BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

COMPLEJO REGIONAL SUR

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ESTOMATOLOGÍA

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR DE DERECHOHABIENTES EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 9 SANTA MARÍA COAPAN.

P R E S E N T A:

YARITZA PAOLA JIMENEZ MUÑOZ

MATRICULA: 201668450

D I R E C T O R A M E T O D O L O G I C A:

DRA. GUADALUPE BARAJAS ARROYO

A S E S O R A D I S C I P L I N A R I A:

DRA. ROXANA CARRERA VERA

JULIO, 2023

RESUMEN

Las maloclusiones son el resultado de la adaptación de la región orofacial, cuentan con varios factores etiológicos y el resultado de estas pueden provocar diversas complicaciones de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares. Debido a ello el objetivo que se planteó en esta investigación, fue establecer la prevalencia de estas en una población escolar de la unidad médico familiar 9 Santa María Coapan. La metodología que se realizó fue de tipo observacional, desde la perspectiva de un modelo cuantitativo y cualitativo, con un diseño no experimental y de tipo transversal. La muestra se conformó por 107 derechohabientes entre 6 y 12 años, en donde se utilizó como instrumento un cuestionario sobre antecedentes que pudieron ser factor para el desarrollo de maloclusiones. Como resultado se encontró que existe mayor prevalencia de manifestaciones de maloclusiones dentales en el género femenino, así como una mayor frecuencia de participación de 29% los niños de 10 años, manifestación mayor con 31% de mordidas profundas, mientras que con un 51% se observó prevalencia de clase I bilateral, así también, se encontró durante la investigación presencia de hábitos deformantes como onicofagia con un índice del 50% y un alto índice en la prevalencia de caries dental con un 78%, concluyendo así que, el sistema de salud y los dentistas de práctica privada deben vigilar más este sector poblacional y realizar medidas de prevención e intercepción de maloclusiones en la infancia, de la misma manera en que los padres deben comenzar a dar más importancia y valor a la salud bucal de los pequeños, pues las condiciones en que se encuentra la cavidad bucal de muchos infantes resulta alarmante hoy en día.

Palabras clave: Maloclusión, oclusión, infante, prevalencia, caries, hábitos deformantes.

AGRADECIMIENTOS.

Primera y especialmente a mi directora metodológica, la Dra. Guadalupe Barajas Arroyo, por su tiempo, su dedicación y consejos, por todo su apoyo durante cada etapa de mi investigación y la paciencia para resolver todas mis dudas, logrando así poder concluir de manera satisfactoria esta investigación.

A mi asesora disciplinaria, la Dra. Roxana Carrera Vera por su apoyo y dedicación para que este trabajo se realizara óptimamente.

Así mismo, agradezco a la dirección de la Unidad Medico Familiar 9 Santa María Coapan donde se desarrolló este proyecto, gracias por la confianza depositada en mi persona para poder desarrollar de la mejor manera esta investigación.

Agradezco especialmente al Dr. Jesús Eric Núñez Rosete por sus enseñanzas y por transmitirme sus conocimientos, experiencia y valores que siempre me serán útiles en mi desempeño profesional y, sobre todo, han sido de gran importancia durante la realización de esta investigación, muchas gracias sensei.

DEDICATORIA.

A mis padres, Gerardo Jiménez Beristain y Verónica Muñoz Ruiz, por brindarme educación y enseñarme valores, por siempre estar presentes y darme su apoyo incondicional, son mi motor para lograr todos mis sueños. Gracias por su confianza y por sus consejos, esto y todos mis logros siempre serán por y para ustedes.

A mi prometido, Erick Eduardo Espinosa Morales, por siempre estar a mi lado, motivarme, alentarme y ayudarme en cada momento, gracias por impulsarme siempre a ser la mejor versión de mí y nunca dejarme sola en este camino.

A mis compañeros de la Universidad, que hicieron mi estancia más agradable y logramos culminar esta etapa juntos, siempre apoyándonos unos a otros y que hoy en día puedo llamar mis mejores amigos.

A mis maestros, por todas sus enseñanzas que me formaron como la profesional que soy hoy en día.

INDICE

Introducción. **1**

Tema. **2**

Planteamiento del problema. **8**

Preguntas de investigación. **9**

Objetivos. **10**

Justificación del tema. **11**

Formulación de la hipótesis. **12**

Metodología. **12**

Capítulo I Oclusión. **14**

1.1. Definición de oclusión. **14**

1.2. Boca del recién nacido. **14**

1.3. Desarrollo de la oclusión. **15**

1.4 Oclusión primaria. **15**

1.4.1. Planos terminales. **17**

1.5. Oclusión secundaria. **18**

1.5.1. Cronología de erupción permanente. **19**

1.5.2. Anomalías en el desarrollo eruptivo dentición permanente. **20**

Capítulo II Maloclusiones dentales. **23**

2.1. Definición de maloclusión. **23**

2.2. Clasificación de Angle. **23**

2.3. Epidemiología de las maloclusiones. **25**

2.3.1. Caries dental. **25**

2.3.2. Perdida prematura de órganos dentales. **27**

2.3.3. hábitos Deformantes. **28**

2.3.3.1. Succión digital. **28**

2.3.3.2. Succión labial. **28**

2.3.3.3. Onicofagia. **29**

2.3.3.4. Uso de chupón. **29**

2.3.3.5 Deglución atípica. **29**

2.3.4. Respiración oral. **30**

2.3.5. Alimentación. **31**

2.3.5.1. Lactancia materna. **31**

2.3.5.2. Biberón. **32**

2.3.6. Factores genéticos. **32**

2.4. Prevalencia de maloclusiones. **33**

2.5. Problemas relacionados a maloclusiones. **33**

2.6. Manifestaciones de maloclusión dental. **34**

Capítulo III Unidad médico familiar 9 Santa María Coapan (UMF 9). **39**

3.1. Ubicación geográfica. **39**

3.2. Instalaciones y servicios. **40**

3.3. Consulta estomatológica. **42**

3.3.1. Estomatología preventiva. **42**

3.3.2 Niveles de prevención en estomatología preventiva. **43**

3.3.2. Tratamientos proporcionados. **43**

3.4. Características de los pacientes con maloclusiones en la UMF 9. **44**

3.5. Prevalencia de maloclusiones en infantes derechohabientes en la UMF 9. **45**

Capítulo IV Metodología. **46**

4.1. Tipo y diseño de estudio. **46**

4.2. Población y muestra. **46**

4.3. Temporalidad. **46**

4.4. Tamaño de muestra. **47**

4.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación. **48**

4.6. Definición de las variables. **49**

4.7. Ubicación espacio - temporal. **49**

4.8. Procedimiento. **50**

4.8. Reclutamiento. **51**

4.9. Evaluación. **51**

4.10. Diagrama de flujo. **52**

4.11. Cronograma de actividades. **53**

4.12. Análisis estadístico. **53**

4.13. Estadística descriptiva. **54**

4.14. Estadística inferencial. **54**

CAPITULO V ANÁLISIS INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS. **55**

5.1. Rango de edad. **55**

5.2. Género de los participantes. **56**

5.3. Método de alimentación durante los primeros 6 meses de vida. **56**

5.4. Comienzo de la alimentación sólida. **57**

5.5. Uso de biberón o Chupón. **58**

5.6. Utilización de biberón o chupón al día. **60**

5.7. Tiempo de uso del biberón o chupón. **61**

5.8. Hábitos deformantes. **62**

5.9. Frecuencia de la realización de habito. **63**

5.10. Tipo de habito deformante. **64**

5.11. Tiempo de realización al día. **65**

5.12. Frecuencia de enfermedades respiratorias. 66

5.13. Número de veces de enfermedad respiratoria. 67

5.14. Caries dental. 68

5.15. Inicio de caries dental. 69

5.16. Perdida de órganos dentales por caries. 70

5.17. Número de piezas perdidas por Caries. 70

5.18. Dientes con caries actualmente. 71

5.19. Piezas rehabilitadas por caries. 72

5.20. Número de piezas dentales rehabilitadas por caries. 73

5.21. Erupción primer diente temporal. 74

5.22. Erupción primer diente permanente. 75

5.23. Perdida del primer diente temporal. 76

5.24. Recambio dental. 77

5.25. Tiempo de erupción después de la perdida dental. 78

5.26. Posición para dormir. 79

5.27. Boca abierta durante el sueño. 80

5.28. Boca cerrada durante el sueño. 80

5.29. Ronquidos durante el sueño. 81

5.30. Frecuencia a la semana de ronquidos. 82

5.31. Cepillado dental. 82

5.32. Ayuda en cepillado dental. 83

5.33. Antecedentes familiares de maloclusión. 84

5.34. Traumatismos dentales. 85

5.35. Visita dental después de un traumatismo. 86

5.36 Anomalías en número de piezas dentales. 87

5.37. Síndromes. 88

5.38. Presencia de espacios primates. 88

5.39. Deglución atípica. 89

5.40. Erupción Ectópica. 90

5.41. Anomalías en tamaño dental. 91

5.42. Anomalías en la forma dental. **91**

5.43. Maloclusiones de origen muscular. **92**

5.44. Maloclusión más frecuente. **93**

5.45. Clase molar derecha. **94**

5.46. Clase molar izquierda. **95**

Discusión. **96**

Conclusión. **98**

Aspectos éticos y de bioseguridad. **99**

Relevancia y expectativas. **100**

BIBLIOGRAFÍA. **101**

ANEXOS. **106**

INDICE DE TABLAS **PAGINA**

Tabla 1. Cronología de Erupción de dentición temporal. 17

Tabla 2. Cronología de erupción de dentición permanente. 20

Tabla 3. Definición de variables 49

Tabla 4. Cronograma de actividades 53

Tabla 5. Rango de edad. 55

Tabla 6. Género de los participantes. 56

Tabla 7. Método de alimentación. 57

Tabla 8. Comienzo de alimentación sólida. 58

Tabla 9. Uso de biberón o chupón. 59

Tabla 10. Utilización de biberón o chupón al día. 60

Tabla 11. Tiempo de uso de biberón o chupón. 61

Tabla 12. Hábitos deformantes. 62

Tabla 13. Frecuencia de la realización de habito. 63

Tabla 14. Tipo de habito deformante. 64

Tabla 15. Tiempo de realización al día. 65

Tabla 16. Frecuencia de enfermedades respiratorias. 66

Tabla 17. Número de veces de enfermedad respiratoria. 67

Tabla 18. Caries dental. 68

Tabla 19. Inicio de caries dental. 69

Tabla 20. Perdida de órganos dentales por caries. 70

Tabla 21. Número de piezas perdidas por Caries. 71

Tabla 22. Dientes con caries. 72

Tabla 23. Piezas rehabilitadas por caries. 73

Tabla 24. Número de piezas rehabilitadas por caries. 73

Tabla 25. Erupción primer diente temporal 74

Tabla 26. Erupción primer diente permanente. 75

Tabla 27. Perdida del primer diente temporal 76

Tabla 28. Perdida de dientes temporales. 77

Tabla 29. Tiempo de erupción en recambio dental. 78

Tabla 30. Posición para dormir. 79

Tabla 31. Boca abierta durante el sueño. 80

Tabla 32. Boca cerrada durante el sueño. 80

Tabla 33. Ronquidos durante el sueño. 81

Tabla 34. Número de veces a la semana de ronquidos. 82

Tabla 35. Cepillado dental. 83

Tabla 36. Ayuda en cepillo dental. 84

Tabla 37. Antecedentes familiares de maloclusión. 85

Tabla 38. Traumatismos dentales. 86

Tabla 39. Visita dental después de un traumatismo. 87

Tabla 40. Anomalías en número de piezas dentales. 87

Tabla 41. Padecimiento de algún síndrome. 88

Tabla 42. Espacios primates. 89

Tabla 43. Deglución atípica. 89

Tabla 44. Erupción ectópica. 90

Tabla 45. Anomalías en tamaño dental. 91

Tabla 46. Anomalías en la forma dental. 92

Tabla 47. Maloclusiones de origen muscular. 93

Tabla 48. Maloclusión más frecuente. 93

Tabla 49. Clase molar derecha 94

Tabla 50. Clase molar izquierda 95

INDICE DE GRAFICAS **PAGINA**

Grafica 1. Rango de edad 55

Grafica 2. Género de los participantes. 56

Grafica 3. Método de alimentación 57

Grafica 4. Comienzo de alimentación sólida. 58

Grafica 5. Uso de biberón o chupón 59

Grafica 6. Utilización de biberón o chupón al día. 60

Grafica 7. Tiempo de uso de biberón o chupón. 61

Grafica 8. Hábitos deformantes. 62

Grafica 9. Frecuencia de la realización de hábito. 63

Grafica 10. Tipo de hábito deformante. 64

Grafica 11. Tiempo de realización al día. 65

Grafica 12. Frecuencia de enfermedades respiratorias 66

Grafica 13. Número de veces de enfermedad respiratoria. 67

Grafica 14. Caries dental. 68

Grafica 15. Inicio de caries dental. 69

Grafica 16. Perdida de órganos dentales por caries. 70

Grafica 17. Número de piezas perdidas por Caries. 71

Tabla 18. Dientes con caries. 72

Grafica 19. Piezas rehabilitadas por caries. 73

Grafica 20. Número de piezas rehabilitadas por caries. 73

Grafica 21. Erupción primer diente temporal 74

Grafica 22. Erupción primer diente permanente. 75

Grafica 23. Perdida del primer diente temporal 76

Grafica 24. Perdida de dientes temporales. 77

Grafica 25. Tiempo de erupción en recambio dental. 78

Grafica 26. Posición para dormir. 79

Grafica 27. Boca abierta durante el sueño. 80

Grafica 28. Boca cerrada durante el sueño. 80

Grafica 29. Ronquidos durante el sueño. 81

Grafica 30. Número de veces a la semana de ronquidos. 82

Grafica 31. Cepillado dental . 83

Grafica 32. Ayuda en cepillo dental. 84
Grafica 33. Antecedentes familiares de maloclusión. 85
Grafica 34. Traumatismos dentales. 86
Grafica 35. Visita dental después de un traumatismo. 87
Grafica 36. Anomalías en número de piezas dentales. 87
Grafica 37. Padecimiento de algún síndrome. 88
Grafica 38. Espacios primates. 89
Grafica 39. Deglución atípica. 89
Grafica 40. Erupción ectópica. 90
Grafica 41. Anomalías en tamaño dental. 91
Grafica 42. Anomalías en la forma dental. 92
Grafica 43. Maloclusiones de origen muscular. 93
Grafica 44. Maloclusión más frecuente. 93
Grafica 45. Clase molar derecha. 94
Grafica 46. Clase molar izquierda. 95

INDICE DE IMÁGENES.

Imagen 1. Erupción dental. 20
Imagen 2. Diente retenido. 21
Imagen 3. Remanente dental. 21
Imagen 4. Perdida prematura por caries dental. 27
Imagen 5. Apiñamiento dental. 34
Imagen 6. Mordida abierta anterior. 35
Imagen 7. Mordida borde a borde. 35
Imagen 8. Mordida profunda. 36
Imagen 9. Mordida cruzada anterior. 36
Imagen 10. Mordida cruzada posterior. 37
Imagen 11. Diastemas. 37
Imagen 12. Consultorio de estomatología preventiva UMF 9. 42
Imagen 13. Material para tratamientos dentales preventivos UMF 9. 44
Imagen 14. Diagrama de flujo. 52

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones dentales, son un problema de salud pública, que se presentan en todos los estratos sociales, sin importar la condición económica, cultural, ni el rango de edad. Nace la inquietud de conocer más de cerca las maloclusiones y su origen, debido a que el niño cuando se encuentra en cierta etapa de su vida, pasa la mayor parte del tiempo en la escuela y muchas veces es blanco y objeto de burlas por parte de sus compañeros debido al estado o apariencia física, lo cual puede provocar un bajo desempeño escolar así como una repercusión en su desarrollo en el entorno que le rodea, es fundamental tratar de hacer conciencia en los padres de familia que dicho padecimiento es un problema social, el cual se debe de erradicar tratando de fomentar en la sociedad la cultura de la prevención en lo que se refiere a tratamientos de ortopedia maxilar y ortodoncia, ya que con esto, si se atiende a temprana edad, el niño puede mejorar su aspecto y tener mejor desempeño en sus funciones básicas como fonación, respiración y deglución de los alimentos. Las maloclusiones son el resultado de la adaptación de la región orofacial, cuentan con varios factores etiológicos y como resultado estas pueden provocar diversas complicaciones, que varían desde la insatisfacción estética, hasta alteraciones en la función del habla, masticación, deglución y respiración, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial, por lo que son numerosas la causas que pueden originar alteraciones o acelerar la posición incorrecta de los dientes y su relación inadecuada con los maxilares.

El presente trabajo busca determinar la prevalencia de maloclusiones dentales en una población escolar de derechohabientes de la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan, por lo que el impacto tanto científico como social que arrojaron los resultados de esta investigación demostró con datos duros que las maloclusiones siguen siendo un problema real y que carece de importancia en la población.

TEMA

Existe evidencia de malposiciones dentales en cráneos de hombres Neandertales, así también como en momias y fósiles alrededor del mundo e incluso, lo que se piensa tratamientos para corregir la alineación dental o mantener espacios por extracciones, además de otros tratamientos. En la historia de la ortodoncia, los griegos observaron por primera vez la posición de los dientes y la nombraron una disciplina. La palabra Ortodoncia se compone por dos vocablos griegos "*orto*", que significa recto, y "*odontos*", que significa diente, Defoulon [(1)] en 1841, introduce este término y busca con él, corregir anomalías en las posiciones dentales con fines estéticos.

Comenzando propiamente con la historia de la ortodoncia, en la antigua Grecia se tiene registro de filósofos de la época como Hipócrates [(2)] (460-377 a.C) que en su sexto libro de las epidemias, donde registra el primer testimonio que reconoce las maloclusiones como una dolencia. Es así como Companioni [(2)] sugiere que son los griegos y los romanos quienes sentaron las bases en ortodoncia. Entendiendo esto, resulta de interés, el conocer las bases que se sentaron en la antigüedad sobre maloclusiones dentales para comparar los antecedentes con los avances en el tema para fines de esta investigación.

Avanzando un poco más en 1728 Pierre Fauchard [(2)] publica su libro *Le Chirurgien Dentiste*, donde describió el primer aparato de ortodoncia, así también como en otro de sus libros, aparatos para una mejora estética mediante movimientos dentales y describe cómo los movimientos deben ser controlados y lentos mediante procedimientos mecánicos, iniciando formalmente la ortodoncia propiamente dicha. John Hunter [(2)] en 1771, publica "*History of the Human Teeth"*, donde menciona el término oclusión dentaria, la reabsorción de raíces de dientes temporales y sugiere la extracción de piezas dentales en casos de apiñamiento como tratamiento para la alteración en la oclusión. Aunque esta investigación no se centra en los tratamientos de ortodoncia y/u ortopedia maxilar, si es importante comprender los

antecedentes de estas disciplinas, pues se busca como fin común lograr armonía en la oclusión dental para evitar las consecuencias que se desarrollan debido a esta condición.
En la actualidad las extracciones por apiñamiento dental suelen ser un recurso para poder generar espacio y poder alinear piezas en el arco dental. Para esta investigación basada en maloclusiones es interesante esta postura pues, con los avances en ortopedia maxilar, hay ocasiones en las que el oportuno y correcto diagnóstico de estas puede llevar a cabo un tratamiento con aparatología maxilar aprovechando el crecimiento de los pequeños y que en un futuro se puedan evitar, en muchas ocasiones las extracciones dentales.

Continuando con la historia de la ortodoncia en 1807, C. J. Linderer [(2)] realiza por primera vez la clasificación de las posiciones en las cuales se podían mover las piezas dentales hacia lingual, vestibular, mesial y distal, así también movimientos de rotación, que pueden ser combinados con los anteriores mencionados. En 1843 Désirabode [(2)] denomino Orthopedie Faciale, a "los medios para corregir las irregularidades de la dentición y los vicios de conformación dependientes de los dientes", en términos generales sienta las bases para el tratamiento de las maloclusiones dentales.

Posterior a Angle se han venido desarrollando investigaciones o trabajos de autores como: Warren J. y Bishara S.[(3)] realizaron un análisis en niños de nacionalidad brasileña de 4 años de edad, en el cual observaban hábitos que no fueran de origen nutritivo, los resultados obtenidos presentaron que 49.7% de estos pequeños presentaban una maloclusión, de los cuales el 12.1% presentaba una mordida cruzada posterior y el 36.4% una mordida abierta anterior, con estos resultados dedujeron que existe una relación con el hábito de succión.

Moyers [(4)] define la que la terapia ortodóncica es una intervención temprana de las maloclusiones cuando se realiza durante los estadios activos del crecimiento dental y craneofacial, para poder así modificar las alteraciones dentales y esqueléticas. Uno de los autores más reconocidos en el tema es el Dr. Robert Ricketts [(5)], ortodoncista del siglo XX de los años 40 pues se considera como un pionero en muchos temas de interés de esta especialidad, si bien, son muchos los temas en los cuales realizo aportaciones unos de los más relevantes son aportaciones al desarrollo y crecimiento mandibular, cefalometría,

estética facial y con mayor relación a esta investigación, realizo estudios sobre la articulación temporomandibular (ATM) para ver si existía relación con las maloclusiones.

En la segunda mitad del siglo XIX surge un incremento en estudios de crecimiento y desarrollo de los maxilares y se crea un enfoque más elevado a tratamientos de ortopedia más que a tratamientos ortodónticos pues con los avances de diferentes autores estos se toman como prioridad en el tratamiento terapéutico de maloclusiones dentales.

En la cuestión de hábitos orales según Josell [6] en 1995, propone una nueva clasificación de los hábitos orales en tres grupos:

- Nervioso: como mordisqueo del labio o carrillo, empuje lingual, deglución infantil, onicofagia.
- Para funcionales: sostener objetos en la boca.
- Ocasionales: cepillado inadecuado y succión digital.

- Pavoni, et al. [7] En su investigación "Treatment timing for functional jaw orthopaedics followed by fixed appliances: a controlled long-term study" estima que por lo menos un tercio de la población en la Universidad de Roma Tor Vergata posee una maloclusión clase II. Durante su investigación con aparatología de ortopedia maxilar, declara que las maloclusiones tratadas a largo plaza después de la pubertad tienen un desarrollo más favorable en el crecimiento mandibular siendo así que los tratamientos realizados antes de la pubertad tienen cambios significativos, pero a nivel dentoalveolar.

- Yu, et al. [8] Durante su investigación "Prevalence of malocclusion and occlusal traits in the early mixed dentition in Shanghai, China" encuentra que el 79.4% de los niños posee una o más anomalías oclusales, en cuestión de maloclusión la clase II es la que se presenta con mayor frecuencia. Los niños son quienes presentan mayor porcentaje de sobremordida y desviación de línea media que las niñas, pero ellas presentan

mayor apiñamiento dental en el sector anterior y menor porcentaje de espacios primarios.

- Meza E, Olivera P, Rosende M, Peláez A. [9] concluyen en su investigación "maloclusiones funcionales y su relación con hábitos orales en niños con dentición mixta" encuentran en una población infantil que comprende 61 pequeños con dentición mixta que acuden a la Facultad de Odontología UNNE en Argentina, la mayoría de los pequeños presentan un alto índice en maloclusiones funcionales asociada a hábitos orales, siendo la succión digital la más común.

- Segeur-Serey, et al. [10] Durante su investigación "Prevalence of malocclusion and dental caries, among Aymara children in Colchane, Chile". De 76 participantes se detectó que el 58% presentan un mal hábito y no hubo variación significativa en el sexo de los participantes, los hábitos más frecuentes registrados en estos pequeños fueron la deglución atípica y la respiración oral.

- Devanna R, et al. [11] en un estudio en 26 escolares en Arabia Saudita, informa en sus resultados que la maloclusión presentada con mayor frecuencia en ambos sexos es la Clase I, seguida por la II y finalmente la III, todo esto publicado en su artículo titulado "Prevalence of malocclusion among children of the Kingdom of Saudi Arabia – A systematic review and meta-analysis."

- En cambio, Arias A, et al. [12] en un estudio comparativo entre niños de 4 a 15 años de San Luis Potosí, México y de Medellín, Colombia con una muestra de 299 en cada país, observaron que los hábitos orales con mayor frecuencia registrados en San Luis Potosí fueron la introducción de objetos en la cavidad bucal, la onicofagia y succión labial, mientras que en Medellín, los hábitos con mayor incidencia fueron la onicofagia, succión labial y respiración bucal, siendo así, que al hacer la comparación entre ambos se llegó a la conclusión que la onicofagia, la respiración bucal y la succión labial son los hábitos con mayor frecuencia que los pequeños poseen y

repercuten en su relación oclusal. El 64.4% de estos pequeños presentan una relación molar clase I, a excepción de los pequeños con hábito de deglución atípica donde se obtuvieron resultados con mayor prevalencia de clase III.

- López Gallegos E, et al. [13] en su investigación titulada "Prevalencia de hábitos deletéreos y maloclusiones en dentición mixta en niños de la ciudad de Quito, Ecuador" informan que en 143 niños que formaron parte de la investigación el 69.2% presento algún habito oral siendo la succión labial y el hábito de morder objetos los más frecuentes y el mayor porcentaje posee una clase molar I.

- Ayala-Galdámez T, et al. [14] Mediante su investigación en 766 niños de entre 6 y 12 años en el Salvador concluyen que el más de la mitad de los pequeños comprendidos en este estudio poseen una maloclusión, el 34.3% no presenta maloclusión o la presentada es mínima y existe una predominancia del sexo masculino en las alteraciones sobre la oclusión dental.

- Sin embargo, Mora-Zuluaga N, et al. [15] en su estudio "Presencia de hábitos orales en pacientes con maloclusiones de 4 a 14 años, Cali, Colombia" informa que la mayoría de los pequeños presento algún hábito, siendo la interposición lingual la más frecuente presentado con mayor frecuencia en el cambio de dentición, seguido por el hábito de onicofagia y hubo mayor predominancia del sexo femenino

- Del Real M, et al. [16] Afirma que en su investigación en niños mexicanos de 8 a 12 años que acuden a la especialidad de ortodoncia en la Universidad Autónoma de Nayarit, que, el componente que predominó en los casos subdivisión 2 fue la retrusión mandibular. En los casos clase II subdivisión 1 es muy similar el porcentaje de casos que presentaron sólo retrusión mandibular y aquéllos que el componente de la clase II era una combinación de ambos factores. La clase II cuya causa era sólo la protrusión maxilar fue mucho menos común en ambas subdivisiones

- Méndez J, Rotela R, González A. [17] de 56 niños entre 6 y 12 años de la ciudad de Coronel Oviedo, Paraguay, el 66,1% presento maloclusión, y el 85,7% presentaron clase molar I, además de que el 48.2% presento apiñamiento dental y el 62.5% desviación de la línea media. De la misma manera no existe una relación entre el sexo ni la edad con la maloclusión.

- Ramos-Ríos JA, et al. [18] En 409 niños pertenecientes a 2 escuelas primarias de Coclique, Veracruz, México, se encontró una prevalencia de asma de 6,84%, y los niños de 6, 7 y 11 años y las niñas de 8, 9 y 10 años fueron quienes presentaron mayor número de incidencias de maloclusión, los factores que se encontraron fueron caries, gingivitis y deglución atípica, estos característicos de los pacientes con respiración bucal.

- Moreno et al, [19] en el 2018 realizaron un estudio titulado "Comportamiento de maloclusiones en niños de 6 a 12 años, municipio Arroyo Naranjo.2018" y encontraron que se presentó una prevalencia de maloclusiones con un 57,2%, teniendo más presencia por el sexo femenino con un 50,8%, así como la disfunción lingual se manifestó como el hábito más prevaleciente. La vestibuloversión de incisivos superiores se destacó para el sexo masculino con un 31,1% y la mordida abierta anterior para el femenino con un 32,5%; la vestibuloversión fue la más representada en ambos grupos de edades (Moreno et al, 2018).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En los últimos años mediante la publicación de diferentes artículos e investigaciones, se ha recabado información del problema actual que se tiene por el incremento en las estadísticas relacionadas a enfermedades bucales en niños, no solo en México, sino en general en toda Latinoamérica, además, existe un aumento y cifras alarmantes de infantes que poseen alguna maloclusión dental, lo que genera inquietud para poder realizar esta investigación.

Se ha observado en la consulta diaria que 8 de cada 10 niños que acuden a la Unidad Medico Familiar 9 en el consultorio de estomatología preventiva, presentan alguna maloclusión y diferentes agentes causales como caries dental, perdida prematura de piezas dentales y ausencia de espacios primates, que repercuten en la correcta erupción dentaria y por lo tanto se refleja en una maloclusión dental en la cual la mayoría de veces los padres desconocen la magnitud de los problemas que a corto y largo plazo se manifiestan en el infante. La mayoría de pequeños que acuden con sus padres lo hacen por movilidad de piezas temporales sobre todo órganos dentales 31 y 41 en los cuales hay presencia de movilidad, pero no se ha cumplido el proceso de exfoliación dental correctamente y a la par se presenta la erupción de piezas permanentes por detrás de las temporales fuera del arco dental por la falta de espacio, así también, la alta incidencia de caries de la infancia temprana por ausencia o nula higiene dental, que repercute en perdida prematura de piezas dentales o perdida de espacio por la caries o por extracciones que los padres optan por realizarles al no tener información adecuada sobre las consecuencias de esto y no contar con aparatología como mantenedores de espacios que permitan la conservación de los mismos y que en un futuro las piezas dentales puedan erupcionar con normalidad.

El tema de maloclusiones dentales es bastante amplio, debido a los diferentes factores que pueden propiciar que se generen, por lo que, para esta investigación resulta de interés describir brevemente estos factores y poder generar una clasificación de los niños que se presentan a consulta en estomatología preventiva en la UMF 9 en Santa María Coapan con maloclusiones, esto para poder determinar la clase más frecuente y si existe un factor mayoritario que esté determinando la presencia y desarrollo de las mismas para poder fomentar acciones preventivas específicas para cada caso en particular que se reflejen en la

disminución de estas mismas y posteriormente en niños afiliados futuramente a esta unidad de salud.

Una oclusión inapropiada sobre todo cuando existe un apiñamiento dental, repercute en el desarrollo y la integración que como individuo se pueda generar en lasociedad, ya sea por cuestiones estéticas, generan inseguridades desde muy pequeños, además, en algunos casos puede estar relacionado con malestares dentales por puntos de contacto prematuro, dolor en la articulación temporomandibular, dificultad para erupción depiezas dentales, que, en este estudio en particular, resalta como una de las razones principalespor la cual se generó el interés por el tema a desarrollar, ya que muchos de los pequeños quese presentan a consulta con sus padres lo hacen para someterse a procedimientos deexfoliaciones dentales debido a que los dientes permanentes están erupcionando fuera de la arcada dental porque no se generó un espacio considerable para el cambio de dentición temporal a permanente y este pueda ocurrir de manera natural.

Relacionado al tema de maloclusión y de la mano con los diferentes factores causales, afectan a la población en general por que en muchas ocasiones los tratamientos necesarios para la rehabilitación integral de los pequeños representan un gasto elevado para los padres y en el caso de los infantes de corta edad los procedimientos tienden a ser traumáticos debido a que aún no logran comprender lo que el odontólogo explica y generan una respuesta negativa al tratamiento por miedo. Como se sabe, el no poseer una correcta oclusión dificulta o entorpece el proceso de masticación y por consiguiente se generan desórdenes alimenticios o problemas de nutrición que repercuten en la salud general de cada individuo.

En base a la situación problemática expuesta, surge la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuál es la prevalencia de maloclusiones dentales en una población escolar de derechohabientes de la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan?

OBJETIVOS.

General.

- Determinar la prevalencia de maloclusiones dentales en una población escolar de derechohabientes de la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan.

Específicos.

- Identificar por edad la prevalencia de maloclusiones dentales en una población escolar de derechohabientes de la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan de junio a noviembre del 2022.

- Describir por genero la prevalencia de maloclusiones dentales en una población escolar de derechohabientes de la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan de junio a noviembre del 2022.

- Clasificar por tipo de maloclusión la prevalencia de maloclusiones dentales en una población escolar de derechohabientes de la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan de junio a noviembre del 2022.

JUSTIFICACIÓN

Como se ha mencionado con anterioridad, las maloclusiones son un problema de salud pública con cifras elevadas que genera interés debido a la alta prevalencia que se presenta en los infantes que acuden a consulta a estomatología preventiva en la unidad medico familiar 9 Santa María Coapan. Si bien, no existe cultura sobre prevención de enfermedades dentales o citas anuales de chequeo y prevención, tampoco es de interés en la población mexicana los tratamientos para corregir maloclusiones dentales, ya que se desconocen los problemas de salud que representan, además de que son tratamientos que, en muchas ocasiones, representan un gasto elevado para los padres de familia. Quienes deciden realizarse estos tratamientos lo hacen por estética, pero desconocen el problema de salud que representa y las consecuencias que podrían estar causando otros problemas de salud a nivel general.

De la misma forma, resulta de interés resaltar que uno de los objetivos principales de esta investigación es poder obtener estadísticas y antecedentes que permitan a futuros Pasantes de Estomatología y personal que labore en el consultorio de estomatología preventiva o en la clínica en general, dar tratamientos de prevención y guiar a los padres mediante platicas y talleres que resuelvan sus dudas para poder fomentar una buena y correcta salud bucal en los infantes específicamente es de interés el poder dialogar con futuras madres y padres sobre los agentes causales de estas maloclusiones para realizar un adecuado enfoque desde muy pequeños para la prevención de estas. Es indispensable conocer los agentes causales de estas anomalías de oclusión para poder brindarle un tratamiento correcto que mejore su calidad de vida.

Es por esto por lo que resulta muy importante, identificar la prevalencia de maloclusiones dentales en una población escolar de derechohabientes de la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan, lo que permitiría poder orientar mejor a los padres para que los pequeños no las desarrollen o se traten en el debido caso, de manera temprana para que en un futuro no represente gastos elevados económicamente o tratamientos dolorosos, traumáticos y prolongados para los infantes.

FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

El género predominante en presentar maloclusión dental es el masculino en un rango de edad con mayor incidencia fue entre 6 y 7 años y la maloclusión más frecuente fue la mordida abierta.

HIPOTESIS NULA

El género predominante en presentar maloclusión dental no fue el masculino, el rango de edad con mayor incidencia no se encontró entre 6 y 7 años y la maloclusión más frecuente no fue mordida abierta.

METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación que se realizó tuvo como objetivo determinar la prevalencia de maloclusiones dentales en derechohabientes de la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan, durante el periodo de junio a noviembre del 2022, con una población de 107 pacientes, de 6 a 12 años edad, de ambos sexos, a los que se les realizó la anamnesis, evaluación, diagnóstico y en caso de la institución brindara el servicio necesario, se les realizaba el tratamiento requerido, a quienes necesitaron tratamientos no cubiertos por el servicio de salud se les orientaba sobre el tratamiento para que se buscara de manera privada.

Se identificó por edad las maloclusiones dentales de la población de derechohabientes infantiles que acudieron a la clínica al consultorio de estomatología preventiva, asimismo, se describió por género la prevalencia y se clasificó por tipo de maloclusión la prevalencia en una población escolar de derechohabientes de la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan.

Este trabajo se integró por cinco capítulos, se abordó el desarrollo de la oclusión con sus

distintas etapas, así como algunas de las anomalías que se pueden presentar durante su desarrollo, se definió el concepto de maloclusión y la categorización de acuerdo con la clasificación de Angle y la etiología que influye en su desarrollo con los problemas que se originan, así como las manifestaciones de maloclusión que se pueden presentar.

Se abordo la descripción de la infraestructura del lugar donde se llevó a cabo la investigación, así como la gestión que se realiza en la unidad medico familia 9, específicamente en el servicio de estomatología preventiva. Así mismo, se presenta los materiales y métodos utilizados, como el modelo se realizó, el tipo y diseño de estudio, la población y muestra, los criterios, el diagrama de flujo y cronograma de actividades, el instrumento que se utilizó.

Por último, concluimos esta investigación con un análisis, interpretación y discusión de los resultados en él se analizó la información y se realizaron unas tablas y graficas con la finalidad de mostrar e interpretar de forma más visual la información obtenida y poder dar una descripción con mayor detalle.

CAPITULO I. OCLUSIÓN.

El siguiente capitulo aborda el desarrollo de la oclusión y las distintas etapas por las cuales cursa el ser humano para la conformación de la oclusión. Se hablará brevemente sobre la definición e importancia, así como, las diferentes etapas que cursa, en las cuales dividiremos la oclusión en primaria y secundaria y se describirá el desarrollo e importancia de cada una y algunas de las anomalías que se pueden presentar durante su desarrollo.

1.1. Definición de Oclusión.

En la actualidad, si buscamos la definición de oclusión encontraremos una infinidad de resultados, para esta investigación vamos a considerar su definición como: el contacto que se crea al cierre mandibular cuando las dos arcadas entran en contacto generando una relación oclusal de las piezas dentales.

Una correcta oclusión se puede identificar mediante diferentes aspectos que van a cambiar conforme la edad cronológica de erupción dental en los pacientes, es de relevancia, sobre todo, en dentición mixta, debido a que se considera como no estática, porque se sufren cambios como el crecimiento maxilofacial que podría alterar la oclusión. [20]

1.2. Boca del recién nacido.

Si bien, son muchos los factores causales del origen de una maloclusión, es verdad que la formación durante la gestación del embrión, así como el desarrollo durante los primeros meses de vida repercute en la salud bucal de los niños.

Durante la 4º y 6º semana de vida intrauterina da inicio la formación dental y durante la 12º y 16º semana se manifiesta la mineralización de los incisivos centrales, es debido a esto que los cuidados durante el embarazo también se consideran de vital importancia para un desarrollo óptimo de las piezas dentales en los niños, concretamente para esta investigación como una determinante para la formación de maloclusiones. [21]

El mantener una correcta higiene, así como visitas de prevención al dentista al comienzo de la erupción de las piezas dentales, ayudara a poder determinar anomalías dentales que en un futuro condicionen la oclusión correcta de cada individuo.

1.3. Desarrollo de la oclusión.

Al hablar de maloclusiones dentales debemos considerar la importancia del desarrollo de la oclusión durante la salida de las primeras piezas dentales temporales, así como al cambio de dentición en un futuro, pues, al tener conocimiento sobre esto, podemos determinar la o las posibles causantes que lo originan y así poder dar un correcto diagnóstico y tratamiento que en muchas ocasiones al ser detectado desde temprana edad favorece la corrección de una maloclusión ya formada o incluso, al tener un diagnóstico oportuno se pueden realizar tratamientos interceptivos que eviten que se lleguen a desarrollar por completo.
El desarrollo de la oclusión se divide principalmente en dos etapas, el desarrollo de la oclusión primaria (dentición temporal) y la dentición secundaria (dentición permanente).

1.4. Oclusión primaria.

Los dientes derivan de dos de las capas germinativas primarias, ectodermo y mesodermo. Cada capa da origen a estructuras propias del diente, por ejemplo, el ectodermo da origen al esmalte dental, el mesodermo da origen al cemento y estructuras periodontales, en tanto el ectomesénquima provee material para la dentina y la pulpa. [21] Esto es de vital importancia ya que el desarrollo de las piezas dentarias al comenzar desde el desarrollo embrionario, si la madre no recibió un control prenatal adecuado, pueden existir repercusiones a nivel dental por ejemplo la ausencia de tejido de la cresta neural puede resultar en anodoncia.

Después del nacimiento del niño los primeros meses de vida continua el desarrollo coronario de las piezas dentales, una vez que este ha terminado y comienza la formación radicular se inicia la erupción de estas piezas dentales. El proceso de erupción dental requiere cambios a

nivel periodontal y en el hueso alveolar a medida que la raíz termina su proceso de formación completa, una vez erupcionado el órgano dental al lograr hacer contacto con el órgano dental antagonista, se estima que toma aproximadamente entre 1 y 1.5 años la formación completa de la raíz en dientes temporales.

Las primeras piezas en erupcionar y originar contacto oclusal son los incisivos durante el primer año de vida. Seguido de la erupción completa incisal se comienza la erupción de los primeros molares, para posteriormente producirse la erupción de los caninos, en condiciones ideales se presenta un espacio por mesial del canino maxilar y por distal de la contraparte; llamado espacio primate que ayudara a la compensación de espacio para el cambio a dentición permanente de los incisivos permanentes futuramente. [22] La dentición temporal, también llamada como decidua o coloquialmente "dientes de leche" comienza alrededor de los 6 meses de vida extrauterina y termina alrededor de los 2.5 y 3 años, aunque puede haber variaciones en la cronología de erupción y estará constituida por 20 órganos dentales.

Durante el proceso de erupción, existen síntomas que no condicionan el desarrollo oclusal o comprometen respuestas sistémicas, algunos de los síntomas pueden ser abultamiento en la zona en la que se encuentra por erupcionar el diente temporal, así como enrojecimiento, comezón gingival, producción de una mayor cantidad de saliva e incluso en algunos casos fiebre. No existe una norma o una cronología de erupción dentaria universal, dependiendo de cada autor, se estimarán los tiempos eruptivos ideales, pero, como se ha mencionado con anterioridad cada paciente es diferente, así como su desarrollo, por lo cual, para esta investigación se considerarán los siguientes tiempos de erupción de la dentición temporal:

Tabla 1. Cronología de Erupción de dentición temporal.

Órgano dental	**Erupción**
Incisivo central superior	8-12 meses
Incisivo lateral superior	9-13 meses
Canino superior	16-22 meses
1º molar superior	13-19 meses
2º molar superior	25-33 meses
Incisivo central inferior	6-10 meses
Incisivo lateral inferior	10-16 meses
Canino inferior	17-23 meses
1º molar inferior	14-18 meses
2º molar inferior	23-31 meses

Fuente: Jiménez-Muñoz Y. 2023

Como se muestra en la tabla 1, el ultimo órgano dental en hacer erupción son los segundos molares, estos comenzaran a erupcionar ligeramente separados del primero molar, pero posteriormente, deben tener una relación con su antagonista mediante la cara distal, que se clasifica en tres planos terminales.

1.4.1. Planos terminales.

- Plano terminal vertical o recto: los segundos molares temporales tanto superior como inferior se encuentran en oclusión con sus caras distales en un mismo plano.

- Escalón mesial: el segundo molar temporal inferior se encuentra por delante del molar superior.

- Escalón distal: el segundo molar temporal inferior se encuentra retrasado respecto al molar superior. [23]

1.5. Oclusión secundaria.

Hablando de maloclusiones de origen dental, cada etapa de erupción tendrá un enfoque diferente dentro del proceso de conformación del arco dentario y con ello de una correcta oclusión, por lo que la exfoliación y erupción de cada pieza dental, tendrá condicionantes o causales de una malposición. Como se mencionó anteriormente, el proceso de cambio de dentición abre la posibilidad de un desajuste oclusal, debido a diferentes factores. Dentro de estas características se encuentran las anomalías eruptivas que comprenden la falta de espacio, la presencia de dientes supernumerarios, traumatismos, patologías, erupción ectópica, transposición, impactación, retención de piezas dentales, etc.

En el caso de la erupción de los incisivos, propiamente los incisivos centrales, se debe tener un seguimiento para poder determinar si no existe ningún problema de erupción que en un futuro afectará la oclusión del pequeño, con regularidad ambos incisivos centrales poseen una cronología de erupción simultánea, en caso de que exista una discrepancia en tiempos de erupción mayor a 3 meses, es importante la realización de una radiografía para poder verificar cual es la causa de este retraso de erupción, así también, al ser los primeros órganos dentales en realizar un recambio disponen de suficiente espacio para poder acomodarse dentro del arco dental, cosa contraria a los incisivos laterales, que deben posicionarse entre el incisivo central permanente y el canino temporal, y comúnmente este recambio se ve comprometido por la falta o ausencia de espacio por lo que en muchas ocasiones, estas piezas dentales erupcionan con giroversiones, por detrás de los incisivos centrales permanentes y caninos temporales o, si el espacio es nulo, no logran erupcionar.

Así también, la presencia de dientes supernumerarios, con frecuencia, afecta a los incisivos centrales debido a que, en un mayor número de casos, estas piezas se alojan entre los incisivos centrales superiores y/o en el paladar, y deben valorarse mediante estudios radiográficos para poder extraerse y no exista ninguna afectación a las piezas dentales adyacentes.

En el caso de traumatismos dentales, es importante que los padres acudan inmediatamente a consulta debido a que puede propiciar problemas de erupción a las piezas permanentes, como giroversiones, anquilosis o perdida prematura de órganos dentales. En el caso de los caninos superiores, con mayor frecuencia la anomalía de erupción presentesuele ser una erupción alta, por arriba del límite mucogingival debido a que es el último diente en erupcionar suele tener ausencia de espacio con mayor consideración o se suelen presentar piezas que se encuentran retenidas, así como también una impactación de estas piezas que de no ser diagnosticada a tiempo puede comprometer las raíces de los incisivos laterales y en algunas ocasiones de los centrales. De la misma forma, estas piezas dentales pueden presentar una transposición en el trayecto y realizar una erupción en otro sitio.

Por otra parte, los premolares además de la falta de espacio, existe también la posibilidad de que las piezas temporales a exfoliar no han dejado su sitio y el premolar erupcione en otro lugar, así también como transmigración de las piezas y que el lugar de erupción se encuentre muy lejano.

1.5.1. Cronología de erupción dentaria.

Después de que se complete la fase eruptiva de la dentición temporal, durante los próximos 2 o 3 años el arco dental se mantendrá estable ya que no se generaran cambios a nivel dental, posteriormente alrededor de los 6 años el pequeño comenzara su fase de cambio de dentición (ver imagen 1), cada organismo es distinto por lo que la cronología de erupción es solo un estimado de la edad en la que las piezas dentales comienzan su recambio, existen diversas clasificaciones por diferentes autores sobre la cronología de erupción, pero, para esta investigación se consideran las siguientes:

Tabla 2. Cronología de erupción de dentición permanente.

Órgano dental	Erupción
Incisivo central superior	7-8 años
Incisivo lateral superior	8-9 años
Canino superior	11-13 años
1º premolar superior	10-11 años
2º premolar superior	10-12 años
1º molar superior	6-7 años
2º molar superior	12-13 años
Incisivo central inferior	6-7 años
Incisivo lateral inferior	7-8 años
Canino inferior	9-10 años
1º premolar inferior	10-12 años
2º premolar inferior	11-12 años
1º molar inferior	6-7 años
2º molar inferior	11-13 años

Fuente: Jiménez-Muñoz Y. 2023

Imagen 1. Erupción dental. Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

1.5.2. Anomalías en el desarrollo eruptivo dentición permanente.

- Dientes retenidos: Se determina mediante los tiempos cronológicos aproximados en el que se debe realizar el recambio de las piezas dentales y en el cual los dientes primarios permanecen en el arco dental y no logran exfoliarse de manera natural [24]. Como se puede apreciar en la imagen 2, el espacio en la cavidad bucal es muy reducido y radiográficamente podemos observar los dos

premolares permanentes, pero no cuentan con espacio suficiente para lograr erupcionar por lo cual se encuentran retenidos.

Imagen 2. Diente retenido. Fuente: Jiménez-Muñoz Y. 2023

- Dientes en infra posición: En algunos casos cuando los niños han tenido algún traumatismo, los órganos dentales sufren un proceso de anquilosis donde se produce una unión al cemento y hueso alveolar. Al ocurrir este fenómeno el diente es sobrepasado por los dientes vecinos y provocando migraciones e inclinaciones de dientes adyacentes.

- Remanentes de piezas dentales temporales: Se trata de raíces de dientes temporales que no fueron reabsorbidas por completo y por lo tanto siguen presentes dentro de la cavidad bucal, suelen ser asintomáticas, pero generan focos de infección y en algunas ocasiones su presencia puede condicionar la salida de los dientes permanentes y producir una migración de estos, como se aprecia en la imagen 3. [25]

Imagen 3. Remanente dental. Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

- Dientes natales o neonatales: Son piezas dentales presentes al nacer o erupcionan durante las primeras semanas de vida, por lo general necesitan ser observadas ya que en muchas ocasiones carecen de estructura radicular, y al encontrase en boca a tan temprana edad pueden provocar laceraciones en la mucosa, en la mayoría de los casos suelen ser piezas que requieren exodoncia.

Conclusión de capitulo.

Como se ha descrito en este capítulo, la formación de una correcta oclusión comienza desde el desarrollo embrionario y posteriormente, la oclusión primaria, por lo cual, es importante poder identificar las anomalías que se presentan en las diferentes etapas de crecimiento y que, desde la erupción del primer órgano dentario, los niños tengan un acercamiento con el estomatólogo para poder realizar un seguimiento y poder identificar los factores que comprometen la correcta formación de la oclusión secundaria y todo el proceso de cambio de dentición.

CAPITULO II. MALOCLUSIONES DENTALES.

Para un correcto entendimiento de esta investigación que se centra en las maloclusiones dentales y una vez obtenida la información sobre la oclusión y su desarrollo, abordaremos con la definición de maloclusión dental, su categorización mediante clasificación de Angle, y los diferentes factores etiológicos que podrían influir en su desarrollo, así como también los problemas que se pueden originar a partir de estas y las manifestaciones que presentan.

2.1. Definición de maloclusión.

La oclusión dental se refiere a las relaciones que se establecen al contacto de los arcos dentales uno con otro, tanto en relación céntrica como en protrusión o movimientos de lateralidad. Se considera que sus características durante el proceso de dentición primaria son precursoras de la oclusión de la dentición permanente, por lo cual es importante vigilar y prevenir que esta armonía no desaparezca. [26]

La maloclusión dental es definida, según Wylie [27], como una relación alternativa de partes desproporcionadas. Para esta investigación se entenderá como maloclusión al resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios, donde las estructuras dentales no mantienen una armonía ni una relación correcta creando problemas funcionales que repercuten en la masticación, fonación, oclusión, dolor orofacial, aspectos psicosociales, y sobre todo en la estética del paciente, siendo esta la principal causa de consulta.

2.2. Clasificación de Angle.

Con esta clasificación que ya nombra las maloclusiones como un problema de interés para los dentistas de la época y en la actualidad, en 1899 Edward Harley Angle [28], considerado en la actualidad como el padre de la ortodoncia, publica, además de un sin número de artículos, la clasificación que hoy en día seguimos utilizando para maloclusiones dentales,

en relación con la posición de los primeros molares permanentes superiores e inferiores. Angle los clasifico en tres grupos: neutroclusión, distoclusión y mesioclusión.

- Clase I: La cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente ocluye con el surco vestibular del primer molar inferior, esta a su vez se puede dividir adicionalmente en oclusión normal y maloclusión, ambas tienen la misma relación molar pero la última está caracterizada por apiñamiento, rotaciones u otras irregularidades en el sector anterior.
- Clase II: Ocurre cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye anterior al surco vestibular del primer molar inferior. En esta clase molar existe una subdivisión, en ambas se presenta una relación molar clase II, pero la diferencia radica en la posición de los incisivos superiores.
- Clase II subdivisión I: Los incisivos superiores se encuentran protruidos creando una sobremordida horizontal significativa.
    - Clase II subdivisión II: Se presenta cuando los incisivos superiores están retro inclinados y los incisivos laterales están vestíbulo- versionados, es decir los incisivos centrales están hacia adentro y los laterales hacia afuera
- Clase III: Es lo opuesto a la clase II. La cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye más posterior que el surco vestibular del primer molar inferior.

Cuando se va a clasificar una maloclusión, se debe tener en cuenta los componentes vertical, sagital y transversal, con lo que se clasifica la maloclusión en mordida abierta, mordida profunda, mordida borde-borde anterior, mordida cruzada anterior y mordida cruzada posterior.

En la actualidad es indispensable esta clasificación en tratamientos de ortopedia maxilar en los infantes que acuden a consultas por motivos de maloclusión dental y en el caso particular de esta investigación es relevante ya que se utilizara como recurso para la clasificación de los infantes que participen de la misma.

2.3. Epidemiología de la maloclusión.

Las maloclusiones son de origen multifactorial; comprenden factores hereditarios (genéticos), ambientales o la combinación de estos. [29] En la mayoría de los casos no hay un solo factor causal, sino que hay muchos interactuando y sobreponiéndose, unos sobre otros, por lo que el odontólogo deberá realizar una correcta y amplia anamnesis para poder identificar el o los factores causales de tal maloclusión que en ocasiones son producto de un incorrecto desarrollo cráneo facial que traen como consecuencia anomalías de forma y función de los tejidos blandos, maxilares, dientes y articulación temporomandibular y en muchas ocasiones no se toma en cuenta para el diagnóstico y tratamiento del paciente y se realiza un enfoque en las piezas dentales y su posición.

Las maloclusiones dentales se pueden agrupar según su origen en: giro versiones, mal posición de piezas dentales individuales, ausencias dentarias y discrepancias de tamaño. Por lo general en los casos mencionados anteriormente la función muscular es normal, según la causa de la maloclusión se pueden clasificar en: dentarias, esqueléticas, funcionales y mixtas. Existen diferentes factores por los que se podría generar o agravar una maloclusión,los hábitos que con mayor frecuencia se detectan son: la succión digital, la respiración bucal,el empuje lingual de órganos dentales, onicofagia, el uso prolongado de chupones o biberón,la mordedura de los labios u otros objetos, caries dental, traumatismos, perdida prematura de órganos dentales, método de alimentación neonatal (lactancia materna) y la ausencia de espacios o diastemas inter incisivos. [30]

2.3.1. Caries dental.

La caries dental también como factor para desarrollo de maloclusiones es una condición que altera el desarrollo integral del niño, debido a que cuando llega a estados avanzados evoluciona y se manifiesta con procesos infecciosos, problemas estéticos, fonéticos, dolor y dificulta la masticación del pequeño. La caries dental se entiende como un proceso en el cual el órgano dental va sufriendo desmineralización por diferentes factores, entre ellos una dieta elevada en azucares

acompañada de una técnica de cepillado deficiente o nula por parte de los padres, comienza como una mancha de color blanco sobre el esmalte dental que puede evolucionar a manchas de color marrón o negro, si no se tratan a tiempo y adecuadamente, progresara en cavitaciones sobre el esmalte y posteriormente la dentina, destruyendo las caras del órgano dental y en muchas ocasiones, llegando afectar también a la cámara pulpar. [31]

La formación de caries comienza mediante la presencia de manchas blancas en el esmalte dental como se mencionó con anterioridad, es importante que los padres lleven un seguimiento sobre la salud bucal de los pequeños. Desde la erupción del primer órgano dental, los niños deberían acudir periódicamente a citas de prevención con el estomatólogo para implementar estrategias que eviten la formación de caries.

El proceso de evolución de la caries se va a desarrollar en diferentes etapas y en cada una de ellas el tratamiento de elección será distinto. Cuando se presenta como manchas blancas, se pueden realizar tratamientos de remineralización del esmalte para evitar que la caries siga avanzando, si no se realiza este tratamiento y la caries evoluciona a manchas de color marrón o café que establece la siguiente etapa, donde comenzará a existir una cavitación en el esmalte dental, el tratamiento de elección será la colocación de resinas o ionómeros de vidrio para la rehabilitación de esta pieza dental, si no se realiza y la caries continua con su proceso de evolución esta se volverá extensa y profunda, siendo así que el tratamiento a realizar se vuelve más complejo, en este caso, se deben realizar tratamientos que involucran una parte o la pulpa dental por completo que serían los tratamientos de pulpectomía o pulpotomía y la colocación de coronas para preservar ese órgano dental, en esta etapa ya existe un daño muy extenso sobre la pieza dental donde existe perdida de estructura dental, esto principalmente debido a que en los pequeños existe una falta de higiene dental o en algunos casos una realización de técnica de cepillado incorrecta, mayormente suelen presentarse caries extensas en la zona oclusal de molares o en zonas interproximales donde existe perdida de tejido dental y por consecuente pérdida de espacio.

El problema más grave que se genera y constituye la última etapa de evolución de la caries es que al no realizarse un tratamiento derehabilitación oportuno resulta en una pérdida de estructura dental de más de tres paredes dentales y por lo tanto se vuelve imposible la

rehabilitación por cualquiera de las medidas mencionadas anteriormente, será necesario entonces realizar tratamientos de exodoncia de esos órganos dentales que dan cabida a la formación de maloclusiones por perdida prematurade órganos dentales como se presenta en la imagen 4.

Imagen 4. Perdida prematura por caries dental. Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

2.3.2. Perdida prematura de órganos dentales.

Cuando se pierden piezas antes del tiempo estimado del recambio de cada pieza dental según sea el caso y no se realiza bajo las primicias adecuadas, es decir, el órgano dental en cuestión presenta caries extensas que han destruido tres o más caras dentales, dejando así al órgano dental prácticamente con presencia solo con restos radiculares o porciones muy pequeñas de corona dental, las estructuras adyacentes sufren durante todo este proceso un movimiento de cierre de espacios, ya que estos buscaran el contacto con la pieza dental adyacente y esta al tener una pérdida de estructura perderá también el ancho mesio-distal generando así el cierre de espacios.

Si bien, la perdida se debe a la extracción de piezas dentales por parte del dentista y no se realiza la colocación de un mantenedor de espacio, la zona donde se realizó la exodoncia sufrirá un colapso junto con las piezas adyacentes y también ocurrirá un cierre de espacio condicionando así la erupción de los órganos dentales permanentes en esa zona.

2.3.3. Hábitos deformantes.

A continuación, se describirán algunas de las posibles causas para poder tener una idea sobre el tema a desarrollar y las diferentes variables que solas o en conjunto pudieran generar y dar lugar a una maloclusión en los infantes de esta investigación. Se tiene evidencia que el uso prolongado de biberón y chupón en los infantes, además de provocar caries dental, si se ejerce fuerza de succión, generan mayor riesgo de deglución atípica, respiración bucal, disfunción masticatoria, alteración de la postura corporal, protrusión de los incisivos superiores y sobre todo maloclusiones. [32]

2.3.3.1. Succión digital: Es uno de los hábitos dentales más comunes en la infancia, se estima que aproximadamente el 50% de los infantes presenta este hábito. Los efectos sobre las estructuras bucales van a estar condicionados por la duración, frecuencia e intensidad con que lo realice, la posición y numero de dedos que el pequeño introduzca en su boca y la formación y desarrollo genético que el pequeño posea. [33]. La deformidad dento-maxilofacial es una afección del desarrollo en la mayoría de los casos, no se debe a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal. En ocasiones es posible constatar la existencia de una causa específica, siendo el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y desarrollo.

2.3.3.2. Succión Labial: Como la mayoría de los hábitos en la infancia, este se desarrolla de forma inconsciente, suele presentarse en niños que han tenido hábitos como succión digital, pues suelen tener como características un overjet aumentado y una protrusión de los incisivos superiores, su desarrollo genera un desequilibrio muscular orofacial que estará asociado con alteraciones en el crecimiento óseo, deformaciones dentolabiales y el desarrollo de maloclusiones. [34]

2.3.3.3. Onicofagia: Se define como el hábito de morder, cortar e incluso tragar las uñas con los dientes, este movimiento con frecuencia produce desgastes los bordes incisales de los dientes anteriores y favorece el desarrollo de las maloclusiones. [35]

2.3.3.4. Uso de chupón: Una larga duración, así como la fuerza con la que se realiza la succión del chupón, conllevan al desarrollo de una hiperfunción del músculo buccinador, esto generara un déficit en el crecimiento transversal del pequeño. Durante el tiempo en el que se desarrolla al permanecer la lengua en el piso de la boca, no existe una presión contra el paladar por lo que se suele observar la forma del paladar de forma ojival y generalmente el desarrollo de una mordida cruzada posterior y/o mordida abierta anterior. [36]

2.3.3.5. Deglución atípica: Durante su desarrollo el bebé posee un reflejo de succión-deglución instintivo para su adaptación atreves de la alimentación por lactancia materna que deberá abandonar una vez que comienza su alimentación sólida y pueda adaptarse a la masticación y deglución de todo tipo de alimentos.

Esta caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias al momento de deglutir, a este fenómeno se le denomina lengua protráctil. El niño para deglutir necesita crear un vacío en conjunto con los movimientos de la lengua y empuje del alimento hacia la faringe.

La deglución atípica se define como la postura y uso incorrecto de la lengua en el acto de deglución, donde el niño genera una presión anterior o lateral de la lengua contra las caras palatinas o linguales de los dientes en las arcadas dentarias, suele presentarse en niños mayores a 3 o 4 años que no lograron cambiar su forma de deglutir.

La lengua se posiciona entre los incisivos o se apoya en la cara posterior de los órganos dentales al terminar la masticación y realiza una presión continua y constante contra ellos durante la fase de deglución.

Sus consecuencias suelen ser la generación de una mordida abierta y la formación de una clase II molar. [37]

2.3.4. Respiración oral.

Se tiene evidencia que la respiración oral contribuye al desarrollo de maloclusiones por las alteraciones que genera en la cavidad bucal de los pequeños. La respiración nasal o normal se entiende como aquella en la que el aire ingresa por la nariz de manera natural y sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. [38]

El efecto de los hábitos orales, después de los 48 meses de vida, favorece el establecimiento de las maloclusiones. Se considera como respirador oral al pequeño que posea una obstrucción de la vía aérea nasal causada por varias enfermedades o por algún habito y esto le impida respirar de manera nasal. Existe una clasificación de este tipo de respiración según los siguientes dos tipos:

- Por obstrucción funcional o anatómica**:** es la respiración oral en la que a nivel de las fosas nasales existe una obstrucción o alguna alteración que impide el flujo normal del aire a través de ellas. Por ejemplo, un tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, rinitis, alteraciones en los cornetes.
- Por Hábito**:** Se respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre. [39]

El respirador bucal presenta características físicas notables como: cara alargada, ojeras con mirada caída o triste, narinas estrechas, el labio inferior se muestra de mayor consistencia y largo con el labio superior corto y poco funcional y existe en ocasiones una incompetencia labial.

2.3.5. Alimentación.

El tipo de alimentación de cada individuo repercute no solo a nivel nutricional sino también en el caso de los niños al desarrollo de la musculatura facial teniendo gran importancia en el desarrollo de las maloclusiones, sobre todo, durante los primeros meses de vida en el cual pueden ser alimentados mediante lactancia materna exclusiva o por medio de biberón.

2.3.5.1. Lactancia materna.

La lactancia materna exclusiva se considera como una de las iniciativas de promoción de salud y de la prevención de numerosas enfermedades. Se cuenta en la actualidad con un sin número de información acerca de la leche materna y su importancia en la prevención de enfermedades especialmente durante la niñez. En el ámbito odontológico permite el crecimiento, así como el desarrollo adecuado del aparato estomatognático, además, estimula la acción muscular a través del trabajo mecánico que ejerce el bebé al succionar y deglutir la leche, también genera un estímulo positivo al posicionamiento adecuado de la mandíbula en conjunto con el crecimiento transversal de los maxilares, lo que proporciona el medio adecuado para un desarrollo apropiado de la oclusión dental.

Las acciones que se realizan en la cavidad oral estimulan el crecimiento y desarrollo del tercio inferior de la cara. Por lo tanto, el tipo de lactancia, así como los hábitos orales que el niño desarrolle durante su infancia, puede tener influencia sobre la morfología definitiva de los maxilares y de la oclusión dentaria. Se tiene evidencia que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida previene la maloclusión de manera significativa. [40]

Cuando el bebé es alimentado mediante biberón, debe realizar movimientos linguales no fisiológicos que le permitan controlar la cantidad de leche que ingiere para evitar ahogamiento y poder deglutir, lo cual no sucede si es amamantado. La falta de estos movimientos musculares de manera correcta se refleja en la disminución de la estimulación de la cavidad bucal, lo que repercute en problemas en su oclusión en un futuro de ahí que

muchos odontopediatras promueven de manera abismal la alimentación en los primeros meses de vida por medio de lactancia materna exclusiva. Es común que las alteraciones en la oclusión comiencen en edades tempranas, por diferentes factores, que, en muchas ocasiones pasa desapercibido por los padres o la persona a cargo de los pequeños, es por eso por lo que el principal objetivo para reducir el índice de maloclusiones es mediante el fomento de acciones preventivas, así como un diagnóstico temprano y correcto.

2.3.5.2. Biberón.

La alimentación atreves del biberón en los infantes ha denotado que estos realizan poco esfuerzo al momento de succionar, por lo cual en muchas ocasiones se duele generar un hábito pues los pequeños buscan satisfacer su instinto de succión siendo así que en muchas ocasiones este hábito lo prolongan durante la noche y suelen dormir con el biberón en la boca y al realizar por tanto tiempo esta acción se pueden generar alteraciones a nivel dental con una proinclinación de los incisivos superiores, caries de la infancia temprana y una bóveda palatina profunda, de manera que la lactancia artificial es considerada un factor causal en el desarrollo de maloclusiones dentales. (41)

2.3.6. Factores genéticos.

La influencia genética dentro de las maloclusiones dentales a través de distintas investigaciones ha demostrado que el factor hereditario tiene influencia en la formación de maloclusiones dentales, específicamente en clase II y clase III, siendo esta última poco común en la población, pero la más difícil de tratar si no se da un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Los factores genéticos determinan aspectos como el tamaño, morfología, posición e incluso el número de los órganos dentales y que influyen a la formación de maloclusiones, esto se ha observado a través de diversos estudios realizados en gemelos. (42)

2.4. Prevalencia de maloclusiones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal.

En la población mexicana se tiene un registro en el cual se estima que aproximadamente el 61 % de los infantes mayores de seis años sufren de caries dental, lo que repercute en su salud, cambio de dentición y directamente en su oclusión [(43).]

2.5. Problemas relacionados a maloclusiones.

En México las enfermedades bucodentales representan un gran problema de salud pública, esto por falta de información, descuido de los padres y falta de cultura sobre el cuidado e importancia de la salud dental, la mayoría de los pacientes siempre acudirán a un dentista cuando ya tienen síntomas de malestar o dolor y estos casos en su mayoría los padres optan por tratamientos de extracción en vez de tratamientos preventivos desde un principio o en el caso de que el niño lo requiera tratamientos de restauración para conservar sus piezas dentales, ya sea por economía o por falta de información sobre la importancia de piezas temporales.

En la actualidad la disciplina de ortopedia maxilar ha cobrado interés en el área odontológica debido a la alta demanda de pacientes con problemas de maloclusión. La ortopedia maxilar surge con la idea de generar un tratamiento que aproveche el crecimiento de los pequeños y pueda redireccionar las anomalías en la oclusión dental o problemas faciales que el niño presente e incluso, en algunos casos, evitar extracciones futuras y sobre todo ser un coadyuvante en tratamientos de ortodoncia que sean necesarios en conjunto con aparatología maxilar, pues muchos tratamientos suelen ser muy dolorosos y prolongados, además, con una intervención oportuna en su crecimiento se pueden evitar agravantes en que requieran tratamiento adiciones a futuro, no solo ortodoncia, sino en ocasiones, cirugías correctivas

que representan un gasto elevado a los padres y una recuperación más lenta y difícil para el paciente.

2.6. Manifestaciones de maloclusión dental.

Cada clase de maloclusión dental se puede presentar con alteraciones en la oclusión de diferente manera como las mencionadas a continuación:

- Apiñamiento: Esta alteración se presenta cuando los órganos dentales no caben dentro del arco dental y por lo tanto encuentran en malposición uno sobre otro, mayormente se debe a una falta de espacio. (Ver imagen 5)
  Esta condición, genera un problema de maloclusión sobre todo en el tema estético para los pacientes, además, para los pacientes aumenta el riesgo de caries dental sobre todo interproximal, acumulación de placa dentobacteriana y formación de sarro, debido a que la posición de las piezas dificulta la higiene interdental de las piezas. Puede presentarse en pacientes Clase I, II y III. [44]

Imagen 5. Apiñamiento dental. Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

- Mordida abierta: Se presenta cuando en máxima intercuspidación existen contactos de las piezas posteriores y no hay contactos a nivel anterior como se aprecia en la imagen 6. Este tipo de mal posición dentaria se puede presentar en cualquier clase molar, pero con mayor frecuencia en clases I, así

también se puede encontrar en casos graves de maloclusiones de origen esquelético. [45]

Imagen 6. Mordida abierta anterior. Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

- Mordida borde a borde: Como se observa en la imagen 7 en el caso de mordidas borde a borde, los bordes incisales de los incisivos superiores contactan con los bordes incisales de los incisivos inferiores, lo que puede provocar que en muchas ocasiones se genere un desgaste en la zona incisal por el contacto. [46]

Imagen 7. Mordida borde a borde. Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

- Mordida Profunda: Este es un problema que puede ser tanto de origen esquelético como dental y afecta el cruce de manera vertical de las coronas de los dientes superiores sobre los inferiores, cubriendo la cara vestibular de

las piezas dentales inferiores parcialmente o en su totalidad como podemos observar en la imagen 8. [47]

Imagen 8. Mordida profunda. Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

- Mordida cruzada anterior: En la imagen 9 podemos ver que se presenta cuando la relación de los incisivos superiores con los inferiores se encuentra invertida en sentido sagital, donde los bordes incisales superiores se apoyan en las caras linguales de los incisivos inferiores, es común en clases III. [48]

Imagen 9. Mordida cruzada anterior. Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

- Mordida cruzada posterior: En condiciones normales, los molares superiores sobresalen a los inferiores, en este caso se encuentra invertido y los molares inferiores sobresalen de los superiores, de igual manera es muy frecuente en las

clases III. Puede ser uni o bilateral, como se aprecia en la imagen 10 de manera unilateral. [49]

Imagen 10. Mordida cruzada posterior. Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

- Diastema: Se produce cuando los dientes poseen separaciones, y por tanto no hay puntos de contacto, esto puede ser debido a que hay una mayor longitud de arcada dental para el tamaño o número de órganos dentales comose puede observar en la imagen 11.

Imagen 11. Diastemas. Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Conclusión de capitulo.

El presente capítulo, ha sido desarrollado para poder comprender ampliamente que es una maloclusión dental, como puede clasificarse la posición de los molares para ayudar a determinar alguna maloclusión, los diferentes factores etiológicos que pueden influir en su desarrollo, ya que como se describió anteriormente una maloclusión puede ser multifactorial y el conocer cada uno de los posibles agentes causales ayuda a poder disminuir el número de pequeños con maloclusión dental mediante la prevención de ciertas acciones, así también, es importante consideras las distintas formas en que se puede manifestar una maloclusión y los problemas que se desarrollan gracias a ella que buscan aminorarse con una detección tratamiento oportuno.

CAPITULO III.

UNIDAD MEDICO FAMILIAR 9 SANTA MARIA COAPAN (UMF 9)

El presente capitulo se describe el contexto donde se llevó a cabo la presente investigación con la finalidad de poder identificar y describir de forma más detallada las características de la infraestructura donde se realizó la investigación y los aportes que se obtuvieron.
Se describe a continuación la localización de la clínica, las instalaciones y servicios que brinda, así como las diferentes funciones que se realizan en el área estomatológica, específicamente en el área de estomatología preventiva que es el objeto de estudio en esta investigación.

3.1 Ubicación Geográfica

El Estado de Puebla se encuentra ubicado al sureste del altiplano de la República Mexicana, entre la sierra nevada y al oeste de la sierra Madre Oriental tiene la forma aproximada de un triángulo isósceles cuyo vértice apunta hacia el norte y la base hacia el sur; Coordenadas 20° 50’, al sur 17° 52’ de latitud norte; al este 96° 46’, al oeste 99° 04’ de longitud Oeste. Esta limitado al norte con Veracruz, al sur con Oaxaca y Guerrero; al Oeste con Morelos, Estado de México, Tlaxcala e hidalgo y al este con Veracruz.

La entidad tiene una superficie total de 33,919 Km 2 que representa el 1.7% del territorio Nacional; ocupa el vigésimo primer lugar en el país en cuanto a su integración territorial, Puebla cuenta con 5705 519 habitantes distribuidos en 217 municipios. El Municipio de Tehuacán se encuentra en la parte sureste del Estado de Puebla. Sus coordenadas geográficas son los paralelos 18° 22´ 6 y 18° 36´ 12 de longitud norte, y los meridianos 97° 15´ 24 y, 97° 37´ 24 de latitud occidental. El municipio de Tehuacán representa el 1.15% de la superficie del estado.

Esta limitado al norte con los municipios de Tepanco de López, Santiago Miahuatlán, Nicolás Bravo y Vicente Guerrero, al este San Antonio Cañada, Ajalpan y Altepexi, al sur con los

municipios de San Gabriel Chilac, Zapotitlán y Atexcal y al oeste Juan N. Méndez. Sus localidades principales son la Magdalena Cuayucatepec, San Cristóbal Tepeopan, San Marcos Necoxtla, San Pablo Tepetzingo, Santa Cruz Acapa, Santa Ana Teloxtoc, Santa Catarina Otzolotepec, Rancho Cabras, El Progreso.

3.2. Instalaciones y Servicios.

Según las cifras reportadas en la UMF9 el último registro del número de derechohabientes adscritos a la unidad se reporta de 72,032 divididos en dos turnos para su atención, matutino y vespertino. La UMF 9 dentro de sus instalaciones cuenta con consultorios para la atención de los derechos habientes en:

- Medicina familiar: Constituido por 11 consultorios dirigidos para consulta general y control mensual de enfermedades sistémicas, cada consultorio ofrece consulta en dos turnos, el matutino de 8:00 am a 2:00 pm y el servicio vespertino de 2:00 pm a 8:00 pm.
- Nutrición: Control de hábitos alimenticios, platicas de orientación y educación alimentaria, así como la implementación de planes nutricionales, cuenta con un solo turno para la atención de los derechos habientes de 8:00 am a 2:00 pm.
- Estomatología: Dividido en dos consultorios, asistencial y preventiva. El consultorio de estomatología asistencial ofrece tratamientos de rehabilitación con amalgamas, extracciones, profilaxis dental, consulta de valoración, tratamiento para abscesos periodontales, envío a Puebla con cirujano maxilofacial para cirugía de terceros molares, caninos retenidos, quiste o tumores y extensión de constancia alta dental para cirugías, mientras que el consultorio de estomatología preventiva se enfoca en tratamientos dirigidos a menores de edad como su nombre lo indica, tratamientos de prevención de enfermedades bucales, así también brinda atención a mujeres embarazadas y pacientes con enfermedades sistémicas como hipertensión y diabetes El consultorio de estomatología asistencial cuenta con dos turnos para atención de los

pacientes tanto del turno matutino como el vespertino, mientras que estomatología preventiva solo cuenta con un horario de atención donde se le brinda atención a pacientes de ambos turnos.

- Curaciones e inyecciones: Dirigido para la atención mediante sutura y curación de heridas, colocación de inyecciones y drenaje de abscesos. Está dividido de igual manera en dos turnos para la atención de los pacientes tanto de turno matutino como vespertino.
- Área de laboratorio clínico: realizan toma de muestras sanguíneas para su análisis, recolección de muestras medicas de orina y heces fecales y exudado faríngeo. La recolección de muestras se realiza en el horario matutino de 7:00 a 8:00 am, el análisis de las muestras y la redacción de resultados se realiza hasta las 2:00 pm.
- Rayos X: Enfocado en la realización de toma de radiografías corporales, así como radiografías dentales, el servicio cuenta con dos horarios de atención para ambos turnos tanto matutino como vespertino.
- Consultorios prevenimss: Dividido en tres consultorios para toma de signos vitales, platicas de prevención y aplicación de vacunas.
- Planificación familiar: Dedicado a platicas de planificación familiar, colocación de métodos anticonceptivos como implante subdérmico, pastillas anticonceptivas, inyecciones, entrega de preservativos y realización de vasectomías.
- Urgencias.
- Farmacia: Encargados de la distribución y entrega de medicamentos prescritos por los médicos de los diferentes consultorios.
- Archivo clínico: Encargados de realizar el alta de derechohabientes y sus familiares en la clínica, además, brindan un seguimiento en cuanto la vigencia de derechos de los pacientes.
- Área administrativa: englobando todos los departamentos de atención a las necesidades de los pacientes, como dirección, contaduría, viáticos, pensiones, etc.

3.3. Consulta estomatológica.

Dentro de esta investigación de todos los departamentos y servicios que ofrece la UMF 9 solo nos enfocaremos en el área estomatológica donde se centra el trabajo de investigación.
Esta área está dividida dentro de la clínica en dos consultorios que, como se mencionó anteriormente cada uno está enfocado en distintas actividades y dirigida su atención a diferentes sectores.
Esta investigación se realizó dentro del consultorio de estomatología preventiva.

3.3.1. Estomatología preventiva.

Como su nombre lo indica este consultorio está enfocado más que nada en tratamientos de prevención, dirigidos principalmente a menores de edad y en el caso de mujeres embarazadas se realiza un seguimiento de prevención durante el periodo de gestación.
Se emplean también campañas de salud durante la semana de salud bucal en las instalaciones de la clínica, así también como en instituciones educativas como guarderías primarias y secundarias que se encuentran cerca de la UMF9 o que están afiliadas al seguro social.

Imagen 12. Consultorio de estomatología preventiva UMF 9.
Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

3.3.2. Niveles de prevención en estomatología preventiva

- Prevención primaria. - Se lleva a cabo durante el periodo prepatogénico y tiene el propósito de mantener y promover la salud, así como evitar la aparición de la enfermedad incluye promoción de la salud y protección específica las cuales se llevan a cabo mediante colocación de selladores de fosetas y fisuras, aplicaciones periódicas de flúor, así como detecciones de maloclusiones y hábitos nocivos.

- Prevención secundaria. - Se aplica cuando la prevención primaria fracaso, esto es cuando el individuo enfermo, esta incluye:

    - Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno el cual tiene como objetivo el detener el proceso de enfermedad para que no avance, así como el prevenir la difusión de enfermedades transmisibles y acortar el periodo de incapacidad por secuelas y complicaciones propias.
    - Limitación de la incapacidad proporcionando tratamiento adecuado para detener la enfermedad y prevenir complicaciones y secuelas.

- Prevención terciaria. - Consiste en la rehabilitación de los órganos del sistema estomatognático afectado.

3.3.3. Tratamientos proporcionados.

Los principales tratamientos realizados en este consultorio son enseñanza de técnica correcta de cepillado, detección y control de placa dentobacteriana, uso de hilo dental, aplicaciones de flúor, colocación de selladores de fosetas y fisuras (ver imagen 13), rehabilitación de piezas cariadas no profundas con ionómero de vidrio en niños y amalgamas en adultos, profilaxis y exfoliaciones dentales de piezas temporales y exodoncias de órganos dentales permanentes que lo requieran.

Imagen 13. Materiales para tratamientos dentales preventivos UMF 9.
Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

3.4. Características de los pacientes con maloclusiones de la UMF 9

Como se mencionó con anterioridad, los pacientes participantes en esta investigación acudieron al consultorio de estomatología preventiva para que se les realizara una valoración o en algunos casos por algún malestar. La mayoría de los pequeños acudían con sus padres o tutores por presencia de caries dental,dolor o presencia de órganos dentales temporales con poca movilidad y la erupción de piezaspermanentes en zonas ectópicas siendo principalmente los incisivos centrales inferiores los más recurrentes.

Dentro de las características de estos pacientes la mayoría presentaba presencia de placa dentobacteriana y la presencia de por lo menos una caries dental en boca y al realizar cuestionamiento sobre hábitos de higiene y la frecuencia con la que se realizaba el cepillado casi siempre las respuestas eran de carácter negativo, pues los pequeños no realizaban técnica de cepillado durante el día o solo lo realizaban una vez, aunado a esto, la mayoría no recibía ayuda por parte de un adulto ni contaban con supervisión durante el cepillado.

Una vez hecha la valoración se realizó la invitación para participar en la investigación a los padres de los niños de 6 a 12 años que al examen clínico presentaran manifestaciones de maloclusiones dentales.

3.5. Prevalencia de maloclusiones infantes derechohabientes de la UMF 9.

De la población que acudió al consultorio de estomatología preventiva, 8 de cada 10 niños presentaban alteraciones en la oclusión dental, donde existía un predominio de mordida borde a borde y mordida profunda, así como apiñamiento en la zona anteroinferior, ausencia de espacios dentales y presencia de dientes temporales (en su mayoría incisivos centrales inferiores) donde se requirió la exfoliación de las piezas temporales ya que los dientes permanentes comenzaban su proceso de erupción ectópica lingual y las piezas temporales no lograban exfoliarse por sí solas.

Aunado a esto, la prevalencia de caries en los niños que acuden a consulta dental es muy elevada, ninguno de los padres que acudía con sus hijos conocían la técnica de cepillado correcta, los pequeños no reciben ayuda para realizar su cepillado y por lo tanto acuden con placa dentobacteriana y algunos incluso con presencia de cálculo dental, así como caries en la mayoría de sus piezas dentales.

Frecuentemente al no recibir atención oportuna, era frecuente que acudieran con las piezas dentales con profusa destrucción por lo cual los órganos dentales ya no podían ser rehabilitados y conservarse en boca, incluso, existían casos en los cuales los órganos dentales permanentes habían erupcionado en mal posición y aun existían restos de órganos temporales que no lograron exfoliarse porque el pequeño fue perdiendo la estructura dental por partes.

Conclusión de capitulo.

Es importante conocer las instalaciones, así como los servicios que se proporcionan en la UMF 9 que sirvió como sede para la realización de esta investigación, con lo descrito anteriormente podemos conocer los servicios brindados y por los cuales pueden presentarse a consulta los derechohabientes y sobre todo entender el contexto en el que se desarrolló este estudio.

CAPITULO IV. METODOLOGIA.

En este capítulo se encuentra la información sobre la metodología con la cual se llevó a cabo la investigación, como la muestra, criterios de selección, la temporalidad, material y método, así como la definición de variables y el procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Tipo y diseño del estudio

- De acuerdo con el objetivo del estudio — Descriptivo
- De acuerdo con la temporalidad -Transversal
- De acuerdo con la asignación de la maniobra — Observacional
- De acuerdo con la conformación de los grupos – Homodémico
- De acuerdo con la recolección de los datos – Prolectivo

4.2. Población y muestra

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan, de la ciudad de Tehuacán, por ser una unidad familiar que recibe a niños para su atención dental. La población de estudio estuvo constituida por niños escolares de primaria que cumplieron con los criterios de selección que a continuación se describen.

4.3. Temporalidad.

La siguiente investigación se realizó durante los meses de junio a noviembre del 2022.

4.4. Tamaño de muestra.

Cálculo del tamaño de muestra.

Se estimará el tamaño de la muestra con la aplicación de la siguiente fórmula general:

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

Para el presente estudio, se determinaron los siguientes valores que fueron obtenidos del artículo "The Effects of Infant Feeding Patterns on the Occlusion of the Primary Dentition" (Charchut et al, 2003) y aplicados para determinar el tamaño de la muestra:

z=1.96 para 95% confiabilidadad p=0.51 e=10%

Para obtener el tamaño de la muestra se sustituyen los valores y se obtiene que:

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2} \qquad n = \frac{(1.96)^2 (0.51)(0.49)}{(0.10))^2} \qquad n = 96$$

De aquí se obtuvo que el número total de muestras para el presente estudio será de 96, los cuales fueron elegidos entre todos aquellos que cumplieron con los criterios de selección para ser incluidos en el estudio.

4.5. Criterios inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión

- Niños de entre 6 a 12 años con maloclusiones dentales observadas en la consulta dental.
- Niños de ambos sexos.
- Pacientes cuyos padres aceptaron su participación voluntaria en el estudio

Criterios de exclusión

- Niños menores a 6 años cumplidos o mayores a 12 años.
- Pacientes con algún retraso psicomotor.
- Pacientes cuyos padres no aceptaron su participación voluntaria en el estudio.

Criterios de eliminación

Historias clínicas incompletas, más del 10%

4.6. Definición de variables.

Tabla 3. Definición de variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala y categorías
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta su muerte.	Medir a la edad en la que se presentan con mayor frecuencia los niveles altos de catecolaminas y una mayor actividad del músculo maseterino.	Cuantitativa, por razón, discreta (Años cumplidos)
Sexo	Distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social determinados biológicamente	Medir en que sexo predomina la presencia de maloclusiones dentales	Cualitativa, nominal, Dicotómica (masculino/femenino)
Maloclusiones dentales	Resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios, donde las estructuras dentales no mantienen una armonía ni una relación correcta.	Clasificar el tipo de maloclusión presentada mediante examen clínico y toma de fotografías.	Cualitativa, nominal, Dicotómica (Si/No)
		Evaluar las posibles causas que dieron origen a la maloclusión mediante realización de cuestionario a los padres.	Cualitativa, nominal, Policotómica. *Alimentación* *Hábitos* *Respiración* *Erupción dental* *Caries* *Síndromes* *Origen muscular* *Deglución atípica* *Herencia*

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

4.7. Ubicación espacio – temporal

Personas= Escolares de la Unidad Familiar 9 Santa María Coapan.

Lugar = Unidad Familiar 9 Santa María Coapan de la ciudad de Tehuacán.

Tiempo = Se realizo durante los meses de junio a noviembre del 2022.

4.8. Procedimiento

- Se obtuvo autorización por parte de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la FEBUAP campus Tehuacán, así como al Comité de Investigación y Ética de este para realizar este estudio.

- Posteriormente se pidió autorización a la Unidad Familiar 9 Santa María Coapan y una vez obtenido el permiso se les explico a los padres o tutores sobre el objetivo del estudio, explicándoles detalladamente los motivos del estudio de manera verbal y aclarando todas las dudas que pudieran surgir.

- Se les invito a que leyeran y firmarán una carta de consentimiento informado, (ver anexo 1) en la que aceptaban no solo de manera verbal sino también escrita y legal que serían objeto de este estudio y posteriormente serian evaluados.

- Una vez firmado el consentimiento informado, se procedió a revisar a los escolares mediante la exploración con un abatelenguas y anotando el tipo de maloclusión que tuvieran.

- Una vez obtenidos los resultados se efectuaba una plática a los padres o tutores de los niños para poder orientarlos sobre el tratamiento de las maloclusiones a temprana edad y las consecuencias de no atenderlas.

- Se realizo el cuestionario de investigación (ver anexo 2) para posteriormente realizar el examen estadístico.

- Por último, se comenzó el conteo de los resultados y se comenzó el análisis de los resultados y se realizaron tablas y graficas para unificar la información y fuera de fácil comprensión para el lector y poder mostrar los resultados de la presente investigación.

4.9. Reclutamiento.

El reclutamiento se realizará con los pequeños que acudieron a recibir atención estomatológica en el consultorio de estomatología preventiva y cumplan con los criterios de inclusión ya mencionados con anterioridad.

4.10. Evaluación.

Una vez realizadas todas las entrevistas a los pacientes que cumplían con los requerimientos se comenzó el análisis de los resultados que se presentan en esta investigación.

4.11. Diagrama de flujo.

Imagen 14. Diagrama de flujo

4.12. Cronograma de actividades

Tabla 4. Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	JUNIO				JULIO, AGOSTO				SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE				DICIEMBRE, ENERO, FEBERO				MARZO, ABRIL				MAYO, JUNIO			
Elaboración protocolo de Investigación																								
Revisión y aprobación Protocolo																								
Recolección de la Información																								
Organización de la Información																								
Análisis de la información																								
Interpretación																								
Elaborar Conclusiones																								
Presentación y difusión																								

4.13. Análisis estadístico

Se utilizo mediante la obtención de los resultados de las entrevistas (ver anexo 2) y se realizóel conteo de datos, llevándolos para graficar a Excel mediante gráficas y tablas para realizarestadística descriptiva utilizando tablas con frecuencias y porcentajes, así mismo obtener la prevalencia de las maloclusiones.

4.14. Estadística descriptiva

Los resultados obtenidos durante esta investigación fueron representados mediante gráficas y tablas para una compresión más sencilla.

4.15. Estadística inferencial

En base a los datos obtenidos a través de la recolección de datos y el procesamiento mediante tablas y graficas se llevaron a cabo las conclusiones respecto a esta investigación.

CAPITILO V. ANALISIS, INTERPRETACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Este capítulo está construido con los resultados de esta investigación de un total de 107 pacientes que acudieron a la Unidad médico familiar 9, que cumplían los criterios establecidos en la investigación y que sus padres o tutores accedieron a realizar la entrevista. Se presentan tablas y gráficas donde se describen los resultados obtenidos de acuerdo a la información recopilada a través del cuestionario aplicado.

5.1. Rango de edad.

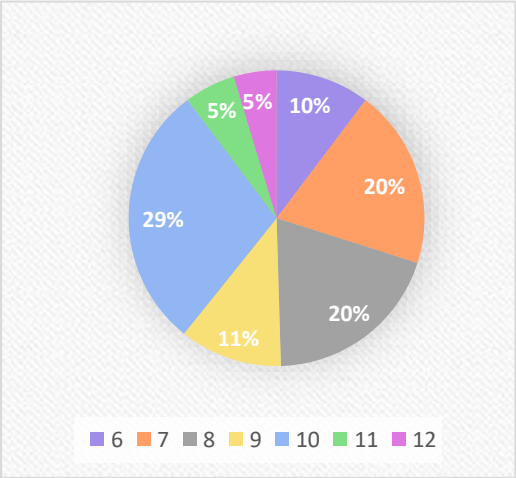
La estipulación de la edad es relevante en esta investigación debido a que se buscaba identificar la edad de mayor prevalencia en los niños participantes.

Tabla 5. Rango de edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 años	11	10%
7 años	21	20%
8 años	21	20%
9 años	12	11%
10 años	31	29%
11 años	6	5%
12 años	5	5%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jiménez-Muñoz Y. 2023

Grafica 1. Rango de edad.



De un total de 107 participantes, el rango de edad con mayor incidencia fue de 10 años con un total de 31 niños que se encuentra representado con un 29%, seguido por los 7 y 8 años cada uno con 21 pacientes correspondiendo a un 20% cada uno, seguido por los 9 años con 12 pacientes con un porcentaje de 11%, posteriormente la edad de 6 años con 11 participantes

reflejando un 10% y finalmente con un 5% los niños de 11 y 12 años con 6 y 5 participantes respectivamente, dando lugar a un 5%. (Tabla 5; gráfica 1)

5.2. Género de los participantes.

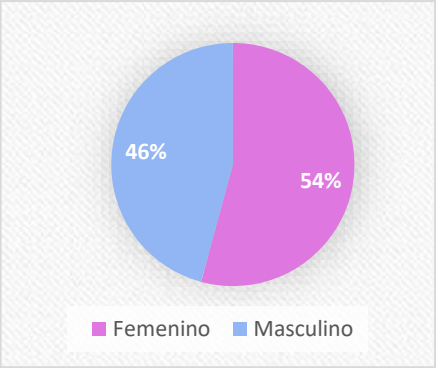
Al igual que en la gráfica y tabla anterior respecto a la edad de los pacientes, el género fue importante debido a que se buscaba describir cual poseía mayor prevalencia.

Tabla 6. Género de los participantes.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	58	54%
Masculino	49	46%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 2. Género de los participantes.



El género que predomino en este estudio fue el género femenino con un total de 58 participantes representado con un 54%, mientras que el género masculino se identificaron 49 participantes correspondiendo al 46%.

5.3. Método de alimentación durante los primeros 6 meses de vida.

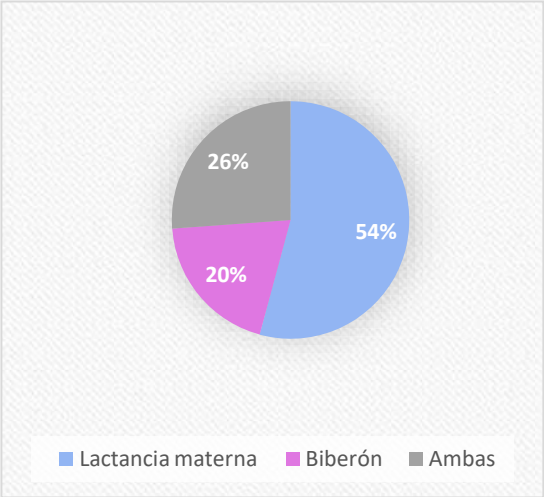
Resulta importante conocer el método de alimentación durante los primeros meses de vida, debido a que como se mencionó con anterioridad esto es uno de los diversos factores etiológicos por los cuales puede desarrollarse una maloclusión dental, ya que durante esta etapa comienza el desarrollo de los maxilares y músculos propios de la masticación como se puede observar en la tabla 6 y grafica 2.

Tabla 7. Método de alimentación

ALIMENTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lactancia materna exclusiva	58	54%
Biberón	21	20%
Ambas	28	26%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 3. Método de alimentación.



En la tabla 7 y grafica 3 observamos que el 54% de los pacientes entrevistados fueron alimentados mediante lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, correspondiente a 58 participantes, mientras que en segundo sitio con 28 participantes se encontró que recibieron alimentación mixta con lactancia materna al igual que con biberón, lo que represento un 26%, por último 21 participantes fueron alimentados solamente con biberón correspondiendo a un 20%.

5.4. Comienzo de la alimentación sólida.

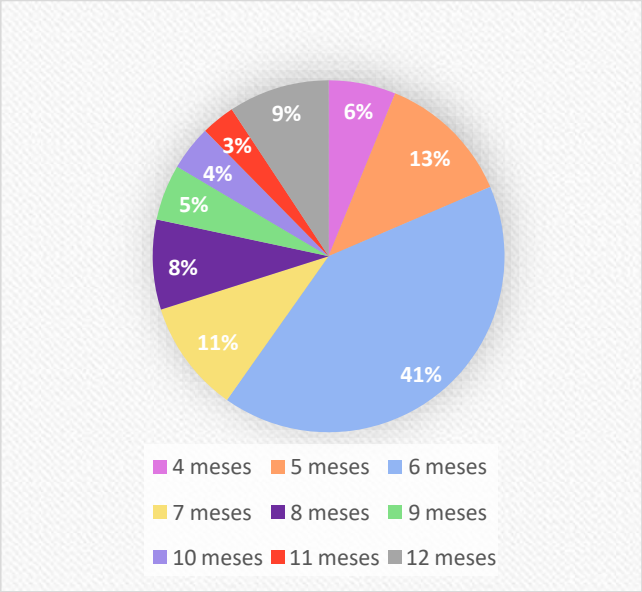
Este rubro es de interés debido a que la alimentación complementaria ayuda a la estimulación de la musculatura facial para un óptimo desarrollo.

Tabla 8. Comienzo de alimentación sólida.

MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4 meses	6	6%
5 meses	12	13%
6 meses	40	41%
7 meses	10	11%
8 meses	8	8%
9 meses	5	5%
10 meses	4	4%
11 meses	3	3%
12 meses	9	9%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Gráfica 4. Comienzo de alimentación sólida.



40 niños participantes de esta investigación comenzaron su alimentación solida a los 6 meses, lo que corresponde a 41% de total de entrevistados, representando la mayoría de edad de inicio de alimentación complementaria, seguido por 12 participantes que empezaron a las 5 meses correspondiente al 13%, posteriormente 10 niños iniciaron a los 7 meses representado como el 11%, con 9 participantes se dio inicio a los 12 meses reflejado en un 9%, a los 8 meses 8 participantes dieron inicio constituyendo un 8%, seguidos por un inicio a los 4 meses con 6 participantes correspondiendo a un 6%, a los 9 meses 5 niños con un 5%, en penúltimo puesto 4 niños a los 10 meses representando un 4% y por ultimo a los 11 meses 3 participantes que correspondió a 3% del total de los entrevistados (Tabla 8; gráfica 4).

5.5. Uso de biberón o Chupón.

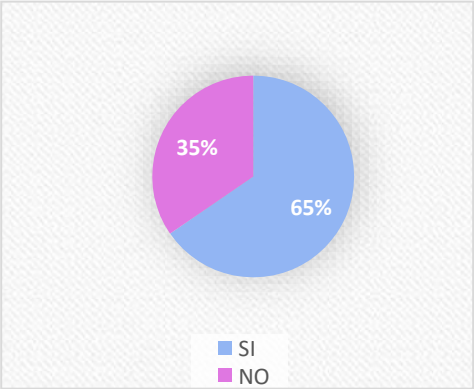
Como se detalló anteriormente, el uso de biberón o chupón pueden influir en el desarrollo de maloclusiones por lo que resulta importante conocer si los pequeños entrevistados tuvieron este factor presente que pudo influir en la formación de la maloclusión que presentan.

Tabla 9. Uso de biberón o chupón

USO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	70	65%
No	37	35%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 5. Uso de biberón o chupón



En la tabla 9 y grafica 5 podemos ver que un total de 70 pequeños utilizaron biberón o chupón el equivalente al 65% mientras que solo 37 participantes afirmaron que no utilizaron biberón o chupón correspondiendo a un 35% del total de entrevistados.

El uso de biberón o chupón favorece el desarrollo de mordidas abiertas en infantes, pues genera una proinclinación de los incisivos, así como también está relacionado al desarrollo de caries de la infancia temprana dependiendo el uso y tiempo por el cual se realiza la toma de estos.

Las siguientes tablas (10 y 11) tienen como propósito poder identificar si el biberón o chupón fungen como agentes causales para el desarrollo de las maloclusiones en los pequeños encuestados, como todo agente causal, para poder producir un efecto en el paciente, debemos conocer la frecuencia con la que se realizaba, por ello es importante para la investigación estar al tanto del número de veces que se utilizaba el chupón o biberón al día, así como el tiempo que se utilizaba.

5.6. Utilización de biberón o chupón al día.

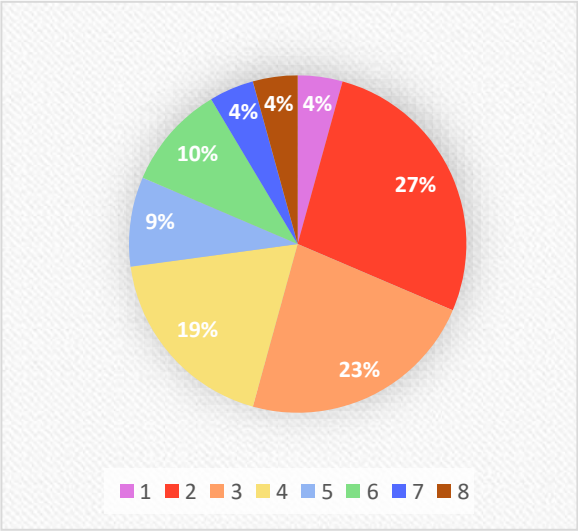
Es indispensable conocer el número de tomas que realizaba durante el día, pues mientras mayor sea el numero en que lo realizaban los pequeños mayor es el estímulo para propiciar una maloclusión.

Tabla 10. Utilización de biberón o chupón al día.

VECES AL DÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	3	4%
2	19	27%
3	16	23%
4	13	19%
5	6	9%
6	7	10%
7	3	4%
8	3	4%
Total	**70**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 6. Utilización de biberón o chupón al día.



De los 107 participantes, en la encuesta anterior obtuvimos que 70 niños utilizaron chupón o biberón, de estos, 19 niños indicaron que el uso era de 2 veces al día representando el 27%, seguidos por 16 participantes que refirieron realizarlo 3 veces al día constituyendo un 23%, en tercer sitio 13 pequeños que lo utilizaban 4 veces al día reflejado con un 19%, mientras que 7 niños lo utilizaban 6 veces al día indicando un 10%, 6 infantes señalaron que realizaban 5 tomas al día manifestando un 9%, por ultimo con 3 pacientes cada uno se encontró que se realizaban 1, 7 y 8 tomas al día, representando cada uno un 3% del total de la población encuestada como se muestra en la tabla 10 y grafica 6.

5.7. Tiempo de uso del biberón o chupón.

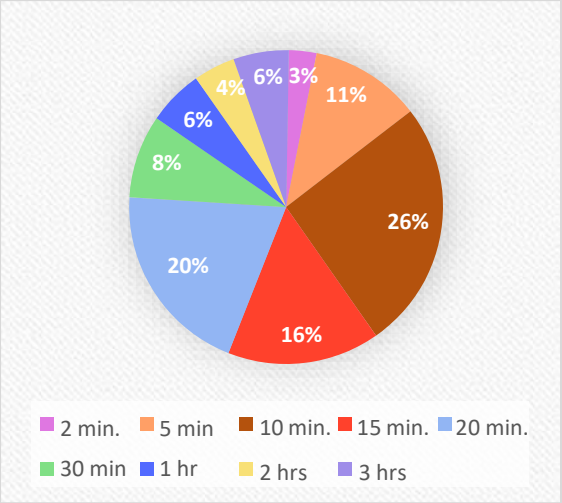
Así como el número de tomas, la cantidad de tiempo en que lo utilizaban repercute en los problemas que se generan en la cavidad bucal.

Tabla 11. Tiempo de uso de biberón o chupón.

MINUTOS/ HORAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 minutos	2	3%
5 minutos	8	11%
10 minutos	18	26%
15 minutos	11	16%
20 minutos	14	20%
30 minutos	6	8%
1 hora	4	6%
2 horas	3	4%
3 horas	4	6%
Total	**70**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 7. Tiempo de uso de biberón o chupón.



De los 70 pacientes que usaron biberón o chupón, 18 lo realizaban con mayor incidencia durante 10 minutos, lo cual representa el 26%, 14 lo utilizaban por 20 minutos reflejando un 20%, 11 lo realizaban durante 15 minutos correspondiente a 16%, 8 participantes refirieron que lo utilizaban 5 minutos integrando un 11%, con 8% encontramos que 6 infantes lo llevaban a cabo por 30 minutos, mientras que con 6% encontramos 4 participantes en dos categorías, durante 1 y 3 horas respectivamente, con 4% lo efectuaban durante 2 horas 3 pequeños y por ultimo con 3% solo 2 encuestados lo hacían por 2 minutos. (Tabla 11 y grafica 7).

El uso de biberón o chupón es relevante ya que la lactancia artificial se considera un factor causal en el desarrollo de maloclusiones dentales y el uso prolongado del chupón provoca hiperfunción del músculo buccinador ocasionando problemas en el crecimiento transversal y puede presentar mordida cruzada posterior y/o mordida abierta anterior como lo mencionan en su artículo Lima M, Rodríguez A, García B. en el 2019.

5.8. Hábitos deformantes.

Los hábitos también juegan un papel importante en el desarrollo de las maloclusiones, es importante conocer el porcentaje de pequeños que tienen o tuvieron algún habito pues como se mencionó anteriormente con el uso de biberón o chupón, es importante conocer el tiempo, frecuencia y tipo de habito que se realizaba para conocer cual se presenta con mayor reiteración.

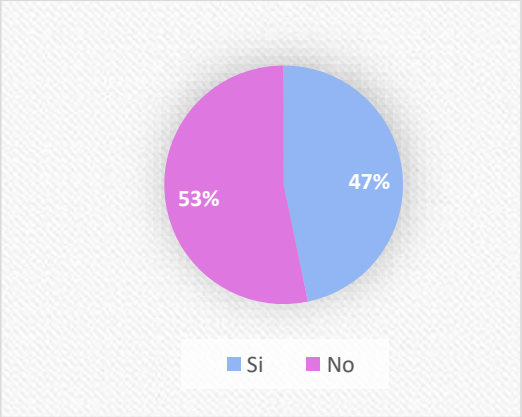
Las siguientes tablas (12, 13 y 14) están dirigidas a la incidencia y frecuencia de los hábitos deformantes.

Tabla 12. Hábitos deformantes.

HABITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	50	53%
No	57	47%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 8. Hábitos deformantes.



En la tabla 12 y grafica 8 observamos que el 53 % de los entrevistados refieren que presentan algún habito deformante, constituido por un total de 57 pacientes, por otra parte 50 niños si presentan o presentaron algún habito lo que se refleja cómo el 47%.

5.9. Frecuencia de la realización de hábito.

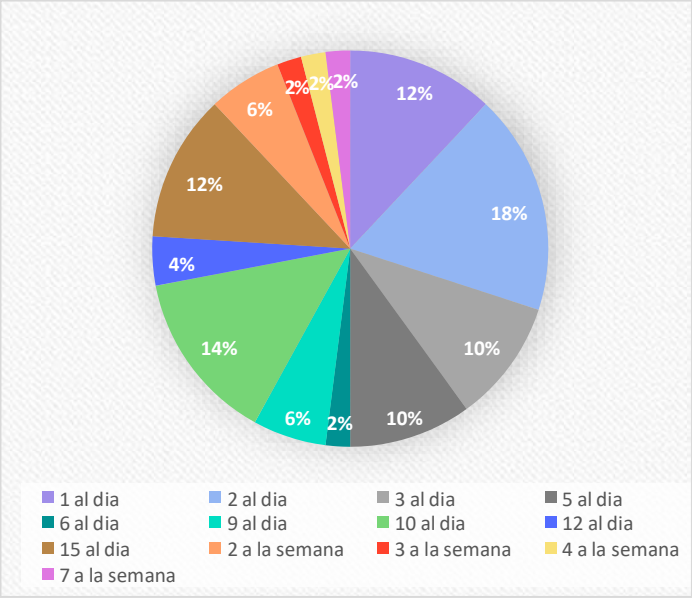
Como se ha mencionado con anterioridad la frecuencia con la que se realiza algún estimulo nocivo repercute en el daño que se genera en la cavidad bucal.

Tabla 13. Frecuencia de la realización de hábito.

NUMERO DE VECES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 al día	6	12%
2 al día	9	18%
3 al día	5	10%
5 al día	5	10%
6 al día	1	2%
9 al día	3	6%
10 al día	7	14%
12 al día	2	4%
15 al día	6	12%
2 a la semana	3	6%
3 a la semana	1	2%
4 a la semana	1	2%
7 a la semana	1	2%
Total	**50**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 9. Frecuencia de la realización de hábito.



De los 107 pacientes encuestados solo 50 niños refirieron que presentaron o presentan algún habito deformante, de estos 50 encuestados se les cuestiono sobre la frecuencia con la que se realiza o realizaba, la mayoría coincidió que lo llevaban a cabo 2 veces al día, con un total de 9 niños lo que representa el 18%, seguido por 7 niños que lo realizaban 10 veces al día constituyendo un 14%, la frecuencia de 6 niños estuvo presente en dos categorías, 1 y 15 veces al día reflejado como el 12%, así mismo dos categorías también compartieron el mismo número de participantes con 5 niños cada una, donde refirieron realizarlo 3 y 5 veces al día constituyendo un 10% cada uno, con menor frecuencia también compartiendo número de participantes con 3 niños cada categoría, se encuentro una frecuencia de 6% y lo realizaban durante 9 veces al día y 2 veces a la semana, con 4% encontramos que 2 niños señalaron como respuesta la practica 12 veces al día y por último en tres categorías encontramos

paciente en cada una representando el 2% cada uno, siendo estas 3, 4 y 7 veces a la semana el número de veces con que se realizaba como se muestra en la tabla 13 y grafica 9.

Considerar el tiempo y frecuencia con el que se realiza la toma de biberón o el uso de chupón resulta importante pues no en este caso el segundo resultado con mayor incidencia fue que lo realizaban durante 10 veces al día y el uso prolongado favorece a la formación de maloclusiones dentales.

5.10. Tipo de hábito deformante.

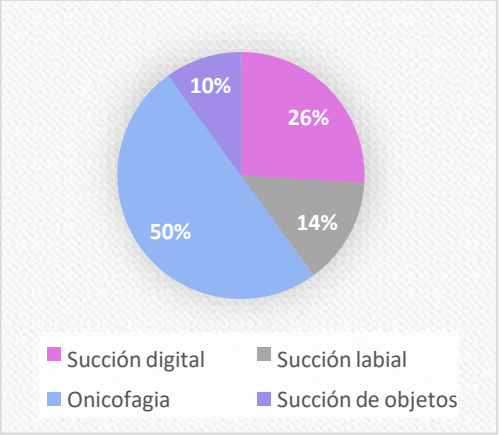
Es indispensable conocer el tipo de habito que se presenta con mayor frecuencia ya que las manifestaciones de una maloclusión son diferentes para cada tipo de habito.

Tabla 14. Tipo de hábito deformante.

HABITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Succión digital	13	26%
Succión labial	7	14%
Onicofagia	25	50%
Succión de objetos	5	10%
Total	**50**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 10. Tipo de hábito deformante.



El hábito deformante con mayor frecuencia fue la onicofagia referida por 25 niños representando el 50% del total de entrevistados que con anterioridad afirmaron tener un mal hábito, el segundo habito que refirieron realizar fue el de succión digital con 13 niños reflejando un 26%, mientras que con 14% se presentaba succión labial en 7 participantes, por último 5 pequeños realizaban succión de algún objeto constituyendo un 10% del total de entrevistados. (Tabla 14 y grafica 10)

Llama la atención la frecuencia con la que se presenta la onicofagia, pues la mitad de encuestados que presentan algún habito la poseen, recordemos que la onicofagia puede producir un desgaste a nivel del borde incisal de los incisivos y favorecer el desarrollo de maloclusiones, así también nos muestra que algunos de estos pequeños pueden estar cursando por periodos de ansiedad, pues como lo menciona el Dr. Josell [(6)] en 1995, el hábito de onicofagia se clasifica como un hábito deformante de tipo nervioso.

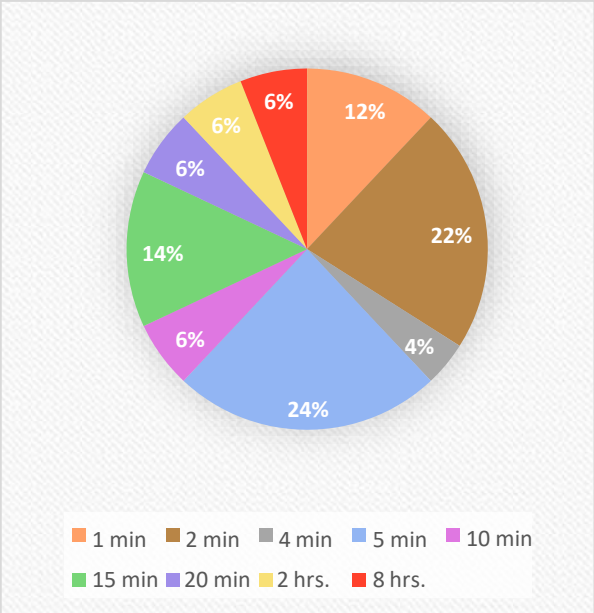
5.11. Tiempo de realización al día.

Tabla 15. Tiempo de realización al día.

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 min	6	12%
2 min	11	22%
4 min	2	4%
5 min	12	24%
10 min	3	6%
15 min	7	14%
20 min	3	6%
2 hrs.	3	6%
8 hrs.	3	6%
Total	**50**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 11. Tiempo de realización al día.



La mayor incidencia en el tiempo que los niños realizan un hábito deformante fue de 5 minutos al día por un total de 12 entrevistados de los 50 que presentan algún habito, lo cual representa el 24%, seguido por el 22% con 11 niños que lo realizaban 2 minutos, con 14% lo realizaban durante 15 minutos 7 niños, mientras que 6 niños lo realizaban por 1 minuto representando el 12%, en cuatro categorías hubo una frecuencia de 3 participantes en cada reflejando un 6% cada una siendo estas la realización durante 10 y 20 minutos así como 2 y 8 horas, por ultimo 2 pequeños señalaron que lo realizaban durante 4 minutos al díaexpresado

con un 4%. (Tabla 15 y grafica 11).

5.12. Frecuencia de enfermedades respiratorias.

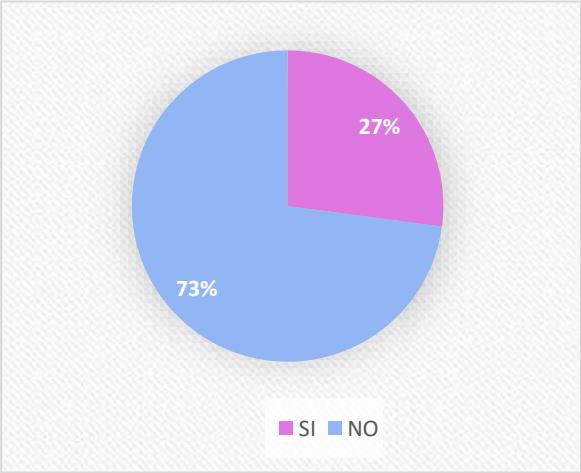
Es importante conocer la frecuencia de las enfermedades respiratorias debido a que son frecuentes en pacientes que son respiradores orales o que tienen alguna dificultad respiratoria, por ejemplo, una vía aérea obstruida.

Tabla16. Frecuencia de enfermedades respiratorias.

ENFERMEDAD RESPIRATORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	29	27%
NO	78	73%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 12. Frecuencia de enfermedades respiratorias.



En la tabla 16 y grafica 12 encontramos que 78 pacientes refieren que no cursan con episodios frecuentes de enfermedades respiratorias, representando el 73%, mientras que 29 niños si presentan cuadros de enfermedades respiratorias con frecuencia reflejado como el 27%.

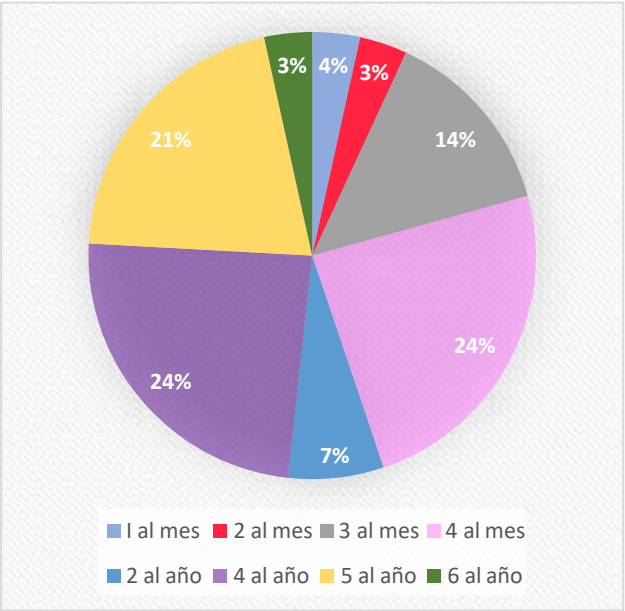
5.13. Número de veces de enfermedad respiratoria.

Tabla 17. Número de veces de enfermedad respiratoria.

NUMERO DE VECES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I al mes	1	4%
2 al mes	1	3%
3 al mes	4	14%
4 al mes	7	24%
2 al año	2	7%
4 al año	7	24%
5 al año	6	21%
6 al año	1	3%
Total	**29**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 13. Número de veces de enfermedad respiratoria.



De los 29 entrevistados que refirieron enfermedades frecuentes de tracto respiratorio se originó un empate en dos categorías donde 7 pacientes refirieron enfermarse 4 veces al mes y 4 veces al año respectivamente correspondiendo cada uno a un 24%, seguido de esto se encontró que 6 pacientes refirieron enfermarse 5 veces al año reflejado en un 21%, 4 pacientes se enferman 3 veces al mes representando un 14%, mientras que con un 7% refirieron enfermarse 2 veces al año 2 niños, un 4% enferma 1 vez al mes y por último en dos categorías con 3% y un paciente cada una señalaron que se enfermaban 2 veces al mes y 6 veces al año como se observa en la tabla 17 y grafica 13.

Resulta interesante observar que uno de los porcentajes más altos representa una frecuencia de enfermedades respiratorias de 4 veces al mes, lo que nos hablaría de posibles problemas en la vía aérea que repercuten con daños en su oclusión.

5.14. Caries dental.

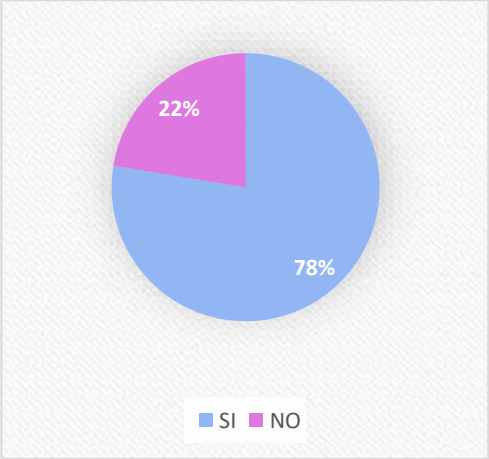
La caries dental juega un papel muy importante en el desarrollo de las maloclusiones, pues, como se ha mencionado anteriormente, el desarrollo de caries extensas con pérdida de estructura dental puede favorecer el cierre de espacios, la perdida prematura de órganos dentales, la exfoliación incompleta de piezas dentales dejando remanentes dentales que dificultan la erupción de los órganos dentales permanentes y que desencadenan una maloclusión dental.

Tabla 18. Caries dental.

CARIES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	83	78%
NO	24	22%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 14. Caries dental.



En la tabla 18 y grafica 14 podemos observar que un total de 83 niños presentaron caries dental correspondiente a 78% del total de entrevistados, mientras que solo el 22% no presentaba ninguna caries con un total de 24 entrevistados.

Como lo menciona Ramos-Ríos JA, et al. [18] la caries dental está asociada en el desarrollo de un gran número de maloclusiones.

5.15. Inicio de caries dental.

Es importante conocer la edad de inicio, pues, los daños son mayores cuando la caries se presenta en edades tempranas, antes del cambio de dentición o durante el inicio de esta.

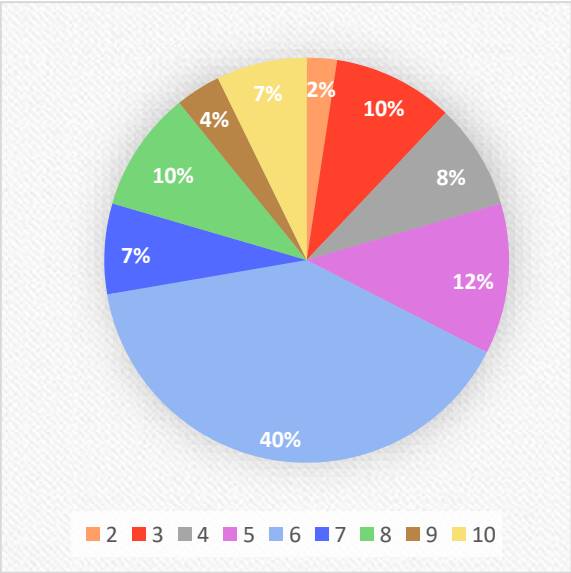
A continuación, la siguiente tabla y gráfica, nos presenta los resultados de los 83 niños que si presentaban caries sobre la edad de inicio de caries dental.

Tabla 19. Inicio de caries dental.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 años	2	2%
3 años	8	10%
4 años	7	8%
5 años	10	12%
6 años	33	40%
7 años	6	7%
8 años	8	10%
9 años	3	4%
10 años	6	7%
Total	**83**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 15. Inicio de caries dental.



Como se puede observar, 33 de los participantes convergen en que inició la aparición de caries a los 6 años representando un 40%, seguido de10 niños que iniciaron a los 5 años reflejado en el 12%, en dos categorías con 8 participantes que representan el 10% respectivamente indicaron que iniciaron a los 3 y 8 años, con un 8%,7 niños indicaron que comenzaron a los 4 años, así mismo, compartiendo dos categorías 6 niñosrespectivamente indicaron que iniciaron a los 7 y 10 años correspondiente a 7% cada uno, por otro lado 3 participantes indicaron que dio inicio la aparición de caries a los 9 años representando el 4%, por ultimo 2 infantes reportaron el inicio a los 2 años correspondiente al 2%. (Tabla 19 y grafica 15)

5.16. Perdida de órganos dentales por caries.

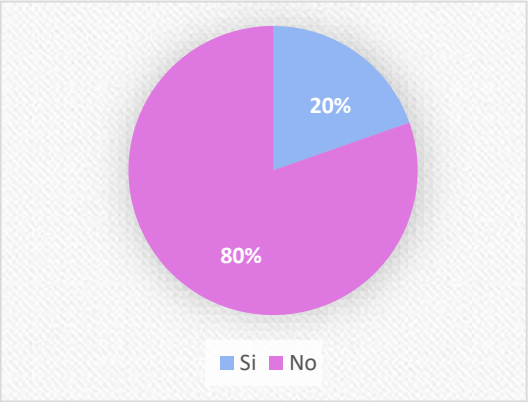
Como se ha mencionado con anterioridad, la perdida de piezas dentales sin un correcto seguimiento puede favorecer al desarrollo de maloclusiones dentales por lo que resulta interesante para nuestra investigación conocer cuántos niños han perdido piezas dentales por este motivo.

Tabla 20. Perdida de órganos dentales por caries.

PERDIDA POR CARIES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	21	20%
No	86	80%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 16. Perdida de órganos dentales por caries.



21 participantes afirmaron haber perdido algún órgano dental por caries, lo que representa el 20% del total de entrevistados, mientras que 86 indicaron que no han perdido ningún diente por este motivo lo que se refleja cómo el 80% como se observa en la tabla 20 y grafica 16.

5.17. Número de piezas perdidas por Caries.

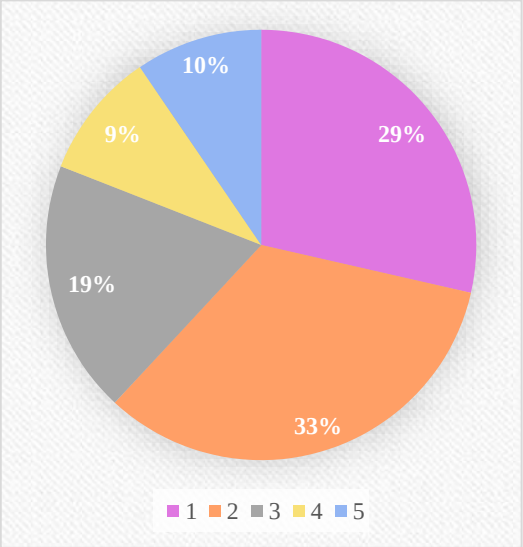
De los 21 participantes que afirmaron perder alguno órgano dental por caries se les cuestionó sobre la cantidad de piezas que perdieron, pues a mayor pérdida de piezas dentales, mayor la probabilidad de desarrollar alguna alteración bucal que repercuta en una maloclusión, sobre todo, si estas piezas solo se extrajeron y no se colocó ningún aparato de contención o un mantenedor de espacio.

Tabla 21. Número de piezas perdidas por Caries.

NO. DE DIENTES PERDIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	6	29%
2	7	33%
3	4	19%
4	2	9%
5	2	10%
Total	**21**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 17. Número de piezas perdidas por Caries



Siete de los entrevistados concordaron en que perdieron 2 órganos dentales siendo este el resultado con mayor frecuencia, lo cual se traduce en el 33%, seguido por 6 pacientes que refirieron haber perdido solo un órgano dental reflejado el 29%, con un 19% encontramos que 4 niños perdieron 3 dientes, mientras que en 2 categorías 2 de los entrevistados perdieron 4 y 5 dientes respectivamente, representando el 10% cada uno. (Tabla 21 y gráfica 17)

5.18. Dientes con caries actualmente.

Conocer el número de órganos dentales con caries nos ayuda a poder determinar cómo se encuentra la cavidad bucal de los pequeños, a mayor cantidad de caries es evidente que se desarrollaran problemas dentales, no solo maloclusiones.

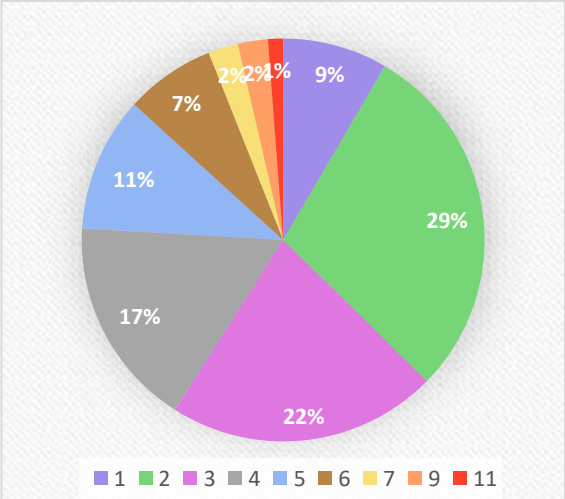
La siguiente tabla y grafica está basada en los 83 entrevistados que al examen clínico se encontró presencia de caries en sus órganos dentales.

Tabla 22. Dientes con caries.

NUMERO DE OD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	7	9%
2	24	29%
3	18	22%
4	14	17%
5	9	11%
6	6	7%
7	2	2%
9	2	2%
11	1	1%
Total	**83**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 18. Dientes con caries.



En la tabla 22 y grafica 18 se demuestra que 24 entrevistados poseían 2 órganos dentales con caries representado como el 29%, así también con un alto índice de 18 pacientes se encontró que tenían presencia de 3 caries dentales correspondiente a 22%, con 14 entrevistados obtuvimos que presentaban 4 caries correspondiente a un 17%, seguido por 9 pacientes con 5 caries dentales equivalente al 11%, con prevalencia de 7 niños encontramos que presentan una sola caries dental representando el 9%, 6 entrevistados con manifestación de 6 caries proporcional a 7%, mientras que en dos categorías se encontró el mismo número de pacientes con 2 participantes cada uno que presentaron 7 y 9 caries equivalente al 2% respectivamente, por ultimo un solo paciente se encontró con presencia de 11 caries correspondiente a 1%.

De este gráfico, llama la atención que, aunque es una minoría, existen resultados con un numero de caries muy elevado.

5.19. Piezas rehabilitadas por caries.

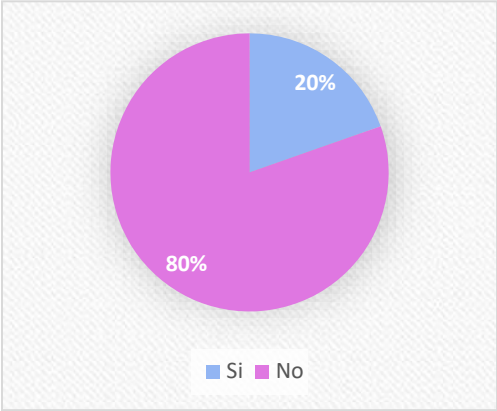
Resulta importante conocer el número de piezas rehabilitadas pues, eso denota el cuidado que los padres posen con la salud bucal de los pequeños.

Tabla 23. Piezas rehabilitadas por caries.

PIEZAS REHABILIDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	21	20%
No	86	80%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023

Grafica 19. Piezas rehabilitadas por caries.



86 entrevistados no tienen ninguna restauración por caries a pesar de presentarlas lo que equivale al 80% mientras que 21 tienen alguna pieza rehabilitada por caries, representado con el 20% como se aprecia en la tabla 23 y grafica 19.

5.20. Número de piezas dentales rehabilitadas por caries.

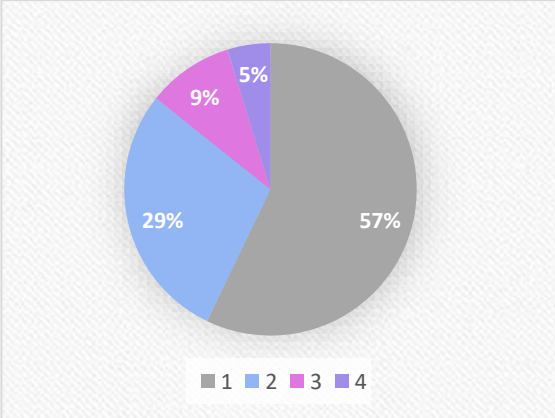
De los 21 participantes que si tienen alguna restauración se examinó el número de piezas dentales que contaban de las mismas para conocer el estado en el que se encontraba su cavidad bucal.

Tabla 24. Número de piezas rehabilitadas por caries.

PIEZAS REHABILIDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	12	57%
2	6	29%
3	2	9%
4	1	5%
Total	**21**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 20. Número de piezas rehabilitadas por caries



En 12 participantes se encontró que presentaban solo una restauración lo que representa un 57%, en 6 niños se observó la restauración de 2 piezas dentales correspondiente a 29%, con un 9% en 2 entrevistados se encontró que tenían 3 piezas con alguna restauración, mientras que solo un entrevistado presento 4 piezas con restauraciones lo que se refleja en un 5%. (Tabla 24 y grafica 20)

5.21. Erupción primer diente temporal.

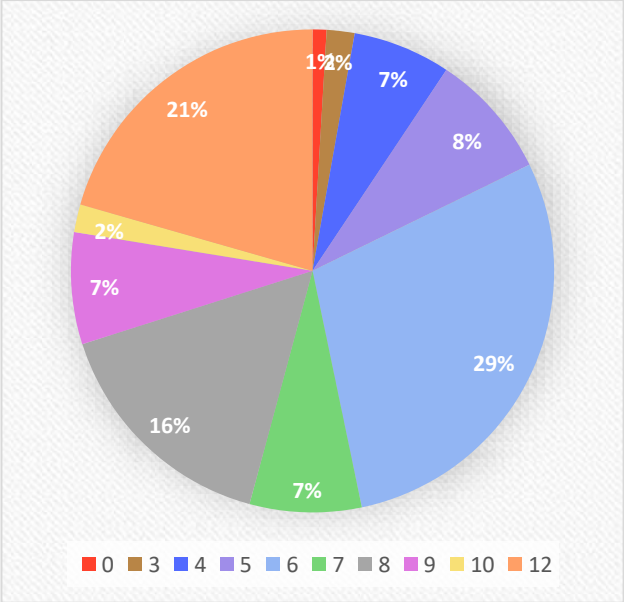
La cronología de erupción juega un papel fundamental en el desarrollo de las maloclusiones, pues, una erupción prematura o tardía puede condicionar la preservación de espaciosdentales. Si bien, no hay una norma establecida sobre los tiempos de erupción dental y existenvariables, en la tabla 1 constituimos como referencia tiempos de erupción aproximada segúndistintos autores.

Tabla 25. Erupción primer diente temporal.

MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	1	1%
3	2	2%
4	7	7%
5	9	8%
6	31	29%
7	8	7%
8	17	16%
9	8	7%
10	2	2%
12	22	21%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 21. Erupción primer diente temporal



31 entrevistados refirieron la erupción del primer órgano dental temporal a los 6 meses representado con el 29%, 22 participantes refirieron que ocurrió a los 12 meses reflejado como el 21%, 17 niños comenzaron a los 8 meses constituyendo el 16%, por otro lado reflejado con 8% se obtuvo que 9 niños iniciaron a los 5 meses, compartiendo el número de encuestados encontramos que en 3 categorías 8 participantes refirieron comenzar su proceso de erupción temporal a los 4, 7 y 9 meses respectivamente igual a un 7%, así mismo con 2 participantes encontramos 2 categorías de inicio, a los 3 y 10 meses con un equivalente a 2%, por último se encontró que un solo participante refirió que presento un diente neonatal. (Tabla 25 y grafica 21). En esta pregunta en específico, llama la atención la variabilidad de respuestas por parte de los padres de familia, y los tiempos de erupción tan distintos que se encontraron, así como elhallazgo de un diente neonatal que no suele ser común.

5.22. Erupción primer diente permanente.

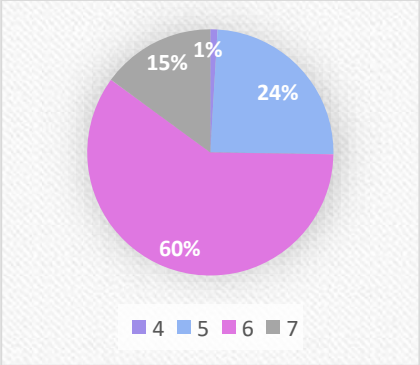
Al igual que la cronología de erupción temporal, conocer la cronología de erupción de la dentición permanente nos ayuda a poder determinar si pudiera existir alguna alteración que en un futuro comprometa la oclusión del paciente, en el caso de erupción tardía pudiera darse el caso de requerir tratamientos como ulectomías (incisión en la encía con bisturí realizada por el estomatólogo) para ayudar a la erupción de esa pieza dental, pues al pasar mucho tiempo se puede estrechar el espacio disponible.

Tabla 26. Erupción primer diente permanente.

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4	1	1%
5	26	24%
6	64	60%
7	16	15%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 22. Erupción primer diente permanente.



En la tabla 26 y grafica 22 se muestra que 64 entrevistados comenzaron el proceso de erupción de su primero órgano dental permanente a los 6 años, lo cual representa el 60%, 26 niños refirieron el comienzo a los 5 años con un equivalente a 24%, mientras que 16 pacientes iniciaron su cambio de dentición a los 7 años correspondiente a 15%, por último, solo un paciente comenzó tempranamente su proceso de erupción permanente a los 4 años reflejado como el 1%.

5.22. Perdida del primer diente temporal.

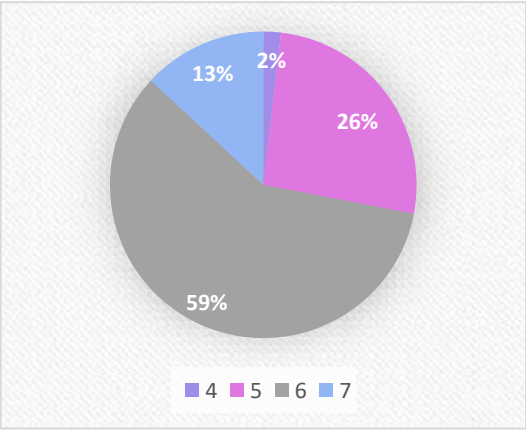
Al igual que el comienzo de la erupción permanente es importante conocer la edad en la que se perdió el primer órgano dental temporal, pues en algunas ocasiones la erupción tardía de piezas condiciona la cantidad de espacio disponible para la pieza dental permanente y por lo tanto ayudar al desarrollo de maloclusiones.

Tabla 27. Perdida del primer diente temporal.

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4	2	2%
5	28	26%
6	63	59%
7	14	13%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 23. Perdida del primer diente temporal



63 pacientes coincidieron en que la pérdida de su primer diente temporal comenzó a los 6 años, lo que representa el 59%, mientras que 28 niños lo hicieron a los 5 años equivalente al 26%, 14 entrevistados perdieron su primera pieza temporal a los 7 años correspondiente a 13% y por último 2 pequeños refirieron la perdida a los 4 años representando el 2% como se muestra en la tabla 27 y grafica 23.

Se puede observar que no existe una gran variación en cuanto al tiempo respecto a la pérdida del primer órgano y la erupción del primer diente permanente en los pequeños participantes de esta investigación.

5.24. Recambio dental

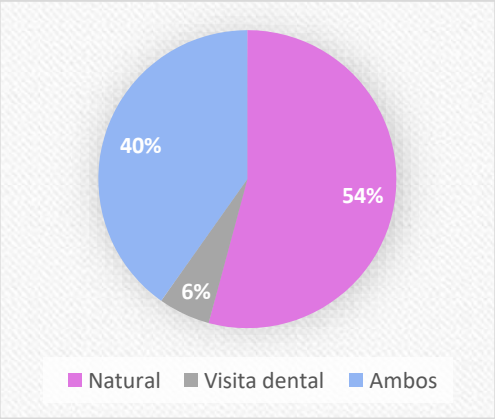
En la actualidad muchos pequeños presentan problemas para la exfoliación de manera natural de las piezas dentales, cuando las piezas temporales no logran exfoliarse por sí mismas, en muchas ocasiones los dientes permanentes comienzan su proceso de erupción de manera ectópica condicionando así problemas de maloclusión en el pequeño.

Tabla 28. Perdida de dientes temporales.

PROCESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Natural	58	54%
Visita dental	6	6%
Ambos	43	40%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 24. Perdida de dientes temporales



Los resultados obtenidos de esta pregunta fueron muy estrechos en cuanto al resultado.
58 de los encuestados tuvieron un recambio dental de manera natural representando poco más de la mitad con 54%, mientras que 43 encuestados refirieron que algunas piezas se perdieron de manera natural, pero en otras fue necesaria la intervención del dentista para poder exfoliarlas, siendo así, que podemos intuir que una cantidad considerable de la población está teniendo problemas en el recambio dental de manera natural representado conel 40%, así también una minoría conformada por 6 entrevistados han necesitado la intervención de profesional de la salud bucal para poder perder sus piezas dentales equivalente a un 6%. (Tabla 28 y grafica 24)

Uno de los hallazgos que se encontraron en esta investigación durante la consulta dental fue la observación de piezas dentales que necesitaron ayuda para poder exfoliarse debido a que el órgano dental permanente estaba comenzando su proceso de erupción en otro sitio, frecuentemente observado en los incisivos centrales inferiores donde el diente permanente comenzaba su erupción por la zona lingual mientras que los dientes temporales presentaban poca o nula movilidad, así también, se observó que era necesario el retiro de órganos dentales que solo conservaban remantes dentales debido a que el diente temporal presentaba caries extensa y se fue cayendo a pedazos por lo que algunos de estos remanentes no permitían la correcta erupción de las piezas permanentes y era necesaria la extracción de los mismos.

5.25. Tiempo de erupción después de la perdida dental.

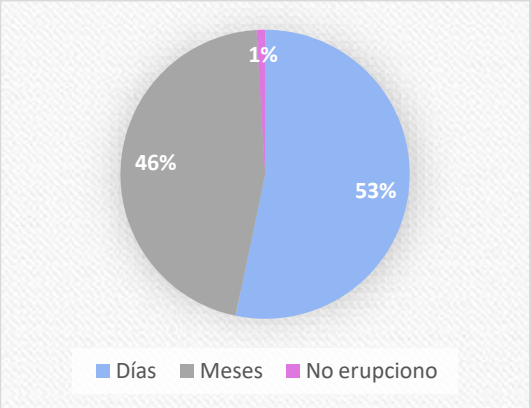
En base a la información de las tablas encontramos que no existe variación significativa en relación con la perdida de los órganos dentales temporales respecto a la erupción de las piezas permanentes, sin embargo, se les cuestiono a los padres el tiempo aproximado en el que comenzó la erupción del órgano permanente una vez que se exfolio el órgano temporal.

Tabla 29. Tiempo de erupción en recambio dental.

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Días	57	53%
Meses	49	46%
No erupciono	1	1%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 25. Tiempo de erupción en recambio dental



Como se observa en la tabla 29 y grafica 25 los resultados de esta pregunta fueron muy estrechos, 57 de los participantes refirieron que el órgano dental comenzó su proceso de erupción a los días de la pérdida del órgano deciduo representando el 53% del total de los

entrevistados, mientras que 49 niños comenzaron el proceso de erupción meses después de la pérdida del órgano temporal equivalente al 46%, solo un paciente refirió que a la pérdida de un órgano dental temporal el diente permanente no erupciono presentando así la ausencia deuna pieza dental.

5.26. Posición para dormir.

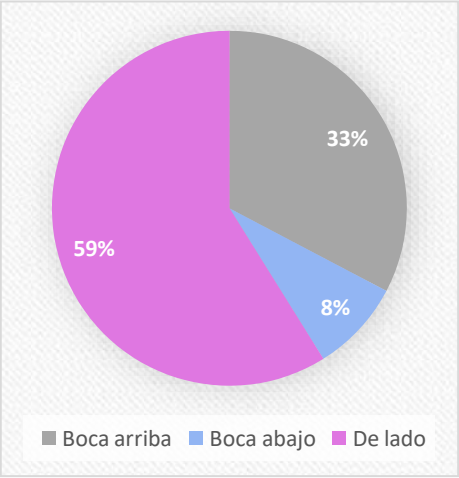
Es importante conocer la posición en la que los pequeños prefieren dormir debido a que la postura tiene relación con respecto al desarrollo de maloclusiones, en muchas ocasiones el dormir en cierta posición puede condicionar maloclusiones unilaterales.

Tabla 30. Posición para dormir.

POSICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Boca arriba	35	33%
Boca abajo	9	8%
De lado	63	59%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 26. Posición para dormir.



63 entrevistados refirieron que la posición en la que duermen con mayor frecuencia es de lado, con una representación del 59%, respecto a la posición boca arriba 35 niños afirmaron que era su manera predilecta para dormir lo que equivale al 33%, mientras que solo 9 pequeños señalaron que duermen boca abajo correspondiente a 8% como se observa en la tabla 30 y grafica 26.

5.27. Boca abierta durante el sueño.

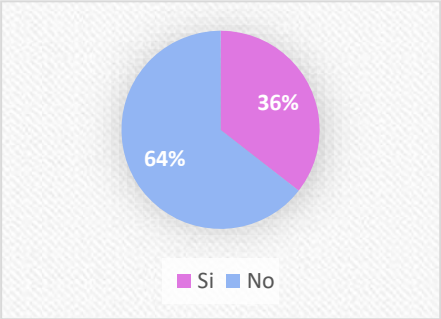
Es importante considerar si los niños duermen con la boca abierta o cerrada, pues dormir con la boca abierta puede denotar problemas de cierre labial por la posición de los órganos dentales o porque existe alguna dificultad respiratoria por lo cual permanecen con la boca abierta durante la noche para poder respirar.

Tabla 31. Boca abierta durante el sueño.

BOCA ABIERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	38	36%
No	69	64%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 27. Boca abierta durante el sueño.



69 pacientes refirieron que no duermen con la boca abierta representando el 64% mientras que 38 niños no duermen con la boca abierta lo que equivale al 36%. (Tabla 31 y grafica 27)

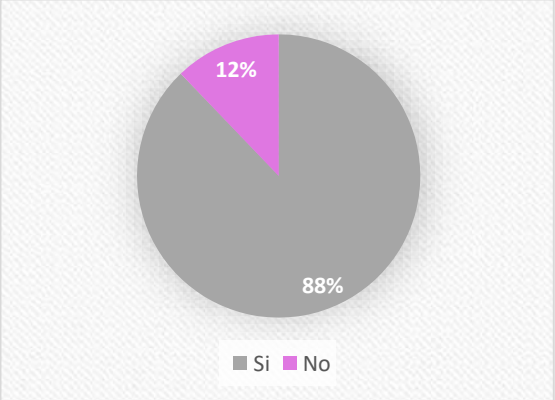
5.28. Boca cerrada durante el sueño.

Tabla 32. Boca cerrada durante el sueño.

BOCA CERRADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	94	88%
No	13	12%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 28. Boca cerrada durante el sueño



En la tabla 32 y grafica 28 se puede observar que la mayoría de los encuestados refirieron

que duermen con la boca cerrada con un total de 94 participantes, lo que representa el 88%, mientras que solo 13 niños no duermen con la boca cerrada, lo que se refleja cómo el 12%.

5.29. Ronquidos durante el sueño.

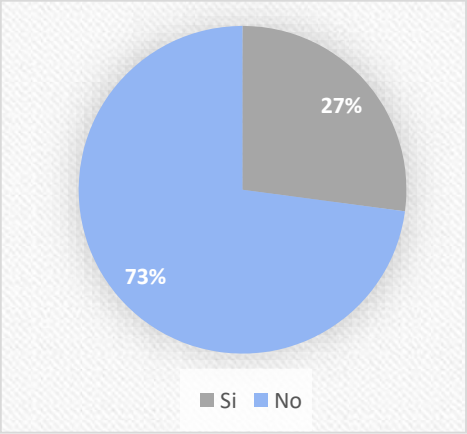
Conocer si existen ronquidos durante la noche nos habla sobre posibles problemas de adenoides que en muchas ocasiones los padres desconocen.

Tabla 33. Ronquidos durante el sueño.

RONQUIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	29	27%
No	78	73%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 29. Ronquidos durante el sueño



Se encontró que 78 entrevistados no roncan por las noches con un equivalente a 73%, mientras que 29 participantes refirieron que durante las noches al momento de dormir roncan, lo que representa el 27% como se muestra en la tabla 33 y grafica 29.

5.30. Frecuencia a la semana de ronquidos.

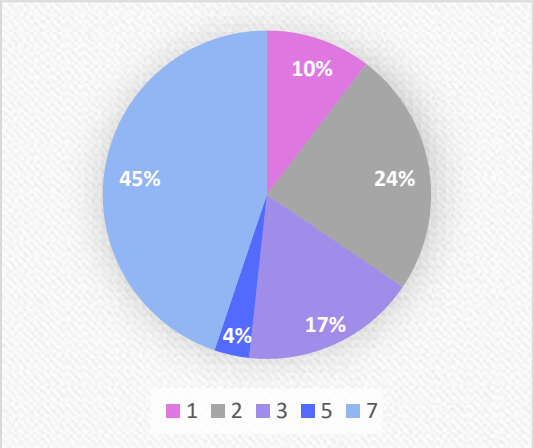
Es importante determinar la frecuencia con que se presenta, esto debido a que nos habla de una posibilidad de tener problemas respiratorios, por ejemplo, problemas de adenoides.

Tabla 34. Número de veces a la semana de ronquidos.

VECES POR SEMANA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	3	10%
2	7	24%
3	5	17%
5	1	4%
7	13	45%
Total	**29**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 30. Número de veces a la semana de ronquidos.



Como se observa en la tabla 34 y grafica 30 los 29 encuestados que refirieron que durante la noche roncan, en su mayoría con 13 respuestas coincidieron en que roncan 7 veces a la semana, es decir que realizan esta acción diariamente, representado, así como el 45% de los entrevistados.

5.31. Cepillado dental.

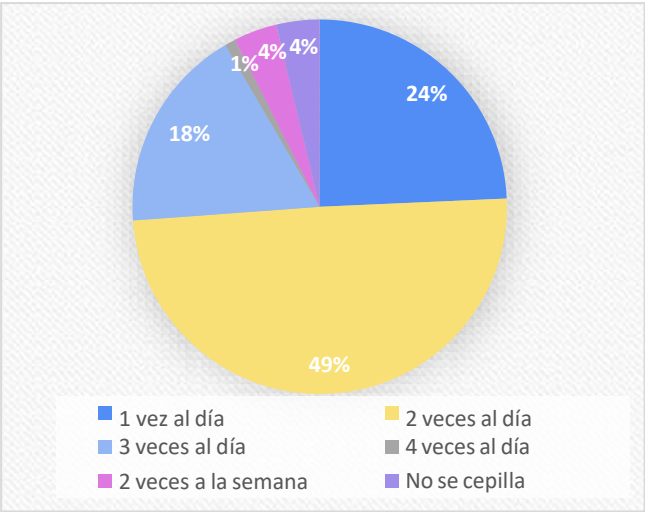
La práctica del cepillado dental es de gran importancia durante la infancia, pues se crean hábitos respecto a la salud bucal, el no realizar un correcto cepillado puede ocasionar la presencia y evolución de caries, formación de cálculo dental y problemas periodontales que posteriormente pueden poner en riesgo la permanencia de las piezas dentales. Así también, cuando existe apiñamiento dental, es indispensable llevar una correcta higiene debido a la posición en la que se encuentran las piezas dentales para evitar desarrollar problemas a futuro.

Tabla 35. Cepillado dental.

NUMERO DE VECES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 vez al día	26	24%
2 veces al día	53	49%
3 veces al día	19	18%
4 veces al día	1	1%
2 veces a la semana	4	4%
No se cepilla	4	4%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 31. Cepillado dental.



Se obtuvo que 26 participantes solo realizan en una el cepillado dental en una ocasión al día equivalente al 24%, 53 de los pequeños se cepillan 2 veces al día representando el 49%, en 3 ocasiones al día lo realizan 29 niños correspondiente al 18%, con un mismo número de participantes en dos categorías encontramos que 4 niños llevaban a cabo el cepillado 2 veces a la semana o no se cepillan reflejado como el 4% cada uno, por ultimo con un solo participante encontramos que efectúa 4 o más veces al día el cepillado dental. (Tabla 35 y grafica 31)

Lo alarmante de esta encuesta es el hecho de que hay pequeños que no tienen una correcta higiene bucal como aquellos que solo se cepillan una solo vez al día, 2 veces a la semana o no realizan ninguna técnica de cepillado, por lo que a la exploración se encontró abundante placa dentobacteriana, halitosis y una alta prevalencia de caries dental.

5.32. Ayuda con el cepillo dental.

Es indispensable que los pequeños reciban ayuda al momento de realizar su cepillado dental para poder realizarlo de forma correcta, sobre todo en pacientes menores de 8 años, posteriormente una vez que los infantes comienzan a realizarlo por sí mismos es sustancial

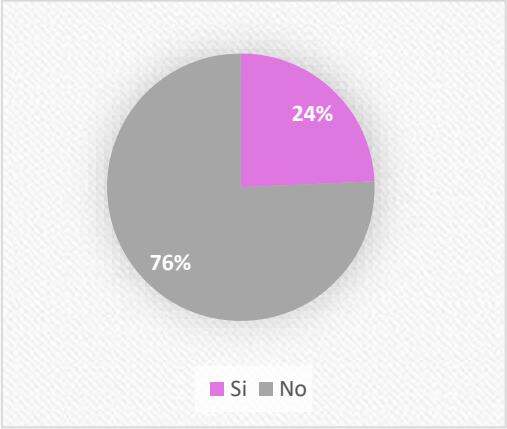
que los padres supervisen el número de veces que lo realizan, así como la forma en que lo realizan para garantizar una correcta higiene.

Tabla 36. Ayuda en cepillo dental.

AYUDA EN CEPILLADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	26	24%
No	81	76%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 32. Ayuda en cepillo dental.



La mayor parte de los entrevistados no reciben ayuda al momento de cepillarse, 81 de los entrevistados realizan su cepillado sin supervisión de un adulto equivalente al 76%, mientras que solo 26 niños si reciben ayuda o supervisión durante el cepillado correspondiente al 24% como se observa en la tabla 36 y grafica 32.

5.33. Antecedentes familiares de maloclusión.

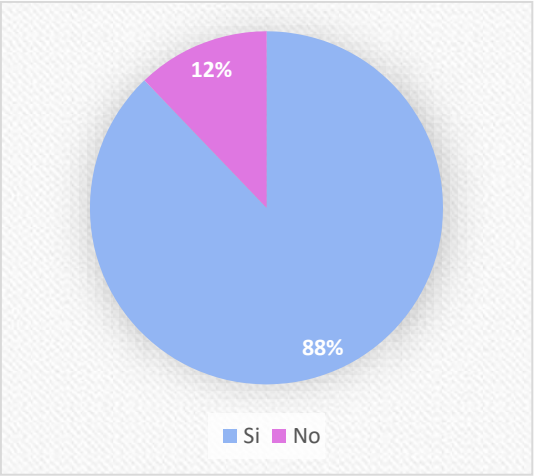
Como se ha descrito anteriormente, el factor hereditario como lo relata …. juega un papel primordial en la prevalencia de maloclusiones, por lo que conocer estos antecedentes juega un papel primordial durante nuestra investigación.

Tabla 37. Antecedentes familiares de maloclusión.

ANTECEDENTES DE MALOCLUSION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	94	88%
No	13	12%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 33. Antecedentes familiares de maloclusión.



En la tabla 37 y grafica 33 encontramos que la mayoría de los entrevistados refirieron presentar antecedentes de maloclusión por parte de sus madres, padres, hermanos o familiares cercanos, 94 de los entrevistados afirmaron que en su familia existe alguna alteración en la oclusión, representado con el 88%, por otro lado solo 13 entrevistados aseguraron no tener antecedentes de maloclusión en su familia cercana.

5.34. Traumatismos dentales.

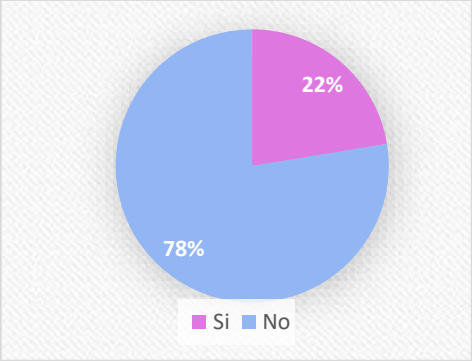
Recibir un traumatismo en piezas dentales durante la infancia pueden influir en la oclusión, dependiendo de la severidad con la que se reciba, puede existir una afectación en los gérmenes dentales de los órganos dentales permanentes que posteriormente repercutirán en la oclusión.

Tabla 38. Traumatismos dentales.

TRAUMATISMOS DENTALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	24	22%
No	83	78%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 34. Traumatismos dentales.



24 de los participantes de esta investigación han tenido algún traumatismo dental en algún momento de su vida correspondiente al 22%, mientras que 83 niños afirmaron no haber tenido ningún traumatismo dental equivalente al 78% como se muestra en la tabla 38 y grafica34.

5.35. Visita dental después de un traumatismo.

Además de las citas regulares que los pequeños deberían tener con el estomatólogo para la prevención de enfermedades dentales, así como el seguimiento en el proceso de cambio de dentición para la identificación temprana de maloclusiones, es indispensable que ante cualquier incidente que pueda condicionar la erupción de piezas dentarias permanentes como un traumatismo dental que puede propiciar giroversiones, anquilosis o perdida prematura de las mismas se acuda a consulta con el dentista.

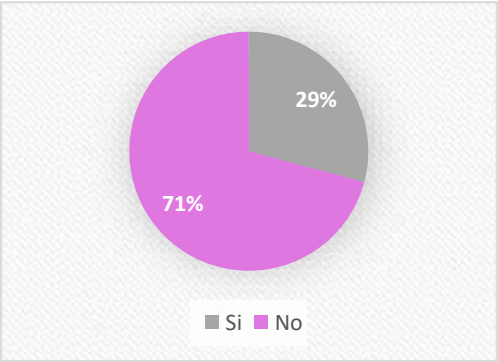
Del total de 107 encuestados, 24 de ellos refirieron haber sufrido un traumatismo dental, a los cuales se les cuestiono respecto a si recibieron atención dental y los resultados obtenidos se presentan a continuación en la siguiente tabla y grafica.

Tabla 39. Visita dental después de un traumatismo.

VISITA AL DENTISTA POR TRAUMATISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	29%
No	17	71%
Total	**24**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 35. Visita dental después de un traumatismo.



Solo 7 de los participantes que refirieron haber sufrido algún traumatismo acudieron a consulta dental para que se realizara una valoración después sufrirlo equivalente al 29%, mientras que 17 niños no acudieron a revisión con el dentista correspondiente al 71%. (tabla 39 y grafica 35)

5.36 Anomalías en número de piezas dentales.

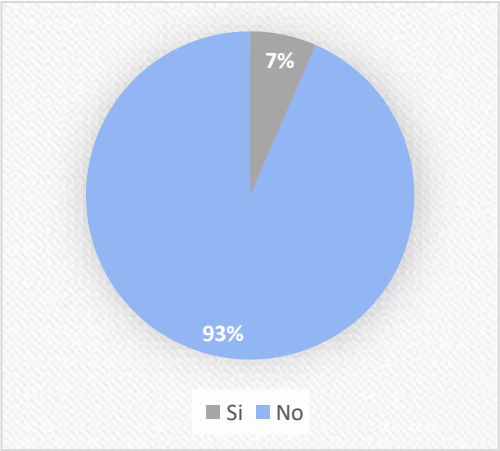
La presencia de dientes supernumerarios, así como la agenesia de piezas dentales, es un factor por el cual se pueden generar problemas de maloclusión.

Tabla 40. Anomalías en número de piezas dentales.

ANOMALIAS NUMERO DENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	7%
No	100	93%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 36. Anomalías en número de piezas dentales.



En la tabla 40 y grafica 36 podemos ver que solo 7 encuestados presentaron una anomalía en el número de piezas dentales representado como el 7% del total de encuestados, mientras que 103 no tuvieron ninguna alteración en cuanto al número de piezas dentales, lo que se representa como el 93%.

5.37. Síndromes.

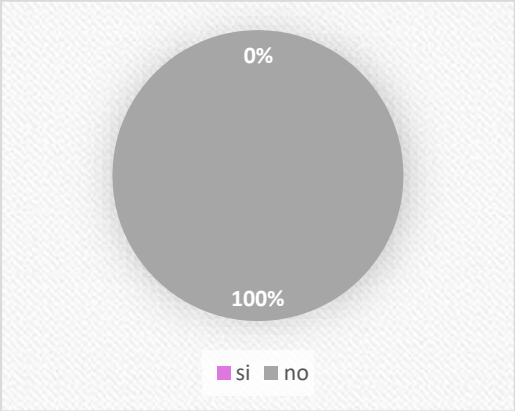
La prevalencia de ciertos síndromes puede favorecer el desarrollo de maloclusiones, por lo cual resulto importante para esta investigación conocer si existía la prevalencia de alguno.

Tabla 41. Padecimiento de algún síndrome.

SINDROMES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0%
No	107	100%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 37. Padecimiento de algún síndrome.



Ninguno de los entrevistados refirió padecer algún síndrome como se observa en la tabla 41 y grafica 37.

5.38. Presencia de espacios primates.

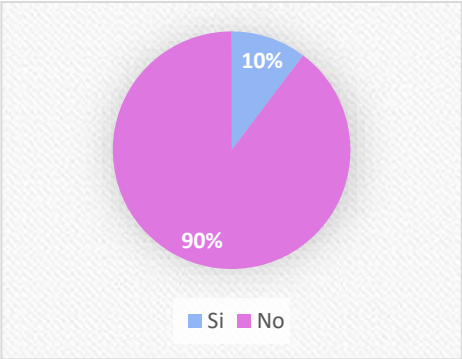
La presencia de espacios durante el recambio dental resulta importante para una correcta erupción y posición de las piezas dentales.

Tabla 42. Espacios primates.

ESPACIOS PRIMATES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	11	10%
No	96	90%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 38. Espacios primates.



11 pacientes presentaron espacios primates representado como el 10%, mientras que 96 niños no tuvieron presencia de estos lo que se refleja cómo el 90%. (Tabla 42 y grafica 38)

5.39. Deglución atípica.

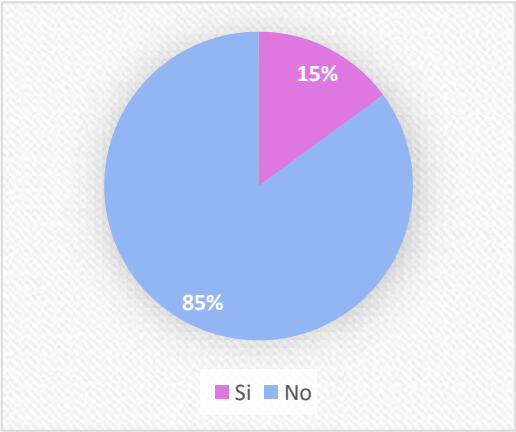
Al ser la lengua el musculo más fuerte que poseemos, cuando no coloca inapropiadamente como en el caso de la deglución atípica favorece al desarrollo de maloclusiones pues ejerce fuerza sobre los incisivos promoviendo en muchos una mordida abierta.

Tabla 43. Deglución atípica.

DEGLUCION PRIMARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	16	15%
No	91	85%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 39. Deglución atípica.



En la tabla 43 y grafica 39 podemos observar que el 15% de los entrevistados presenta habito de deglución atípica con un total de 16 niños, por otro lado, en 91 participantes no se observó presencia de habito de deglución atípica equivalente a 85%. Es importante poder detectar a tiempo el hábito de deglución atípica en los niños, pues generalmente está asociado a respiradores orales como lo menciona Ramos-Ríos JA, et al. en2017. [18]

5.40. Erupción Ectópica.

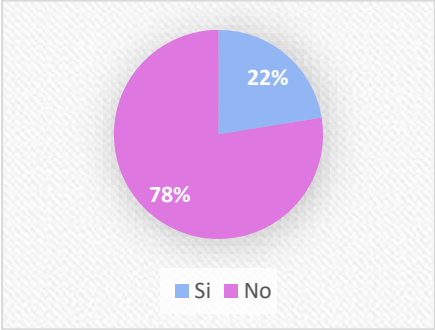
La ausencia de espacios dentales puede provocar que los dientes no logren erupcionar de forma correcta, debido a esto algunos órganos dentales se colocan en posiciones diferentes al lugar en el que deberían erupcionar, creando así maloclusiones por la malposición de las piezas.

Tabla 44. Erupción ectópica.

ERUPCION ECTOPICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	24	22%
No	83	78%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 40. Erupción ectópica.



24 de los encuestados presentan erupción ectópica de diferentes piezas dentales, representado como el 22% del total de encuestados, por otra parte 83 participantes no presentaron erupción ectópica de las piezas dentales reflejado como el 78% como se muestra en la tabla 44 y grafica 40.

Se pudo observar que el órgano dental que tuvo mayor número de erupción ectópica en los pequeños entrevistados fue en los incisivos centrales inferiores, motivo por el cual acudían a

consulta para el retiro de los órganos temporales ya que no se había podido lograr la exfoliación completa de estas piezas.

5.41. Anomalías en tamaño dental.

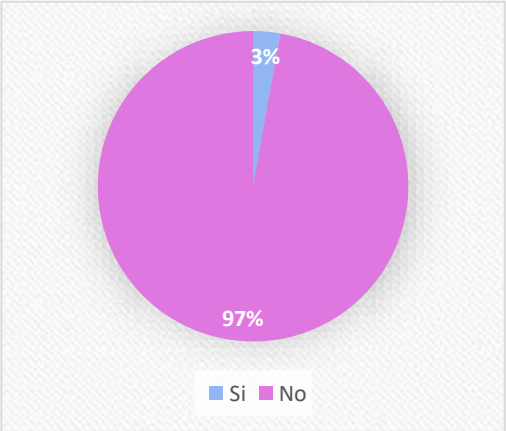
Una condicionante para la prevalencia de maloclusiones como se ha mencionado anteriormente es la presencia de espacios que permita el correcto recambio dental, existen anomalías en cuanto al tamaño de piezas dentales que pueden ayudar al desarrollo de maloclusiones. En el caso de anomalías en el tamaño dental encontramos que puede presentarse como macrodoncia o microdoncia de las piezas dentales.

Tabla 45. Anomalías en tamaño dental.

ANOMALIAS EN TAMAÑO DENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	3	3%
No	104	97%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 41. Anomalías en tamaño dental.



Solo en 3 de los 107 encuestados se observó una alteración en el tamaño de las piezas dentales que representa una minoría del 3%, siendo así que 104 participantes no presentaron ninguna alteración en el tamaño de sus piezas dentales lo cual corresponde a un 97%. (Tabla 45 y grafica 41)

5.42. Anomalías en la forma dental.

Al igual que el tamaño de las piezas dentales, la forma de algunas piezas dentales que presentan alguna anomalía puede propiciar el desarrollo de maloclusiones porque puede

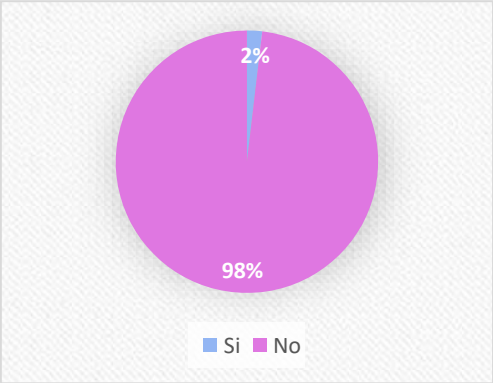
condicionar puntos prematuros de contacto, giroversiones, desgaste de piezas antagonistas, etc.

Tabla 46. Anomalías en la forma dental.

ANOMALIAS EN LA FORMA DENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	4	4%
No	103	96%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 42. Anomalías en la forma dental.



En la tabla 46 y grafica 42 se puede observar que al igual que las anomalías en tamaño solo una minoría de los entrevistados presento anomalías en la forma dental, de los 107 participantes solo 4 tienen alguna alteración, representado como el 4% del total de los participantes, mientras que 103 participantes no presentan ninguna anomalía en la forma de sus piezas dentales equivalente al 96%

5.43. Maloclusiones de origen muscular.

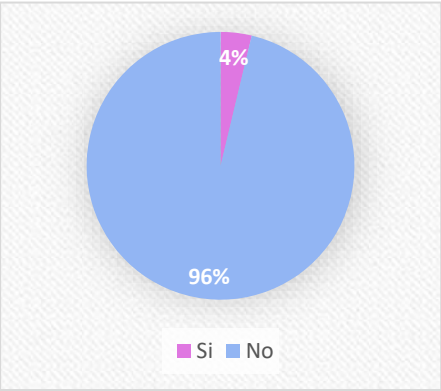
El desarrollo de la oclusión tiene una estrecha relación con la función de los músculos masticadores, por lo que es importante conocer el método de alimentación durante los primeros meses de vida que favorece al correcto desarrollo de estos, así como los hábitos que el pequeño presente, por lo que se pueden generar maloclusiones de origen muscular.

Tabla 47. Maloclusiones de origen muscular.

MALOCLUSIONES DE ORIGEN MUSCULAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	2	2%
No	105	98%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 43. Maloclusiones de origen muscular.



105 participantes no presentaron signos de maloclusiones de origen muscular flejado como el 98%, mientras que solo 2% de los niños con 2 participantes si la presentaron como se representa en la tabla 47 y grafica 43.

5.44. Maloclusión más frecuente.

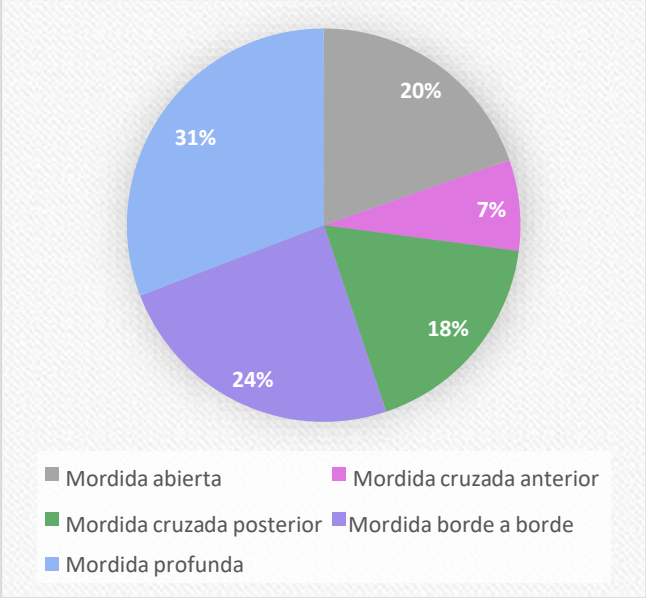
Durante el desarrollo de esta investigación pudimos observar las distintas maneras en los cuales se pueden presentar las maloclusiones que a continúan se muestran.

Tabla 48. Maloclusión más frecuente.

MALOCLUSIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mordida abierta	21	20%
Mordida cruzada anterior	8	7%
Mordida cruzada posterior	19	18%
Mordida borde a borde	26	24%
Mordida profunda	33	31%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 44. Maloclusión más frecuente.



En la exploración clínica de los participantes, se observó que 33 infantes presentaron una mordida profunda, la cual, dentro de esta investigación resulto ser la de mayor incidencia y se traduce como el 31%, seguido por 26 participantes que presentaron mordida borde a borde con un equivalente al 26%, posteriormente encontramos que 21 encuestados mostraron mordida abierta correspondiente al 20%, mientras que en 19 niños se observó presencia de mordida cruzada posterior representando el 18%, por último en 8 pequeños se encontró presencia de una mordida cruzada anterior reflejado como el 7%. (Tabla 48 y grafica 44)

5.45. Clase molar derecha.

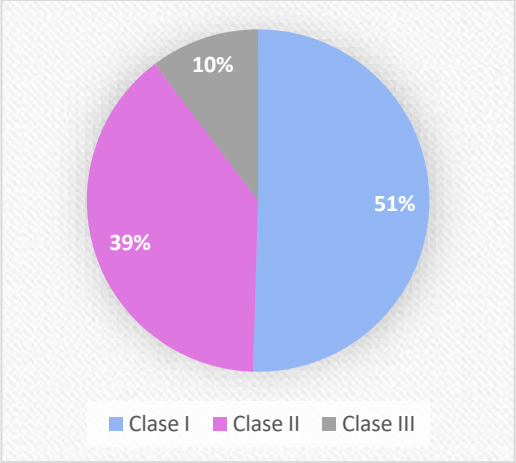
Mediante la clasificación de Angle se catalogó el tipo de clase molar que presentaron los pequeños para verificar cual clase molar predomina en esta población.

Tabla 49. Clase molar derecha.

CLASE MOLAR DERECHA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clase I	54	51%
Clase II	42	39%
Clase III	11	10%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 45. Clase molar derecha.



Como podemos observar en la tabla 49 y grafica 45 la clase molar con mayor incidencia observada del lado derecho fue la clase I con el 51% conformada por 54 infantes, lo que resulta interesante es que la clase molar II tuvo también una gran incidencia observada en 42 de los entrevistados representada con un 39%, mientras que la clase molar solo fue observada en 11 pacientes equivalente al 10%.

5.46. Clase molar izquierda.

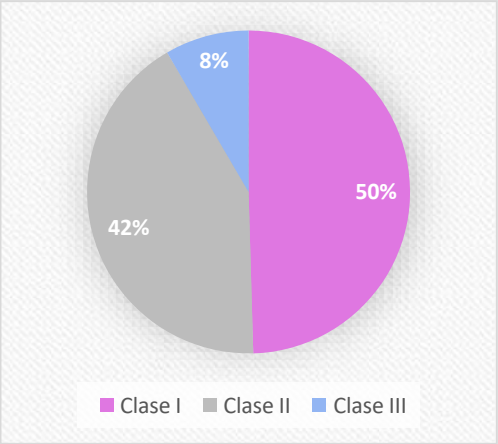
Al igual que la clase molar derecha se clasifico la clase molar izquierda para conocer cuál era la de mayor prevalencia en esta investigación.

Tabla 50. Clase molar izquierda.

CLASE MOLAR IZQUIERDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clase I	53	50%
Clase II	45	42%
Clase III	9	8%
Total	**107**	**100%**

Fuente: Jimenez-Muñoz Y. 2023.

Grafica 46. Clase molar izquierda.



Los resultados de la clase molar izquierda fueron similares a los de la clase molar derecha, con 53 participantes encontramos que la clase molar I predomino con un 50%, seguido por la clase II presente en 45 niños equivalente al 42%, mientras que solo 8 entrevistados presentaron una clase III correspondiente al 8% como se muestra en la tabla 50 y grafica 46.

DISCUSIÓN.

Las maloclusiones dentales, como ya ha sido mencionado con anterioridad, al ser identificadas oportunamente pueden ser corregidas de manera correcta. En el presente estudio realizado en 107 pacientes de los cuales el 54% fueron niñas y el 46%niños, de acuerdo con la clasificación de Angle, se halló que la clase molar más frecuente enel sector derecho fue la clase I presente en 54 infantes (51%), seguida por la clase II presenteen 42 niños (39%) y por último la clase III con una minoría de 11 pequeños (10%). En el sector izquierdo de igual manera la clase más frecuente fue la clase I presente en 53 niños (50%), posteriormente la clase II en 45 pacientes (42%) y por último la clase III con 9 pacientes (8%). Si bien, la clase I tuvo predominancia en ambos sectores, resulta de interés ver los resultados tan estrechos respecto a la clase II. Estos resultados concuerdan con los realizados por Devanna R. et al. [(11)] y Fajardo J en colaboración con Gonzales L. [(50)] respectoal orden en que predominan las clases molares siendo la clase I la de mayor frecuencia observada en los infantes participantes en ambas investigaciones con respecto a su relación en presencia de maloclusiones.

La manifestación de maloclusión más frecuente observada en los 107 pacientes fue la mordida profunda, representada como el 31% con un total de 33 participantes, si bien, esta fue la maloclusión más frecuente, la mordida borde a borde se observó en 26 infantes siendo así la segunda maloclusión con mayor observación representada con el 24%, estos resultados Como ha sido descrito anteriormente, las maloclusiones son de origen multifactorial, pero, por los resultados obtenidos en esta investigación podemos notar la influencia de algunos factores que en la mayoría de los participantes se encontró.

Uno de los resultados más significativos fue respecto a la presencia de caries dental, donde 83 de los participantes (78%) las poseía, siendo los 6 años (40%) la edad más frecuente en la que se dio inicio. Del total de entrevistados con caries (83 niños), al momento de la inspección clínica, se pudonotar que, respecto al número de caries presentes, la mayoría presentaban 2 caries dentales (29%) observado en 24 niños, seguido de 3 caries en 18 participantes (22%) y en tercer lugar

la presencia de 4 caries en 14 niños (17%), una minoría mostro una abundante presencia de 9 (2%) y de 11 (1%) caries, que resulto alarmante por el estado en el que se encontraba su cavidad bucal, lo cual demuestra la desinformación y desinterés que los padres de familia tienen respecto a la salud bucal de sus pequeños, pues de los infantes participantes solo 21 (20%) tenían rehabilitación de caries dental y de estos, 12 pequeños (57%) solo tenían una pieza rehabilitada y el resto de caries no habían sido tratadas.

La presencia de caries dental favorece el desarrollo de maloclusiones debido a la perdida de estructura que van desarrollando los órganos dentales durante la evolución de la caries, por lo que se generan movimientos dentales para cierre de espacios en caries interproximales o incluso, al ser caries extensas se va perdiendo estructura de la corona dental por partes, por lo que en muchas ocasiones es necesario el retiro de una porción de corona que ha quedado adherida a la encía y el recambio dental en esa zona sufre afectaciones como giroversiones o apiñamiento.

La presencia de hábitos deformantes también estuvo muy presente en los resultados de esta investigación, 50 infantes (47%) presentaron alguno, siendo la onicofagia la más frecuente en 25 de los participantes (50%), seguida por la succión digital presente en 13 de los entrevistados (26%), concordando con Arias A, et al. [(12)] respecto a la presencia de hábitos deformantes y su relación con las maloclusiones. Así también, resulta interesante que en el tema de alimentación 70 de los infantes (65%) utilizan o utilizaron biberón o chupón, siendo este un factor que puede favorecer el desarrollode maloclusiones. La mayor frecuencia en cuanto al tiempo de uso fue de dos veces al día n19 niños (27%) seguida por el uso 3 veces al día en 6 infantes (23%). Estos resultados concuerdan con Mendoza et. al [(51)] respecto a la frecuencia en el uso de biberones o chupones.

Respecto al tema de herencia, se encontró que en 94 de los entrevistados (88%) hay antecedentes de maloclusiones en familiares cercanos, al igual que lo descrito por Duque de Estrada Y. [(53)] en su estudio Factores de riesgo asociados con la maloclusión, donde se describe que existe una estrecha relación la influencia en la herencia por parte de familiares que presentan características de maloclusión similares a las de los pequeños participantes.

CONCLUSIÓN.

De los 107 participantes en esta investigación, entre los 6 y 12 años, la mayor frecuencia en la edad de los entrevistados se presentó en los 10 años (29%), así como una mayor incidencia en el género femenino (54%). De los resultados obtenidos, podemos concluir que existe un problema de salud dental muy grande en este sector poblacional, ya sea por falta de información de los padres respecto a lasalud bucal de los pequeños o por descuido de estos.

Las cifras respecto a la presencia de caries resultan alarmantes pues la mayoría de los infantes participantes (78%) presentan por lo menos una caries no tratada así también (76%) no reciben ayuda para realizar un cepillado de forma correcta y la mayoría solo lo realiza 2 veces al día (49%). Existe una gran influencia genética, al tener problemas de maloclusión en la familia, los padres normalizan la posición de las piezas dentales y por lo tanto los pequeños no reciben ayuda respecto a las maloclusiones presentadas. Así también, no hay información por parte de los padres de familia respecto al control de hábitos deformantes y por lo mismo no se busca como corregirlos.

La mayoría de los padres, no supieron reconocer una maloclusión dental y cuando se les informo respecto a las mismas, no tomaron importancia del asunto, debido a que la institución donde se realizó el estudio no brinda ningún tratamiento para la corrección de estas.

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.

El presente proyecto de investigación respetará la ley de protección de datos personales y la NOM-013-SSA2-2015. Se enviará a evaluación con la comisión de investigación de la Licenciatura de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Complejo Regional Sur. La información recabada en esta investigación se manejará de manera confidencial y no atentará en contra de la integridad de los pacientes que participan de la misma. Los padres o tutores que acompañen a los menores deberán firmar un consentimiento informado donde se les explica la finalidad de esta investigación y el manejo de sus datos personales y fotografías clínicas, se les informará que su participación es voluntaria y libre, si no están de acuerdo con algún punto o acción podrán negarse a participar o en determinado caso, retirarse en cualquier etapa sin ninguna consecuencia.

Así también, esta investigación se realizará conforme a las normas Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

NOM—004-SSA3-2012, en el cual se establecen los criterios para el expediente clínico.

NOM-013-SSA2-2006, prevención y control de enfermedades bucales.NOM-034-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS.

La presente investigación, busca crear conciencia sobre el problema de salud pública en el sector poblacional de la UMF 9, así como también, dar un panorama de la realidad en la que los infantes se encuentran en la actualidad.

La maloclusión dental en niños ocupa el tercer lugar de problemas dentales según la OMS, y al no tener tanta visibilidad para la población como un riesgo latente, no se le da la importancia necesaria por lo que en unos años podría posicionarse como el principalproblema al que nos enfrentemos como profesionales de la salud.

Las expectativas de esta investigación que se buscaron al realizar este estudio, es poder concientizar sobre la evolución que se presenta en cuanto la frecuencia de maloclusiones en los niños y poder accionar medidas de prevención respecto a los diferentes factores etiológicos que pueden favorecer su desarrollo, así como una vigilancia por parte del estomatólogo y darle la importancia que merece para poder realizar tratamientos oportunos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leon O, Reytor E, Perez L, De la Rosa Y, Castillo R. Desarrollo histórico de la especialidad ortodoncia en Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana. 2020. 1608-8921. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212020000100071
2. Mora C, Álvarez I, Blanco A, Gomez M. Desarrollo de la ortodoncia en la provincia Cienfuegos. Medisur. 2018. 309-321. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000200014
3. Mendoza L, Meléndez A, Ortiz R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia. 2014. vol. 2, Núm. 4 pp 220-227. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52835
4. Herrera I, Torres A. Ortopedia funcional de los maxilares en el tratamiento temprano de maloclusiones clase II por retrusión mandibular: reporte de caso clínico. Revista Mexicana de Ortodoncia. 2017;5(3):170-175. https://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2017/mo173f.pdf
5. Rivas G, et al. Avances científico-técnicos en ortodoncia y su impacto social. Conrado. 2020. Vol. 16 no. 72. ISSN 2519-7320. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000100039
6. Herrero S, Arias M. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Mul Med. 2019;23(3):580-591. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90513
7. Pavoni C, et al. (2018) Treatment timing for functional jaw orthopaedics followed by fixed appliances: a controlled long-term study, European Journal of Orthodontics, Volumen 40, número 4. 430- 436, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29099926/
8. Yu X, Zhang H, Sun L, Pan J, Liu Y, Chen L. (2019) . Prevalence of malocclusion and occlusal traits in the early mixed dentition in Shanghai, China. PeerJ 7 : e6630 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30972246/
9. Meza E, Olivera P, Rosende M, Peláez A. (2021) Maloclusiones funcionales y su relación con hábitos orales en niños con dentición mixta. Rev Asoc Odontol Argent. 12 15;109(3):171-176. https://doi.org/10.52979/raoa.1151
10. Segeur-Serey, et al. (2020) Prevalence of malocclusion and dental caries, among Aymara children in Colchane, Chile. Revista Internacional de Odontoestomatología. vol.14 no.2 ISSN 0718-381X. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2020000200191&script=sci_arttext&tlng=pt
11. Devanna R, et al. (2021) Prevalence of malocclusion among children of the Kingdom of Saudi Arabia – A systematic review and meta-analysis.The Saudi Dental Journal. Vol. 33 826-834 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1013905221001048
12. Arias A, et al. 2017. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis de Potosí-México y Medellín –Colombia, 2016. Rev. Nac Odontol. ISSN: 1900-3080 elSSN 2357-4607. https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1814/2298

13. López Gallegos E, Armas A, López Ríos E, Nuñez A, Tatés A. (2018) Prevalencia de habitos deletereos y maloclusiones en dentición mixta en niños de la ciudad de Quito, Ecuador. 1812- 7886 ISSN(Digital): 2410-2717. http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16693/1/Prevalencia%20de%20h%c3%a1bitos%20deletereos%20y%20maloclusiones%20en%20dentici%c3%b3n%20mixta%20en%20ni%c3%b1os%20de%20la%20ciudad%20de%20Quito%2c%20Ecuador.pdf
14. Ayala-Galdámez T, et al. (2018) Prevalencia de maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en niños con dentición mixta en cuatro centros escolares salvadoreños utilizando el índice de estética dental durante el año 2015. Rev Minerva. ISSN 2521-8794. https://minerva.sic.ues.edu.sv/index.php/Minerva/article/view/9/5
15. Mora-Zuluaga N, Torres-Trujillo K, Aragón N, Soto-Llanos L. (2020) Presencia de hábitos orales en pacientes con maloclusiones de 4 a 14 años, Cali, Colombia. Revista Nacional De Odontología, 16(2), 1–12. https://doi.org/10.16925/2357-4607.2020.02.04
16. Del Real M, Becerra J, Rivas R, Aguilar S. (2018) Componentes de la maloclusión clase II esquelética en niños mexicanos de 8 a 12 años. Revista Táme. 7 (19):708-711. http://192.100.162.123:8080/bitstream/123456789/2103/1/componentes%20de%20la%20maloclusion%20clase%20II%20esqueletica%20en%20ni%c3%b1os%20mexicanos%20de%208%20a%2012%20a%c3%b1os.pdf
17. Mendez J, Rotela R, Gonzalez A. (2020) Prevalencia de Maloclusión en niños de 6 A 12 años de la ciudad de coronel Oviedo, Paraguay, Año 2016. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 18(2): 86-9. https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/537/543
18. Ramos-Ríos JA, Ramírez-Hernández E, Vázquez-Rodríguez EM, Vázquez-Nava F. (2017) Asthma-associated oral and dental health repercussions in children aged 6 to 12 years. Rev Alerg Mex. 64(3):270-276. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29046025/
19. Moreno BY, Rodríguez PMC, Rodríguez CHE, et al. (2019) Comportamiento de maloclusiones en niños de 6 a 12 años, municipio Arroyo Naranjo.2018. Rev Cub de Tec de la Sal. 10(2):44-52. https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2019/cts192f.pdf
20. Canut JA. Ortodoncia clínica y terapeutica (2000), Barcelona. 2 da. Edicion. Salvat editores. https://books.google.com.mx/books?id=5C06pd4R9TMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
21. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. (2010) Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Médica panamericana. Cap. 2; pag. 22-4 https://books.google.com.ec/books?id=oXr3kxs0fGcC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false
22. Barberia E, et al. (2021) Odontopediatría 2ª edición. Barcelona. Masson. Cap. 3; pag 53-63.
23. Dean J, Jones J, Walker L. (2016) Odontologia pediatrica y del adolescente. Elsevier. Cap. 20; pag 384. https://www.google.com.mx/books/edition/McDonald_y_Avery_Odontolog%C3%

ADa_pedi%C3%A1tric/RedfDwAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=planos+terminales+dentales&pg=PA384&printsec=frontcover

24. Prados Sánchez, E. (1992). Prevalencia de los dientes retenidos: análisis de la diferencia de sexo, edad y estado dental como factores de riesgo: descriptiva y analítica de las condiciones de morbilidad. España.
25. Radi, J. N., Álvarez, G. J. (2017). Alteraciones del desarrollo dental: Aspectos claves (1a edición). Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas CIB.
26. Cisneros G, Cruz I. (2017). Detalles clínicos de la oclusión dental en niños de un círculo infantil. Santiago de Cuba. MEDISAN; 21(7):781. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700002
27. Gonzalez L, Rodriguez A, Soto L. (2020). Factores de riesgo de la maloclusión. Medicent Electrón. 1029 3043. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002
28. Pascual D, Bruna del Cojo M, Padro L, Arias C. (2021). Prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de Angle en una población universitaria. Cient. Dent; 18; 1; 15-20 https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol18num1/2prevalencia.pdf
29. García A, Téllez T, Fontaine O, Rodríguez M. (2016). Características de los pacientes con maloclusiones atendidos en la Clínica Dental Docente de Octubre Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 41(4): 1-6. http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/616
30. Rodriguez N, Medrano J. (2017). Habitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. Holguín Cuba. Correo Científico Médico de Holguín. (2) 1560-4381. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200011
31. Maldonado M, Gonzalez A, Huitzil E, Isassi H, Reyes R. (2016). Lactancia materna y caries de la infancia temprana. Rev Odotopediatria Latinoamericana. Vol 6 No 2. https://www.medigraphic.com/pdfs/alop/rol-2016/rol162c.pdf
32. Rodriguez N, Medrano J. (2017). Habitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. Holguín Cuba. Correo Científico Médico de Holguín. (2) 1560-4381. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200011
33. Morera A, Sexto N, Yanes B, Casanova A. (2016). Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. Cienfuegos, Cuba. Medisur. 1727-897X https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65386
34. Ruiz Y. (2019) Hábitos de succión y su relación con las maloclusiones. Universidad privada de Tacna. https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/1109/Ruiz-Jimenez-Yanina2.pdf?sequence=6&isAllowed=y
35. Mora N, Torres K, Aragón N, Soto L. (2020) Presencia de hábitos orales en pacientes con maloclusiones de 4 a 14 años, Cali, Colombia. Rev. Nacional de Odontología. https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/3697/3156
36. Lima M, Rodriguez A, Garcia B. (2019) Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Revista Cubana de Estomatología; 56(2):e1395

https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubest/esc-2019/esc192i.pdf
37. Cervera J, Ygual A. (2022) Guía para la evaluación de la deglución atípica. Cuadernos de Audición y Lenguaje. nº3, Sección A, Páginas 57:65 https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43801317/guia_para_evaluar_la_deglucion_atipica-libre.pdf?1458181204=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DGuia_para_la_evaluacion_de_la_deglucion.pdf&Expires=1676010865&Signature=Bp2Yig-jGRKLivI-meYs7EUhHMpF8jAF3Te8F3LUALTpDgz41gWWbk6hkSv92cz9geLLCVqe6MJbeza9YULKyBP1~YVe28XM~QxRBtUmfPzFgLg5mbNj0kunY6HauD7Q2miMw4nutuaaq30Xfa4a05rUc4i~ZfsfLl8IyzrqIPUccdTfuA8EvA7UG5OxliJuep5eNS2-~xWpvJ5~8rQ9eU3XU88rJHWMaHlPs15QcuE5loB6EoxtzdSqgT5L3h10E1kgIsz0s18byAW-NeLYPx2f2DclTLDKC5WNdUnG-EFzyz6MOkiS4JquMvUecj~BRaDOFhfdOskuPXuCTXI9Aw &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
38. Mendoza A, Asbún P, Crespo A, Gonzales S, Patiño R. (2008). Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. La Paz, Bolivia. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. 1024-0675.

    http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752008000100002&script=sci_abstract
39. Lugo C, Toyo I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 1317-5823. https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/
40. Blanco L, Guerra M, Rodríguez, S. (2007). Lactancia materna en la prevención de habitos orales viciosos de succion y deglucion. *Acta Odontológica Venezolana*, *45*(1), 71-73. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000100012&lng=es&tlng=es.
41. Vergara O, Barrueco L, Diaz L, Pérez E, Sánchez T. (2014) Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. MEDISAN 2014;18(8):1091 https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445166005.pdf
42. Neela PK, Atteeri A, Mamillapalli PK, Sesham VM, Keesara S, Chandra J, Monica U, Mohan V. (2020) Genetics of Dentofacial and Orthodontic Abnormalities. Glob Med Genet. 95-100. https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0040-1722303
43. Silva X, Ruiz R, Cornejo J, Llanas J. Prevalencia de caries, gingivitis y maloclusiones en escolares de Ciudad Victoria, Tamaulipas y su relación con el estado nutricional. Revista Odontológica Mexicana. 2013 Vol. 17. 221-227. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2013000400004
44. Ramos-Ríos JA, Ramírez-Hernández E, Vázquez-Rodríguez EM, Vázquez-Nava F. (2017) Asthma-associated oral and dental health repercussions in children aged 6 to 12 years. Rev Alerg Mex. 64(3):270-276. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29046025/
45. Inda-Velázquez K, Gutierrez-Rojo J. (2020). Severidad de apiñamiento dental en maloclusiones. Revista Española de Ortodoncia, 50(1), 5-9. https://pwebebsco.bibliotecabuap.elogim.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=f3d4a2d7-7cdc-49d1-9a4a-f95dc7460fb6%40redis

46. Rodríguez S, Hernández J, Pomar C, et al. (2016) Corrección de una mordida abierta anterior en paciente clase II esqueletal: reporte de un caso. Rev Mex Ortodon;4(2):96-102. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65298amp/

47. Cueto Salas, Anaid, & Fernández Ysla, Rebeca. (2014). Efectividad del Equiplán en el tratamiento de la mordida profunda. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 13(1), 85-93. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000100010&lng=es&tlng=es.

48. Ruiz L, Saez E. (2015) Correccion de mordida cruzada anterior con ortopedia. Rev. Mex Ortodon. 3(4):239-248. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61273

49. Aíaújo PAKR, Coelho PM, ▮ˇavaíes CM, et al. (2019) Relación entíe moídida cíuzada posteíioí unilateíal y hábitos bucales deletéíeos en píeescolaíes de un municipio del sudoeste del Bahía. Rev Odotopediatí Latinoam; 9(1):39-47 https://www.medigíaphic.com/pdfs/alop/íol-2019/íol191e.pdf

50. Fajardo J, Gonzales L. (2016) Prevalencia de maloclusiones dentales en escolares de 12 años en Monay-Cuenca 2016. Revista OACTIVA UC Cuenca . Vol. 1, No. 2, pp 22-38 ISSN 24778915. https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/133/252

51. Mendoza OL, Meléndez OAF, Ortiz SR, et al. (2014) Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev Mex Ortodon;2(4):220-227. https://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2014/mo144b.pdf

52. Duque de Estrada Y et al. (2004) Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Rev cubana Estomatol, Ciudad de La Habana, v. 41, ISSN 1561- 297X. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002

ANEXO 1

Tehuacán, Puebla, a____de_____de 2022.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de este documento, queda invitado o invitada a participar en la investigación titulada: **Prevalencia de Maloclusiones Dentales en una población escolar de derechohabientes en la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan**, antes de decidir,necesita entender por qué se está realizando esta investigación y en qué consistirá su participación. Por favor tómese el tiempo que usted necesite, para leer la siguiente información cuidadosamente y pregunte cualquier cosa que no comprenda.

Si usted lo desea puede consultar con personas de su confianza (familiar, u otros) sobre la presente investigación, o bien, contactar directamente con la Facultad de Estomatología del Complejo Regional Sur de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla al correo estomatología.crs@correo.buap.mx o bien al teléfono (222) 2295500 y/o si así lo desea con a la directora de la tesis la Dra. Guadalupe Barajas Arroyo al correo guadalupe.barajas@correo.buap.mx.

La investigación tiene como finalidad realizar un análisis sobre la prevalencia de mala posición de los dientes, a la cantidad de niños o niñas que lo presentan y los antecedentes relacionados a la formación de los dientes de su hijo/a. Este estudio está aprobado por la Unidad Médico Familiar 9 para llevarse a cabo, pues no atenta contra los derechos de los derechohabientes ni perjudica al paciente, sólo busca generar un beneficio para la sociedad y sobre todo al sector poblacional que acude a la clínica. Siéntase con la confianza y libertadde preguntar cualquier duda, a la Dra. Yaritza Paola Jimenez Muñoz que lo está atendiendo.

Datos del procedimiento de la investigación

El estudio se realizará en el consultorio de Estomatología preventiva durante la consulta y consistirá en responder de manera sincera las preguntas de un cuestionario sobre los dientes de su hijo/a y permitir tomar fotografías clínicas de la cavidad bucal del niño/a. La información que Usted nos proporcione será voluntaria, anónima ya que no se pondrán los nombres de los pacientes, los pacientes serán asociados a un número de serie, y confidencial porque las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la publicación de resultados. En caso de dudas comunicarse con la responsable de la investigación, la Dra. Yaritza Paola Jimenez Muñoz.

Por ser una Investigación Académica, no habrá una retribución económica por la participación en este estudio, sólo se agradecerá de forma general y anónima a todos los participantes de la investigación cuando los resultados sean publicados en la tesis, en revistas de investigación científica o presentados en congresos.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado.

Acuerdo de participación

Yo,_____, manifiesto que fui informado(a) del propósito y procedimientos, y en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en esta investigación titulada **Prevalencia de Maloclusiones Dentales en una población escolar de derechohabientes en la Unidad Médico Familiar 9 Santa María Coapan**. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados, sé que esta información me podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad, dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que me puedo negar a participar o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin consecuencias negativas para mi hijo/a.

No omito manifestar que he sido informado(a) clara, precisa y ampliamente, respecto de los procedimientos que implica esta investigación de fines académicos por lo que no representa remuneración económica.

He leído y comprendido la información anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas de manera clara y a mi entera satisfacción, por parte de la Dra. Yaritza Paola Jimenez Muñoz.

Acepto voluntariamente participar en este estudio

_____	_____
Nombre y firma del participante	**Nombre y firma del Investigador**

ANEXO 2

Fecha:____/_____/_____

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

"PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR DE DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 9 SANTA MARÍA COAPAN"

Nombre del paciente:_____

Nombre del Padre o tutor: _____

Edad del paciente:_____Sexo del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

INSTRUCCIONES

Las primeras 30 preguntas de este documento serán llenadas por usted padre o tutor del paciente, que previamente nos ha otorgado su consentimiento para participar en esta investigación, si tiene alguna duda sobre las preguntas de esta encuesta sientase con libertad de preguntar al encuestador la Dra. Yaritza Paola Jimenez Muñoz para que le sean resueltas.

Por favor, conteste estas preguntas con sinceridad y no omita ninguna.

PREGUNTAS LLENADAS POR PARTE DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE

1. ¿Cuál fue el método de alimentación durante sus primeros 6 meses de vida?
   Lactancia materna exclusiva_____Biberón_____Ambas _____
2. ¿A qué edad comenzó su alimentación sólida?_____meses.
3. ¿Usa o usó biberón o chupón? SI____NO _____
4. Si la respuesta fue si ¿Cuántas veces al día lo utiliza o utilizó el biberón?
   _____veces.
5. Si la respuesta fue si ¿Cuánto tiempo usa o uso el chupón al día?
   _____min o_____hrs
6. ¿Tiene o tuvo algún hábito como succión digital, succión labial o succión de algún objeto? SI___NO _____
7. Si la respuesta fue si ¿Con qué frecuencia realiza o realizó el hábito?
   _____veces al día o _____veces a la semana
8. Si la respuesta fue si ¿Qué tipo de hábito es? _____
9. ¿Cuánto tiempo realiza o realizó el hábito al día?_____min o_____hrs.
10. ¿Se enferma frecuentemente de vías respiratorias? SI_____NO _____
11. Si la respuesta fue sí. ¿Cuántas veces al mes o al año se enferma?

_____veces al mes o _____veces al año

12. ¿Tiene caries dental? (dientes picados o manchados) SI_____NO _____
13. Si la respuesta fue si ¿A qué edad comenzó a tener caries?_____años
14. ¿Ha perdido piezas dentales por caries dental? SI_____NO _____
15. Si la respuesta fue si ¿Cuántos? _____
16. ¿A qué edad erupcionó su primer diente temporal? (diente de leche)_____meses o _____años
17. ¿A qué edad erupcionó su primer diente permanente?_____años
18. ¿Cómo fue la pérdida de los dientes temporales? De forma natural (por sí solo) _____ Requirió visita dental_____Ambos _____
19. ¿Cuál fue el tiempo que tardó la erupción de sus dientes después de la pérdida del diente temporal?
    _____días _____meses _____no erupciono
20. ¿A qué edad perdió su primer diente?_____años
21. ¿En qué posición duerme? Boca arriba_____Boca abajo_____De lado _____
22. ¿Duerme con la boca abierta? SI_____NO _____
23. ¿Duerme con la boca cerrada? SI_____NO _____
24. ¿Ronca por las noches? SI_____NO _____
25. Si la respuesta fue si ¿Cuántas veces a la semana ronca?_____veces
26. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? 1 vez al día_____2 veces al día _____ 3 veces al día_____más de 4 veces al día_____2 veces a la semana _____No se cepilla _____
27. ¿Recibe ayuda para el cepillado dental? SI_____NO _____
28. Madre, Padre, Hermanos o Tíos ¿Han tenido problemas de maloclusión dental? (Dientes chuecos, truena o duele la boca al comer) SI_____NO _____
29. ¿Ha tenido algún traumatismo (golpe) en la boca? SI_____NO _____
30. Si la respuesta es sí ¿Asistió a consulta dental? SI_____NO _____

PREGUNTAS LLENADAS POR PARTE DEL ENCUESTADOR

1. ¿Tiene caries dental? SI_____NO _____
2. ¿Cuántos dientes con caries presenta en la actualidad? _____
3. ¿Tiene alguna pieza rehabilitada por caries dental? SI____NO _____
4. Si la respuesta fue si ¿Cuántas? _____
5. ¿El paciente presenta dientes con anomalías en el número dental? SI, cual _____NO_____
6. ¿El paciente presenta algún síndrome?
   SI, cual_____ NO _____
7. ¿El paciente presenta espacios primates? SI_____NO _____
8. ¿El paciente continua con hábito de deglución primaria? SI,_____NO _____
9. ¿El paciente presenta erupción ectópica?
   SI, cual_____NO _____
10. ¿El paciente presenta dientes con anomalías en el tamaño?

SI, cual_____NO _____

11. ¿El paciente presenta dientes con anomalías en la forma?
    SI, cual_____NO _____
12. ¿El paciente presenta maloclusiones de origen muscular?
    SI, cual_____NO _____

Anotaciones del encuestador.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma del Padre o Tutor

Firma del investigador

_____

_____