnóstico clínico. Revisión de literatura. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*. 2020;7(1):42–55.
8. Del A, Maria TFG, Morales D, Del T, Jacobo TFG, Hijós Q. ABORDAJE CLÍNICO DE LAS LESIONES NO CARIOSAS Y SU RELACIÓN CON EL BRUXISMO : A PROPÓSITO DE DOS CASOS. 2022;
9. Quinchiguano Caraguay MA, Amoroso Calle EE, Idrovo Tinta TS, Gil Pozo JA. Lesiones cervicales no cariosas (LCNC): una revisión de la literatura. *Research, Society and Development*. 2023;12(5):e26612541876.
10. Ruiz H, Herrera A, Gamboa J. Lesiones dentales no cariosas en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Siboney. *Revista Cubana de*

Investigaciones Biomedicas [Internet]. 2018;37(2):46–53. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-03002018000200006&script=sci_arttext&tlng=en

11. Moreno P, Dolly J, Lupuche M, Sotomayor Mancicid R, Lozano OQ. PREVALENCIA DE ATRICCIÓN ABRASIÓN Y ABFRACCIÓN EN DIENTES ANTERIORES DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGÍA DEL ADULTO I DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL AYACUCHO, DICIEMBRE 2015. 2021; Available from:
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5725>

12. Espinoza, Barrionuevo Rocio Roimo, Nieto UM de los A. PREVALENCIA DE ATRICCIÓN DENTAL Y GRADO DE SEVERIDAD EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2019. Evaluación Del Conocimiento Y Actitud Del Personal De Enfermería En La Atención Inmediata Del Recién Nacido, Servicio De Neonatología, Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco – 2016 [Internet]. 2019;0:163. Available from:
<http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/610/DIESTRA RODRIGUEZ%252c Alexander-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Emilce Mayela González. Bruxismo y desgaste dental. Bruxism and tooth wear. Revista ADM. 2015;72(2):92–8.

14. Hernández Reyes BI, Silvia María Díaz Gómez DI, Siomara Hidalgo Hidalgo DI, Sandra López Lamezón DI, Lourdes García Vitar DI, Enrique Noy JI. Risk factors of bruxism in adult patients. ARTÍCULOS ORIGINALES Rev Arch Med Camagüey. 2017;21(3):311–20.

15. Oviedo H, Puetate Y, Ruiz J, Zapata C. Manejo de paciente con atrición dental. Presentación de un caso. Revista Informa. 2023;1(1):1–9.

16. ANANDA MUHAMAD TRI UTAMA. LESIONES NO CARIOSAS DIAGNÓSTICO Y MANEJO ACTUAL Revisión bibliográfica JAVIERA AZÓCAR. 2022;9:356–63.

17. Oral R. LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS TIPO ABFRACCIÓN : TRATAMIENTO RESTAURADOR , UN ENFOQUE BIOMIMÉTICO- REVISIÓN DE LITERATURA Maria Camila Salazar Vasquez ASESOR Mateo Posada Castaño OD , Rehabilitador Oral , Docente Posgrado Rehabilitación Oral CES Medellín. 2024;20.

18. Cerón XA, Narvaez RF, Madroñero AE, Chavez LS, Tobar AS. Prevalencia de lesiones no cariosas que causan hipersensibilidad en pacientes de la Clínica

Odontológica Pasto. Revista Colombiana de Investigación en Odontología. 2017;7(19):25.

19. Firdausi NI. LESÕES CERVICAIS: DIAGNÓSTICO, SINTOMATOLOGIA E TRATAMENTO REVISÃO DE LITERATURA. Kaos GL Dergisi [Internet]. 2020;8(75):147–54. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.jnc.2020.125798><https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.02.002><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/810049><http://doi.wiley.com/10.1002/anie.197505391><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780857090409500205><http://>
20. Del UA, Hidalgo EDE, Ciencias IDE, Salud DELA. FACTORES ASOCIADOS AL DOLOR POSOPERATORIO EN TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA. 2020;
21. Odontol A, Issn C. Factores de riesgo de la atrición dental severa: un estudio de casos y controles*. 2019;9:16.
22. Epidemiológicos Í, Desgaste DEL, Erosivo D, Oramas C, Alonso L. Revisión Bibliográfica ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS DEL DESGASTE DENTAL EROSIVO. EPIDEMIOLOGICAL INDICES OF EROSIVE DENTAL WEAR. 2016;IV:32–8.
23. Profesional De Estomatología E, Elizabeth B, Aguirre C, Cd M, Victor A, Mejia L. CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE DESGASTE DENTAL DE SMITH-KNIGHT Y LA EDAD DEL PACIENTE ASEGURADO EN EL HOSPITAL ESSALUD III JOSÉ CAYETANO HEREDIA DE PIURA 2018. 2021;
24. Siancas AJA, Velez Leon AGN. Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas en pacientes atendidos en el servicio de odontología de instituciones de salud, Piura 2024. 2020;30. Available from:
https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1207/TESIS_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Dentista C, Mendoza BM, Kristel L. Prevalencia de Lesiones Cervicales No Cariotas en el Hospital “Santiago Apóstol”, Bagua Grande, Amazonas, 2022. 2022.

CAPITULO III DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

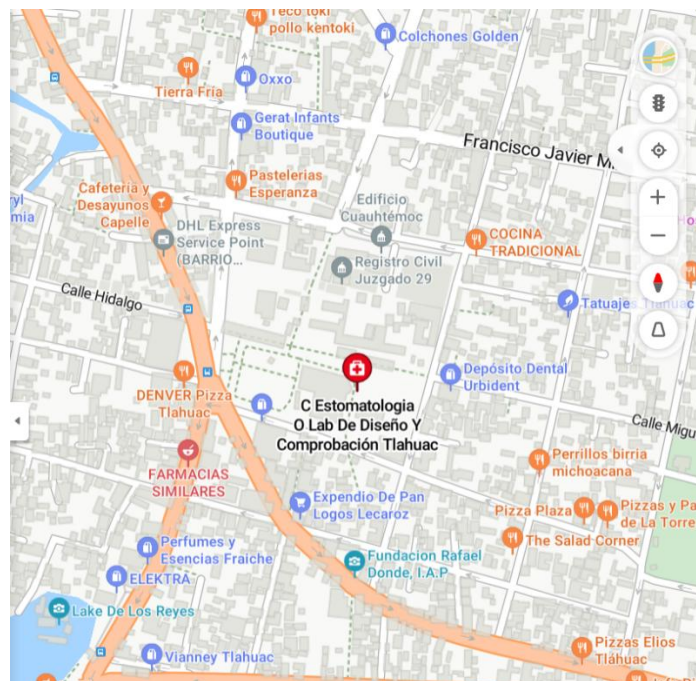
DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

La presente plaza conocida como el Laboratorio de Diseño y Comprobación Tláhuac se define por medio de un acto público el cual brinda la Universidad Autónoma Unidad Xochimilco en cual tiene como objetivo contribuir a la formación de profesionales de odontología, en el cual se llevan a cabo una aplicación de conocimientos teóricos, con el fin de llevarlos a cabo a la práctica clínica. La universidad autónoma metropolitana expone su objetivo de la siguiente forma:

- Contribuir a la formación de los profesionales de la odontología, mediante la aplicación de los conocimientos teóricos; de acuerdo con los avances científicos, para el diagnóstico, prevención y resolución de la morbilidad bucal que afecta a la población mexicana en el primer nivel de atención.

UBICACIÓN

El laboratorio de diseño y comprobación de Tláhuac se Encuentra en Calle Plaza Principal Sn, 13070 Tláhuac, entre Severino Ceniceros y Av Hidalgo, colonia San pedro Tláhuac, Delegación Tláhuac, código postal 13000.



Fuente: Bing Maps. Laboratorio de Diseño y Comprobación Tláhuac [internet]. 2024. [Consultado el 19 Diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.bing.com/maps?FORM=M996DF&q=LABORATORIO+DE+DISE%C3%91O+Y+COMPROBACI%C3%93N+TLAHUAC&PC=M996&cp=19.269037%7E-99.003897&lvl=16.0>

CUERPO DIRECTIVO

1. Cuerpo Directivo

En la siguiente tabla se expone al cuerpo directivo perteneciente al proyecto universitario Laboratorio de Diseño y Comprobación Tláhuac

NOMBRE	PUESTO
CDEPB. Angelica Araceli Cuapio Ortiz	Director/Jefe de Proyecto
CDEE. Diana Patricia Cruz Zavala	Jefe de Servicio
CDEOP. Agustín Tíol Carrillo	Técnico Académico

Tabla 1.1, Fuente: Elaboración propia.

2. Personal Administrativo

En la siguiente tabla se expone al personal administrativo el cual se divide en, personal administrativo (Tabla 2.1), personal técnico (Tabla 2.2), personal de intendencia (Tabla 2.3) y vigilancia (Tabla 2.4)

NOMBRE	PUESTO
Ana Marlene Sánchez Franco	Secretaria
Claudia Concha	Administradora

Tabla 2.1, Fuente: Elaboración Propia

NOMBRE	PUESTO
CD. Mónica Miranda Cruz	Técnico Dental
C.D Alejandro Enríquez Alderete	Asistente Dental

Tabla 2.2, Fuente: Elaboración Propia

NOMBRE	PUESTO
Andrea Elena Casas Legorreta	Intendencia

Tabla 2.3, Fuente: Elaboración Propia

NOMBRE	PUESTO
Teófila Escobar Reyes	Vigilancia

Tabla 2.4, Fuente: Elaboración Propia

3. Pasantes del Servicio Social

NOMBRE	INICIO Y CONCLUSIÓN DEL SS
María Fernanda Rojas Castro	Inicio: 23 de agosto de 2023 Conclusión: 6 de agosto de 2024
Elizabeth Menes Lugo	
Pedro Antonio Tomas	
Valeria Monserrat Anaya Membrilla	Inicio: 1 de febrero de 2024 Conclusión: 31 de enero de 2025
María Guadalupe Cruz Moreno	
Brenda Itzell Ramírez Villa	
Andrea Nava Santoyo	Inicio: 1 de agosto Conclusión: 31 de Julio
Jannia Alix Rodríguez Hernández	

Tabla 3.1, Fuente: Elaboración Propia.

INFRAESTRUCTURA



En el siguiente croquis se expone la distribución del laboratorio de diseño y comprobación de Tláhuac.

Fuente: Elaboración Propia

1. Entrada del Laboratorio de Diseño y Comprobación Tláhuac
2. Caseta de Vigilancia
3. Sala de espera/recepción
4. Dirección
5. Área secretarial
6. Sanitario para pacientes (hombres y mujeres)
7. Almacén
8. Aula
9. Área de Intendencia
10. Área de Esterilización
11. Área para procesado de prótesis y modelos/ Área de revelado de radiografías
12. Dos cubículos de Rayos X
13. Cubículo de Ortopantomografía
14. Roseta de farmacia
15. Área de vestidores, gavetas y sanitarios (hombres)
16. Área de vestidores, gavetas y sanitarios (mujeres)
17. Área clínica
18. Cubículo de Pasantes
19. Quirófano
20. Casilleros externos
21. Área de máquinas (compresoras, succión, purificación de agua)

- 22. Área de depósito de residuos peligrosos biológico-infecciosos/basura
- 23. Área para personal (cocineta)
- 24. Área de archivo inactivo

PROGRAMAS DE SERVICIO QUE OFRECE EL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN TLÁHUAC

En el siguiente proyecto LDC Tláhuac cuenta con horario de atención de 8:00 am a 14:00 de Lunes a Viernes, en el cual el horario de atención se divide en tres turnos respectivamente, lo cuales son:

- 8:30 am a 10:30 am
- 10:30 am a 12:30 pm
- 12:30 pm a 14:00 pm

Así mismo se brindan los días Lunes, Miércoles y Viernes atención a población adulta, mientras que los días Martes y Jueves respectivamente a población pediátrica.

De igual forma el LDC Tláhuac maneja una atención específica a Urgencias las cuales tiene un horario de atención de 8:30 am a 10:30 am, brindando atención los días Lunes, Miércoles y Viernes a urgencias de población adulta, mientras que los días Martes y Jueves respectivamente a urgencias en población pediátrica, las cuales son atendidas por medio de un equipo específico asignado en rol por día. Seguidamente el LDC Tláhuac cuenta con programas específicos los cuales cuentan con diferentes rubros, los cuales se exponen de la siguiente manera:

- Atención a la salud bucal individual y comunitaria.
 1. Elaboración de historia clínica, la cual abarca
 - Registro de datos sociodemográficos
 - Antecedentes familiares
 - Antecedentes personales no patológicos
 - Antecedentes personales patológicos Evaluación del estado físico general
 - Evaluación de tejidos blandos y duros bucales
 - Elaboración de diagnóstico y plan de tratamiento
 - Elaboración de notas de evolución
 2. Actividades de educación y promoción a la salud, intra y extramuros
 - Pláticas de salud bucal y general
 - Teatro guiñol
 - Elaboración de material de apoyo (trípticos, material audiovisual)
 3. Actividades de promoción a la salud y de prevención
 - Enseñanza de técnicas para control de biopelícula
 - Aplicación de fluoruros
 - Evaluación de placa dentobacteriana
 - Aplicación de selladores de fosetas y fisuras
 - Eliminación de sarro dental, alisado y pulido coronario
 4. Actividades de diagnóstico y solicitud de exámenes de laboratorio
 - Elaboración de índices epidemiológicos
 - Periodontograma y diagnóstico periodontal

- Radiografías dentales, panorámicas y laterales de cráneo
- Glucemia, química sanguínea, biometría hemática
- Solicitud de estudios de laboratorio específicos
- 5. Actividades endodónticas
 - Recubrimiento pulpar
 - Pulpotomías 1ª dentición
 - Pulpectomías 1ª dentición
 - Tratamiento de conductos
- 6. Actividades periodontales
 - Eliminación de factores etiológicos y de retención de biopelícula
 - Tratamiento quirúrgico
 - Actividades de mantenimiento
- 7. Actividades restaurativas
 - Obturación con amalgama
 - Obturación con resina
 - Obturación provisional
 - Incrustaciones
 - Endoposte
 - Reconstrucción dental
 - Corona total
- 8. Actividades de rehabilitación bucal
 - Prostodoncia fija
 - Prostodoncia parcial removible
 - Prostodoncia total
- 9. Actividades de ortodoncia interceptiva
 - Colocación de aparatología removibles
- 10. Actividades quirúrgicas
 - Odontectomía de primera y segunda dentición
 - Biopsias de tejidos duros y blandos
 - Cirugía dentoalveolar
 - Cirugía de tejidos blandos
- 11. Actividades de emergencia
 - Tratamiento farmacológico
 - Drenado de abscesos
 - Restauraciones provisionales
- 12. Actividades de investigación epidemiológica y clínica
 - Elaboración de casos clínicos
 - Investigación epidemiológica

RESPONSABLES DEL PROYECTO UNIVERSITARIO LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN TLÁHUAC

Dentro del proyecto universitario LDC Tláhuac actualmente se encuentra como responsable al frente de este proyecto la directora y jefe de proyecto la Mtra. y CDEPB. Angelica Araceli Cuapio Ortiz y como jefe de servicio la Mtra. y CDEE. Diana Paulina Cruz Zavala.

CAPITULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Durante el servicio social en el laboratorio de diseño y comprobación de Tláhuac el pasante está comprometido cumplir con ciertas normatividades y compromisos, tomando un papel de auxiliar para el director y jefe de servicio con el fin de llevar a cabo un buen funcionamiento de este. Tomando en cuenta dichos compromisos, los cuales son fundamentales para una correcta administración. Por otra parte, durante este periodo de tiempo se llevó a cabo responsabilidades clínicas y administrativas las cuales se rigen en el cumplimiento de un horario el cual se abarcaba en horario de 8:00 am a 14:00 pm, además de tener un cronograma específico en donde se especifica la actividad programada a realizar por el pasante, garantizando la presencia y puntualidad en todo momento. Además seguir normas de seguridad y protocolos establecidos participando activamente en diferentes cursos de preparación durante el periodo intertrimestral y durante todo el servicio el social. Seguidamente en el siguiente apartado se exponen las actividades realizadas durante el servicio social específicamente en tres grupos:

- Actividades clínicas
- Actividades Administrativas
- Proyecto de patología bucal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL TRIMESTRE 23-O

ACTIVIDADES REALIZADAS, POR AÑO, MES Y TRIMESTRE			#
A Ñ O 2 0 2 4	23-O	FEBRERO	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS
			Revisión de expedientes clínicos de pacientes
			Clínica de admisión de población adulta
			Clínica de admisión de población pediátrica
			Análisis de expediente para evaluación de actividades disponibles para el trimestre 24-I
			Inventario de botiquín y multas
			Formación de equipos de trabajo
			Asignación de actividades clínicas por trimestre a cada equipo de trabajo
			Participación en la elaboración del informe trimestral 23-O
			Participación en la elaboración de Roles administrativos: Rol de docentes, grupos de WhatsApp, administración y urgencias
			Asignación de lockers

A Ñ O 2 0 2 4	24-I	MARZO	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
			Entrada de alumnos	7
			Recepción y asignación de Urgencias	7
			Revisión de Triage	7
			Entrega de expedientes clínicos	6
			Recepción de expedientes clínicos	6
			Ayuda a los alumnos al manejo de las unidades dentales	3
			Asistencia en cobro durante la licencia médica de personal administrativo	4
			Toma de radiografía periapical a pacientes externos	7
			Control de infecciones	5
			Entrega de unidades	4
			Asistencia en Roseta	3
			Asignación de pacientes y actividades a equipos de trabajo	2
			Asignación de equipo de trabajo	1
			ACTIVIDADES CLÍNICAS	
			Anamnesis	3
			Exploración intraoral	4
			Exploración extraoral	4
			Índices epidemiológicos: IHOS, IG, CPOD/CEOD, IPC	4
			Diagnóstico y Tratamiento	2
			ICDAS	2
			CAMBRA	2
			Eliminación de Sarro	2
			Profilaxis	3
			Aplicación de Flúor	3
		ABRIL	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
			Entrada de alumnos	9
			Recepción y Asignación de urgencias	9
			Revisión de Triage	9
			Entrega de expedientes clínicos	5
			Recepción de expedientes clínicos	5
			Ayuda a los alumnos al manejo de las unidades dentales	6
			Asistencia en cobro durante la licencia médica de personal administrativo	9
			Toma de radiografía periapical a pacientes	5
			Control de Infecciones	8

A Ñ O 2 0 2 4			Entrega de unidades	4
			Asistencia en Roseta	5
			Evaluación de expedientes clínicos	10
			ACTIVIDADES CLÍNICAS	
			ICDAS	1
			CAMBRA	1
			Diagnóstico y Tratamiento	1
			Control de Placa	5
			Periodontograma	1
			Ficha endodóntica	1
			Amalgama	1
			Dique de Hule	3
			Anestesias	3
			Ionómero de Vidrio	2
		MAYO	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
			Entrada de alumnos	5
			Recepción y Asignación de urgencias	5
			Revisión de Triage	5
			Entrega de expedientes clínicos	5
			Recepción de expedientes clínicos	5
			Ayuda a los alumnos al manejo de las unidades dentales	4
			Asistencia en cobro durante la licencia médica de personal administrativo	3
			Toma de radiografía periapical a pacientes	2
			Control de Infecciones	6
			Entrega de unidades	2
			Asistencia en Roseta	3
			Participación en la elaboración y registro de morbilidad	2
			Registro de actividades para evaluación 24-I	6
			Apoyo en registro de evaluaciones	2
			Participación en el reporte trimestral 24-I	1
			ACTIVIDADES CLÍNICAS	
			Control de placa	3
			Eliminación de Sarro	2
			Resina	6
			Dique de hule	9
			Anestesia	9
			Profilaxis	1

A Ñ O 2 0 2 4			Aplicación de Flúor	1
			Tratamiento de conductos	3
			Selladores de Fosetas y Fisuras	1
			CAMBRA	1
			Ajuste oclusal	1
	24-P	JULIO	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
			Clínica de admisión población de adultos	1
			Clínica de admisión de población pediátrica	1
			Revisión de expedientes clínicos de pacientes	4
			Análisis de expediente para evaluación de actividades disponibles para el trimestre 24-P	4
			Participación en la elaboración de informe trimestral 24-I	1
			Formación de equipos de trabajo	1
			Asignación de actividades clínicas por trimestre a cada equipo de trabajo	2
			Entrada de alumnos	5
			Recepción y asignación de Urgencias	5
			Revisión de Triage	5
			Entrega de expedientes clínicos	3
			Recepción de expedientes clínicos	3
			Ayuda a los alumnos al manejo de las unidades dentales	1
			Asistencia en cobro durante la licencia médica de personal administrativo	3
			Toma de radiografía periapical a pacientes externos	1
			Control de infecciones	4
			Entrega de unidades	3
			Asistencia en Roseta	2
			Asignación de pacientes y actividades a equipos de trabajo	2
			Asignación de equipo de trabajo	1
			Asignación de lockers	1
			Participación en la elaboración de Roles administrativos: Rol de docentes, grupos de whatsApp, administración y urgencias	4
			ACTIVIDADES CLÍNICAS	
			Ficha de Urgencia	1

A Ñ O 2 0 2 4			Ficha Endodóntica	1
			Farmacoterapia	1
			Actualización	2
			Profilaxis	2
			Eliminación de Sarro	1
			Índices epidemiológicos: IHOS, IG CPOD, CEOD, IPC	8
			Diagnóstico y Tratamiento	2
			ICDAS	2
			CAMBRA	2
			Aplicación de flúor	2
			Control de placa	1
			Resina	1
			Dique de hule	1
			Anestesias	1
		AGOSTO	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
			Entrada de alumnos	8
			Recepción y Asignación de urgencias	8
			Revisión de Triage	8
			Entrega de expedientes clínicos	4
			Recepción de expedientes clínicos	4
			Ayuda a los alumnos al manejo de las unidades dentales	3
			Asistencia en cobro durante la licencia médica de personal administrativo	7
			Administración	1
			Toma de radiografía periapical a pacientes	3
			Control de Infecciones	10
			Entrega de unidades	4
			Asistencia en Roseta	4
			Evaluación de expedientes clínicos	10
			ACTIVIDADES CLÍNICAS	
			Control de placa	8
			Ionómero de vidrio	1
			Raspado y Alisado radicular	1
			Profilaxis	2
			Ficha de Urgencia	2
			Odontectomía	2
			Retiro de puntos	2
			Ficha endodóntica	1
			Tratamientos de Conductos	3
			Exodoncias	4

A Ñ O 2 0 2 4			Resina	6
			Anestesia	9
			Dique de hule	6
			ICDAS	1
			Diagnóstico y Tratamiento	1
			Eliminación de Sarro	1
			Aplicación de Flúor	1
			Sellador de fosetas y fisuras	1
			Alta Periodontal fase I	1
			PROYECTO DE PATOLOGÍA BUCAL	
			Ficha de urgencia	1
			Citología exfoliativa	1
			Cita de seguimiento	1
			Entrega de resultados	1
		SEPTIEMBRE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
			Entrada de alumnos	3
			Recepción y Asignación de urgencias	3
			Revisión de Triage	3
			Entrega de expedientes clínicos	3
			Recepción de expedientes clínicos	4
			Ayuda a los alumnos al manejo de las unidades dentales	6
			Asistencia en cobro durante la licencia médica de personal administrativo	4
			Toma de radiografía periapical a pacientes	4
			Toma de radiografía panorámica	2
			Control de Infecciones	3
			Entrega de unidades	6
			Asistencia en Roseta	2
			Administración	1
			Base de Turno	3
			ACTIVIDADES CLÍNICAS	
			Control de placa	6
			Ionómero de Vidrio	6
			Resina	3
			Dique de Hule	3
			Anestesia	6
			Pulido de restauraciones	7
			Profilaxis	2
			Aplicación de Flúor	2
			Férula Combinada	1
			Retiro de puntos de contacto	1

A Ñ O 2 0 2 4			Ficha endodóntica	1
			Pulpectomía	1
			Toma de Impresión	1
			Exodoncia	1
			Sellador de fasetas y fisuras	5
			Ortodoncia Interceptiva	1
			Tratamiento de conductos	1
			PROYECTO DE PATOLOGÍA BUCAL	
			Anamnesis	1
			Exploración intrabucal	1
			Exploración extrabucal	1
			Índices epidemiológicos: IHOS, IG, CPOD, IPC	4
			CAMBRA	1
			Ficha de urgencia	1
			Citología Exfoliativa	1
			Biopsia incisional	1
			Entrega de Resultados	2
			Cita de seguimiento	2
	24-O	OCTUBRE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
			Clínica de admisión población de adultos	1
			Clínica de admisión de población pediátrica	1
			Formación de equipos de trabajo	1
			Asignación de actividades clínicas por trimestre a cada equipo de trabajo	3
			Asignación de pacientes y actividades a equipos de trabajo	3
			Asignación de equipo de trabajo	1
			Asignación de lockers	1
			Participación en la elaboración de Roles administrativos: Rol de docentes, grupos de WhatsApp, administración y urgencias	5
			Participación en la elaboración y registro de morbilidad	2
			Participación en la elaboración de informe trimestral 24-P	1
			Entrada de alumnos	2
			Entrega de expedientes clínicos	2
			Recepción de expedientes clínicos	2
			Asistencia en cobro	2
			Control de infecciones	1

A Ñ O 2 0 2 4			Entrega de unidades	2
			Asistencia en Roseta	1
			Base de turno	2
			ACTIVIDADES CLÍNICAS	
			Eliminación de sarro	1
			Anamnesis	1
			Exploración intrabucal	1
			Exploración extrabucal	1
			CAMBRA	1
			ICDAS	1
			Diagnóstico y Tratamiento	1
			Resina	3
			Dique de hule	3
			Anestesia	2
			Pulpotomía	1
			Control de placa	1
		NOVIEMBRE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
			Entrada de alumnos	7
			Recepción y asignación de urgencias	7
			Entrega de expedientes	4
			Recepción de expedientes	4
			Asistencia al cobro	7
			Ayuda a los alumnos al manejo de las unidades dentales	9
			Toma de radiografías periapicales a pacientes externos	2
			Toma de radiografías panorámicas	3
			Toma de radiografía lateral de cráneo	1
			Control de infecciones	4
			Entrega de unidades	8
			Asistencia en Roseta	4
			Administración	1
			Evaluación de expedientes clínicos	10
			Base de turno	4
			ACTIVIDADES CLÍNICAS	
			Control de placa	7
			Ionómero de vidrio	4
			Resina	1
			Dique de hule	7
			Anestesia	7
			Odontectomía	1
			Retiro de Puntos	1
			Tratamiento de conductos	3

A Ñ O 2 0 2 4			Alta Periodontal fase II	1
			PROYECTO DE PATOLOGÍA BUCAL	
			Biopsia incisional	1
			Citología exfoliativa	1
			Entrega de Resultados	2
		DICIEMBRE	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
			Entrada de alumnos	6
			Recepción y asignación de urgencias	6
			Entrega de expedientes clínicos	3
			Recepción de expedientes clínicos	3
			Ayuda a los alumnos al manejo de las unidades dentales	7
			Toma de radiografía periapical a pacientes	2
			Toma de radiografía panorámica	1
			Control de infecciones	6
			Entrega de unidades	6
			Asistencia en Roseta	3
			Participación en la elaboración y registro de morbilidad	2
			Base de turno	3
			ACTIVIDADES CLÍNICAS	
			Control de placa	3
			Exodoncia	1
			Anestesia	6
			Preparación para incrustación	6
			Toma de impresión	2
			PROYECTO DE PATOLOGÍA BUCAL	
			Cita de seguimiento	1
A Ñ O 2 0 2 5		ENERO	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
			Entrada de alumnos	6
			Entrega de expedientes clínicos	3
			Recepción de expedientes clínicos	3
			Ayuda a los alumnos al manejo de las unidades dentales	7
			Toma de radiografía periapical a pacientes	2
			Toma de radiografía panorámica	1
			Control de infecciones	6
			Entrega de unidades	6
			Asistencia en Roseta	3

A Ñ O 2 0 2 5		ENERO	Base de turno	1
			Registro de actividades para evaluación 24-O	5
			Apoyo en registro de evaluaciones	2
			Participación en el reporte trimestral 24-O	3
			Participación en el reporte anual	2
			Clínica de admisión de población pediátrica	2
			Formación de equipos de trabajo	1
			ACTIVIDADES CLÍNICAS	
			Eliminación de Sarro	1
			Resina	1
			Dique de Hule	3
			Toma de impresión	2
			Incrustaciones	6
			Profilaxis	1
			Control de placa	1
			Ortodoncia interceptiva	1
			Alta Integral	3
			Alta Preventiva	3
			Alta periodontal fase III	1

ANEXOS

- CONSTANCIAS OBTENIDAS DURANTE EL TIEMPO DE LA PASANTIA



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA
DE SALUD

AGENCIA DE PROTECCIÓN
SANITARIA

**La Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad
de México a través del Programa de Capacitación**

Otorga la presente

CONSTANCIA A:

Valeria Monserrat Anaya Membrilla

Por haber acreditado el curso en línea:

FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

Con una duración de 3 horas, utilizando el material exprofeso de la Agencia de
Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México, acreditando la evaluación
correspondiente el 23/02/2024.

Fecha de expedición: 07/03/2024
Folio: 3322_2024_FARMA_CSSCP_6377

ATENTAMENTE



DR. ÁNGEL GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ
Director General de la Agencia de Protección Sanitaria del
Gobierno de la Ciudad de México

CSSCP

Curso y constancia otorgada por la AGEPSA de forma GRATUITA. No equivale a una autorización sanitaria para la
prestación de servicios. La vigencia de esta constancia es de un año a partir de su fecha de expedición.

Insurgentes Norte 423, Nonoalco Tlatelolco, Cuauhtémoc,
06900, Ciudad de México, Tel. 55 5740 0706, 55 5038 1700 Ext. 5810 y 5813
agepsa.cdmx.gob.mx X @AGSANITARIA

CIUDAD INNOVADORA
Y DE DERECHOS



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

La División de Ciencias Biológicas y de la Salud

otorga la presente

CONSTANCIA

a: **Janet López Coronado**


Por su asistencia al

**Curso: Evolución del instrumento endodóntico hasta
Wave One Gold**


realizado el 26 de febrero de 2024, en modalidad presencial en
instalaciones de la UAM-X, con una duración total de 2 horas.

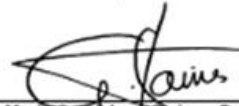
Casa abierta al tiempo
Ciudad de México, a 28 de febrero de 2024.


C.D.E. Enrique Ensaldo Carrasco
Responsable de la Actividad


Dr. Luis Amado Ayala Pérez
Director de la División de Ciencias
Biológicas y de la Salud




Mtro. Jorge Morales García
Jefe de servicio LDC Tepepan


Dra. María Guadalupe Staines Orozco
Coordinadora de la
Licenciatura en Estomatología



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

La División de Ciencias Biológicas y de la Salud

otorga la presente

CONSTANCIA

a: **Valeria Monserrat Anaya Membrilla**


Por su asistencia al

**Curso: Manejo del periodontograma conforme a la
nueva clasificación de enfermedades periodontales**


Realizado el 9 de julio de 2024, en modalidad presencial en el
Auditorio Francisco Javier Mina de la UAM-X, con duración total de 3 horas.

Casa abierta al tiempo
Ciudad de México, a 17 de julio de 2024


C.D.E. Enrique Ensaldo Carrasco
Responsable de la actividad.


Dr. Luis Amado Ayala Pérez
Director de la División de Ciencias
Biológicas y de la Salud




Dra. Ma. Guadalupe Staines Orozco
Coordinadora de la Licenciatura en
Estomatología



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

La División de Ciencias Biológicas y de la Salud

otorga la presente

CONSTANCIA

a: **Valeria Monserrat Anaya Membrilla**

Por su asistencia al

**Curso: Tendencias en
materiales para rehabilitación oral**

Realizado el 7 de octubre de 2024, en modalidad presencial en
instalaciones de la UAM-X, con duración total de 2 horas.

Casa abierta al tiempo
Ciudad de México, a 30 de octubre de 2024

C.D.E. Enrique Ensado Carrasco
Responsable de la Actividad.

Dr. Luis Amado Ayala Pérez
Director de la División de Ciencias
Biológicas y de la Salud.

Dra. Ma. Guadalupe Staines Orozco
Coordinadora de la
Licenciatura en Estomatología



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

La **División de Ciencias Biológicas y de la Salud**

otorga la presente

CONSTANCIA

a: **Valeria Monserrat Anaya Membrilla**

Por su asistencia al

Curso: Más que anestésicos

Realizado el 8 de octubre de 2024, en modalidad presencial en instalaciones de la UAM-X, con duración total de 3 horas.

Casa abierta al tiempo
Ciudad de México, a 30 de octubre de 2024

C.D.E. Enrique Ensaldo Carrasco
Responsable de la Actividad.

Dr. Luis Amado Ayala Pérez
Director de la División de Ciencias
Biológicas y de la Salud.



Dra. Ma. Guadalupe Staines Orozco
Coordinadora de la
Licenciatura en Estomatología

- FOTOGRAFÍAS TOMADAS DURANTE EL TIEMPO DE PASANTIA





CAPITULO V: ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

En la pasantía dentro del presente proyecto universitario laboratorio de diseño y comprobación Tláhuac (LDCTL) turno matino se observó que cada actividad realizada se encuentra bajo estrictos protocolos, normas oficiales y medidas de bioseguridad concretas, con el fin de cubrir y resolver las necesidades de salud bucodental de la población, brindando profesionalismo y protección en cada uno de los doctores, especialistas, pacientes y personal que labora dentro de este. Además de una correcta formación mediante el trabajo en equipo, aplicando conocimientos teórico-prácticos en cada uno de los estudiantes con el fin de brindar una atención integral y especializada para cada paciente, mediante protocolos de cada actividad y tratamiento realizado con planeación y orden, respondiendo específicamente a cada una de las necesidades de la población que acude a esta clínica.

Cabe mencionar que la población que acude dentro del LDCTL es mayoritariamente de bajos recursos y no cuentan con servicios de salud públicos o privados por lo que, la clínica es acertada para cubrir estas necesidades con costos sumamente accesibles ante la situación socioeconómica actual, además de brindar promoción a salud y educación odontológica comunitaria de manera gratuita para cualquier grupo de edad.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

Durante un año dentro del SS puedo mencionar que fue bastante enriquecedor ya que se me brindó mayor confianza y seguridad al momento de la realización de distintos tratamientos, desde muy sencillos hasta muy complejos, los cuales me permitieron sobrepasar el límite de mis capacidades, además de brindarme un criterio propio con bases más sólidas y concretas, con el fin de poder dar solución a todo tipo de situaciones que se pueden presentar día a día durante la práctica profesional, por lo que en un futuro cada una de estos nuevos conocimientos me serán de gran utilidad dentro de mi futura carrera profesional. Además de aprender el manejo de lo que realmente conlleva el ser una clínica dental, desde el uso de autoclaves y esterilización, medidas de bioseguridad, manejo de ortopantomógrafo, manejo de escáner radiográfico, manejo de distintos materiales dentales desde su dosificación y manipulación, así como la organización completa de equipos de trabajo, informes, actividades y formas de trabajo de vanguardia.

Cabe mencionar que durante este año tuve mayor crecimiento de investigación gracias a la realización de varios proyectos universitarios como fue la participación en el proyecto de detección de lesiones de patología bucal, protocolos sobre temas nuevos en relación con tratamientos que se me presentaron y mi proyecto de investigación lo cual me permitió un mayor desarrollo y conocimiento de habilidades en investigación científica y todo lo que esta conlleva.

Sinceramente mi año de servicio ha sido prospero, emocional, profesional y de crecimiento personal lo cual hace que un año completo se convierta en algo enriquecedor y sustancioso. Agradezco el conocimiento, experiencias y sabiduría que me han dado mis docentes responsables y de apoyo dentro del servicio social, así como a el apoyo, conocimientos y consejos de mis compañeros pasantes los cuales me brindaron un ambiente cálido, seguro y agradable lo cual considero es fundamental para poder continuar siendo un profesional digno, competente y comprometido. Por lo que cada una de estos conocimientos teórico-prácticos y empíricos me inspiran a ser un profesional más preparado, consciente, y comprometido. La elección de realizar el servicio social dentro de una de las clínicas estomatológicas pertenecientes a la UAM-X fue motivada principalmente por el hecho de poder realizar todo tipo de tratamientos en población tanto pediátrica como adulta, además de tener conocimientos y habilidades de la mano de distintos especialistas, así mismo tener oportunidad de asistir a distintos cursos los cuales dentro de otras plazas no se brindan estas aportaciones. Por ende, concreto que el realizar el servicio social dentro del LDCTL fue acertado y todos estos aprendizajes servirán para mí vida profesional y académica.