



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**"Frecuencia de maloclusiones en el Hospital General de México en el periodo
2014–2017"**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

JOSE ANTONIO RUÍZ LOPÉZ

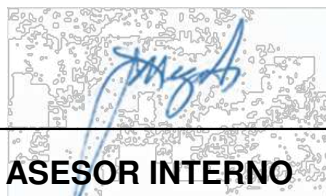
MATRICULA: 2122036740

1 AGOSTO DE 2016 a 31 JULIO DE 2017

Abril, 2021

Asesor Interno: CDEPB. Julieta del Carmen Meza Sánchez

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO

EPB Dra. Julieta del Carmen Meza Sánchez



María Soledad Compeán Darío (Apr 15, 2021 18:52 PDT)

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

Resumen del Informe

El Servicio Social lo realicé en el Hospital General de México (HGM) “Dr. Eduardo Liceaga”; del 1° de agosto de 2016 al 31 de julio de 2017, en donde se atienden a miles de personas diariamente, dentro de las cuales un porcentaje muy alto es remitido al área de Estomatología, unidad 404. Una vez dentro de las instalaciones son evaluados por personal odontológico adscrito al hospital y por pasantes de odontología para ser asignados a la especialidad que requiere. La unidad de Estomatología cuenta con especialidades como cirugía maxilofacial, periodoncia, endodoncia y finalmente ortodoncia. Cada paciente debe de ser evaluado estrictamente en una exploración clínica y en conjunto la elaboración de la historia clínica para poder ser atendidos de acuerdo a su necesidad odontológica.

Durante mi estancia en dicha unidad roté por cada una de las especialidades, y finalicé los últimos tres meses en el área de ortodoncia, donde se despertó mi inquietud e inspiración por el conocimiento de las maloclusiones y con ello se inició el estudio de la frecuencia de las maloclusiones en pacientes activos que recibían tratamiento ortodóncico de forma interceptiva y fija. Se coordinó dicha investigación con el área de especialidad de ortodoncia del Hospital General de México y bajo los lineamientos de la supervisión del departamento de educación continua y de área médica y en coordinación con la Profesora EPB. Julieta del Carmen Meza Sánchez de la Universidad Autónoma Metropolitana campus Xochimilco en el área de Atención a la salud de la Licenciatura en Estomatología.

Se estudió a una población de 410 pacientes que recibieron tratamiento de ortodoncia del año 2014 a 2017. Se seleccionaron pacientes entre 15 y 50 años de edad que estaban activos y en tratamiento ortodóncico (ortodoncia fija, ortodoncia interceptiva removible). Se capturaron datos demográficos y tipo de maloclusión dental. Los resultados mostraron que el 53.3% de la muestra se encontraba en clase II dental según Angle, de la misma, el 64.7% era del sexo femenino y que el 52.08% se encontraba en el rango de edad de 13 a 19 años y se observó que la clase III fue la que menor frecuencia presentó con un 21.65%.

Palabra clave: Prevalencia, maloclusiones, epidemiología, clase esquelética.

ÍNDICE

Resumen del informe	4
Capítulo I. Introducción general	6
Capitulo II. Investigación	7
Introducción	7
Material y métodos	11
Resultados	14
Discusión	16
Conclusiones	17
Anexos	18
Bibliografía	19
Capitulo III. Descripción de la plaza de servicio social asignada	23
Capitulo IV. Informe numérico narrativo	25
Capitulo V. Análisis de la información	40
Capítulo VI. Conclusiones	40
Fotografías	41

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL

El servicio social lo realicé en el Hospital General de México (HGM) “Dr. Eduardo Liceaga” en el área de Estomatología en todas sus áreas de especialidades que son: endodoncia, periodoncia, cirugía maxilofacial, ortodoncia y odontología integral.

Dicha pasantía tuvo se llevó a cabo del 1° de agosto de 2016 al 31 de julio de 2017 en un horario de 8.00hrs hasta las 14.00hrs de lunes a viernes.

Durante este periodo llevé a cabo diversas actividades como: educación y promoción de la salud bucodental con temas como: patologías que se asocian a la enfermedad periodontal, traumas de la articulación temporomandibular, lesiones cariosas y su mecanismo de acción, así como demostración e instrucción de técnicas de cepillado a pacientes y familiares en salas de espera de la unidad 404 de Estomatología.

También participé en exposiciones de diferentes temas sobre maloclusiones dentales su etiología y diversos tratamientos para las correcciones de dichas maloclusiones para ser impartidas a pasantes de Estomatología, docentes adscritos al hospital, personal de enfermería y personal administrativo de la misma unidad. Esto se realizaba semanalmente, colabore en la elaboración y logística del curso multidisciplinario de Estomatología 2016 llevado a cabo en el auditorio del HGM donde asistieron más de 400 personas del gremio odontológico.

La investigación llevada a cabo tiene como principal objetivo dar a conocer la frecuencia de las maloclusiones de tipo dental según Angle, ya que éstas representan un problema de salud pública con el cual se enfrentan los odontólogos todos los días en la práctica clínica privada y en el sector público. Esta investigación se llevó a cabo con los pacientes que asistieron al servicio de Estomatología en el área de ortodoncia del turno matutino, desde el mes de febrero de 2014 hasta agosto de 2017 del servicio de Odontología del Hospital General de México

CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN

- **Introducción.**

En México, las enfermedades de origen bucodental son consideradas un problema de salud pública por su alta prevalencia. Dentro de estas, las maloclusiones ocupan el tercer lugar en frecuencia, antecedidas por la caries dental y la enfermedad periodontal.⁽¹⁾

Las maloclusiones hoy en día se consideran una posibilidad de múltiples combinaciones entre alteraciones dentarias, desequilibrios esqueléticos, musculares, estéticos y funcionales de naturaleza genética hereditaria o el resultado de hábitos dentales durante la infancia.⁽²⁾

Autores como Angle observaron que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. En 1899, basándose en esa idea, ideó un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Este autor introdujo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial. Este autor dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III.⁽³⁾

En la Clase I o neutroclusión el reborde triangular de la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior articula en el surco vestibular del primer molar permanente inferior.

La Clase II o distoclusión el surco mesial del primer molar permanente inferior articula por detrás de la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior.

En la Clase III o mesioclusión el surco mesial del primer molar permanente inferior articula por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior.⁽⁴⁾

Antecedentes históricos

Las maloclusiones han sido estudiadas por varios científicos desde inicios del siglo XIX. Ya para 1889 se definió a la "maloclusión" como cualquier desviación de la "oclusión ideal" dándonos a conocer que el hombre ya tenía interés por las maloclusiones dentales, aunque al principio no se le consideraba así.⁽⁵⁾

Y se inició la búsqueda a través de estudios e investigaciones para poder encontrar una definición acerca de lo que son las maloclusiones dentales.

El primer intento de clasificar las maloclusiones fue Joseph Linderer⁽⁶⁾ después de él, continuó el Dr. Carabelli en 1842, y este mismo formuló su clasificación de

maloclusión pero se obtuvo poco interés por ambas publicaciones. Pero fue suficiente para que despertara un interés en la sociedad científica y poco después Angle Edgard Hartley conocido como el padre de la ortodoncia Moderna fue quien en 1899 publica un artículo: "El Dental Cosmo" ⁽⁷⁾ en el que propuso clasificar las maloclusiones basada en la relación antero posterior del primer molar superior permanente con el primer molar inferior permanente e identifica que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación.

Así mismo Angle introdujo el término "Clase"⁽⁸⁾ para denominar distintas relaciones mesio-distales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependen de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura cráneo facial.

Por lo cual ya se iniciaba un largo camino para la ortodoncia y su principal objetivo de dar solución a las maloclusiones dentales.

Posteriormente se inaugura la apertura del estudio formal de las maloclusiones más sin en cambio Angle determina su clasificación en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III.

Clase I: Es cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior, ocluye a nivel del surco mesio-vestibular del primer molar inferior, proporcionando una relación denominada normo-oclusión. ⁽⁹⁾

Clase II. Es cualquier posición distal del primer molar inferior con respecto del superior, denominándosele disto oclusión; los problemas que se presentan en el segmento anterior se agrupan en dos divisiones.

Que para ello debemos de considerar que esta subdivisión que realiza es porque dentro de esta anomalía existen grupos muy marcados y con mucha frecuencia y entonces encontramos que una clase II siempre ira acompañada de una subdivisión.

Las divisiones que tiene la clase II son:

División 1. Los dientes anteriores superiores se encuentran vestibularizados, siendo marcada la sobremordida horizontal.

División 2. En esta los incisivos centrales superiores se encuentran palatinizados y los incisivos laterales superiores labializados, siendo marcada la sobremordida vertical. ⁽¹⁰⁾

Y por último la clase que desde el inicio de la investigación científica arrojó los números más cortos para las estadísticas epidemiológicas fue la:

- Clase III. Que se describe como la posición mesial del primer molar inferior permanente que en la mayoría de los casos corresponde a personas con perfil cóncavo y una relación prognata, denominándosele mesio oclusión. ⁽¹¹⁾

Al observar la clasificación de Angle nos encontramos con limitaciones, mismas que impulsaron a otros clínicos en una búsqueda más exagerada por definir las maloclusiones.

Además, esta clasificación omite los problemas verticales y transversales, como la sobremordida u overbite o la mordida cruzada posterior, la mala alineación de piezas dentarias, y las giroversiones.

Pero llegaría Dewey- Anderson que notaron problemáticas y se vieron obligados a modificar la clasificación de Angle, y el resultado sería entonces una modificación a su Clase I. ⁽¹²⁾

La modificación que realizan Dewey Anderson a la clase I de Angle la dividieron en 5 tipos:

Tipo 1: Dientes superiores e inferiores apiñados o caninos en labio versión, infra labio versión o linguo versión.

Según Dr. Moyers ⁽¹³⁾ afirma que dentro de la etiología de las maloclusiones clase I tipo 1 están:

1. Genética

2. Muscular

En la genética, el niño presenta una cantidad de material dentario excesivo para el espacio existente en el arco.

En la muscular, el apiñamiento de los dientes anteroinferiores es causada por presiones generadas por el músculo del labio inferior (músculos orbicular y mentonianos), no es visto como un problema genético sino ambiental. ⁽¹³⁾

- Tipo 2: Incisivos superiores protruidos y espaciados.
- Tipo 3: Si uno o más incisivos están cruzados en relación con los inferiores.

La mordida cruzada anterior presente en esta maloclusión, es de tipo dental. En estas mordidas cruzadas uno o más dientes antero-inferiores está excesivamente en protrusión, o los superiores en retrusión. ⁽¹⁴⁾

La mordida cruzada anterior, o ausencia de traslape vertical, por lo general es signo de hábito de succión digital, también puede derivarse de un patrón de erupción anormal, longitud de arco insuficiente, retención prolongada de deciduos y erupción ectópica.

- Tipo 4: Mordida cruzada posterior.

Por lo general, la mordida cruzada se puede presentar cuando el primer molar permanente erupciona ectópicamente, produciéndose una erupción mesial y

cuando ha persistido un molar temporario en mordida cruzada desde una edad temprana.

- Tipo 5: Si hay pérdida de espacio posterior por migración mesial del primer molar permanente.

Entonces podemos encontrar que la Clase I tiene una clasificación en 5 diferentes tipos; la clase II tiene la división I y II, y la clase III no presenta alteraciones desde su primera clasificación.

Una vez comprendido lo que respecta a oclusión y los diferentes conceptos relacionados y que existen, llegamos a una conclusión que la oclusión perfecta no existe, nos encontramos con un término universalmente aceptado y comprensible.

Las alteraciones en los jóvenes mexicanos son muy notorias y si a esto le agregamos la tendencia hereditaria hace que el joven mexicano sea muy propenso a tener una maloclusión desde el inicio de la aparición su primer molar permanente por lo cual los índices de frecuencia de maloclusiones desde los 6 años va cada vez en aumento. ⁽¹⁵⁾

La importancia del diagnóstico diferencial entre una maloclusión y otra nos regala la forma de solucionar la maloclusión con las diferentes técnicas, al deslizar distalmente o mesialmente los dientes en su conjunto, el empleo de máscaras de tracción o aparatología extraoral e incluso el emplear extracciones o no para de esta manera ofrecer el mejor tratamiento y con las mejores bases científicas.

Los estudios de maloclusiones nacionales se asocian a los factores etiológicos; la presencia de hábitos parafuncionales, la pérdida prematura de dientes, la pérdida de espacio originada por caries dental o por restauraciones dentales inadecuadas.

Los aspectos genéticos de la oclusión se relacionan con los patrones de crecimiento del maxilar y la mandíbula, las arcadas dentales de éstos varían una respecto de la otra en la dirección anteroposterior principalmente, a consecuencia de los vectores de crecimiento establecidos por el patrón genético. ⁽¹⁶⁾

Así, pues, el crecimiento y desarrollo juega un papel importante en el tratamiento ortodóncico; al igual que la pérdida de órganos dentales, el metabolismo óseo y la enfermedad periodontal.

Un país moderno como México conoce las frecuencias de los diferentes problemas de maloclusión de sus ciudadanos, por lo que puede informar a sus profesionales el alcance de estos problemas y satisfacer las necesidades de quienes la padecen. Los epidemiólogos que reúnen información sobre la frecuencia de la maloclusión obtienen datos sobre la prevalencia y gravedad de las maloclusiones, además cooperan con los odontólogos, sobre todo con los ortodoncistas, de tal manera que la información obtenida les resulte pertinente a quien atiende a los pacientes. ⁽¹⁷⁾

El ortodoncista mexicano tiene frente a él una gran demanda de maloclusiones con múltiples y variables etiologías y hace que el tratamiento ortodóncico terminado sea un logro que conlleva bases científicas, epidemiológicas, y físico-mecánicas con el fin de cumplir satisfactoriamente con las necesidades del paciente, en México los sectores de salud pública carecen de esta especialidad y solo se basan en brindar atención odontológica generalizada basada en la consecuencia de la caries dental, enfermedad periodontal, descuidando la prevención e intercepción de las maloclusiones dentales y sus múltiples factores asociados a las mismas.

Por lo cual hace que el mexicano que sufre de una maloclusión en ocasiones lo desconozca o no tenga lugares públicos donde se reciba la atención de un especialista para iniciar su tratamiento.

Afortunadamente en la ciudad de México se cuenta con más de 6 hospitales que están a la vanguardia en la especialidad de ortodoncia y atienden a pacientes con todo tipo de maloclusión entre los cuales destacan el “Hospital Infantil Federico Gómez”, “Hospital Juárez de México” y el “Hospital General de México”, en cada uno de ellos se llevan a cabo protocolos de atención odontológica especializada en el área de ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva.

El HGM cuenta con un área especializada en ortodoncia en donde cada uno de los especialistas atiende por día más de 10 pacientes que no cuentan con los suficientes recursos económicos para poder sustentar un tratamiento ortodóncico en el sector privado.⁽¹⁸⁾

Se estima que en México muy pocas personas tienen interés por corregir una maloclusión, por lo cual este estudio intenta sumar cifras epidemiológicas acerca de las maloclusiones dentales más frecuentes en el sector público.

Objetivo general

- Identificar la maloclusión de Angle con mayor prevalencia en el área de especialidad de Ortodoncia del servicio de Estomatología del Hospital General de México en el periodo de agosto 2016 a julio de 2017.

Objetivos específicos

- Identificar la distribución de la población de acuerdo a grupo de edad y sexo.
- Identificar la distribución del tipo de maloclusión de Angle de acuerdo a sexo.
- Identificar la maloclusión menos frecuente de Angle.

- **Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo en 410 pacientes inscritos oficialmente en el HGM el departamento de ortodoncia, ubicado en la alcaldía Cuauhtémoc de la Ciudad de México.

Se seleccionaron pacientes que fueron atendidos del mes de agosto de 2014 al mes de agosto de 2017.

Los criterios de inclusión que se consideraron fueron que los pacientes presentaran el primer molar permanente de lado izquierdo y derecho superior e inferior en oclusión y contar con el consentimiento informado y en caso de ser menor de edad lo debiera autorizar el padre o tutor.

La investigación se inició con la estandarización de criterios clínicos de las maloclusiones mediante un examen clínico que lo llevo a cabo personal odontológico adscrito al HGM y pasantes en Servicio Social. Se utilizaron medidas universales de bioseguridad que incluía bata blanca, guantes estériles de látex, campos desechables, instrumental básico estéril: espejo intraoral del número cinco, explorador clínico de dos puntas activas, gasas, torundas de algodón y jeringa triple. El paciente tomaba asiento en la unidad dental automatizada eléctrica y la posición del paciente era a consideración del operador, en todo momento de la exploración clínica se contó con la iluminación de la lámpara de la unidad dental para una amplia visión de las arcadas y observar mejor los órganos dentarios en oclusión.

A cada operador se le dio el formato para la obtención de datos demográficos y el tipo de oclusión de acuerdo a la clasificación de Angle y sus diferentes variantes donde debieran anotar que clase dental tenía el paciente y en caso de tener una clase I anotar que variación tiene en la clasificación de Dewey-Anderson, y cuando se encuentre una clase II anotar que división tiene.

Después, se llevó a cabo la recopilación de datos en la página de datos Excel 2010.

Se tomó el siguiente cuadro como referencia para la relación de oclusión dentaria. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Clasificación de Angle de acuerdo al tipo de oclusión dental.

CONDICIÓN	DESCRIPCIÓN
Oclusión Normal	Cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesio-vestibular del inferior permanente.
Maloclusión	Cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente ocluye en

Clase I	el surco mesio-vestibular del inferior permanente, pero existe alteración en la relación entre los dientes anteriores.
Maloclusión Clase II	<p>Cuando el surco mesio-vestibular del primer molar inferior permanente ya no recibe a la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente, sino que hace contacto con la cúspide disto-vestibular del mismo, o puede encontrarse aún más distal.</p> <p>-División 1. Los dientes anteriores superiores se encuentran vestibularizados, siendo marcada la sobremordida horizontal.</p> <p>-División 2. En esta los incisivos centrales superiores se encuentran palatinizados y los incisivos laterales superiores labializados, siendo marcada la sobremordida vertical.</p>
Maloclusión Clase III	Cuando en oclusión habitual el primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial en relación con el primer molar permanente superior.

Y para la clase I se clasificaría de la siguiente manera (cuadro 2).

Cuadro 2. Clasificación de Dewey-Anderson de acuerdo a las características de la maloclusión Clase I de Angle.

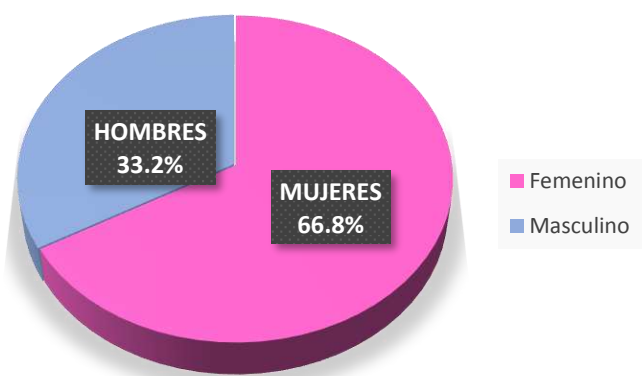
Maloclusión Clase I	Descripción
Tipo 1	Presencia de incisivos apiñados y rotados.
Tipo 2	Presencia de dientes antero-superiores protruidos y espaciados.
Tipo 3	Presencia de dientes anteriores en mordida cruzada.
Tipo 4	Presencia de dientes posteriores en mordida cruzada, involucrando a los molares primarios, y posiblemente a los caninos primarios.
Tipo 5	Presencia de pérdida de espacio en el segmento posterior.

La información obtenida se recolectó en cédula registro para obtención de datos demográficos, así como de las observaciones realizadas y de las necesidades de tratamiento para posteriormente elaborar una hoja de cálculo con el programa Excel 2010 y para llevar a cabo el análisis estadístico para diferencia de proporciones se utilizó el programa Stata/SE 12.0

- **Resultados**

La población estudiada se conformó por 410 pacientes de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre 15 y 50 años, con una mediana de 21.8 (RI= 15 a 34 años). La mayoría estuvo representada por 271 mujeres y 135 hombres. Gráfica 1.

- Gráfica 1. Distribución de la población de acuerdo a sexo.



Con respecto a la edad, casi el total de la población correspondió a adultos jóvenes menores de 34 años, su distribución se muestra en el cuadro 3.

Cuadro 3. Distribución de la población de acuerdo a grupo de edad y sexo.

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	N	%
15-24	209	51.5	108	26.6	317	78.1
25-34	61	15.1	25	6.2	86	21.3
35-44	1	0.2	1	0.2	2	0.4
45 y más	0	0	1	0.2	1	0.2
Total	271	66.8	135	33.2	406	100

Los resultados obtenidos de la maloclusión según Angle, mostró una mayor frecuencia de la clase II, tanto en la subdivisión I, como en la II, que correspondió al 60% y se observó más comúnmente en el sexo femenino, sin que se observara

asociación estadísticamente significativa y cuya distribución por sexo se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 4. Distribución del tipo de maloclusión de Angle de acuerdo a sexo

Maloclusión de Angle	Sexo				Total		Valor de p
	Femenino		Masculino		n	%	
	n	%	n	%			
Normal	20	4.9	10	2.5	30	7.4	0.99*
Clase I	78	19.2	33	8.1	111	27.3	0.35*
Clase II Subdivisión I	85	21	48	11.8	133	32.8	0.39*
Clase II Subdivisión II	74	18.2	41	10.1	115	28.3	0.51*
Clase III	14	3.5	3	0.7	17	4.2	0.16*
Total	271	66.8	135	33.2	406	100	0.70*

* Chi2 de Pearson

En relación a las maloclusiones de acuerdo a la clasificación de Dewey Anderson, se observó una frecuencia baja (7%), con una mayor representatividad para el sexo femenino, como se muestra en el cuadro 5, sin mostrar ninguna diferencia significativa estadísticamente.

- Cuadro 5. Distribución de maloclusiones de acuerdo a Dewey-Anderson con respecto a sexo.

Maloclusión de Dewey-Anderson	Sexo				Total		Valor de p
	Femenino		Masculino				
Clase 1	8	2	3	0.7	11	2.7	0.67*
Clase 2	4	1	3	0.7	7	1.7	0.58*
Clase 3	4	1	2	0.5	6	1.5	0.99*
Clase 4	4	1	1	0.2	5	1.2	1.0**
Clase 5	1	0.2	0	0	1	0.2	1.0**
Clase 6	250	61.6	126	31.1	376	92.7	0.69*
Total	271	66.8	135	33.2	406	100	0.92*

* Chi2 de Pearson

** Exacta de Fisher

Del total de individuos estudiados, una baja frecuencia reportó que se habían sometido a tratamientos ortodóncicos previos, lo que correspondió 20 sujetos (4.9%), todos correspondieron a las categorías de edad de 15 a 24 y de 25 a 34 años, de los cuales 13 correspondieron al sexo femenino y 7 al sexo masculino.

En relación al tipo de tratamiento requerido, se obtuvo que 17 pacientes requirieron de cirugía ortognática, que correspondió a los pacientes que presentaron clase III de Angle, lo que representó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$).

De los pacientes que necesitarían tratamiento con aparatología fija y ortopedia removible se obtuvo que 12 (2.9%) de ellos lo requerían, 8 mujeres y 4 hombres para ambos tratamientos, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas.

- **Discusión**

El comportamiento de las maloclusiones reportado a través de los años en la literatura científica internacional han manifestado que la Clase I tiene un alto índice de prevalencia: tal como lo describe Murrieta⁽¹⁹⁾ en su trabajo de investigación sobre las maloclusiones en jóvenes universitarios mexicanos y su posible asociación con la edad, el sexo y el nivel socioeconómico donde el 88.8% de la población presentó una maloclusión siendo la clase I la mayor incidencia; demostrándonos así que los problemas se encontraban en la zona anterior superior e inferior, de igual forma Cervantes⁽²⁰⁾ y Pérez⁽²¹⁾ en sus estudios indicaron que la clase I fue la de mayor incidencia; y en contraste al resultado de este estudio encontramos que la maloclusión con mayor índice de prevalencia fue la clase II, tanto en la división I y II; totalmente diferente en comparación a lo que anteriormente se ha reportó en otros estudios.

Por otro Hamamci⁽²²⁾ demostró resultados similares a lo reportado en este estudio; también Contreras⁽²³⁾ evidenció que el problema de las maloclusiones se centraba con mayor frecuencia en las maloclusiones de clase II, y por debajo de esta la clase I y al final la de menor prevalencia la clase III, equivalente a lo reportado por Jiménez⁽²⁴⁾ quien en su estudio predominó la clase II división por encima de la clase I, y de la misma manera Martínez⁽²⁵⁾ demostró la prevalencia de la clase II sumándose a las estadísticas epidemiológicas de maloclusiones de personas con una clase II en la clasificación de Angle.

Con respecto a la edad, coincidentemente con nuestro estudio autores como Álvarez⁽²⁶⁾, Grando⁽²⁷⁾ y Medina⁽²⁸⁾ encontraron una alta frecuencia de maloclusiones Clase II división 1 en pacientes entre los 5 y los 14 años. Esto puede estar relacionado con la edad de admisión de los pacientes al servicio.

Las alteraciones en la oclusión dental, es la tercera causa de morbilidad bucal a nivel mundial tal como lo cita Evensen⁽²⁹⁾ condición que se corroboró en el presente estudio, ya que la prevalencia de maloclusiones dentales fue muy alta, comportamiento similar al que ha sido observado en otros grupos poblacionales mexicanos, en los cuales la prevalencia fue observada al menos en el 70% de los casos estudiados.

En cuanto a la distribución de maloclusiones de acuerdo con el sexo, el femenino presentó mayor prevalencia de casos de maloclusión, comportamiento que también concuerda con los hallazgos de Onyeaso⁽³⁰⁾ Montiel⁽³¹⁾, no así con lo reportado por Grando⁽³²⁾ quienes observaron prevalencia más alta de maloclusiones en el sexo masculino.

Por lo cual podemos decir que no existe ningún modelo teórico que explique que las mujeres en comparación con los hombres, o viceversa, tengan un riesgo diferente para desarrollar cualquier tipo de maloclusión.

- **Conclusiones**

Finalmente se demostró en este estudio que, la prevalencia de maloclusiones dentales en la población de estudio fue alta, siendo el sexo femenino el más afectado y evidenciando que las maloclusiones continúan con un alto índice de prevalencia en el territorio nacional en donde tanto como infantes y adultos presentan problemas en la oclusión dental.

La maloclusión con mayor frecuencia en la población estudiada fue la clase II tanto división I y II; la clase I se mantuvo por debajo de la clase II y siendo también la maloclusión más frecuente en los estudios realizados en la población mexicana, por lo cual nos demuestra que el gremio odontológico debe de estar cada vez más capacitado para poder realizar un diagnóstico sobre las maloclusiones, y de esta manera hacer frente a un problema que continúa sumando cifras a nivel internacional.

Las maloclusiones han demostrado ser múltiples etiologías y no distingue entre edades o sexo, se presenta desde la infancia y esto se debe a que en esta etapa ocurren la mayoría de los cambios morfológicos y funcionales que pueden afectar el correcto desarrollo musculoesquelético. Por lo anterior, es en esta edad en la que se deben desarrollar programas de intervención para una oclusión funcional.

- Anexos

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y TIPO DE MALOCLUSIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____ PREVIO TRATAMIENTO ORTODONTICOS SI NO

Clasificación de Angle de acuerdo al tipo de oclusión dental.

CONDICIÓN	DESCRIPCIÓN	
Oclusión Normal	Cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesio-vestibular del inferior permanente.	<input type="checkbox"/>
Maloclusión Clase I	Cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesio-vestibular del inferior permanente pero existe alteración en la relación entre los dientes anteriores.	<input type="checkbox"/>
Maloclusión Clase II	Cuando el surco mesio-vestibular del primer molar inferior permanente ya no recibe a la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente sino que hace contacto con la cúspide disto-vestibular del mismo, o puede encontrarse aún más distal.	<input type="checkbox"/>
Maloclusión Clase III	Cuando en oclusión habitual el primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial en relación con el primer molar permanente superior.	<input type="checkbox"/>

Clasificación de Dewey-Anderson de acuerdo a las características de la maloclusión Clase I de Angle.

Maloclusión Clase I	Descripción
Tipo 1	Presencia de incisivos apiñados y rotados.
Tipo 2	Presencia de dientes antero-superiores protuidos y espaciados.
Tipo 3	Presencia de dientes anteriores en mordida cruzada.
Tipo 4	Presencia de dientes posteriores en mordida cruzada, involucrando a los molares primarios, y posiblemente a los caninos primarios.
Tipo 5	Presencia de pérdida de espacio en el segmento posterior.

- **Bibliografía**

1. Aguilar MNA, Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura corporal en una población escolar del Estado de México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [en línea]. 2013 Oct [citado 2021 Mar 08]; 70(5): 364-371. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000500005&lng=es.
2. Ito AJ. Alternativas mecánicas en ortodoncia aplicación mecánica. 1ra edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno; 2012; 110-115.
3. Díaz AA. Necesidades de tratamiento de ortodoncia en pacientes del posgrado de odontopediatría de la FOUANL. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2012; 29-30.
4. Ugalde F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM. 2007. Vol. 59, pp 97-109
5. Di Santi MJ, Vázquez B. Maloclusión Clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Ortodoncia ws. [en línea]. 2003. (Fecha de acceso 08 de Marzo 2021); Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws>.
6. Escobar F, Odontología Pediátrica, Actualidades médico Odontológicas latinoamericana. Caracas Venezuela [en línea]. 2004. (Fecha de acceso 08 de marzo 2021); Disponible en: https://issuu.com/ortega.ripano/docs/revista_odontopediatria9
7. Martínez B, Manual de Ortodoncia I. [en línea]. Oaxaca. Universidad Autónoma "Benito Juárez". 2011. (Fecha de acceso 02 de febrero 2021) Disponible en: www.odontologia.uabjo.mx/ortodoncia.pdf
8. Gómez GV, Fernández LA, Pérez THE. Características cefalométricas presentes en la maloclusión clase I en el Departamento de Ortodoncia de la DEP. Rev. Odont. Mex [en línea] 2011 marzo [citado 2021 marzo 01]; 15(1): 14-20. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2011000100003&lng=es.

9. Quirós AO. Ortodoncia: ¿Funcionalidad o Estética? Acta odontológica. Venezuela [en línea]. 1999 [citado 2021 enero 08]; 37(3): 112-116. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63651999000300022&lng=es.
10. Talley PM. Características de maloclusiones clase I, clase II y clase III según Angle en el departamento de ortodoncia de la UNAM. Revista Odontológica Mexicana, 11 (2007), pp. 175-180
11. Sánchez RMF, Gurrola MB., Casasa AA. Maloclusión de clase III esquelética, tratamiento ortodóntico quirúrgico con osteotomía sagital de rama mandibular bilateral. Revista Mexicana de Ortodoncia., 3 (2015), pp. 162-169
12. Velázquez GA. Incidencia de las maloclusiones en los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Odontología. 2010; pp. 145-149
13. Moyers, RE Manual de Ortodoncia. 4ta Edición. Buenos Aires, Editorial Médica panamericana. [en línea]. 1992 [citado 2020 marzo 3]. pp 9-10 Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2010/01/etiolog-y-diag1.pdf>
14. Castañer PA. Ortodoncia interceptiva: Necesidad de diagnóstico y tratamiento temprano en las mordidas cruzadas transversales. Medicina. oral patológica y cirugía bucal [en línea]. 2006 [citado 2021 mar 09]; 11(2): 210-214. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000200022&lng=es.
15. Tokunaga CS, Katagiri KM, Elorza PTH. Prevalencia de las maloclusiones en el Departamento de Ortodoncia de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Rev. Odont. Mex [en línea]. 2014 Sep [citado 2020 Feb 10]; 18(3): 175-179. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2014000300005&lng=es
16. Talley MM, Katagiri KM, Pérez TH. Casuística de maloclusiones clase I, clase II y clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM. Rev Odontol Mex 2007; 11:175- 180.

17. Álvarez BL, Oropeza MP, Elorza PH. Trastornos del habla asociados a maloclusión dental en pacientes pediátricos. Rev Odontol Mex 2005; 9:23-29.
18. Hospital General de México. [en línea]. Ciudad de México: gobierno de la ciudad de México. Servicio de Estomatología unidad 404. 2011-2016 [citado 2021 Marzo 9] URL disponible en: <https://hgm.salud.gob.mx/interna/unidades/estoma/estoma.html>
19. Murrieta JF, Arrieta CL, Juárez LA, Linares C, González MB, Meléndez A. Prevalencia de maloclusiones en un grupo de estudiantes universitarios mexicanos y su posible asociación con la edad, el sexo y el nivel socioeconómico, 2009. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2012; 24(1): 121-132.
20. Cervantes AP. Relación entre postura y maloclusión en pacientes infantiles de la Clínica Periférica Padierna, turno vespertino, 2008. [Tesis de pregrado]. México: Facultad de Odontología, UNAM; 2009. 35 (4) 22-30.
21. Pérez C. Prevalencia de maloclusiones y hábitos perniciosos en una población de escolares de 5to. y 6to. grado en la escuela primaria Estado de Michoacán. [Tesis de pregrado]. México: FES-Zaragoza: UNAM; 2008. 32 (3) 10-12.
22. Hamamci N, Basaran G, Uysal E. Dental Aesthetic Index scores and perception of personal dental appearance among Turkish university students. Eur J Orthod 2009; 31(2): 168-173.
23. Contreras NC, Jenny J, Kohout FJ, Freer TJ, Eismann D. Percepciones de las condiciones oclusales en Australia, la República Democrática Alemana y los Estados Unidos de América. Int Dent J. Junio de 1983; 33 (2): 200–206.
24. Jiménez Palacios C. Estudio retrospectivo de maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el Centro Odontopediátrico de Carapa ubicado en la Parroquia Antimano, Caracas en el Periodo 2000-2007. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2008. 3(4).
25. Martínez García R, Mendoza Oropeza L, Fernández López A, Pérez Tejada HE. Características cefalométricas en la maloclusión Clase II. Revista Odontológica Mexicana 2008; 12 (1): 7-12.
26. Álvarez NCA, Servín HSV, Parés VS. Frecuencia de los componentes de la maloclusión Clase II esquelética en dentición mixta. Revista ADM 2006; LXIII (6): 210-214

27. Grando G, Young AA, Vedovello M, Vedovello SA, Ramírez GO. Prevalence of malocclusions in a young Brazilian population. *Intl J Orthod* 2008; 19 (2): 13-6
28. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. *Acta Odont Venez* 2009; 48 (1): 6-10
29. Evensen JP, Øgaard B. Are malocclusions more prevalent and severe now? A comparative study of medieval skulls from Norway. *Am J Orthod Dent facial Orthop* 2007; 131(6): 710-716.
30. Onyeaso CO, Sanu OO. Psychosocial implications of malocclusion among 12 to 18 years old secondary school children in Ibadan, Nigeria. *Odontoestomatol Trop* 2005; 8(109): 39-48.
31. Montiel JM. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Revista ADM* 2004; 61(6): 209-214.
32. Grando G, Vedovello FM, Vedovello SA, Ramírez YG. Prevalence of malocclusions in a young Brazilian population. *Int J Orthod Milwaukee* 2008; 19(2): 13-16.
33. Secretaría de Salud. Archivado desde el original el 3 de agosto de 2011. [en línea] Consultado el 12 de marzo de 2021. URL disponible en: <https://www.gob.mx/salud>

CAPITULO III.

DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL ASIGNADA

El Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (HGM) es una institución de asistencia pública perteneciente a la Secretaría de Salud de México, forma parte de una red de seis hospitales que prestan salud pública en la zona central del país, se encuentra ubicado en la alcaldía Cuauhtémoc, colonia Doctores, a unos pasos de la estación Hospital General de la línea 3 del metro de la Ciudad de México, ubicado en la calle Dr. Balmis n° 48, CP. 06720.

El HGM fue creado para ser un organismo descentralizado del Gobierno Federal, con personalidad jurídica y patrimonios propios, que tiene como objeto ayudar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud, proporcionando servicios médicos de alta especialidad e impulsando los estudios, programas, proyectos e investigaciones inherentes a su ámbito de competencia, el cual estará sectorizado a la Secretaria de Salud. ⁽³³⁾

La capacidad física instalada es de 919 camas censables y 270 camas no censables dando un total de 1,189 camas hospitalarias, 9 quirófanos, 4 salas de expulsión de parto, 33 mesas quirúrgicas, 15 centrales de esterilización y equipo, 9 salas de terapia intensiva, 54 camas de recuperación, 253 consultorios, 27 salas de rayos X, 8 salas de laboratorio, 12 equipos de ultrasonido, 8 salas de endoscopia, 6 laboratorios de anatomía patológica, 2 auditorios, 48 aulas y 14 salas de procedimientos ambulatorios.

Los recursos humanos de acuerdo al presupuesto asignado y pagado por HGM al 30 de junio de 2015 fueron 6,122, de los cuales correspondientes a médicos 14.1% (863 plazas), enfermería 31.1% (1,907 plazas), paramédicos 25.9% (1,587 plazas), investigación 0.6% (34 plazas), residentes 6.2% (380 plazas), internos de pregrado 0.2% (15 plazas), rama afín administrativa 21.3% (1,302 plazas) y mandos medios y superiores 0.6% (34 plazas).

El HGM atiende especialmente a pacientes de escasos recursos económicos, y/o aquellos que no están registrados en la seguridad social ni tienen acceso a la medicina preventiva.

El servicio de Estomatología dentro del HGM es la unidad 404 donde llevé a cabo el servicio social, conformado por 10 consultorios dentales para atención

ambulatoria, cuenta con 4 especialidades las cuales son: cirugía maxilofacial, periodoncia, endodoncia, ortodoncia, y odontología integral.

El personal adscrito al servicio de Estomatología está conformado y organizado de la siguiente manera; Jefe del servicio de Estomatología el Dr. Enrique Hinojosa Cervón, especialista en ortodoncia, Dr. Cesar Gallardo González, jefe del área de personal de pasantía y encargado del área de la especialidad de endodoncia, Dra. Claudia Bravo López, encargada del área de especialidad de periodoncia, Dr. Fernando Paredes Aguilar, encargado de la especialidad de cirugía bucal y maxilofacial, Dr. Ramón Nava Cedeño, jefe del área médica de estomatología y encargado del área de especialidad de ortodoncia, Dr. Gabriel González Montes, encargado del área de odontología integral, dentro de la misma unidad también se cuenta con el servicio de personal de enfermería a cargo de la Maestra Enfermera Mónica Saba Zamora, y el licenciado Enrique Gaona López encargado del área administrativa.

El horario de atención para los pacientes era de 07:00 a 15:00hrs, en donde se atendían a más de 60 pacientes diariamente, mi pasantía fue en roles de 2 meses por especialidad, a excepción de periodoncia y ortodoncia donde fueron tres meses; siendo en el servicio de ortodoncia el ultimo rol que realicé, donde se inició la investigación sobre las maloclusiones, con el objetivo de encontrar la frecuencia de maloclusiones en el HGM para datos estadísticos nacionales.

Se contó con la participación del jefe de personal de pasantes, el Dr. Cesar Gallardo, dando paso a la investigación y valoración clínica.

Al mismo tiempo se coordinó con la Docente CDEPB. Julieta del Carmen Meza Sánchez por parte de de la Universidad Autónoma Metropolitana campus Xochimilco en el área de ciencias de la salud en la licenciatura de Estomatología.

Las funciones que desarrollé para dicha investigación fueron la elaboración del cuadro de la clasificación de Angle, supervisión del llenado de dicho formato, valoración de candidatos, asignación de área y horarios exclusivos de Estomatología para el examen clínico de los pacientes seleccionados y recopilación de datos para la captura en hoja de cálculo Excel 2010

CAPITULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Mi servicio social lo realicé en el HGM en el área de Estomatología, que cuenta con múltiples áreas, de especialidad como: periodoncia, endodoncia, ortodoncia, odontología integral, cirugía oral y maxilofacial.

En el área de periodoncia llevé a cabo actividades como raspado y alisado radicular, técnicas de cepillado para pacientes que presentaban enfermedad periodontal dependiendo de la gravedad de la enfermedad y toma de radiografías periapicales con el fin de diagnosticar enfermedades de agresión periodontal, asistencias en cirugías de injerto óseo y regeneración tisular guiada y elaboración de prótesis inmediata. En el área de cirugía oral y maxilofacial asistí en cirugías de extracción de terceros molares impactados, terceros molares retenidos y erupcionados, caninos retenidos en paladar duro, retiro de sialolitos en varias formas y en diferentes zonas, reposicionamiento de mandíbula con maniobra de Nelaton por trauma oclusal o por impacto de fuerza, toma de biopsia incisiva y excisional, colocación de plasma rico en plaquetas con el fin de regeneración nerviosa de tipo sensitiva, asistencia e instrumentación en quirófano mayor para cirugías ortognática y retiro de lesiones de los maxilares. Por otra parte, en el área de ortodoncia ejercí varias actividades que consistían en colocación de brackets con técnica de arco recto de Roth ,cementado y adaptación de bandas metálicas con fines ortodóncicos, colocación de módulos elásticos individuales para activación de arcos de ortodoncia, colocación y medición de arcos para ortodoncia, colocación de máscaras faciales para pacientes pediátricos con diagnóstico de prognatismo mandibular e hipoplasia maxilar, activación y colocación de aparatología removible por parte del área de ortopedia, trazado de cefalometrías para su posterior medición e interpretación para diagnósticos iniciales.

En todas las especialidades realicé historias clínicas y elaboré consentimientos informados para la autorización de tratamientos por parte del paciente o del familiar responsable, esto con fines administrativos médicos legales para la institución.

Colaboré también en actividades administrativas como captura de datos de pacientes que asistían a consulta, captura de información de pacientes con fines estadísticos para informes mensuales de productividad, elaboración de presentaciones en PowerPoint de diversos temas de Estomatología para fines académicos mismas que fueron impartidas a personal de dicha unidad. Impartí pláticas de fomentación de salud bucal con el tema de "Infecciones Dentales" en el área de consulta externa a pacientes que se encontraban en la sala de espera.

Durante mi estancia recopilé información estadística para la realización de mi tema de investigación "Frecuencia de Maloclusiones en el HGM en el servicio de Estomatología en el área de ortodoncia ".

Así mismo se anexan cuadros estadísticos donde se detallan cada una de las actividades realizadas durante el servicio social.

CUADROS DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR PROGRAMA

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL (PAI)

MES	NIÑO	% NIÑO	ADULTO	% ADULTO	TOTAL	% TOTAL
AGOSTO	2	6.62	29	93.38	31	100
SEPTIEMBRE	5	12.83	34	87.17	39	100
OCTUBRE	2	3.51	55	96.49	57	100
NOVIEMBRE	6	12.25	43	87.75	49	100
DICIEMBRE	6	9.68	56	90.32	62	100
ENERO	3	8.58	32	91.42	35	100
FEBRERO	3	4.42	65	95.58	68	100
MARZO	2	3.71	52	96.29	54	100
ABRIL	1	2.57	38	97.43	39	100
MAYO	12	22.23	42	77.77	54	100
JUNIO	24	25.27	71	74.73	95	100
JULIO	11	17.75	51	82.25	62	100
TOTAL	77	11.93	568	88.07	645	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Febrero 2020

PROGRAMA DE ATENCION A EMBARAZADAS (PAE)

MES	No.	%
AGOSTO	3	3.37
SEPTIEMBRE	9	10.08
OCTUBRE	1	1.12
NOVIEMBRE	3	3.36
DICIEMBRE	6	6.72
ENERO	11	12.32
FEBRERO	7	7.84
MARZO	2	2.24
ABRIL	8	8.96
MAYO	15	16.8
JUNIO	15	16.8
JULIO	9	10.39
TOTAL	89	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Febrero 2020

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
AGOSTO 2016**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	52	12.96
• Análisis de modelos	15	3.74
• Urgencias	20	4.98
• Subtotal	87	21.69
Fomento a la salud		
• Diapositivas	1	0.24
• Trípticos	1	0.24
• Subtotal	2	0.49
Preventivas		
• Cepillado	22	5.48
• Control de placa dentobacteriana	22	5.48
• Odontoxesis	22	5.48
• Profilaxis	22	5.48
Subtotal	88	21.94
Intermedias		
• Farmacoterapia		
Subtotal	10	2.49
Curativas		
• Resinas	3	0.74
• Amalgamas	10	2.49
• Exodoncias	19	4.73
Subtotal	32	7.98
Rehabilitación		
• Guarda oclusal		
Subtotal	38	9.47
Administrativas		
• Manejo de expedientes	56	13.96
• Registro de actividades	20	4.98
• Registro y manejo de expedientes	56	13.96
Subtotal	132	32.91
Otras		
Subtotal	12	2.99
TOTAL	401	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Agosto 2016

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
SEPTIEMBRE 2016**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	60	12.19
• Análisis de modelos	30	6.09
• Urgencias	25	5.08
• Subtotal	115	23.37
Fomento a la salud		
• Diapositivas	3	0.60
• Trípticos	1	0.20
• Ponencia grupal	1	0.20
• Subtotal	5	1.01
Preventivas		
• Ceoillado	30	4.06
• Control de placa dentobacteriana	35	4.06
• Odontoxesis	20	4.06
• Profilaxis	35	7.11
Subtotal	120	24.39
Intermedias		
• Farmacoterapia		
Subtotal	15	3.04
Curativas		
• Resinas	8	1.62
• Amalgamas	14	2.84
• Exodoncias	27	5.48
Subtotal	49	9.95
Rehabilitacion		
• Guarda oclusal		
Subtotal	25	5.08
Administrativas		
• Manejo de expedientes	45	9.14
• Registro de actividades	50	10.16
• Registro y manejo de expedientes	50	10.16
Subtotal	145	29.47
Otras		
Subtotal	18	3.65
TOTAL	492	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Septiembre 2016

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
OCTUBRE 2016**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	50	8.37
• Análisis de modelos	10	1.67
• Urgencias	35	5.86
• Subtotal	95	15.91
•		
Fomento a la salud		
• Diapositivas	2	0.36
• Periodico Mural	1	0.16
• Ponencia grupal	3	0.50
• Subtotal	6	1
Preventivas		
• Cepillado	45	7.53
• Control de placa dentobacteriana	45	7.53
• Odontoxesis	45	7.53
• Profilaxis	45	7.53
• Fluor	45	7.53
Subtotal	225	37.68
Intermedias		
• Farmacoterapia	17	2.84
• Toma de impresiones	18	3.01
Subtotal	35	5.86
Curativas		
• Resinas	8	1.34
• Amalgamas	14	2.84
• Exodoncias	32	5.36
• Obturación de conductos	7	1.17
Subtotal	61	10.21
Rehabilitación		
• Alta preventiva		
Subtotal	5	0.83
Administrativas		
• Manejo de expedientes	45	7.53
• Registro de actividades	50	8.37
• Registro y manejo de expedientes	45	7.53
• Organización trabajo por día	10	1.67
Subtotal	150	25.12
Otras		
Subtotal	20	3.35
TOTAL	597	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Octubre 2016

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
NOVIEMBRE 2016**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	30	5.40
• Análisis de modelos	10	1.80
• Urgencias	5	0.90
• Subtotal	45	8.10
Fomento a la salud		
• Diapositivas	1	0.18
• Periodico Mural	1	0.18
• Ponencia grupal	1	0.18
• Subtotal	3	0.54
Preventivas		
• Cepillado	60	7.53
• Control de placa dentobacteriana	35	7.53
• Odontoxesis	35	7.53
• Profilaxis	35	7.53
Subtotal	165	29.72
Intermedias		
• Toma de impresiones		
Subtotal	15	2.72
Curativas		
• Exodoncias		
Subtotal	22	3.96
Rehabilitación		
• Alta integral	3	0.54
• Alta operatoria	2	0.36
Subtotal	5	0.90
Administrativas		
• Asignación de pacientes	115	20.72
• Manejo de expedientes	35	6.30
• Registro de actividades	35	6.30
• Registro y manejo de expedientes	115	20.72
Subtotal	300	54.05
Otras		
Subtotal	20	3.35
TOTAL	555	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Noviembre 2016

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
DICIEMBRE 2016**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	20	3.16
• Análisis de modelos	8	1.26
• Subtotal	28	18.22
Fomento a la salud		
• Diapositivas		
• Subtotal	1	0.15
Preventivas		
• Cepillado	15	2.37
• Control de placa dentobacteriana	15	2.37
• Odontoxesis	15	2.37
• Profilaxis	15	2.37
Subtotal	60	9.50
Intermedias		
•		
Subtotal	-	-
Curativas		
• Exodoncias		
Subtotal	-	-
Rehabilitación		
• Asistencia Quirofano mayor		
Subtotal	4	0.63
Administrativas		
• Manejo de expedientes	40	6.33
• Registro de actividades	40	6.33
• Registro y manejo de expedientes	40	6.33
• Evaluación de expedientes	40	6.33
Subtotal	160	25.35
Otras		
• Activación de arcos de ortodoncia	128	20.28
• Cementación de bandas ortodónticas	30	4.75
• Colocación de arcos ortodónticos	110	17.43
	23	3.64
Subtotal	291	46.11
TOTAL	359	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Diciembre 2016

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
ENERO 2017**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	20	9.04
• Análisis de modelos	20	9.04
• Urgencias	15	6.78
• Subtotal	55	24.88
Fomento a la salud		
• Diapositivas	1	0.45
• Ponencia grupal	1	0.45
• Subtotal	2	0.90
Preventivas		
• Cepillado	10	4.52
• Control de placa dentobacteriana	10	4.52
• Odontoxesis	10	4.52
• Profilaxis	10	4.52
Subtotal	40	18.09
Intermedias		
• Farmacoterapia		
Subtotal	7	3.16
Curativas		
• Resinas	4	1.80
• Amalgamas	8	3.61
• Exodoncias	30	13.57
Subtotal	42	19
Rehabilitación		
•		
Subtotal	-	-
Administrativas		
• Manejo de expedientes	25	11.31
• Registro de actividades	25	11.31
• Registro y manejo de expedientes	25	11.31
Subtotal	75	33.93
Otras		
Subtotal	-	-
TOTAL	221	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Enero 2017

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
FEBRERO 2017**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	20	3.16
• Radiograficos	8	1.26
• Subtotal	115	18.22
Fomento a la salud		
• Diapositivas		
• Subtotal	1	0.15
Preventivas		
• Cepillado	15	2.37
• Control de placa dentobacteriana	15	2.37
• Odontoxesis	15	2.37
• Profilaxis	15	2.37
Subtotal	60	9.50
Intermedias		
Subtotal	-	-
Curativas		
Subtotal	-	-
Rehabilitación		
• Asistencia en quirófano mayor		
Subtotal	4	0.63
Administrativas		
• Manejo de expedientes	40	6.33
• Registro de actividades	40	6.33
• Registro y manejo de expedientes	40	6.33
• Evaluacion de expedientes	40	6.33
Subtotal	160	25.35
Otras		
• Activación de arcos ortodonticos	128	20.28
• Cementación de bandas ortodonticas	30	4.75
• Colocación de arcos ortodonticos	110	17.43
• Bonding	23	3.64
Subtotal	291	46.11
TOTAL	631	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Febrero 2017

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
MARZO 2017**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	60	12.19
• Análisis de modelos	30	6.09
• Urgencias	25	5.08
• Subtotal	115	23.37
Fomento a la salud		
• Diapositivas	3	0.60
• Trípticos	1	0.20
• Ponencia grupal	1	0.20
• Subtotal	5	1.01
Preventivas		
• Ceoillado	30	4.06
• Control de placa dentobacteriana	35	4.06
• Odontoxesis	20	4.06
• Profilaxis	35	7.11
Subtotal	120	24.39
Intermedias		
• Farmacoterapia		
Subtotal	15	3.04
Curativas		
• Resinas	8	1.62
• Amalgamas	14	2.84
• Exodoncias	27	5.48
Subtotal	49	9.95
Rehabilitacion		
• Guarda oclusal		
Subtotal	25	5.08
Administrativas		
• Manejo de expedientes	45	9.14
• Registro de actividades	50	10.16
• Registro y manejo de expedientes	50	10.16
Subtotal	145	29.47
Otras		
Subtotal	18	3.65
TOTAL	472	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Marzo 2017

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
ABRIL 2017**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	60	12.19
• Análisis de modelos	30	6.09
• Urgencias	25	5.08
• Subtotal	115	23.37
Fomento a la salud		
• Diapositivas	3	0.60
• Trípticos	1	0.20
• Ponencia grupal	1	0.20
• Subtotal	5	1.01
Preventivas		
• Ceoillado	30	4.06
• Control de placa dentobacteriana	35	4.06
• Odontoxesis	20	4.06
• Profilaxis	35	7.11
Subtotal	120	24.39
Intermedias		
• Farmacoterapia		
Subtotal	15	3.04
Curativas		
• Resinas	8	1.62
• Amalgamas	14	2.84
• Exodoncias	27	5.48
Subtotal	49	9.95
Rehabilitacion		
• Guarda oclusal		
Subtotal	25	5.08
Administrativas		
• Manejo de expedientes	32	9.14
• Registro de actividades	28	10.16
• Registro y manejo de expedientes	41	10.16
Subtotal	145	29.47
Otras		
Subtotal	18	3.65
TOTAL	385	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Abril 2017

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
MAYO 2017**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	20	3.16
• Análisis de modelos	8	1.26
• Subtotal	28	18.22
Fomento a la salud		
• Diapositivas		
• Subtotal	1	0.15
Preventivas		
• Cepillado	15	2.37
• Control de placa dentobacteriana	15	2.37
• Odontoxesis	15	2.37
• Profilaxis	15	2.37
Subtotal	60	9.50
Intermedias		
• Farmacoterapia		
Subtotal	22	12.43
Curativas		
• Exodoncias		
Subtotal	7	6.65
Rehabilitación		
• Asistencia Quirofano mayor		
Subtotal	2	0.63
Administrativas		
• Manejo de expedientes	40	6.33
• Registro de actividades	40	6.33
• Registro y manejo de expedientes	40	6.33
• Evaluación de expedientes	40	6.33
Subtotal	160	25.35
Otras		
• Activación de arcos de ortodoncia	128	20.28
• Cementación de bandas ortodonticas	30	4.75
• Colocación de arcos ortodonticos	110	17.43
	23	3.64
Subtotal	291	46.11
TOTAL	601	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Mayo 2017.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 2017

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	23	12.19
• Análisis de modelos	10	6.09
• Urgencias	25	5.08
• Subtotal	115	23.37
Fomento a la salud		
• Diapositivas	3	0.60
• Trípticos	1	0.20
• Ponencia grupal	1	0.20
• Subtotal	5	1.01
Preventivas		
• Ceoillado	26	4.06
• Control de placa dentobacteriana	12	4.06
• Odontoxesis	15	4.06
• Profilaxis	35	7.11
Subtotal	120	24.39
Intermedias		
• Farmacoterapia		
Subtotal	15	3.04
Curativas		
• Resinas	5	1.62
• Amalgamas	12	2.84
• Exodoncias	12	2.84
Subtotal	49	9.95
Rehabilitacion		
• Guarda oclusal		
Subtotal	25	5.08
Administrativas		
• Manejo de expedientes	45	9.14
• Registro de actividades	50	10.16
• Registro y manejo de expedientes	50	10.16
Subtotal	145	29.47
Otras		
Subtotal	45	3.65
TOTAL	578	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Junio 2017.

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
JULIO 2017**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	60	12.19
• Análisis de modelos	30	6.09
• Urgencias	25	5.08
• Subtotal	115	23.37
Fomento a la salud		
• Diapositivas	3	0.60
• Trípticos	1	0.20
• Ponencia grupal	1	0.20
• Subtotal	5	1.01
Preventivas		
• Ceoillado	30	4.06
• Control de placa dentobacteriana	35	4.06
• Odontoxesis	20	4.06
• Profilaxis	35	7.11
Subtotal	120	24.39
Intermedias		
• Farmacoterapia		
Subtotal	15	3.04
Curativas		
• Resinas	8	1.62
• Amalgamas	14	2.84
• Exodoncias	27	5.48
Subtotal	49	9.95
Rehabilitacion		
• Guarda oclusal		
Subtotal	25	5.08
Administrativas		
• Manejo de expedientes	45	9.14
• Registro de actividades	50	10.16
• Registro y manejo de expedientes	50	10.16
Subtotal	145	29.47
Otras		
Subtotal	18	3.65
TOTAL	519	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Julio 2017

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
AGOSTO 2017**

ACTIVIDADES	N°	%
Diagnóstico		
• Historia clínica	20	3.16
• Análisis de modelos	8	1.26
• Subtotal	28	18.22
Fomento a la salud		
• Diapositivas		
• Subtotal	1	0.15
Preventivas		
• Cepillado	15	2.37
• Control de placa dentobacteriana	15	2.37
• Odontoxesis	15	2.37
• Profilaxis	15	2.37
Subtotal	60	9.50
Intermedias		
• Farmacoterapia		
Subtotal	16	12.90
Curativas		
• Exodoncias		
Subtotal	24	18.34
Rehabilitación		
• Asistencia Quirofano mayor		
Subtotal	1	0.45
Administrativas		
• Manejo de expedientes	40	6.33
• Registro de actividades	40	6.33
• Registro y manejo de expedientes	40	6.33
• Evaluación de expedientes	40	6.33
Subtotal	160	25.35
Otras		
• Activación de arcos de ortodoncia	98	20.28
• Cementación de bandas ortodonticas	30	4.75
• Colocación de arcos ortodonticos	25	17.43
	23	3.64
Subtotal	291	46.11
TOTAL	489	100

Fuente: Directa información obtenida por el programa de captura y consulta de paciente atendidos por parte del sistema de Captura Virtual 1.12 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Agosto 2017

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las actividades que desempeñé siempre fueron en función de cubrir necesidades de salud de los pacientes que acuden a consulta y siguiendo los lineamientos de protocolos de bioseguridad para evitar la contaminación cruzada, siempre se utilizaron barreras universales de protección (bata blanca, lentes protectores y guantes de látex estériles desechables) por parte del personal odontológico, enfermería y personal administrativo.

De esta manera se le brindó una atención personalizada a cada paciente, cuidando en todo momento su integridad física a través del manejo de instrumental estéril y campos desechables que se intercambiaban entre cada paciente salvaguardando mi salud y la del paciente.

En cada consulta brindada, se realizó un diagnóstico oportuno y un tratamiento efectivo con el fin de contribuir a la salud dental de un mayor grupo de personas de bajos recursos, por lo que no sólo la economía de cada paciente se benefició, sino que se contribuyó favorablemente a la atención odontológica en nuestro país.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Cada procedimiento clínico, diagnóstico y conocimiento adquirido en el servicio social formaran parte fundamental de mi crecimiento profesional y me encaminan a conocer mejor el mundo de lo Estomatología.

Gracias al servicio social por darme la oportunidad de poder contribuir en la mejora de la salud dental en la Ciudad de México. Aprendí demasiado y siempre bajo el cuidado de Estomatólogos muy bien preparados y con años de experiencia, así como la asesoría de muchos especialistas aclarando cada una de mis dudas y de la misma manera ejercí muchas actividades de especialidad, enfocando de esa manera mi visión de la Odontología.

La experiencia que obtuve en mi servicio social fue muy amplia ya que al estar en varias especialidades mis conocimientos se ampliaron y de la misma manera la habilidad para llevar a cabo procedimientos complejos.

FOTOGRAFIAS.



