



**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

"PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES ASOCIADOS A MALOCLUSIONES"

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

**CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DENTALES HONORATO VILLA ACOSTA
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

PASANTE

**ANDREA DORIAN URIBE SILVA
2143022808**

VIGENCIA SERVICIO SOCIAL

1º DE FEBRERO DE 2019 AL 31 DE ENERO 2020 FEBRERO,2020.

Fecha de entrega: agosto, 2021

ASESOR INTERNO: MTRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES MARTÍNEZ CÁRDENAS

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



Mtra. María de los Ángeles Martínez Cárdenas

ASESOR INTERNO


María Soledad Campeán Darío (Aug 11, 2021 10:57 PDT)

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGIA

RESUMEN DE INFORME.

La clínica de especialidades dentales “Honorato Villa Acosta” del ISSSTE se inaugura el 8 de enero de 1966, iniciando con 7 consultorios y 3 especialidades, esta clínica es única en su género en Latinoamérica, brinda atención a derechohabientes referidos por las clínicas de adscripción del área metropolitana y del interior de la república.

En la actualidad sigue siendo una unidad única en su tipo en el Sector Salud donde se brinda atención en 7 servicios de especialidad: Endodoncia; Periodoncia; Odontopediatría; Ortodoncia; Prótesis Fija, Removible, y Cirugía Maxilofacial

Realicé mi pasantía del servicio social en esta clínica en el periodo del 1 febrero del 2019 al 31 de enero del 2020 durante el turno matutino.

Opté por realizar este trabajo de investigación debido a la alta incidencia de pacientes que acuden al servicio de ortodoncia los cuales tienen maloclusiones diagnosticadas relacionadas a algún tipo de hábito bucal.

Siguiendo los lineamientos generales estipulados por la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, se analizaron los hábitos orales asociados a maloclusiones dentales de los derechohabientes pediátricos con un rango de edad de 6-12 años que asisten a consulta por primera vez al servicio de ortodoncia dentro de la clínica. Al realizar el análisis se tomaron en cuenta los datos generales del paciente (edad, sexo) tipo de maloclusión y tipo de hábito. Se descartaron los pacientes que no tenían ningún tipo de hábito.

Se colocó un estado demográfico de la clínica de especialidades dentales Honorato Villa Acosta del ISSSTE, con el fin de proporcionar un informe sobre la población que acude a esta clínica de segundo nivel, y los servicios con los que ellos cuentan.

Mis principales actividades como pasante del servicio social de estomatología de esta clínica fueron; asistencia a los especialistas en actividades como operatoria dental en adultos, niños, toma de impresiones, toma de radiografías y revelado,

limpiezas dentales, otorgar citas a los pacientes, elaboración de notas de evolución, llenado de hoja de actividades diarias y mensuales, entre otras.

Palabras clave: Maloclusión, hábitos, desarrollo, factores de riesgo.

Los hábitos bucales se clasifican en fisiológicos (respiración nasal, habla, masticación y deglución), y no fisiológicos (succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo).²

Existen diversos problemas en la dentición en desarrollo que se encuentran a menudo y usualmente requieren corrección, estos son: mordidas cruzadas anterior y posterior, erupción ectópica de molares permanentes, sobremordida vertical, mordida abierta, apiñamiento por pérdida de espacios.³

ÍNDICE

CAPÍTULO I

| | |
|---------------------|----------|
| Introducción | 1 |
|---------------------|----------|

CAPÍTULO II

| | |
|-----------------------------------|----------|
| Planteamiento del problema | 2 |
|-----------------------------------|----------|

| | |
|----------------------|----------|
| Justificación | 2 |
|----------------------|----------|

| | |
|------------------|----------|
| Objetivos | 3 |
|------------------|----------|

| | |
|----------------------|----------|
| Marco Teórico | 4 |
|----------------------|----------|

| | |
|--|----------|
| Clasificación de los hábitos orales | 4 |
|--|----------|

- **Maloclusión** 5
- **Habitos orales** 10
- **Succión digital** 10
- **Deglución atípica** 12
- **Hábito de la respiración oral** 18
- **Uso de chupón** 22
- **Interposición del labio inferior** 24
- **Onicofagia y morder objetos** 26

| | |
|--------------------|-----------|
| Metodología | 29 |
|--------------------|-----------|

| | |
|-------------------|-----------|
| Resultados | 29 |
|-------------------|-----------|

| | |
|-------------------|-----------|
| Conclusión | 35 |
|-------------------|-----------|

| | |
|------------------|-----------|
| Discusión | 35 |
|------------------|-----------|

Bibliografía _____ **37**

CAPITULO III

Antecedentes _____ **42**

- **Zona de influencia** _____ **42**

Bibliografía _____ **47**

Informe numérico narrativo narrativo _____ **48**

Análisis de datos _____ **50**

Bibliografía zona de influencia y antecedentes _____ **65**

Conclusiones sobre el servicio social _____ **66**

INTRODUCCIÓN

Conforme al artículo 5o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a su Ley Reglamentaria relativos al ejercicio de las profesiones, se ha determinado como una de las condiciones para la obtención del título, la prestación del servicio social por parte de los estudiantes. Es por este motivo que al concluir los créditos correspondientes en la licenciatura de estomatología se realizó un acto público en las instalaciones escolares donde se asignaron los lugares para realizar el servicio social. En el cual tuve la oportunidad de elegir la clínica de especialidades dentales “Honorato Villa Acosta”. Donde realicé el servicio social del 1º de febrero de 2019 al 31 de enero 2020. En este periodo de tiempo pude rolar entre los servicios de odontopediatría, prótesis fija, filtro y ortodoncia. Como pasante mis tareas eran realizar historias clínicas a pacientes de nuevo ingreso, asistencia técnica cuatro manos, tomas de impresión, ajustes de aparatos y prótesis entre otras.

Como trabajo final del servicio social decidí realizar un estudio sobre la relación de hábitos perniciosos y maloclusiones ya que afectan a gran parte de la población mexicana. Se debe recalcar que es de suma importancia la detección temprana de cualquier hábito que pueda llegar a afectar la oclusión, función o estética del paciente, ya que al otorgar un tratamiento adecuado y oportuno se pueden revertir los efectos que éste haya causado o pueda causar. Por tal motivo, la relevancia de este trabajo es identificar la prevalencia de maloclusiones relacionadas a hábitos perniciosos en un segmento de la población mexicana de 66 niños que acudieron como pacientes de primera vez durante mi pasantía en el servicio de ortodoncia.

Se considera a las maloclusiones como un problema de salud pública variable que ocupa el tercer lugar en términos de prevalencia de alteraciones bucales asociadas con diferentes factores de riesgo como los genéticos y ambientales.¹

PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES ASOCIADOS A MALOCLUSIONES

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación abordará como problemática principal la prevalencia de maloclusiones dentarias asociadas a hábitos bucales en niños de 06 a 12 años que acuden como pacientes a la clínica de especialidades dentales “Honorato Villa Acosta”. Al no tratarse, estos hábitos bucales a una edad adecuada podrán tener consecuencias a la larga y perjudicarán la salud integral del niño. En vista que cada vez observamos una alta prevalencia de maloclusiones en jóvenes y adultos, mediante esta investigación se desea determinar los hábitos específicos que llegan a influir en las diversas maloclusiones, enfocándonos en niños en edad escolar para contribuir a su detección prematura y posterior corrección.

JUSTIFICACIÓN

Un hábito se considera como la práctica adquirida por la constante repetición de un mismo acto que en un principio se hace de una manera consciente y después inconsciente.⁴ Los hábitos no fisiológicos son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y provocar un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad mayor es el daño porque el hueso tiene mayor capacidad de moldearse; pudiendo modificar la posición de

los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla. ⁵

La siguiente investigación tiene relevancia profesional y social porque de acuerdo a diversos trabajos realizados se conoce la alta prevalencia de maloclusiones dentarias. Por lo tanto, debemos tener en cuenta que los resultados de este tipo de investigación, en el cual se observaron las diferentes maloclusiones dentarias producidas por hábitos, proporcionaron información útil a diversos investigadores y profesionales de odontología, y así realizar una odontología preventiva, identificando los hábitos precozmente

OBJETIVOS

General: Conocer la asociación de los hábitos bucales perniciosos y las maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años que acuden como pacientes a la clínica de especialidades dentales “Honorato Villa Acosta”.

Específico 1: Determinar la frecuencia de hábitos bucales en niños de 06 a 12 años en la clínica de especialidades dentales “Honorato Villa Acosta”.

Específico 2: Identificar la frecuencia de los diferentes tipos de maloclusiones dentarias presentes en niños de 06 a 12 años según sexo en la clínica de especialidades dentales “Honorato Villa Acosta”.

MARCO TEÓRICO

Se reconoce el origen multifactorial en el desencadenamiento de las maloclusiones dentarias, en el que intervienen factores hereditarios y estructurales como el tamaño de los huesos y los órganos dentarios, la dirección eruptiva de estos últimos, la dirección de crecimiento de los huesos, etc. Así como factores ambientales. Dentro de estos, los más frecuentes son los hábitos bucales deformantes, como la succión digital, el uso de chupón o biberón, la respiración bucal y la deglución atípica hasta edades avanzadas.⁶

Los hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas lo que trae como consecuencia una deformación ósea.⁶

Por definición, un hábito es la facilidad que adquiere una persona para repetir una determinada actividad. Los hábitos orales son comportamientos parafuncionales que pueden ser normales en determinado momento de la vida y se ha reportado que su persistencia en el tiempo puede conducir al desarrollo de una maloclusión. De esta forma, cuando la actividad excede la tolerancia fisiológica individual, se presenta una alteración y puede ocurrir un daño a nivel dental, muscular o articular.⁷

CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS ORALES

A) Hábitos Fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo (mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal)

B) Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal.⁷

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LOS HÁBITOS:

1. Instintivos: Hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse perjudicial, por la persistencia con el tiempo.
2. Placenteros: Succión digital o del chupón.
3. Defensivos: En pacientes con rinitis alérgica, asma, congestión, gripes fuertes, desviación del tabique nasal, alergias y falta de higiene nasal, en donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo.
4. Hereditarios: Malformaciones congénitas de tipo hereditario, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.
5. Adquiridos: La fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido.
6. Imitativos: Gestos y muecas.⁸

Maloclusión

La maloclusión, según Angle, es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura.

Clasificación anteroposterior de la maloclusión

La primera clasificación ortodóntica de maloclusión fue presentada por Edward Angle en 1899, la cual es importante hasta nuestros días, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere.

La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión.

Clasificación de la maloclusión de Angle

Existen 7 posiciones distintas de los dientes con maloclusión que pueden ocupar, las cuales son:

- Clase 1
- Clase 2 división 1
- Subdivisión
- Clase 2 división 2
- Subdivisión
- Clase 3
- Subdivisión

Estas clases están basadas en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, los cuales dependen primariamente de las posiciones mesiodistales asumidas por los primeros molares permanentes en su erupción y oclusión.

Angle consideraba primariamente en el diagnóstico de la maloclusión las relaciones mesiodistales de los maxilares y arcos dentales indicadas por la relación de los primeros molares permanentes superiores e inferiores, y secundariamente por las posiciones individuales de los dientes con respecto a la línea de oclusión.

Clase 1

Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada oclusión normal de los primeros molares.

En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior la maloclusión está confinada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona de incisivos y caninos.

En un gran porcentaje de casos de maloclusión, los arcos dentarios están más o menos contraídos y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arco.

Clase 2

Cuando por cualquier causa los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Y así sucesivamente los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula.

Existen 2 subdivisiones de la clase 2, cada una teniendo una subdivisión. La gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos, en la primera siendo protruidos y en la segunda retruidos.

División 1

Está caracterizada por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Encontramos el arco superior angosto y contraído en forma de V, incisivos protruidos, labio superior corto e hipotónico, incisivos inferiores extruidos, labio inferior hipertónico, el cual descansa entre los incisivos superiores e inferiores, incrementando la protrusión de los incisivos superiores y la retrusión de los inferiores. No sólo los dientes se encuentran en oclusión distal sino la mandíbula también en relación a la maxila; la mandíbula puede ser más pequeña de lo normal.

El sistema neuromuscular es anormal; dependiendo de la severidad de la maloclusión, puede existir incompetencia labial.

La curva de Spee está más acentuada debido a la extrusión de los incisivos por falta de función y molares intruidos.

Se asocia en un gran número de casos a respiradores bucales, debido a alguna forma de obstrucción nasal. El perfil facial puede ser divergente anterior, labial convexo.

Subdivisión:

Mismas características de la división 1, excepto que la oclusión distal es unilateral.

División 2

Caracterizada específicamente también por la oclusión distal de los dientes de ambas hemiarquadas del arco dental inferior, indicada por las relaciones mesiodistales de los primeros molares permanentes, pero con retrusión en vez de protrusión de los incisivos superiores.

Generalmente no existe obstrucción nasofaríngea, la boca generalmente tiene un sellado normal, la función de los labios también es normal, pero causan la retrusión de los incisivos superiores desde su brote hasta que entran en contacto con los ya retruidos incisivos inferiores, resultando en apiñamiento de los incisivos superiores en la zona anterior.

La forma de los arcos es más o menos normal, los incisivos inferiores están menos extruidos y la sobremordida vertical es anormal resultado de los incisivos superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo.

Subdivisión

Mismas características, siendo unilateral.

Clase 3

Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado.

Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del

labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular es anormal encontrando una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial puede ser divergente posterior, labial cóncavo. ⁹

Subdivisión

Mismas características, siendo unilateral.

Descripción de los criterios de diagnóstico para cada maloclusión utilizando la clasificación de Angle , modificación Dewey-Anderson y D'Escrivan de Saturno ¹⁰

| | | |
|--|---------------|--|
| Clase I: Relación molar Normal (Clase I), Relación Canina Clase I | Tipo 1 | Aplasia maxilar |
| | Tipo 2 | Espesamiento, protrusión incisivos. |
| | Tipo 3 | Incisivos a taje o mordida cruzada anterior |
| | Tipo 4 | Mordida cruzada posterior |
| | Tipo 5 | Fécula prematura |
| | Biprotusión | Biprotusión dental |
| Clase II: Relación molar Clase II, relación canina Clase II | Nonmodulación | Relación molar primaria plano de terminal recto o posición mesial suave, relación canina primaria Clase I. |
| | División 1 | Incisivos superiores protruidos |
| | División 2 | Incisivos centrales superiores retruidos |
| Clase III: Relación molar Clase III, relación canina Clase III | Disocclusión | Relación molar primaria posición distal, relación canina primaria Clase II |
| | Tipo 1 | Incisivos a taje |
| | Tipo 2 | Oerjet normal con retrusión de incisivos inferiores |
| | Mesiodclusión | Relación molar primaria escalón mesial, relación canina primaria Clase III |

10

HÁBITOS ORALES

SUCCIÓN DIGITAL

La succión digital se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera como normal hasta la edad de los 3 o 4 años. Aunque la mayoría de los niños que succionan el pulgar interrumpen esta costumbre hacia los 2,5-3 años, en algunos casos este hábito permanece hasta edades entre los 6 y 12 años. La presencia de éste después de los 4 años genera cambios en la tonicidad muscular de labios y bucinadores, dificulta la deglución normal y crea mecanismos nocivos que llevan a desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución, lo cual también puede afectar otras funciones como la fonación y la respiración entre otras.⁶

El hábito de succión digital, afecta tanto la estética como la función, provocando desplazamientos de los dientes superiores hacia delante, los inferiores hacia atrás y en muchos casos origina mordida abierta que, pueden llegar hasta colapso maxilar y en consecuencia mordida cruzada posterior. Es importante eliminar el hábito de forma eficaz y temprana, de manera que las alteraciones que se hayan podido producir como consecuencia de éste tiendan a desaparecer espontáneamente; pero además identificar la causa de ese hábito para prevenir una recidiva.⁶

Características clínicas y faciales del hábito de succión digital:

1. Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
2. Retroinclinación de los incisivos inferiores.
3. Mordida abierta anterior.
4. Prognatismo alveolar superior.
5. Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
6. Mordida cruzada posterior.
7. Dimensión vertical aumentada.⁸



Fig. 1 Succión digital. ¹¹



Fig.2 Maxilares con compresión maxilar con arco en forma de V, mordida cruzada posterior bilateral, línea mediana dentaria inferior desviada a la derecha respecto a la superior. ¹²

Tratamiento de la succión digital:

- Explicar al niño con palabras acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia.
- Aparatología removible o fija (rejilla palatina)
- Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral.⁸



Fig. 3 Placa hawley con trampa lingual removible.¹³

DEGLUCIÓN ATÍPICA

La deglución es una función biológica y coordinada, constituida por una conexión neurológica y un mecanismo sinérgico y antagónico de acciones musculares, regidas por arcos reflejos⁸

La deglución atípica se define como aquellos movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral. La deglución atípica o "infantil", no se trata de un estancamiento en un estadio

evolutivo infantil previo, sino de una forma de deglutir anómala que puede ser consecuencia y causa de alteraciones anatómicas. ¹⁴



Fig. 4 y 5 Pacientes que muestran deglución atípica ¹⁵

Características clínicas definidas por deglución atípica

Se ha determinado un perfil facial característico de la persona con deglución atípica:

- Labios hipotónicos-
- Lengua descansando entre los dientes.
- Tendencia a la respiración bucal.
- Maxilar superior o inferior avanzado o retrasado.
- No realiza una deglución adecuada porque mastica con los dientes y no con los molares posteriores: quedan sobras de alimento en el vestíbulo y la

cavidad bucal.

- Saca alimentos fuera de la boca y no degluten con tanta frecuencia.
- Realiza movimientos excesivos como: elevar la cabeza, contraer los labios excesivamente o hacer muecas o ruidos al tragar.
- Lengua hipotónica en posición avanzada o interdental, es decir, la lengua se interpone entre los incisivos en la parte frontal o lateral ("interposición lingual") o presiona contra su cara posterior durante la fase de deglución.
- Presencia de maloclusiones: dentales y maxilares, incorrecta posición de las piezas dentarias no permiten el sellado correcto de la boca durante el acto de la deglución. ¹⁴

Factores de riesgo

- El factor más relevante se refiere al uso del biberón, considerado una de las causas de la deglución atípica.
- Uso de alimentos triturados más allá de la edad adecuada. La alimentación blanda exige poca actividad de la musculatura perioral, "situándonos en la etapa de deglución infantil y potenciando en consecuencia la aparición de un aparato estomatológico inmaduro.
- Hábitos orales nocivos: La persistencia de hábitos orales nocivos puede afectar tanto al patrón de crecimiento y desarrollo normal como a las funciones del sistema estomatognático. ¹⁴

Deglución con presión atípica de la lengua.

En el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. La

contracción de los labios y comisuras provoca un estrechamiento del arco de los caninos y del musculo mentoniano. ¹¹

La deglución con presión atípica de la lengua se clasifica en:

Tipo I No causa deformación.

Tipo II Con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son: mordida abierta anterior, mordida abierta y vestibuloversión, mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordía cruzada posterior.

Tratamiento de la deglución con presión atípica tipo II (Deglución atípica con interposición dental anterior): una placa de Hawley superior con una rejilla anterior o perla de Tucat, que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. Los aparatos citados actúan solamente como impedidores porque no corrigen el habito. Además de impedir y reeducar la musculatura lingual, este aparato puede tener un tornillo expansor mediano o Resorte de Coffin, con la finalidad de descruzar la mordida posterior. También se puede descruzar por medio de un Quadhelix o Bihelix. ¹¹



Fig. .6 Placa Hawley con rejilla anterior. ¹⁶



Fig.7 placa Hawley con rejilla anterior y tornillo expansar. ¹⁶

Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares. Las deformaciones resultantes son: mordida abierta lateral, mordida abierta lateral y mordida cruzada.

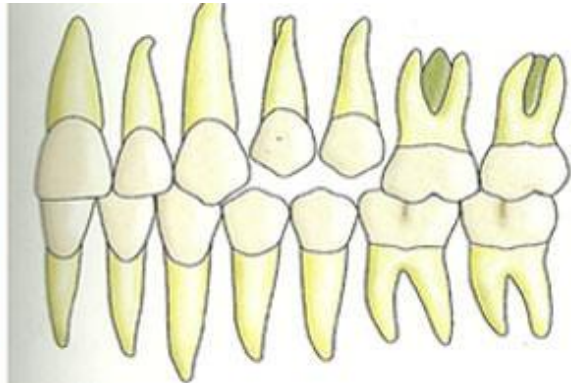


Fig. 8 Mordida abierta lateral. ¹¹

Tratamiento El aparato utilizado es el mismo de antes solo que la rejilla impedidora se colocara lateralmente y al mismo tiempo, la lengua debe ser dirigida para una posición correcta mediante el reeducador.

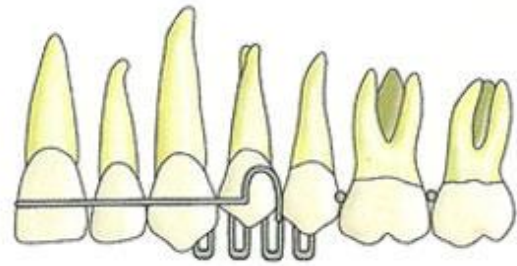


Fig. 9 Aparatología rejilla lateral.¹¹

Tipo IV con presión lingual anterior y lateral:

Las maloclusiones resultantes son: mordida abierta anterior y lateral, mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión, mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.

Tratamiento Consiste en la terapia miofuncional que se debe llevar a cabo entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje.

La Terapia Miofuncional consiste en un método de reeducación de la deglución atípica.

Entre los objetivos que persigue la terapia miofuncional se encuentran:

- Devolver el equilibrio muscular orofacial perdido reeducando patrones musculares inadecuados.
- Modificación del patrón deglutorio incorrecto estableciendo nuevos comportamientos.

- Instauración de hábitos correctos como: una postura, respiración y deglución correctas.

- Áreas a trabajar:
 - Relajación
 - Postura
 - Respiración
 - Musculatura
 - Deglución¹⁴

HÁBITO DE RESPIRACIÓN ORAL

La respiración normal, conocida como respiración nasal, es aquella en la que el aire ingresa libremente por la nariz con un cierre inmediato de la boca, originándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración; la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Cuando la respiración se realiza por la boca, la lengua se ubica en una posición descendente para permitir la entrada del aire. La respiración bucal, normalmente está vinculada a pacientes con interposición lingual y del labio. ¹⁷

Durante la respiración bucal, el aire transita por la cavidad bucal, y como consecuencia, se desencadena un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se deforma y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico de cara larga o facie adenoidea. ¹⁷



Fig. 10 Características faciales respirador bucal.¹¹

Etiología de respiracion oral

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- Adenoides Hipertróficas
- Presencia de Pólipos Nasaes
- Rinitis Alérgicas.
- Desviación del tabique nasal
- Hipertrofia idiopática de los cornetes
- Asmas y Bronquitis
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias.¹¹

Características faciales y clínicas de la respiracion oral

- Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio

superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras)

- Mordida cruzada posterior, uni o bilatreal acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- Paladar alto u ojival
- Retrognatismo del maxilar inferior
- Labio superior corto e hipotónico.
- Labio inferior hipertónico
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- Vestibuloversión de incisivos superioresmesogresión de posteriores (Clase II Div 1ª)
- Maxilar superior estrecho.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.
- Incompetencia Labial.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados
- Perfil convexo. ¹¹

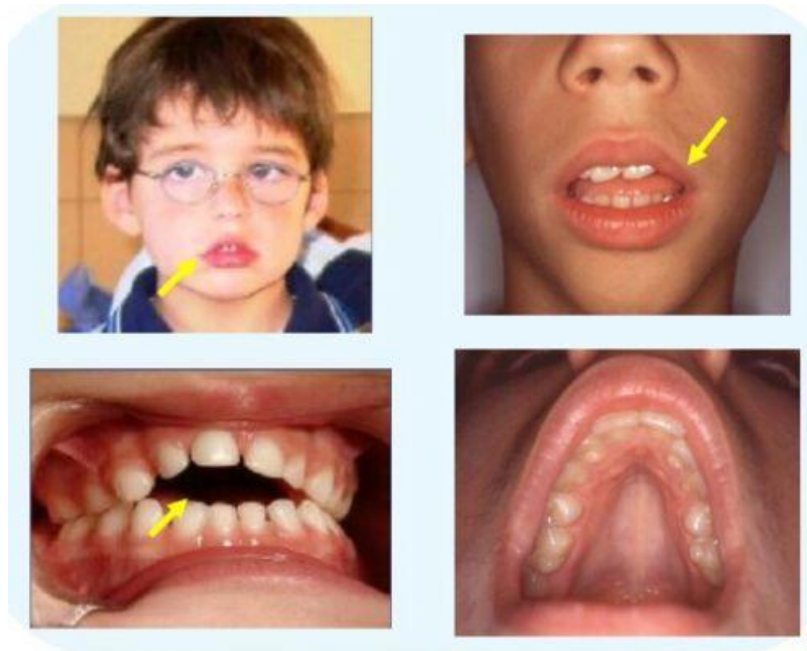


Fig. 11 Características faciales y orales respirador oral ¹⁸

Tratamiento de la respiración bucal

El tratamiento del respirador bucal requiere de un equipo multidisciplinario:

- Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.)
- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, etc. (5)
- Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- Después que el paciente tenga libres las vías aéreas usará pantalla vestibular.
- Dispositivos ortodóncicos.
- Terapia Miofuncional. ¹¹
- Ortodoncista: modifica la estructura bucal para una correcta respiración, a través de aparatos ortopédicos fijos o móviles. Trata los problemas de: compresión de maxila, rotación posterior de la mandíbula, mordida abierta y cruzada.

Tratamiento en niños: rol interceptivo; trata de que el problema se revierta durante el desarrollo. Expansión de maxila: se puede utilizar una placa de expansión, trampa palatina, ejercicios elásticos adosados a pantalla oral para estimular los orbiculares de los labios y el elevador del labio superior y placa vestibular de acrílico. ¹⁹



Fig. 12 Disyuntor ²⁰



Fig. 13 Placa hawley con tornillo de expansión y trampa lingual ²¹



Fig.14 Placa vestibular que ayuda a reeducar la respiración del paciente ²²

USO DE CHUPÓN

Entre los reflejos que tiene el neonato, están los de succión, deglución y respiración. Estos reflejos son estimulados con otros reflejos como es el de la búsqueda. La alimentación al pecho materno, además de su papel nutritivo, permite que la mandíbula se coloque en posición adecuada, lo cual favorece el crecimiento y desarrollo del maxilar y de la mandíbula en forma armónica con otras estructuras como la lengua (su posición, los labios y los carrillos). Cabe recordar que los reflejos de succión y deglución se coordinan con la respiración y que el neonato es respirador nasal obligado. ^{23 19}

El reflejo de succión termina entre los seis y diez meses de edad, al evolucionar los reflejos natos, la lengua cambia de posición y de encontrarse entre las apófisis alveolares se coloca detrás de los dientes. La succión, del chupón o del biberón, después del año de edad se considera un hábito nocivo que puede causar

deformidad en la arcada dentaria ya que impide su crecimiento transversal y la vuelve más angosta (perfil de pajarito). Esto conduce a una maloclusión dentaria, debido a lo cual los dientes anteriores generalmente se inclinan hacia la posición vestibular y se crea una mordida abierta; además, la lengua hace protrusión y se fomenta el patrón de respiración bucal.^{23 19}

Se ha asociado de manera significativa el uso de chupete y la mordida cruzada posterior, especialmente cuando el hábito se prolongó más allá de los 36 meses. Se considera que tal relación se debe a que la posición bucal del chupón conlleva un desplazamiento de la lengua sobre la mandíbula y una elongación de los músculos orbiculares y buccinador. Estos cambios provocan un aumento de la distancia transversal mandibular y a una disminución de la distancia transversal maxilar se ha mostrado en diversos estudios que el uso de chupete prolongado, 24 a 36 meses, resulta en un aumento de la prevalencia de la mordida cruzada posterior a la edad de 5 años al comparar con el grupo con hábitos de succión por periodo más corto o sin historia de succión. Así mismo se ha observado en estos pacientes con denticiones primarias la presencia de mordidas abiertas, resalte aumentado y relación canina y molar de Clase II. Los niños succionadores, además sufren alteraciones de la flora bacteriana y una hipertrofia del sistema linfático por lo que pueden presentar respiración bucal. Se recomienda que la succión de chupete cese a más tardar a los 2 años, ya que a esa edad existe una autorecuperación del daño dentoestructural provocado por este hábito.

Características clínicas del uso de chupón



Fig.15 Hábito succión labial y características intraorales.²³

Tratamiento Detener el uso del chupón. Los tratamientos de ortopedia u ortodoncia dependerán de el nivel de daño que se haya causado en el paciente.

INTERPOSICIÓN DE LABIO INFERIOR

En los casos de pacientes con interposición (o succión de) labio inferior, el niño apoya el labio inferior sobre los incisivos inferiores, dejando los incisivos superiores entre los labios. El labio superior es hipotónico, lo que sumado a la fuerza muscular del labio inferior hipertónico interpuesto entre dientes superiores e inferiores, produce una proyección anterior de los incisivos superiores. En el labio inferior se produce una contracción intensa de los músculos cuadrados del labio. Hay ocasiones en que incluso ambos músculos se unen a través de tejido fibroso lo cual dificulta el desplazamiento anterior del proceso dentoalveolar mandibular, generando una falta de desarrollo anterior de la arcada inferior. Esta alteración anatómica produce a nivel dentoalveolar, un efecto similar al de la succión digital, es decir una protrusión superior y una retrusión dentaria y mandibular.

Características faciales

- Surco mentolabial marcado.
- Cierre labial forzado.
- Músculos orbicular de los labios hipertrófico.

- Crecimiento mandibular horizontal.

Características bucales

- Se observan incisivos superiores protruidos
- Incisivos inferiores retruidos.
- Overjet (resalte incisivo antero posterior) aumentado.

Tratamiento

Aparatología:

- Lip bumper
- Placa hawley superior con una rejilla anterior o perla de tucat



Fig. 16 Características faciales e intraorales de pacientes con interposición del labio inferior. ²⁴



Fig. 17 placa hawley inferior con lip bumper.²⁵



Fig. 18 Placa hawley superior con rejilla lingual.²⁶

ONICOFAGIA Y MORDER OBJETOS

Comerse las uñas, morder lápices u otros objetos son hábitos que provocan alteraciones dentarias. Su efecto se produce por desgaste o abrasión irregular y astillamiento prematuro de los dientes. Además, aparecen heridas en las mucosas orales que favorecen lesiones como las aftas e infecciones como herpes.²⁸

La onicofagia, del griego onyx - uña - y phagein - comer -, se define como una costumbre de "comerse o roerse" las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones.

Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática.

La succión de dedos y la mordedura de uñas son ejemplos cotidianos y comunes de hábitos pautados de desarrollo. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento.

Autores como Meneghello consideran que la onicofagia, a diferencia de la succión del pulgar, puede ser indicadora de algún conflicto emocional que debe alertar al médico. Hay un aumento constante en la prevalencia de la mordedura de uñas en los niños hasta los 12 años.^{29 27}

En cuanto al tratamiento es esencial que el sujeto esté dispuesto a abandonar el mordisqueo. La terapia de modificación de conducta ha sido utilizada ampliamente en el tratamiento de la onicofagia y es considerada la técnica más exitosa hasta el momento.^{30 28}

Características clínicas

- Desviación de uno o más dientes.
- Desgaste dentario localizado.
- Afectación localizada del tejido periodontal.^{30 29}

Tratamiento

Aparatología: Poner pistas de resina para levantar la mordida, de esta manera los incisivos no entran en contacto



Fig. 19 Uñas hábito onicofagia ³⁰



Fig. 20 Desgaste incisal por hábito onicofagia³⁰



Fig. 21 Aparatología pistas para levantar mordida ³¹

METODOLOGÍA

Se realizó un tipo de investigación observacional, descriptivo, transversal en una población de estudio de 66 pacientes con un rango de edad de 6-12 años que acudieron al servicio de ortodoncia de la clínica de especialidades dentales del ISSSTE “Honorato Villa Acosta” por primera vez.

La información primaria se obtuvo mediante el interrogatorio y el examen físico efectuado a cada paciente.

Como material se ocupó un equipo básico, guantes, cubrebocas y sillón dental.

La información recaudada se registró en una base de datos en Excel y las medidas de tendencia central y de dispersión fueron realizadas utilizando el programa computacional JM v15.0 del SAS Institute

RESULTADOS

Se observaron las diferentes maloclusiones dentarias producidas por hábitos, proporcionando información útil para determinar su relación entre sí, con el objetivo de determinar la asociación de los hábitos bucales perniciosos y las maloclusiones dentarias en 66 niños de 06 a 12 años que acuden como pacientes a la clínica de especialidades dentales “Honorato Villa Acosta”.

Para determinar si existe una asociación entre los diferentes hábitos perniciosos en los pacientes con algún tipo de maloclusión dentaria se utilizaron métodos estadísticos no paramétricos con el programa computacional JMP v15.0 del SAS Institute.

Distribución de relación molar por género

| Género | Clase I (%) | Clase II (%) | Clase III (%) | Total (%) |
|-----------|-------------|--------------|---------------|-----------|
| Femenino | 24 | 7 | 3 | 34 |
| Masculino | 20 | 8 | 4 | 32 |
| Total | 44 | 15 | 7 | 66 |

Tabla 1. Distribución de la relación molar de acuerdo con la Clasificación de maloclusión de Angle con respecto al Género.

En este estudio se registró que la Clase I (Clasificación de Maloclusión de Angle) tuvo mayor porcentaje de incidencia tanto en los pacientes femeninos como en los pacientes masculinos con 24% y 20%, respectivamente (Figura 1) (Tabla 1).

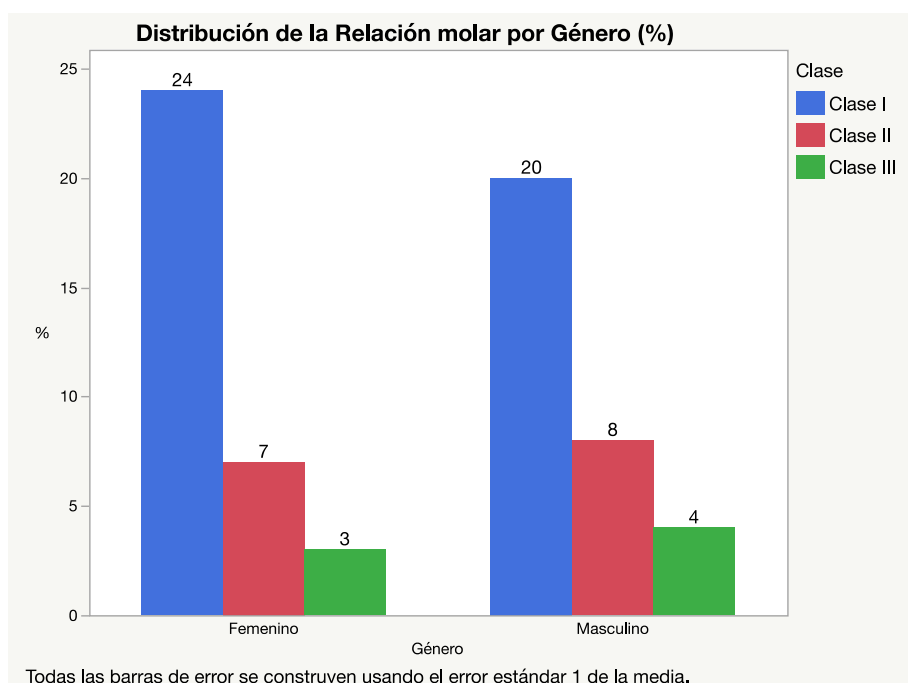


Figura 1. Distribución de la relación molar por género. Se observa la distribución de la Clasificación de maloclusiones de Angle registradas con respecto al género. El número sobre las barras representa el porcentaje de frecuencia observada para cada Clase en la Clasificación de Maloclusiones de Angle.

Con respecto a la distribución de los tipos de maloclusiones por rangos de edad, se observó que el Apiñamiento fue la maloclusión con mayor porcentaje de incidencia registrada en los 3 años de edad, seguida por la Desviación de la línea Media (Figura 2). Además, de acuerdo con la prueba de independencia χ^2 , el Tipo de

maloclusión es completamente independiente ($p>0.05$) del rango de edad observado en los pacientes en este estudio (Tabla 2).

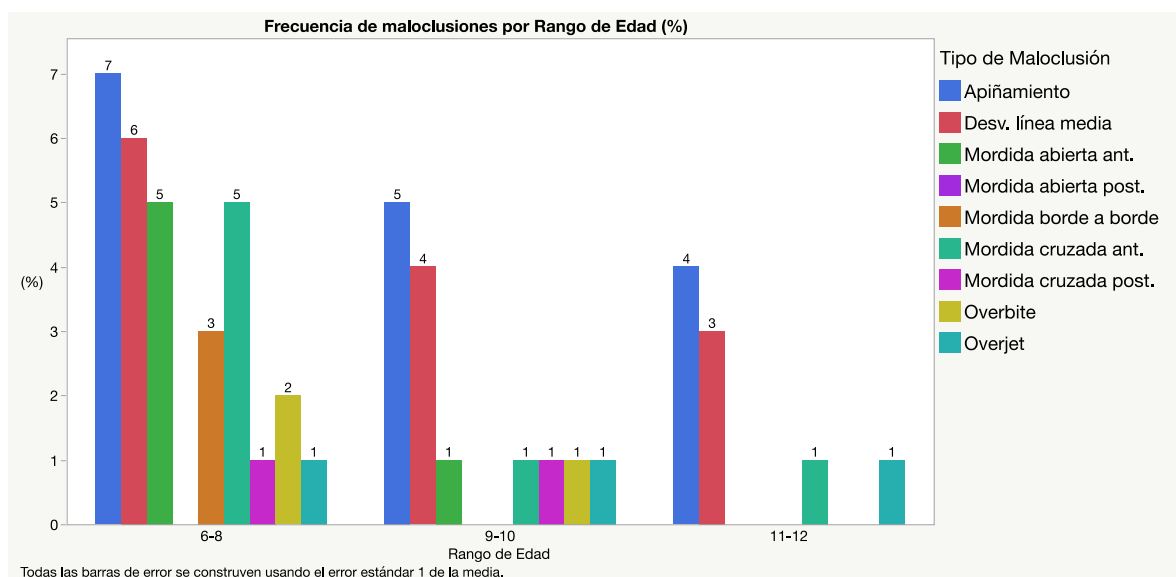


Figura 2. Distribución del tipo de maloclusión por rango de edad. Se describe la frecuencia del tipo de maloclusión registrada en cada uno de los rangos de edad establecidos para la población de estudio. Los números sobre las barras representan el valor del porcentaje obtenido en cada uno de los tipos de maloclusiones para cada rango de edad.

| Frecuencia de maloclusiones y su distribución por grupo de edad | | | | |
|---|----------|------|-------|-----------------|
| Tipo maloclusión | Edad (%) | | | Xi ² |
| | 6-8 | 9-10 | 11-12 | <i>p</i> |
| Mordida abierta ant. | 5 | 1 | 0 | 0.1991 |
| Mordida abierta post. | 0 | 0 | 0 | --- |
| Mordida cruzada ant. | 5 | 1 | 1 | 0.2231 |
| Mordida cruzada post. | 1 | 1 | 0 | 0.2231 |
| Desv. Línea media | 6 | 4 | 3 | 0.1991 |
| Apiñamiento | 7 | 5 | 4 | 0.1991 |
| Mordida borde a borde | 3 | 0 | 0 | 0.2231 |
| Overjet | 1 | 1 | 1 | --- |
| Overbite | 2 | 1 | 0 | 0.1991 |

Tabla 2. Tipo de maloclusión por rango de edad. Se describe la frecuencia (%) registrada por tipo de maloclusión en cada rango de edad. El valor de p fue determinado de acuerdo con la prueba de independencia χ^2 para cada tipo de maloclusión con respecto al rango de edad. $p < 0.05$ fue considerado como estadísticamente significativo.

Con respecto a los dos tipos de Maloclusión con mayor frecuencia registrada en este estudio (Apiñamiento y Desviación de línea media) se determinó que el Apiñamiento fue la maloclusión con mayor porcentaje incidencia registrada tanto en la población de estudio femenina como en la población de estudio masculina (Figura 3). Sin embargo, de acuerdo con la prueba de independencia χ^2 , tanto el Apiñamiento como la Desviación de línea media son padecimientos totalmente independientes ($p > 0.05$) del género en el presente estudio (Tabla 3).

| Frecuencias de otros tipos de maloclusiones por género | | | | |
|---|------------|-----------|-----------|----------|
| Tipo de Maloclusión | Género (%) | | Total (%) | χ^2 |
| | Femenino | Masculino | | p |
| Desv. De línea Med (%) | 8 | 9 | 17 | 0.1573 |
| Apiñamiento (%) | 5 | 7 | 12 | 0.1573 |
| Total | 13 | 16 | 29 | 0.2615 |

Tabla 3. Tipo de maloclusión por género. Se describe la frecuencia (%) registrada para el Apiñamiento y la Desviación de la línea media por género. El valor de p fue determinado de acuerdo con la prueba de independencia χ^2 para cada tipo de maloclusión con respecto al género. $p < 0.05$ fue considerado como estadísticamente significativo.

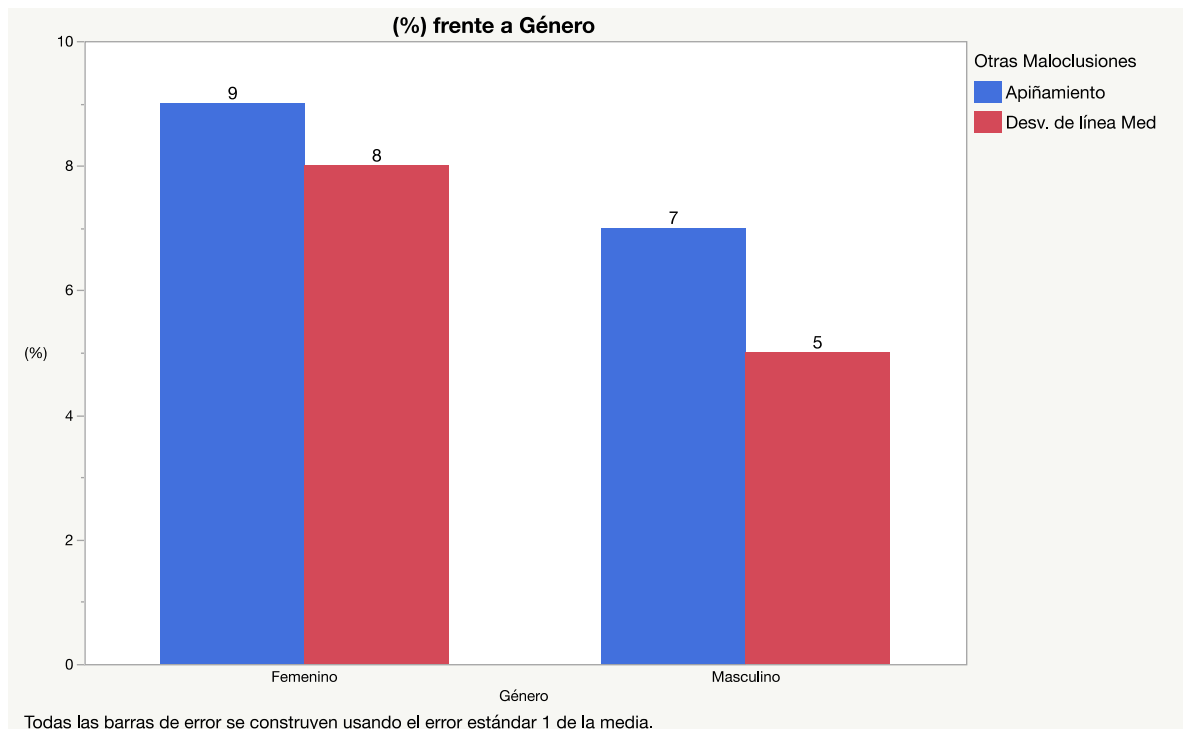


Figura 3. Distribución de los 2 tipos de maloclusión de mayor frecuencia por género. Se describe el porcentaje de frecuencia del Apiñamiento y Desviación de línea media registrada por género para la población de estudio. Los números sobre las barras representan el valor del porcentaje obtenido en cada uno de los tipos de maloclusiones para cada género.

Finalmente, con respecto a los tipos de hábitos se registró que la Onicofagia fue el hábito con mayor porcentaje de frecuencia registrada (11%) seguida de la succión labial inferior (9%) en el género femenino; mientras que para el género masculino tanto la Onicofagia como la Respiración bucal fueron los 2 tipos de hábitos con mayor porcentaje de frecuencia registrada (9%). Finalmente, en este estudio se determinó que el tipo de hábito es independiente del género ($p > 0.05$) en la población de estudio, como lo demostró el análisis de independencia χ^2 (Tabla 4).

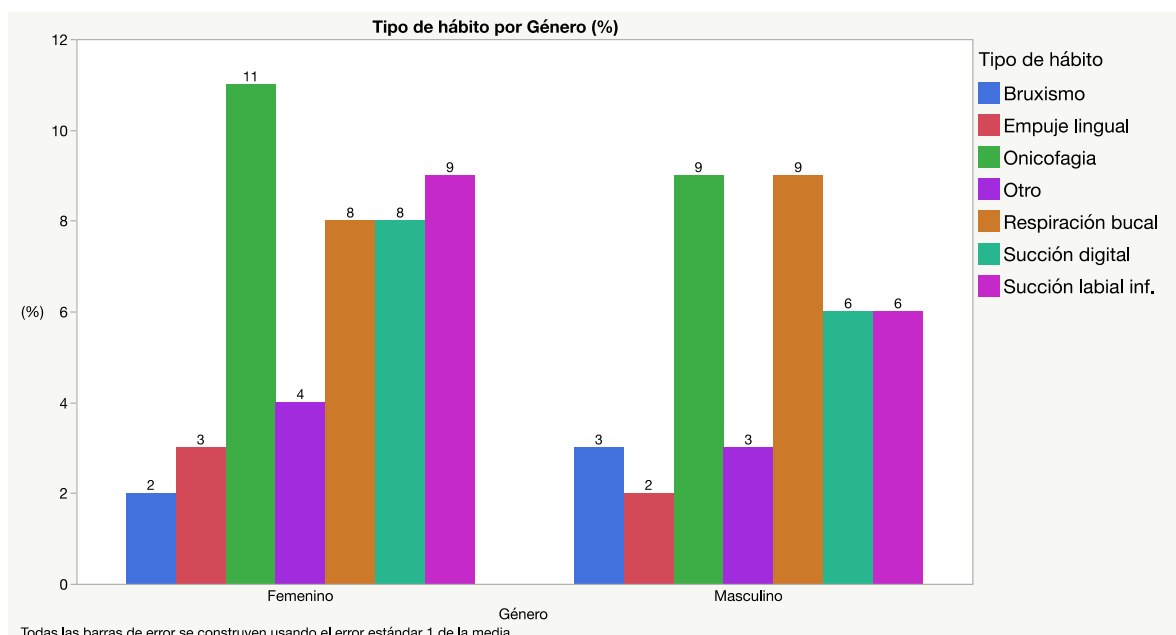


Figura 4. Distribución del tipo de hábito por género. Se describe la frecuencia del tipo de hábito registrado para cada género de la población de estudio. Los números sobre las barras representan el valor del porcentaje obtenido en cada uno de los tipos de hábitos para cada género.

| Tipo de hábito | Frecuencia de hábitos por género | | Total (%) | Xi ² <i>p</i> |
|---------------------|----------------------------------|--------------|-----------|-----------------------------|
| | Género (%) | | | |
| | Femenino (%) | Maculino (%) | | |
| Succión digital | 8 | 6 | 14 | 0.1573 |
| Empuje lingual | 3 | 2 | 5 | 0.1573 |
| Respiración bucal | 8 | 9 | 17 | 0.1573 |
| Succión labial inf. | 9 | 6 | 15 | 0.1573 |
| Onicofagia | 11 | 9 | 20 | 0.1573 |
| Bruxismo | 2 | 3 | 5 | 0.1573 |
| Otro | 4 | 3 | 7 | 0.1573 |
| Total | 45 | 38 | 83 | 0.3528 |

Tabla 4. Hábitos por género. Se describe la frecuencia (%) registrada por tipo de hábito en cada rango género en la población de estudio. El valor de *p* fue determinado de acuerdo con la prueba de independencia Xi² para cada tipo de hábito con respecto al género. *p*<0.05 fue considerado como estadísticamente significativo.

CONCLUSIÓN

A través de este trabajo de investigación podemos concluir que los hábitos perniciosos pueden comenzar a muy temprana edad y de no ser tratados llegan a repercutir en la salud bucal y general de los pacientes. Por esta razón se debe enseñar a los padres a detectar y prevenir dichos padecimientos. Primeramente los hábitos generados por estrés en los niños como onicofagia o bruxismo, se pueden prevenir o tratar manteniendo a los niños en actividades ya sea, deportivas, escolares, culturales, entre otras. Para que de esta manera puedan focalizar su energía y pensamientos. También es necesario que los papás los lleven a revisiones dentales por lo menos 1 vez cada 6 meses, ya que en ocasiones los signos que presentan los pacientes sólo los puede identificar un profesional en salud bucal. De esta manera se determinará si existe algún tipo de hábito bucal, cuál sería su causa y tratamiento.

En cuanto a los odontólogos, deben tener conocimientos de cómo se presentan clínicamente estos hábitos, qué tipo de tratamiento se debe llevar a cabo y cual será su papel dentro del tratamiento de los pacientes.

DISCUSIÓN

Las maloclusiones dentales llegan a afectar a gran parte de la población mundial. Estas alteraciones se desarrollan principalmente en la edad temprana y presentan un problema grave para la salud pública.

En este estudio la muestra estuvo compuesta por 66 pacientes de los cuales 34 fueron del sexo femenino y 32 del sexo masculino.

En cuanto a la relación molar se determinó que el 44 % presenta clase I, el 15 % clase II y el 11.03% clase III. Estos resultados entran dentro de los rangos de una investigación similar en México por Mendoza et al. Donde se obtuvo un porcentaje de 39.9% para la clase I, 16.86% para la clase II y en la clase III presenta mayor variación con un resultado de 11.03%. En cuanto a un estudio igualmente realizado en México por Montiel difiere en mayor rango dentro de los resultados podemos apreciar un 68.14 presentando clase I, 22.96% clase II y clase III se presentó en un 11.03%.^{1,3}

Dentro de la relación molar por género se encontró que ambos sexos tuvieron tendencia hacia la clase I. Mientras que en el estudio de Mendoza el sexo femenino tuvo tendencia hacia la clase I y el sexo masculino tuvo tendencia hacia la clase II y III. ¹

En cuanto al género la prevalencia fue similar, tanto para la presencia de maloclusiones como hábitos perniciosos, coincidiendo con el estudio de Mendoza y difiriendo con Urrieta en el cual se determinó que el género femenino obtuvo una mayor prevalencia de hábitos. ^{1,5}

En el caso de los principales hábitos perniciosos, en este estudio se determinó que tuvo una mayor prevalencia la onicofagia con un 20% de afección, seguida por la respiración bucal con un 17% y succión labial con un 15%. En el estudio de Montiel se observó como principal hábito la onicofagia, coincidiendo con el presente estudio. La respiración bucal en segundo lugar y empuje lingual en tercero. ³

En el estudio de Urrieta fue determinado que el hábito con la mayor prevalencia fue la deglución atípica, respiración bucal en segundo lugar al igual que en el presente estudio y en tercer lugar la succión digital. ⁵ Difiriendo de Mendoza siendo la interposición lingual el hábito con mayor prevalencia de su estudio, seguido por la succión labial y en tercer lugar la onicofagia. ¹

Podemos determinar que los principales hábitos de estos 4 estudios son la onicofagia y la respiración bucal. Probablemente porque la respiración bucal es un hábito multifactorial donde diversas situaciones lo pueden generar y no es fácil que los papás puedan identificar que existe un problema real el cual se debe tratar para que no exista riesgo de generar otras situaciones clínicas que afectaran a futuro al paciente.

En cuanto a la onicofagia se presenta mayor incidencia porque es un hábito difícil de erradicar el cual se llega a presentar hasta en etapas adultas. Este hábito se le atribuye al estrés constante que padecen los niños el cual lo pueden desencadenar situaciones escolares, familiares o sociales. Es muy importante determinar la principal causa del estrés en los niños y llevar a cabo un tratamiento ya sea físico o psicológico para mejorar la calidad de vida de los niños.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Mendoza OL, Meléndez OAF, Ortiz SR, Fernández LA. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev. Mex. de Ortod. [internet]. 2014 [Consultado 12 noviembre 2019]; 2 (4): 220-227. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2014/mo144b.pdf>
- ² Zapata DM, Lavado TA, Anchelia RS. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Rev Kiru [internet]. 2014 [consultado 12 noviembre 2019]; 11(1): 16-24. Disponible en: https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.3.pdf
- ³ Montiel JME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Rev ADM. [internet]. 2004 [consultado 12 noviembre 2019]; 61 (6): 209-21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od046c.pdf>
- ⁴ Laboren M. et al. Hábitos Bucles más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [internet]. 2010 [consultado 20 noviembre 2019]; 1 (30). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
- ⁵ Urrieta E, López I, Quirós O, Farias M, Rondón S, Lerner H. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [internet]. 2008 [consultado 22 noviembre 2019]; 1(20). Disponible en : <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art-5/>
- ⁶ Álvarez González MC, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Rev Méd. [internet]. 2014 [consultado 08 diciembre 2019] 36 (4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n4/rme020414.pdf>
- ⁷ Ocampo Parra A, Johnson García N, Lema Álvarez MC. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Rev. nac. odontol. [Internet]. 2014 [consultado 10 de diciembre de 2019];00. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/434>

⁸ González MF, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, Ortodoncia. [internet]. 2012 [consultado 12 diciembre 2020];00. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/>

⁹ Ugalde MFJ. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Rev ADM [internet] 2007 [consultado 20 diciembre 2019]; 64 (3) 97-109. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>

¹⁰ Medina AC, Crespo O, Da Silva L. Factores de riesgo asociados a Maloclusión en pacientes pediátricos. Venezuela: Acta Odontológica Venezolana; 2010 [Consultado 28 diciembre 2019]. Disponible en:

<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art-16/#>

¹¹ Lugo C. Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria [internet] 2011 [Consultado 13 dic 2019]; Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>

¹² Sandoval, P, Bizcar B. Beneficios de la implementación de ortodoncia interceptiva en la clínica infantil. Int. J. Odontostomat. [internet] 2013 [consultado 13 diciembre 2019] 7(2): 253-265. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v7n2/art16.pdf>

¹³ Laboratorio dental Uribe. Placa trampa lingual removible [internet]. 2018 [Consultado 25 de agosto 2020]. Disponible en:
<https://www.laboratoriodentaluribe.com.mx/laboratorio-dental-uribe/cat%C3%A1logo-de-aparatos-de-ortodoncia/>

¹⁴ Blanco RV, Quirós O. Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. [internet] 2013 [consultado el 13 diciembre 2019] ;00. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-16/>

¹⁵ Logopedia y formación. Pacientes que presentan deglución atípica [internet] 2012 [Consultado 25 de agosto 2020]. Disponible en:
<https://logopediayformacion.blogspot.com/2012/12/deglucion-atipica-parte-ii-diagnostico.html>

¹⁶ Biarc Laboratorio de ortodoncia. Aparatos de ortodoncia [internet] 2011 [consultado 25 de agosto 2020]. Disponible en:
<http://www.biarc.es/Retencion>

¹⁷ García, G. Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucales en edades tempranas. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [internet] 2011. [Consultado 13 dic 2019]; Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-18/>

¹⁸ Unidad del Angel. Características faciales y orales respirador oral [internet]. 2017 [Consultado 19 de diciembre 2019]. Disponible en:
<https://unidaddelangel.com/la-respiracion-afecta-a-tu-salud-bucal/>

¹⁹ Laboren M., Medina C., Viloría C., Quirós O., D'Jurisic A. Alcedo C., Molero L., Tedaldi J. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [internet] 2010 [consultado 20 enero 2020] Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>

²⁰ Colegio de higienistas de madrid. Disyuntor [internet] 2017 [Consultado el 20 diciembre 2019]. Disponible en:
<http://colegiohigienistasmadrid.org/blog/?p=231>

²¹ Laboratorio dental Uribe. Placa hawley con tornillo de expansión y trampa lingual [internet]. 2018 [Consultado 25 de agosto 2020]. Disponible en:
<https://www.laboratoriodentaluribe.com.mx/laboratorio-dental-uribe/cat%C3%A1logo-de-aparatos-de-ortodoncia/>

²² Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. Placa vestibular que ayuda a reeducar la respiración del paciente [internet]. 2010 [consultado 25 de agosto de 2019]. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>

²³ Expert dent. Hábito succión labial y características intraorales. [internet] 2017 [consultado 30 de enero 2020]. Disponible en:
<https://expertdent.pe/blog/detalle/habitos-orales-habito-de-succion-digital-nid-11>

²⁴ De la Teja-Ángeles E, Durán LA, Garza-Elizondo R. Chupón y lactancia materna [internet]. México: Acta Pediátrica de México; 2011 [Consultado 15 diciembre 2019] Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640334008.pdf>

²⁵ Reni Muller K. , Piñeiro S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. Rev. med. clin. condes [internet] 2014 [consultado 17 diciembre 2019]; 25(2) 380-388. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/276481932_Malos_habitos_orales_rehabilitacion_neuromuscular_y_crecimiento_facial

²⁶ Ortoplus laboratorio de ortodoncia. Placa hawley inferior con lip bumper [internet] 2020 [consultado 18 diciembre 2019]. Disponible en:
<https://www.ortoplus.es/ortodoncia/fija/lip-bumper.html> ²⁶

²⁷ Glogster. Placa Hawley superior con rejilla lingual. [internet] 2018 [Consultado 18 diciembre 2019] Disponible en:
<https://edu.glogster.com/glog/rejilla-lingual-removible/1van03dtlfj> ²⁷

²⁸ Suarez E, Salas W, Villalobos G, Villalobos K, Quirós O. Estudio de las Maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población Añu de la Escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia. MediSan 2016 [Consultado 18 diciembre 2019]; 20(04): 426-432. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2016/mds164b.pdf>

²⁹ Hábitos deformantes del complejo dentomaxilofacial y sus manifestaciones clínicas. Universidad Virtual de Salud Manuel Fajardo. [internet] La Habana Cuba 2014 [consultado 20 diciembre 2019] Disponible en:
<http://uvsfajardo.sld.cu/34-habitos-deformantes-del-complejo-dentomaxilofacial-y-sus-manifestaciones-clinicas>

³⁰ Diario de una psicóloga. Onicofagia como hábito. [internet] 2014 [Consultado 20 diciembre 2020]. Disponible en:
<http://diariodeunapsico.blogspot.com/2014/05/onicofagia-el-habito-de-arrancarse-las.html>

³¹ Revista científica uodo. Aparatología pistas para levantar la mordida. [internet] 2019 [consultado 20 diciembre 2019]. Disponible en:
<https://revistacientificauod.files.wordpress.com/2020/01/art-reg-fpo-2019-039.pdf>

CAPITULO III. ANTECEDENTES

ZONA DE INFLUENCIA

La clínica de especialidades dentales “Honorato Villa Acosta” del ISSSTE se inaugura el 8 de enero de 1966, iniciando con 7 consultorios y 3 especialidades, esta clínica es única en su género en Latinoamérica, brinda atención a derechohabientes referidos por las clínicas de adscripción del área metropolitana y del interior de la república.

En la actualidad sigue siendo una unidad única en su tipo en el Sector Salud donde se brinda atención en 7 servicios de especialidad: Endodoncia; Periodoncia; Odontopediatría; Ortodoncia; Prótesis Fija, Removible, y Cirugía Maxilofacial.

Por ser clínica de segundo nivel, proporciona atención a los derechohabientes referidos de las clínicas medico familiares del país.

La Misión de la clínica: Proporcionar consulta de especialidad bucodental con atención y comprensión, dar solución en tiempo y forma a las demandas y expectativas de los derechohabientes.

Visión de la clínica: Todos los servidores públicos de esta clínica están comprometidos a un cambio de actitud, mentalidad y disposición para mejorar la atención al derechohabiente con el fin de escuchar, atender, comprender y resolver cualquier expectativa que plantee el usuario.

Zona de influencia.

La clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” es única en el Instituto a nivel nacional, por lo que atiende a población derechohabiente tanto de la Ciudad de México, como de toda la República Mexicana y Área Metropolitana.

Fuente: Dirección de Comunicación Social Jefatura de Servicios de Programas de Comunicación.



Zona de influencia de CED. " Dr. Honora Villa Acosta".

- Clínicas de los 31 estados de la República Mexicana.
- CDMX.
- Área metropolitana.

Identificación de la clínica

Nombre de la Unidad: CLÍNICA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DENTALES
"DR. HONORATO VILLA ACOSTA"

Tipo de Unidad: CLÍNICA HOSPITAL 2° NIVEL DE ATENCIÓN

Dirección: Prolongación Guerrero # 358 Unidad Habitacional Nonoalco
Tlatelolco

06900 Delegación Cuauhtémoc Ciudad de México

Teléfonos 55-83-82-13, 57-82-03-91 y 55-83-86-00

Fuente: Dirección de Comunicación Social Jefatura de Servicios de Programas de Comunicación



DISTRIBUCIÓN DE LA CLINICA

PLANTA BAJA

En la planta baja de la CED "Dr. Honorato Villa Acosta" se pueden encontrar el área de:

- Archivo clínico
- Área de ventanillas
- Laboratorio
- 14 Consultorios:

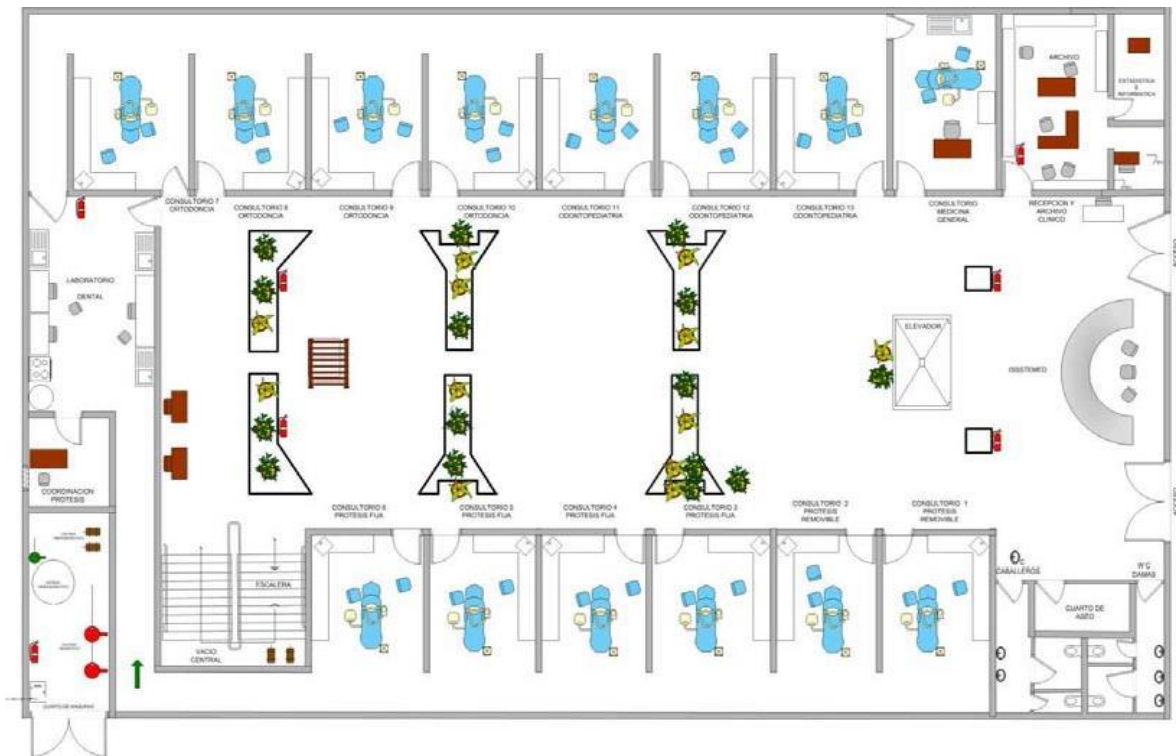
2 Consultorios de Prótesis Removible.

4 Consultorios Prótesis Fija.

1 Consultorio Filtro (Diagnostico y asignación de consultorio Prótesis Fija)

2 Consultorios de Odontopediatría

5 Consultorios de Ortodoncia.



Fuente: Dirección de Comunicación Social Jefatura de Servicios de Programas de Comunicación.

PRIMER NIVEL



Fuente: Dirección de Comunicación Social Jefatura de Servicios de Programas de

Comunicación.

En el primer nivel de la CED "Dr. Honorato Villa Acosta" se encuentra.

- CEYE.
- Farmacia
- Almacén
- Quirófano
- Aula
- Trabajo social.
- Cuarto de Radiología.
- Vestidores de servicio enfermería.
- 4 consultorios:

1 Consultorio Parodontia.

2 Consultorios de Endodoncia.

1 Consultorio de Cirugía Maxilofacial

SEGUNDO NIVEL



Fuente: Dirección de Comunicación Social Jefatura de Servicios de Programas de Comunicación.

En el segundo nivel de la CED "Dr. Honorato Villa Acosta" se encuentran.

- Dirección general.
- Subdirección médica.
- Subdirección administrativa.
- Coordinación médica.
- Coordinación de recursos humanos y financieros.
- Jefatura de enfermería.

INFORME NUMERICO NARRATIVO

Realice mi servicio social en la clínica de especialidades dentales de segundo nivel "Honorato Villa Acosta" en un periodo de un año que inicio el 1 de febrero del 2019 y finalizó el 31 de enero del presente año. Este servicio consistió en asistir a los especialistas durante el turno matutino, en todos los servicios por los que roté se realizó técnica de asistencia cuatro manos, se realizaron historias clínicas y exámenes intraorales. Fue dividido en cuatro periodos trimestrales para participar en cuatro especialidades diferentes. Mi participación en la especialidad Ortodoncia y Odontopediatría la realice en pacientes escolares con rango de edad de 1 a 12 años y en la especialidad de Prótesis fija y servicio de filtro de prótesis fija, los pacientes atendidos se encontraban en un rango de edad más alto ya que son atendidos desde los 12 años en adelante. En todos los servicios participe en el manejo de agenda y expedientes clínicos y la utilización del programa de cómputo para integrar notas de evolución SIMEF. El primer trimestre participe en el servicio de Odontopediatría a cargo de la Dra. Lucero Pérez Vázquez, las actividades clínicas que desarrolle fueron: historias clínicas, odontograma, interpretaciones radiográficas, diagnóstico, pronósticos y tratamiento, el otorgamiento y explicación del consentimiento informado al tutor de paciente, controles de placa dentobacteriana, profilaxis, aplicación de flúor en barniz, anestésias infiltrativas, preparación de cavidades, obturaciones con recubrimiento pulpar y resinas convencionales, amalgamas, tratamientos pulpares y rehabilitación con coronas acero cromo y exodoncias. En todas las consultas realice asistencia llevando a cabo técnica cuatro manos. El segundo trimestre participe en el servicio de Prótesis Fija en el consultorio a cargo del Dr. Heriberto Vera Hermosillo, las actividades clínicas que desarrolle fueron: historias clínicas, interpretación radiográfica, preparación para restauraciones de prótesis fija, toma de impresiones, impresiones de postes, colocación de obturaciones provisionales o bien el ajuste y cementación de provisionales de acrílico según fuera el caso, cemento restauraciones definitivas y alta pacientes del servicio y de la unidad, durante todos los procedimientos realice

asistencia con técnica cuatro manos. En el tercer trimestre participe en el servicio de de Filtro con la Dra. Georgina Ivonne Portas Piedras las actividades clínicas desarrolladas fueron: interrogatorio médico, interpretación radiográfica, anestesia por infiltración, colocación de curaciones provisionales, asignación de consultorio y elaboración de contra referencias.

Por último en mi cuarto trimestre participe en servicio Ortodoncia preventiva, bajo el cargo de la Dra. María del Carmen Mendoza Sandoval, las actividades clínicas que desarrolle fueron historias clínicas, diagnósticos, pronósticos, interpretaciones radiográficas de ortopantomografías y radiografías periapicales, el otorgamiento y la explicación del consentimiento informado al tutor de paciente, toma de impresión, colocación, cementación y ajuste de los aparatos y su seguimiento.

ANÁLISIS DE DATOS

ODONTOPEDIATRIA

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO 2019

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|------|-------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • HISTORIA CLÍNICA | 45 | 3.81 |
| • ODONTOGRAMA | 27 | 2.28 |
| • CONSENTIMIENTO INFORMADO | 45 | 3.81 |
| • INTERPRETACIÓN RADIOGRAFICA | 45 | 3.81 |
| SUBTOTAL | 162 | 13.72 |
| PREVENTIVAS | | |
| • CONTROL DE PLACA | 148 | 12.54 |
| • PROFILAXIS | 5 | 0.42 |
| • APLICACIÓN DE FLÚOR | 5 | 0.42 |
| SUBTOTAL | 158 | 13.38 |
| INTERMEDIAS | | |
| • ANESTESIA POR INFILTRACIÓN | 98 | 8.30 |
| • AISLADO ABSOLUTO | 69 | 5.84 |
| • PREPARACIÓN DE CAVIDAD | 102 | 8.64 |
| • RECUBRIMIENTO PULPAR | 56 | 4.74 |
| • RECETA MEDICA | 11 | 0.93 |
| • ASISTENCIA 4 MANOS | 165 | 13.98 |
| SUBTOTAL | 501 | 42.45 |
| CURATIVAS | | |
| • EXTRACCIÓN | 46 | 3.89 |
| • RESINA | 56 | 4.74 |
| • PULPOTOMIA | 46 | 3.89 |
| SUBTOTAL | 148 | 12.54 |
| REHABILITACIÓN | | |
| • CORONA ACERO CROMO | 46 | 3.89 |
| SUBTOTAL | 46 | 3.89 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 165 | 13.98 |
| SUBTOTAL | 165 | 13.98 |
| TOTAL | 1180 | 100 |

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2019

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|-------------|--------------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • HISTORIA CLÍNICA | 51 | 4.54 |
| • ODONTOGRAMA | 29 | 2.58 |
| • CONSENTIMIENTO INFORMADO | 51 | 4.54 |
| • INTERPRETACIÓN RADIOGRAFICA | 61 | 5.43 |
| SUBTOTAL | 192 | 17.11 |
| PREVENTIVAS | | |
| • CONTROL DE PLACA | 132 | 11.76 |
| • PROFILAXIS | 11 | 0.98 |
| • APLICACIÓN DE FLÚOR | 11 | 0.98 |
| SUBTOTAL | 154 | 13.72 |
| INTERMEDIAS | | |
| • ANESTESIA POR INFILTRACIÓN | 86 | 7.66 |
| • AISLADO ABSOLUTO | 71 | 6.32 |
| • PREPARACIÓN DE CAVIDAD | 108 | 9.62 |
| • RECUBRIMIENTO PULPAR | 30 | 2.67 |
| • RECETA MEDICA | 5 | 0.44 |
| • ASISTENCIA 4 MANOS | 182 | 16.22 |
| SUBTOTAL | 482 | 42.95 |
| CURATIVAS | | |
| • EXTRACCIÓN | 32 | 2.85 |
| • RESINA | 43 | 3.83 |
| • PULPOTOMIA | 24 | 2.13 |
| SUBTOTAL | 99 | 8.82 |
| REHABILITACIÓN | | |
| • CORONA ACERO CROMO | 24 | 2.13 |
| SUBTOTAL | 24 | 2.13 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 171 | 15.24 |
| SUBTOTAL | | |
| TOTAL | 1122 | 100 |

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL 2019

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|-------------|--------------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • HISTORIA CLÍNICA | 52 | 4.87 |
| • ODONTOGRAMA | 32 | 3.0 |
| • CONSENTIMIENTO INFORMADO | 52 | 4.87 |
| • INTERPRETACIÓN RADIOGRAFICA | 61 | 5.72 |
| SUBTOTAL | 197 | 18.48 |
| PREVENTIVAS | | |
| • CONTROL DE PLACA | 129 | 12.10 |
| • PROFILAXIS | 8 | 0.75 |
| • APLICACIÓN DE FLÚOR | 8 | 0.75 |
| SUBTOTAL | 145 | 13.60 |
| INTERMEDIAS | | |
| • ANESTESIA POR INFILTRACIÓN | 71 | 6.66 |
| • AISLADO ABSOLUTO | 54 | 5.96 |
| • PREPARACIÓN DE CAVIDAD | 92 | 8.63 |
| • RECUBRIMIENTO PULPAR | 42 | 3.93 |
| • RECETA MEDICA | 9 | 0.84 |
| • ASISTENCIA 4 MANOS | 148 | 13.88 |
| SUBTOTAL | 416 | 39.02 |
| CURATIVAS | | |
| • EXTRACCIÓN | 45 | 4.22 |
| • RESINA | 51 | 4.78 |
| • PULPOTOMIA | 29 | 2.72 |
| SUBTOTAL | 125 | 11.72 |
| REHABILITACIÓN | | |
| • CORONA ACERO CROMO | 29 | 2.72 |
| SUBTOTAL | 29 | 2.72 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 154 | 14.44 |
| SUBTOTAL | 154 | 14.44 |
| TOTAL | 1066 | 100 |

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO 2019 PROTESIS FIJA

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|------------|--------------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • HISTORIA CLÍNICA | 31 | 3.72 |
| • ODONTOGRAMA | 31 | 3.72 |
| • INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA | 28 | 3.36 |
| • CONSENTIMIENTO INFORMADO | 31 | 3.72 |
| • PRONOSTICOS | 31 | 3.72 |
| SUBTOTAL | 152 | 18.26 |
| INTERMEDIAS | | |
| • ANESTESIA POR INFILTRACIÓN | 10 | 1.20 |
| • PREPARACIÓN DE CAVIDAD | 62 | 7.45 |
| • DESOBTURACIÓN DE CONDUCTOS | 18 | 2.16 |
| • PREPARACIÓN DE ENDOPOSTE | 18 | 2.16 |
| • TOMA DE IMPRESIÓN CON ALGINATO | 52 | 6.25 |
| • TOMA DE IMPRESIÓN CON SILICON | 21 | 2.52 |
| • RECONSTRUCCIÓN DE MUÑON | 2 | 0.24 |
| • AJUSTE DE PROVISIONAL | 31 | 3.72 |
| • CURACIÓN TEMPORAL | 69 | 8.29 |
| • ASISTENCIA 4 MANOS | 123 | 14.78 |
| SUBTOTAL | 388 | 46.63 |
| CURATIVAS | | |
| • RESINA | 15 | 1.80 |
| SUBTOTAL | 15 | 1.80 |
| REHABILITACIÓN | | |
| • CEMENTACIÓN ENDOPOSTE | 20 | 2.40 |
| • CEMENTACIÓN CORONA M/P | 24 | 2.88 |
| • CEMENTACIÓN INCRUSTACIÓN | 43 | 5.16 |
| • CEMENTACIÓN CORONA METAL | 5 | 0.60 |
| • ALTA DE LA UNIDAD | 22 | 2.64 |
| • ALTA DEL SERVICIO | 34 | 4.08 |
| SUBTOTAL | 148 | 17.7 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 129 | 15.50 |
| SUBTOTAL | 129 | 15.50 |
| TOTAL | 832 | 100 |

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 2019

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|------------|--------------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • HISTORIA CLÍNICA | 27 | 3.26 |
| • ODONTOGRAMA | 27 | 3.26 |
| • INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA | 35 | 4.23 |
| • CONSENTIMIENTO INFORMADO | 27 | 3.26 |
| • PRONOSTICOS | 27 | 3.26 |
| SUBTOTAL | 143 | 17.29 |
| INTERMEDIAS | | |
| • ANESTESIA POR INFILTRACIÓN | 13 | 1.57 |
| • PREPARACIÓN DE CAVIDAD | 71 | 8.58 |
| • DESOBTURACIÓN DE CONDUCTOS | 12 | 1.45 |
| • PREPARACIÓN DE ENDOPOSTE | 12 | 1.45 |
| • TOMA DE IMPRESIÓN CON ALGINATO | 64 | 7.73 |
| • TOMA DE IMPRESIÓN CON SILICON | 28 | 3.38 |
| • RECONSTRUCCIÓN DE MUÑÓN | 0 | 0 |
| • AJUSTE DE PROVISIONAL | 27 | 3.26 |
| • CURACIÓN TEMPORAL | 59 | 7.13 |
| • ASISTENCIA 4 MANOS | 130 | 15.73 |
| SUBTOTAL | 416 | 50.48 |
| CURATIVAS | | |
| • RESINA | 11 | 1.33 |
| SUBTOTAL | 11 | 1.33 |
| REHABILITACIÓN | | |
| • CEMENTACIÓN ENDOPOSTE | 25 | 3.02 |
| • CEMENTACIÓN CORONA M/P | 21 | 2.53 |
| • CEMENTACIÓN INCRUSTACIÓN | 39 | 4.71 |
| • CEMENTACIÓN CORONA METAL | 3 | 0.36 |
| • ALTA DE LA UNIDAD | 18 | 2.17 |
| • ALTA DEL SERVICIO | 22 | 2.66 |
| SUBTOTAL | 128 | 15.47 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 129 | 15.59 |
| SUBTOTAL | 129 | 15.59 |
| TOTAL | 827 | 827 |

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2019

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|------------|--------------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • HISTORIA CLÍNICA | 23 | 3.13 |
| • ODONTOGRAMA | 30 | 4.08 |
| • INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA | 34 | 4.63 |
| • CONSENTIMIENTO INFORMADO | 23 | 3.13 |
| • PRONOSTICOS | 23 | 3.13 |
| SUBTOTAL | 133 | 18.11 |
| INTERMEDIAS | | |
| • ANESTESIA POR INFILTRACIÓN | 8 | 1.08 |
| • PREPARACIÓN DE CAVIDAD | 55 | 7.49 |
| • DESOBTURACIÓN DE CONDUCTOS | 13 | 1.77 |
| • PREPARACIÓN DE ENDOPOSTE | 13 | 1.77 |
| • TOMA DE IMPRESIÓN CON ALGINATO | 45 | 6.13 |
| • TOMA DE IMPRESIÓN CON SILICON | 21 | 2.86 |
| • RECONSTRUCCIÓN DE MUÑÓN | 1 | 0.13 |
| • AJUSTE DE PROVISIONAL | 28 | 3.81 |
| • CURACIÓN TEMPORAL | 61 | 8.31 |
| • ASISTENCIA 4 MANOS | 110 | 14.98 |
| SUBTOTAL | 355 | 48.36 |
| CURATIVAS | | |
| • RESINA | 9 | 1.22 |
| SUBTOTAL | 9 | 1.22 |
| REHABILITACIÓN | | |
| • CEMENTACIÓN ENDOPOSTE | 13 | 177.11 |
| • CEMENTACIÓN CORONA M/P | 25 | 3.40 |
| • CEMENTACIÓN INCRUSTACIÓN | 15 | 2.04 |
| • CEMENTACIÓN CORONA METAL | 20 | 2.72 |
| • ALTA DE LA UNIDAD | 21 | 2.86 |
| • ALTA DEL SERVICIO | 29 | 3.95 |
| SUBTOTAL | 123 | 16.75 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 114 | 15.53 |
| SUBTOTAL | 114 | 15.53 |
| TOTAL | 734 | 100 |

FILTRO
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2019

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|------------|--------------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • INTERROGATORIO MÉDICO E INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA | 305 | 33.70 |
| SUBTOTAL | 305 | 33.70 |
| INTERMEDIAS | | |
| • ANESTESIA POR INFILTRACIÓN | 1 | 0.11 |
| • CURACIÓN PROVISIONAL | 3 | 0.33 |
| SUBTOTAL | 4 | 0.44 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • ASIGNACIÓN DE PACIENTES A CONSULTORIO. | 194 | 21.43 |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 300 | 33.14 |
| • CONTRAREFERENCIA | 102 | 11.27 |
| SUBTOTAL | 596 | 65.85 |
| TOTAL | 905 | 100 |

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2019

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|------------|--------------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • INTERROGATORIO MÉDICO E INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA | 275 | 36.91 |
| SUBTOTAL | 275 | 36.91 |
| INTERMEDIAS | | |
| • ANESTESIA POR INFILTRACIÓN | 2 | 0.26 |
| • CURACIÓN PROVISIONAL | 0 | |
| SUBTOTAL | 2 | 0.26 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • ASIGNACIÓN DE PACIENTES A CONSULTORIO. | 176 | 23.62 |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 205 | 27.51 |
| • CONTRAREFERENCIA | 87 | 11.67 |
| SUBTOTAL | 468 | 62.81 |
| TOTAL | 745 | 100 |

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2019

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|------------|--------------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • INTERROGATORIO MÉDICO E INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA | 252 | 37.33 |
| SUBTOTAL | 252 | 37.33 |
| INTERMEDIAS | | |
| • ANESTESIA POR INFILTRACIÓN | 0 | 0 |
| • CURACIÓN PROVISIONAL | 2 | 0.29 |
| SUBTOTAL | 2 | 0.29 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • ASIGNACIÓN DE PACIENTES A CONSULTORIO. | 183 | 27.11 |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 238 | 35.25 |
| • CONTRAREFERENCIA | | |
| SUBTOTAL | 421 | 62.37 |
| TOTAL | 675 | 100 |

ORTODONCIA

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|------------|--------------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • HISTORIA CLÍNICA | 18 | 1.86 |
| • ODONTOGRAMA | 25 | 2.59 |
| • CONSENTIMIENTO INFORMADO | 18 | 1.86 |
| • INTERPRETACIÓN RADIOGRAFICA | 27 | 2.80 |
| • PRONOSTICO | 18 | 1.86 |
| SUBTOTAL | 52 | 5.39 |
| INTERMEDIAS | | |
| • TOMA DE IMPRESIÓN | 72 | 7.46 |
| • CEMENTACIÓN DE APARATOS | 16 | 1.65 |
| • ASISTENCIA 4 MANOS | 16 | 1.65 |
| SUBTOTAL | 104 | 10.78 |
| REHABILITACIÓN | | |
| • COLOCACIÓN DE APARATOS | 95 | 9.85 |
| • AJUSTE Y CONTROL DE APARATOS | 402 | 41.70 |
| SUBTOTAL | 497 | 51.55 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 311 | 32.26 |
| SUBTOTAL | 311 | 32.26 |
| TOTAL | 964 | 100 |

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|------------|--------------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • HISTORIA CLÍNICA | 12 | 1.35 |
| • ODONTOGRAMA | 22 | 19.42 |
| • CONSENTIMIENTO INFORMADO | 12 | 1.35 |
| • INTERPRETACIÓN RADIOGRAFICA | 28 | 3.17 |
| • PRONOSTICO | 12 | 1.35 |
| SUBTOTAL | 86 | 9.73 |
| INTERMEDIAS | | |
| • TOMA DE IMPRESIÓN | 65 | 7.36 |
| • CEMENTACIÓN DE APARATOS | 7 | 0.79 |
| • ASISTENCIA 4 MANOS | 7 | 0.79 |
| SUBTOTAL | 79 | 8.94 |
| REHABILITACIÓN | | |
| • COLOCACIÓN DE APARATOS | 82 | 9.28 |
| • AJUSTE Y CONTROL DE APARATOS | 371 | 42.01 |
| SUBTOTAL | 453 | 51.30 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 265 | 30.01 |
| SUBTOTAL | 265 | 30.01 |
| TOTAL | 883 | 100 |

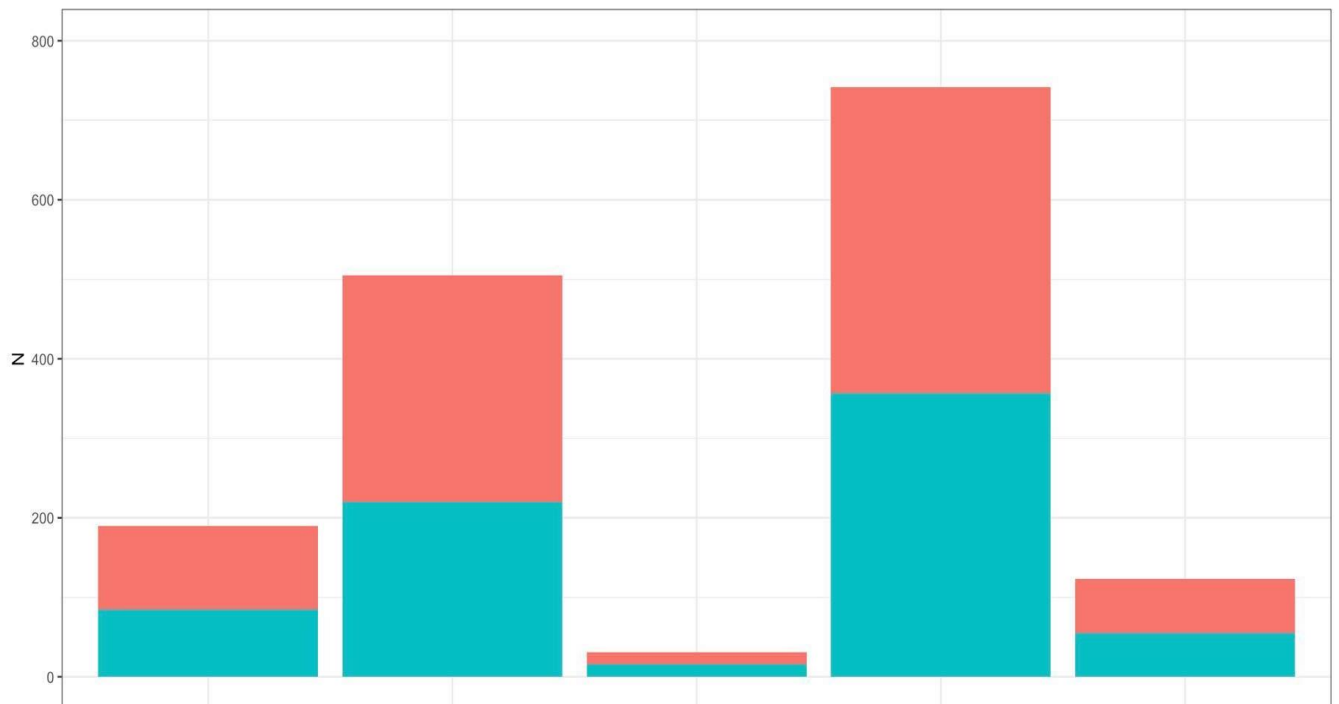
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO

| ACTIVIDADES | N. | % |
|--|------------|--------------|
| DIAGNOSTICO | | |
| • HISTORIA CLÍNICA | 10 | 1.19 |
| • ODONTOGRAMA | 20 | 2.38 |
| • CONSENTIMIENTO INFORMADO | 10 | 1.19 |
| • INTERPRETACIÓN RADIOGRAFICA | 31 | 3.69 |
| • PRONOSTICO | 10 | 1.19 |
| SUBTOTAL | 91 | 10.84 |
| INTERMEDIAS | | |
| • TOMA DE IMPRESIÓN | 60 | 7.15 |
| • CEMENTACIÓN DE APARATOS | 8 | 0.95 |
| • ASISTENCIA 4 MANOS | 8 | 0.95 |
| SUBTOTAL | 76 | 9.05 |
| REHABILITACIÓN | | |
| • COLOCACIÓN DE APARATOS | 76 | 9.05 |
| • AJUSTE Y CONTROL DE APARATOS | 354 | 42.19 |
| SUBTOTAL | 430 | 51.25 |
| ADMINISTRATIVAS | | |
| • REGISTRO Y MANEJO DE EXPEDIENTE Y REGISTRO DE ACTIVIDADES SIMEF. | 242 | 28.84 |
| SUBTOTAL | 242 | 28.84 |
| TOTAL | 839 | 100 |

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA ACTIVIDADES INTRAMUROS DURANTE EL PERIODO FEBRERO 2019-ENERO 2020.

| NOMBRE | FEMENINO | | MASCULINO | | TOTAL | |
|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| PREESCOLAR | 105 | 6.60 | 85 | 5.34 | 190 | 11.94 |
| ESCOLAR | 285 | 17.91 | 220 | 13.83 | 505 | 31.74 |
| ADOLESCENTE | 15 | 0.94 | 16 | 1.01 | 31 | 1.95 |
| ADULTO | 385 | 24.20 | 357 | 22.44 | 742 | 46.64 |
| GERIÁTRICO | 68 | 4.27 | 55 | 3.46 | 123 | 7.73 |
| TOTAL | 858 | 53.93 | 733 | 46.07 | 1591 | 100 |

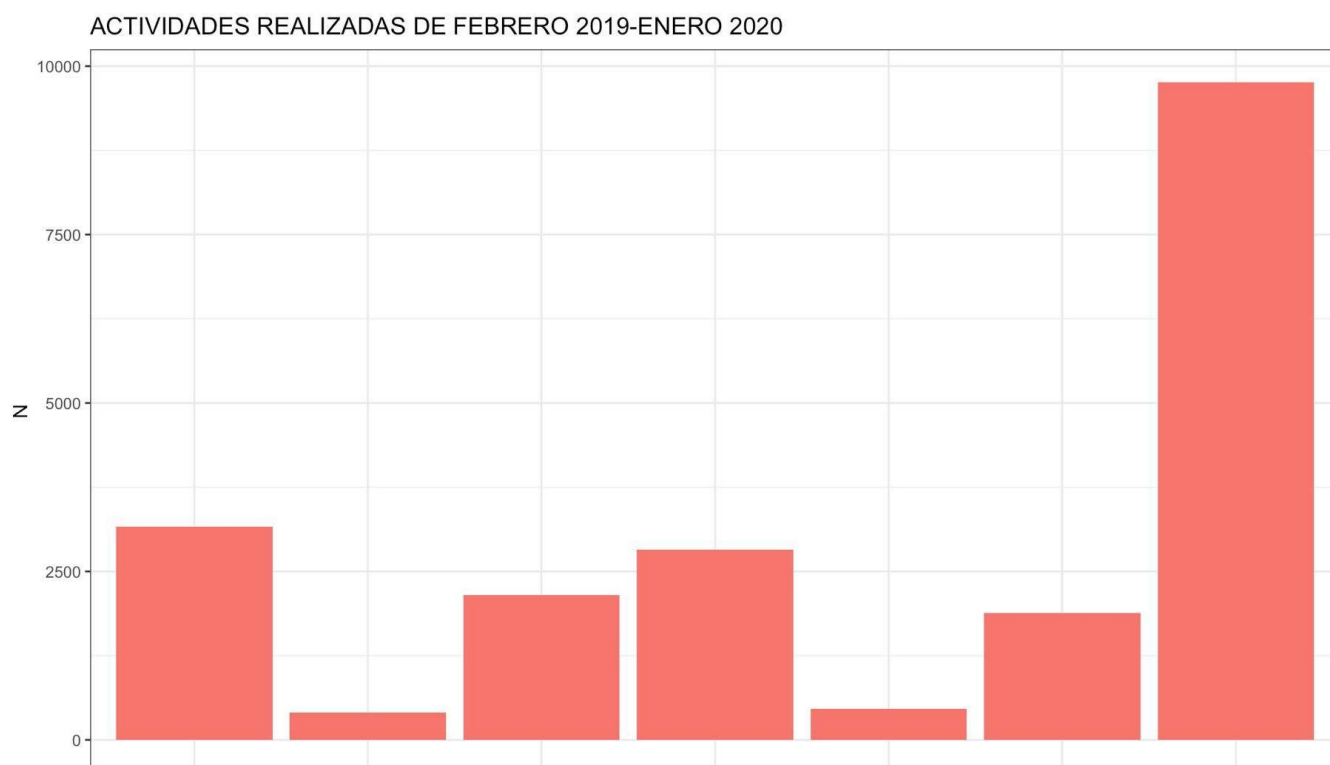
DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA ACTIVIDADES INTRAMUROS DURANTE EL PERIODO FEBRERO 2019-ENERO 2020



| | Preescolar | Escolar | Adolescente | Adulto | Geriátrico |
|-----------|------------|---------|-------------|--------|------------|
| Femenino | 105 | 285 | 15 | 385 | 68 |
| Masculino | 85 | 220 | 16 | 357 | 55 |

ACTIVIDADES REALIZADAS DE FEBRERO 2019-ENERO 2020.

| Actividades | N | % |
|-----------------|------|-------|
| Diagnóstico | 2146 | 19.7 |
| Preventivas | 457 | 4.20 |
| Intermedias | 2825 | 25.96 |
| Curativas | 407 | 3.74 |
| Rehabilitación | 1878 | 17.26 |
| Administrativas | 3165 | 29.09 |

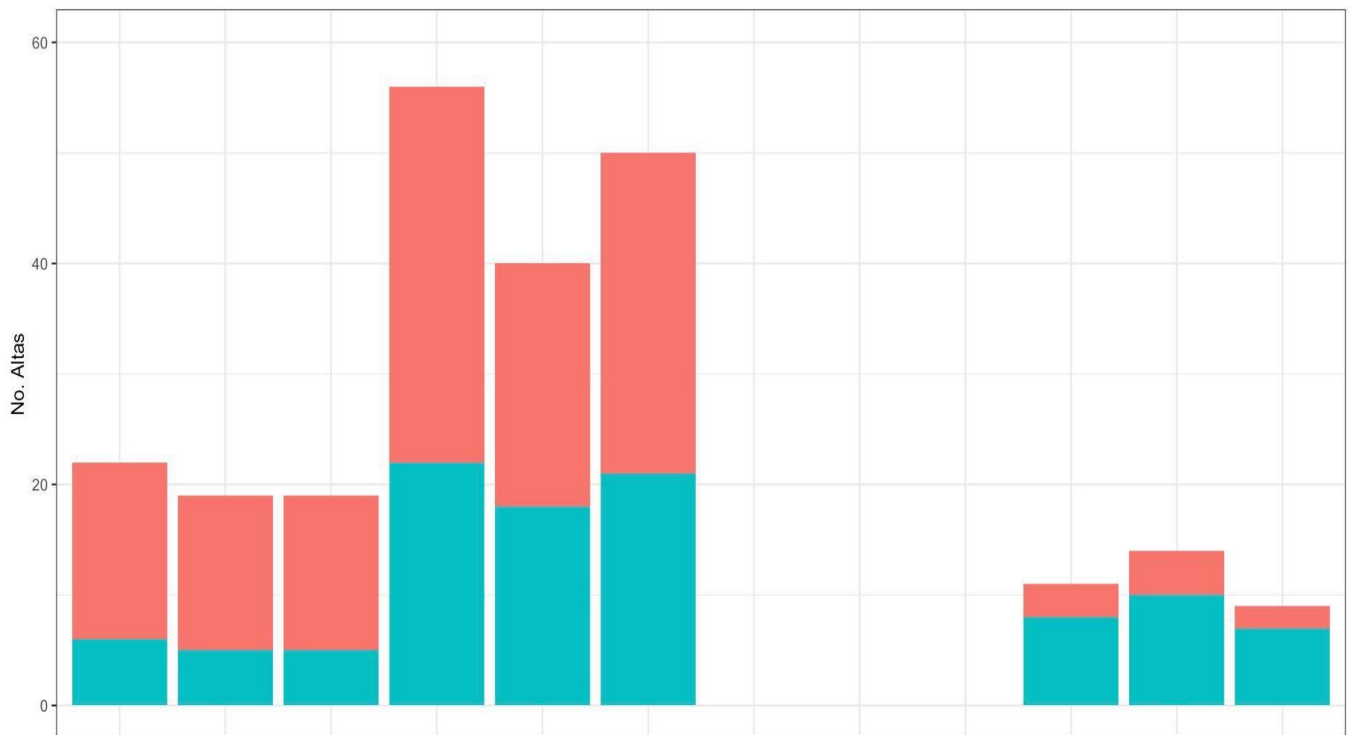


| | Diagnóstico | Preventivas | Intermedias | Curativas | Rehabilitación | Administrativas | Total |
|---|-------------|-------------|-------------|-----------|----------------|-----------------|-------|
| N | 2146 | 457 | 2825 | 407 | 1878 | 3165 | 9762 |

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DADOS DE ALTA DE FEBRERO 2019-ENERO 2020.

| Mes | Alta en Servicio | % | Alta en Unidad | % |
|------------|------------------|-------|----------------|-------|
| Febrero | 16 | 11.59 | 6 | 5.88 |
| Marzo | 14 | 10.14 | 5 | 4.90 |
| Abril | 14 | 10.14 | 5 | 4.90 |
| Mayo | 34 | 24.64 | 22 | 21.57 |
| Junio | 22 | 15.94 | 18 | 17.65 |
| Julio | 29 | 21.01 | 21 | 20.59 |
| Agosto | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Septiembre | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Octubre | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Noviembre | 3 | 2.17 | 8 | 7.84 |
| Diciembre | 4 | 2.90 | 10 | 9.80 |
| Enero | 2 | 1.45 | 7 | 6.86 |

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DADOS DE ALTA DE FEBRERO 2019-ENERO 2020



| | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero |
|------------------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| Alta.en.Servicio | 16 | 14 | 14 | 34 | 22 | 29 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 2 |
| Alta.en.Unidad | 6 | 5 | 5 | 22 | 18 | 21 | 0 | 0 | 0 | 8 | 10 | 7 |

Bibliografía

- "Catálogo Único de Unidades Médicas del ISSSTE", diciembre de 2015. disponible en : http://sgm.issste.gob.mx/medica/medica_documentacion/cat_unico_uni_med_dic2015.pdf
- ISSSTE estadista, anuarios 207. Disponible en : <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2017.html>
- 50 Aniversario Clínica de Especialidades Dentales "Dr. Honorato Villa Acosta", Delegación Regional Zona Norte. Disponible en : <http://sntissste.mx/index.php/50-aniversario-clinica-de-especialidades-dentales-dr-honorato-villa-acosta-delegacion-regional-zona-norte>
- Hoja general recolección de datos diaria

CONCLUSIONES SOBRE EL SERVICIO SOCIAL

Finalmente puedo concluir que la clínica de especialidades dentales del ISSSTE “Honorato Villa Acosta” es un excelente lugar para realizar el servicio social de la carrera de estomatología.

En esta clínica te permiten rotar por diferentes especialidades en las cuales puedes observar cómo trabajan doctores especialistas con mucha práctica usando diferentes tratamientos y procedimientos. Además de que te comparten su conocimiento y siempre están dispuestos a enseñarte.

Opino que el rotar por diferentes especialidades nos ayuda a darnos cuenta de qué nos gusta más y en lo personal me dediqué por la especialidad que quiero tomar.

También aprendí sobre materiales que nunca había manejado y eso me sirvió en el área laboral.

Me ayudó a entender un poco cómo funciona la carrera de estomatología en una institución gubernamental, lo cual me hizo dar cuenta que me gustaría trabajar algún día en una.

Mi experiencia fue muy grata. Conocí doctores excelentes que a pesar de que atienden a muchos pacientes al día, se enfocan en las necesidades y tratamientos que cada uno necesita y lo hacen muy bien.

Espero que esta clínica siga siendo una opción para realizar el servicio social para futuras generaciones egresadas y que su experiencia en ella sea igual de grata que la mía.