



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PREVALENCIA DE EDÉNTULOS PARCIALES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DENTALES “DR. HONORATO VILLA ACOSTA” SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY.

INFORME DEL SERVICIO SOCIAL

CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DENTALES “DR. HONORATO VILLA ACOSTA”

ALUMNA

MATUZ CRUZ ARIANA GISSEL

MATRÍCULA

2143059770

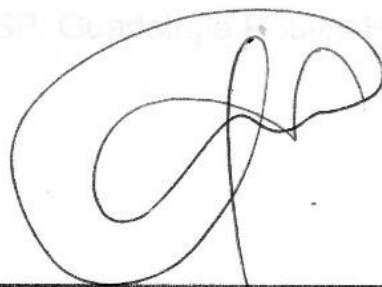
PERIODO DEL SERVICIO SOCIAL

01 DE AGOSTO DE 2018 – 31 DE JULIO DE 2019

ENTREGA

FEBRERO - 2020

ASESOR INTERNO
ESP. Guadalupe, C. S. S. S. S.



ASESOR DE SERVICIO SOCIAL
ESP. Ena Denice Villegas Velázquez

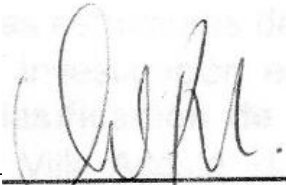
é de sus funciones y atribuciones y
rendió los informes correspondientes a
esta Unidad.



ASESOR INTERNO

ESP. Guadalupe Robles Pinto

Clínica de Especialidades Dentales Dr. H...



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

Firma de un integrante de la Comisión de Servicio Social

RESUMEN DE INFORME

En el presente trabajo se dará a conocer los resultados del proyecto de investigación realizado durante la pasantía del servicio social correspondiente a la Licenciatura de Estomatología, en la Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”, durante el periodo 01 agosto del 2018 al 31 de julio del 2019.

La investigación fue de tipo transversal, correlacional y observacional de campo no experimental. Siguiendo los lineamientos generales estipulados por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Se realizó una hoja de registro, el cual fue respondida por los pasantes del consultorio 5 de la Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”. La hoja de registro consistió en la recopilación de datos sobre los pacientes que acudieron a consulta durante el periodo trimestral mayo – julio 2019.

Dicho trabajo, también cuenta con el número de actividades realizadas durante los doce meses. Estas actividades se encuentran registradas de acuerdo a cada especialidad, por el cual, el pasante curso durante el **servicio social**.

Se estima que un alto porcentaje de la población mundial está en la categoría de **edéntulo parcial** como una extensa pérdida de las estructuras de soporte. Por tal motivo; el objetivo principal de este trabajo de investigación es: Determinar la **prevalencia** de edentulismo parcial según la **clasificación de Kennedy**, en la clínica de especialidades dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” durante el periodo Mayo – Julio 2019.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL.....	1
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN	3
2.1. MARCO TEÓRICO	3
2.1.1. Introducción	3
2.1.2. Edentulismo	3
2.1.2. Consecuencias del edentulismo.....	5
2.1.3. Epidemiología	6
2.1.3. Número de dientes permanentes presentes (SIVEPAB 2014)	7
2.1.5. Oclusión Funcional.....	8
2.1.6. Causas de edentulismo parcial	8
2.1.7. Reglas de Applegate	12
2.2. OBJETIVOS	14
2.2.1. General	14
2.2.2. Específicos.....	14
2.3. MATERIAL Y MÉTODOS	15
2.4. RESULTADOS	16
2.5. DISCUSIÓN.....	23
2.6. CONCLUSIÓN.....	24
2.7. ANEXOS	25
2.7.1. HOJA DE REGISTRO	25
2.8. BIBLIOGRAFÍA.....	26
CAPÍTULO III: ANTECEDENTES	30
3.1. ZONA DE INFLUENCIA	30
a. Ubicación geográfica	30
b. Aspectos demográficos.....	31
c. Servicios educativos	34
CAPÍTULO IV: INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO.....	36
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2018.....	38
SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA - CONSULTORIO 6	38
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2018	40
SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA – CONSULTORIO 6	40
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2018.....	42

SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA – CONSULTORIO 6	42
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2018.....	44
SERVICIO DE ORTODONCIA – CONSULTORIO 8.....	44
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2018	45
SERVICIO DE ORTODONCIA – CONSULTORIO 8.....	45
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO 2019	46
SERVICIO DE ORTODONCIA – CONSULTORIO 8.....	46
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO 2019	47
SERVICIO DE ENDODONCIA – CONSULTORIO 17.....	47
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2019	49
SERVICIO DE ENDODONCIA – CONSULTORIO 17.....	49
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL 2019.....	51
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO 2019	53
SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA – CONSULTORIO 5	53
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 2019	55
SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA – CONSULTORIO 5	55
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO 2019	57
SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA – CONSULTORIO 5	57
CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES PERIODO AGOSTO 2018 – JULIO 2019	59
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DADOS DE ALTA.....	63
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	64
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	65
CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS	68

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

El servicio social consistió en doce meses de práctica. El cuál tuvo inicio el **01 de agosto de 2018** y concluyó el **31 de julio de 2019**, en un horario de 8 am a 12pm. Dicho, servicio social fue realizado en las instalaciones de la **Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”**. El tiempo del servicio social se dividió de forma trimestral, dando como resultado cuatro roles durante los doce meses de práctica.

La Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” consta de ocho especialidades dentales: odontopediatría, ortodoncia, prótesis fija, prótesis removible, endodoncia, periodoncia, cirugía maxilofacial y quirófano. Además, se incorporan tres servicios extras, pero no menos importantes: laboratorio dental, sala radiográfica y filtro, por tanto; es clasificada como clínica de segundo nivel.

En caso de la ausencia del titular (odontólogo), el coordinador de enseñanza e investigación, fue el encargado de asignar a los pasantes a los diferentes servicios con los que cuenta la clínica dental.

Los miércoles de cada semana, después de nuestro horario, nos presentamos en el “Aula”, lugar donde se exponían temas con relación a nuestra área, el cual, era presentado por los pasantes del servicio social, y en ocasiones por los odontólogos especialistas.

Las enfermedades bucales, por su alta morbilidad, se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país. ²¹

Aunque la dentición está diseñada para permanecer en la boca toda la vida, su pérdida o edentulismo (parcial o total) es un proceso que se da a lo largo de la existencia. El edentulismo es prevenible, irreversible y constituye una mutilación, una pérdida de la integridad física. ³

Sin embargo, la pérdida dentaria, edentulismo, periodontitis, caries coronales o radiculares, no dejan de ser una complicación en la mayoría de la población adulta. Entre las principales enfermedades dentales que afectan a los adultos mayores y a la población en general está la caries dental y la enfermedad periodontal y como consecuencia de éstas se presenta un alto porcentaje de dientes perdidos. ⁴

La prevalencia de caries dental es una medida primordial de la salud bucal y un indicador de las perspectivas a largo plazo para la dentición natural y funcional. ²¹

A nivel mundial, la prevalencia de la caries dental en los adultos es alta, la enfermedad afecta a casi el 100% de la población en la mayoría de los países.¹⁰

El Índice Periodóntico Comunitario indica que, uno de cada tres adultos de 35 a 44 años tiene algún grado de enfermedad periodontal.¹⁰

El número de dientes perdidos, entre los adultos está fuertemente asociado con la edad la pérdida de los dientes refleja la acumulación del daño de las dos principales enfermedades bucales, así como la falta de tratamiento oportuno.¹⁰

Uno de los retos para el año 2020 es disminuir la pérdida dental e incrementar el número de dientes en la boca en grupos de edad de 35-44 años y de 65-74 años.²¹

El edéntulo parcial logra restablecer la función masticatoria, de fonación y deglución a través de la confección de la prótesis parcial removible por parte del profesional odontólogo. Por la gran variedad de casos encontrados de edentulismo parcial, se vio la necesidad de establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edward Kennedy en 1925, que permitió al profesional odontólogo realizar de la manera más efectiva el diseño del aparato protésico y tener una idea cercana del estado de conservación de las piezas dentarias en boca.^{1,20}

Otros de los factores que afecta las condiciones de Salud Bucal son los recursos humanos disponibles, mientras que SEDENA, SEMAR y PEMEX tienen en 7.7 odontólogos por 10, 000 derechohabientes o afiliados, la Secretaría de Salud y el ISSSTE tiene 1.6 y 0.6 odontólogos respectivamente.¹

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Introducción

Aunque la dentición está diseñada para permanecer en la boca toda la vida, su pérdida o edentulismo (parcial o total) es un proceso que se da a lo largo de la existencia. El edentulismo es prevenible, irreversible y constituye una mutilación, una pérdida de la integridad física.³

Sin embargo, la pérdida dentaria, edentulismo, periodontitis, caries coronales o radiculares, no dejan de ser una complicación en la mayoría de la población adulta. Entre las principales enfermedades dentales que afectan a los adultos mayores y a la población en general está la caries dental y la enfermedad periodontal y como consecuencia de éstas se presenta un alto porcentaje de dientes perdidos.⁴

Por tal motivo, es importante clasificar el tipo de edentulismo que presenta cada individuo que asistió a la Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” de acuerdo a la Clasificación de Kennedy según la edad, el género, la ubicación del maxilar y la clasificación de Kennedy, y de esta forma se podrá obtener un porcentaje más certero del edentulismo parcial.

2.1.2. Edentulismo

La boca del adulto consta de 32 dientes en total, 16 en el maxilar y 16 en la mandíbula. La presencia o ausencia de los dientes permanentes es en gran parte determinada por el avance de la enfermedad y el tratamiento que ha recibido la población.¹

El edentulismo es la pérdida total o parcial de las piezas dentales, siendo sus causas más importantes la caries dental, periodontitis crónica, fracturas radiculares, higiene oral deficiente y el nivel sociodemográfico.²

La pérdida de las piezas dentales trae como consecuencia la alteración del sistema estomatognático, dando como resultado la alteración de la función masticatoria, el cual afecta el estado nutricional, la salud en general y la calidad de vida.¹³ Varios estudios han afirmado que el edentulismo además de estar relacionado con el estado nutricional, también se asocia con los siguientes factores: calidad de vida, edad y género del paciente.^{3,4}

La OMS considera que el edentulismo parcial además de ser crónico, definitivo e incapacitante, que afecta el estado de salud general y oral del individuo, además de su calidad de vida, es considerado como resultado de los problemas de salud pública.^{5,6}

Un alto porcentaje de la población mundial está en la categoría de edéntulo parcial como una extensa pérdida de las estructuras de soporte. La mayor parte de la población tiene una dentición incompleta, pero funcionando porque un gran número de estos edéntulos parciales no tienen restauración protética. Sin embargo, la restauración de la función oral y la apariencia es a menudo necesaria, hay particularmente un alto porcentaje de reemplazos en grupos de menores recursos económicos.³

Según Hewlett en 2015 considera que las personas edéntulas también se ven coartadas de participar plenamente en las actividades debido a sentimientos de inseguridad e inferioridad.⁷

Otra consecuencia importante del edentulismo parcial es la reabsorción del hueso, además, de la migración de las piezas dentales remanentes al nuevo espacio creado, así mismo, una alteración en la oclusión por la inclinación de las piezas dentales al espacio desdentado originado por la pérdida de dientes.³

La ausencia de dientes sobre todo en los sectores posteriores implica una repercusión en la articulación temporomandibular (ATM), pudiendo desencadenar trastornos en las mismas.⁸

Los factores socioeconómicos, diferentes estilos de vida y comportamientos deficientes de salud bucal, son fuertes predictores del edentulismo. Mejía indica que la capacidad masticatoria está estrechamente relacionada con el número de dientes, en 1992, la Organización Mundial de la Salud declaró que el mantenimiento, de la dentición natural funcional estética durante toda la vida, de no menos de 20 dientes y que no requiera recurrir a la prótesis, debe ser el tratamiento meta para la salud.⁹

Un estudio realizado por el SIVEPAB 2011, determinó que del total de pacientes examinados el 0.2% resulto desdentado. En los pacientes entre 20 a 64 años el porcentaje de edéntulos fue 0 %, ya que en el grupo de 65 a 79 años el 2.14 % de los pacientes habían perdido todos sus dientes, entre las personas mayores de 79 años la cifra fue del 7.53 %. Estas cifras quizá se deban por una parte al tipo de población en los estudios.⁶

El número de dientes perdidos, entre los adultos está fuertemente asociado con la edad. La pérdida de los dientes refleja la acumulación del daño de las dos principales enfermedades bucales, así como la falta de tratamiento oportuno.¹⁰

En los adultos de 35 a 44 años el promedio general fue de 28.6 dientes presentes, sin embargo, en los adultos de 65 a 74 años el promedio de dientes presentes disminuye a 21.4. Al estratificar por condición de aseguramiento, se observa que los usuarios de 35 a 44 años que acuden al servicio de SEMAR tienen un mayor número de dientes presentes 29.6. Para la edad de 65 a 74 años los usuarios del ISSSTE tienen el mayor número de dientes presentes.¹

2.1.2. Consecuencias del edentulismo

En todo edéntulo parcial, la pérdida de piezas dentarias va a afectar de manera adversa al sistema estomatognático, reflejándose en una alteración de la oclusión, del componente neuromuscular y muchas veces repercusiones graves a nivel articular. Esto debido a que cuando las personas pierden parte de la dentadura pueden no solo afectarse los dientes restantes, sino también, el periodonto, los músculos, los ligamentos y la Articulación Temporomandibular (ATM).

Y aunque está pérdida de piezas dentarias no amenacen la vida, la pérdida parcial o completa de todos los dientes tiene un impacto significativo sobre un individuo, observándose limitaciones funcionales, psicológicas y sociales, que afectan la calidad de vida y salud general del individuo. Produciendo no solo, disminución de la autoestima, sino también, induciendo alteraciones en la pronunciación de las palabras y en la función masticatoria. En el caso de la función masticatoria puede conllevar a una variación de dieta por parte de la persona, forzando a nuevas prácticas alimentarias determinadas con un mayor consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, ocasionando restricciones dietéticas y comprometiendo el estado nutricional de la persona.

Asimismo, el edentulismo da lugar a alteraciones que pueden reducir sensiblemente la calidad de vida, ya que no solo determina cambios en el comportamiento alimentario, sino también llega a modificar los rasgos fisionómicos del rostro, alterando la imagen social y amenazando la estabilidad psicológica del paciente. El impacto estético que ocasiona la pérdida de dientes puede alcanzar un gran significado, en ocasiones más lesivo para el paciente que la propia pérdida de función.

La sociedad actual generalmente percibe la ausencia de dientes visibles, especialmente los anteriores, como un estigma social. Con la pérdida de los dientes y la disminución del reborde residual pueden aparecer cambios secundarios en las características faciales (29, 34). Estos efectos en el rostro del individuo son más notables a medida que progresa el edentulismo parcial hasta llegar a la pérdida total de la dentadura.

Otra consecuencia importante del edentulismo parcial es la reabsorción del reborde óseo, así como la migración de las piezas dentales remanentes al nuevo espacio, produciendo alteraciones en la oclusión por la inclinación de las piezas dentarias al espacio desdentado.

En resumen, las consecuencias de la pérdida parcial de la dentición natural son numerosas y variadas. Siendo las más señaladas por los clínicos las:

- Alteraciones estéticas
- Disminución de la eficacia de la masticación
- Inclinación, migración y rotación de los dientes restantes
- Extrusión de dientes
- Pérdida del apoyo para los dientes
- Desviación mandibular
- Atrición dental
- Pérdida de la dimensión vertical
- Disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)
- Pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales.
- Problemas periodontales.
- Problemas fonéticos.

Algunos de los factores anteriores en especial la inclinación y migración de los dientes, puede reducir su apoyo periodontal y causar a si la pérdida del hueso alveolar. Algunas de las secuelas pueden originar la pérdida de la dimensión vertical de la oclusión y problemas en la articulación temporomandibular. ^{22, 27, 29}

2.1.3. Epidemiología

La epidemiología es 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. ¹

2.1.3. Número de dientes permanentes presentes (SIVEPAB 2014)

El promedio de dientes presentes en todos los pacientes (192, 172) incluidos los pacientes edéntulos que acudieron a los servicios de salud por primera vez fue de 27.8; los hombres mostraron un valor promedio de dientes permanentes presentes de 28.2 y las mujeres de 27.6 ($p < 0.0001$), estas diferencias se observan también al estratificar por edad. Al utilizar la escolaridad como variable conserva un mayor número de dientes permanentes, con excepción del grupo de 20 a 34 años donde no existieron diferencias.

80 años y más con mayor escolaridad conservan más de 2 dientes permanentes con respecto a los de menos escolaridad.^{1,11, 12}

2.1.4. Distribución de los dientes permanentes

De los adultos que acudieron a los servicios de salud 99.5% contaban con al menos un diente en el maxilar inferior y 98.8% en el maxilar superior. En los sextantes anteriores los dientes que con mayor frecuencia se perdieron fueron los laterales y centrales superiores. En las zonas posteriores, los terceros molares superiores fueron los más usuales ausentes, en segundo lugar, los primeros molares inferiores. Los caninos superiores e inferiores son los dientes que permanecen más tiempo en la boca.

En los adultos de 20 a 34 años de edad, la mayoría de los dientes permanentes estaban presentes. Sin embargo, en este grupo se hace evidente la pérdida del primer molar tanto superior como inferior, los terceros molares estaban presentes en más del 55% de los pacientes, en el porcentaje restante estaba ausente, cabe la posibilidad de que no existiera el germen dental, que haya sido extraído por encontrarse incluido por falta del espacio o bien por otros motivos de salud.

En los adultos de 35 a 49 años, se observó la ausencia de los primeros molares (entre 13.4% y 23.7%) principalmente los inferiores. En segundo término, se hizo evidente la falta de los segundos molares inferiores, así como del segundo premolar inferior.

En los adultos mayores de 79 años menos de 44.3% de los molares se encontraban presentes en ambos maxilares. Los dientes del segmento anterior inferior permanecían en la boca en mayor porcentaje.^{1,11,12}

2.1.5. Oclusión Funcional

La literatura indica que la capacidad masticatoria está estrechamente relacionada con el número de dientes. En 1992 la Organización Mundial de la Salud declaró que el mantenimiento durante toda la vida de una dentición natural, funcional, estética, de no menos de 20 dientes, que no requiere prótesis, debe ser la meta para la salud. A esto se le conoce como oclusión funcional.

De los adultos usuarios examinados, 93.1% tenían un mínimo de 20 dientes. Al realizar la estratificación por sexo, se observó que el porcentaje de mujeres con una boca funcional fue de 92.6% mientras que el de hombre de 93.9%. El porcentaje en el grupo de referencia de la OMS para adultos jóvenes (35 a 44 años) fue de 98.3%.^{1,11,12}

2.1.6. Causas de edentulismo parcial

Entre las causas más comunes de la pérdida de piezas dentales están; Caries, enfermedad periodontal, trauma. Siendo la Caries la más frecuente seguida por la enfermedad periodontal y la pérdida por trauma.¹³

A) Caries

La caries dental es una enfermedad multifactorial, causada por la interacción entre la superficie del diente, el biofilm bacteriano (placa dental) y la presencia de azúcares en la dieta. Las bacterias del biofilm metabolizan los azúcares produciendo ácidos los cuales, con el tiempo, van a desmineralizar el esmalte.^{13, 25, 26}

La Organización Mundial de la Salud la determina como la tercera plaga mundial, tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, por su expansión entre la población.^{14, 24}

Las extracciones por caries generalmente se dan cuando la lesión es muy extensa y provocan que la restauración de la pieza sea más complicada o cuando el paciente por decisión propia decide realizar la extracción por dolor.¹³

La caries dental es la enfermedad crónica más extendida en el mundo y constituye un reto importante en salud pública. Los datos actuales muestran que la caries no tratada en dientes permanentes tiene una prevalencia global (promediando todas las edades) del 40% y representa la condición más frecuente de los 291 procesos analizados en el Estudio Internacional sobre la carga de las enfermedades.¹³

La caries es la condición más prevalente afectando a casi la mitad de la población mundial (44%) en 2010.^{16, 26}

B) Enfermedad Periodontal

Las infecciones periodontales son un conjunto de enfermedades que, localizadas en la encía y las estructuras de soporte del diente (ligamento y hueso alveolar), están producidas por ciertas bacterias provenientes de la placa subgingival.¹⁵

Es una enfermedad caracterizada por la Inflamación y la progresiva destrucción del ligamento periodontal y como consecuencia la pérdida del tejido óseo de soporte, su etiología principal, es la placa bacteriana la cual ocasionara cálculo dentario que sería una de las causas por la que la enfermedad periodontal progresa y el trauma de oclusión.^{13,16}

La enfermedad periodontal se divide en dos fases:

- La gingivitis, asociada a placa es una inflamación gingival sin pérdida de inserción periodontal ni pérdida ósea.
- La periodontitis, es una inflamación de los tejidos periodontales que provoca pérdida de inserción periodontal y del hueso alveolar.¹⁷

Su progresión puede ser lenta o rápida y afectara a adolescentes o adulto siendo los adultos los que más prevalecen en esta enfermedad. Se realiza extracción generalmente cuando la periodontitis está en un estado avanzado.¹⁸

En el 15% de la población la enfermedad puede progresar a una periodontitis severa que puede terminar en la perdida dentaria. A la edad de 65-74 años en torno al 30% de los sujetos han perdido todos sus dientes siendo las enfermedades periodontales la causa principal.¹⁴

C) Trauma

Las pérdidas por trauma más comunes en la mayoría de los casos son por caídas accidentales, trauma relacionado con algún deporte, peleas, accidentes automovilísticos o por masticar algún alimento muy duro en el caso de los adultos podrán ser reimplantados los dientes pero generalmente un golpe leve puede provocar la fractura de los dientes; especialmente las coronas y las raíces de las piezas con tratamiento de conducto, factores como la edad y el tipo de fractura obligan a la extracción de los mismos.¹⁸

2.1.6. Clasificación de Kennedy

Para el diseño de la prótesis parcial removible se ha propuesto varias clasificaciones para facilitar el diseño aplicando principios básicos en cada caso de dentadura parcial, de modo que; no se tomen en cuenta sólo aspectos mecánicos, sino también las condiciones biológicas de los tejidos orales que estarán en contacto con la prótesis en función. La clasificación de edéntulos parciales más aceptada y conocida es la de KENNEDY propuesta en 1923 que considera las siguientes Clases: ^{19, 22, 23}

Clase I.- Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes remanentes (extremo libre bilateral).



FIGURA 1: Clase I

Clase II.- Área edéntulo unilateral posterior a los dientes remanentes (extremo libre unilateral).



FIGURA 2: Clase II

Clase III.- Área edéntula unilateral posterior con dientes remanentes anterior y posterior a ella, inadecuados para asumir solos el soporte de la prótesis.



FIGURA 3: Clase III

Clase IV.- Área edéntula única anterior y bilateral a los dientes remanentes (extremo libre anterior). El área edéntula anterior debe comprender ambos lados de la línea media.



FIGURA 4: Clase IV

Clase V.- Área edéntula limitada por dientes anteriores y posteriores donde el diente anterior no es adecuado para ser usado como pilar.



FIGURA 5: Clase V

2.1.7. Reglas de Applegate

La Clase III, V y VI son situaciones clínicas diferentes que requieren cada una diferentes consideraciones para su diseño.

Pero se requiere dar claridad a situaciones que generan confusión al aplicar solamente el Sistema de Kennedy a las diversas combinaciones presentes se adicionan los parámetros de las ocho reglas para los arcos parcialmente desdentados propuesta por Oliver Applegate y formuladas en 1960.

- 1) La clasificación debe considerar la preparación de la boca, porque las futuras exodoncias pueden variar la clasificación.
- 2) Si falta el tercer molar, ese espacio edéntulo está fuera de clasificación, porque el tercer molar no es reemplazado.
- 3) Si los terceros molares están presentes y se van a usar como pilares, deben ser considerados en la clasificación.
- 4) A veces los segundos molares no son reemplazados. El segundo molar antagonista también falta y no va a ser restaurado; entonces, esta área edéntula no se considera en la clasificación.
- 5) Cuando hay áreas edéntulas adicionales en el mismo arco, las áreas más posteriores (exceptuando el tercer molar) gobiernan la clasificación.

- 6) Las áreas adicionales a aquellas que determinan la clasificación primaria son consideradas como “**modificaciones**” de la clase y son designadas por su número. Ejemplo: Clase III modificación 2 significa que hay dos espacios adicionales a la Clase III unilateral.
- 7) La extensión del área de la modificación no es lo que se considera sino, el número de espacios edéntulos adicionales.

Sólo las Clases I, II y III pueden tener modificaciones, dado que cualquier área edéntula adicional estará posterior al área edéntula bilateral de la Clase IV.^{19, 23, 24}



FIGURA 6: Clase I modificación 2

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. General

Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en la clínica de especialidades dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” durante el periodo Mayo – Julio 2019.

2.2.2. Específicos

- Determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales mediante la clasificación de Kennedy, según la edad,
- Determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales mediante la clasificación de Kennedy, según el género.
- Determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales mediante la clasificación de Kennedy, según la ubicación del maxilar.
- Determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales mediante la clasificación de Kennedy, según el género y la clasificación.

2.3. MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación consistió en una investigación de tipo transversal, correlacional y observacional de campo no experimental.

Se realizó una hoja de registro, el cual fue respondida por los pasantes de la clínica de especialidades dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”.

La hoja de registro (**Anexo 1**) consistió en la recopilación de datos sobre los pacientes que asistieron a consulta durante el periodo trimestral mayo – julio 2019.

Los datos solicitados en la hoja de registro fueron los siguientes: género, edad, si corresponde a edentulismo parcial o total y al tipo de clasificación de Kennedy al que pertenece dicha arcada.

Los datos obtenidos se recopilaron en una base de datos Excel 2013.

Posteriormente, los datos se analizaron y graficaron para obtener la prevalencia de edéntulos parciales de acuerdo a la clasificación de Kennedy en la clínica de especialidades dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”, del turno matutino correspondiente al trimestre mayo – julio 2019, y con ello determinar ¿Cuál es la clasificación de Kennedy con mayor prevalencia?

Los criterios de inclusión son:

- Pacientes que pertenezcan a un rango de edad de **45 a 65 años**.
- Pacientes edéntulos parciales.
- Pacientes cuyas condiciones de salud oral sean óptimas, con o sin prótesis.

Los criterios de exclusión son:

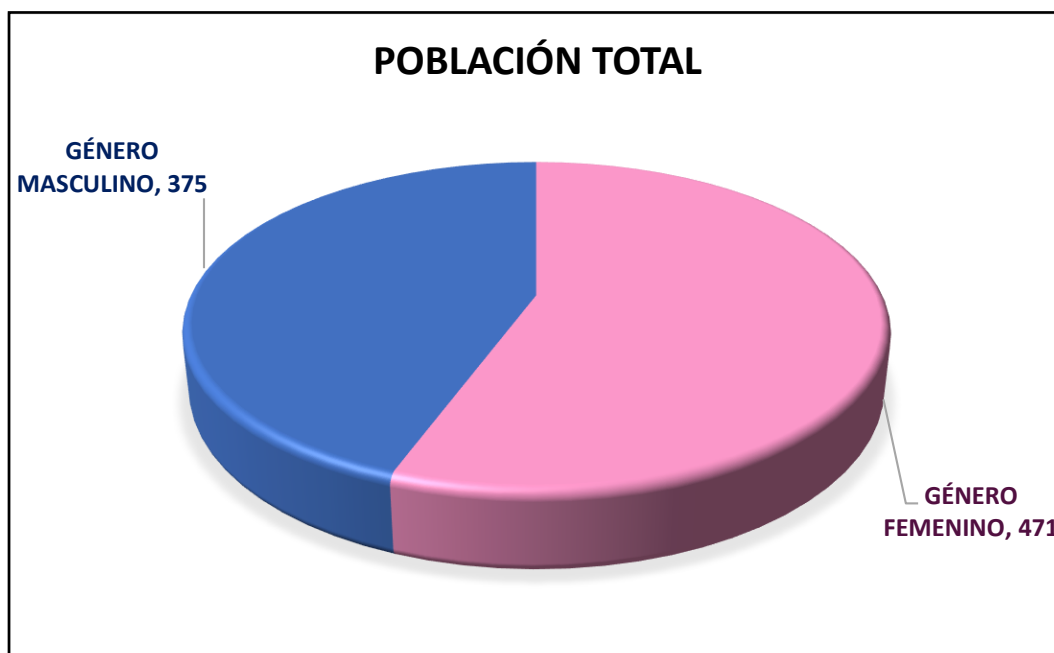
- Pacientes que no sean derechohabientes.
- Pacientes que pertenezcan a un rango de edad menor a **45 años o mayor a 65 años**.
- Pacientes edéntulos totales en superior e inferior.
- Pacientes con enfermedades sistémicas cuya condición comprometa seriamente la permanencia de las piezas dentarias en boca.
- Pacientes con restos radiculares en cualquier sector del maxilar y/o mandíbula.

2.4. RESULTADOS

TABLA 1.- Población total de individuos durante el trimestre mayo – julio 2019.

El número de individuos que asistieron a la clínica de especialidades dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” fue un total de 846, el cual, 471 individuos son género femenino y 375 son de género masculino durante el trimestre mayo – julio 2019.

GÉNERO		TOTAL DE PACIENTES	
	FEMENINO	MASCULINO	
TOTAL	471	375	846



GRÁFICA 1.- Población total de individuos durante el trimestre mayo – julio 2019.

TABLA 2.- Total de población de la muestra estudio que pertenece a la clasificación de Kennedy.

El total de la muestra de estudio fue de 183 individuos, de los cual 86 individuos fueron registrados como “pacientes de primera vez”, donde se dividió en 62 individuos del género femenino y 24 del género masculino, dando como resultado a 86 individuos, y 97 individuos pertenecientes al grupo de “paciente subsecuente”, en donde se divide en 57 individuos del género femenino y 40 del género masculino.

GÉNERO		TOTAL DE PACIENTES
	FEMENINO	MASCULINO
TOTAL	119	64

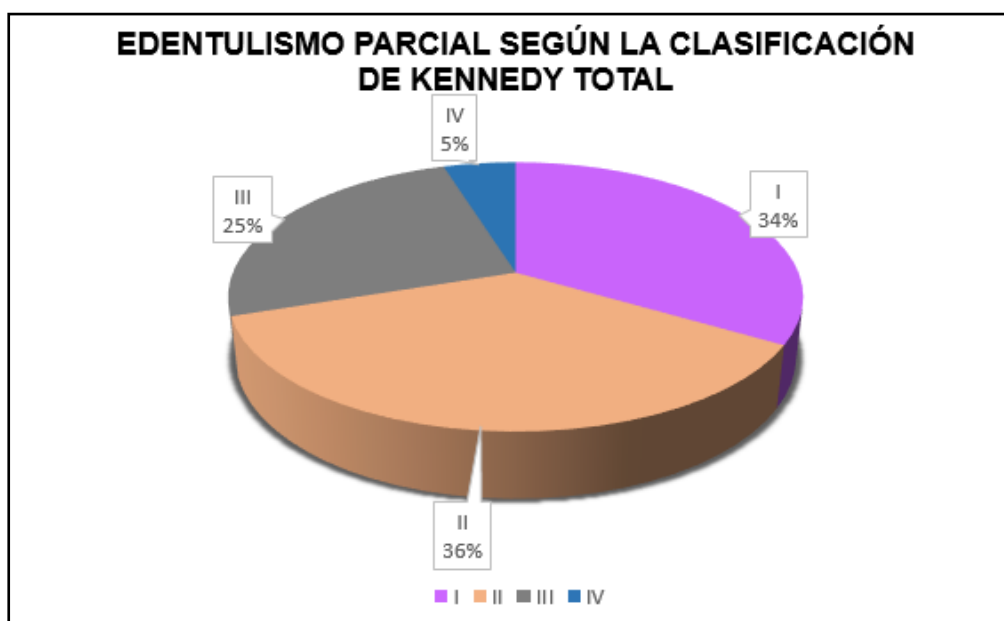


GRÁFICA 2.- Población de estudio de pacientes femenino y masculino.

TABLA 3.- Determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parcial según la clasificación de Kennedy.

De acuerdo a la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en la población que asiste a la clínica de especialidades dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”, se observó que la **Clase II** de Kennedy es la que más prevalece con 98 casos (36.43%), seguida por la **Clase I** con 90 casos (33.45%), la **clase III** con 68 casos (25.65%) y finalmente la **clase IV** con 13 casos (4.83%) como la menos frecuente.

EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY		
CLASE	TOTAL	%
I	90	33.45
II	98	36.43
III	68	25.65
IV	13	4.83
TOTAL	269	100



GRÁFICA 3.- Representa el número de caso y el porcentaje de la clasificación de acuerdo a la clasificación de Kennedy.

TABLA 4.- Determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales mediante la clasificación de Kennedy, según la edad.

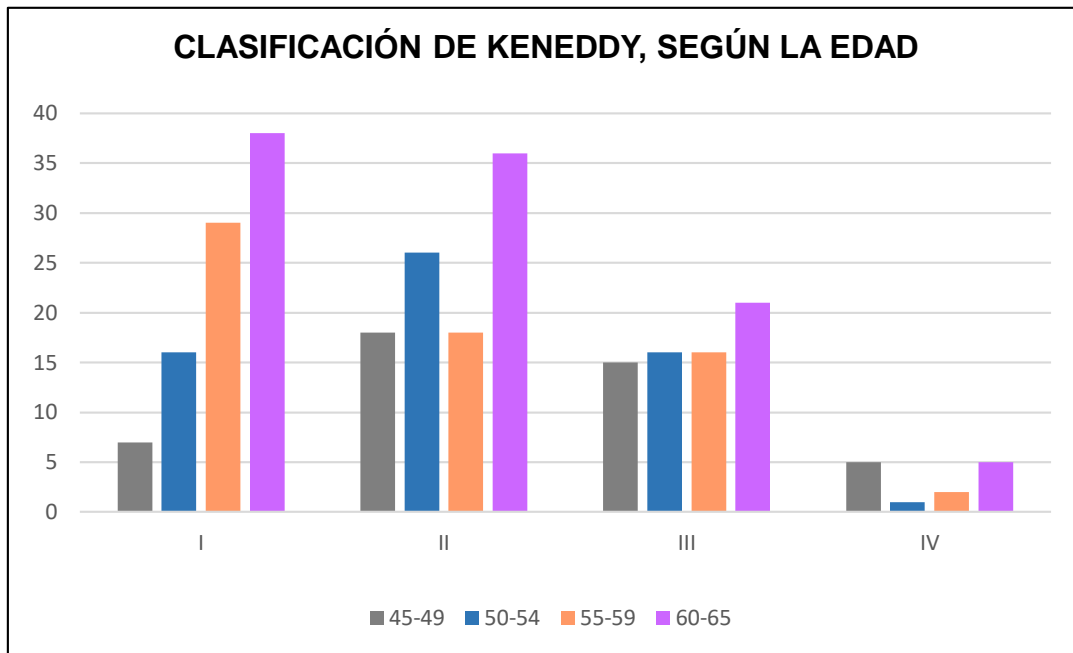
De acuerdo, a los resultados obtenidos mediante el porcentaje, se observa que en el rango de edad de **60 – 65 años** se presentó en primer lugar con mayor prevalencia la **Clase I** de Kennedy que corresponde al 38% (38 casos), seguido de la **Clase II** con un 36% (36 casos), la **Clase III** con un 21% (21 casos) y finalmente con la **Clase IV** se obtuvo el 5% (5 casos).

El segundo lugar corresponde al rango de edad de **55 – 59 años** en donde se obtuvo la **Clase I** de Kennedy que corresponde al 44.61% (29 casos), posteriormente la **Clase II** con 27.69% (18 casos), la **Clase III** con 24.6% (16 casos), y por último la **clase IV** con 3.07% (2 casos).

El tercer lugar fue ocupado por el rango de edad de **50 – 54 años**, en donde la **Clase II** de Kennedy tuvo mayor predominio con un 44.06% (26 casos), seguido de la **Clase III** con 27.11% (16 casos), continuando con la **clase I** con el 27.11% (16 casos) y finalizando con la **clase IV** con 1.69% (1 caso).

Finalmente, el cuarto lugar fue registrado para el rango de **45 – 49 años**, donde, la **Clase II** de Kennedy tuvo mayor prevalencia con un 40% (18 casos), seguido de la **clase III** con 33.33% (15 casos), la **clase I** con 15.5% (7 casos) y finalmente la **clase IV** fue la que presento menor prevalencia con 11.1% (5 casos).

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY									
EDAD	I	%	II	%	III	%	IV	%	TOTAL
45-49	7	15.5	18	40	15	33.3	5	11.1	45 (100%)
50-54	16	27.11	26	44.06	16	27.1	1	1.69	59 (100%)
55-59	29	44.61	18	27.69	16	24.6	2	3.07	65 (100%)
60-65	38	38	36	36	21	21	5	5	100 (100%)



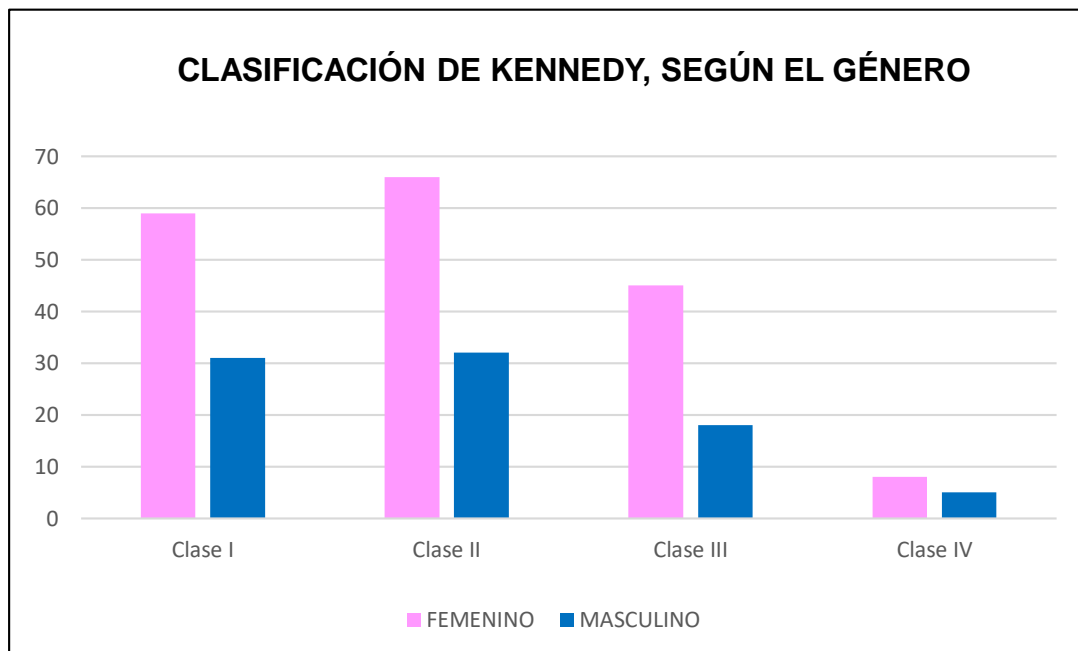
GRÁFICA 4.- Pacientes edéntulos parciales mediante la clasificación de Kennedy, según la edad.

TABLA 5.- Determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales mediante la clasificación de Kennedy, según el género.

Se puede observar que, en la población total del género masculino existe mayor prevalencia en la **clase II** de Kennedy, que corresponde al 32.65% (32 casos), dejando en segunda posición a la **clase I** con un 34.44% (31 casos), seguido de la **clase III** con un 28.57% (18 casos), y por último se encuentra la **clase IV** con 38.46% (5 casos).

Mientras que, del total de la población de género femenino, el 67.34% (66 casos) presenta la **clase II** de Kennedy, el 65.55% (59 casos) corresponde a la **clase I**, el 71.42% (45 casos) pertenece a la **clase III**, por tanto; la **clase VI** ocupa un 61.53% (8 casos).

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	GÉNERO		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Clase I	59 (65.55%)	31 (34.44%)	90 (100%)
Clase II	66 (67.34%)	32 (32.65%)	98 (100%)
Clase III	45 (71.42%)	18 (28.57%)	63 (100%)
Clase IV	8 (61.53%)	5 (38.46%)	13 (100%)

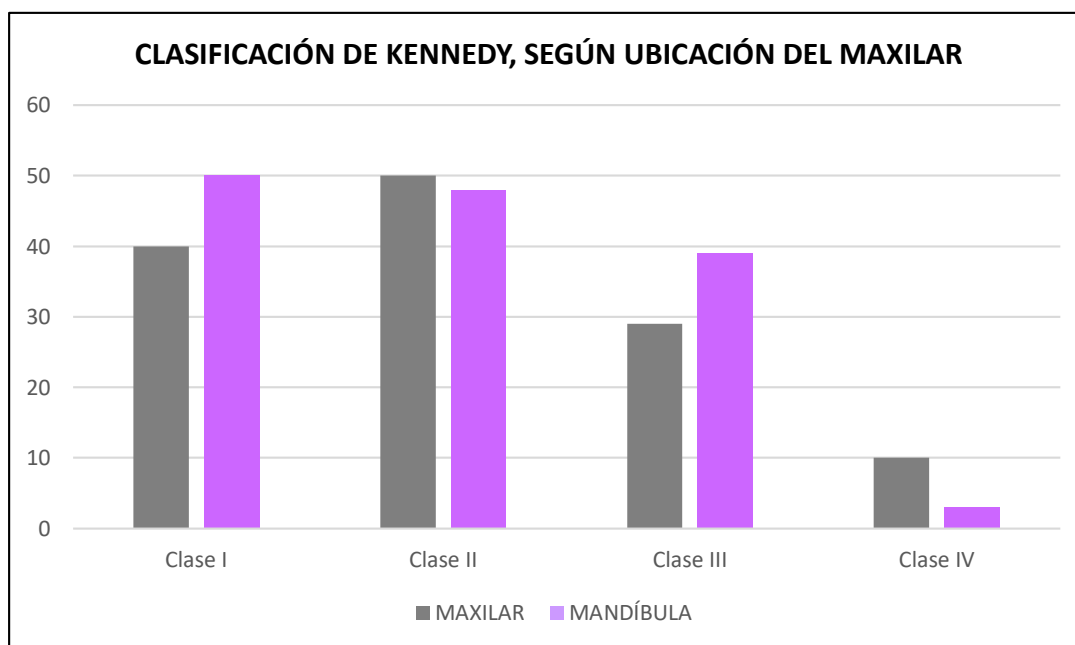


GRÁFICA 5.- Pacientes edéntulos parciales mediante la clasificación de Kennedy, según el género.

TABLA 6.- Determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales mediante la clasificación de Kennedy, según ubicación del maxilar.

Se aprecia que del total de la población que presenta edentulismo parcial en la **mandíbula**, el 35.71% presenta una **clase I** de Kennedy, el 34.28% una **clase II**, el 27.85% una **clase III** y el 2.14% una **clase IV** de Kennedy. Mientras que en la **maxilar** el 38.75% presenta una **clase II** de Kennedy, el 31% una **clase I**, el 22.48% una **clase III** y el 7.75% una **clase IV** de Kennedy.

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	UBICACIÓN DEL MAXILAR	
	MAXILAR	MANDÍBULA
Clase I	40 (31 %)	50 (35.71 %)
Clase II	50 (38.75 %)	48 (34.28 %)
Clase III	29 (22.48 %)	39 (27.85%)
Clase IV	10 (7.75 %)	3 (2.14 %)
TOTAL	129 (100%)	140 (100%)



GRÁFICA 6.- Pacientes edéntulos parciales mediante la clasificación de Kennedy, según ubicación del maxilar.

2.5. DISCUSIÓN

Según el estudio de Dwairi en 2006, cuyos resultados en la incidencia de la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos tuvo como resultado a la Clase III de Kennedy como más prevalente tanto en maxilar superior como inferior, así como en ambos géneros. El presente trabajo de investigación dio resultados distintos a los obtenidos por este estudio, siendo la clase I de Kennedy la más prevalente, teniendo al género femenino como el más relevante.

Enoki en 2008, realizó un estudio acerca de la incidencia de dentaduras parciales basadas en la clasificación de Kennedy en la Universidad de Osaka en Japón, con el objetivo de analizar la relación entre la clasificación de Kennedy y la edad. Se analizó una población de 1,662 personas mayores de 60 años y se encontró que la Clase I, II, III y IV tuvieron una incidencia de 15.9%, 22.3%, 7.6%, y 1.1% respectivamente en el maxilar superior y de 15.4%, 22.0%, 12.7%, y 0.5% en el maxilar inferior. Esta investigación difiere del presente trabajo, ya que el grupo emás prevalente fue el comprendido entre las edades de 60 a 65 años siendo la clasificación I de Kennedy la de mayor incidencia, por tanto; es importante mencionar que los rangos de edad que se presentaron en este estudio son por cada 5 años, distinto al estudio de Enoki en 2008.

Otro estudio realizado en el 2010 llamado „Incidence of Removable Partial Denture Types in Eastern Wisconsin” dio como resultado que la clase Kennedy I fue la más comúnmente construida con una frecuencia del 41%. Además, se vio que en el maxilar superior la clase III fue la más frecuente mientras que la clase I siguió siendo la más común en la mandíbula, dicho estudio en comparación con nuestro trabajo de investigación, se acerca más a la realidad de los datos obtenidos en la presente investigación, difiriendo solo en que la mandíbula el más prevalente fue la clase I de Kennedy.

2.6. CONCLUSIÓN

- La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy que se presentó con mayor frecuencia fue la **clase II** de Kennedy con un **36.43%**, seguida de la **clase I** con un **33.45%**, **clase III** con un **25.65%**, y la una **clase IV** con un **4.83%**.
- La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y edad, se presentó con mayor frecuencia la **clase I** de Kennedy en personas de **60 A 65 años** de edad con un **38%**, mientras que la **clase I** se presentó con una mayor frecuencia en personas de **55 a 59** con un **44.61%**. Así también, la **clase II** de Kennedy se presentó con mayor prevalencia en personas de **50 a 54 años** de edad con un **44.06%** y por último la **clase II** de Kennedy se presentó con mayor frecuencia en un **40%** en personas **45 a 49** años de edad.
- La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el **maxilar superior** que se presentó con mayor frecuencia fue la **clase II** de Kennedy con un **38.75%**, mientras que en la **mandíbula** se presentó la **clase I** de Kennedy con un **35.71%**.
- La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el **género masculino** se presentó con mayor frecuencia fue la **clase III** de Kennedy con un **32.65%**, mientras que en el **género femenino** se presentó, también, la **clase I** de Kennedy con un **67.34%**.

2.7. ANEXOS

2.7.1. HOJA DE REGISTRO



SELECCIONAR CON UN “x” LA OPCIÓN CORRECTA.

1. **Sexo:** Femenino () Masculino ()

2. **Rango de edad:** (45- 49) (50 -54) (55-59) (60-65) años

3. **Edéntulo parcial:** Si () No ()

4. **Edéntulo parcial Superior:** Si () No ()
Clase I () Clase II () Clase III () Clase IV ()

5. **Edéntulo parcial Inferior:** Si () No ()
Clase I () Clase II () Clase III () Clase IV ()

6. **Edéntulo total:** Si () No ()
Superior () Inferior ()

2.8. BIBLIOGRAFÍA

1. Mejía González A, Lomelí Buyoli G. Edentulismo del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales SIVEPAB 2010. Ed. 1^a. México: SECRETARÍA DE SALUD: 2011; 29-45.
2. Mamani Siñani E. Técnica de Confección de una prótesis parcial removible. Rev. Act. Clin 2014; 14 (0): 1144 – 1147.
3. Luengas Aguirre M, Sáenz Martínez L, Tenorio Torres G, Garcilazo Gómez A, Díaz Franco M. Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México: un problema visible de las inequidades en salud. Ciencias Clínicas 2015; 16 (2): 27–52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-ciencias-clinicas-399-articulo-aspectos-sociales-biologicos-del-edentulismo-S1665138316300027>
4. Dávila Velasco W. Prevalencia de pacientes edéntulos totales que acuden a subcentros de la ciudad de Guayaqui y el impacto de las prótesis en los pacientes. Ecuador: Universidad católica de Santiago de Guayaquil; 2016. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6323/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-224.pdf>
5. Rivera, J. M. Frecuencia Y. Clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores residentes del A.A.H.H “Sol Naciente” Del Distrito De Carabayllo-Lima; 2005
6. Mejía Gonzalez A, Lomelí Buyoli G. Edentulismo. Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales SIVEPAB 2010. Ed. 1^a. México: SECRETARÍA DE SALUD: 2012; 29-45.
7. Cargua Ríos J. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito. Facultad de Odontología. 2016. Disponible en:
8. González Presa Z, Tasende Pereiro A, Pereira Saavedra M. Registro de pacientes portadores de prótesis en unidades de salud bucodental de Atención Primaria. Orixinais. 2012; 18 (0); 26 – 32. Disponible en: http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL18/vol_4/orixinais_5_vol18n4.pdf

9. González Montes C, Rosete González J, Muñoz Enrique H. Frecuencia de edentulismo en la clínica de Odontología de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla en el periodo 2010 al 2014. Rev. Tamé 2016; 5 (14); 489 – 492.
10. Mejía González A, Lomelí Buyoli G y colab. Panorám general. Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales (SIVEPAB) 2012. Ed. 1ª. CDMX: SECRETARÍA DE SALUD;2013. 19 – 27.
11. Mejía González A, Lomelí Buyoli G. Caries dental. Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales (SIVEPAB) 2009. Ed. 1ª. México: SECRETARÍA DE SALUD; 2010. 19-27.
12. Mejía González A, Lomelí Buyoli G. Edentulismo. Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales SIVEPAB 2010. Ed. 1ª. México: SECRETARÍA DE SALUD; 2011; 29-45.
13. El desafío de las enfermedades bucodentales - una llamada a la acción global. Atlas de Salud bucodental. 2ª ed. Ginebra: Federación Dental Internacional (FDI); 2015.
14. Salud Bucal - Publicación para la farmacia. DENTAID. 1ª ed. (monografía en PDF). DENTAID 2.0. España: Comité de redacción DENTAID; 2016.
15. Ascones Martínez A, Figuero Ruíz E. La enfermedad periodontal como infecciones bacterianas. Av Periodon Implantol. 2005; 17 (3): 147-156.
16. California Dental Association. Guía sobre la enfermedad periodontal. Formato PDF). Disponible en:
https://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/gum_disease_spanish.pdf
17. Enfermedades periodontales. FDI World Dental Federation. 1ª Ed. (Formato PDF). Suiza: 2018. Disponible en:
https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/gphp-chairside_guide-es.pdf

18. Poveda Amarfil A. Prevalencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy en Hospital: Jacobo & María Ratinoff. Ecuador: Facultad de odontología; 2016. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6314/1/T-UCSG-PRE-MED ODON-211.pdf>
19. Noguerras J, Vela X, Samsó J, Peraire M, Anglada M, Salsech J. Tipos de edentulismo parcial tratados con prótesis parcial removible. An. Odonto. 6 (94); 201 – 206. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25952/1/509843.pdf>
20. Gutierrez Vargas V, León Manco R, Castillo Andamayo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana. 2015; 25(3): 86 – 179. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3.pdf>
21. Fernandez Barrera M, Medina Solís E, Márquez Corona M, Vera Guzmán S, Ascencio Villagrán A, Minaya Sánchez M et al. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2016; 9 (1): 59-65. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07190107201600100011&lng=es.
22. Shillimburg T. et Al. "Fundamentos esenciales en prótesis fija". 3ª ed.: Barcelona: Editorial Quintessence S.L.; 2002.
23. Mallatz E, Sobredentaduras sobre dientes naturales. En: Director. Prótesis parcial removible y sobredentaduras. España. Elsevier; 2003. 329 – 371.
24. de Andrade Lima Chaves C, Alves Gomes E, Faria T, Rocha Correa da Silva S, de Souza Filho CB, Borie E, Corrêa Silva Sousa YT. Perfil de los pacientes rehabilitados por medio de prótesis atendidos en servicio público de salud en Ribeirão Preto, Brasil. Scielo 2015; 31 (6): 347 – 353. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v31n6/original1.pdf>
25. Fuentes Hernández J, González de Cossio M, Ortega Maldonado M, Sifuentes Valenzuela M. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. Salud pública Méx 2008; 50 (3): 235 – 240. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50n3/07.pdf>

26. Marchena Rodríguez L, Osorio Robles M, Fernández Ortega C. Factores asociados con la caries radicular en la población mayor a 60 años de edad en Córdoba. Rev. Europea Odontoestomatología 2014; 4 (18): 108 – 110.

27. Vanegas Avecillas E, Villavicencio Caparó E, Alvarado Jiménez O, Ordóñez Plaza P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. Rev Estomatol Herediana. 2016; 26 (4); 215 – 221. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v26n4/a03v26n4.pdf>

28. Fernández Sanz G, Molleda Llanes C, Chibas Gretel L, Valdés Valdés Y. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. GerolInfo 2018, 13 (3): 01-13.

29. Gramal Aguilar P. Relación del acceso a la atención dental con el edentulismo en la comunidad de Peguche de la provincia de Imbabura. Universidad Central de Ecuador; 2014. C.I 172016715-2.

CAPÍTULO III: ANTECEDENTES

3.1. ZONA DE INFLUENCIA

A. Ubicación geográfica

Se realizó el servicio social en la Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” del ISSSTE, ubicado en Av. Guerrero 358, Cuauhtémoc, Calle Guerrero 346, Tlatelolco, 06900 Ciudad de México, CDMX. Durante el periodo correspondiente 01 de agosto del 2018 al 31 de Julio del 2019, en un horario de lunes a viernes de 8:00 am a 12:00 pm.

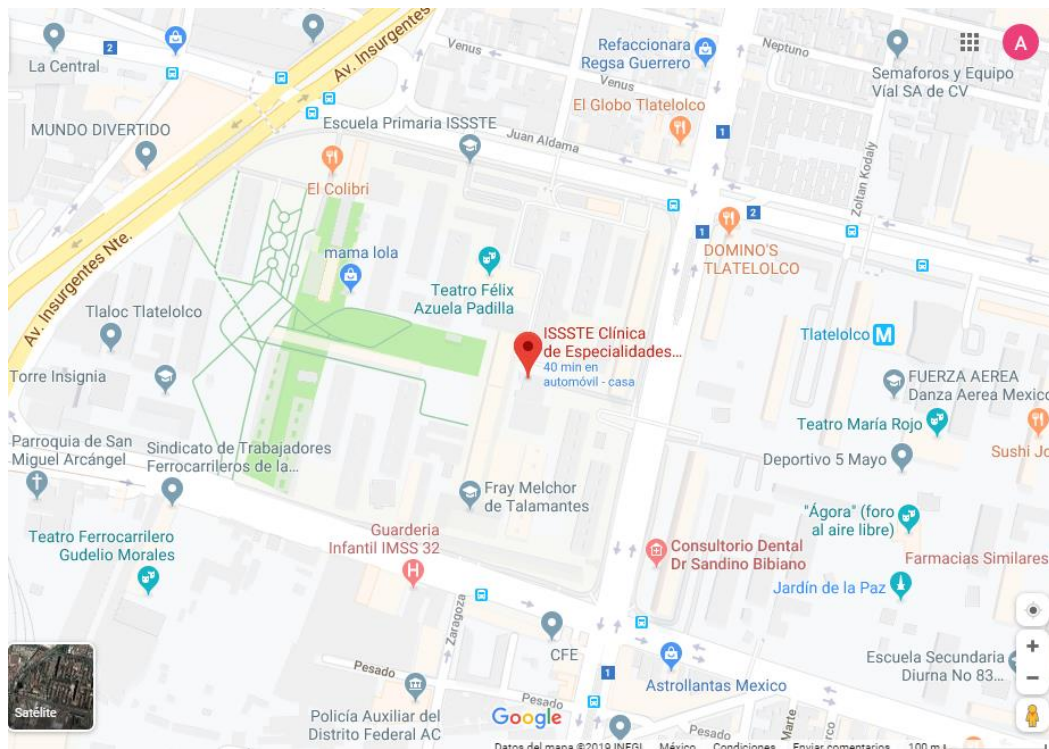


FIGURA 1.- Ubicación de la Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”.

FUENTE. - Google Maps.

B. Aspectos demográficos

Según el INEGI, en el **2015** en la Ciudad de México viven: **8, 918, 653** habitantes, correspondiendo a **4, 687, 003 mujeres** y **4, 231, 650 hombres**.

Por tanto, la Ciudad de México ocupa el **segundo lugar a nivel nacional** por su número de habitantes.

La **Alcaldía Cuauhtémoc**, es una de las **16 alcaldías** territoriales en que se encuentra dividida la Ciudad de México. Colinda al norte con las alcaldías territoriales de Azcapotzalco y Gustavo A. Madero, al sur con Iztacalco y Benito Juárez, al poniente con Miguel Hidalgo y al oriente con Venustiano Carranza. Esta alcaldía abarca un total de **33 colonias**.



FIGURA 3.- Alcaldía Cuauhtémoc – Colonias.

FUENTE: Programa de desarrollo delegacional 2016 -2018.

La **población** asciende a **531 831 habitantes**, el cual, se divide en **251 725** eran **hombres** y **280 106** eran **mujeres**, por tanto, representó el **6%** de la **población** en la **entidad federativa**, según el INEGI 2010.

Tan solo, la **colonia Unidad Nonoalco – Tlatelolco** cuenta con **27, 843 habitantes**.

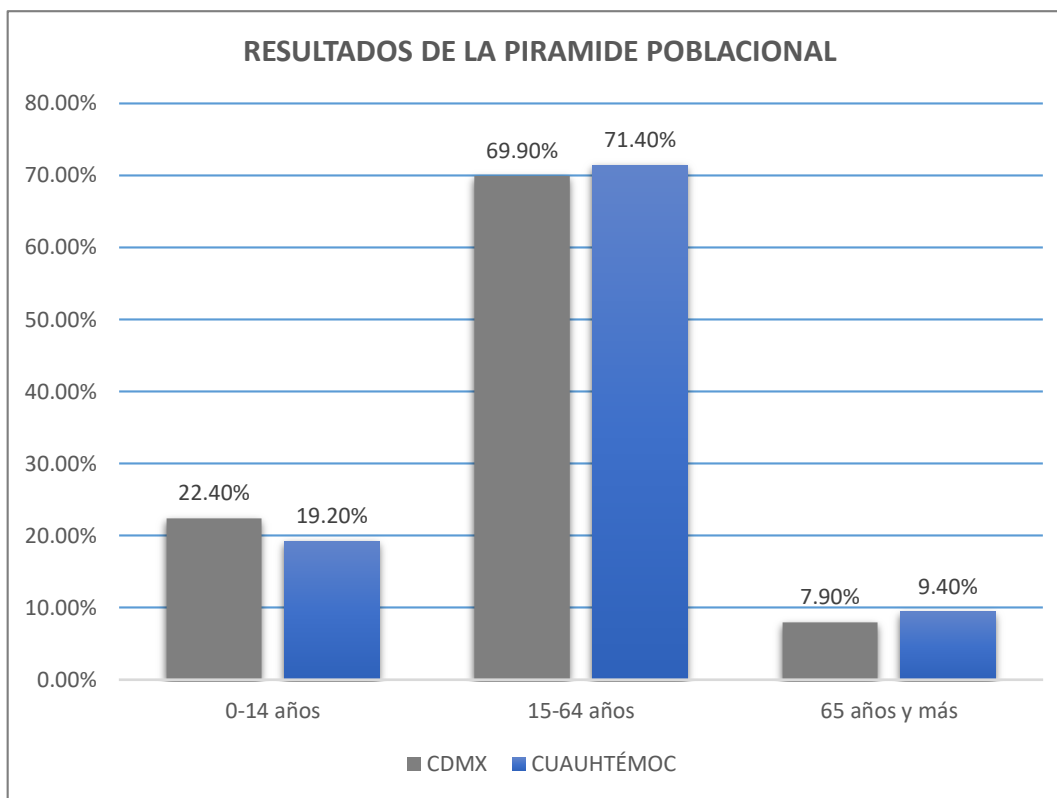
La **distribución de población** en la **Ciudad de México** es correspondiente al **99.5%** de la población es **urbana**, y solo el **0.5%** es población **rural**.

- En el mismo año había en la alcaldía **168,251 hogares** (7% del total de hogares en la entidad federativa), de los cuales **65,534** estaban encabezados por **jefas de familia** (8.7% del total de la entidad federativa).
- El **tamaño promedio** de los **hogares** en la alcaldía fue de **3 integrantes**, mientras que en la **entidad federativa** el tamaño promedio fue de **3.6 integrantes**.

En la alcaldía Cuauhtémoc el comportamiento de la **pirámide poblacional** para el año **2010** es muy semejante a la **CDMX**, pudiendo apreciarse que el porcentaje para la población **0 a 14 años** en la **CDMX** es de **22.4%**, mientras que en la **alcaldía** es de **19.2%**. Para la población de **15-64 años** en la **CDMX** es de **69.9%**, mientras que en la **Alcaldía** es de **71.4%**; finalmente para el grupo de edad de **65 años y más** en la **CDMX** es de **7.9%** y en la **alcaldía** es de **9.4%**.

Con estos datos podemos observar que en la **Alcaldía Cuauhtémoc** el **porcentaje de adultos mayores** es **superior** a la **CDMX** por lo que el gobierno delegacional deberá poner **atención en este sector de población**.

GRÁFICA 1.- Representa las diferencias de población en porcentajes que existe entre la alcaldía Cuauhtémoc y la CDMX.



FUENTE: ALCALDIA CUAUHTÉMOC

Se calcula que la **población flotante** en la **Alcaldía** alcanza **aproximadamente 4.5 millones de personas**, es decir casi **10 veces** más que la **población** que **habita** la Alcaldía, lo que significa un alto costo para la Alcaldía, pues esa población flotante demanda servicios como limpieza, agua, combustibles, energía eléctrica, servicios urbanos, seguridad pública, etc.

La Alcaldía Cuauhtémoc cuenta con los siguientes servicios: energía eléctrica, transporte público, agua y drenaje, que son considerados servicios básicos para la Ciudad de México.

Se estima que el 98% de las viviendas de la Alcaldía cuenta con energía eléctrica en sus viviendas, en general el nivel de alumbrado es satisfactorio, contando aproximadamente con 33,185 luminarias distribuidas en las 33 colonias, colocadas en postes de concreto y metálicos de distintos tipos.

En la zona geográfica de la Alcaldía Cuauhtémoc se localizan los siguientes medios de transporte:

- **Metro**, en total son 8 líneas del metro que atraviesan por la alcaldía, dando como resultado un total de 34 estaciones, atravesando por las estaciones más importantes, ya que dicha Alcaldía abarca las zonas más visitadas por la población a nivel nacional.
- **Trolebús del Servicio de Transportes Eléctricos del D. F.**, es otro de los medios de transporte con los que cuenta la Alcaldía, por lo cual, cuenta con 5 rutas que atraviesan las zonas con mayor demanda de habitantes.
- **Metrobús**, es uno de los medios de transportes más importantes de la CDMX, debido a que atraviesa avenidas principales de toda la ciudad, dicho transporte cuenta con 5 líneas que atraviesan por el territorio de la alcaldía.

Se cree que el 99.4% de la población que pertenece a la Alcaldía Cuauhtémoc cuenta con el servicio de agua y drenaje, el cual indica que solo el 0.6% de la población no cuentan con servicios básicos de vivienda.

El tamaño promedio de los hogares en la delegación fue de 3 integrantes, mientras que en la entidad federativa el tamaño promedio fue de 3.6 integrantes.

La Alcaldía Cuauhtémoc ocupa el tercer lugar en nivel educativo en la CDMX, solamente por debajo de las delegaciones Benito Juárez y Miguel Hidalgo. El promedio de estudios en la Alcaldía es de 11 años y casi una cuarta parte de su población mayor de 6 años tiene nivel profesional.

El grado promedio de escolaridad de la población de **15 años o más** en la delegación era en **2010** de **11.3**, frente al grado promedio de escolaridad de 10.5 en la entidad federativa.

C. Servicios educativos

El grado promedio de escolaridad de la población de **15 años o más** en la delegación era en **2010** de **11.3**, frente al grado promedio de escolaridad de 10.5 en la entidad federativa.

En 2010, la delegación contaba con **169 escuelas preescolares** (4.9% del total de la entidad), **216 primarias** (6.5% del total) y **118 secundarias** (8.4%). Además, la delegación contaba con **72 bachilleratos** (12.6%) y **91 escuelas de formación para el trabajo** (17.8%). La delegación no contaba con ninguna primaria indígena.

En **2010**, la condición de rezago educativo afectó a **8.2%** de la población, lo que significa que **38,045 individuos** presentaron esta **carencia social**.

La **asistencia escolar** en la Delegación Cuauhtémoc por rangos de edad es de: **3-5 años (68%)**; **6-11 años (96%)**; **12-14 años (95%)**; y **15-24 años (53%)**, es decir, que 96 de cada 100 niños y niñas que están en edad de asistir a la primaria lo están haciendo, mientras que 95 de cada 100 adolescentes en edad de asistir a la secundaria están asistiendo, estos porcentajes bajan considerablemente entre los jóvenes de 15 a 24 años que están en edad de asistir a educación media y superior, ya que solamente 53% de jóvenes en ese rango de edad están asistiendo a la escuela.

La tasa de analfabetismo de la población total en la demarcación se ha reducido considerablemente en los últimos 25 años, mientras que en 1990 ésta fue del 2.8%, en 2000 se redujo a 2.1% y en 2010 la tasa fue de 1.4%, se estima que en 2015 ésta sea de 1.0% con un total estimado de 5,334 personas analfabetas en la Delegación.

Las **unidades médicas** en la Alcaldía eran **66** (9.9% del total de unidades médicas de la entidad federativa).

El **personal médico** era de **1,269 personas** (5% del total de médicos en la entidad federativa) y la razón de **médicos por unidad médica** era de **19.2**, frente a la razón de 38.4 en toda la entidad federativa.

En el mismo año, el porcentaje de personas **sin acceso a servicios de salud** fue de **36.3%**, equivalente a **169,161 personas**.

La gingivitis y la enfermedad periodontal que corresponde al código K05 de la lista detallada CIE10a, se localiza en el lugar número cinco, como una de las principales causas de enfermedades en la Delegación Cuauhtémoc, por grupos de edad, en la población general 2018.

De acuerdo, a los datos obtenidos del INEGI 2015, las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos son las principales causas de mortalidad en la Alcaldía Cuauhtémoc.

CAPÍTULO IV: INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO

El servicio social consistió en 12 meses de práctica. El cuál tuvo inicio el **01 de Agosto de 2018** y concluyó el **31 de Julio de 2019**, en un horario de 8 am a 12pm de Lunes a Viernes. Dicho, servicio social fue realizado en las instalaciones de la **Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”**. El tiempo del servicio social se dividió de forma trimestral, dando como resultado cuatro roles durante los 12 meses de práctica.

La Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” consta de 8 especialidades dentales: odontopediatría, ortodoncia, prótesis fija, prótesis removible, endodoncia, periodoncia, cirugía maxilofacial y quirófano. Además, se incorporan 3 servicios extras, pero no menos importantes: laboratorio dental, sala radiográfica y filtro.

La función principal de la clínica dental es; recibir a los derechohabientes del ISSSTE a nivel nacional y proporcionar el servicio que requiera cada derechohabiente, siempre y cuando cuente con una solicitud médica dental, conocido como “pase médico”, proporcionado por su clínica familiar de procedencia.

El primer rol tuvo inicio el 01 de agosto al 31 de octubre de 2018 en el consultorio 6, correspondiente al servicio de prótesis fija.

El segundo rol inicio el 01 de noviembre de 2018 al 31 de enero de 2019 en el consultorio 8, correspondiente al servicio de ortodoncia.

El tercer rol inicio a partir del 01 de febrero de 2019 al 30 de abril de 2019 en el consultorio 17, correspondiente al servicio de endodoncia.

El último rol comenzó el 01 de mayo al 31 de julio de 2019 en el consultorio 5, correspondiendo al servicio de prótesis fija por segunda ocasión.

La función como pasante de servicio social en cada especialidad y en cada consultorio es distinto.

En caso de la ausencia del titular (odontólogo especialista), el coordinador de enseñanza e investigación, fue el encargado de asignar a los pasantes a los diferentes servicios con los que cuenta la clínica dental.

Los miércoles de cada semana, después de nuestro horario, nos presentamos en el “Aula”, lugar donde se exponían temas con relación a nuestra área, el cual, era presentado por los pasantes del servicio social, y en ocasiones por los odontólogos especialistas.

Las actividades realizadas día con día en el consultorio dental se registraban en una hoja que la Coordinación de Enseñanza e Investigación proporcionaba conocida como "hoja de registro mensual". Esta hoja era rellena de acuerdo a las actividades realizadas con los derechohabientes, al final de cada día las actividades eran contabilizadas hasta finalizar el mes. Posteriormente, realizaba un último conteo de actividades y se entregaba a la coordinación. Los responsables se encargaban de registrar los datos al SIMEF (Sistema Médico Financiero) y de esta forma poder contabilizar los insumos, el número de pacientes atendidos de forma mensual, y el tipo de actividad que más se realiza mes con mes. Así mismo, obtener de forma anual el número de derechohabientes que atiende la Clínica de Especialidades Dentales "Dr. Honorato Villa Acosta".

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2018
SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA - CONSULTORIO 6**

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	40	2.40
Actualización de plan de tratamiento	5	0.30
Urgencias	2	0.12
<i>SUBTOTAL</i>	47	2.82
FOMENTO A LA SALUD		
• Intramuros		
Tareas	2	0.12
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	1	0.06
<i>SUBTOTAL</i>	3	0.18
INTERMEDIAS		
Anestesia	65	3.91
Asistencia	119	7.16
Cementación	91	5.47
Coronas provisionales	20	1.20
Preparación cavidad / diente	76	4.57
Ionómero de vidrio	91	5.47
Resina dual	11	0.66
Obturación provisional	54	3.25
Recubrimiento pulpar	22	1.32
Técnica de cuatro manos	119	7.16
Impresión con alginato	82	4.93
Impresión con silicona	80	4.81
<i>SUBTOTAL</i>	830	49.96
CURATIVAS		
Resinas	6	0.36
Reconstrucción de muñón	11	0.66
<i>SUBTOTAL</i>	17	1.02

REHABILITACIÓN		
Alta de la unidad	19	1.14
Alta del servicio	29	1.74
Cementación de corona	33	1.98
Cementación de poste	4	0.24
Cementación de incrustación	54	3.25
Guarda oclusal	5	0.30
Placa total / parcial	5	0.30
<i>SUBTOTAL</i>	149	8.97
ADMINISTRATIVOS		
Expedientes	238	14.32
<i>SUBTOTAL</i>	238	14.32
OTRAS		
Consulta subsecuente	198	11.92
Odontograma	36	2.16
Interpretación radiográfica	39	2.34
Pronóstico / Diagnóstico	42	2.52
Consentimiento Informado	40	2.40
Desobturación de conductos	5	0.30
<i>SUBTOTAL</i>	360	21.67
TOTAL	1,661	100

FUENTE: SIMEF (Sistema de Información Médico Financiero)

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2018
SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA – CONSULTORIO 6**

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	40	2.43
Actualización de plan de tratamiento	13	0.78
Urgencias	15	0.91
<i>SUBTOTAL</i>	68	4.13
FOMENTO A LA SALUD		
• Intramuros		
Tareas	4	0.24
<i>SUBTOTAL</i>	4	0.24
INTERMEDIAS		
Anestesia	78	4.73
Asistencia	108	6.34
Cementación	81	4.92
Coronas provisionales	18	1.09
Preparación cavidad / diente	87	5.28
Ionómero de vidrio	81	4.92
Resina dual	10	0.60
Obturación provisional	72	4.37
Recubrimiento pulpar	32	1.94
Técnica de cuatro manos	98	5.95
Impresión con alginato	67	4.07
Impresión con silicona	52	3.15
<i>SUBTOTAL</i>	784	47.40
CURATIVAS		
Resinas	8	0.48
Reconstrucción de muñón	10	0.60
<i>SUBTOTAL</i>	18	1.08

REHABILITACIÓN		
Alta de la unidad	16	0.97
Alta del servicio	28	1.70
Cementación de corona	30	1.82
Cementación de poste	6	0.36
Cementación de incrustación	45	2.73
Guarda oclusal	5	0.30
Placa total / parcial	4	0.24
<i>SUBTOTAL</i>	134	8.14
ADMINISTRATIVOS		
Expedientes	216	13.12
<i>SUBTOTAL</i>	216	13.12
OTRAS		
Consulta subsecuente	176	10.69
Odontograma	40	2.43
Interpretación radiográfica	16	0.97
Pronóstico / Diagnóstico	57	3.46
Consentimiento Informado	53	3.21
Orden de tratamiento	53	3.21
Interconsultas	15	0.91
Desobturación de conductos	12	0.72
<i>SUBTOTAL</i>	422	25.62
TOTAL	1,646	100

FUENTE: SIMEF

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2018
SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA – CONSULTORIO 6**

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	28	1.98
Actualización de plan de tratamiento	8	0.56
Urgencias	6	0.42
SUBTOTAL	42	2.97
FOMENTO A LA SALUD		
• Intramuros		
Tareas	3	0.21
SUBTOTAL	3	0.21
INTERMEDIAS		
Anestesia	48	3.39
Asistencia	93	6.58
Cementación	87	6.15
Coronas provisionales	8	0.56
Preparación cavidad / diente	54	3.82
Ionómero de vidrio	87	6.15
Resina dual	8	0.56
Obturación provisional	54	3.82
Recubrimiento pulpar	22	1.55
Técnica de cuatro manos	93	6.58
Impresión con alginato	50	5.53
Impresión con silicona	32	2.26
SUBTOTAL	636	45.00
CURATIVAS		
Resinas	4	0.28
Reconstrucción de muñón	26	1.84
SUBTOTAL	30	2.12

REHABILITACIÓN		
Alta de la unidad	3	0.21
Alta del servicio	17	1.20
Cementación de corona	16	1.13
Cementación de poste	13	0.92
Cementación de incrustación	58	4.10
Guarda oclusal	2	0.14
Placa total / parcial	1	0.07
<i>SUBTOTAL</i>	110	7.78
ADMINISTRATIVOS		
Expedientes	186	13.16
<i>SUBTOTAL</i>	186	13.16
OTRAS		
Consulta subsecuente	158	11.18
Odontograma	36	2.54
Interpretación radiográfica	26	1.84
Pronóstico / Diagnóstico	36	2.54
Consentimiento Informado	36	2.54
Orden de tratamiento	36	2.54
Interconsultas	44	3.11
Desobturación de conductos	7	0.49
<i>SUBTOTAL</i>	379	26.79
TOTAL	1,413	100

FUENTE: SIMEF

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2018
SERVICIO DE ORTODONCIA – CONSULTORIO 8

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	12	0.74
Revaloración	164	10.13
SUBTOTAL	176	10.87
FOMENTO A LA SALUD		
• Intramuros		
Tareas	1	0.06
• Extramuros		
Promoción a la salud	3	0.18
SUBTOTAL	4	0.24
INTERMEDIAS		
Asistencia	100	6.18
Técnica de cuatro manos	100	6.18
Impresión con alginato	43	2.65
SUBTOTAL	243	15.01
REHABILITACIÓN		
Alta de la unidad	5	0.30
Ortodoncia Interceptiva	221	13.65
SUBTOTAL	226	13.95
ADMINISTRATIVAS		
Manejos de expedientes	221	13.65
SUBTOTAL	221	13.65
OTRAS		
Consulta subsecuente	209	12.91
Orden de radiografía	71	4.38
Interpretación de radiografías	103	6.36
Pronóstico / Diagnóstico	12	0.74
Consentimiento Informado	12	0.74
Diseño de aparatos	26	1.60
Ajuste y control de aparatología	245	15.14
Colocación de aparatos	49	3.02
Interconsulta	21	1.29
SUBTOTAL	748	46.18
TOTAL	1,618	100

FUENTE: SIMEF

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2018
SERVICIO DE ORTODONCIA – CONSULTORIO 8**

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	24	1.89
Revaloración	126	9.95
SUBTOTAL	150	11.84
FOMENTO A LA SALUD		
• Extramuros		
Promoción a la salud	1	0.07
SUBTOTAL	1	0.07
INTERMEDIAS		
Asistencia	80	6.31
Técnica de cuatro manos	80	6.31
Impresión con alginato	60	4.73
SUBTOTAL	220	17.35
REHABILITACIÓN		
Alta de la unidad	9	0.71
Ortodoncia Interceptiva	139	10.97
SUBTOTAL	148	11.69
ADMINISTRATIVAS		
Manejos de expedientes	139	10.97
SUBTOTAL	139	10.97
OTRAS		
Consulta subsecuente	115	9.08
Orden de radiografía	48	3.79
Interpretación de radiografías	80	6.31
Pronóstico / Diagnóstico	24	1.89
Consentimiento Informado	24	1.89
Diseño de aparatos	32	2.52
Ajuste y control de aparatología	230	18.16
Colocación de aparatos	32	2.52
Colocación de placa de protracción	5	0.39
Interconsulta	18	1.42
SUBTOTAL	608	48.01
TOTAL	1,266	100

FUENTE: SIMEF

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO 2019
SERVICIO DE ORTODONCIA – CONSULTORIO 8

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	28	1.37
Revaloración	180	8.82
SUBTOTAL	208	10.20
FOMENTO A LA SALUD		
• Extramuros		
Promoción a la salud	2	0.09
SUBTOTAL	2	0.09
INTERMEDIAS		
Asistencia	125	6.13
Técnica de cuatro manos	125	6.13
Impresión con alginato	50	2.45
SUBTOTAL	300	14.71
REHABILITACIÓN		
Alta de la unidad	8	0.39
Ortodoncia Interceptiva	248	12.16
SUBTOTAL	256	12.55
ADMINISTRATIVAS		
Manejos de expedientes	248	12.16
SUBTOTAL	248	12.16
OTRAS		
Consulta subsecuente	220	10.78
Orden de radiografía	20	0.98
Interpretación de radiografías	185	9.07
Pronóstico / Diagnóstico	28	1.37
Consentimiento Informado	28	1.37
Diseño de aparatos	38	1.86
Ajuste y control de aparatología	410	20.10
Colocación de aparatos	60	2.94
Colocación de placa de protracción	6	0.29
Interconsulta	30	1.47
SUBTOTAL	1,025	50.26
TOTAL	2,039	100

FUENTE: SIMEF

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO 2019
SERVICIO DE ENDODONCIA – CONSULTORIO 17

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	10	0.43
Urgencias	9	0.36
Orden de radiografía	59	2.38
Valoraciones	114	4.60
<i>SUBTOTAL</i>	192	8.18
FOMENTO A LA SALUD		
• Intramuros		
Tareas	4	0.16
Carteles	1	0.04
Caso clínico (diapositivas)	1	0.04
<i>SUBTOTAL</i>	6	0.24
INTERMEDIAS		
Asistencia	180	7.87
Anestesia	180	7.87
Técnica cuatro manos	180	7.87
Dique de hule	180	7.87
Farmacoterapia	35	1.53
Obturación provisional	180	7.87
Recubrimiento pulpar	6	0.24
<i>SUBTOTAL</i>	941	41.12
CURATIVAS		
Pulpectomía	43	1.88
Pulpotomía	43	1.88
Número de conductos obturados	105	4.59
<i>SUBTOTAL</i>	191	8.35
REHABILITACIÓN		
Alta del servicio	43	1.88
<i>SUBTOTAL</i>	43	1.88

ADMINISTRATIVOS		
Expedientes	55	2.40
<i>SUBTOTAL</i>	55	2.40
OTRAS		
Consulta de primera vez	45	1.96
Consulta subsecuente	180	7.87
Interpretación de radiografías	59	2.58
Pronóstico / Diagnóstico	101	4.42
Consentimiento Informado	55	2.40
Número de conductos	105	4.59
Acceso de conductos	45	1.96
Trabajo biomecánico	105	4.59
Desobturación de conductos	3	0.13
Toma radiográfica	108	4.72
Receta médica	6	0.26
Interconsulta	43	1.88
Contrareferencia	2	0.08
<i>SUBTOTAL</i>	857	37.50
TOTAL	2,285	100

FUENTE: SIMEF

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2019
SERVICIO DE ENDODONCIA – CONSULTORIO 17

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	6	0.32
Urgencias	2	0.10
Orden de radiografía	34	1.86
Valoraciones	102	5.60
<i>SUBTOTAL</i>	144	7.74
FOMENTO A LA SALUD		
• Intramuros		
Tareas	4	0.21
<i>SUBTOTAL</i>	4	0.21
INTERMEDIAS		
Asistencia	112	6.15
Anestesia	112	6.15
Técnica cuatro manos	112	6.15
Dique de hule	112	6.15
Farmacoterapia	15	0.82
Obturación provisional	112	6.15
<i>SUBTOTAL</i>	575	31.57
CURATIVAS		
Pulpectomía	26	1.42
Pulpotomía	26	1.42
Número de conductos obturados	94	5.16
<i>SUBTOTAL</i>	146	8.01
REHABILITACIÓN		
Alta del servicio	26	1.42
<i>SUBTOTAL</i>	26	1.42

ADMINISTRATIVOS		
Expedientes	138	7.57
<i>SUBTOTAL</i>	138	7.57
OTRAS		
Consulta de primera vez	28	1.53
Consulta subsecuente	112	6.15
Interpretación de radiografías	174	9.55
Pronóstico / Diagnóstico	75	4.11
Consentimiento Informado	36	1.97
Número de conductos	94	5.16
Acceso de conductos	27	1.48
Trabajo biomecánico	94	5.16
Toma radiográfica	105	5.76
Receta médica	15	0.82
Interconsulta	26	1.42
Contrareferencia	2	0.10
<i>SUBTOTAL</i>	788	43.27
TOTAL	1,821	100

FUENTE: SIMEF

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL 2019
SERVICIO DE ENDODONCIA – CONSULTORIO 17

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	14	0.48
Urgencias	1	0.03
Orden de radiografía	78	2.71
Valoraciones	146	5.07
SUBTOTAL	239	8.31
FOMENTO A LA SALUD		
• Intramuros		
Tareas	4	0.13
SUBTOTAL	4	0.13
INTERMEDIAS		
Asistencia	254	8.83
Anestesia	254	8.83
Técnica cuatro manos	254	8.83
Dique de hule	254	8.83
Farmacoterapia	7	0.24
Obturación provisional	254	8.83
SUBTOTAL	1,277	44.41
CURATIVAS		
Pulpectomía	29	1.00
Pulpotomía	29	1.00
Número de conductos obturados	90	3.13
SUBTOTAL	148	4.72
REHABILITACIÓN		
Alta del servicio	29	1.00
SUBTOTAL	29	1.00

ADMINISTRATIVOS		
Expedientes	77	2.67
<i>SUBTOTAL</i>	77	2.67
OTRAS		
Consulta de primera vez	63	2.19
Consulta subsecuente	189	6.57
Interpretación de radiografías	78	2.71
Pronóstico / Diagnóstico	278	9.36
Consentimiento Informado	125	4.34
Número de conductos	90	3.13
Acceso de conductos	29	1.00
Trabajo biomecánico	90	3.13
Toma radiográfica	152	5.13
Receta médica	7	0.24
Interconsulta	29	1.00
<i>SUBTOTAL</i>	1,130	39.30
TOTAL	2,875	100

FUENTE: SIMEF

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO 2019
SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA – CONSULTORIO 5

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	60	2.52
Urgencias	21	0.88
<i>SUBTOTAL</i>	81	3.41
FOMENTO A LA SALUD		
• Intramuros		
Tareas	5	0.21
<i>SUBTOTAL</i>	5	0.21
INTERMEDIAS		
Anestesia	95	4
Asistencia	123	5.17
Cementación	169	7.11
Coronas provisionales	30	1.26
Preparación cavidad / diente	95	4
Ionómero de vidrio	184	7.74
Obturación provisional	65	2.73
Recubrimiento pulpar	65	2.73
Técnica de cuatro manos	123	5.17
Impresión con alginato	95	4
Impresión con silicona	95	4
<i>SUBTOTAL</i>	1,139	47.95
CURATIVAS		
Resinas	22	0.92
Reconstrucción de muñón	15	0.63
<i>SUBTOTAL</i>	37	1.55

REHABILITACIÓN		
Alta de la unidad	47	1.97
Alta del servicio	27	1.13
Cementación de corona	105	4.42
Cementación de poste	17	0.71
Cementación de incrustación	47	1.97
Guarda oclusal	2	0.08
<i>SUBTOTAL</i>	245	10.31
ADMINISTRATIVOS		
Expedientes	322	13.55
<i>SUBTOTAL</i>	322	13.55
OTRAS		
Consulta subsecuente	241	10.14
Orden radiográfica	60	2.52
Interpretación radiográfica	60	2.52
Pronóstico / Diagnóstico	60	2.52
Consentimiento Informado	60	2.52
Desobturación de conductos	43	1.81
Interconsulta	22	0.92
<i>SUBTOTAL</i>	546	22.98
TOTAL	2,375	100

FUENTE: SIMEF

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 2019
SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA – CONSULTORIO 5

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	65	2.74
Urgencias	18	0.76
<i>SUBTOTAL</i>	83	3.5
FOMENTO A LA SALUD		
• Intramuros		
Tareas	2	0.08
<i>SUBTOTAL</i>	2	0.08
INTERMEDIAS		
Anestesia	75	3.17
Asistencia	125	5.28
Cementación	180	7.61
Coronas provisionales	35	1.47
Preparación cavidad / diente	110	4.65
Ionómero de vidrio	180	7.61
Obturación provisional	75	3.17
Recubrimiento pulpar	75	3.17
Técnica de cuatro manos	125	5.28
Impresión con alginato	111	4.65
Impresión con silicona	110	4.52
<i>SUBTOTAL</i>	1,201	50.78
CURATIVAS		
Resinas	4	0.16
Reconstrucción de muñón	15	0.63
<i>SUBTOTAL</i>	19	0.80

REHABILITACIÓN		
Alta de la unidad	25	1.05
Alta del servicio	40	1.69
Cementación de corona	35	1.47
Cementación de poste	3	0.12
Cementación de incrustación	75	3.17
Guarda oclusal	3	0.12
<i>SUBTOTAL</i>	181	7.65
ADMINISTRATIVAS		
Expedientes	333	14.08
<i>SUBTOTAL</i>	333	14.08
OTRAS		
Consulta subsecuente	250	10.57
Orden radiográfica	65	2.74
Interpretación radiográfica	65	2.78
Pronóstico / Diagnóstico	65	2.78
Consentimiento Informado	65	2.78
Desobturación de conductos	6	0.25
Interconsulta	30	1.23
<i>SUBTOTAL</i>	546	23.08
TOTAL	2,365	100

FUENTE: SIMEF

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO 2019
SERVICIO DE PRÓTESIS FIJA – CONSULTORIO 5

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	50	2.13
Urgencias	25	1.06
<i>SUBTOTAL</i>	75	3.19
FOMENTO A LA SALUD		
• Extramuros		
Caso clínico (diapositivas)	1	0.04
<i>SUBTOTAL</i>	1	0.04
INTERMEDIAS		
Anestesia	100	4.26
Asistencia	90	3.83
Cementación	120	5.11
Coronas provisionales	15	0.63
Preparación cavidad / diente	171	7.29
Ionómero de vidrio	175	7.46
Obturación provisional	152	6.48
Recubrimiento pulpar	80	3.41
Técnica de cuatro manos	90	3.83
Impresión con alginato	152	6.48
Impresión con silicona	152	6.48
<i>SUBTOTAL</i>	1,297	55.33
CURATIVAS		
Resinas	4	0.17
Reconstrucción de muñón	15	0.63
<i>SUBTOTAL</i>	19	0.81

REHABILITACIÓN		
Alta de la unidad	25	1.06
Alta del servicio	30	1.27
Cementación de corona	15	0.63
Cementación de poste	8	0.34
Cementación de incrustación	152	6.48
Guarda oclusal	1	0.04
<i>SUBTOTAL</i>	231	9.85
ADMINISTRATIVAS		
Expedientes	255	10.87
<i>SUBTOTAL</i>	255	10.87
OTRAS		
Consulta subsecuente	180	7.67
Odontograma	50	2.13
Orden radiográfica	50	2.13
Interpretación radiográfica	50	2.13
Pronóstico / Diagnóstico	50	2.13
Consentimiento Informado	50	2.13
Desobturación de conductos	6	0.25
Interconsulta	30	1.27
<i>SUBTOTAL</i>	466	19.88
TOTAL	2,344	100

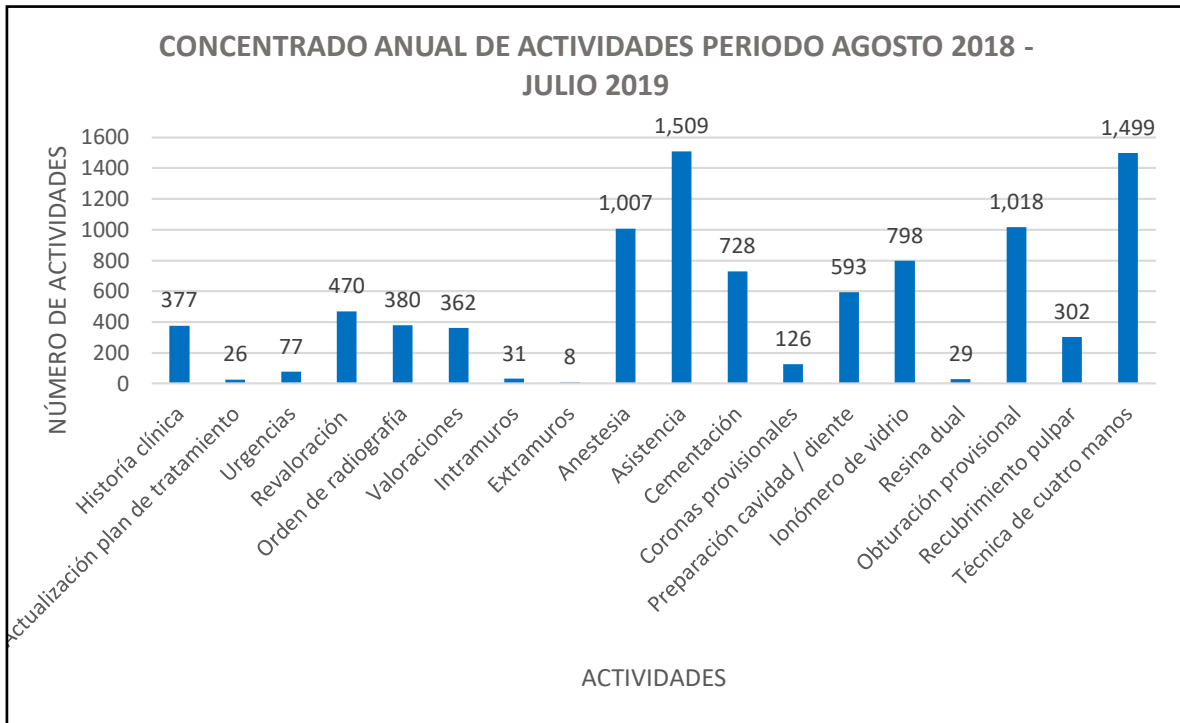
FUENTE: SIMEF

CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES PERIODO AGOSTO 2018 – JULIO 2019

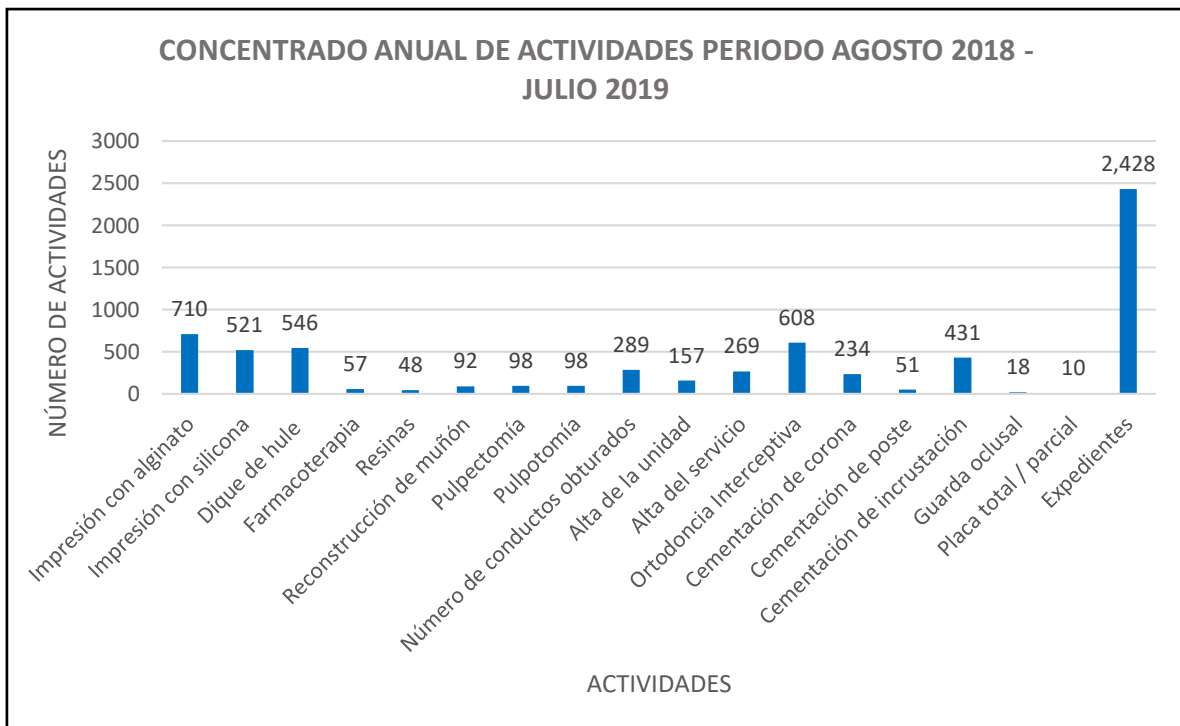
Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
Historía clínica	377	1.59
Actualización de plan de tratamiento	26	0.10
Urgencias	77	0.32
Revaloración	470	1.98
Orden de radiografía	380	1.16
Valoraciones	362	1.52
SUBTOTAL	1,692	7.13
FOMENTO A LA SALUD		
• Intramuros	31	0.13
• Extramuros	8	0.03
SUBTOTAL	39	0.15
INTERMEDIAS		
Anestesia	1,007	4.24
Asistencia	1,509	6.36
Cementación	728	3.07
Coronas provisionales	126	0.53
Preparación cavidad / diente	593	2.50
Ionómero de vidrio	798	3.36
Resina dual	29	0.12
Obturación provisional	1,018	4.29
Recubrimiento pulpar	302	1.27
Técnica de cuatro manos	1,499	6.32
Impresión con alginato	710	2.99
Impresión con silicona	521	2.19
Dique de hule	546	2.30
Farmacoterapia	57	0.24
SUBTOTAL	9,443	39.83
CURATIVAS		
Resinas	48	0.20
Reconstrucción de muñón	92	0.38
Pulpectomía	98	0.41
Pulpotomía	98	0.41
Número de conductos obturados	289	1.21
SUBTOTAL	625	2.63

REHABILITACIÓN		
Alta de la unidad	157	0.66
Alta del servicio	269	1.13
Ortodoncia Interceptiva	608	2.56
Cementación de corona	234	0.98
Cementación de poste	51	0.21
Cementación de incrustación	431	1.81
Guarda oclusal	18	0.07
Placa total / parcial	10	0.04
SUBTOTAL	1,778	7.49
ADMINISTRATIVOS		
Expedientes	2,428	10.24
SUBTOTAL	2,428	10.24
OTRAS		
Consulta subsecuente	2,228	9.39
Odontograma	403	1.69
Interpretación radiográfica	935	3.94
Pronóstico / Diagnóstico	828	3.49
Consentimiento Informado	584	2.46
Desobturación de conductos	82	0.34
Orden de tratamiento	89	0.37
Interconsultas	308	1.29
Diseño de aparatos	96	0.40
Ajuste y control de aparatología	885	3.73
Colocación de aparatos	141	0.59
Placa de protracción	11	0.04
Contrareferencia	4	0.01
Receta médica	28	0.11
Número de conductos	289	1.21
Acceso de conductos	101	0.42
Toma de radiografía	365	1.53
SUBTOTAL	7,377	31.11
TOTAL	23,708	100

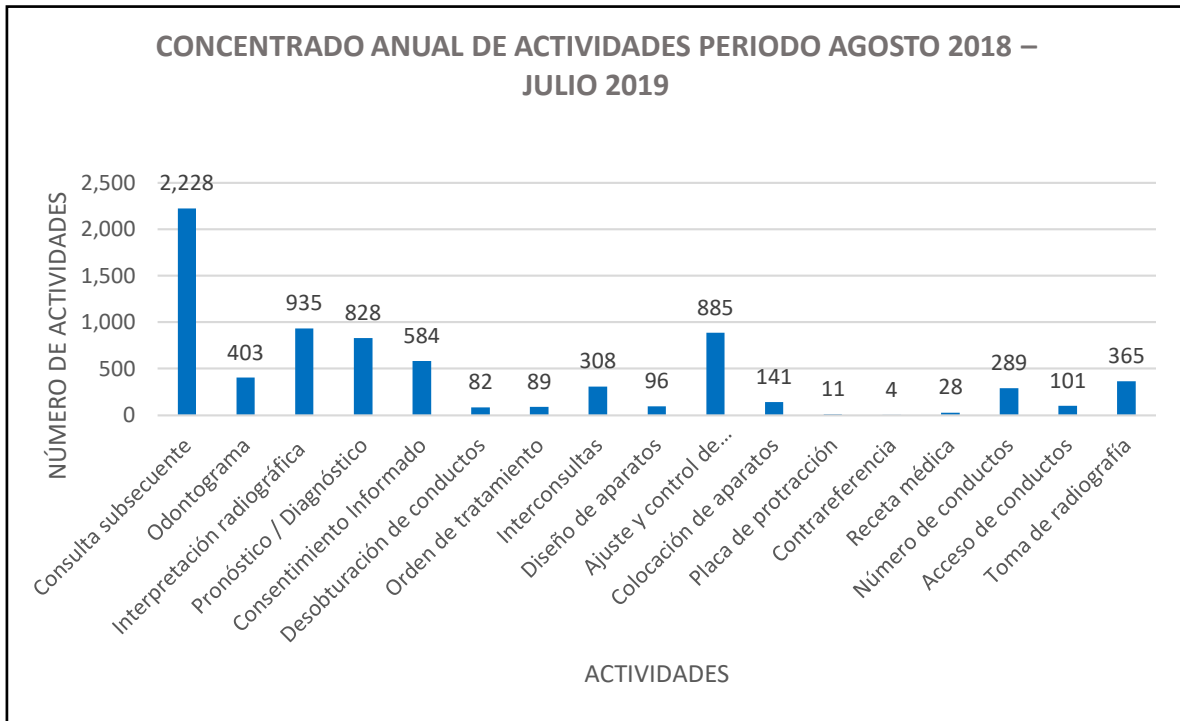
FUENTE: SIMEF



Gráfica 1.- Representa el número total de actividades realizadas durante 12 meses, distribuido en 3 servicios distintos (prótesis fija, ortodoncia y endodoncia).



Gráfica 2.- Es la continuación del número total de actividades realizadas durante 12 meses, distribuido en 3 servicios distintos (prótesis fija, ortodoncia y endodoncia).

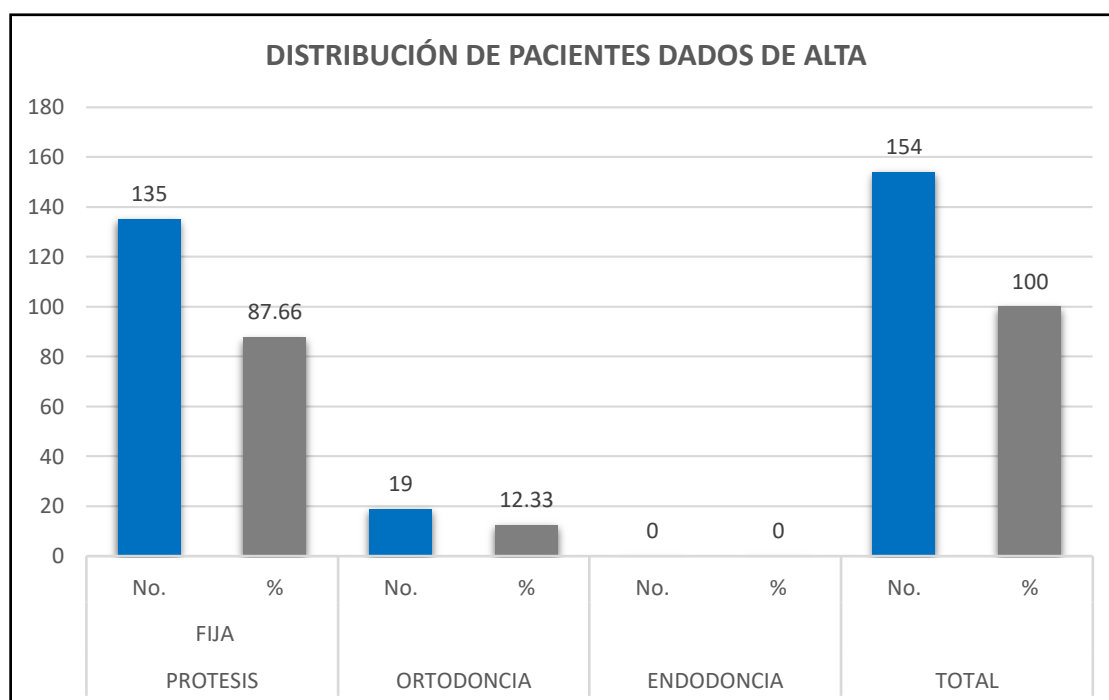


Gráfica 3.- Es la última gráfica en donde representa el número total de actividades realizadas durante 12 meses, distribuido en 3 servicios distintos (prótesis fija, ortodoncia y endodoncia) con un total de 45 actividades.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DADOS DE ALTA DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2018 – JULIO 2019								
NOMBRE	PROTESIS FIJA		ORTODONCIA		ENDODONCIA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ALTA INTEGRAL	135	87.66	19	12.33	0	0	154	100

FUENTE: SIMEF

Tabla 4.- Representa el número de pacientes que se le otorgo el alta integral durante el periodo agosto 2018 – julio 2019, durante los distintos servicios (prótesis fija, ortodoncia y endodoncia).



Gráfica 4.- En esta gráfica se presentan los tres servicios, por el cual; se cursó durante el periodo agosto 2018 – julio 2019, obteniendo como resultado final los derechohabientes dados de “Alta integral”. El servicio que obtuvo mayor número de “Alta integral” fue **Prótesis fija** con un el **87.66%** (135 derechohabientes), posteriormente encontramos al servicio de **Ortodoncia** con el **12.33%** (19 derechohabientes), y por último, tenemos al servicio de **Endodoncia** con un **0%**, esto se debe a que cada consultorio dental corresponde a una especialidad dental, por tanto; los derechohabientes que pasan por el servicio de Endodoncia se les otorga una interconsulta para continuar con su rehabilitación protética, por tal motivo; este servicio no cuenta con alta integral.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

De acuerdo, con los datos obtenidos día con día durante los doce meses de servicio social, se obtuvo un total de **23,708 actividades** durante los distintos servicios por los cuales se cursaron, de tal modo que, existen varias actividades que se repiten en las distintas especialidades.

Las actividades integrales que presentaron mayor demanda durante el periodo *agosto 2018 – julio 2019* son las siguientes: **608** aparatos de **ortodoncia Interceptiva**; **885 ajustes y control** de aparatos de ortopedia; **593 preparaciones cavidades y/o dientes** que corresponden a incrustaciones, coronas y postes metálicos; **431 incrustaciones** tanto metálicas como estéticas; **289 conductos obturados**; **234 coronas** total metálicas y/o metal – porcelana; **96 diseños de aparatos** de ortopedia;

Entre las actividades con menor demanda se encuentran: las **48 resinas**, **51 postes metálicos**, **18 guardas oclusales**, **10 placas** parciales y/o totales, **82 conductos desobturados** y solo **11 placas** de **protracción** se ajustaron durante el periodo correspondiente.

Cabe destacar que, estas actividades se realizaron durante los 3 meses correspondientes a cada servicio por tanto en; distinto consultorio, sin embargo; los datos obtenidos son una muestra total de todas las actividades que realizó el pasante durante un año.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Durante los doce meses de servicio social en la Clínica “Dr. Honorato villa acosta”, tuve la oportunidad de estar en distintas especialidades dentales, tales como: Prótesis Fija, Prótesis Removible, Ortodoncia, Odontopediatría, Endodoncia, Rayos “X” y Laboratorio dental, cabe mencionar que la clínica dental cuenta con un consultorio conocido como “filtro”, que se encarga de recibir a todos los derechohabientes que se presentan por primera vez para una valoración completa y poder distribuir a cada uno de ellos, de acuerdo a sus necesidades y prioridades dentales.

La Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” que corresponde al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se ha consolidado desde 1966 como una de las mejores opciones para tratar problemas de salud dental. Dicha clínica cuenta con un total de 18 consultorios y un quirófano en el turno matutino y con 8 consultorios en el turno vespertino y un quirófano.

En el turno matutino se cuenta con dos consultorios de odontopediatría, cinco consultorios de ortodoncia preventiva e Interceptiva.

El servicio de prótesis es dividido en dos secciones:

- 1) Prótesis Fija
- 2) Prótesis Removible,

Por tanto; cuenta con cuatro consultorios que corresponden a Prótesis Fija y dos consultorios al servicio de Prótesis Removible, un consultorio corresponde al servicio de Parodoncia, dos consultorios son de Endodoncia y solo un consultorio es de Cirugía Maxilofacial.

Es importante mencionar que la clínica es de segundo nivel debido a que cuenta con quirófano. La clínica recibe a los derechohabientes a nivel nacional, por tanto; cuenta con una alta demanda debido a que es única en su género.

Según los datos obtenidos del SIMEF (Sistema de Información Médico Financiero), se estima un promedio de 5 mil pacientes atendidos de forma mensual, de modo que, la población atendida corresponde a un rango de edad de 2 – 100 años. En donde el 65% corresponde a mujeres y el 45% a hombres.

Este tipo de clínica es de suma importancia para los pasantes de servicio de social, ya que ayuda a corroborar el aprendizaje obtenido durante la universidad, del mismo modo, es importante porque el pasante se encuentra con una estrecha relación con el especialista, y de esta forma se obtiene mayor confianza para poder despejar dudas e incluso poder trabajar en equipo para la elaboración de algún caso clínico y publicación del mismo.

Estar tres meses en una misma especialidad tiene cierta ventaja, debido a que se adquieren nuevos conocimientos que quizá en algún momento crearon duda en la universidad. Es importante saber que a pesar de que se cuenta con varios odontólogos de la misma especialidad hace que la clínica cuente con mejores alternativas de plan de tratamiento, debido a que los odontólogos especialistas cuentan con distintas formas de trabajo, el cual, hace que la odontología se convierta más interesante e innovadora, ya que se puede aprender distintos métodos de trabajo para un mismo objetivo, por tal motivo, es recomendable que el pasante que se encuentre en esta clínica realizando su servicio social pueda tener la oportunidad de estar presente en la mayoría de los consultorios y, de esta forma poder adquirir nuevos conocimientos de cada uno de los especialistas y, de este modo, puede tener un panorama más amplio de los tratamientos odontológicos.

Otra de las ventajas que ofrece esta clínica es que cuenta con el servicio de “Rayos X” en donde al día se toman alrededor de 100 radiografías periapicales, tanto de adulto como de niño, y entre 10 y 15 radiografías panorámicas.

También se dispone del servicio de laboratorio, en donde generalmente los pasantes de CCH son los responsables de este lugar.

Los pasantes de odontología son los encargados de asistir al especialista, sin embargo; es importante mostrar una actitud positiva, una aptitud de trabajo, ser responsable con las labores asignados, contar con la capacidad de trabajar en equipo y poder generar un ambiente armónico con los compañeros de trabajo.

De acuerdo a las aptitudes de cada pasante algunos de los especialistas permiten que los pasantes realicen algunos tratamientos en pacientes.

Otra gran ventaja de esta clínica es que los pacientes se pueden ver de forma intrahospitalaria, pues cabe mencionar, que es muy común que lleguen pacientes con síndromes, VIH, cáncer, enfermedades hepáticas, entre otras.

Además, de que cada consultorio está conformado por el Odontólogo especialista, por un enfermero(a) y el pasante de odontología, y de esta forma podemos visualizar al paciente de forma integral y no solo por salud bucal.

A pesar de que, la Clínica de Especialidades Dentales ofrece el mejor servicio de salud bucal a sus derechohabientes a nivel nacional, no es suficiente, debido a que solo se cuenta con una sola Clínica de Especialidades Dentales y, por tanto, la demanda de los derechohabientes es muy alta, por lo que, las citas son muy largas aproximadamente entre un mes y medio, esto ocasiona, tratamientos con mucho tiempo y complejos.

Se recomienda, que se realice otra Clínica de Especialidades Dentales en algún punto estratégico del país de esta forma se podrá atender a más derechohabientes quizá en menos tiempo, y de esta forma ofrecer, mayor empleo a odontólogos egresados, y así mismo, poder aumentar la productividad de tratamientos dentales.

Es importante, realizar campañas de “Prevención bucal”, puesto que, se ha estudiado que implementar la prevención dental reduce costos y sobre todo la reducción de perdida prematura de dientes

CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS

