

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD.



LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

TEMA: CLASIFICACIÓN DE LA POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSSTE EN 2019.

Informe del Servicio Social

Lugar de realización: Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” y Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE.

Alumno: Pineda Quirós Laura Alejandra.

Matrícula: 2143060095.

Periodo del servicio social: Del 01- Febrero - 2019 al 31 – Enero – 2020.

Fecha de entrega: Febrero 2020.

Asesor Externo: Dra. María Hurtado del Río.

Asesor Interno: Mtra. María de los Ángeles Martínez Cárdenas.

2019 – 2020

ESTOMATOLOGÍA CENTRO DE
CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSSTE

Servicio social de la UAM Xochimilco



Asesor Externo

Dra. María Hurtado del Río, Cirujano Maxilofacial del Centro de Cirugía Ambulatoria
del ISSSTE

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM – XOCHIMILCO



Asesor Interno

Mtra. María de los Ángeles Martínez Cárdenas,
Profesor de la Universidad Autónoma Metropolitana



Asesor Interno

Comisión del Servicio social de la licenciatura en Estomatología en la UAM
Xochimilco

RESUMEN

Introducción: Es un tema controversial el hecho de dejar en boca los terceros molares o extraerlos. Algunos autores alegan que los **terceros molares** son perjudiciales para la salud del sistema estomatognático, otros dicen que mientras el tercer molar no presente ninguna molestia puede permanecer en boca o dentro del hueso por años sin producir ninguna alteración. En todo caso, debemos de guiarnos por una serie de parámetros que nos permite decidir cuándo está indicada la extracción de los terceros molares y cuándo no.

La presente investigación es un estudio transversal, observacional, retrospectivo parcial, y descriptivo. **Objetivo:** Establecer la frecuencia de la clase de los terceros molares retenidos según la clasificación de Winter y Pell y Gregory en los pacientes del Centro de Cirugía Ambulatoria. **Materiales y métodos:** Se analizaron 53 radiografías panorámicas de pacientes entre 15 y 65 años de edad y se llenaron los datos correspondientes a cada paciente. **Resultados:** La posición de profundidad más frecuente para los terceros molares superiores es la posición 1A, correspondiente a la clasificación de Winter, mientras que en terceros molares inferiores (clasificación Pell y Gregory) predomina la clase mesioangulada.

Decidí realizar este trabajo debido a la alta incidencia de pacientes diagnosticados con retención de terceros molares; Es de gran importancia realizar la valoración pre quirúrgica porque ésta nos va ayudar a determinar la complejidad del procedimiento. Para llevar a cabo este estudio me apoyé principalmente en las radiografías panorámicas de cada paciente.

Palabras clave: Terceros molares, Extracción, Clasificación y Radiografía.

Keywords: Third molars, Extraction, Classification, Radiography.

ÍNDICE.

Capítulo 1: Introducción general	1
Capítulo 2: Clasificación de la posición de los terceros molares de los pacientes que acuden al Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE 2019	2
Introducción	2
Teorías sobre la etiología de la retención dentaria	3
Profundidad relativa del tercer molar en el hueso	5
Clasificación de Ginestest	9
Clasificación del Dr. Sánchez Torres	9
Objetivo general	10
Material y métodos	11
Resultados	13
Discusión	17
Conclusión	18
Anexo 1	19
Bibliografía	46
Capítulo 3: Antecedentes	48
1. Zona de influencia	48
1.1 Clínica de Especialidades Dentales Dr. Honorato Villa Acosta .48	
1.2 Análisis	49
1.2.1. Servicio Estomatológico	49
2. Zona de influencia	53
2.1 Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE	53
2.2 Análisis	57
2.2.1. Servicio Estomatológico	57
Capítulo 4: Informe numérico narrativo	61
Capítulo 5: Análisis de la información	76
Capítulo 6: Conclusión	76
Capítulo 7: Fotografías	77

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL

Comencé mi servicio social en la clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”; durante el periodo del 01 de Febrero del 2019 al 31 de Enero del 2020 en ésta clínica por promedio, me correspondía el horario matutino sin embargo no respetaron dicha jerarquía por lo que opté por realizar un cambio directamente en La Fragua a los casi 4 meses de estancia en turno vespertino ya que no me dieron solución al caso; Así fué como me asignaron al Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE en el periodo del 20 de mayo 2019 al 31 de enero 2020.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la salud es lo más importante, por lo que la clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” es una Unidad de salud que dirige sus acciones a atender a los derechohabientes, tienen acceso a todos los servicios médicos de calidad para ofrecer una atención integral a los pacientes, se ha consolidado desde 1966 como una de las mejores opciones para tratar problemas relacionados con la salud dental; En esta clínica estuve en el Servicio de Odontopediatría en el cuál realicé la parte administrativa, anestесias, extracciones, asistencia a la doctora, selladores, resinas, todo esto con previa autorización de ella durante los primeros tres meses; Posteriormente se realizó un cambio a Ortodoncia Preventiva dónde tomaba modelos de impresión, diseño de aparatos, orden para laboratorios, interpretación radiográfica, ajuste y cementación de aparatos.

Por otra parte, el Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA) del ISSSTE, es una Unidad de salud que dirige sus acciones a atender a los derechohabientes del Instituto que requieren atención médico-quirúrgica bajo el sistema de cirugía ambulatoria y surge de la necesidad de eficientar la atención de los pacientes quirúrgicos candidatos a éste sistema, además de contribuir al desahogo del muy importante rezago quirúrgico de los hospitales de tercer nivel del instituto. También realiza actividades de promoción y protección a la salud; Mis principales actividades como pasante en el servicio de Estomatología de este hospital, se basaban en el llenado de historias clínicas, hoja diaria de paciente con diagnóstico y tratamiento, notas de evolución, asistencia en quirófano con el cirujano Maxilofacial, entrega de recetas, incapacidades, indicaciones y radiografías, exposición acerca del nervio facial y la parálisis de éste, programación de pacientes para cirugía, solicitud de laboratorios, electrocardiogramas y tele de tórax a la clínica correspondiente de ellos, explicación de consentimientos informados (riesgos y/o complicaciones), llenado de referencias con médicos especialistas y médico anesthesiólogo, atención al paciente pre quirúrgico, quirúrgico y post quirúrgico, resolución de accidente post quirúrgico, cirugía de bajo riesgo supervisadas por la doctora Maxilofacial, entre otras.

CAPÍTULO 2: CLASIFICACIÓN DE LA POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSSTE EN 2019

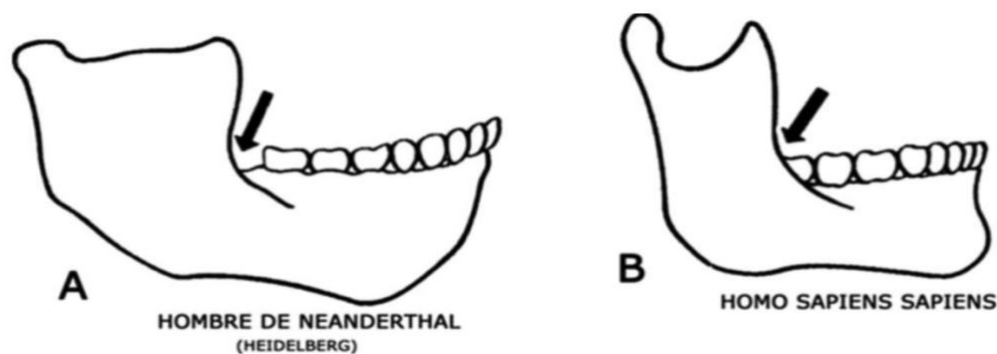
INTRODUCCIÓN

El hombre ha experimentado un proceso de evolución a lo largo del tiempo. Al igual que otras estructuras como los dedos, las vértebras, las costillas, los dientes tienen una pronunciada tendencia de sufrir agenesia ⁽¹⁾

Algunos autores se basan en la presunción de que los maxilares han ido disminuyendo su tamaño durante la evolución humana, mientras que las dimensiones dentarias permanecen relativamente iguales que en los orígenes, probablemente como resultado de una reducción evolutiva en el tamaño corporal genéticamente determinado, concepto que justifica sobre todo la gran incidencia de agenesia de los terceros molares inferiores ⁽²⁾

Según Adloff, en su teoría señala la futura desaparición del tercer molar en la especie humana como consecuencia de la disminución de la actividad masticatoria. Es una línea evolutiva hacia un número menor de dientes donde le siguen los premolares maxilares y mandibulares e incisivos laterales ⁽³⁾. Sin embargo, Wallace estudiando fósiles de Australopithecus, Paranthropus y Homo temprano, observó agenesia de terceros molares con erupción retrasada en un Homo temprano de dos millones de años de antigüedad, además encontró que la frecuencia de las erupciones dentales es muy similar a la del hombre moderno por lo que sugiere que desde hace dos millones de años al presente, la historia evolutiva del desarrollo dental del Homo ha sido muy lenta. ⁽⁴⁾

También debemos de considerar que la evolución de los hábitos alimenticios ha contribuido a modificar el tamaño de los maxilares, siendo marcado este cambio a nivel mandibular, aspecto evolutivo del Homo Sapiens Sapiens que se confirma por la disminución progresiva del espacio retromolar entre el borde anterior de la rama y la cara distal del tercer molar ⁽³⁾



Odusanya y Abayomi en 1991 realizaron una investigación en adolescentes nigerianos que habitan en la zona rural y que a los 19 años ya tenían todos sus

terceros molares erupcionados, sin agenesia y sin retenciones y que por necesidades alimentarias, debían utilizar de forma energética su aparato masticatorio. Esto confirma la hipótesis anterior.

Teorías sobre la etiología de la retención dentaria

1. Teoría Filogenética: Debido a la evolución humana, los maxilares han reducido su tamaño, pero las piezas dentales siguen con su tamaño original. El tipo de alimentación también ha cambiado, antes los alimentos eran más duros y se necesitaba de mayor fuerza masticatoria, con el tiempo el hombre ha ido adoptando una dieta blanda, y nuestro sistema masticatorio se ha ido modificando reduciendo el número de piezas dentarias.
2. Teoría Mendeliana: La herencia juega un papel muy importante. Durante la transmisión genética un individuo puede heredar el maxilar pequeño de su padre con las piezas dentales grandes de su madre, o viceversa.
3. Teoría Ortodóncica: El crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de las piezas dentales es en dirección anterior. Cualquier interferencia que no vaya con el crecimiento anterior causa retenciones en las piezas dentales.

Por cronología el tercer molar se forma en la vida extrauterina, la formación de la corona inicia a los 9 años y termina a los 14 años. El periodo de erupción es a partir de los 18 años, sin embargo, puede ser un rango entre los 18 y 25 años de edad ⁽⁵⁾ ; son los órganos dentarios con mayor frecuencia de retención dada su principal etiología representada por la falta de espacio en la región posterior de las arcadas dentarias.

Esta situación se asocia a complicaciones propias de la retención dental como caries del segundo y/o tercer molar, resorción radicular del segundo molar, formación de quistes y tumores odontogénicos e infecciones por la presencia de una bolsa periodontal distal al segundo molar o por pericoronitis que pueden provocar, además, una osteomielitis o una infección cervicofacial. ⁽⁶⁾

De acuerdo con Archer (1978), el término dientes retenidos se usa más bien de manera imprecisa para incluir los dientes retenidos en el verdadero sentido de la palabra, es decir, dientes cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o hueso; dientes en malposición hacia lingual o vestibular con respecto al arco normal o en infraoclusión y dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción. Mead (1930) en su estudio, encontró que 461 de los 581 dientes retenidos eran terceros molares (casi 80%), Moss (1975), Shapira (1981) y Fournier (1982) coinciden en afirmar que después del tercer molar el diente más frecuentemente retenido es el canino superior. ⁽⁷⁾

En otras circunstancias, el tercer molar también puede ser utilizado como autotrasplante para restituir un órgano dentario perdido. En ambos casos, durante la planeación, es necesario determinar el grado de dificultad quirúrgica de la odontectomía, lo cuál suele realizarse utilizando diversos sistemas de clasificación que consideran aspectos como la presentación del tercer molar, el espacio disponible

en la región retromolar, la profundidad a la que se encuentra y sus relaciones anatómicas. (8)

A los aspectos diagnósticos anteriores se le suman otros como el sexo, edad y estado sistémico, la densidad ósea circundante, el espacio del ligamento periodontal y los aspectos constitutivos esqueléticos y de tejidos blandos de la cara y cuello del paciente. (9)

El estudio radiológico es imprescindible y para ello se tomarán las siguientes radiografías:

- Ortopantomografía
- Radiografía periapical intrabucal del tercer molar o de la región donde pueda estar ubicado
- Radiografía oclusal de la zona del tercer molar
- Radiografía extrabucal lateral de cráneo.
- Tomografía computarizada (Cone Beam)

La radiografía panorámica se considera de gran utilidad en el diagnóstico oral y Maxilofacial, permitiendo observar todos los dientes, el maxilar, la mandíbula y otros componentes anatómicos adyacentes, en el momento que se realiza un procedimiento quirúrgico y debería ser de norma general pedirla para el diagnóstico. (10)

En esta técnica se observan terceros molares impactados e incluídos, traumatismos, enfermedades extensas de los maxilares, dentición mixta y la proximidad con el nervio dentario inferior que discurre desde la espina de spix a través del cuerpo de la mandíbula y llega hasta el agujero mentoniano, en condiciones normales, pasa inferior vestibular y apical con respecto a las raíces de los terceros molares, las características entre los ápices y el paquete vasculo nervioso son: el oscurecimiento de los ápices, reflexión de ápices, estrechamiento de ápices, presencia de ápices bífidos sobre el conducto dentario inferior, alteración de la cortical del nervio dentario, desviación repentina del nervio dentario inferior, estrechamiento del conducto, es por eso su importancia en el diagnóstico para una adecuada terapia quirúrgica. (11)

En las diversas clasificaciones es importante disponer de un estudio imagenológico, que permita obtener la información detallada de la pieza dentaria como es el caso de el tercer molar, su proximidad a estructuras adyacentes y del área a ser intervenida, la radiografía panorámica permite proporcionar esa información de manera específica. (12)

Existen diversas clasificaciones de dientes retenidos, la clasificación más empleada para terceros molares inferiores es la de Pell y Gregory que establece los siguientes parámetros.

Relación del tercer molar con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar.

- a) Clase I. Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- b) Clase II. El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- c) Clase III. Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula.

Profundidad relativa del tercer molar en el hueso

Posición A. La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano oclusal del segundo molar.



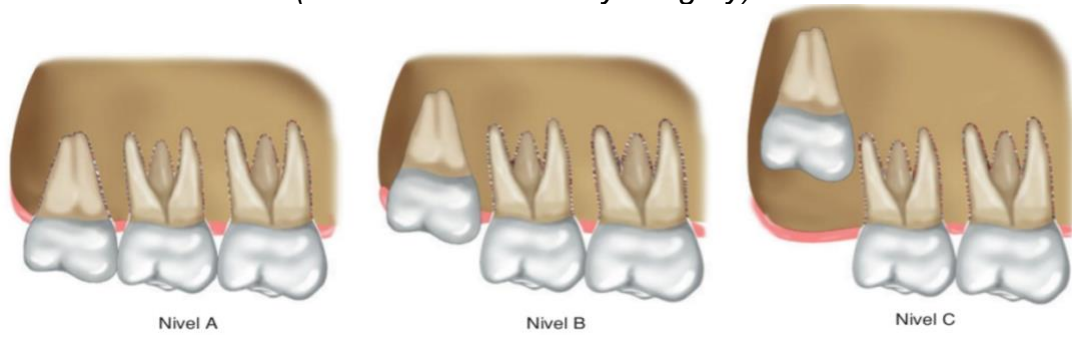
Posición B. La parte más alta del tercer molar está por abajo del plano oclusal del segundo molar.



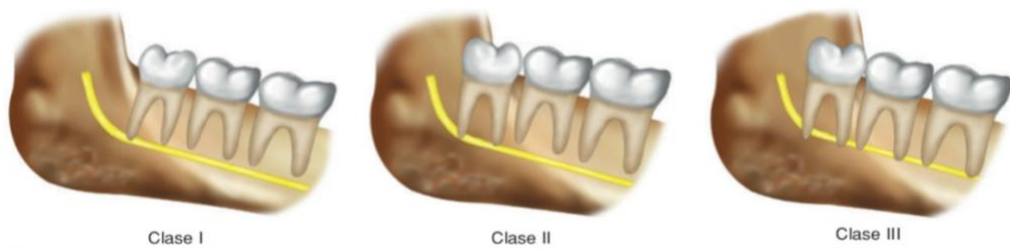
Posición C. La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar.



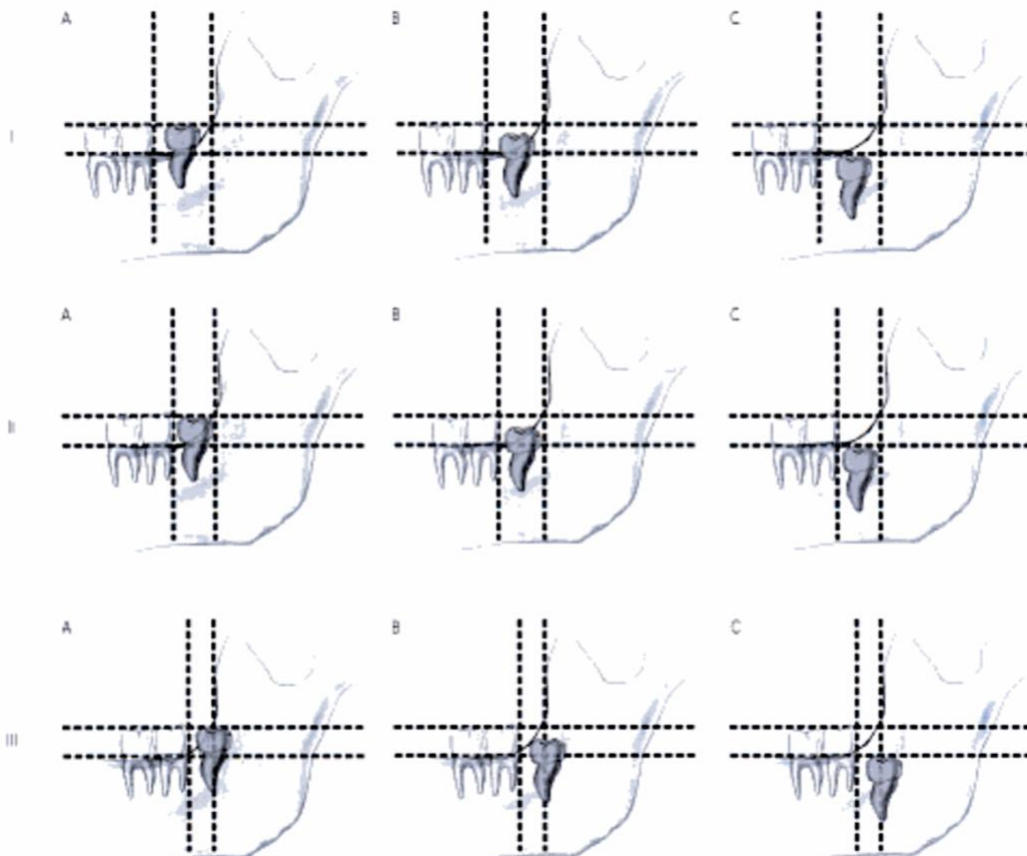
*Profundidad del tercer molar con respecto al plano oclusal de los molares contiguos
(Clasificación de Pell y Gregory).*



Relación entre el tercer molar y la rama ascendente de la mandíbula.



Clasificación de terceros molares inferiores de Pell y Gregory.

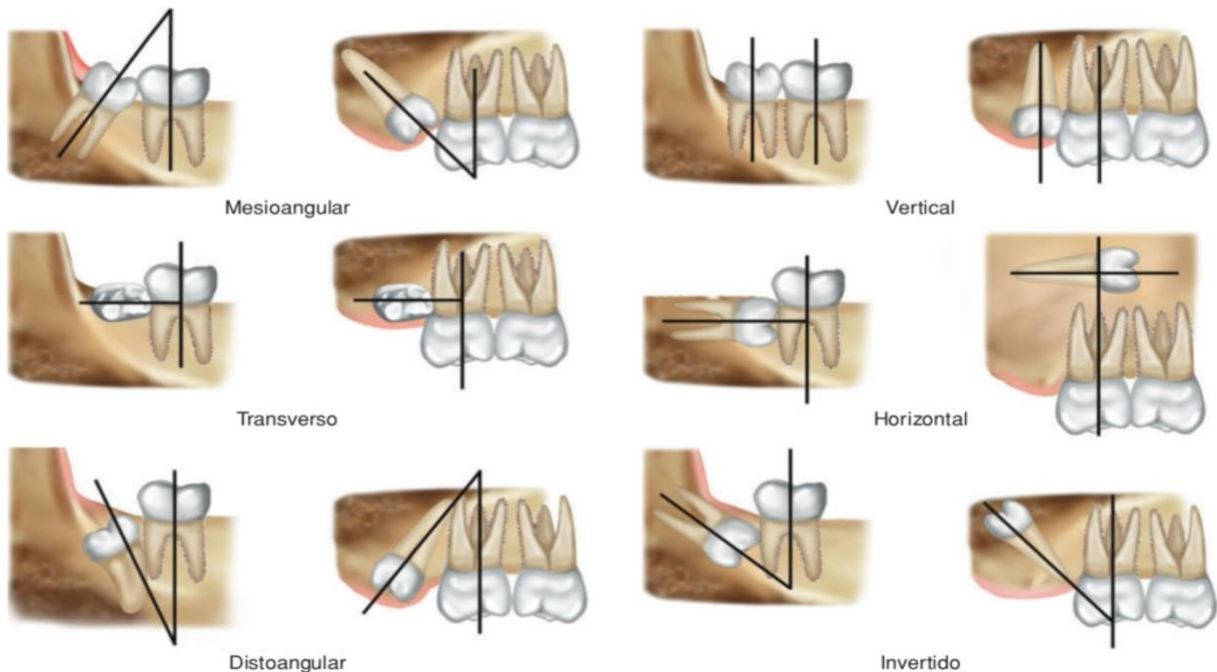


Por otra parte, Winter propuso una clasificación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- a) Mesioangular. Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anterosuperior cercano a los 45°.
- b) Horizontal. Cuando ambos ejes son perpendiculares. Vertical. Cuando los dos ejes son paralelos.
- c) Distoangular. Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anteroinferior de 45°.
- d) Invertido. Cuando la corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180°.

Según el plano coronal se clasifican en vestibuloversión si la corona se desvía hacia el vestíbulo y en linguoversión si se desvía hacia lingual.

Ángulo entre los ejes longitudinales del tercer molar y del segundo molar (Clasificación de Winter)

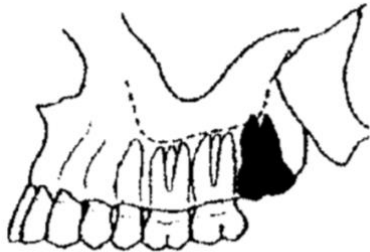


En el maxilar superior podemos aplicar los mismos criterios para la Clasificación de Winter como para la de Pell y Gregory: (1)

1. Relación del diente con respecto a la tuberosidad del maxilar y el segundo molar.
2. Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.
3. Posición del diente en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

Clasificación de acuerdo con la posición del eje longitudinal del tercer molar, con respecto al eje longitudinal del segundo molar ⁽¹³⁾

1. Vertical: Ocurre en un 65%. Su extracción es sencilla.



2. Distoangular: Ocurre en un 25%. Su extracción es sencilla.



3. Mesioangular: Ocurre en un 12 % y es más difícil de extraer por la posición en la que se encuentra la pieza no permite un fácil acceso.



4. Horizontal: No es muy frecuente esta posición.



5. Vestíbulo versión: No es muy frecuente esta posición.



6. Linguo versión: Ocurre en menos del 1% .



7. Invertida: Ocurre en menos del 1%.



8. Transversa: La pieza se encuentra en una posición horizontal con su eje longitudinal dirigido a bucal o lingual. No es una posición muy frecuente.



Otras clasificaciones que se emplean para terceros molares superiores e inferiores son:

Clasificación Ginestet

Considera dos factores: la posición de la pieza y la profundidad. La posición nos orienta en forma semejante y bajo los mismos conceptos enunciados en la clasificación de Winter.

En cuanto a la profundidad él considera tres tipos:

- 1) Incompleta
- 2) Completa superficial
- 3) Completa profunda

Clasificación del Dr. Sánchez Torres

- I. Factores fundamentales
- II. Profundidad de la pieza
- III. Dirección de la pieza
- IV. Número, dirección y forma de las raíces

Clase I. Aquellas piezas que se encuentran por encima de una línea imaginaria que pasa por el cuello anatómico del segundo molar, cuando no existe pieza podemos considerar el primer molar y en los desdentados una que pasa por la parte más alta del proceso alveolar.

Clase II. Aquellas piezas que se encuentran por debajo de esa línea del segundo molar o variantes enunciadas anteriormente siempre y cuando se encuentren exclusivamente dentro del hueso alveolar o sea un plano perpendicular a los ápices de las raíces de un segundo molar en posición normal.

Clase III o piezas ectópicas. En esta clase consideramos aquellas piezas que se encuentran en localización topográfica fuera del hueso alveolar y que se pueden agrupar en ectopias hacia la rama ascendente, hacia el ángulo mandibular y la apófisis coronoides, hacia el cuello del cóndilo y hacia el reborde cervical mandibular, es decir, hacia el hueso basilar.

Se cree que con este concepto de profundidad proporciona una orientación práctica en cuanto a la mayor o menor dificultad que presentaría la pieza para su extracción ya que en términos generales si la pieza se encuentra en clase I será más fácil la extracción que si está en clase II y ésta a su vez será más fácil que si estuviera en clase III.

También es importante tomar en cuenta el número, dirección y forma de las raíces:

- Raíces fusionadas en forma cónica.
- Raíces curvas o convergentes
- Raíces divergentes
- Raíces curvas en dirección distal
- Raíces curvas en dirección mesial.
- Anomalías radiculares diversas

Es de gran importancia realizar la valoración pre quirúrgica porque ésta, nos va ayudar a determinar la complejidad del procedimiento. Existen pocos estudios sobre la prevalencia de retenciones dentarias, pero hay factores importantes que se consideran en este estudio.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la clasificación de los terceros molares de los pacientes que asisten al Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA) del ISSSTE al servicio de cirugía Maxilofacial del turno Matutino durante el periodo mayo 2019 - diciembre 2019

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la posición más frecuente de los terceros molares.
2. Determinar la edad de los pacientes con retención
3. Saber cuál género predomina por retención de terceros molares.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación es un estudio transversal, observacional, retrospectivo parcial, y descriptivo.

TIPO DE ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS
Estudio de corte transversal	Analizan los datos obtenidos de un grupo de personas en un momento determinado más que en un periodo dado. Están diseñados para determinar ¿Qué está pasando? Se escogen los sujetos y se obtiene la información en un breve periodo.
Observacional	Es una clasificación de diseño de estudio, en la cual se observa a los sujetos y se registran sus características para analizarse.
Retrospectivo Parcial	Es aquella investigación emprendida en un tiempo ulterior, es decir, después de haber hecho las observaciones. Se delimita a cierto tiempo.
Descriptivo	Describen la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud.

POBLACIÓN OBJETIVO

Los pacientes que asisten al Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA) del ISSSTE del Turno Matutino durante el periodo Mayo 2019 - Diciembre 2019 y acuden al servicio de Cirugía Maxilofacial por retención de terceros molares.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- I. Pacientes que acudan al CCA del ISSSTE del Turno Matutino durante el periodo mayo 2019 a Diciembre 2019 de ambos generos, del turno matutino.
- II. Pacientes de 15 a 65 años de edad con retención de terceros molares que cuenten con radiografía panorámica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- I. Pacientes menores de 15 años o mayores de 65 años de edad que acudan al CCA del ISSSTE al servicio de Cirugía Maxilofacial en turno vespertino
- II. Pacientes que no cuenten con retención de terceros molares ni radiografía panorámica.

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES
Sexo	Genotipo del paciente	Dato reportado en la radiografía panorámica.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Femenino ○ Masculino
Edad	Números de años cumplidos cronológicamente en el momento de la toma radiográfica.	Dato reportado en la radiografía panorámica.	Expresada en años
Pieza dentaria	Nomenclatura de la pieza dentaria.	Clasificación de la tercera molar tomando en cuenta el cuadrante de ubicación.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 18 ○ 28 ○ 38 ○ 48
Localización	Ubicación en el plano vertical del tercer molar respecto del segundo para determinar la profundidad relativa del tercer molar mandibular según Pell y Gregory así como clasificación de Winter donde se valora la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.	Clasificación de Winter y Pell y Gregory	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vertical ○ Mesioangulada ○ Distoangulada ○ Horizontal ○ Invertida ○ Paranormal ○ Ausentes ○ 1A ○ 1B ○ 1C ○ 2A ○ 2B ○ 2C ○ 3A ○ 3B ○ 3C

SELECCIÓN DE RADIOGRAFÍAS

Se realizó una solicitud formal al Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE México 2019 para los permisos necesarios para la obtención de las radiografías panorámicas digitales de los pacientes que acuden al servicio de Cirugía Maxilofacial. El examinador procedió a observar las radiografías panorámicas y determinó cuáles cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, discriminando aquellas que no cumplieron y que no fueron incluidas en la investigación.

RECOLECCIÓN DE DATOS

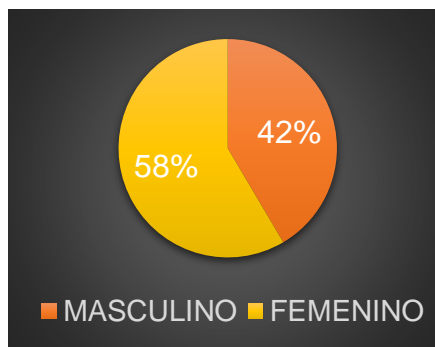
Para clasificar las radiografías panorámicas (anexo 1), se contó con un ambiente tranquilo y semioscuro, con luz de intensidad variable, se imprimieron éstas en hojas blancas, se observó la localización del tercer molar según la clasificación de Winter y de Pell y Gregory registrándolo en cada radiografía de acuerdo a los órganos dentarios (OD) 18,28,38 y 48.

Finalmente se procedió a realizar un análisis de las variables donde se obtuvo el porcentaje y frecuencia de cada una de éstas.

RESULTADOS

Género de mayor demanda de los pacientes que asisten al Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA) del ISSSTE del Turno Matutino durante el periodo Mayo 2019 - Diciembre 2019 al servicio de Cirugía Maxilofacial por retención de terceros molares.

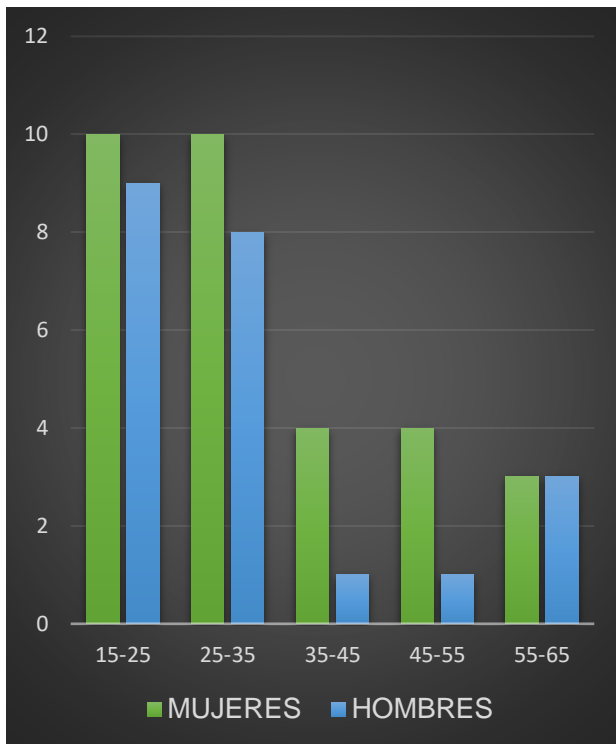
GÉNERO	FRECUENCIA	%
Masculino	22	41.50%
Femenino	31	58.49%
Total	53	100%



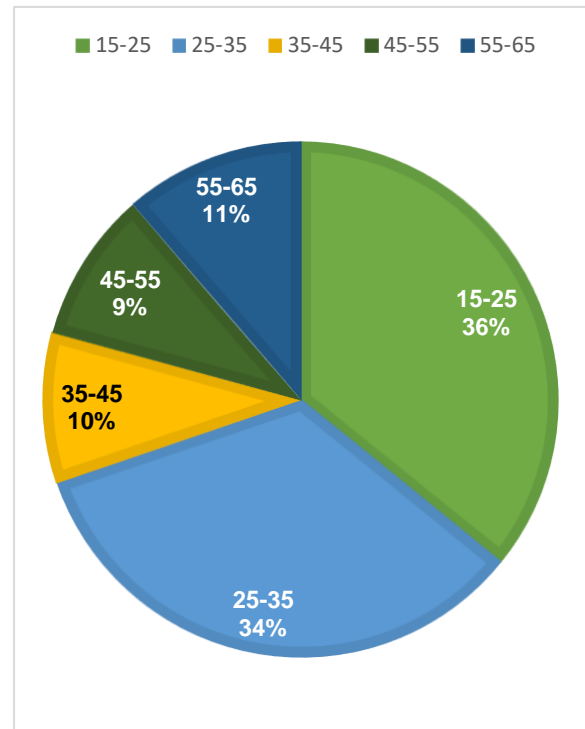
De acuerdo con los resultados obtenidos aproximadamente 6 de cada 10 pacientes que cuentan con expediente foliado y asisten al Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA) del ISSSTE del Turno Matutino durante el periodo Mayo 2019 - Diciembre 2019 al Servicio de Cirugía Maxilofacial por retención de terceros molares son del género femenino.

Rango de edad con mayor demanda de los pacientes que asisten al Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA) del ISSSTE del Turno Matutino durante el periodo Mayo 2019 - Diciembre 2019 al servicio de Cirugía Maxilofacial por retención de terceros molares.

EDAD	MUJERES	HOMBRES	%
15-25	10	9	35.84%
26-35	10	8	33.96%
36-45	4	1	9.44%
46-55	4	1	9.44%
56-65	3	3	11.32%
TOTAL	31	22	100%



RANGOS DE EDAD.



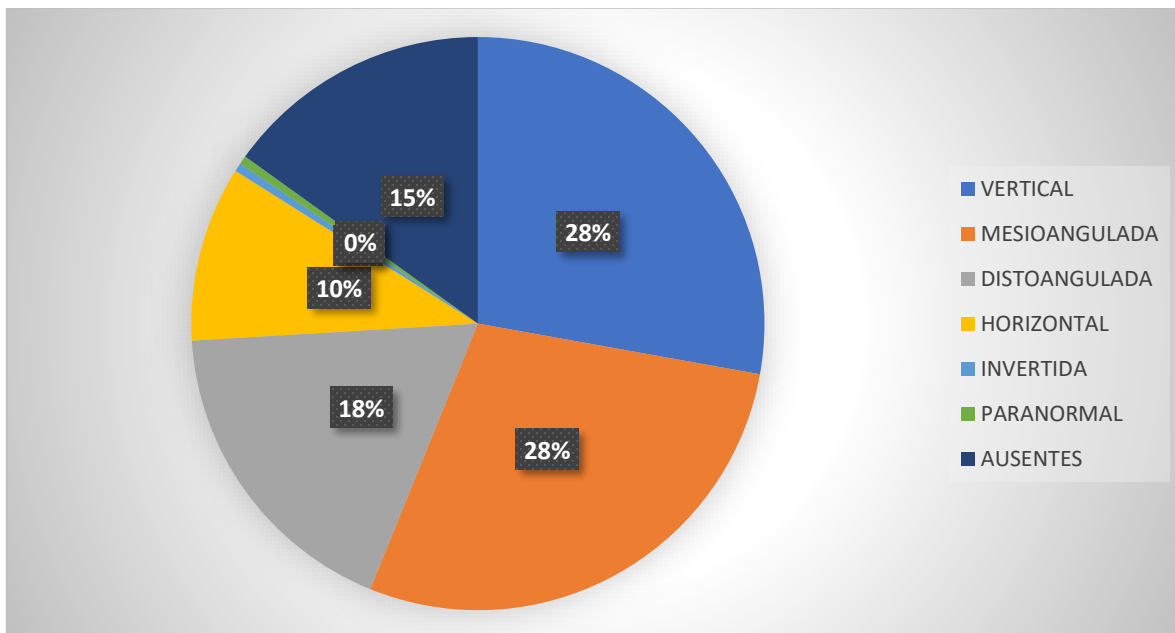
PORCENTAJE

De los rangos en decenas en los que se dividió la población de estudio, los pacientes a los que se realizó la clasificación abarca más del 60% de la población que oscilan entre los 15 y 35 años de edad. Aunque se puede observar en la gráfica que los sectores de menor demanda son los pacientes del género masculino que van de los 35 a 55 años de edad y en el extremo se encuentra la población adulta que sólo ocupa una décima parte de la población total.

Clasificación de Winter de acuerdo a los pacientes que asisten al Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA) del ISSSTE del Turno Matutino durante el periodo Mayo 2019 -

	OD 18 H	OD 18 M	OD 28 H	OD28 M	OD 38 H	OD 38 M	OD 48 H	OD 48 M	FRECUENCIA	%
Vertical	12	11	9	10	4	7	2	4	59	27.83%
Mesioangulda	1	2	1	4	11	17	14	10	60	28.30%
Distoangulada	5	11	10	11	0	0	0	1	38	17.92%
Horizontal	0	1	0	0	6	3	4	7	21	9.90%
Invertida	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.48%
Paranormal	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.48%
Ausentes	4	6	2	6	1	3	2	8	32	15.09%
Total	22	31	22	31	22	31	22	31	212	100%

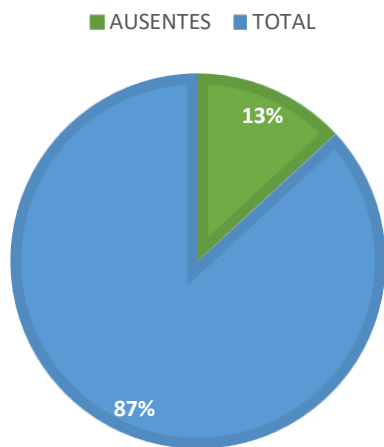
Diciembre 2019 al servicio de Cirugía Maxilofacial por retención de terceros molares.



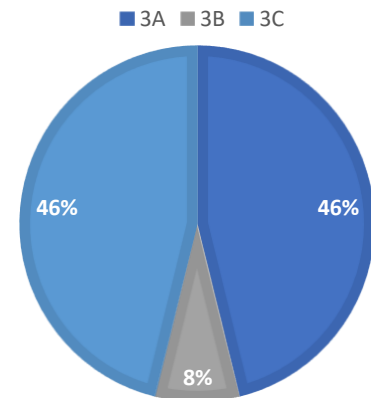
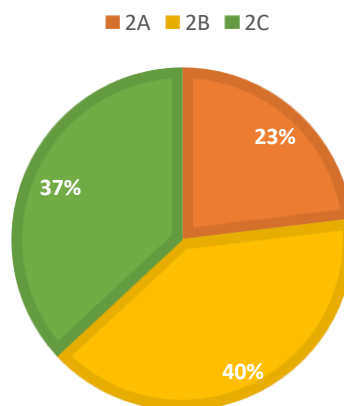
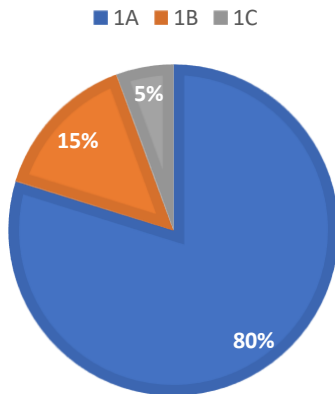
La clase paranormal e invertida son las clasificaciones de menor demanda ocupado unicamente el 1% de la población, por otra parte se encuentran las clases de mayor predominio cubriendo mas del 50 % de la población éstas son la clase mesioangulada y vertical; aproximadamente 1 de cada 10 pacientes se encuentra clasificado en horizontal.

Clasificación de Pell y Gregory de acuerdo a los pacientes que asisten al Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA) del ISSSTE del Turno Matutino durante el periodo mayo 2019 - diciembre 2019 al servicio de Cirugía Maxilofacial por retención de terceros molares.

CLASIFIC.	OD 18 H	OD 18 M	OD 28 H	OD28 M	OD 38 H	OD 38 M	OD 48 H	OD 48 M	FRECUE.	%
1A	9	10	9	11	8	13	4	7	71	33.49%
1B	2	2	2	2	1	0	4	0	13	6.13%
1C	0	2	0	1	0	1	1	0	5	2.35%
2A	2	2	2	1	3	2	1	2	15	7.08%
2B	1	3	0	3	5	4	5	5	26	12.26%
2C	2	2	2	3	4	2	4	5	24	11.32%
3A	0	2	0	2	0	5	0	3	12	5.67%
3B	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0.94%
3C	2	1	5	1	0	1	1	1	12	5.67%
AUSENTES	4	6	2	6	1	3	2	8	32	15.09%



La clasificación 1B, 3A y 3C obtuvo el mismo porcentaje de población (6% cada una) ; las clases de menor demanda son 1C y 3C mientras que la de mayor demanda es 1A abarcado 34 % de la población.



DISCUSIÓN

En relación al género, el femenino tuvo mayor prevalencia en relación al género masculino, con una representatividad de 58% de la muestra total, lo que también han demostrado la mayoría de autores en la literatura ⁽¹⁴⁾. Entre tanto, los resultados actuales divergen con los trabajos de Schersten, Lysell, Rohlin y Marinho et al. ⁽¹⁵⁾ que encontraron al género masculino como el de mayor frecuencia. Se sugiere que el mayor porcentaje de pacientes del género femenino en este trabajo sea debido a una mayor preocupación de este grupo por la salud bucal.

Con respecto a la prevalencia de los grupos etáreos encontrados en este estudio, se observó que el grupo entre 15-25 años fue el más prevalente en la mayoría de los casos estudiados, seguida por el grupo entre 26-35 años. De esta forma, concordando con el estudio de Marinho et al., ⁽⁴⁾ así como con Farias et al. Sin embargo, Marzola, Comparin, Toledo Filho ⁽⁸⁾ demostraron que el tercer molar retenido se encuentra con mayor prevalencia en el grupo etáreo entre 15-30 años, seguido del grupo entre 21-25 años. y Schersten, Lysell, Rohlin grupo entre 20 a 29 años y Aguiar et al. encontraron en la edad de 22 años. ⁽¹⁵⁾

Se analizó las posiciones de 212 terceros molares inferiores retenidos, de acuerdo con la clasificación de Pell-Gregory ⁽¹³⁾ se encontró que la posición más prevalente fue la posición 1A reportando 71 casos, respectivamente, seguida de la posición 2B con 26 casos. De esta forma, éstos hallazgos sustentan los estudios de Farian et al así como los de Marinho et al. ⁽⁴⁾ sin embargo García et al. encontraron resultados inversos, relatando que la posición 2B era la más prevalente seguida de la posición 2 A ⁽¹³⁾. Hattab, Rawashdeh, Fahmy y López analizaron solamente el nivel de erupción de los terceros molares inferiores en relación a la superficie oclusal y encontraron la posición A como la de mayor prevalencia, seguida de la posición C. En cuanto a Sandhu, Kaur encontraron la posición A como la de mayor prevalencia, seguida de la posición B, concordando con los hallazgos en nuestros estudios.

En cuanto a la clasificación de Winter, si se comparan los resultados obtenidos en este estudio con los obtenidos en estudios realizados por otros investigadores (Da Silva & Cols, 2018), se puede corroborar que la posición mesioangular es la más prevalente (28.3%), seguida por la posición vertical (27.8%) por lo que se puede afirmar que los resultados que se obtuvieron en éste estudio son muy similares a los encontrados en la literatura que existe actualmente.⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

CONCLUSIÓN.

El estudio radiológico es imprescindible para la clasificación de los terceros molares, realizar un diagnóstico acertado así como un tratamiento adecuado para cada paciente.

No es recomendable la extracción de un tercer molar no erupcionado o impactado en pacientes donde pueda erupcionar con éxito y tener una oclusión funcional, donde la extracción del tercer molar suponga un riesgo a su salud o en aquellos que los riesgos superen los beneficios, impactaciones profundas sin historial o evidencia patológica local o sistémica, donde el riesgo de complicaciones quirúrgicas o el de fractura mandibular por mandíbula atrófica es alto, cuando se planifique la extracción de un solo tercer molar, no deben de extraerse simultáneamente los terceros molares contralaterales asintomáticos.

Por otra parte, es recomendable la extracción de un tercer molar no erupcionado o impactado en pacientes con historial de infección, con factores de riesgo predisponentes cuyo trabajo o estilo de vida les impida tener acceso inmediato a tratamientos dentales, pacientes que, por su condición médica, sea mayor el riesgo potencial que las complicaciones que puedan surgir de su extracción y en pacientes que tengan programado un autotransplante dental, Cirugía Ortognática y otro proceso quirúrgico relevante; Es altamente recomendable la exodoncia de terceros molares en pacientes con enfermedad periodontal debida a la posición del tercer molar asociada al segundo molar, quiste dentígero u otra patología en éste, casos de reabsorción externa en el tercer o segundo molar, procesos infecciosos tales como pericoronitis, celulitis, formación de abscesos, entre otros.

Se deben valorar todos los aspectos del paciente y de la pieza a extraer antes de realizar la cirugía, el odontólogo debe de conocer los riesgos y complicaciones de un tercer molar incluído o impactado, así como crear un patrón de proyección de crecimiento de los terceros molares para determinar si la pieza erupcionará correctamente y si es necesaria su extracción o no; En dado caso de no sentirse capaz y/o no contar con los conocimientos necesarios referir al paciente con su debido especialista, en este caso, con un Cirujano Maxilofacial.

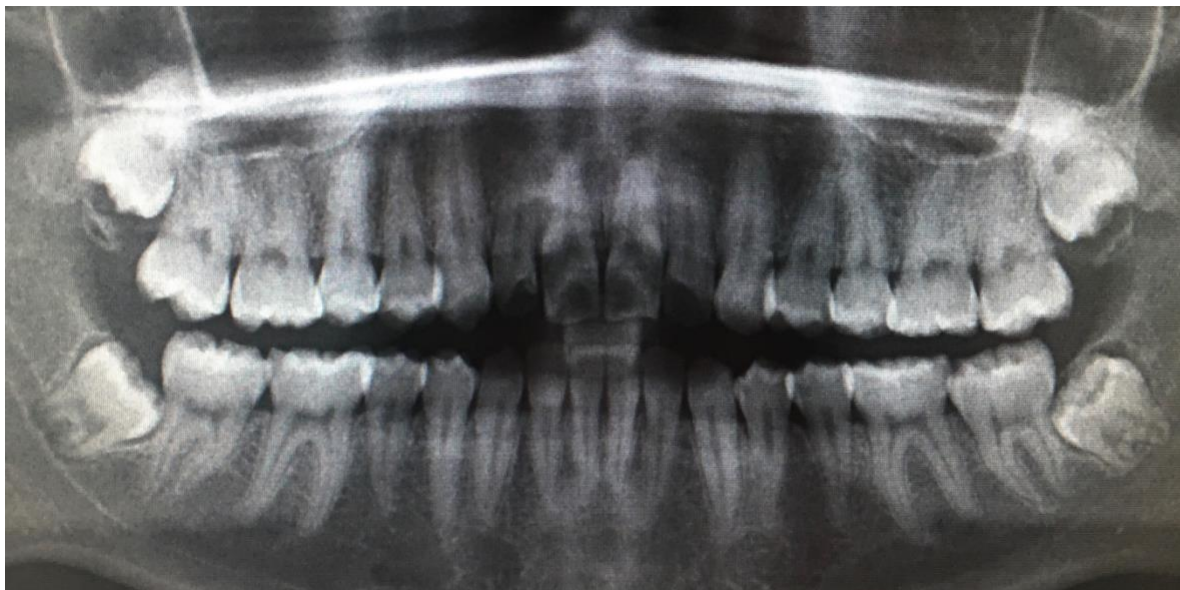
ANEXO 1

Radiografías panorámicas de los pacientes que asisten al Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA) del ISSSTE del Turno Matutino durante el periodo Mayo 2019 - Diciembre 2019 al servicio de cirugía maxilofacial por retención de terceros molares.



Paciente 1. Femenino, 59 años de edad.

OD 18: Distoangulado 1A.	OD 28: Distoangulado 1A.
OD 38: Vertical 1A.	OD 48: Vertical 1A.



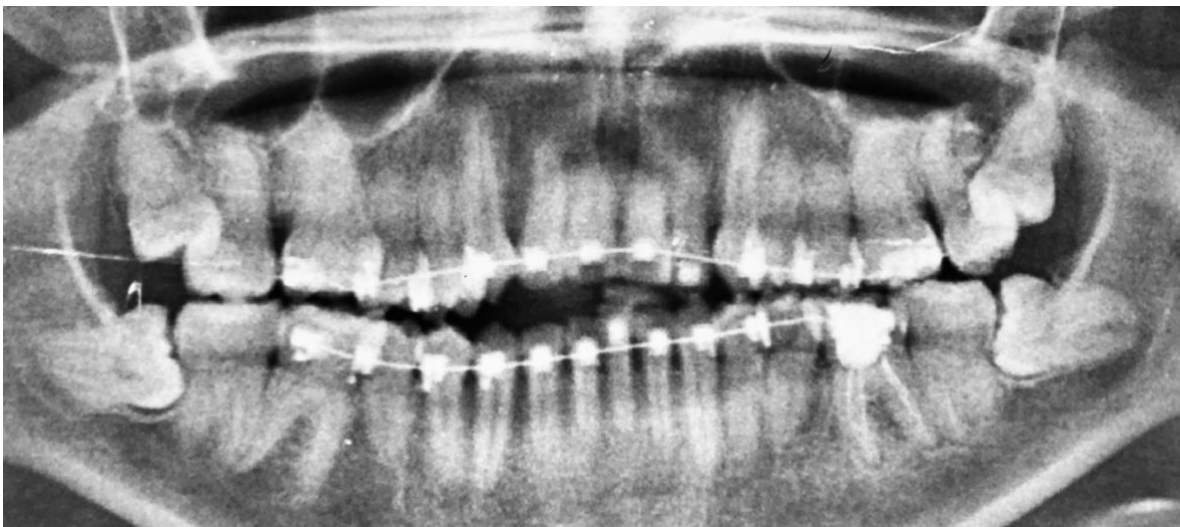
Paciente 2. Femenino, 17 años de edad.

OD 18: Distoangulado 3B	OD 28: Distoangulado 3B
OD 38: Mesioangulado 3A	OD 48: Mesioangulado 3A



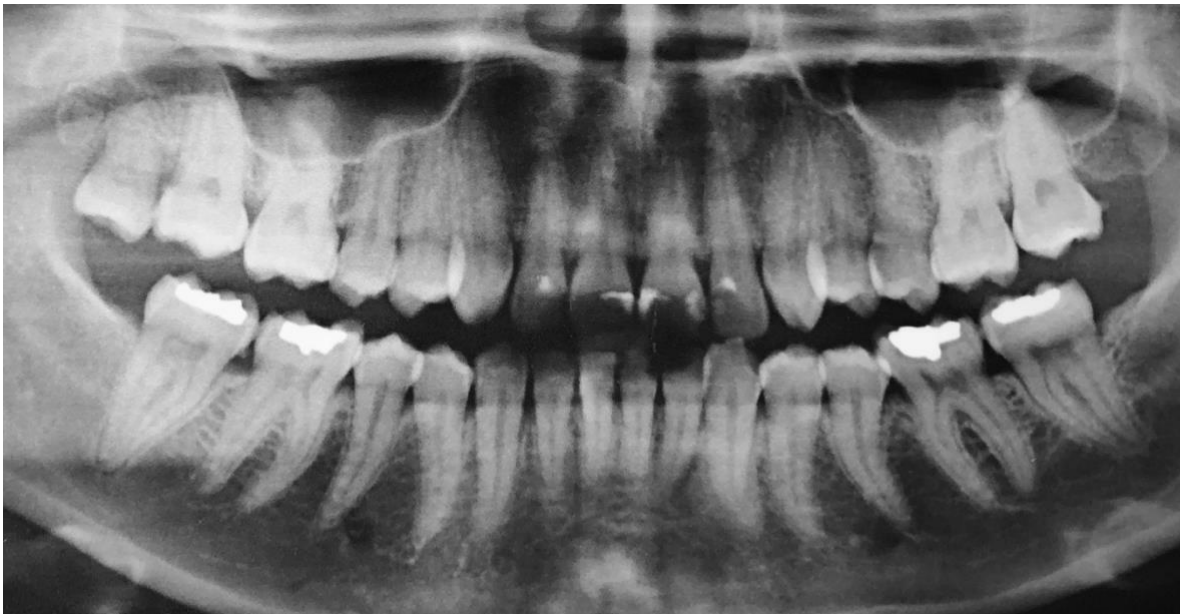
Paciente 3. Femenino, 19 años de edad.

OD 18: Distoangulado 1A	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Horizontal 2B



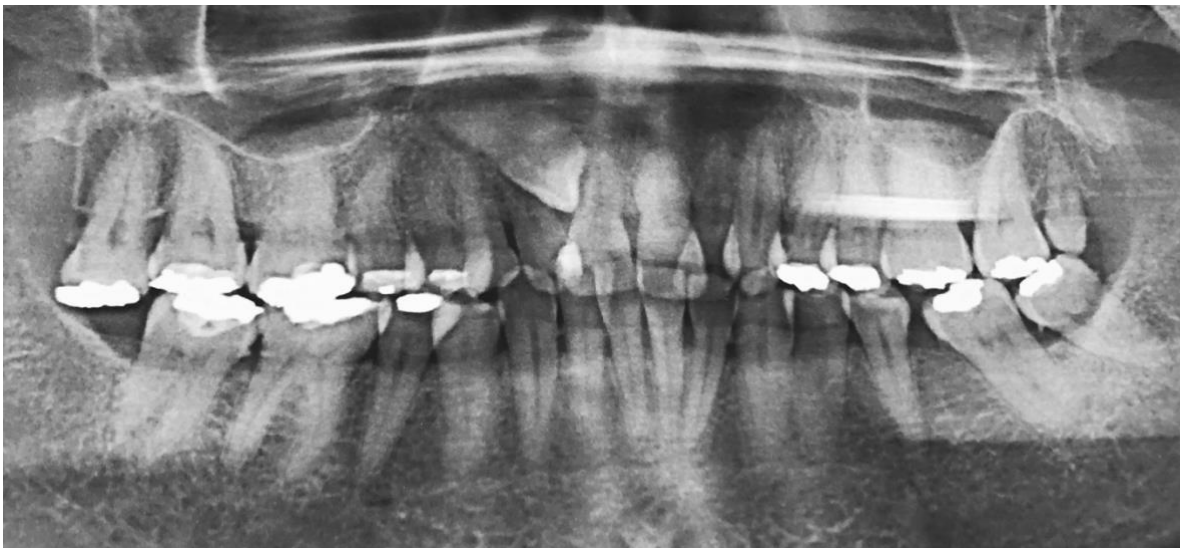
Paciente 4. Femenino, 32 años de edad.

OD 18: Mesioangulado 1C	OD 28: Mesioangulado 2A
OD 38: Horizontal 2B	OD 48: Horizontal 2C



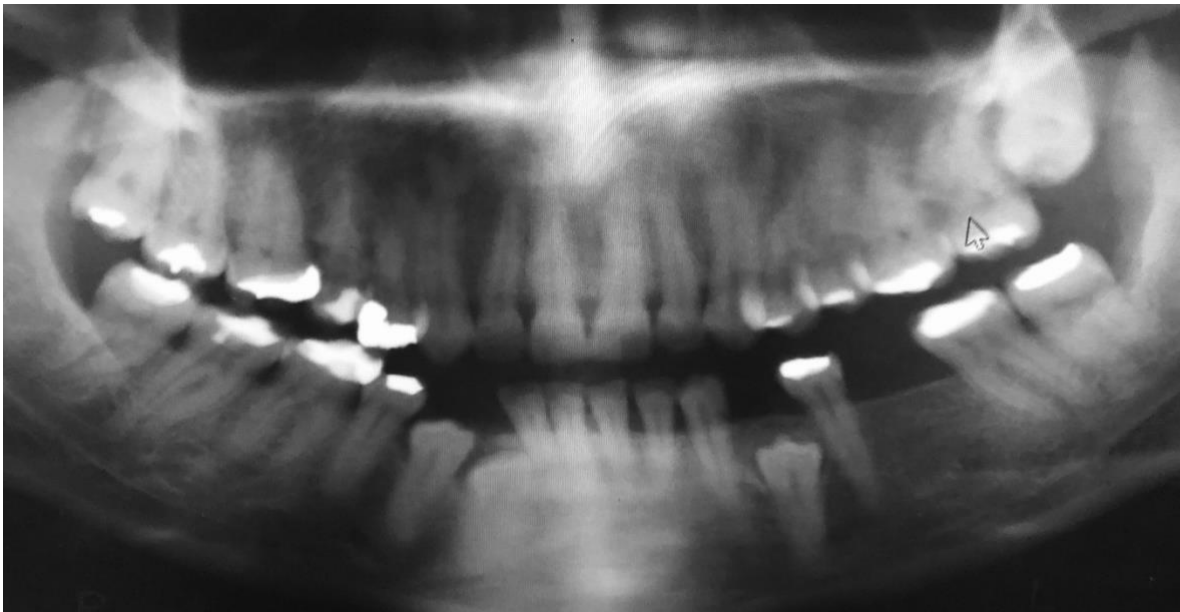
Paciente 5. Femenino, 32 años de edad.

OD 18: Distoangulado 1A	OD 28: Distoangulado 1B
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Ausente



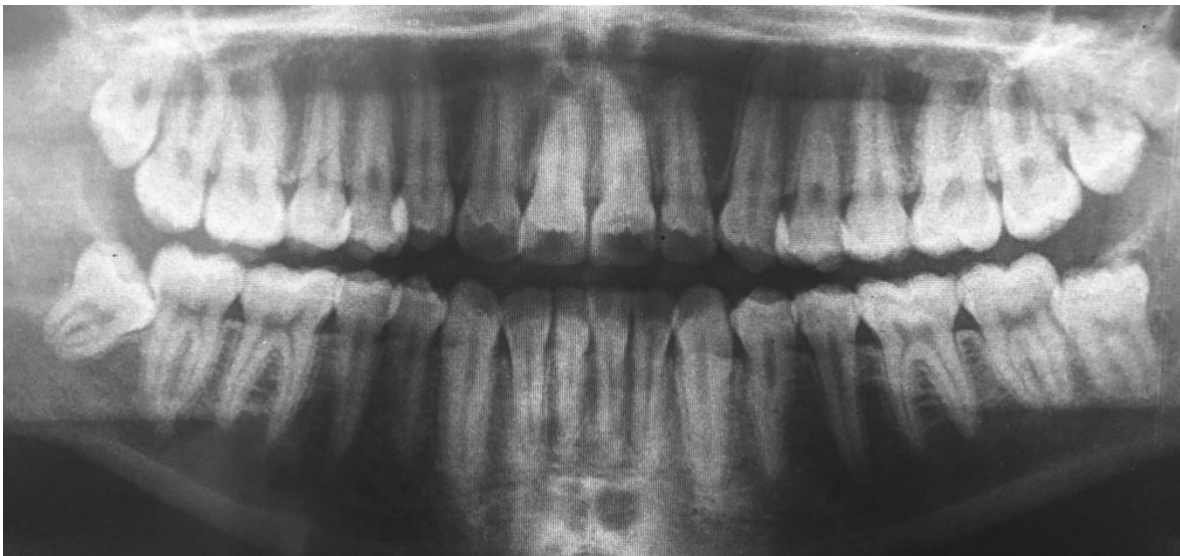
Paciente 6. Femenino, 42 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Ausente



Paciente 7. Femenino, 54 años de edad.

OD 18: Distoangulado 1B	OD 28: Vertical 2C
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Mesioangulado 1A



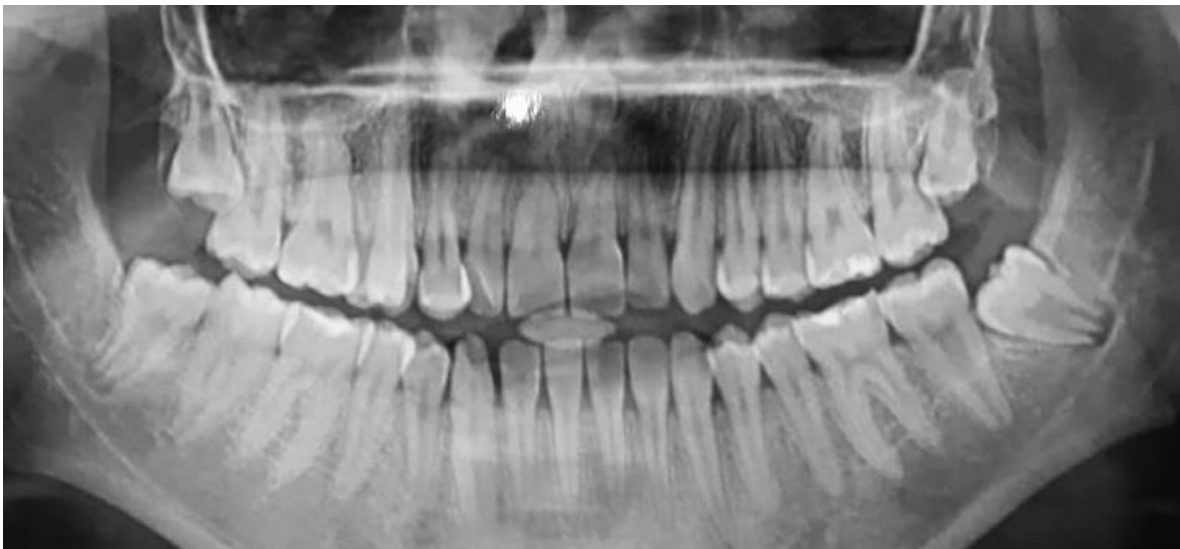
Paciente 8. Masculino, 20 años de edad.

OD 18: Distoangulado 1B	OD 28: Distoangulado 1B
OD 38: Vertical 2B	OD 48: Mesioangulado 2C



Paciente 9. Masculino, 20 años de edad.

OD 18: Distoangulado 1B	OD 28: Distoangulado 1B
OD 38: Horizontal 2B	OD 48: Horizontal 2B



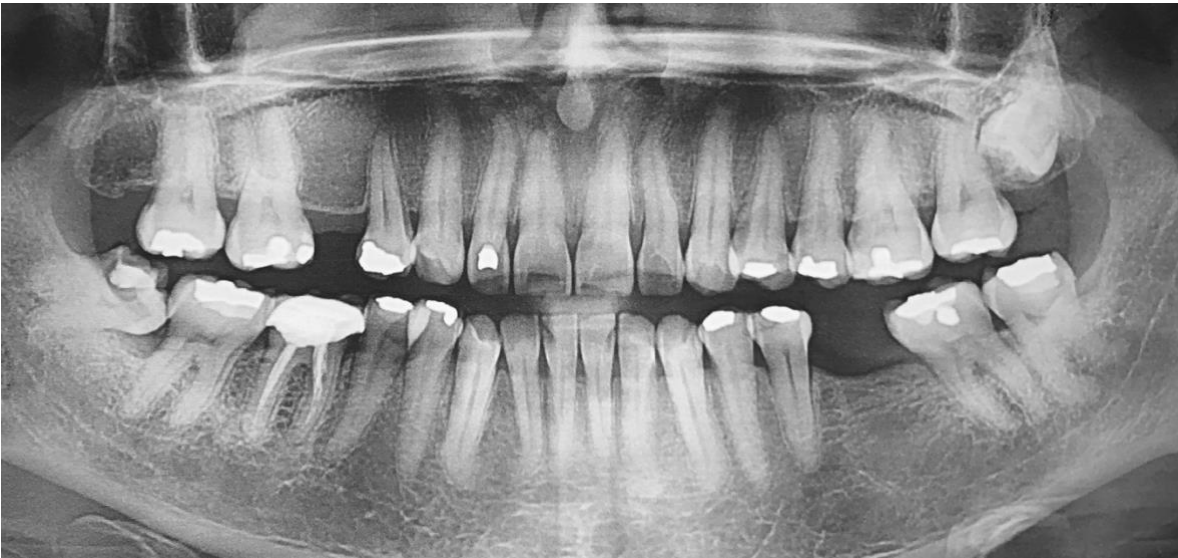
Paciente 10. Masculino, 23 años de edad.

OD 18: Vertical 2A	OD 28: Vertical 2A
OD 38: Mesioangulado 2C	OD 48: Mesioangulado 1B



Paciente 11. Masculino, 23 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Distoangulado 1A
OD 38: Mesioangulado 1B	OD 48: Mesioangulado 1B



Paciente 12. Masculino, 32 años de edad

OD 18: Ausente	OD 28: Mesioangulado 3C
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Horizontal 2A



Paciente 13. Masculino, 34 años de edad.

OD 18: Ausente	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Mesioangulado 1C



Paciente 14. Femenino, 24 años de edad.

OD 18: Vertical 2A	OD 28: Distoangulado 1A
OD 38: Vertical 1A	OD 48: Distoangulado 1A



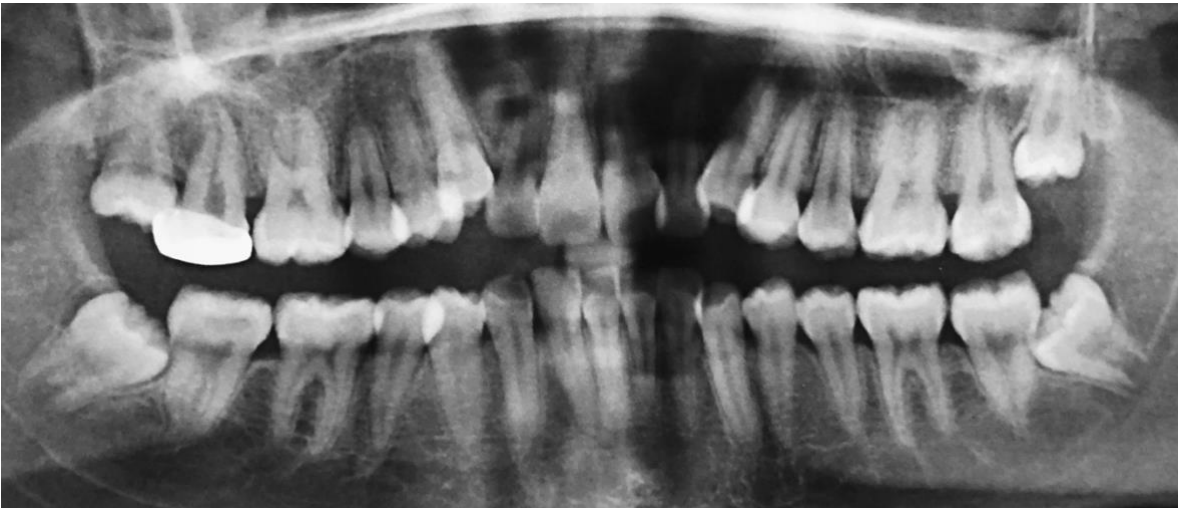
Paciente 15. Femenino, 26 años de edad.

OD 18: Distoangulado 2B	OD 28: Ausente
OD 38: Ausente	OD 48: Ausente



Paciente 16. Femenino, 27 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Vertical 1A



Paciente 17. Femenino, 17 años de edad.

OD 18: Vertical 1B	OD 28: Vertical 2C
OD 38: Mesioangulado 3A	OD 48: Mesioangulado 2C



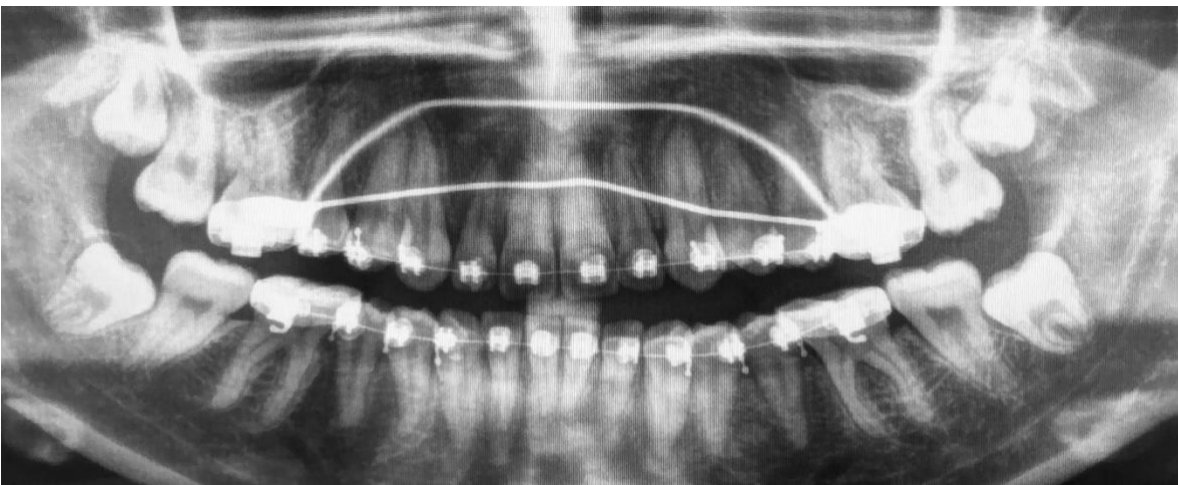
Paciente 18. Femenino, 18 años de edad.

OD 18: Distoangulado 1C	OD 28: Distoangulado 1C
OD 38: Mesioangulado 3A	OD 48: Mesioangulado 2C



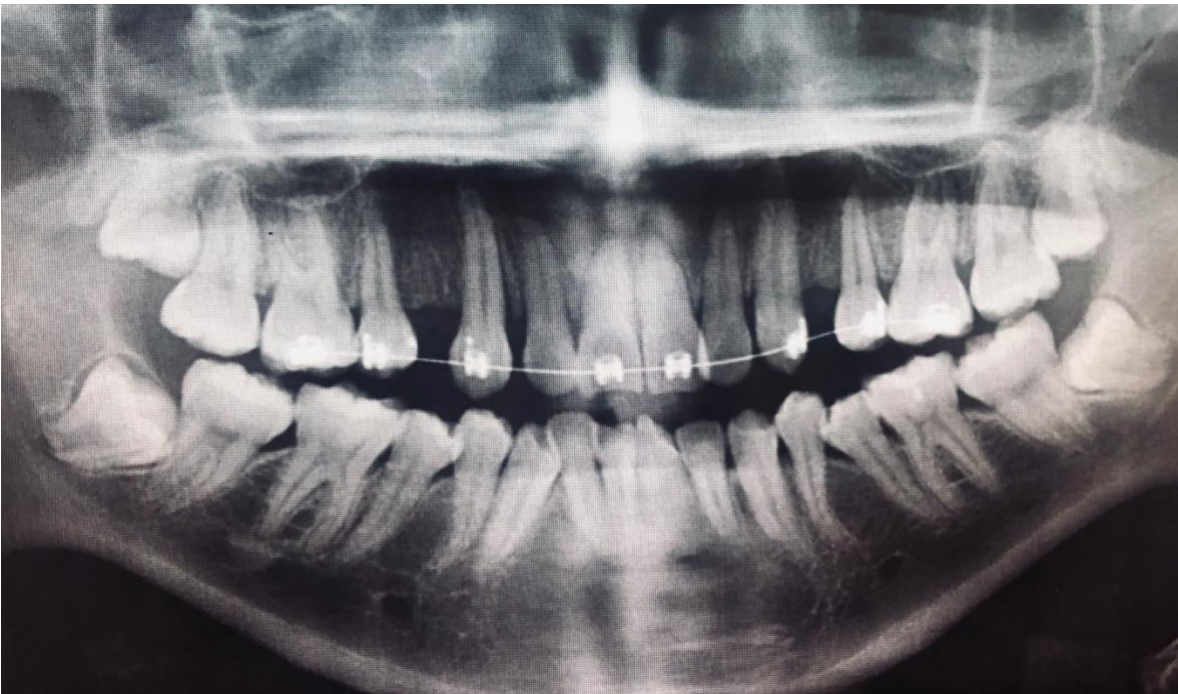
Paciente 19. Femenino, 19 años de edad.

OD 18: Distoangulado 3A	OD 28: Distoangulado 3A
OD 38: Mesioangulado 3A	OD 48: Mesioangulado 3A



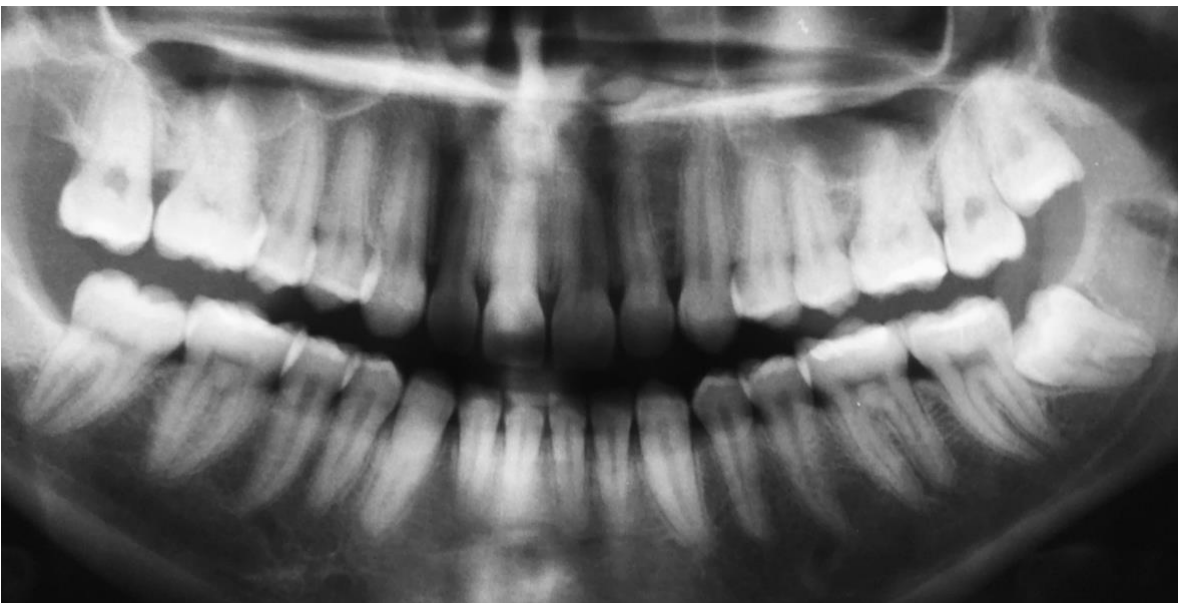
Paciente 20. Femenino, 19 años de edad.

OD 18: Vertical 3A	OD 28: Mesioangulado 3A
OD 38: Mesioangulado 2C	OD 48: Mesioangulado 2C



Paciente 21. Femenino 21 años de edad.

OD 18: Vertical 2A	OD 28: Vertical 2A
OD 38: Mesioangulado 3A	OD 48: Mesioangulado 3A



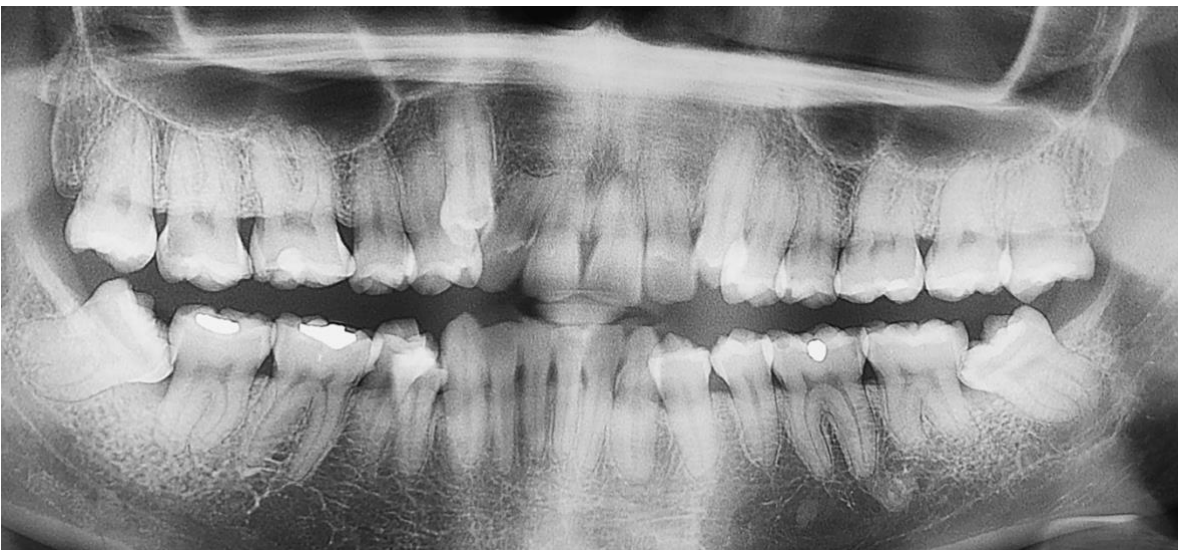
Paciente 22. Femenino, 23 años de edad.

OD 18: Ausente	OD 28: Distoangulado 2B
OD 38: Mesioangulado 2B	OD 48: Ausente



Paciente 23. Femenino, 24 años de edad.

OD 18: Distoangulado 2A	OD 28: Distoangulado 1B
OD 38: Ausente	OD 48: Ausente



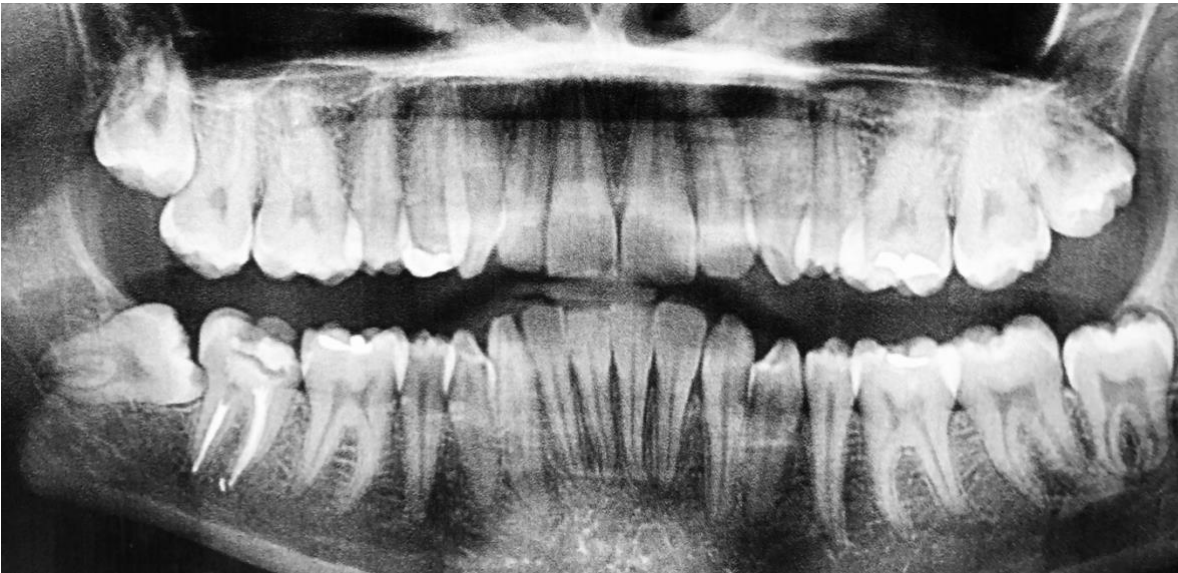
Paciente 24. Femenino, 26 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Mesioangulado 2A	OD 48: Mesioangulado 2A



Paciente 25. Femenino, 27 años de edad.

OD 18: Horizontal 3C	OD 28: Mesioangulado 3C
OD 38: Mesioangulado 2A	OD 48: Mesioangulado 2B



Paciente 26. Femenino, 28 años de edad.

OD 18: Vertical 2C	OD 28: Distoangulado 2B
OD 38: Vertical 2B	OD 48: Horizontal 2B



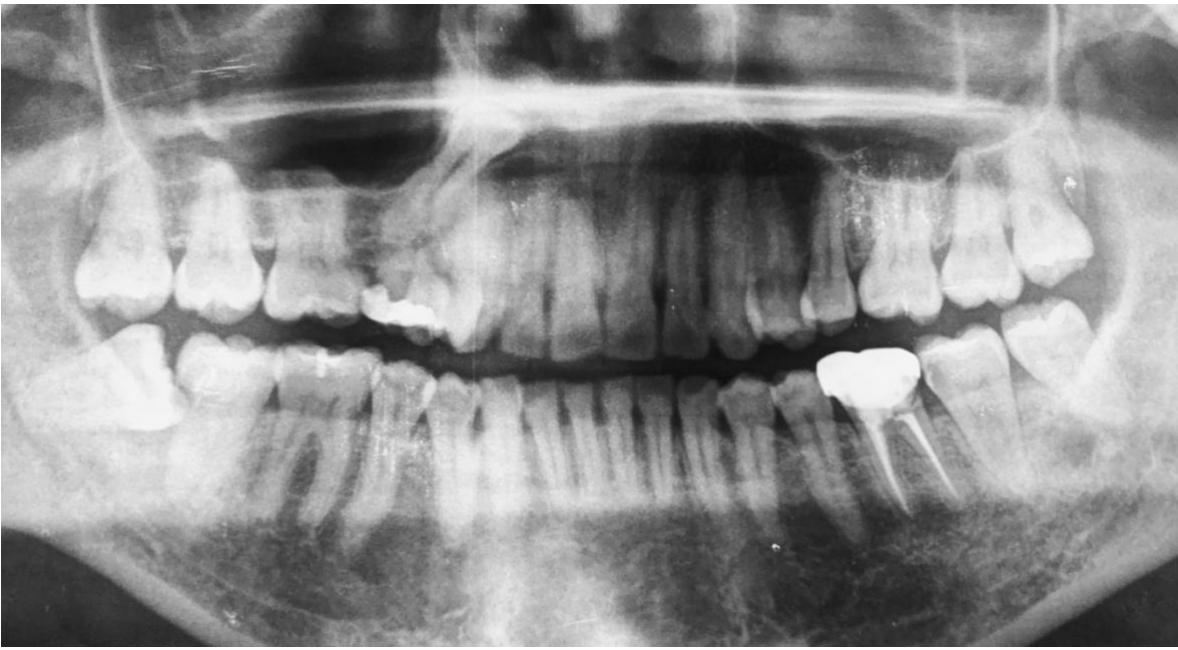
Paciente 27. Femenino, 32 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Distoangulado 1A
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Mesioangulado 1A



Paciente 28. Masculino, 57 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Distoangulado 1A
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Ausente



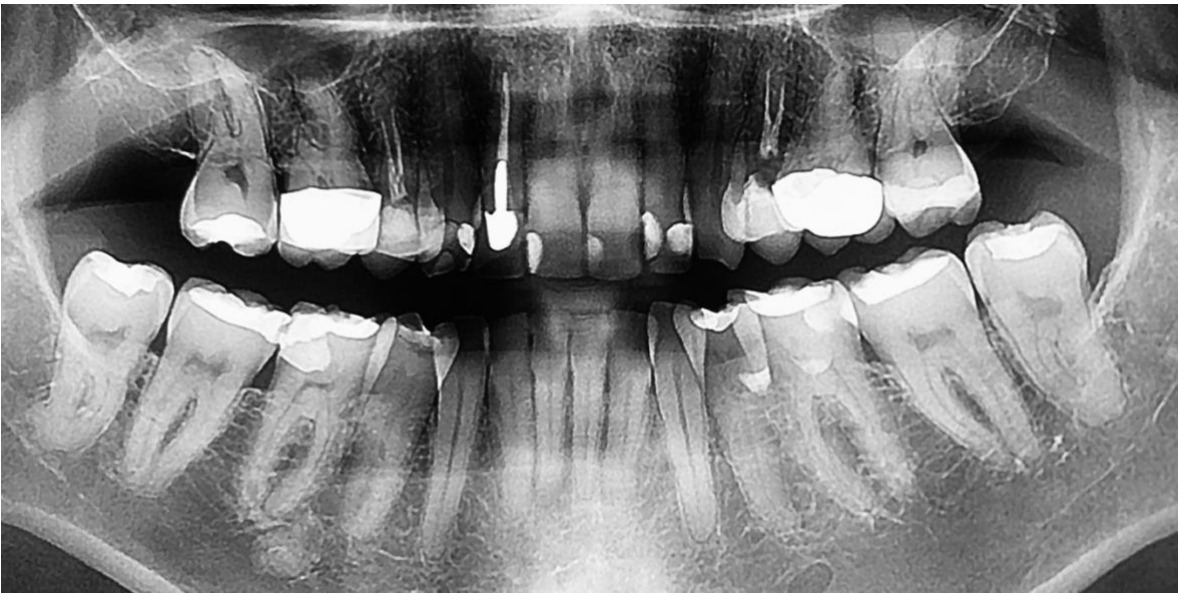
Paciente 29. Femenino, 36 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Horizontal 2A



Paciente 30. Femenino 43 años de edad.

OD 18: Ausente	OD 28: Ausente
OD 38: Ausente	OD 48: Paranormal



Paciente 31. Femenino, 47 años de edad.

OD 18: Ausente	OD 28: Ausente
OD 38: Vertical 1A	OD 48: Vertical 1A



Paciente 32. Femenino, 51 años de edad.

OD 18: Ausente	OD 28: Ausente
OD 38: Horizontal 2C	OD 48: Horizontal 2B



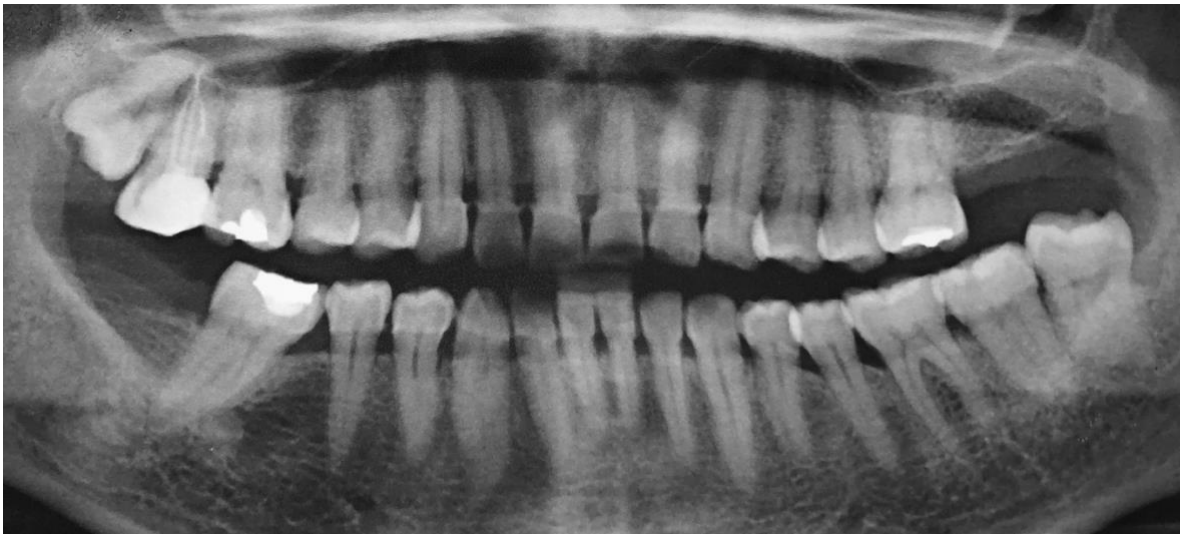
Paciente 33. Femenino, 54 años de edad.

OD 18: Ausente	OD 28: Ausente
OD 38: Invertida 3C	OD 48: Mesioangulado 3C



Paciente 34. Femenino, 59 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Vertical 1A



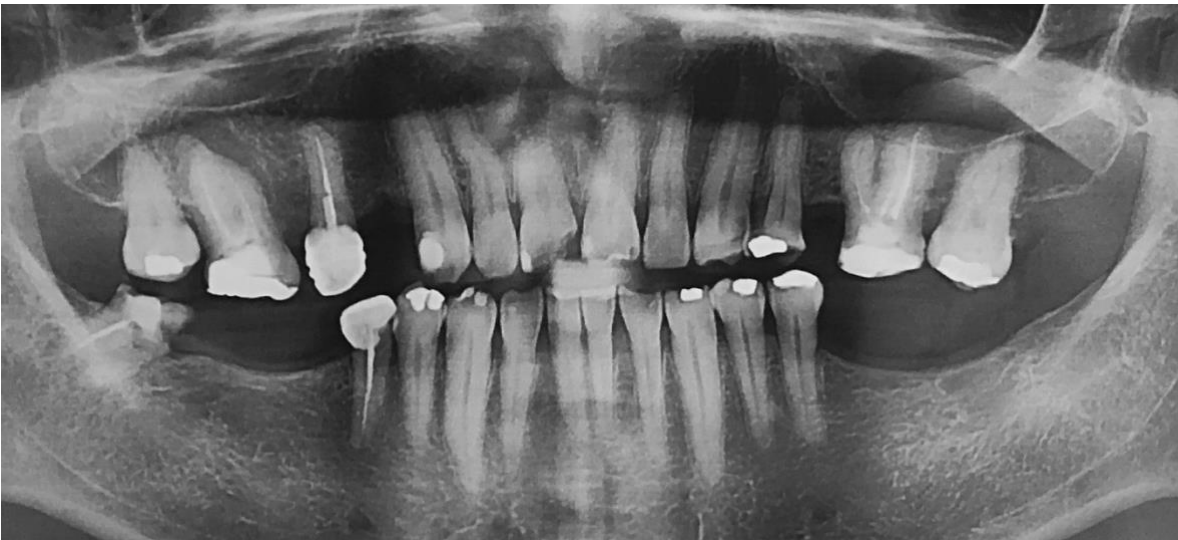
Paciente 35. Femenino, 62 años de edad.

OD 18: Distoangulado 2B	OD 28: Ausente
OD 38: Vertical 1A	OD 48: Ausente



Paciente 36. Femenino, 30 años de edad.

OD 18: Distoangulado 1A	OD 28: Distoangulado 1A
OD 38: Vertical 1C	OD 48: Horizontal 2B



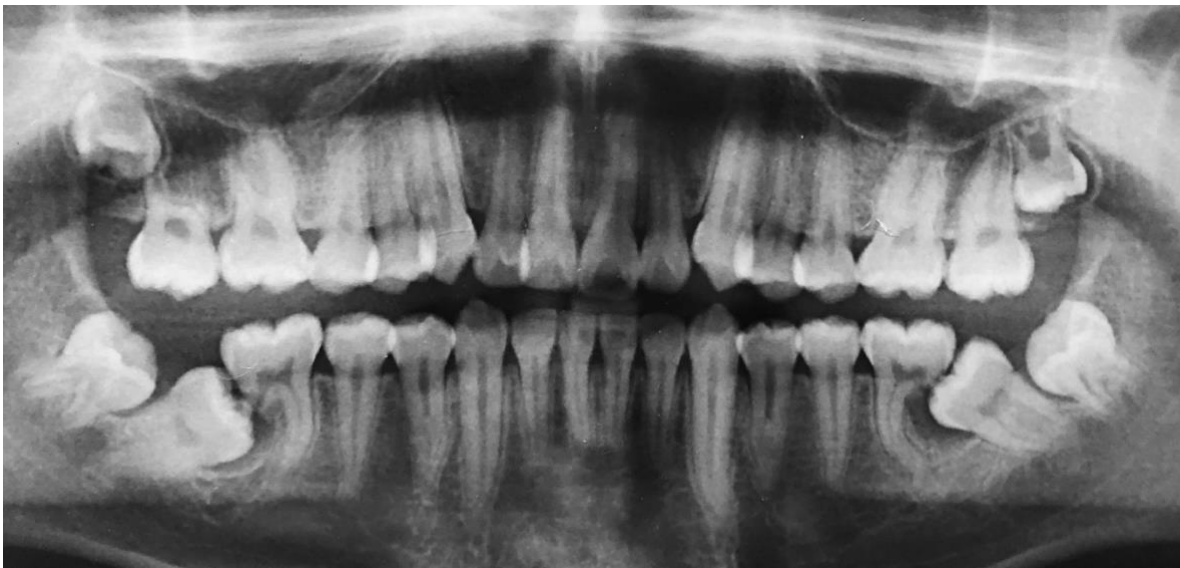
Paciente 37. Masculino, 56 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Ausente
OD 38: Ausente	OD 48: Mesioangulado 1B



Paciente 38. Masculino, 17 años de edad.

OD 18: Vertical 3C	OD 28: Distoangulado 3C
OD 38: Mesioangulado 2C	OD 48: Mesioangulado 2C



Paciente 39. Masculino, 19 años de edad.

OD 18: Vertical 3C	OD 28: Distoangulado 3C
OD 38: Mesioangulado 2B	OD 48: Mesioangulado 2B



Paciente 40. Masculino, 20 años de edad.

OD 18: Vertical 2C	OD 28: Distoangulado 3C
OD 38: Horizontal 2A	OD 48: Mesioangulado 2B



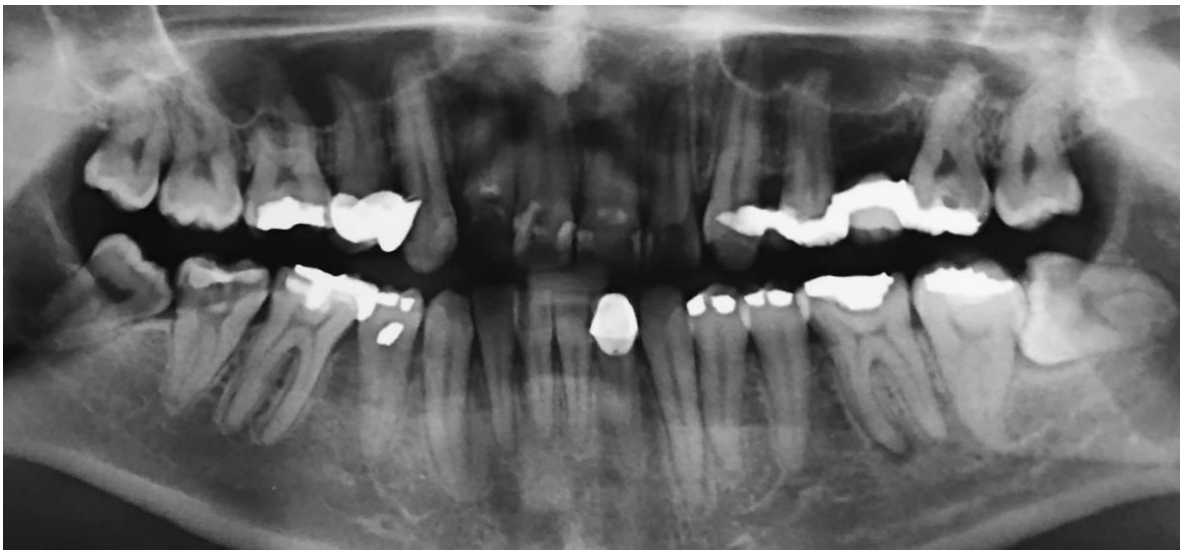
Paciente 41. Masculino, 22 años de edad.

OD 18: Vertical 2A	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Mesioangulado 1A



Paciente 42. Masculino, 23 años de edad.

OD 18: Mesioangulado 2C	OD 28: Vertical 2C
OD 38: Mesioangulado 2C	OD 48: Mesioangulado 2C



Paciente 43. Masculino, 26 años de edad.

OD 18: Distoangulado 1A	OD 28: Ausente
OD 38: Horizontal 2B	OD 48: Mesioangulado 1B



Paciente 44. Masculino, 28 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Vertical 1A	OD 48: Vertical 1A



Paciente 45. Masculino, 29 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Distoangulado 2C
OD 38: Vertical 1A	OD 48: Horizontal 2C



Paciente 46. Masculino, 31 años de edad.

OD 18: Distoangulado 1A	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Vertical 1A	OD 48: Mesioangulado 1A



Paciente 47. Masculino, 32 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Distoangulado 1A
OD 38: Horizontal 2A	OD 48: Horizontal 2B



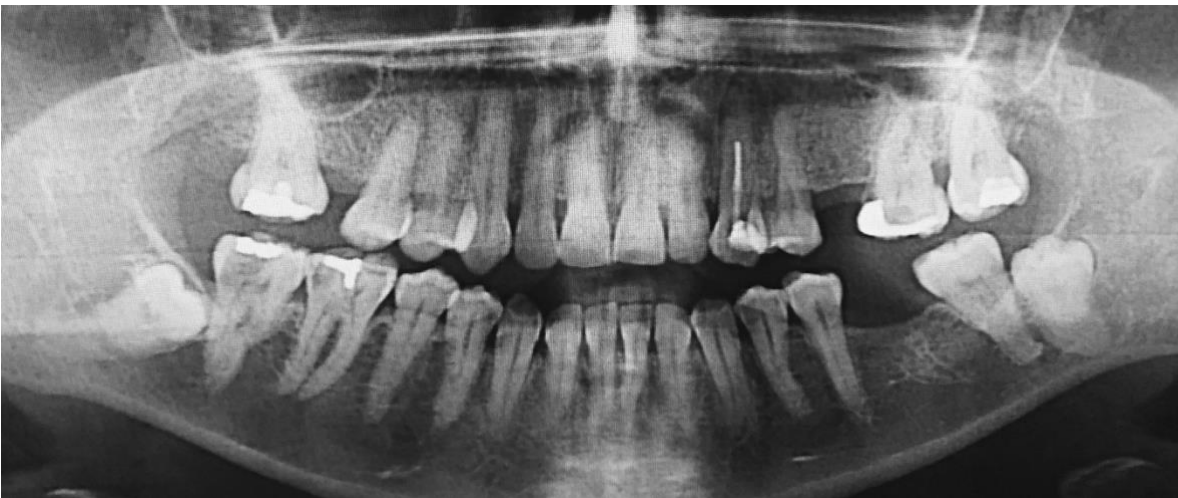
Paciente 48. Masculino, 34 años de edad.

OD 18: Distoangulado 2B	OD 28: Vertical 3C
OD 38: Horizontal 3C	OD 48: Vertical 2B



Paciente 49. Femenino, 41 años de edad.

OD 18: Ausente	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Vertical 1A	OD 48: Ausente



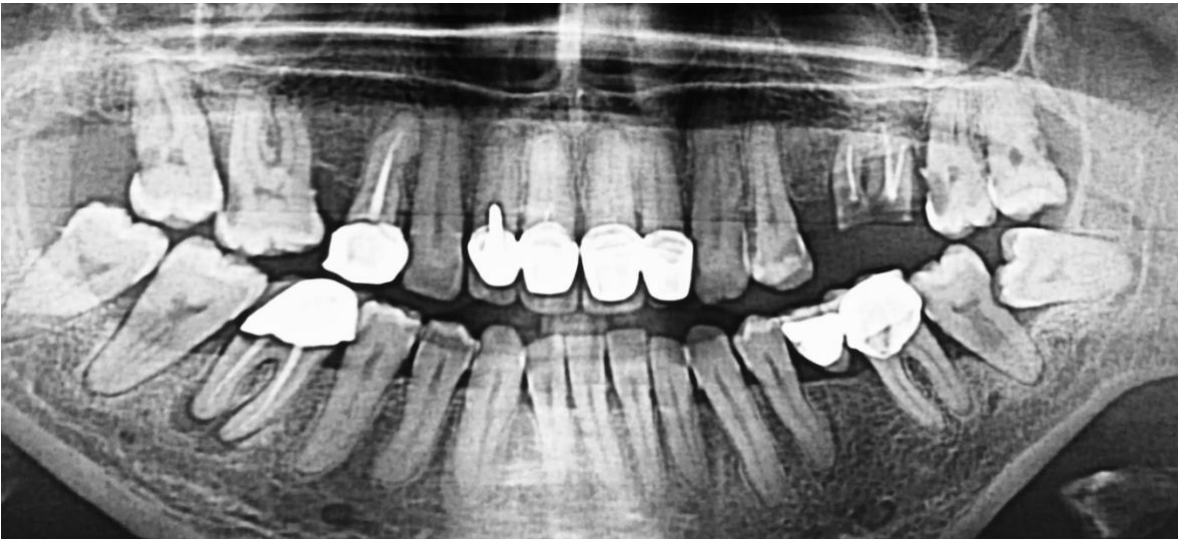
Paciente 50. Masculino 45 años de edad.

OD 18: Ausente	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Vertical 2C	OD 48: Mesioangular 3C



Paciente 51. Masculino 52 años de edad.

OD 18: Vertical 1A	OD 28: Vertical 1A
OD 38: Mesioangulado 1A	OD 48: Ausente



Paciente 52. Masculino, 64 años de edad.

OD 18: Ausente	OD 28: Distoangulado 1A
OD 38: Horizontal 2A	OD 48: Mesioangulado 1A

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Tania Graciela Olguín Martínez, E. D. Root canal morphology of third molars. *Revista ADM* (2017), 17-24.
- (2) Sánchez, G. B. *Retención de terceros molares inferiores, en la clínica de cirugía oral y maxilofacial de la UNAM*. CDMX: UNAM, (2018).
- (3) Da silva M., Parente F., Lopes C., Vasconcelos M., Ferreira M., Ferreira M., Sanches E.
Radiographic study of mandibular third molars: evaluation of the position and root anatomy in Brazilian population. *Oral and Maxillofacial Surgery* (2018). 22 (2), 163-168.
- (4) Juodzvalyz G, D. P. *Mandibular third molar impaction: review of literature and a proposal of a classification*. *Oral Maxillofac Res*, (2013).
- (5) Soto GS, D. O. *Odontectomía por disección de un órgano dentario. La importancia del tercer molar en el tratamiento*. CDMX: Visión Dental. (21-29).
- (6) Dachi S, H. F. *A survey of 3,874 routine full mouth radiographs, I. A Study of retained roots and teeth*. *Oral Surgery, Oral Pathology*. (1961).
- (7) Gay-Escoda C, P.-P. M.-C. Cordales incluidos. Exodoncia quirúrgica. Complicaciones. En *Tratado de Cirugía Bucal*. (págs. 1:387-57). España: 3ra. (2004).
- (8) BareiroF, D. Most common position of including mandibular third molar and its anatomical relationship with the inferior dentary canal in patients of National Hospital of Itauguá until 2012, *Rev Nac (Itauguá)*. (2014) 40-48.
- (9) M., S. Análisis del dolor, tumefacción y trismo después de la exodoncia del tercer molar inferior retenido, en relación con la edad, el sexo de los pacientes, y con la dificultad de la técnica quirúrgica. *Tesis doctoral*, Madrid. (1992).
- (10) Cuairán V, G. L. Agenesia dental en una muestra de pacientes ortodónticos del Hospital Infantil de México. *Rev ADM*, (1996). 211-215.
- (11) García-Hernández F. Agenesia del tercer molar en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de Antofagasta, Chile. *Int. J. Morphol. A. R.* (2009), 393-402.
- (12) J., Wallace. Gingival eruption sequences of permanent teeth in early hominids. *. Am J PhysAnthropol* (1977), 483-493.
- (13) Herrera Gramajo, I. Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos superiores e inferiores. (2002). Capítulo C. Pag 7-9.

- (14) Navarro Vila, C. Tratado de cirugía oral y maxilofacial. Arán: Tomo I. 2a Ed. (2009).
- (15) Schersten E, L. L. Prevalence of impacted third molars in dental students. *Swed Dent J* (1989); 7-13.
- (16) Peterson LJ, E. E. Cirurgia Oral & Maxilofacial Contemporânea. Rio de Janeiro: Elsevier. (2005).
- (17) Almendros- Marqués N., Berini L., Gay C. Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. *OOOE*. 102 (6), 725-732. (2006)
- (18) Hattab FN, Ma'amon A, Rawadesh, Fahmy MS. Impaction status of third molars in Jordanian students. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. (1995); 1:24–29.

CAPÍTULO 3: ANTECEDENTES

1. ZONA DE INFLUENCIA

1.1. Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la salud es lo más importante, por lo que la Clínica de Especialidades Dentales “Doctor Honorato Villa Acosta” es una Unidad de salud que dirige sus acciones a atender a los derechohabientes referidos por las clínicas de adscripción del área metropolitana y del interior de la república, tienen acceso a todos los servicios médicos de calidad para ofrecer una atención integral a los pacientes, se ha consolidado desde el 8 de Enero de 1966 como una de las mejores opciones para tratar problemas relacionados con la salud dental.

Se encuentra ubicada en Av. Guerrero 358, Cuauhtémoc, Calle Guerrero 346, Tlatelolco, Cuauhtémoc, 06900 Ciudad de México, CDMX.

Esta unidad atiende mensualmente a 5 mil 500 pacientes de la toda la República Mexicana, de los cuales cerca del 40% son mujeres y 30% niños, es decir, los hombres tienen una menor cultura del cuidado de su salud, por ello es importante que acudan al dentista cada seis meses y así prevenir afectaciones bucales.

Cuenta con luz eléctrica, elevador, farmacia, buena iluminación, coordinación médica, tres pisos, drenaje, salidas de emergencia, seguridad, transporte, teléfono 55 5782 0388, Wi-Fi disponible y estaciones de carga telefónicas.

La Clínica de Especialidades Dentales cuenta con 18 consultorios divididos en las siete especialidades: Endodoncia, Periodoncia, Prótesis Fija, Prótesis Removible, Ortodoncia, Odontopediatría, Cirugía Maxilofacial y quirófano para rehabilitación bucal bajo anestesia general para pacientes preescolares, cuya cooperación es mínima o nula; son pacientes con un alto índice de caries, por lo que deben realizarse varios procedimientos en una sola sesión, los cuales deben efectuarse en caso de sospecha de infección, además cuenta con laboratorio interno, rayos x y estudios de apoyo para llevar a cabo sus actividades sustantivas, con el respaldo de 117 personas adscritas a este servicio entre médicos, enfermeras y personal administrativo.

Otro grupo de pacientes que acuden a la Clínica de Especialidades Dentales son aquellos que por su condición médica, física, neurológica u otras discapacidades requieren de la rehabilitación bucal integral bajo anestesia general, que se lleva a cabo en conjunto con el “Hospital Regional 1° de Octubre”.

Requisito de ingreso para todas las especialidades: SM1-17, debidamente elaborado, con el diagnóstico de presunción, elaborado por el cirujano dentista, presentarse con Carnet de citas y saneamiento básico terminado (Eliminación de caries, eliminación de cálculo supragingival, profilaxis).

1.2. Análisis

1.2.1. Servicio Estomatológico

El servicio de estomatología en la Clínica de Especialidades Dentales del ISSSTE brinda servicio especializado de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

Cirugía Maxilofacial:

- a) Criterios de inclusión: Terceros molares impactados, retenidos y/o erupcionados, dientes retenidos, quistes, frenillos bucales y linguales, rebordes alveolares anfractuoso o con exostosis, patología en tejidos que amerite biopsia, patologías de glándulas salivales de tipo mucocele o ránula.
- b) Criterios de exclusión: Restos radiculares, dientes erupcionados con o sin malformaciones radiculares, extracciones múltiples.

Endodoncia:

- a) Criterios de inclusión: Eliminación de caries del órgano dental a tratar, regionalización, órganos dentarios que involucren cámara pulpar sin presentar destrucción coronaria extensa, que presenten lesiones periapicales agudas y órganos dentarios en condiciones de recibir una restauración (endoposte, incrustación, etc), con conductos de libre acceso para el trabajo biomecánico (tamaño y forma), solamente se realizarán tratamientos de terceros molares que sirvan como pilares para una prótesis fija o removible (previa valoración del especialista), con destrucción coronaria amplia, paciente con enfermedad periodontal (previa valoración del periodoncista).
- b) Criterios de exclusión: Dientes con raíces enanas, terceros molares (solamente solicitados por el protesista), dientes imposibles de aislar, destrucción coronaria extensa, órganos dentarios que no reúnen condiciones para una restauración, órganos dentarios con conductos calcificados, dientes con fracturas radiculares, conductos acodados o anatomías atípicas, retratamientos (endodoncias efectuadas fuera de la unidad), apertura bucal limitada, infecciones recurrentes y con antibioticoterapia diversa, enfermedades sistémicas no controladas.
- c) Tratamientos: Pulpotomías, recubrimiento pulpar directo e indirecto, apicoformaciones, tratamiento de conductos uniradicular y multiradulares.

Odontopediatría:

El paciente pediatra requiere odontología preventiva en su clínica de adscripción tal como técnica de cepillado, aplicación de flúor, profilaxis.

- a) Criterios de inclusión: Caries rampante con destrucción coronaria extensa, paciente con alteración de conducta, síndrome de alimentación infantil, traumatismos, urgencias, pulpotomías, recubrimiento pulpar directo, infecciones bucodentales, terapia pulpar, pacientes con enfermedades sistémicas controladas, pacientes en los que se tenga que realizar algún tratamiento en diente temporal no importando la edad, primeros molares permanentes on hipoplasia o desmineralización.
- b) Criterios de exclusión: Pacientes de las clínicas Santa María, Guerrero, Revolución, Aragón, y GAM, corresponde referirlos a la Clínica de Indianilla, lesiones cariosas incipientes de primero o segundo grado en dentición primaria y/o permanente que se pueda realizar en las clínicas de primer nivel.
- c) Tratamientos: Rehabilitación total (amalgamas, coronas acero-cromo, resinas, exodoncias, pulpotomías).

Ortodoncia preventiva o interceptiva:

- a) Dentro de los requisitos de ingreso: dentición mixta, pacientes menores de 11 años, tomar plática informativa y pago de aparatos ortodónticos.
- b) Tratamientos: Eliminación de hábitos permisivos, ortopedia facial, extracciones seriadas, corrección de alteraciones dentoalveolares.

Periodoncia:

- a) Dentro de los requisitos de ingreso se encuentra saneamiento básico terminado, eliminación de caries, eliminación de restos radiculares, profilaxis, eliminación de calculo supragingival, extracciones realizadas con previa valoración periodontal, colocación de provisionales y eliminación de prótesis desajustadas para la intervención quirúrgica, pacientes con enfermedades sistémicas controladas (epilepsia, hepatitis B y C, cardiopatías, diabetes, VIH).

- b) Criterios de exclusión: Órganos dentarios que presenten movilidad de tercer grado, pacientes con enfermedades sistémicas no controladas (epilepsia, hepatitis B y C, cardiopatías, diabetes, VIH), discrasias sanguíneas.
- c) Tratamientos: Raspado y alisado radicular, curetaje cerrado y abierto, gingivoplastias, gingivectomía, alargamiento de corona, curetaje a colgajo, colgajo desplazado, autoinjerto gingival libre, colgajo desplazado coronal, eliminación de granuloma piógeno, frenilectomía vestibular.

Prótesis Fija:

Se requiere pase vigente SM1-17 de su clínica de medicina familiar y carnet con saneamiento básico terminado (eliminación de caries, curación, profilaxis), eliminación de restos radiculares.

- a) Criterios de inclusión: Dentro de los asintomáticos se encuentran los pacientes candidatos a prótesis fija que serán aceptados a criterio del especialista, pacientes sin problemas endodónticos ni periodontales, contar con radiografías periapicales, pacientes comprometidos con el tratamiento, cubrir el costo de la restauración al laboratorio externo.
- b) Criterios de exclusión: Pacientes con desgaste dental generalizado (abrasión) y pérdida de dimensión vertical que requieren rehabilitación protésica parcial o total (limitado), dientes con tratamiento de endodoncia con lesión amplia, tratamiento corto o sobreobturado, prótesis fija en el segmento posterior (su elaboración será solo a criterio del especialista), dientes que requieran alargamiento de corona, dientes con movilidad dental o enfermedad periodontal, dientes con destrucción coronaria amplia.
- c) Tratamientos: Incrustaciones metálicas, postes metálicos, coronas metálicas, coronas metal-porcelana individuales, prótesis metal porcelana en zona anterior, guardas oclusales (Terapia de articulación temporomandibular).

Prótesis removible:

- a) Criterios de inclusión: Sin sintomatología (sin problemas endodónticos, ni periodontales), con restauraciones protésicas terminadas y en buen estado, se deberá cubrir el costo de la elaboración de la aparatología indicada, el pronóstico de éxito del tratamiento dependerá de las condiciones bucales de cada paciente.
- b) Criterios de exclusión: Movilidad dentaria, pacientes con desgaste dental generalizado (abrasión) y pérdida de dimensión vertical que requieren

rehabilitación parcial o total, pacientes que necesiten regularización de proceso o algún tipo de cirugía previa a la elaboración de la prótesis.

- c) Tratamientos: Prótesis total, prótesis removible, prótesis parciales y combinadas, guarda oclusal.

Quirófano:

En ésta área se realiza la rehabilitación bucal integral y cirugía bucal bajo anestesia general. Dentro de los requisitos de ingresos se encuentra la valoración por odontopediatría, expediente clínico completo, análisis de laboratorio, valoración pediátrica.

- a) Criterios de inclusión: Paciente pediátrico poco cooperador o con alteraciones de conducta que tenga lesiones cariosas presentes de más de seis órganos dentarios, con alguna discapacidad física que impida su atención en el consultorio, alérgicos a los anestésicos locales, pacientes adolescentes con alteraciones sistémicas bien controladas y que requieran tratamiento integral (Odontopediatría, Endodoncia, Periodoncia, Cirugía).
- b) Criterios de exclusión: Pacientes con compromiso sistémico que ponga en riesgo su vida (ASA IV y V), pacientes que sufran convulsiones aún controladas, pacientes que sufran convulsiones aún siendo controladas.
- c) Motivos de cancelación: Expediente clínico incompleto, análisis clínicos vencidos, enfermedad de vías respiratorias altas, vómito o diarrea, no seguir las indicaciones preoperatorias entregadas por escrito, no llegar en ayuno.

Área de recepción y filtro: Encargada de aplicar criterios de inclusión y exclusión.

En conjunto el servicio de Estomatología brinda atención de segundo y tercer nivel a las necesidades específicas, siempre con protocolos establecidos para evitar poner en riesgo la salud del paciente, de ser necesario previo a la atención se debe mandar interconsulta con servicio tratante para descartar contraindicaciones o algún manejo específico que requiera.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Página Web: <https://www.gob.mx/issste/prensa/hombres-quienes-menos-atienden-su-salud-bucal>.
2. Página Web: <http://obras.issste.gob.mx/unidades/unidad?id=300>
3. C.D. Heriberto Vera Hermosillo. Breve Historia de la Clínica de Especialidades Dentales, "Dr. Honorato Villa Costa". Encuentro Nacional de Odontólogos del SNTISSSTE. Febrero 17 y 18, 2016. Teatro Ciudadela, Ciudad de México.

2. ZONA DE INFLUENCIA

2.1 El Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE

El sistema de Cirugía Ambulatoria es aquél en el que el paciente es admitido a la unidad, intervenido quirúrgicamente y dado de alta a su domicilio el mismo día en que ingresó. Con las grandes ventajas de disminuir el estrés perioperatorio, abatir casi a cero las posibilidades de infecciones nosocomiales, permitir su recuperación y convalecencia en el ámbito familiar, coadyuvar a su reintegración más rápida a su ámbito laboral, disminuir considerablemente a las instituciones de salud los costos por día-cama de estancia hospitalaria, disminuir o desahogar el rezago quirúrgico de los grandes hospitales optimizando la oferta de camas para la atención de padecimientos crónico-agudos.

El Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA) del ISSSTE, es una Unidad de Salud que dirige sus acciones a atender a los derechohabientes del Instituto que requieren atención médico-quirúrgica bajo el sistema de cirugía ambulatoria y surge de la necesidad de eficientar la atención de los pacientes quirúrgicos candidatos a éste sistema, además de contribuir al desahogo del muy importante rezago quirúrgico de los hospitales de tercer nivel del Instituto. También realiza actividades de promoción y protección a la salud.

Recientemente se ha descrito que más del 50% de los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo en un hospital, pueden ser realizados bajo el sistema de cirugía ambulatoria.

El C.C.A. es una Unidad Autónoma con respaldo de un hospital cercano (Hospital Regional 1º de Octubre) o construido en el mismo terreno. Se proporciona atención quirúrgica ambulatoria en las siguientes especialidades: Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía General, Ginecología, Urología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Maxilofacial, Podología y Endoscopia diagnóstica. Y se cuentan con servicios subrogados de Endoscopia (Vitalmex), Laparoscopia (Vitalmex), equipo, material y medicamentos especializados de anestesia (Inovamedick) así como accesorios para electrocoagulación por evento.

Es considerada como Hospital de Atención de 2º nivel, autónoma, práctica y funcional, con un cuerpo de gobierno propio, los recursos humanos, materiales y financieros son asignados para su óptimo funcionamiento, y con instalaciones necesarias para atención al paciente quirúrgico y cumplir con las metas establecidas.

La cirugía ambulatoria es un óptimo modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria, que permite tratar pacientes bien seleccionados, de una forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización tradicional.

Misión

Contribuir a satisfacer el bienestar integral de los trabajadores al servicio del estado, con el otorgamiento de servicios médico-quirúrgicos de especialidad dentro de el sistema de cirugía ambulatoria, con la más alta calidad tecnológica, así como una gran calidad y calidez en su atención.

Visión

Constituirse como la unidad líder en el otorgamiento de la atención medico-quirúrgica de pacientes del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado bajo el sistema de cirugía ambulatoria.

Valores

Honestidad, lealtad, transparencia, responsabilidad y humanismo.

El Instituto en concordancia con el objetivo básico del programa del Sector Salud, tiene previsto proporcionar la atención médica a sus derechohabientes basado en el modelo unificado de servicios de Salud, cuyas características son:

Escalonamiento en tres niveles de atención:

La regionalización como medio para mejorar la distribución de servicios, acercando y haciendo accesibles los mismos al lugar donde se origina la demanda, por lo que el Centro de Cirugía Ambulatoria se coloca como una unidad de segundo nivel de atención médica, siendo la unidad piloto independiente a nivel Nacional, para la ejecución de procedimientos tratamiento quirúrgico de especialidad.

UBICACIÓN DE LA UNIDAD / SALAS DE QUIRÓFANOS

VITALMEX INOVAMEDIK PASILLO POSTERIOR



N° PROG. DE UBIC	LUGAR
1.	Oficina administrativa jefatura de enfermería quirófano
2.	Jefatura de Enfermeras
3.	Coordinación Médica
4.	Incapacidades
5.	Subdirección Médica
6.	Administración ISSSTEMED, Enlace del archivo CCA-Delegación
7.	Informática
8.	Dirección
9.	Subdirección Médica
10.	Secretaria de la Subdirección Administrativa
11.	Jefatura de Recursos Financieros
12.	Vestidores
13.	Trabajo Social
14.	Consultorio N° 4 C. Oftalmología, C. Plástica, C. Ginecológica, C. General
15.	Consultorio N°3 "A" C. General, C. Plástica ORTOPEdia
16.	Admisión y Relaciones Publicas
17.	Consultorio N° 2; C. Otorrinolaringología. C. Maxilofacial
18.	Consultorio N° 1; C. Ginecológica y Urología
19.	Consultorio # 6 valoración de Anestesia
20.	Prequirurgica
21.	Aula de Enseñanza
22.	Sala 6
23.	Recuperación secc. hombres
24.	Baño de hombres Recuperación
25.	Bodega ropa
26.	Recuperación oficina Jefe Enf. Recuperación

N° PROG. DE UBIC.	LUGAR
27.	Baño mujeres Recuperación
28.	Recuperación ala mujeres
29.	Oficina Jefe Enf. Quirófanos
30.	Vestidor y baños
31.	Comedor
32.	Oficina Coord. Enseñanza e Investigación
33.	Depto. Intendencia
34.	Roperia
35.	Vestidor Área quirúrgica
36.	Quirófano N° 5
37.	Quirófano N° 4
38.	Quirófano N° 3
39.	Quirófano N° 2
40.	Quirófano N° 1
41.	Servicio de Anestesiología
42.	SICORA
43.	Acceso del personal Av. IPN
44.	Baño hombres
45.	Baño mujeres
46.	Atención al derechohabiente
47.	Acceso al Hospital 1° de Octubre
48.	CEYE
49.	Archivo Clínico
50.	Farmacia
51.	Atención al derechohabiente
52.	Recursos Humanos y Checador

2.2. Análisis.

2.2.1. Servicio Estomatológico

El Centro de Cirugía Ambulatoria del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es una unidad dedicada a la realización de procedimientos médico-quirúrgicos ambulatorios, dependiente de la Delegación Regional Norte en la Ciudad de México; es la única unidad de su tipo en el Instituto y atiende a todos los pacientes del mismo que son candidatos al sistema de cirugía ambulatoria (siendo ésta en la cual el paciente es ingresado, intervenido quirúrgicamente y egresado el mismo día). Es una unidad resolutive de segundo nivel de atención y atiende pacientes dentro de las siguientes especialidades: Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología, Urología, Endoscopía y Nutrición perioperatoria. El centro recibe pacientes provenientes de todas las clínicas de primer nivel de la zona norte y de hospitales regionales de la misma; pero al no estar sujeto a regionalización, tiene la posibilidad de recibir pacientes de todas las delegaciones a nivel nacional.

El protocolo de envío al centro inicia cuando el paciente es referido de su unidad de primer nivel u hospital regional por medio de un formato de referencia SM1-17, el cual es normalmente gestionado por la unidad que lo envía, previo al envío del paciente, éste formato es revisado en el centro y una vez aceptado como posible candidato, se envía respuesta con fecha y hora de cita a la unidad emisora para que lo haga del conocimiento del paciente y éste se presente el día y hora indicados.

El día de su cita el paciente es recibido por el servicio de admisión donde se le indica con que médico especialista está asignado y el número del consultorio donde será valorado, posterior a éstas indicaciones es canalizado al servicio de:

Trabajo Social

Realiza la encuesta de familiograma y le dará información correspondiente sobre el servicio que se brinda en la unidad, haciendo hincapié que debe de contar con un familiar responsable el día de la cirugía, un vehículo que lo transportará hasta su domicilio para su seguridad una vez que es dado de alta del servicio de recuperación, que se le agendará su cita post operatoria, se le entregará el carnet con su cita agendada y su familiar realizara los trámites administrativos que requiera como incapacidad, constancia de tiempo o constancia de cirugía, pasa expediente al Médico Especialista.

Médico Especialista

Le proporcionará la consulta de especialidad, valorando al paciente de acuerdo al servicio solicitado, exámenes de laboratorio y gabinete, hace su resumen clínico y realiza examen físico del paciente, valorará la cirugía a realizar, programa y da indicaciones y tratamiento correspondiente, se agenda cirugía y valoración de anestesia.

Médico Anestesiólogo

Una vez programado el paciente para cirugía pasa a valoración de anestesia, donde al paciente se le toma su somatometría, se le realiza interrogatorio sobre patología, alergias, padecimientos concomitantes y se realiza exploración física, se valoran constantes vitales e historia clínica dando la clasificación de ASA, y si es necesario se le solicitan nuevos estudios de laboratorio , gabinete e interconsultas necesarias para mayor seguridad de la intervención quirúrgica, se le proporciona las indicaciones previas a la cirugía.

Área Prequirúrgica

Consta de cinco cubículos acondicionados para la recepción y preparación de los pacientes programados para cirugía. El paciente ingresa acompañado por un familiar y es recibido por la enfermera, quien se encarga de proporcionarle la preparación física y psicológica, así como revisar el expediente, resultados de laboratorio, hojas de autorización firmadas, indicaciones médicas y resumen de historia clínica, abre hoja de enfermería, registra signos vitales, instala venoclisis, vendaje de miembros inferiores y revisión de área quirúrgica, durante todo este tiempo el familiar permanece con el paciente hasta que es trasladado y entregado al personal de quirófano.

Quirófanos

Cuenta con cinco salas de operaciones. Laboran dos Enfermeras Quirúrgicas por sala. La enfermera circulante de cada sala es la encargada de recibir al paciente en el transfer, en donde se presenta con el paciente y familiar mencionándole el nombre de todos los miembros del equipo de trabajo de la sala que le corresponde e indicándole al familiar que pase a la sala de espera en donde recibirá información cuando su paciente pase a recuperación

Recuperación post quirúrgica

El servicio cuenta con 12 camas no censables. En esta área el personal de Enfermería vigila y asiste al paciente durante el postoperatorio inmediato y mediato hasta que esta en condiciones de ser egresado a su domicilio, lo cuál se hará después de haber pasado por varios cambios de posición que van desde semifowler, fowler, sentado en la cama y por ultimo en silla de ruedas, tomando el tiempo necesario en cada cambio, tomando los siguientes parámetros:

1. Signos vitales estables
2. Micción espontánea
3. Tolerancia al la vía oral
4. Control del dolor
5. Deambulación
6. Concierte y coherente
7. Sin náusea ni vómito

Cuando el paciente cubre estos puntos, se llama a su familiar para que ayude a vestir a su paciente proporcionándoles a ambos toda la orientación sobre los cuidados postoperatorios que van a realizar en su hogar, fecha de su próxima cita, se les aclaran

dudas y se acompaña al paciente junto con el camillero hasta su vehículo; Aquí se permite la entrada al familiar de pacientes pediátricos lo cual hace que disminuya su ansiedad recuperándose más rápidamente, también se les permite traer con ello algún juguete o artículo de su preferencia.

Central de equipos y esterilización

Aquí se realizan todas las actividades referentes a preparación, esterilización y abastecimiento de instrumental, material de curación, ropa y los dispositivos médicos estériles necesarios a todos los servicios de la unidad.

Unidad de abasto (sicora)

Es el área encargada de solicitar, controlar, regular y abastecer todos los dispositivos médicos de terapéutica médico-quirúrgica que se utiliza en la unidad.

Características de la población usuaria

En el Centro de Cirugía Ambulatoria proporciona cobertura a toda el área metropolitana y potencialmente dada la naturaleza de sus servicios puede ofrecer cobertura nacional.

Porcentaje de ocupación, promedio horas

La estancia de los pacientes oscila entre 6 y 8 horas, desde su ingreso al servicio de pre quirúrgica hasta el egreso a su domicilio del servicio de Recuperación.

Infecciones nosocomiales y porcentaje

Hasta el momento sin casos documentados de infecciones Nosocomiales

Diez primeras causas de morbilidad

- 1.-Excisión de tumoraciones
- 2.-Hernias Inguinales
- 3.-Excisión de quistes sinoviales
- 4.-Desviación septal
- 5.-Catarata
- 6.-Paternidad satisfecha
- 7.-Tumoraciones en párpado
- 8.-Paridad satisfecha
- 9.-Amigdalitis crónica
- 10 Aplicación de terapia alternativa (Synvisc, Lucentus, Fibrogel)

Tecnología

- Autoclave de baja temperatura Plasma
- Autoclave de alta temperatura Vapor
- Carros de anestesia
- Crio para ginecología
- Crio para oftalmología
- Colposcopio equipado
- Electro cauterios
- Monitores para constantes vitales

- Carros rojos
- Giyrus (sellador de vasos)
- Microscopio quirúrgico
- Pan endoscopio
- Fibroscopio
- Fuentes de luz Wolf adicional
- Emulsionador Phaco
- Ultrasonido
- Ultrasonido oftálmico
- Microscopio de hendidura
- Torre de laparoscopia con accesorios
- Servicios subrogados de Endoscopia, medicamentos específicos para Técnicas anestésicas y Cirugía Laparoscópica

Cabe mencionar que el centro de cirugía ambulatoria no cuenta con laboratorio, servicio de Rayos X, ni electrocardiografía diagnóstica, por lo cual cuando los pacientes cuentan con estudios de laboratorio caducos (tienen 3 meses de vigencia), ameritan toma de radiografías y valoración electrocardiográfica, son enviados a otras unidades a realizarse dichos estudios, agendándoles el médico especialista o anestesiólogo otra nueva cita con los resultados, y no se programa el procedimiento quirúrgico hasta no evaluar el resultado de los mismos, de la misma manera cuando se necesita valoración por medicina interna o cardiología, también el paciente es enviado a alguna otra unidad que cuente con éstas especialidades para su valoración.

Bibliografía:

1. Sergio H. Hernandez Paz. **Diagnóstico situacional**. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 2019. (2-26)

CAPÍTULO 4: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Durante la primer estancia en el servicio social (“Clínica de Especialidades Dentales Dr. Honorato Villa”) se registra asistencia firmando una hoja por día anotando hora de entrada y de salida con respectiva firma, en ésta clínica se rotan a los pasantes cada tres meses por una especialidad diferente, a mí, me asignaron odontopediatría durante los primeros 3 meses, nuestra función en éste servicio fué realizar historias clínicas, dar técnicas de cepillado, aplicación tópica de flúor, selladores de fosas y fisuras, ameloplastías, cementación, colocación de dique de hule, preparación para corona, recubrimiento pulpar, resinas, exodoncias, asistencia en técnica a cuatro manos al Odontopediatra en tratamientos como coronas, pulpotomias, todo esto con previa autorización de médicos adscritos y un debido control de infecciones, manejo de instrumental y de material así como manejo de la conducta pediátrica.

Después en el mes de abril me asignaron la especialidad de ortodoncia la cual es sólo interceptiva en donde se toman modelos de impresión, se elaboran ordenes de aparatología y en pacientes subsecuentes se realizan ajustes de los aparatos. A cada paciente que asista a consulta de primera vez se tendrá que llenar la historia clinica, agendar cita de revisión y/o entrega de aparatos y hacer del conocimiento al paciente de su debido presupuesto.

En el mes de mayo me incorpore a el Centro de Cirugia Ambulatoria, el ingreso es de la misma forma que en la Clínica de Especialidades. En éste servicio se requiere previa autorización de el Cirujano Maxilofacial para llenado correcto de historias clínicas, consentimientos informados, prescripción de recetas, análisis de radiografías panorámicas y/o periapicales, llenado de solicitud de laboratorios, tele de torax y electrocardiograma, asistencia en cirugías, elaboración de SM1-17 para referirlos a otra especialidad según el paciente lo requiera.

Contamos con apoyo de enfermería, la cual, se encarga de recibir carnets, llamar al paciente en sala de espera, toma de signos vitales y control de expedientes.

Realizar actividades administrativas es parte importante de nuestro desempeño, agendar citas, registrarlos en formato digital, canalizarlos a valoraciones anestésicas, subir al paciente al servicio de anestesiología para valoración, entregar indicaciones previas y posteriores a procedimientos quirúrgicos asi como hacer revisión de éstas, retiro de puntos de sutura y cuando el paciente se encuentre mejorado se realiza el alta integral del servicio.

Entrar a quirófano a procedimientos de rehabilitación bucal bajo anestesia general y/o local mas sedación en procedimientos del área de maxilofacial, con función de segundo asistente o circulante es otra actividad correspondiente como pasante de servicio social.

CUADROS DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR PROGRAMAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO 2019		
Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	26	2%
Radiográfico	17	1%
Odontograma	18	1%
SUBTOTAL	61	5%
PREVENTIVAS		
Cepillado	26	2%
Selladores	3	0%
Flúor	2	0%
Hilo Dental	26	2%
SUBTOTAL	57	5%
INTERMEDIAS		
Preparación de cavidad	11	1%
Anestesia	56	5%
Asistencia	55	5%
Dique de hule	40	3%
Ionómero de vidrio	8	1%
Obturación provisional	16	1%
Preparación para corona	1	0%
Recubrimiento pulpar	1	0%
Técnica a 4 manos	111	9%
SUBTOTAL	299	25%
CURATIVAS		
		0%
Amalgamas	2	0%
Exodoncias	34	3%
Resinas	9	1%
Pulpotomías	1	0%
SUBTOTAL	46	4%
REHABILITACIÓN		
		0%
Alta Integral	6	0%
Alta operatoria	30	2%
Alta preventiva	36	3%
Coronas de acero cromo	1	0%
SUBTOTAL	73	6%
ADMINISTRATIVAS		
		0%
Control de infecciones	111	9%
Control y manejo de instrumental	111	9%
Control y manejo de material	111	9%
Manejo de expediente	111	9%
Organización de trabajo por día	111	9%
Registro de Actividades	111	9%
SUBTOTAL	666	55%
TOTAL	1202	100%

FUENTE: Agenda de registro diario de actividades

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2019

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	21	1%
Radiográfico	11	1%
Odontograma	11	1%
SUBTOTAL	43	3%
PREVENTIVAS		
Cepillado	21	1%
Selladores	1	0%
Flúor	1	0%
Hilo Dental	21	1%
SUBTOTAL	44	3%
INTERMEDIAS		
Preparación de caividad	20	1%
Anestesia	72	4%
Asistencia	100	6%
Dique de hule	45	3%
Ionómero de vidrio	7	0%
Obturación provisional	14	1%
Preparación para corona	1	0%
Recubrimiento pulpar	1	0%
Técnica a 4 manos	172	10%
SUBTOTAL	432	25%
CURATIVAS		
Amalgamas	5	0%
Exodoncias	55	3%
Resinas	28	2%
Pulpotomías	1	0%
SUBTOTAL	89	5%
REHABILITACIÓN		
Alta Integral	4	0%
Alta operatoria	29	2%
Alta preventiva	33	2%
Coronas de acero cromo	1	0%
SUBTOTAL	67	4%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	172	10%
Control y manejo de instrumental	172	10%
Control y manejo de material	172	10%
Manejo de expediente	172	10%
Organización de trabajo por día	172	10%
Registro de Actividades	172	10%
SUBTOTAL	1032	60%
TOTAL	1707	100%

FUENTE: Agenda de registro diario de actividades

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL 2019

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	35	3%
Radiográfico	21	2%
Odontograma	22	2%
SUBTOTAL	78	6%
PREVENTIVAS		
Cepillado	35	3%
Selladores	4	0%
Flúor	3	0%
Hilo Dental	35	3%
SUBTOTAL	77	6%
INTERMEDIAS		
Preparación de cavidad	15	1%
Anestesia	58	4%
Asistencia	68	5%
Dique de hule	50	4%
Ionómero de vidrio	8	1%
Obturación provisional	16	1%
Preparación para corona	1	0%
Recubrimiento pulpar	1	0%
Técnica a 4 manos	126	9%
SUBTOTAL	343	25%
CURATIVAS		
Amalgamas	5	0%
Exodoncias	32	2%
Resinas	32	2%
Pulpotomías	1	0%
SUBTOTAL	70	5%
REHABILITACIÓN		
Alta Integral	7	1%
Alta operatoria	29	2%
Alta preventiva	36	3%
Coronas de acero cromo	1	0%
SUBTOTAL	73	5%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	126	9%
Control y manejo de instrumental	126	9%
Control y manejo de material	126	9%
Manejo de expediente	126	9%
Organización de trabajo por día	126	9%
Registro de Actividades	126	9%
SUBTOTAL	756	54%
TOTAL	1397	100%
FUENTE: Agenda de registro diario de actividades		

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO 2019

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	51	2%
Radiográfico	57	2%
Toma de Modelos	26	1%
Odontograma	8	0%
SUBTOTAL	142	5%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	5	0%
Retiro de Puntos	5	0%
Alta Integral	6	0%
SUBTOTAL	16	1%
INTERMEDIAS		
Diseño de aparatos	11	0%
SUBTOTAL	11	0%
REHABILITACIÓN		
Colocación de aparatos	4	0%
Ajuste de aparatos	280	9%
Alta integral	4	0%
SUBTOTAL	288	9%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	293	9%
Control y manejo de instrumental	293	9%
Control y manejo de material	293	9%
Manejo de expediente	293	9%
Organización de trabajo por día	328	10%
Registro de Actividades	328	10%
Solicitud de laboratorios	293	9%
Solicitud de electrocardiograma	291	9%
Solicitud tele de tórax	291	9%
Indicaciones pre y post quirúrgicas	293	9%
SUBTOTAL	2996	95%
TOTAL	3154	100%

FUENTE: Agenda de registro diario de actividades

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE
EL MES DE JUNIO 2019**

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	97	15%
Radiográfico	97	15%
SUBTOTAL	194	30.41%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	19	2.98%
Retiro de Puntos	19	3%
Alta Integral	8	1.25%
SUBTOTAL	46	7.21%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	19	3%
Control y manejo de instrumental	19	3%
Control y manejo de material	19	3%
Manejo de expediente	97	15%
Organización de trabajo por día	97	15%
Registro de Actividades	97	15%
Solicitud de laboratorios	19	3%
Solicitud de electrocardiograma	6	1%
Solicitud tele de tórax	6	1%
Indicaciones pre y post quirúrgicas	19	3%
SUBTOTAL	398	62.4%
TOTAL	638	100%

FUENTE: Agenda de registro diario de actividades

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE
EL MES DE JULIO 2019**

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	73	17%
Radiográfico	73	17%
<i>SUBTOTAL</i>	146	34%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	8	2%
Retiro de Puntos	8	2%
Alta Integral	5	1.2%
<i>SUBTOTAL</i>	21	5%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	8	2%
Control y manejo de instrumental	8	2%
Control y manejo de material	8	2%
Manejo de expediente	73	17%
Organización de trabajo por día	73	17%
Registro de Actividades	73	17%
Solicitud de laboratorios	8	2%
Solicitud de electrocardiograma	2	0%
Solicitud tele de tórax	2	0%
Indicaciones pre y post quirúrgicas	8	2%
<i>SUBTOTAL</i>	263	61%
TOTAL	430	100%

FUENTE: Agenda de registro diario de actividades

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE
EL MES DE AGOSTO 2019**

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	107	14%
Radiográfico	107	14%
<i>SUBTOTAL</i>	214	28%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	30	4%
Retiro de Puntos	30	4%
Alta Integral	8	1%
<i>SUBTOTAL</i>	68	9%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	30	4%
Control y manejo de instrumental	30	4%
Control y manejo de material	30	4%
Manejo de expediente	107	14%
Organización de trabajo por día	107	14%
Registro de Actividades	107	14%
Solicitud de laboratorios	30	4%
Solicitud de electrocardiograma	11	1%
Solicitud tele de tórax	11	1%
Indicaciones pre y post quirúrgicas	30	4%
<i>SUBTOTAL</i>	493	64%
TOTAL	775	100%

FUENTE: Agenda de registro diario de actividades

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE
EL MES DE SEPTIEMBRE 2019**

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	156	18%
Radiográfico	156	18%
<i>SUBTOTAL</i>	312	36%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	11	1%
Retiro de Puntos	11	1%
Alta Integral	10	1%
<i>SUBTOTAL</i>	32	4%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	11	1%
Control y manejo de instrumental	11	1%
Control y manejo de material	11	1%
Manejo de expediente	156	18%
Organización de trabajo por día	156	18%
Registro de Actividades	156	18%
Solicitud de laboratorios	11	1%
Solicitud de electrocardiograma	5	1%
Solicitud tele de tórax	5	1%
Indicaciones pre y post quirúrgicas	11	1%
<i>SUBTOTAL</i>	533	61%
TOTAL	877	100%

FUENTE: Agenda de registro diario de actividades

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE
EL MES DE OCTUBRE 2019**

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	83	18%
Radiográfico	83	18%
<i>SUBTOTAL</i>	166	36%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	5	1%
Retiro de Puntos	5	1%
Alta Integral	4	1%
<i>SUBTOTAL</i>	14	3%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	5	1%
Control y manejo de instrumental	5	1%
Control y manejo de material	5	1%
Manejo de expediente	83	18%
Organización de trabajo por día	83	18%
Registro de Actividades	83	18%
Solicitud de laboratorios	5	1%
Solicitud de electrocardiograma	1	0%
Solicitud tele de tórax	1	0%
Indicaciones pre y post quirúrgicas	5	1%
<i>SUBTOTAL</i>	276	61%
TOTAL	456	100%

FUENTE: Agenda de registro diario de actividades

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE
EL MES DE NOVIEMBRE 2019**

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	72	17.48%
Radiográfico	72	17.48%
SUBTOTAL	144	34.95%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	7	1.70%
Retiro de Puntos	7	1.70%
Alta Integral	3	0.73%
SUBTOTAL	17	4.13%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	7	1.70%
Control y manejo de instrumental	7	1.70%
Control y manejo de material	7	1.70%
Manejo de expediente	72	17.48%
Organización de trabajo por día	72	17.48%
Registro de Actividades	72	17.48%
Solicitud de laboratorios	7	1.70%
Indicaciones pre y post quirúrgicas	7	1.70%
SUBTOTAL	251	60.92%
TOTAL	412	100%

FUENTE: Agenda de registro diario de actividades

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE
EL MES DE DICIEMBRE 2019**

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	33	16.67%
Radiográfico	33	16.67%
SUBTOTAL	66	33.33%
FOMENTO A LA SALUD		
Exposición		
Nervio facial y parálisis facial	1	0.51%
SUBTOTAL	1	0.51%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	4	2.02%
Retiro de Puntos	4	2.02%
Alta Integral	2	1.01%
SUBTOTAL	10	5.05%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	4	2.02%
Control y manejo de instrumental	4	2.02%
Control y manejo de material	4	2.02%
Manejo de expediente	33	16.67%
Organización de trabajo por día	33	16.67%
Registro de Actividades	33	16.67%
Solicitud de laboratorios	4	2.02%
Solicitud de electrocardiograma	1	0.51%
Solicitud tele de tórax	1	0.51%
Indicaciones pre y post quirúrgicas	4	2.02%
SUBTOTAL	121	61.11%
TOTAL	198	100%

FUENTE: Agenda de registro diario de actividades

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE
EL MES DE ENERO 2020**

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	22	12.15%
Radiográfico	22	12.15%
<i>SUBTOTAL</i>	44	24%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	9	4.97%
Retiro de puntos	9	4.97%
Alta Integral	4	3%
<i>SUBTOTAL</i>	22	13%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	9	4.97%
Control y manejo de instrumental	9	4.97%
Control y manejo de material	9	4.97%
Manejo de expediente	22	12.15%
Organización de trabajo por día	22	12.15%
Registro de Actividades	22	12.15%
Solicitud de laboratorios	9	4.97%
Solicitud de electrocardiograma	2	1.10%
Solicitud tele de tórax	2	1.10%
Indicaciones pre y post quirúrgicas	9	4.97%
<i>SUBTOTAL</i>	115	64%
TOTAL	181	100%

FUENTE: Agenda de registro diario de actividades

TABLA CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
Historia Clínica	776	9%
Radiográfico	749	8%
Odontograma	59	1%
SUBTOTAL	1525	17%
FOMENTO A LA SALUD		
Exposición		
Nervio facial y parálisis facial	1	0%
SUBTOTAL	1	0%
PREVENTIVAS		
Cepillado	82	1%
Selladores	8	0%
Flúor	6	0%
Hilo Dental	82	1%
SUBTOTAL	178	2%
INTERMEDIAS		
Preparación de cavidad	46	1%
Anestesia	186	2%
Asistencia	224	2%
Dique de hule	135	2%
Ionómero de vidrio	23	0%
Obturación provisional	46	1%
Preparación para corona	3	0%
Recubrimiento pulpar	3	0%
Diseño de Aparatos	11	0%
Técnica a 4 manos	409	5%
SUBTOTAL	1086	12%
CURATIVAS		
Amalgamas	12	0%
Exodoncias	121	1%
Resinas	69	1%
Pulpotomías	3	0%
SUBTOTAL	205	2%

REHABILITACIÓN		
Cirugía	98	1%
Retiro de Puntos	98	1%
Alta Integral	65	1%
Alta operatoria	88	1%
Alta preventiva	105	1%
Colocación de aparatos	4	0%
Ajuste de aparatos	280	3%
Coronas de acero cromo	3	0%
SUBTOTAL	741	8%
ADMINISTRATIVAS		
Control de infecciones	795	9%
Control y manejo de instrumental	795	9%
Control y manejo de material	795	9%
Manejo de expediente	1354	15%
Organización de trabajo por día	1354	15%
Registro de Actividades	1354	15%
Solicitud de laboratorios	95	1%
Solicitud de electrocardiograma	29	0%
Solicitud tele de tórax	29	0%
Indicaciones pre y post quirúrgicas	95	1%
SUBTOTAL	6695	75%
TOTAL	8962	100%
FUENTE: Agenda de registro diario de actividades		

CAPÍTULO 5: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el periodo anual del servicio social en ambas Instituciones, principalmente las tareas asignadas a los pasantes de Estomatología, son de tipo asistencial y administrativas, aunque la participación de nosotros es de manera constante y activa en tratamientos de consulta privada permitiéndonos seguir practicando día con día así como aprender a la resolución de problemas comunes que pasan en el ámbito laboral.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIÓN

Puedo concluir que la experiencia de colaborar en el servicio social que fue realizado tanto en “La Clínica de Especialidades Dentales. Dr. Honorato Villa” en turno vespertino como en “El Centro de Cirugía Ambulatoria”, fue muy gratificante para mi formación académica. Ya que el aprendizaje de casos reales en el ámbito hospitalario y el desenvolvimiento con cada una de las actividades de cada servicio de las Instituciones. Por otro lado para la comprensión de manejo de conducta pediátrica (realmente lo más complicado), manejo de las áreas hospitalarias y la colaboración de las mismas, fueron realizadas de manera satisfactoria para adquirir conocimientos y poder participar en el ámbito laboral satisfactoriamente, y por ende la formación como persona de valores y principios.

En el presente trabajo se muestra en cada uno de los capítulos y de las características de las instituciones, también el desenvolvimiento de las actividades realizadas el servicio de Odontopediatría, Ortodoncia y Cirugía Maxilofacial, sin embargo convives con otras especialidades día con día y algunos doctores te invitan a que veas otro tipo de cirugías y/o tratamientos, que en verdad, son extraordinarios.

Ahora como resultado, puedo decir claramente, que manejo el funcionamiento de las áreas hospitalarias en un gran porcentaje, lo cuál significó mucho, cabe mencionar que el conocimiento adquirido fue gracias al desempeño del estudio y la dedicación puesta en cada una de mis actividades diarias dentro de la Institución hospitalaria y para terminar la experiencia adquirida en el servicio se culmina con buenas expectativas y marcó el inicio de la vida laboral y posteriormente nuevas metas para una vida futura.

Como comenté anteriormente, “La Clínica de Especialidades Dentales Dr. Honorato Villa” y “El Centro de Cirugía Ambulatoria” son excelentes lugares para la realización del servicio social, sin embargo, lo que implementaría sería la inclusión de los pasantes de Estomatología como derechohabientes durante el periodo de su servicio social.

CAPÍTULO 7: FOTOGRAFÍAS





