



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Relación de la Prevalencia entre Maloclusiones y la Autopercepción de la Necesidad del Tratamiento Ortodóntico en Escolares de 12 Años de Edad de la parroquia San Sebastián del cantón Cuenca de la Provincia del Azuay año 2016.”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA: Jiménez Patiño, Jhoana Rocío

DIRECTOR: Ramos Montiel, Ronald Roosevelt. Odont. Esp. Ort.

CUENCA

2017

DECLARACIÓN.

Yo, Jiménez Patiño Jhoana Rocío declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

Autora: Jiménez Patiño, Jhoana Rocío

C.I.: 1900570563

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

En el presente pre proyecto de investigación denominado **“RELACIÓN DE LA PREVALENCIA ENTRE MALOCLUSIONES Y LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA NECESIDAD DEL TRATAMIENTO ORTODÓNTICO EN ESCOLARES DE 12 AÑOS DE EDAD DE LA PARROQUIA SAN SEBASTIAN DEL CANTÓN CUENCA DE LA PROVINCIA DEL AZUAY AÑO 2016.”**, realizado por **JIMÉNEZ PATIÑO JHOANA ROCÍO**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Marzo 2017

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración.

En el presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN DE LA PREVALENCIA ENTRE MALOCLUSIONES Y LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA NECESIDAD DEL TRATAMIENTO ORTODÓNTICO EN ESCOLARES DE 12 AÑOS DE EDAD DE LA PARROQUIA SAN SEBASTIAN DEL CANTÓN CUENCA DE LA PROVINCIA DEL AZUAY AÑO 2016.”**, realizado por **JIMÉNEZ PATIÑO JHOANA ROCÍO**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, sujetos para la aprobación del pre proyecto.

Cuenca, Marzo 2017

.....

Tutor: Ramos Montiel, Ronald Roosevelt. Odont. Esp. Ort.

DEDICATORIA.

Dedico esta tesis inicialmente a Dios por haberme regalado sabiduría para aprovechar todo el esfuerzo que han realizado mis padres, por ayudarme siempre en los momentos de flaqueza, por siempre mostrarme que por oscuro que sea el camino siempre hay una luz que nos guiará.

A mis padres, Juan Jiménez y Nelly Patiño que a pesar de la distancia jamás han dejado de brindarme el amor y el apoyo especialmente en esta etapa tan importante, por ayudarme a cumplir mis metas, por todas sus enseñanzas, los buenos valores impartidos que han forjado en mí el carácter y me han llevado a ser una persona de bien.

A mi abuelita Mariana Suarez por el cuidado y la confianza en mí depositada, por las alegrías y tristezas que hemos compartido, pero principalmente por el apoyo incondicional.

EPÍGRAFE

Muchos estudiantes toman al estudio como un líquido que hay que tragar, y no como un sólido que debe masticarse. Luego se preguntan por qué proporciona tan poco nutrimento real.

Sam Harris

AGRADECIMIENTO.

A la Universidad Católica de Cuenca por permitirme ser parte de su selecto grupo de estudiantes para ahora convertirme en una profesional.

A mi director de tesis, Dr. Ronald Ramos M. por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

De igual manera agradecer a los estudiantes y profesores de las escuelas en las cuales se realizó el estudio de investigación por su altruismo y gran nivel de colaboración.

ÍNDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.....	14
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
2. JUSTIFICACIÓN.....	15
3. OBJETIVOS.....	16
3.1. Objetivo General.....	16
3.2. Objetivos Específicos.....	16
4. MARCO TEÓRICO	16
4.1. Maloclusión y Autopercepción del tratamiento ortodóntico.....	16
4.1.1. Oclusión Normal.....	16
4.1.1. a. Definición.....	16
4.1.2. Maloclusión.....	17
4.1.2. a. Definición.....	17
4.1.2. b. Etiología.....	17
4.1.2.1. Clasificación de Maloclusiones.....	18
4.1.2.1. a. Clasificación en el plano transversal.....	18
4.1.2.1. b. Clasificación en el plano vertical.....	19
4.1.2.1. c. Clasificación en el plano sagital (según Angle)	20
4.1.3. Tipos de perfiles.....	21
4.1.3. a. Perfil recto.....	21
4.1.3. b. Perfil convexo.....	21
4.1.3. c. Perfil cóncavo.....	21
4.1.4. Necesidad de tratamiento ortodóntico.....	21
4.1.5. Autopercepción y autoestima.....	22
4.1.6. Demanda de salud oral.....	22
4.1.7. Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico.....	23
4.1.7. a. Componente de salud dental.....	23
4.1.7. b. Componente estético.....	24
4.2. Antecedentes.....	25
5. HIPÓTESIS.....	37

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO.....	39
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	39
2.1. Criterios de selección.....	39
2.2. Criterios de inclusión.....	39
2.3. Criterios de exclusión.....	39
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	40
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
4.1. Instrumentos documentales.....	41
4.2. Instrumentos mecánicos.....	41

4.3.	Materiales.....	41
4.4.	Recursos.....	41
5.	PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	41
5.1.	Ubicación espacial.....	41
5.2.	Ubicación temporal.....	42
5.3.	Procedimientos de la toma de datos.....	42
5.3. a.	Método de examen.....	42
5.	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	43
6.	ASPECTOS BIOÉTICOS.....	43

CAPÍTULO III RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

1.	Resultados.....	45
2.	Discusión.....	51
3.	Conclusiones.....	53
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	54
8.	ANEXOS.....	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico 1. Distribución de escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián según el sexo.....	45
Gráfico 2. Relación entre la presencia de maloclusiones y la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico (IONT) de acuerdo al sexo en escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián.....	46
Gráfico 3. Prevalencia de las maloclusiones de los escolares de 12 años de edad de la parroquia San Sebastián.....	47
Gráfico 4. Prevalencia de maloclusiones según el sexo en los escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián.	48
Gráfico 5. Necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido (IONT) de acuerdo al sexo en escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián.....	49
Gráfico 6. Frecuencia de maloclusiones según Angle de acuerdo al sexo en escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián.	50

RESUMEN.

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue: determinar la relación de la prevalencia entre maloclusiones y la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico de los escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián del cantón Cuenca año 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS: la metodología aplicada fue de tipo cuantitativo, el diseño fue descriptivo y la técnica observacional, retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 245 fichas de escolares de 12 años. **RESULTADOS:** los resultados obtenidos fueron: Que existe una prevalencia de maloclusiones con el 97% con respecto a la normocclusión representada por el 3%, y según Angle en el sexo femenino existe mayor frecuencia de la Clase II, seguida por la Clase I y con menor frecuencia la Clase III, mientras que en el sexo masculino existe mayor frecuencia de la Clase I, seguida de la Clase II y finalmente con menor frecuencia la Clase III. Según la autopercepción se evidencio que el sexo masculino es predominante en la autopercepción y necesidad de tratamiento ortodóntico, dentro de las maloclusiones el 4,5% autopercebieron que tienen necesidad evidente de tratamiento, el 71,8% autopercebieron que no necesitan y el 20,4% autopercebieron necesidad moderada, mientras que en la normocclusión el 2,9% no necesita y el 0,4% tienen necesidad moderada de tratamiento; la prevalencia de maloclusiones es mayor en el sexo femenino, mientras que en el sexo masculino predominó la normocclusión. Tanto en el sexo masculino como femenino existe un porcentaje mayor de los escolares que autopercebieron que no necesitan tratamiento, seguido de los que autopercebieron una necesidad moderada y por último los que autopercebieron que tienen necesidad evidente de tratamiento ortodóntico.

CONCLUSIONES: De acuerdo a la relación de la prevalencia entre maloclusiones y la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico de los escolares de 12 años tenemos que dentro de las maloclusiones el 4,5% autopercebieron que, si necesitan tratamiento, el 71,8% autopercebieron que no necesitan tratamiento y el 20,4% autopercebieron que tienen necesidad moderada de tratamiento ortodóntico, mientras que en la normocclusión el 2,9% autopercebieron no necesita y el 0,4% autopercebieron que tienen necesidad moderada de tratamiento ortodóntico.

PALABRAS CLAVE: Maloclusión, normocclusión, prevalencia, epidemiología.

ABSTRACT.

OBJECTIVE: The objective of this research was to determine the relationship of prevalence between malocclusions and self - perception of the need for orthodontic treatment of 12 year old schoolchildren from parish San Sebastian of canton Cuenca year 2016. **MATERIALS AND METHODS:** The applied methodology was of quantitative type, the design was descriptive and the observational technique, retrospective. The sample consisted of 245 school records of 12 year olds. **RESULTS:** The results obtained were: There is a prevalence of malocclusions with 97% with respect to normo-occlusion represented by 3%, and according to Angle in the female sex there is a greater frequency of Class II, followed by Class I and with Lower frequency of Class III, while in males there is a higher frequency of Class I, followed by Class II and finally with less frequency Class III. According to self-perception it was evident that male gender is predominant in self-perception and need of orthodontic treatment, within the malocclusions 4,5% self-percibieron who have evident need of treatment, 71.8% self-percibieron do not need and 20, 4% autopercibieron moderate need. While in normocclusion, 2.9% do not need it and 0.4% have moderate need for treatment; The prevalence of malocclusions was higher in females, whereas in males, normocclusion predominated. In both males and females there is a higher percentage of schoolchildren than autopercibieron who do not need treatment, followed by those who self-perceived a moderate need and finally those who self-perceived that they have an obvious need for orthodontic treatment.

CONCLUSION: According to the relationship between the prevalence of malocclusions and the self - perception of the need for orthodontic treatment of 12 - year - old schoolchildren, 4,5% self - percussion is required in the malocclusion, 71.8% self - Who do not need treatment and 20.4% self-percussion who have moderate need for orthodontic treatment. While in the normocclusion 2.9% autopercibieron does not need and 0.4% autopercibieron that they have moderate necessity of orthodontic treatment.

CONCLUSIONS: According to the relationship between malocclusion prevalence and self-perception of the need for orthodontic treatment of 12 year old schoolchildren, within the malocclusion, 4.5% need treatment, 71.8% do not need it and 20, 4% have moderate need, while in normocclusion, 2.9% do not need it and 0.4% have moderate need for treatment.

KEYWORDS: Malocclusion, normocclusion, prevalence, epidemiology.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.

Se debe tomar en consideración que las mal oclusiones dentales son un problema dentro de la sociedad que ha aumentado de manera progresiva, al hablar de maloclusión se debe entender que es la mal posición o posición incorrecta de los dientes dentro de los arcos dentales como es el maxilar superior y el maxilar inferior, al existir mal posición dental se va a encontrar deficiencias en las funciones fonéticas, deglutorias y sobre todo en la estética facial que se va a ver alterada. “La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica valorar esta enfermedad en pacientes de 6, 12 y 18 años”, pero la siguiente investigación se basará en escolares de 12 años ¹.

Muchas de las maloclusiones se las puede prevenir o tratar en sus etapas iniciales, para prevenirla se requiere total colaboración del paciente y que el profesional de la salud dental realice un correcto diagnóstico y por ende un buen tratamiento. La autoestima y autopercepción del paciente también juegan un papel importante para lograr lo antes mencionado y saber si está apto o no para recibir un tratamiento.

La presente investigación brindó información sobre la relación de la prevalencia de las maloclusiones dentales y la necesidad del tratamiento ortodóntico autopercebido en escolares de 12 años de edad de la parroquia San Sebastián perteneciente al cantón Cuenca, la misma que se basó en dos componentes que son, el componente de salud dental y el componente estético, para determinar el componente de salud dental se utilizó la observación clínica intraoral y para el componente estético cada escolar evaluado indicó personalmente en que rango de puntuación del 1 al 10 se encuentra según la fotografía que se le hizo observar ².

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Las maloclusiones representan un problema de salud pública, se encuentra en un alto porcentaje de la población pero muchos de ellos desconocen de la presencia de estas maloclusiones y no buscan el tratamiento adecuado. Este problema no respeta la condición social, condición económica, cultural, edad y sexo.

Cuando existen alteraciones de la oclusión dental y sus funciones dentro del sistema estomatognático se presentarán las maloclusiones, en las cuales puede haber una alineación incorrecta de los dientes, ésta se presenta en diferentes grados y varía de un individuo a otro, pudiendo observarse la mal posición de un solo diente, de varios o de

toda la cavidad bucal involucrando el hueso alveolar.

Esta problemática llevó a realizar un estudio epidemiológico acerca de la relación de las maloclusiones y la necesidad del tratamiento ortodóntico en las escuelas de la Parroquia San Sebastián del Cantón Cuenca año 2016. Se les realizaron calibraciones a los estudiantes de la Universidad Católica de Cuenca y se obtuvo el apoyo de la Dirección Zonal 6 de Educación del Ecuador y de las Instituciones Educativas de la parroquia.

Ante tal situación nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre la prevalencia de maloclusión y la necesidad el tratamiento ortodóntico autopercibido en escolares de 12 años en la parroquia San Sebastián de la ciudad de Cuenca en el año 2016?

2.- JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual el siguiente trabajo de investigación se llevó a cabo es para determinar la relación entre la prevalencia de maloclusión y la necesidad de tratamiento autopercibido en escolares de 12 años en la parroquia de San Sebastián, debido a que la manera de prevenir una maloclusión es a una edad temprana, para conocer la prevalencia de esta enfermedad de la cavidad bucal, informar a los padres sobre esta situación y crear conciencia sobre la prevención odontológica para que la incidencia de estas enfermedades puedan disminuir.

Mediante este trabajo de investigación se determinó la relación entre la prevalencia de escolares con maloclusiones y la necesidad del tratamiento ortodóntico autopercibido. Este estudio está dirigido a la población cuencana, específicamente a los escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián.

El presente estudio tendrá un nivel de originalidad nacional ya que no se encuentran estudios recientes acerca de la situación de salud bucal de la población.

Para avalar la viabilidad del proceso de este estudio epidemiológico a los estudiantes de 5to año y 8vo ciclo se les realizó la calibración respectiva antes de acudir a las Instituciones Educativas. Se realizó asociaciones y coordinaciones entre la Universidad Católica de Cuenca y la Unidad Académica de Ciencia Odontológica con la dirección zonal 6 de Educación del Ecuador para obtener el permiso respectivo.

Se debe tener en cuenta que los resultados de esta investigación, en el cual se observaron las diferentes maloclusiones dentarias producidas por hábitos, proporcionarán información útil a diversos investigadores y profesionales de odontología, los que podrán realizar odontología preventiva.

3.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General:

Determinar la relación entre la presencia de maloclusiones y la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico de los escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián del Cantón Cuenca año 2016.

3.2.- Objetivos Específicos:

- Identificar la prevalencia de las maloclusiones en escolares de 12 años de edad en la parroquia San Sebastián del Cantón Cuenca.
- Establecer la prevalencia de las maloclusiones según el sexo en escolares de 12 años de edad en la parroquia San Sebastián del Cantón Cuenca.
- Analizar la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico (IONT) de acuerdo al sexo en escolares de 12 años de edad en la parroquia San Sebastián del Cantón Cuenca.
- Conocer el tipo de maloclusiones según Angle que se presentan con mayor frecuencia de acuerdo al sexo en escolares de 12 años de edad en la parroquia San Sebastián del Cantón Cuenca.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- MALOCLUSIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO ORTODÓNTICO

4.1.1.- OCLUSIÓN NORMAL

4.1.1. a.- DEFINICIÓN

Es cuando las piezas dentales del maxilar superior e inferior entran en contacto durante el cierre bucal de manera armoniosa para cumplir con todas sus funciones y si los incisivos superiores cubren el 1/3 de la corona de los incisivos inferiores, estamos hablando de que existe una correcta oclusión ³.

“Oclusión viene del latín ocludere cuyo significado es cerrar hacia arriba, indica la posición de los dientes de los dos maxilares al entrar en contacto”⁴.

*Edward Angle (1899): "define que una oclusión normal es la correlación de los planos oclusales inclinados de los dientes al entrar en contacto las dos arcadas dentarias"*⁴.

*Strang: "manifiesta que la oclusión normal es un complejo estructural que se encuentra formado por los maxilares y los dientes que deben estar en armonía con los maxilares"*⁴.

4.1.2.- MALOCLUSIÓN

4.1.2. a.- DEFINICIÓN

Es el resultado de cualquier alteración sea dental o esquelética, dada por factores genéticos o ambientales, que implican problemas estéticos, fonéticos, masticatorios, deglutorios, disfunciones temporomandibulares y dolor muscular. La maloclusión es multifactorial, debido a que no hay un solo factor que cause esta alteración⁵.

*"La OMS indica que las maloclusiones son la tercera enfermedad con mayor prevalencia, después de caries y enfermedad periodontal"*⁵.

*Strang: "la define como una perversión de la oclusión normal de los dientes"*⁴.

*Graber y Swain: "las maloclusiones no deben entenderse como todo lo opuesto a una correcta oclusión, tendría que decirse que es una desarmonía en la oclusión, el concepto debe usarse para referirse a las desarmonías oclusales que requieren intervenciones ortodónticas"*⁴.

4.1.2. b.- ETIOLOGÍA

Los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones pueden ser la predisposición genética o los factores ambientales que inciden sobre la cavidad bucal formando alteraciones en el crecimiento y desarrollo cráneo-facial⁵.

4.1.2.1.- CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES

Para la clasificación de las maloclusiones se toma en cuenta las relaciones intermaxilares, contacto dentario mínimo o máximo con y sin movimiento, relación de cercanía durante la masticación o en reposo. Se analiza en los siguientes planos:^{3.}

a. CLASIFICACIÓN EN EL PLANO TRANSVERSAL

- Mordida cruzada posterior: (MCP) es cuando los dientes posteriores del maxilar inferior ocluyen por fuera de los dientes posteriores del maxilar superior. La MCP se describe por la alteración en la relación transversal entre los dos maxilares. Esta situación se asocia a problemas de inclinaciones dentoalveolares inapropiadas o esqueléticas^{6.}

“La frecuencia según el porcentaje de 6-7% está la MC de un solo diente, el 4-5% está la MC unilateral y 1,5-3,5% está la MC bilateral”^{7.}

- Mordida cruzada posterior unilateral: aparece entre los 19 meses y los 5 años de vida y se asocia a la presencia de compresión maxilar. La frecuencia está en un porcentaje del 5.9% y 9.4%. El 80% de los casos se da por un desplazamiento lateral del maxilar inferior y del 0 al 20% tienen una espontánea corrección^{8.}

Cuando no se encuentra comprimido el maxilar, no hay alteración del mismo, pero si habrá compresión en el sector posterior a nivel de los procesos dentoalveolares^{8.}

Orígenes de la MCP unilateral, existe el dental que implica inclinación anormal hacia palatino de los dientes superiores y hacia vestibular los dientes inferiores y la esquelética por crecimiento deficiente del hemimaxilar superior o a una irregularidad en la forma mandibular con laterognacia (desviación permanente de la mandíbula)^{8.}

“Según Schröder, este desplazamiento mandibular se manifiesta en un porcentaje del 10-17% en dientes decidua y disminuye con la edad”^{8.}

Si este desorden no es tratado a tiempo se llegara a convertir en problema esquelético, dando como resultado irregularidad facial la cual iría de menor o mayor nivel dependiendo la conciliación funcional, dentoalveolar y esquelética a la desviación. Observándose en el adulto asimetría facial^{8.}

- Mordida cruzada posterior bilateral: se presenta de diversas formas: intraoralmente no existirá MCP bilateral de origen esquelético pero si compresión esquelética del maxilar y si sus procesos alveolares corresponden con sus bases óseas de manera armónica, otro caso es que intraoralmente no existirá MCP bilateral pero existirá un déficit en el desarrollo del maxilar, y se necesitara expandir el maxilar como si se tratase del caso de una MCP bilateral, aquí existirá compresión esquelética del maxilar. Y el último caso es mucho más difícil de corregir debido a que MCP bilateral va más allá de la compresión del maxilar a la sobre expansión mandibular⁷.
- Mordida en tijera: es cuando las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores entran en oclusión con las caras vestibulares de los premolares y molares inferiores⁹.

Existen tres tipos de mordidas en tijera:

- Mordida en tijera de un solo diente cuyo origen es la erupción ectópica⁹.
- Mordida en tijera en una hemiarcada, los orígenes son asimetría mandibular y las inclinaciones de los dientes posteriores⁹.
- Mordida en tijera bilateral o síndrome de Brodie, el maxilar cubija la mandíbula en su totalidad, ya que la falta de contactos oclusales induce la supra erupción de todos los dientes posteriores. La mandíbula es retrusiva y pequeña o el maxilar grande⁹.

b. CLASIFICACIÓN EN EL PLANO VERTICAL

- Mordida profunda o Sobremordida En este tipo de mordida los incisivos superiores cubren más de 1/3 de los incisivos inferiores, pudiendo ser el problema multifactorial siendo genético o ambiental. Una sobremordida exagerada impide el correcto crecimiento de la mandíbula ¹⁰.

“Strang en 1950 detallo que la sobremordida es la superposición de los dientes superiores anteriores sobre los anteriores inferiores, pero pensó que la mejor definición sería el porcentaje de superposición de los incisivos superiores sobre los inferiores”¹¹.

“Graber, puntualizó que la sobremordida es la distancia descomunal existente entre los márgenes incisales superiores e inferiores”¹¹.

“Chaconas, mide la sobremordida de acuerdo al porcentaje que presente, dice que cuando los dientes anterosuperiores cubren a los anteroinferiores aproximadamente el 20% sería una sobremordida normal”¹¹.

“Moyers, define que la sobremordida es una superposición de los incisivos superiores sobre los inferiores en sentido vertical, influenciada por factores esqueléticos, dentales y musculares”¹¹.

- Mordida cubierta anterior: caracterizada por que los incisivos inferiores quedan cubiertos en su totalidad, causando excesiva sobremordida y retroinclinación de los incisivos superiores, quedando un gran espacio e anormal cierre mandibular existiendo dolor o alteración de la articulación temporomandibular ¹¹.
- Mordida abierta anterior: este tipo de mordida existe ausencia de contacto de los dientes del sector anterior de ambos maxilares, este tipo de mordida puede ser de origen dentoalveolar o esquelética o también puede deberse a una combinación de ambos. Es de etiología multifactorial ¹².
- Mordida borde a borde: se caracteriza por el contacto que existe entre los bordes incisales de los incisivos del maxilar y la mandíbula ¹³.

c. CLASIFICACIÓN EN EL PLANO SAGITAL (SEGÚN ANGLE)

- CLASE I: existe una correcta relación entre los dos maxilares, cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente entra en contacto con el surco vestibular del primer molar inferior permanente. Existe un perfil recto, el tercio inferior está armonioso y existe un sellado labial normal ⁴.
- CLASE II: relación distal de la mandíbula con relación al maxilar, cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente contacta delante de la cúspide mesio-vestibular del primer molar inferior permanente, presenta un perfil convexo ¹³.

Existe una subdivisión:

- ✓ Clase II subdivisión 1: es una distoclusión donde existe protrusión maxilar y retrusión mandibular, compresión de los maxilares, apiñamiento. La discrepancia ósea es medida mediante un trazado cefalométrico ¹³.
- ✓ Clase II subdivisión 2: es una distoclusión donde existe excesiva sobremordida vertical, vestibuloversión de los incisivos laterales

superiores, linguoversión de los incisivos centrales superiores. Los maxilares son grandes, la curva de Spee está bastante perceptible ¹³.

- CLASE III: relación mesial de la mandíbula con relación al maxilar, la cúspide mesio-vestibular del primer molar permanente ocluye por distal del surco mesio-vestibular del primer molar permanente inferior. Existe un perfil cóncavo ¹³.

Características: existe mesioclusión, mordida cruzada anterior y posterior, mandíbulas grandes y maxilares pequeños. Se denominan progenies y prognatismos mandibulares y son maloclusiones hereditarias ¹³.

- Mordida cruzada anterior: caracterizada porque los dientes anterosuperiores ocluyen por lingual de los dientes anteroinferiores. Se diagnostica clínicamente llevando al paciente a relación céntrica. Se la puede detectar en edades tempranas y por ende se la puede tratar de manera oportuna ¹⁴.

4.1.3. TIPOS DE PERFILES

Tenemos 3 tipos de perfiles:

- a. Perfil recto: Se establece al medir el ángulo que está formado por 3 puntos: Glabella, Subnasal y extremo del mentón. Se debe formar un ángulo de 170° ¹⁵.
- b. Perfil convexo: Al medir en ángulo este debe ser menor a 170° creando una marcada divergencia posterior ¹⁵.
- c. Perfil cóncavo: El ángulo mide más de 180° , y crea una divergencia anterior ¹⁵.

4.1.4. NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO

Para la valoración sobre la necesidad de tratamiento ortodóntico de un paciente se debe tener presente algunas consideraciones morfológicas o funcionales de la cavidad bucal, factores psicosociales, que son difíciles de apreciar de manera objetiva, factores económicos y culturales que pueden interferir en la autopercepción sobre la necesidad de tratamiento ortodóntico ².

La demanda para el tratamiento ortodóntico está guiada por factores psicosociales, pero principalmente por el factor estético. Al utilizar algunos métodos como índices o

medidas cefalométricas para valorar la necesidad del tratamiento ortodóntico se verá expresado únicamente la visión del profesional dejando a un lado las expectativas del paciente ².

4.1.5. AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOESTIMA

Dentro de la autoestima de una persona la principal consideración es la belleza facial, al existir una proporción divina en el rostro le otorga belleza y armonía, pero dentro de ortodoncia es el índice facial el que dicta normas para que las dimensiones de la cara sean armónicas. Sin embargo, no está despejada la relación entre estas mediciones objetivas y la autopercepción estética que tienen las personas de su propio atractivo facial ².

Las personas con autoestima baja subestiman mucho su aspecto dental al ser comparadas con personas que tienen la autoestima alta sin darle valor al tipo de oclusión que presentan ¹⁶.

La autopercepción de las personas son indicadores significativos para saber sobre la necesidad de tratamiento y mejoramiento de las medidas convencionales. Los indicadores sociales permiten dar prioridad a las personas que necesitan el tratamiento separando de la limitación de los recursos financieros para mejorar el bienestar social y psicológico ².

La receptividad de un tratamiento ortodóntico está influenciado por la autopercepción del paciente independientemente del tipo de oclusión se está aceptable o inaceptable ¹⁶.

4.1.6. DEMANDA DE SALUD ORAL

La cavidad oral es una parte elemental del cuerpo humano es de vital importancia mantenerla saludable ya que cumple con varias funciones como son la deglución, habla y dar un buen aspecto físico, cuando sufre alguna alteración puede causar problemas al organismo en general. La cavidad oral permite al odontólogo tener una idea de cómo se encuentra la salud en general del paciente ¹⁷.

Hoy en día ya no se debe considerar como salud oral en un paciente únicamente a la ausencia de caries o enfermedades del periodonto, también se debe incluir como se encuentra mentalmente y la relación que tiene con la sociedad, se debe tener presente

las diversas causas que afectan a la salud oral mismas que pueden ser no solo afección dental sino también por factores económicos, sociales y psicológico ².

Los factores antes mencionados perturban gravemente la Calidad de Vida (CV), destacando principalmente la función oral, la estética y la relación con la sociedad ².

En la actualidad La salud oral tiene una gran relación con la calidad de vida de los individuos ².

4.1.7. ÍNDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO

A través del tiempo se ha desarrollado numerosos índices para determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico de las personas, siendo el más utilizado el (IONT), el cual fue desarrollado por Brook y Shaw en el año de 1989, establecieron rangos de maloclusión basándose en rasgos oclusales. Incorporaron un indicador socio-psicológico de necesidad de tratamiento. El IONT tiene dos unidades, el componente salud dental (DHC) encargado de medir las maloclusiones y el componente estético (CE) que mide el aspecto dental por medio de fotografías estandarizadas que van en una escala del 1 al 10 ².

La OMS en 1997 publico sobre algunos métodos para medir la Salud Oral, añadiendo criterios del DAI para evaluar alteraciones dentofaciales, pretendiendo instaurar un índice universal para medir y valorar las necesidades del tratamiento ortodóntico aplicable en estudios epidemiológicos ².

a. COMPONENTE DE SALUD DENTAL

Existen 5 categorías según la necesidad del tratamiento:

- **Grado 5 (extremo / necesita tratamiento)** representado por la presencia de erupción interrumpida por dientes apiñados, desplazamiento, dientes supernumerarios, retención de dientes temporales. Resalte aumentado > a 9mm, Resalte inverso > a 3.5 mm con indicios de problemas para masticar y hablar. También puede presentarse labio leporino, paladar hendido y anomalías craneofaciales ².
- **Grado 4 (grave / necesita tratamiento)** presencia de hipodoncia necesita tratamiento ortodóntico para cerrar los espacios existentes. Resalte aumentado > a 6 mm pero ≤ a 9mm. Resalte inverso > a 3.5 mm. Resalte inverso > a 1 mm pero < a 3.5 mm. Hay mordidas cruzadas ya sea anterior o posterior con más de

2 mm de discrepancia. Desplazamiento de los puntos de contacto > 4mm. Dientes erupcionados parcialmente con sobremordida aumentada ².

- **Grado 3 (moderado / necesidad dudosa)** existe incompetencia labial, resalte inverso entre 1 y 3.5 mm. Mordida cruzada ya sea posterior o anterior, desplazamiento de los puntos de contactos superiores de 2 mm, mordida abierta entre 2 y 4 mm ².
- **Grado 2 (leve / apenas necesita tratamiento)** resalte entre 3.5 y 6mm, los labios son competentes, resalte inverso entre 0 y 1mm, mordida cruzada con 1 mm de discrepancia o menos. Mordida abierta entre 1 y 2mm ².
- **Grado 1 (no necesita tratamiento)** existe desplazamiento de puntos de contacto menor a 1mm ².

Esto es de gran ayuda para poder realizar una clasificación en grupos de los individuos evaluados y poder verificar la gravedad de las maloclusiones que presentan, pero para estudios epidemiológicos no es muy práctico ya que en estos casos lo más importante es determinar que individuos necesitan el tratamiento y quienes no lo necesitan ².

b. COMPONENTE ESTÉTICO

Para este componente se utilizó fotos intraorales de 100 niños de 12 años en un estudio multidisciplinario. En donde 6 jurados que no tenían ninguna relación con odontología puntuaron las fotografías en una escala visual análoga ².

Escogieron algunas fotos que representaban 10 intervalos, obteniendo escalas de 10 puntos, donde el número 1 significa una atractiva estética dental y la 10 significa que no es atractiva ².

El escolar valorado debe señalar una fotografía de la escala del 1 al 10 que el crea que le corresponde o se asemeja a su cavidad oral, esta sería la autopercepción del escolar y no debe interferir la opinión de nadie que esté a su alrededor ².

Se supone que los escolares que señalan las fotografías del 1 al 4 no presentan alteración estética, y no necesitan tratamiento, si se encuentran en el número 5 al 7 tienen una necesidad moderada, por último si está en el número 6 al 10 la estética está afectada y tiene necesidad clara de tratamiento ².

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **OBRA:** Artículo de revista. "Oclusión"

AUTOR: Bustamante G, Surco J, Tito E, Yujra C.

RESULTADO: RESUMEN La necesidad de encontrar un patrón de oclusión se ha convertido en un elemento fundamental para la función del odontólogo general y del especialista. Este requerimiento ya planteado desde el siglo XIX, ha logrado establecer patrones oclusorios que permitan identificar los componentes que se establecen en la oclusión normal, así como las variaciones establecidas por diferentes clasificaciones y usos de elementos de orientación de las relaciones de los arcos dentarios superiores e inferiores, tanto en el plano sagital, como en el frontal.

Este modelo de distinción que maneja además la fuerzas de movimiento mandibular, permiten clasificar las formas faciales de acuerdo a las características dentales y forma del perfil, adicionándose además algunos componentes como la llave de Robins, el triángulo de Hanau, etc. **PALABRAS CLAVE** Oclusión dental, posiciones mandibulares, Llave de Angle, llave de Robins

- **OBRA:** Artículo de revista. "Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú"

AUTOR: Aliaga-Del Castillo A, Mattos M, Aliaga-Del Castillo R, Del Castillo C.

RESULTADO: RESUMEN Se realizó un estudio descriptivo transversal para evaluar la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad de caseríos y comunidades nativas de la selva de Ucayali, Perú. Se evaluó la presencia de maloclusiones usando la clasificación de Angle así como alteraciones ortodónticas. Se incluyeron 201 sujetos, 106 (52,7%) fueron mujeres, la mayoría (54,7%) tuvieron entre 6 y 12 años. Se encontró una prevalencia de maloclusiones del 85,6%; la más prevalente según la clasificación de Angle fue la clase I (59,6%). Se evidenciaron alteraciones ortodónticas en el 67,2% de casos. Las alteraciones ortodónticas encontradas más frecuentes fueron apiñamiento dentario (28,4%), mordida cruzada anterior (17,4%), sobresalte exagerado (8,5%), sobremordida exagerada (5,0%) y mordida abierta anterior (5,0%). Se evidencia una alta prevalencia de maloclusiones y alteraciones ortodónticas en las comunidades nativas evaluadas, por lo que es necesario implementar programas preventivos para mejorar la salud bucal de estas poblaciones marginadas. **Palabras clave:** Maloclusión; Salud bucal; Población indígena; Niño; Adolescente; Perú (fuente:

DeCS BIREME). **Conclusión:** Se concluye que los niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad de caseríos y comunidades nativas de la selva de Ucayali evaluados en este estudio presentan una elevada prevalencia de maloclusiones, siendo la más frecuente la clase I, en algo más de la mitad de la muestra en ambos sexos y en ambos grupos etarios de 6-12 años y de 13-18 años; las alteraciones ortodónticas frecuentes fueron: el apiñamiento dentario, la mordida cruzada anterior y el sobresalte exagerado. En ambos sexos y en los grupos etarios de 6-12 años y de 13- 18 años fue más frecuente el apiñamiento dentario, en el grupo etario de 2-5 años fue más prevalente la mordida cruzada anterior. Debido a la gran presencia de maloclusiones se hace necesario este tipo de estudios, para que el Ministerio de Salud pueda planear y ejecutar tratamientos ortodónticos preventivos e interceptivos así como otros procedimientos con el objetivo de obtener un ambiente bucal favorable para el desarrollo normal de la oclusión.

- **OBRA:** Artículo de revista. “Maloclusiones en la dentición temporal o mixta”

AUTOR: Sada M, Girón J.

RESULTADO: RESUMEN La maloclusión se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio, con las consecuencias posteriores que esta disfunción tiene sobre los propios dientes, las encías y los huesos que los soportan, la articulación temporomandibular y la estética facial. Para una buena prevención, es necesario realizar la primera visita al ortodoncista a los 6 años. Las alteraciones bucales y faciales no mejoran con el crecimiento. Los objetivos ortopédicos que se consiguen a edad temprana no son posibles a edades más tardías. En pacientes respiradores bucales y pacientes con malos hábitos es muy frecuente encontrar alteraciones del crecimiento transversal del maxilar (paladar ojival, mordida cruzada).

- **OBRA:** Artículo de revista. “Análisis facial en la estética dental”

AUTOR: Tosta O.

RESULTADO: RESUMEN Tanto las clínicas dentales como los laboratorios de prótesis deben ofrecer un servicio acorde a las exigencias estéticas que nos impone el siglo XXI, ya que tener una buena imagen se consideran un elemento diferenciador en las relaciones personales y profesionales. La armonía facial viene normalmente asociada a una dentadura perfecta. En este trabajo analizaremos varios conceptos muy importantes en los que podemos aplicar las nuevas tendencias de estética. Como protésicos, es primordial

conocer cómo es anatómicamente un diente, pero tan importante como esto es saber cómo es el paciente y comprobar si realmente la prótesis que estamos realizando es adecuada a su estética actual. Así pues, realizaremos con profundidad un análisis facial, dentolabial y dental y aplicaremos estos puntos en varios casos concretos. Vamos a hacer un estudio con fotos reales de personas, ya que el objetivo del trabajo es demostrar que el ser humano es asimétrico y que siempre, a la hora de crear un diente, debemos estudiar previamente la fisonomía de la cara, entre otros conceptos. **Conclusión** El siglo XXI nos impone unas nuevas exigencias en materia de estética. Todos los seres humanos poseemos las mismas características faciales, pero cada uno de nosotros tenemos nuestras asimetrías y disarmonías que nos confieren los rasgos propios. No podemos generalizar nuestros conocimientos en prótesis y olvidar las particularidades de cada uno. Una prótesis será perfecta no cuando sea totalmente simétrica, sino cuando gracias a sus pequeñas asimetrías proporcione una imagen totalmente natural y acorde con las facciones del paciente. Hay que analizar perfectamente todos los puntos que hemos estado tratando para conseguir una prótesis lo más armónica posible con el resto de la cara. Detalles concretos como el tamaño de los dientes, la forma, la tonalidad concreta pueden hacer que el resultado final sea un éxito.

- **OBRA:** Artículo de revista. "Necesidad de tratamiento ortodóncico e impacto psicosocial de la estética dental en los adolescentes de la comunidad Valenciana (2010)"

AUTOR: Almerich J, Montiel J.

RESULTADO: La Conferencia de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud en 1978 declaró que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y el bienestar social y no una mera ausencia de enfermedades o dolencias". La maloclusión se ha asociado con problemas psicosociales derivados de una estética dentofacial deficiente, alteraciones funcionales en los casos más extremos (puede verse alterada el habla, la masticación y la articulación temporo-mandibular, entre otras) y una mayor susceptibilidad de desarrollar enfermedad periodontal, caries o sufrir traumatismos dentales; así, debe ser considerada como un problema de salud. La maloclusión no es una enfermedad en el sentido estricto por lo que determinar con precisión en qué punto una maloclusión concreta es susceptible de ser tratada es un problema pendiente dentro de la especialidad siendo complicado establecer un consenso universal. **Conclusiones:**

1. Mediante el empleo del DAI se concluye que el 21,7% de los niños de 12 años necesitan tratamiento ortodóncico, con un IC 95% situado entre el 17,9% y el 25,9%.
- 2.

Según IOTN DHC, el 20,9% de los niños de 12 años necesitan tratamiento ortodóncico, con un IC 95% situado entre el 17,2% y el 25,2%. A los 15 años el 12,7% con un IC 95% de entre 9,7 y 16,6 %. **3.** Según el IOTN AC puntuado por el niño encontramos que a los 12 años el 5,6% con IC 95% de 3,7 y 8,2, y a los 15 años el 1,1 % con IC 95% entre 0,4 y 2,8, perciben necesidad de tratamiento. Con respecto el IOTN AC explorador los datos sitúan la necesidad de tratamiento percibida a los 12 años en un 7,6% con un IC 95% entre un 5,3 y un 10,6, y a los 15 años un 3,2% con un IC 95% entre 1,8 y 5,6%. **4.** Utilizando el IOTN modificado, el 23,7% de los niños de 12 años necesitan tratamiento ortodóncico, con un IC 95% situado entre el 19,8% y el 28,1%. A los 15 años el 13,3% con un IC 95% de entre 10,2 y 17,2 %. **5.** El porcentaje de acuerdo entre DAI e IOTN modificado en la determinación de la necesidad de tratamiento en el grupo de 12 años fue del 79,9 % con un índice Kappa de 0,426 y en el grupo de 15 años fue del 86,1% con un índice de kappa de 0,415. Por tanto, ambos índices presentan una concordancia moderada. **6.** No hubo diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de tratamiento según el sexo ni clase social. **7.** Existe una relación significativa en el grupo de 15 años entre la clase social y haber recibido tratamiento ortodóncico, mostrando que a medida que aumenta la clase social el porcentaje de niños que llevaron ortodoncia es mayor. **8.** El impacto social y psicosocial, la preocupación estética así como el valor total del PIDAQ aumentan a medida que empeora la maloclusión; la confianza lo hace en sentido contrario. Esto lo podemos observar en los tres índices de necesidad de tratamiento (DAI, IOTN-AC y DHC). **9.** La maloclusión provoca un impacto psicológico en los adolescentes, que aumenta a medida que la maloclusión se agrava. La clase social no parece influir en esta relación mientras que en lo que se refiere al sexo, en las mujeres el impacto psicológico puede ser mayor.

- **OBRA:** Artículo de revista: “ Maloclusión clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento”

AUTOR: Di Santi de Modano J, Vázquez B.

RESULTADO: RESUMEN Los cánones de belleza varían según el momento histórico que se viva, sin embargo la estética siempre ha sido motivo de preocupación de los individuos. Para el ser humano la comunicación y la sonrisa son la puerta de entrada a las relaciones humanas y el cuidado de la boca y la posición dentaria cobra especial importancia. El apiñamiento dentario es uno de los motivos de consulta más frecuente de nuestros pacientes y de allí que cualquier técnica ortodóncica incluye mecánicas encaminadas a solucionar este problema. Dentro de los tipos de maloclusiones, las Clase

I son las más frecuentes a nivel mundial, sin embargo sabemos que existen varios tipos de maloclusiones Clase I con características clínicas y etiologías diversas. De aquí que las alternativas de tratamiento dependerán de factores como la edad y la gravedad de la maloclusión. Debido a la alta incidencia de estas maloclusiones en nuestro país, se realizó una revisión bibliográfica a fin de describir su etiología, clasificación, características clínicas y posibles tratamientos para alcanzar una alineación dentaria agradable tanto para el paciente como para el profesional. **Palabras Claves:** Clase I, maloclusión, apiñamiento dentario, mal posición dentaria. **CONCLUSIONES** Es necesario que se establezcan las definiciones claras de lo que se entiende por maloclusión, estudiar exhaustivamente a nuestro paciente y hacer una descripción detallada de su sistema estomatognático, clasificar el tipo de maloclusión de nuestro paciente, cuáles serían las consecuencias en caso de no tratar esa maloclusión y cuál sería el tratamiento ortodóntico más apropiado en cada caso particular.

Como hemos podido observar a través de la revisión bibliográfica realizada, la maloclusión de Clase I es la más frecuente dentro de la población tanto a nivel nacional como internacional. De aquí la importancia de que conozcamos las características más importantes de esta maloclusión. Una vez que hemos diagnosticado a nuestro paciente como Clase I, debemos proceder al tratamiento lo más pronto posible, más aún si el diagnóstico se hace en pacientes niños o jóvenes. El tratamiento a realizar es variable, de acuerdo a la edad del paciente, la gravedad y la etiología de esa maloclusión y las características clínicas y radiográficas observadas en cada paciente. Se sugiere realizar nuevos estudios epidemiológicos a nivel nacional, a fin de determinar la prevalencia actual de esa maloclusión y la incidencia de la misma dentro de los diversos grupos poblacionales.

- **OBRA:** Artículo de revista: Etiología, diagnóstico y plan de tratamiento de la mordida profunda.

AUTOR: Alarcón A., Andrea M.

RESULTADO: RESUMEN: El adecuado resalte vertical de los incisivos constituye un propósito importante del tratamiento ortodóntico, en relación con el logro de objetivos estéticos y con la obtención de relaciones oclusales funcionales y estables a largo plazo. El desarrollo de un resalte vertical excesivo se denomina mordida profunda, es un hallazgo frecuente en ciertas discrepancias maxilo-mandibulares, la cual se abordó en esta revisión de la literatura con respecto a su etiología, diagnóstico y plan de

tratamiento. Esta, junto con las demás alteraciones del plano vertical, representa una entidad compleja de origen multifactorial, donde factores genéticos como ambientales están involucrados los cuales pueden afectar a las estructuras dentoalveolares, esqueléticas o incluso a ambas. Una identificación precisa de estas características es fundamental para lograr un diagnóstico correcto y a tiempo, permitiendo establecer un plan de tratamiento adecuado. El tratamiento ortodóncico de la mordida profunda tiene como objetivo constituir un adecuado resalte vertical de los incisivos e involucra básicamente la aplicación de cuatro estrategias: extrusión de dientes posteriores, intrusión verdadera o relativa de los dientes anteriores, vestibularización de incisivos o intrusión y extrusión combinada. La estabilidad de la corrección dependerá del movimiento realizado y debidamente establecido. No obstante, los problemas de mordida profunda más severos pueden ser llevados a un mejor resultado si estos se tratan durante el crecimiento y desarrollo.

Palabras claves: mordida profunda, etiología, diagnóstico, plan de tratamiento.

Conclusiones: La mordida profunda es un componente común de la maloclusión en niños y adultos. Considerar su etiología para formular un diagnóstico y plan de tratamiento detallado y así alcanzar resultados esqueléticos, dentoalveolares, oclusales y estéticos óptimos. El tratamiento ortodóncico involucra: extrusión de dientes posteriores, intrusión verdadera o relativa de dientes anteriores y vestibularización de dientes anteriores. La mordida profunda severa puede resultar estable si se trata durante el crecimiento. La presencia de rasgos funcionales y un gran espacio libre interoclusal mejorará el pronóstico.

- **OBRA:** Artículo de revista: Frecuencia de Mordida Abierta Anterior en Escolares del Primero al Noveno Grado y sus factores asociados.

AUTOR: Alcaraz C, Sosa J, Ríos D.

RESULTADO: RESUMEN Introducción: La mordida abierta anterior se ha descrito clásicamente como una deformidad de etiología multifactorial. La mordida abierta dental en el sector anterior, y cruzada posterior son dos tipos de mordidas más frecuentes que pueden encontrarse principalmente en niños. **Objetivo:** Conocer la frecuencia de mordida abierta en alumnos de la escuela Gregoria. M. de Saldívar y sus factores asociados. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo cuyos datos fueron recolectados a través de un cuestionario precodificado, participaron del estudio 52 alumnos del primero al noveno grado de la Escuela Gregoria M. de Saldívar. Las variables del estudio consideradas fueron: la presencia o no de mordida abierta, su frecuencia según los

hábitos y su asociación con hábitos. **Resultados:** Del total de 52 alumnos, 28 son del sexo masculino y 24 del sexo femenino, el 15,4% de la muestra presenta mordida abierta anterior. De los 15,4% de la muestra que presentó mordida abierta anterior el 87,5 % de ellos correspondió al sexo femenino. Teniendo en cuenta la presencia o ausencia de hábitos de acuerdo al sexo, se encontró que un 62,5% del sexo femenino con mordida abierta anterior presentó el hábito de succión del dedo pulgar o uso prolongado del chupete. **Conclusión:** La etiología de esta maloclusión es debida principalmente al uso prolongado del chupete y el hábito de succión del dedo pulgar. Según los resultados de este estudio, la cifra obtenida guarda relación con la práctica de estos hábitos, pero no hubo predominancia en alguno de ellos.

- **OBRA:** Artículo de revista: Clasificación de las Maloclusiones.

AUTOR: Bonilla A, Puche L.

Resultado: Oclusión: Es el acto de cerrar y proviene del latín ocludere que significa cerrar hacia arriba, en Odontología se utiliza para indicar la posición de los dientes cuando ambas arcadas están en contacto Edward Angle (1899): Es la relación normal entre los planos inclinados oclusales de los dientes cuando los maxilares están cerrados Strang: Es un complejo estructural constituido por los dientes y los maxilares, caracterizado por una relación normal de los planos inclinados oclusales de los dientes que se encuentran situados individualmente y en armonía con los maxilares y la anatomía craneal , que presenta contactos proximales y posiciones axiales correctas que se acompañan con el crecimiento, desarrollo, posición y correlación normal de los tejidos y estructuras circundantes

- **OBRA:** Artículo de revista. Ortodoncia interceptiva: Necesidad de diagnóstico y tratamiento temprano en las mordidas cruzadas transversales.

AUTOR: Castañer A.

RESULTADO: RESUMEN Las mordidas cruzadas corresponden a una maloclusión en el plano transversal del maxilar definiéndose como la alteración en la correcta articulación de las cúspides palatinas de molares y premolares superiores con las fosas de molares y premolares inferiores. Dada la frecuencia de alteraciones transversales que se presentan en la consulta de odontología general, vemos la necesidad de realizar un buen diagnóstico diferencial de las mismas para poder adecuar nuestros tratamientos de la forma más eficaz y con los resultados más estables posibles. Para ello se ha de

diferenciar entre compresión esquelética, compresión dentoalveolar y compresión dental ya que estos tres supuestos requerirán tratamientos diferentes con aparatología ortodóncica diferente. El propósito de este artículo es disponer de una guía sencilla en la que apoyarnos para realizar un diagnóstico correcto de las alteraciones transversales y una guía para elegir la aparatología ortodóncica más adecuada en cada caso. **Palabras clave:** Anomalías transversales, mordida cruzada unilateral, mordida cruzada bilateral, Quad-Helix, Disyuntor. **CONCLUSIONES:** Es importante el diagnóstico correcto de las mordidas cruzadas ya que si estas tienen compensaciones dentoalveolares al realizar una expansión tendremos una mordida en tijera (25,26). En otro sentido si los procesos dentoalveolares están vestibularizados y realizamos una expansión dentoalveolar podemos producir grandes reabsorciones gingivales en los sectores posteriores, premolares y más frecuentemente en los caninos por localizarse dichas piezas muy cerca del hueso cortical. De todo ello deducimos la importancia de un buen diagnóstico para poder seleccionar la aparatología más conveniente. Debemos también destacar la importancia de realizar la corrección de las mordidas cruzadas a edades tempranas, en dentición mixta 1ª Fase, ya que con nuestros aparatos (disyuntor) realizaremos un tratamiento Ortopédico de apertura de la sutura palatina media y corregiremos los problemas transversales esqueléticos (27). Al realizar la expansión en pacientes con crecimiento se podrá abrir dicha sutura pero en pacientes adultos la expansión solo se podrá realizar dentoalveolar, no esquelética con la consiguiente limitación para corregir las maloclusiones. Por todo ello podemos destacar lo siguiente: • Todas las alteraciones transversales han de tratarse lo antes posible, lo ideal es en dentición mixta. • Si la alteración transversal es esquelética, más precoz debe ser el tratamiento, cuando erupcionan los primeros molares permanentes superiores. El tratamiento precoz es esencial para la estabilidad del resultado.

- **OBRA:** Artículo de revista. Corrección no quirúrgica de una mordida en tijera unilateral en un paciente CII división 2 con mordida profunda.

AUTOR: Cruz I.

RESULTADO: RESUMEN Este artículo discute el caso de una paciente femenina de 18 años de edad, con mordida en tijera, y una maloclusión de Clase II división 2 con mordida profunda. La mordida en tijera se debía parcialmente a un maxilar superior demasiado ancho, que permitió a los dientes inferiores izquierdos sobreerupcionar y por otra parte a la inclinación lingual de estos mismos dientes. La maloclusión fue tratada exclusivamente con ortodoncia, utilizando técnicas mecánicas de expansión en el arco inferior y de

constricción en el superior, junto con dobleces de primer, segundo y tercer orden, y ligas cruzadas como soporte al uso del arco lingual. Los resultados fueron satisfactorios al corregir la mordida en tijera y compensar la maloclusión de Clase II, obteniendo a la vez una buena función masticatoria, estabilidad oclusal, estética aceptable y buena salud oral. **Palabras claves:** mordida en tijera. **Discusión y conclusiones** La corrección dentoalveolar de las mordidas en tijera unilaterales y Síndrome de Brodie tienen gran atractivo, pues el enfoque terapéutico más común a realizar es el orto-quirúrgico, el cual está asociado a riesgos quirúrgicos de consideración. Aunque la corrección quirúrgica ofrece la perspectiva de un período de tratamiento más corto y de una estabilidad postratamiento más predecible, los riesgos mencionados no pueden ser ignorados, y son – para muchos pacientes – una razón decisiva para rechazar un procedimiento quirúrgico. Por las razones citadas, en la literatura existen múltiples reportes de correcciones dentoalveolares en este tipo de maloclusiones. Uno de los pasos en la corrección de las mordidas en tijera como lo mencionan Nanda y Cureton y col. es la nivelación de los planos de oclusión. Esta, puede ser con ortodoncia fija o mediante un acto quirúrgico. En este caso en particular la nivelación de planos obtenida con la ortodoncia fija llama la atención, pues se esperaba un canteamiento incisal en el momento del nivelado. Esto porque al inicio el plano oclusal izquierdo y derecho estaban a diferente nivel. El canteamiento nunca se dio, lo cual se podría atribuir a particularidades específicas del plano oclusal inicial. Otro paso para la corrección de la mordida en tijera es la contracción del arco maxilar y expansión del arco inferior ya sea con cirugía ortognática, distracción osteogénica o dentoalveolarmente. Dentro de las correcciones dentoalveolares hay diferentes aparatos o mecánicas para lograrlo.

- **OBRA:** Artículo de revista. Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento.

AUTOR: De Mendonça M, Miranda Y.

RESULTADO: RESUMEN El tratamiento precoz de la mordida cruzada posterior unilateral funcional durante la dentición mixta es extremadamente importante para la Ortodoncia contemporánea porque provee un correcto posicionamiento de las bases óseas, dientes y de la articulación temporomandibular cuando el sistema estomatognático está en pleno crecimiento y desarrollo. Estos resultados generalmente producen una adecuada relación cráneo facial, reduciendo la necesidad de tratamientos cada vez más complejos en la dentición permanente. El propósito de este artículo fue presentar el caso de un niño que a los 8 años de edad fue diagnosticado, mordida cruzada posterior

unilateral funcional, tratado por medio de un expansor fijo tipo Quad-helix donde enfatizamos la estabilidad a largo plazo. La maloclusión fue corregida en tres meses de uso activo del Quad-helix, tres meses de contención y fue realizado un seguimiento post tratamiento por siete años. La estabilidad a largo plazo del tratamiento de la mordida cruzada posterior unilateral funcional está íntimamente relacionada con el diagnóstico precoz, la eliminación del factor etiológico asociado con la correcta aparatología y la mecánica de tratamiento.

Palabras clave: Quad-helix, mordida cruzada posterior unilateral funcional, estabilidad.

CONCLUSIÓN Se verificó por medio de los datos obtenidos en la literatura así como el acompañamiento de casos clínicos que la estabilidad a largo plazo después de la corrección de la MCPUF está directamente relacionada con la identificación y eliminación de los factores etiológicos así como con la utilización de la técnica/aparatología adecuada. Una evaluación minuciosa de los elementos de diagnóstico, modelos de estudio, radiografías y un examen clínico detallado, permiten que la MCPUF sea detectada y tratada en una fase precoz.

- **OBRA:** Artículo de revista. Prevalencia de Mordida cruzada dental en pacientes pediátricos de la Clínica Periférica "Las Águilas" turno vespertino de octubre 2005 a marzo 2006.

AUTOR: Gutiérrez D. Díaz R. Valenti M.

RESULTADO: RESUMEN Las maloclusiones ocupan el tercer lugar de patologías bucales mundiales (OMS). La mordida cruzada dental es una maloclusión de etiología múltiple, que provoca problemas funcionales y estéticos. Se clasifica en anterior (parcial o total) o posterior (unilateral o bilateral). Se diagnostica clínicamente llevando al paciente a relación céntrica. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de mordida cruzada dental y su asociación con el sexo, en pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Periférica "Las águilas". **Material y Métodos:** Se incluyeron 337 pacientes atendidos en la Clínica Integral Niños. Se registró sexo, edad y clase de mordida, se analizó la asociación con el sexo usando X^2 . **Resultados:** El 51% de los pacientes fueron varones, edad promedio de 7 ± 2.6 años, mínimo 2 y máximo 13 años. El 16% de los pacientes presentaron mordida cruzada; el 47% tuvo mordida cruzada anterior, 40% parcial y 60% total. El 42% tuvo mordida cruzada posterior; 45% unilateral y 55% bilateral. Un 11% presentó mordida cruzada mixta. La asociación entre mordida cruzada y sexo no fue estadísticamente significativa $X^2 = 0.110$ valor de $p =$

0.740. **Conclusiones:** La prevalencia de mordida cruzada dental fue del 16%. La mordida cruzada dental y el sexo son independientes.

- **OBRA:** Artículo de revista. Influencia de la Mordida Cruzada posterior Unilateral en el crecimiento mandibular.

AUTOR: Jiménez V, González E, Contasti G.

Resultado: RESUMEN Las asimetrías faciales están presentes en un elevado número de pacientes, cuyo origen se ubica generalmente en la niñez. Éste es un período de rápido crecimiento, donde diversos factores ambientales y hereditarios predisponen al desarrollo alterado de las estructuras faciales; como es el caso de las mordidas cruzadas posteriores. El objetivo principal de este estudio es evaluar las alteraciones morfológicas mandibulares presentes en 34 pacientes con mordida cruzada posterior unilateral y relacionarla con los resultados de investigaciones similares y las diferentes teorías de crecimiento. Se procedió a analizar la simetría en radiografías panorámicas, clasificándolos por grupos según su edad. El grupo 1, conformado por 9 niños entre los 5 y 7 años; el grupo 2 por 12 pacientes entre 8 y 9 años de edad; el tercer grupo, constituido por 7 jóvenes entre 10 y 14 años; y el grupo 4 sólo por 6 adultos. Ninguno de los pacientes había recibido tratamiento ortodóncico previo a la investigación y contaban con 2 o más dientes posteriores en mordida cruzada; tampoco se tomó en cuenta ningún síndrome en el que esté involucrado el crecimiento mandibular. Los resultados mostraron un porcentaje significativo de variación; específicamente en la alteración de la altura del cóndilo y el espacio articular; estando aumentados en el lado no cruzado. La anchura del cóndilo no presentó un valor determinante en la investigación y el ángulo de la eminencia articular resultó asimétrico en el 20% de los casos estudiados.

CONCLUSIONES: Los pacientes con mordida cruzada posterior unilateral desarrollan asimetrías faciales tras el desarrollo de compensaciones funcionales que culminan con la estimulación asimétrica de factores de crecimiento. En este estudio el sexo no fue un factor relevante para los resultados; sin embargo, a medida que el paciente transcurre en edad con la mordida cruzada posterior unilateral, la alteración de la simetría mandibular va a ser más evidente. La presencia de mordida cruzada posterior unilateral, está íntimamente relacionada con el mayor desarrollo de la altura del cóndilo y el aumento del espacio articular del lado no cruzado. Las mordidas cruzadas posteriores no intervienen significativamente en el desarrollo asimétrico de la rama y cuerpo mandibular, ni en la anchura del cóndilo. Las radiografías panorámicas no proporcionan una imagen precisa

como lo hacen las tomografías computarizadas. Sin embargo, son empleadas como método diagnóstico, con ayuda del examen clínico y de otras herramientas.

- **OBRA:** Artículo de revista. Maloclusión (clasificación según angle) en alumnos de segundo y tercer semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Quito – Ecuador. marzo-julio. 2012.

AUTOR: Rodriguez M, Sosa J.

RESULTADO: RESUMEN La salud bucal constituye un aspecto elemental de las condiciones generales de salud en el mundo entero. Su importancia radica en la gran carga de la morbilidad oral, en el costo relacionado con su tratamiento, y la falta de métodos eficaces de prevención. Entre las afecciones estomatológicas, según la OMS las maloclusiones dentales ocupan el tercer lugar dentro de las patologías bucodentales más frecuentes a nivel global. Estudios como los realizados en Europa, Estados Unidos, Brasil, México y Perú, donde los altos índices de maloclusiones (Angle) corroboran la problemática generalizada de salud bucal planteada. El estudio realizado en una muestra de 53 alumnos de segundo y tercer semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Quito- Ecuador, describe la frecuencia de maloclusiones dentales en estudiantes con edad comprendida entre los 18-24 años. Los resultados encontrados determinaron que el 47,16 % del total de la muestra de estudiantes presentaba Clase I de Angle, el 16,99% Clase II de Angle y el 7,55% Clase III de Angle. No en todos los pacientes se encuentra la misma clase de oclusión tanto en el lado derecho como izquierdo, es por eso que al momento de realizar el examen de oclusión se debe revisar el lado derecho e izquierdo por separado, para así descartar o encontrar alteraciones que causan una disfunción oclusal, encontrando el 28,30% de estudiantes que no coinciden la Clase de Angle en las 2 hemiarquadas (derecha e izquierda)

- **OBRA:** Artículo de revista. Salud bucal en la adolescencia.

AUTOR: Hechavarria B, Venzant S, Carbonell M, Carbonell C.

RESULTADO: RESUMEN En particular, la salud bucal asegura importantes procesos como masticar e iniciar una adecuada digestión, de manera que su descuido puede conspirar contra la salud en general. En los adolescentes de ambos sexos ocurren complejas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, por lo cual se impone brindar a este grupo poblacional una atención médica integral durante esa etapa. Sobre

la base de tales reflexiones, se revisó la bibliografía pertinente sobre algunas cuestiones elementales al respecto. **Palabras clave:** adolescente, salud bucal, educación para la salud, estomatología. **CONCLUSIONES** Como resultado de esta revisión bibliográfica se pudo constatar que mediante el empleo de un programa de actividades educativas y técnicas grupales se puede lograr una mejor adquisición de conocimientos sobre el tema.

5.- HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio descriptivo no precisa la postulación de hipótesis por las limitaciones propias de este diseño epidemiológico.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.-MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque de la investigación: Cuantitativo.

Diseño de Investigación: Descriptivo

Nivel de investigación: Descriptiva

Tipo de Investigación

Ámbito: De campo

Técnica: Observacional a base de datos

Temporalidad Restrospectivo-Prospectivo

2.-POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: la totalidad de las fichas epidemiológicas existentes en el registro de la coordinación de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca que corresponden a 245 escolares de 12 años de edad. No se aplica muestra ya que seleccionamos todas las historias clínicas dirigidas a los niños de 12 años de edad de ambos sexos ^{20, 21}.

2.1.- Criterios de selección: Para la formalización de la población se tendrán en cuenta los siguientes criterios de selección.

2.1. a.- Criterios de inclusión: Se incluyó en el presente estudio, estudiantes de ambos sexos matriculados a los centros educativos de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Cuenca, que tengan 12 años de edad cumplidos o que vayan a cumplir hasta el 31 de diciembre del 2016. Y que presenten el consentimiento informado de sus padres y/o asentimiento del escolar, que consten en el archivo de la oficina de investigación de la carrera de odontología de la UCACUE.

2.1. b.- Criterios de exclusión: Se excluyó del estudio a los pacientes con enfermedades sistémicas, con problemas de locomoción, con alteraciones psicológicas, que falten el día del examen bucal y/o que no hayan aceptado el examen bucal, que no cumplan con la edad requerida, y los que no presenten el consentimiento informado de sus padres y/o asentimiento del escolar. También las fichas que presenten incoherencias y alteren los datos necesarios.

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Sexo	Está relacionado a una serie de variantes que conducen a ideas en general, la diferenciación de las especies y la reproducción de la raza.	Características externas que diferencian al hombre de la mujer	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico.	El autoconcepto cumple una función central ya que determina el desarrollo de la personalidad del cual depende en gran medida de la satisfacción personal y sentirse bien consigo mismo	Se determina como la personas se autopercibe a sí misma.	Grado 1-4 necesidad leve Grado 5-7 necesidad moderada Grado 8-10 necesidad severa	Cualitativa	Ordinal
Tipo de maloclusiones según Angle	Para la clasificación estudió las relaciones mesiodistales de las piezas dentarias basándose en la posición de los primeros molares permanentes y describió las diferentes maloclusiones	Se determina por la oclusión existente entre los molares permanentes superiores e inferiores	Clase I Clase II: División 1 y 2 Clase III	Cuantitativa	Ordinal

4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.1.- Instrumentos documentales

Se utilizó la ficha de recolección de información digital, en el programa de libre acceso EPI INFO, ver 7-2; para registrar los datos que constan en la ficha epidemiológica de la Universidad Católica de Cuenca (ANEXO 2), que consta de 5 partes, la primera de los datos generales del paciente, la segunda de los datos de Índice de Higiene Oral, la tercera del Índice de Caries CPOD, la cuarta del Índice de enfermedad Periodontal de Russel y la quinta de las Maloclusiones.

4.2.- Instrumentos mecánicos

Para la toma de datos se utilizó una computadora de escritorio, procesador Core 5.

4.3.- Materiales

Entre los materiales que se emplearon están: material de escritorio.

4.4.- Recursos

Para llevar a cabo el estudio se necesitó recursos institucionales (UCACUE, Zonal 6 de Educación), recursos humanos (examinadores y tutores) y recursos financieros (autofinanciados).

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1. Ubicación espacial.

La parroquia San Sebastián es una unidad de política administrativa dentro de la ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, que está ubicada en el centro austral de la República del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta con 270 mil habitantes, su temperatura va de 7 a 15 grados centígrados en invierno y de 12 a 25 grado centígrados en verano. La superficie del área urbana es de 72Km² aproximadamente, tiene una alta cobertura de servicios básicos, es la tercera ciudad más importante de la República del Ecuador. Se caracteriza por su riqueza cultural, su gran variedad de museos. Está a 2500 msnm.

5.2. Ubicación temporal.

La investigación se realizó entre los meses de diciembre del año 2016 y enero del año 2017, recolectando datos de fichas epidemiológicas que reflejaron la situación epidemiológica del año en curso, dichas fichas fueron tomadas entre los meses de mayo y julio del 2016.

5.3. Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las fichas de la parroquia “San Sebastián”, las cuales fueron ingresadas a una base de datos Epi Info ver 7.2, reflejando información epidemiológica que fue registrada con las siguientes características.

El estudio de relación de la prevalencia entre maloclusiones y la autopercepción de la necesidad del tratamiento ortodóntico busco describir cualitativamente el problema, utilizando el IONT y el diagnóstico presuntivo que arrojen las fichas.

5.3. a.- Método de examen utilizado por los examinadores.

El examinador se basó en la exploración clínica tanto intra y extraoral con el fin de establecer el tipo de oclusión en base a la clasificación de Angle tomando en cuenta la clase canina y clase molar. Se le pidió al escolar que cierre la boca de manera habitual para llegar a determinar el tipo de oclusión y el perfil facial que presente, puede ser cóncavo, convexo o recto.

De acuerdo a los parámetros establecidos se pudo dar un diagnóstico presuntivo del tipo de oclusión que presentaron los escolares, pudiendo ser: Clase I, Clase II con sus respectivas divisiones I y II, Clase III; donde los resultados establecieron el tipo de maloclusión con mayor prevalencia en los escolares de 12 años.

Se determinó la presencia de apiñamiento dental en el sector anterior valorando si uno o más dientes no se encuentran en una correcta alineación dando el aspecto de que están muy juntos y sobre montados.

Para determinar la autopercepción se les entregó fotografías en la escala del 1 al 10, en donde se les pidió que indiquen el número de la imagen que creyera que se asemejaba a la cavidad bucal de ellos, sin permitir que influyeran la opinión del examinador o compañeros del examinado.

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se calculó la prevalencia de la enfermedad utilizando la fórmula de la misma.

$$P = \frac{\text{número de enfermos}}{\text{número de examinados}} \times 100$$

Luego se realizó el mismo cálculo pero distribuyendo la muestra según el sexo.

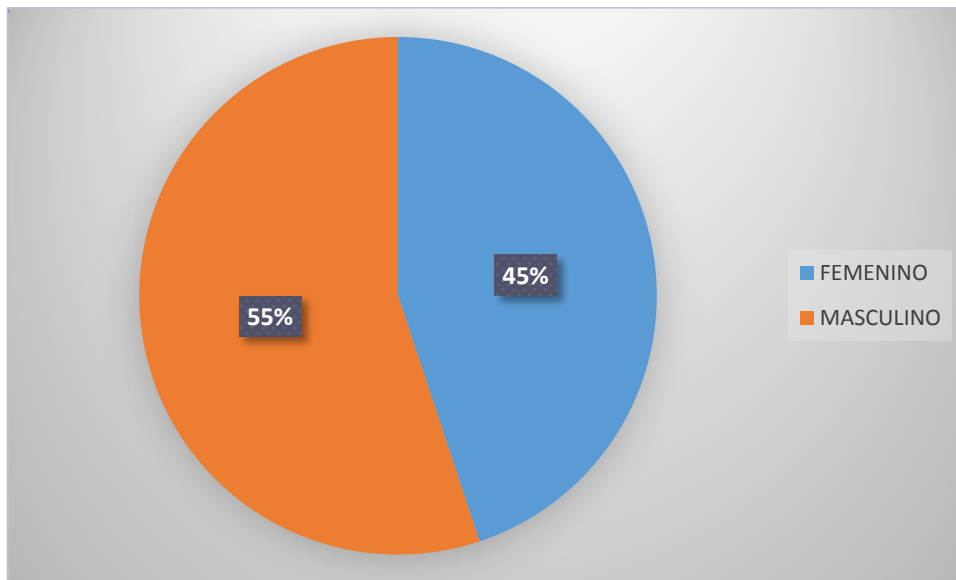
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, debido a que se ejecutó sobre datos ya tomados en pacientes del macroproyecto de investigación MAPA EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD BUCAL CUENCA 2016, en el cual todos los pacientes fueron informados por escrito de los objetivos y de la metodología del estudio. Se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmaran el Consentimiento Informado y que dieran su Asentimiento. Adicionalmente al terminar su examen bucal, el participante recibió su diagnóstico firmado.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

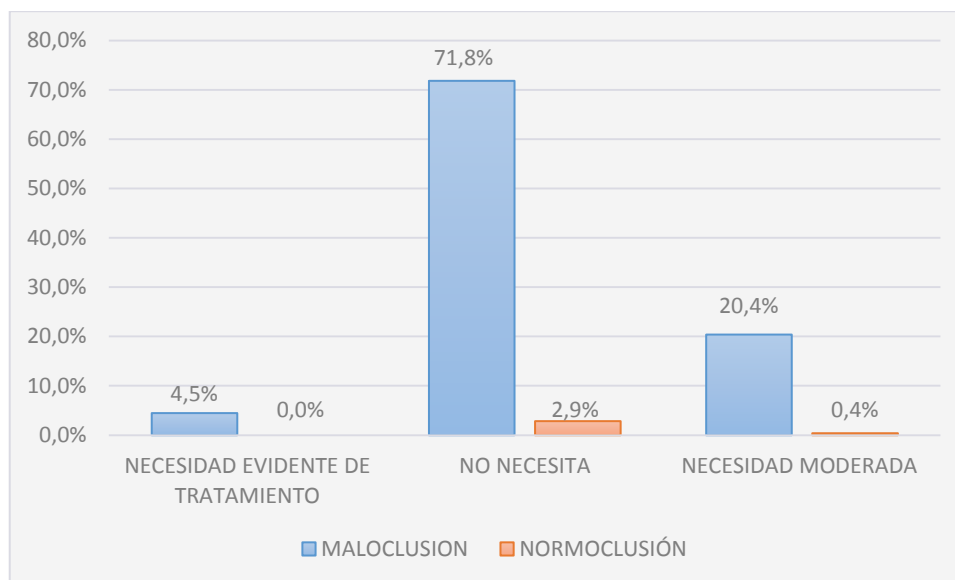
1. RESULTADOS.

Gráfico N° 1. Distribución de escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián según el sexo.



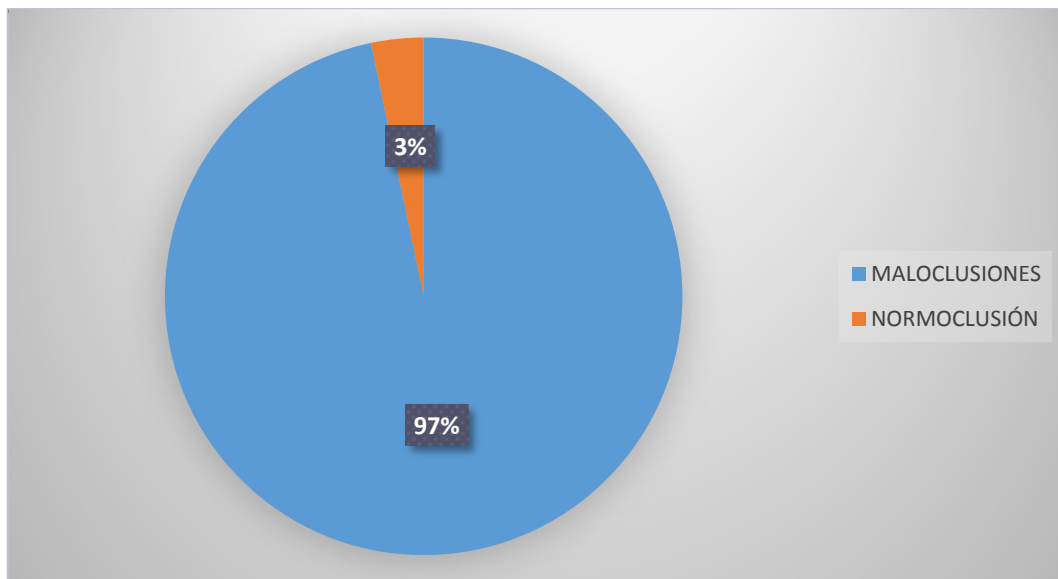
Interpretación: este gráfico arrojó como resultado que el sexo masculino es predominante en los escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián.

Grafico N°2. Relación entre la presencia de maloclusiones y la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico (IONT) de acuerdo al sexo en escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián.



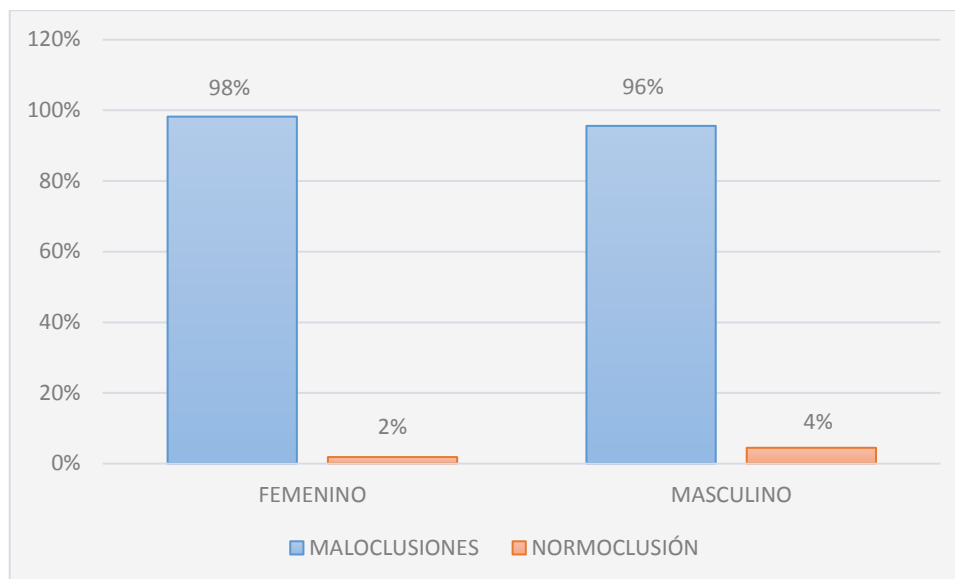
Interpretación: El gráfico muestra la relación entre la presencia de maloclusiones y la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico, donde se observa que dentro de los escolares que presentan maloclusiones, el 4,5% autopercebieron que tienen necesidad evidente de tratamiento, el 71,8% autopercebieron que no necesitan tratamiento y el 20,4% autopercebieron que tienen necesidad moderada de tratamiento ortodóntico. En relación a los pacientes que presentaron oclusión normal el 2,9% autopercebieron que no necesitan tratamiento, mientras que el 0,4% autopercebieron que tienen una necesidad moderada de tratamiento ortodóntico.

Gráfico N° 3. Prevalencia de las maloclusiones de los escolares de 12 años de edad de la parroquia San Sebastián.



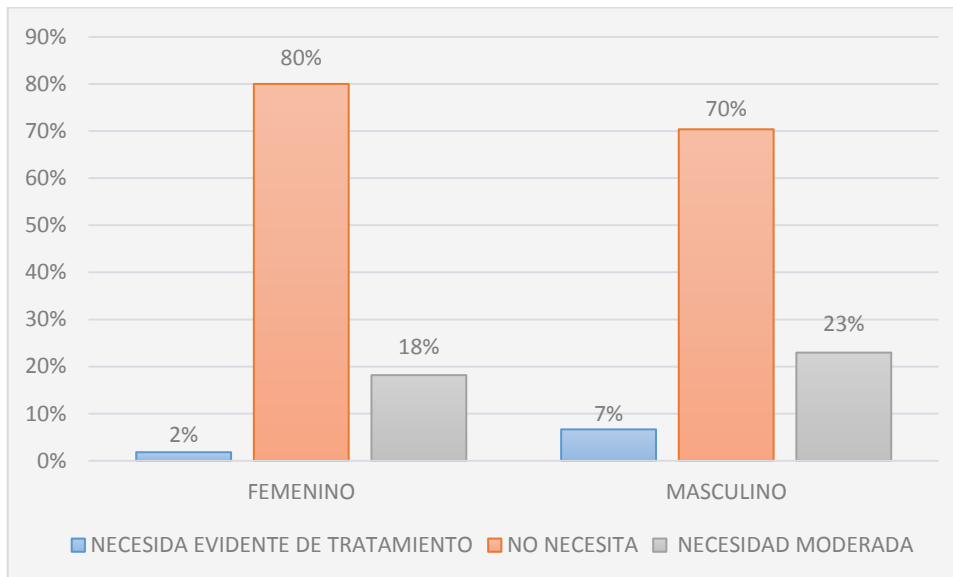
Interpretación: este gráfico arrojó como resultado que existe mayor prevalencia de maloclusiones con el 97%, con respecto a la normoclusión representada por el 3% de la muestra estudiada.

Gráfico N°4. Prevalencia de maloclusiones según el sexo en los escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián.



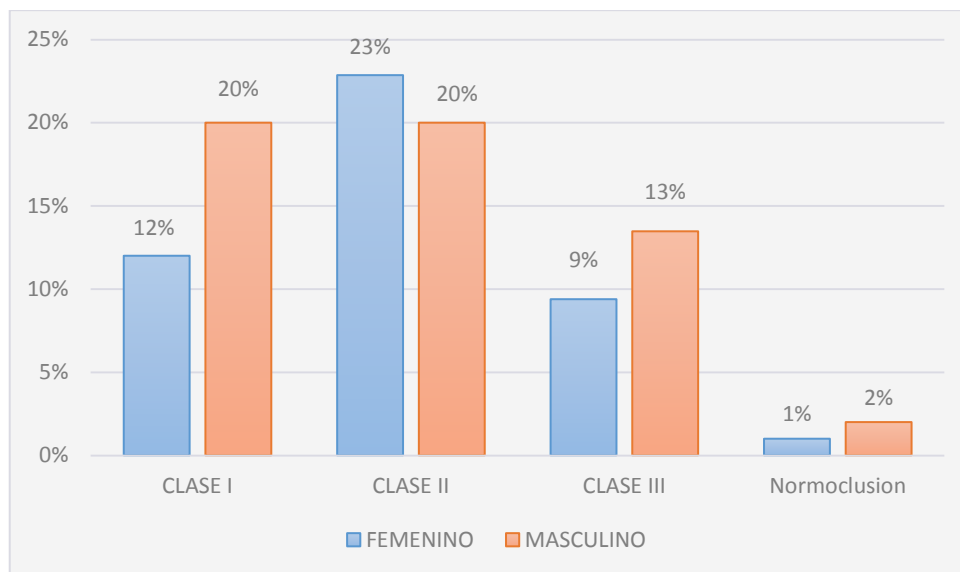
Interpretación: este gráfico arrojó que la prevalencia de maloclusiones es mayor en el sexo femenino que en el sexo masculino.

Gráfico N° 5. Necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibido (IONT) de acuerdo al sexo en escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián.



Interpretación: este gráfico revela que tanto en el sexo masculino como femenino existe un porcentaje mayor de los escolares que autopercibieron que no necesitan tratamiento, seguido de la necesidad moderada de tratamiento y por último los que tienen necesidad evidente de tratamiento ortodóntico.

Gráfico N° 6. Frecuencia de maloclusiones según Angle de acuerdo al sexo en escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián.



Interpretación: este gráfico revela que en el sexo femenino existe mayor frecuencia de la Clase II con el 23%, seguida por la Clase I con el 12% y con menor frecuencia la Clase III con el 9%, mientras que en el sexo masculino existe una frecuencia similar de la Clase I y Clase II con el 20% cada una y finalmente con menor frecuencia la Clase III con el 13%.

2. DISCUSIÓN

Mediante el estudio realizado en la Amazonia de Ucayali, Perú se descubrió que la mayor parte de la población atendida tenían maloclusiones en un porcentaje de 85,6%⁵. Teniendo gran similitud con el estudio epidemiológico realizado en el año 2016 en Ecuador en la parroquia de San Sebastián del cantón Cuenca en donde igual existió mayor prevalencia de maloclusiones con el 97%, con respecto a la normoclusión representada por el 3%.

Según Almerich J, Montiel J. en el estudio elaborado en la comunidad Valenciana tomando como referencia el IONT, el 20,9% de los niños de 12 años requieren tratamiento ortodóntico². Al revisar el estudio epidemiológico realizado en el año 2016 en Ecuador en la parroquia de San Sebastián del cantón muestra que Cuenca muestra que se separó la necesidad de tratamiento de acuerdo al sexo mostrando así que del sexo femenino el 2% perciben que necesitan tratamiento, mientras que del sexo masculino el 7% perciben que lo necesitan.

Según el artículo de Rodríguez M, Parrón T, Nieto J donde se realizó un estudio observacional descriptivo o de prevalencia mediante un muestreo aleatorio simple por colegios de 220 escolares de 12 y 15 años. El 67.1% de la población tenía un grado de Índice estético dental \leq a 25. Resaltamos varias alteraciones, donde el 10% de la población tiene un grado de Índice estético dental \geq a 36 catalogándola como poseedora de una maloclusión severa que necesita tratamiento y poder utilizar estos parámetros como indicadores para dar preferencia a la población que necesita tratamiento¹⁸. Comparando con el estudio epidemiológico realizado en el año 2016 en Ecuador en la parroquia de San Sebastián del cantón Cuenca en donde para saber la autopercepción y necesidad de tratamiento ortodóntico se utilizó una fotografía con intervalos del 1 al 10 distribuidos en 3 escalas: del 1 a 4 no necesitan tratamiento, del 5 a 7 necesidad moderada y de 6 a 10 necesidad evidente de tratamiento, con todo esto se obtuvo los siguientes resultados el 97% presentaron maloclusiones el 4,5% necesitan tratamiento, el 71,8% no necesitan y el 20,4% tienen necesidad moderada. Mientras que en la normoclusión el 2,9% no necesita y el 0,4% tienen necesidad moderada de tratamiento

La clasificación de Angle es bastante utilizada por la simplicidad que presenta dentro de la cual tenemos tres grupos con subdivisiones¹. Con respecto a esto tenemos un estudio realizado en la Amazonia de Ucayali, Perú en una población de 372 niños en donde el 85,6 presento maloclusiones siendo la clase I más frecuente tanto en el sexo masculino

como en el femenino con 59,6%, seguida por la clase II con 18,5%, la clase III se encontró con menor frecuencia en ambos sexos 9,2⁵. A comparación con los resultados obtenidos en el estudio epidemiológico realizado en el año 2016 en Ecuador en la parroquia de San Sebastián del cantón Cuenca donde arrojó que la frecuencia varía de acuerdo al sexo, en el sexo femenino existe mayor frecuencia de la clase II, seguida por la clase I y con menor frecuencia la clase III. Mientras que en el sexo masculino existe una frecuencia similar de la clase I y clase II y finalmente con menor frecuencia la clase III.

En un estudio realizado en México por Murrieta J y col, evidencio que Clase I de Angle la más frecuente(72,8%), La Clase II fue la segunda más frecuente en el 13,5% de los casos detectados con maloclusión y finalmente la Clase III en el 10,1%¹⁹. En el estudio epidemiológico realizado en el año 2016 en Ecuador en la parroquia de San Sebastián del cantón Cuenca donde arrojó que hay diferentes frecuencias de acuerdo al sexo siendo así que el sexo femenino existe mayor frecuencia de la clase II (23%), seguida por la clase I (12%) y con menor frecuencia la clase III (9%). Mientras que en el sexo masculino existe una frecuencia similar de la clase I y clase II (20%) y finalmente con menor frecuencia la clase III (13%).

3. CONCLUSIONES

- La relación entre la prevalencia de la presencia de maloclusiones y la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico de los escolares de 12 años se observó que dentro de las maloclusiones el 4,5% autopercebieron que tienen necesidad evidente de tratamiento, el 71,8% autopercebieron que no necesitan y el 20,4% autopercebieron que tienen necesidad moderada de tratamiento ortodóntico. Y en la normoclusión el 2,9% autopercebieron que no necesita y el 0,4% autopercebieron que tienen necesidad moderada de tratamiento ortodóntico.
- La prevalencia de las maloclusiones es mayor representada por el 97% con respecto a la normoclusión que está representada por el 3% de la muestra.
- La prevalencia de las maloclusiones de acuerdo al sexo en los escolares fueron similares en ambos sexos con porcentajes bastante elevados, pero el sexo levemente más afectado fue el femenino a pesar de que hay mayor cantidad de escolares de sexo masculino.
- En cuanto a la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico se obtuvo como resultado que tanto en el sexo masculino como femenino existió un porcentaje mayor de los escolares que autopercebieron que no necesita tratamiento, seguido de la necesidad moderada y por último que tienen necesidad evidente de tratamiento ortodóntico.
- En cuanto a las maloclusiones según Angle la que se presenta con mayor frecuencia varía de acuerdo al sexo teniendo como resultados que en el sexo femenino existe mayor frecuencia de la Clase II, seguida por la Clase I y con menor frecuencia la Clase III, mientras que en el sexo masculino existe mayor frecuencia de la Clase I y la Clase II y finalmente con menor frecuencia la Clase III.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Santi de Modano J, Vázquez V. Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Rev Lat de Ort y Odontopediatr [Internet]. 2003 [citado 22 Nov 2016];1-6. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art8.asp>
2. Almerich J, Montiel J. Puertes N. Necesidad de tratamiento ortodóncico e impacto psicosocial de la estética dental en los adolescentes de la comunidad valenciana (2010) [Internet]. 2013- Noviembre [citado 23 Nov 2016]; 18-36. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/33420/NECESIDAD%20DE%20TRATAMIENTO%20ORTOD%20C3%93NCICO%20E%20IMPACTO%20PSICOSOCIAL%20DE%20LA%20EST%20C3%89TICA%20DENTAL%20EN%20LOS%20ADOLECENTES%20DE%20LA%20COMUNIDAD%20VALENCIANA%202010.%20NEUS%20PUERTES.pdf?seque>
3. Bustamante G, Surco V, Tito E, Yujra C. Oclusion. Rev Boliv [Internet]. 2012 Mayo [citado 22 Nov 2016]; 20. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000500003&script=sci_arttext
4. Bonilla A, Rosell L. Clasificacion de las maloclusiones. Scribd [Internet]. [citado 24 Nov 2016]; 3-6, 32-59 . Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/62160117/Clasificacion-de-Maloclusiones>
5. Aligaga A , Mattos M, Aliaga R, Mendoza C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. Rev. Perú. med. exp. salud publica SciELO. [Internet]. 2011 Marzo [citado 21 Nov 2016]; 28(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1726-46342011000100014&script=sci_arttext
6. Cuoghi O, De Mendonça M, Miranda Y. Mordida cruzada posterior. Correccion y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontologica Venezolana. [Internet] 2011 [citado 23 Nov 2016]; 49(1). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>
7. Castañer Amparo. Ortodoncia interceptiva: Necesidad de diagnóstico y tratamiento temprano en las mordidas cruzadas transversales. Medicina oral [Internet]. 2006 [citado 22 Nov 2016]; 211-213 Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v11i2/medoralv11i2p210e.pdf>

8. Jiménez V, González E, Contasti G. Influencia de la Mordida Cruzada posterior Unilateral en el crecimiento mandibular. Rev Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria [Internet]. 2006 [citado 24 Nov 2016]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2006/art12.asp>
9. Cruz Irene. Corrección no quirúrgica de una mordida en tijera unilateral en un paciente CII división 2 con mordida profunda [Internet]; 2008 [citado 22 Nov 2016]; 1-5; Disponible en: <http://bb9.ulacit.ac.cr/tesinas/publicaciones/036724.pdf>
10. Sada M, De Girón J. Maloclusiones en la dentición temporal o mixta. An Pediatr Cont. [Internet]; 2006 [citado 23 Nov 2016]; 4 (1); Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/maloclusiones-denticion-temporal-o-mixta/articulo/80000171/>
11. Alarcón A, Andrea M. Etiología, diagnóstico y plan de tratamiento de la mordida profunda - Revisión de la literatura. Rev Lat de Ort y Odontopediatr [Internet]. 2014 [citado 21 Nov 2016]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art2.asp>
12. Alcaraz C, Bordón J, Ríos D. Frecuencia de Mordida Abierta Anterior en escolares del Primero al Noveno Grado y sus factores asociados Pediatr. (Asunción) SciELO [Internet]. 2012 [citado 23 Nov 2016]; 39(2); Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1683-98032012000200004&script=sci_arttext
13. Sosa J. Rodríguez M. "Maloclusión (clasificación según Angle) en alumnos de segundo y tercer semestre de la facultad de odontología de la Universidad central del Ecuador. Quito – Ecuador. Marzo-julio. 2012" Repositorio Dig [Internet] 2012 [citado 24 Nov 2016]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/575>
14. Gutiérrez D, Díaz R, Valenti M. Prevalencia de Mordida cruzada dental en pacientes pediátricos de la Clínica Periférica "Las Águilas" turno vespertino de octubre 2005 a marzo 2006. Rev Lat de Ort y Odontopediatr [Internet]. 2007 [citado 25 Nov 2016]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/art10.asp>
15. Tosta O. Análisis facial en la estética dental. Gaceta Dental [Internet]. 2011 [citado 22 Nov 2016]; Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2011/09/anlisis-facial-en-la-esttica-dental-25556/>
16. Singh Gurkeerat. Ortodoncia Diagnóstico y Tratamiento. Tomo 1. Segunda Edición ed. Singh G, editor. USA: AMOLCA; 2009.

17. Hechavarria B, Venzant S, Carbonell MdC, Carbonell C. Salud bucal en la adolescencia. MEDISAN SciELO [Internet].2013 [citado 24 Nov 2016]; 17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015

18. Rodríguez M, Parrón T, Nieto J. Epidemiología de maloclusiones en niños de 12 y 15 años aplicando el índice estético dental. ScienceDirect [Internet].2003 [citado 25 Nov 2016]; 45: 94-101. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033833803778710>

19. Murrieta J, Cruz P, López J, Marques Dos Santos M, Zurita V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2007 Enero [citado 28 Dic 2016]; 45(1). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/maloclusiones_dentales.asp

20. Villavicencio E. El tamaño muestral en tesis de post grado. ¿cuantas personas debo encuestar?. ResearchGate [Internet]. 2011 Enero [citado 30 Dic 2016]; 1-4. Disponible en:https://www.researchgate.net/publication/283352423_EL_TAMANO_MUESTRAL_EN_TESIS_DE_POST_GRADO_CUANTAS_PERSONAS_DEBO_ENCUESTAR

21. Villavicencio E, Cuenca K, Vélez E, Sayago J, Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. ODONTOLOGIA activa UCACUE [Internet]. 2016 [citado 30 Dic 2016]; 1(1): 1-5. Disponible en: <http://www.oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/OACTIVA-UCACUE/article/view/20/22>

ANEXOS.

Anexo 1. FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE LA UCACUE



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Hora inicio: _____ Hora Fin: _____ TIEMPO EMPLEADO: _____ min.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Cantón de nacimiento: _____ Parroquia: _____

Fecha:/...../..... Colegio: _____ Examinador: _____

HIGIENE ORAL (IHO-S)

PLACA BLANDA			PLACA CALCIFICADA		
16/55	11/51	26/65	16/55	11/51	26/65
46/85	31/71	36/75	46/85	31/71	36/75

PB + PC = IHO-S Bueno Regular Malo

CARIES DENTAL (CPOD / ceod)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Código
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				Código
																PUFA/pufa
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Código
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				Código
																PUFA/pufa

ENFERMEDAD PERIODONTAL (IP RUSSELL)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Código
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				Código
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Código
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				Código

CPOD / ceod
0= SANO
1= CARIADO
2= OBTURADO Y CON CARIES
3= OBTURADO OK
4= PERDIDO POR CARIES
5= PERDIDO POR OTRO MOTIVO
6= SELLANTE PRESENTE
7= CORONA O PILAR DE PUENTE
8= DIENTE PERMANENTE SIN ERUCPCIONAR
9= NO REGISTRABLE

IP RUSSELL
0= ENCÍA SANA
1= GINGIVITIS MODERADA (solo papilas)
2= GINGIVITIS (rodea todo el diente)
6= GINGIVITIS Y BOLSA PERIODONTAL
8= DESTRUCCIÓN A AVANZADA CON PÉRDIDA DE FUNCIÓN MASTICATORIA

MALOCLUSIONES (UCACUE) solo 12 años

Cerrar en círculo la opción.

Perfil Ántero Posterior:	1) Convexo	2) Recto	3) Cóncavo
Perfil Vertical	1) Hiperdivergente	2) Normo divergente	3) Hipo divergente

Relación Canina		Relación Molar	
Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda
1) Clase I	1) Clase I	1) Clase I	1) Clase I
2) Clase II	2) Clase II	2) Clase II	2) Clase II
3) Clase III	3) Clase III	3) Clase III	3) Clase III
<input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> N.A.

Over Jet:mm
Resalte

Over Bite:mm
Sobrepase

Marcar la opción, en el cuadrado.

Apiñamiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> LEVE (1)	<input type="checkbox"/> MORDERADO (2)	<input type="checkbox"/> SEVERO (3)
	<input type="checkbox"/> No			
Diastemas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> LEVE (1)	<input type="checkbox"/> MORDERADO (2)	<input type="checkbox"/> SEVERO (3)
	<input type="checkbox"/> No			

Mordida Cruzada Anterior	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> LOCAL (1 pza)	<input type="checkbox"/> GENERALIZADA (+ de 1 pza)
	<input type="checkbox"/> No		
Mord. Cruzada Posterior	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> unilateral (1 lado)	<input type="checkbox"/> bilateral (ambos lados)
	<input type="checkbox"/> No		

Mord. Abierta Anterior	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Mord. Abierta Posterior	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

SUPERIOR	LÍNEA MEDIA		
	DERECHA	COINCIDENTE	IZQUIERDA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	<input type="checkbox"/> CLASE I	<input type="checkbox"/> CLASE II-1	<input type="checkbox"/> CLASE II-2	<input type="checkbox"/> CLASE III
------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

Nombre:..... Edad: **12 años**

SELF REPORT MALOCLUSIONES (IONT). solo 12 años

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SELF REPORT CARIES solo 12 años

En los últimos tres meses ¿Los dientes cariados te han causado dificultad para **(desempeño)**?

Nº	Desempeño	Afectados SI/No	Severidad
1	Comer alimentos (comida, bebidas)	SI → NO	1 2 3
2	Hablar claramente	SI → NO	1 2 3
3	Lavarte los dientes	SI → NO	1 2 3
4	Descansar (incluyendo dormir)	SI → NO	1 2 3
5	Mantener un buen estado de ánimo (sin molestar, molestar y/o irritar)	SI → NO	1 2 3
6	Sonreír, reír y mostrar tus dientes (sin sentir vergüenza)	SI → NO	1 2 3
7	Realizar tus labores escolares (si, si a la escuela, participar en la clase, hacer la tarea)	SI → NO	1 2 3
8	Contactarte con otras personas (si, salir a jugar con amigos)	SI → NO	1 2 3

Severidad 1=Poca 2=Regular 3=Mucha

SELF REPORT PERIODONCIA solo 12 años

	SI	NO
1. ¿Piensa usted que tal vez sufra de la enfermedad de las encías?		
2. ¿Alguna vez le han hecho cirugía de encías para limpiar por debajo de las mismas?		
3. ¿Alguna vez le han hecho un raspado o un alisado de las raíces de los dientes, que a veces se conoce como limpieza "profunda"?		
4. ¿Alguna vez se le ha aflojado un diente por sí solo, sin tener una lesión? Sin contar dientes de leche.		
5. ¿Alguna vez le ha dicho un dentista que ud. ha perdido hueso alrededor de los dientes?		
6. ¿Le sangran las encías?		
7. ¿Siente ud. o le han dicho que tiene mal aliento?		
8. Durante los últimos tres meses ¿Ha notado que alguno de sus dientes no parece verse bien?		
9. En general, ¿cómo diría que es el estado de salud de sus dientes y encías? a) Excelente b) Muy bueno c) Bueno d) Regular e) Malo f) No se.		
10.- En la última semana ¿Cuántas veces al día se cepilló los dientes con pasta dental?		
11.- En la última semana ¿Cuántas veces usó hilo dental?		

Aspectos generales pacientes solo 12 años

ASPECTOS GENERALES	SI	NO
¿Tiene cepillo dental en su casa?		
¿Compartes tu cepillo dental con alguien?		
¿Tiene cepillo dental en el colegio?		
¿Alguna vez has asistido al dentista?		
¿En este año has ido al dentista?		
¿En este año has faltado algún día por dolor de muela?		
¿Usas pasta dental?		
Si usas pasta... ¿también la usas en la noche?		
Si usas ¿qué MARCA DE PASTA USAS?		
	SI	NO
¿Sabías que la UNIVERSIDAD CATÓLICA tiene una clínica dental?		
Ocupación del papá		
Ocupación de la mamá		

Anexo 2

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN (PARA SER LLENADO POR LOS PADRES)

Institución: Universidad Católica de Cuenca.

Investigador Principal: Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Título: Mapa Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares de Cuenca.

Propósito del Estudio

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: "Mapa epidemiológico de Salud bucal en escolares de Cuenca". Este es un estudio para evaluar la frecuencia de las principales enfermedades bucodentales en escolares del Cantón Cuenca.

Procedimientos:

Si ud. autoriza a que su hijo participe en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Se le aplicará un cuestionario que tendrá una duración de aproximadamente 2 minutos.
2. Se le realizará un examen buco-dental para determinar si su hijo tiene caries, enfermedad de encía o mala posición de los dientes.

Riesgos:

No existirán riesgos para su hijo (a) por participar en este estudio, por ser solamente un examen visual de sus dientes.

Beneficios:

No existen beneficios económicos por participar en el estudio sin embargo su hijo recibirá una charla de salud bucal y consejería en prevención de enfermedades bucales que se realizará en el centro educativo. De igual forma ud. recibirá un informe de estado de salud bucal de su hijo, con la finalidad de que sepa si está sano o si necesita que asista a consulta odontológica.

Costos e Incentivos: Este estudio es totalmente gratuito.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de su hijo. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos de su hijo (a) no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del paciente:

Si usted decide que su hijo (a) participe en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Salud y Bienestar, Carrera de Odontología al teléfono 2821897 ext. 113

AUTORIZACIÓN: MEDIANTE LA PRESENTE CON MI FIRMA DOY EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO(A) EN ESTE ESTUDIO.

Padre o apoderado

Nombre del(a) ESCOLAR

Nombre:

Ci:

Investigador: Dr. Ebingen Villavicencio

Ci: 0151549557

Realizado por Dra. Uliana Encalada Verdugo
Coordinadora de Unidad de Titulación

ASENTIMIENTO INFORMADO

(PARA SER LLENADO POR LOS ESCOLARES DE 6 AÑOS O 12 AÑOS)

Institución: Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Odontología

Investigador: PhD Ebingen Villavicencio Caparó.

Título: Mapa Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares de Cuenca.

Propósito del Estudio:

Hola, (.....) somos de la Universidad Católica de Cuenca de la Facultad de Salud y Bienestar, Carrera de Odontología, estamos haciendo un estudio para evaluar la salud de tu boca.

La calidad de tu salud, puede verse afectada por algunas enfermedades que se presentan en tu boca, tales como caries dental, dientes chuecos o encías que sangran.

Si decides participar en el estudio, en una fecha coordinada con tu profesor de aula, yo te haré unas preguntas y revisaré tu boquita para registrar todos los problemas que tienes en ella.

No deberás pagar nada por participar en el estudio igualmente, no recibirás dinero, pero sí recibirás un informe de la condición en que está la salud de tu boca.

Tú decides si quieres colaborar en este estudio. Si no lo haces no hay ninguna consecuencia.

Si deseas hablar con alguien acerca de este estudio puedes llamar a la Facultad de Salud y Bienestar, Carrera de Odontología 2821897 ext. 113 o a (Dr. Ebingen Villavicencio Caparó) investigador principal, director de investigación en Odontología.

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas colaborar con nosotros?

Si ()

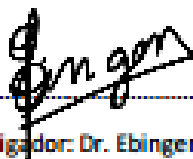
No ()

.....
Firma del Escolar Participante

Nombre:

Ci:

.....
Fecha:



Investigador: Dr. Ebingen Villavicencio

Ci: 0151549557

Anexo 3



INFORME DE SALUD BUCAL

Señor padre de familia la presente es para agradecer su colaboración con nuestro proyecto y a la vez informarle sobre el estado de salud bucal de su niño/a.

Institución.....

Nombre:..... **Edad:**.....

El ni niño/a. presenta:

Dientes.....
.....
.....
.....
.....

Encías.....
.....
.....
.....
.....

Oclusión.....
.....
.....
.....
.....

Recomendaciones de Tratamiento

.....
.....
.....