



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Relación de la autopercepción entre la prevalencia de maloclusiones
y la necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 años
en la parroquia Baños en la ciudad de Cuenca 2016.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO

AUTOR: Carlos Segundo Quille Uguña.

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

CUENCA
2017

DECLARACIÓN:

Yo, **QUILLE UGUÑA CARLOS SEGUNDO** 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.

.....
Autor: Quille Uguña Carlos Segundo
C.I.: 0104796917

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente pre proyecto de investigación denominado **“Relación de la autopercepción entre la prevalencia de maloclusiones y la necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 años en la parroquia Baños en la ciudad de Cuenca 2016.”**, realizado por **QUILLE UGUÑA CARLOS SEGUNDO**, ha sido inscrito y 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, 04 de Mayo de 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.

El presente trabajo de titulación denominada “**Relación de la autopercepción entre la prevalencia de maloclusiones y la necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 años en la parroquia Baños en la ciudad de Cuenca 2016.**”, realizado por **QUILLE UGUÑA CARLOS SEGUNDO**, 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, 04 de Mayo de 2017.

.....

Tutor: Ramos Montiel Ronald. Odont. Esp.

DEDICATORIA.

Esta investigación va dedicada a Dios, ya que gracias a sus bendiciones pude realizar este gran sueño.

A mi padre Carlos que nunca dejo de apoyarme en todo lo que necesitaba y siempre creyó en mí.

A mi madre Fanny por todos sus consejos, sus atenciones por ayudarme para que no me falte nada y ser parte de este gran logro.

A mi Lulú mil gracias por ser mi pilar y estar de manera incondicional en mi carrera universitaria.

A mami Blanca y papi Segundo por todo su cariño.

A mi Pablito que de una u otra manera estaba en las buenas y en las malas, a toda mi familia por ser buena y comprensible conmigo.

EPÌGRAFE

“Cree y ya estarás a la mitad del camino”

Theodore Rossevelt.

AGRADECIMIENTOS

De manera especial al Dr. Ronald Ramos por ayudarme en el trabajo de investigación y darme todas las facilidades para que este proyecto se culmine con éxito.

A mis padres por ser promotores de mi carrera profesional ya que sin su apoyo hubiese sido imposible haber cumplido esta meta, gracias por nunca dejarme solo y a pesar de todo me impulsaron al éxito.

A todos mis familiares y amigos que fueron mis pacientes, que confiaron en mí y me regalaron un poco de su tiempo para mis prácticas pre-profesionales.

LISTA DE ABREVIATURAS

IONT: Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico

INT: Índice de necesidad de tratamiento.

DAI: Índice de estética dental.

CAM: Comunidad autónoma de Madrid.

BUAP: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.....	15
1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.- JUSTIFICACIÓN.....	16
3.-OBJETIVOS	17
3.1.-Objetivo General.....	17
3.2.-Objetivos Específicos.....	17
4. MARCO TEÓRICO.	17
4.1 BASES TEÓRICAS.....	17
4.1.1 Maloclusión.....	17
4.1.1.a.- Definición de maloclusiones.....	17
4.1.2 Etiopatogenia de las Maloclusiones.....	18
4.1.2.a. Factores etiológicos Generales.	18
4.1.2.b Factores etiológicos locales.	19
4.1.2.c. Factores etiológicos Parafuncionales: Hábitos.....	20
4.1.3 Parámetros cualitativos para determinar las maloclusiones.....	21
4.1.3.a Pasos para interpretar el “Diagrama de Veen” ¹³	22
4.1.4 Epidemiología de maloclusiones.....	23
4.1.5 Necesidad de tratamiento ortodóntico.....	23
4.1.6 Autopercepción.....	24
4.1.7 Autopercepción de acuerdo al sexo.	24
4.1.7 Índices para medir la Necesidad de Tratamiento.	24
4.1.8.a Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico (IONT).....	25
4.1.8.b Componente de la salud dental ¹²	25
4.1.8.c Componente de salud estético.....	26
4.2.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
5. HIPÓTESIS.....	30

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	32
1.-MARCO METODOLÓGICO.....	32
2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.....	32
2.1.- Criterios de selección.....	32
2.1.a.-Criterios de inclusión.....	32
2.1.b-Criterios de exclusión.....	32
3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	33
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA TOMA DE DATOS....	34
4.1.- Instrumentos documentales.....	34
4.2.- Instrumentos mecánicos.....	34
4.3.- Materiales.....	34
4.4.- Recursos.....	34
5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	34
5.1.-Ubicación espacial.....	34
5.2.-Ubicación temporal.....	34
5.3.- Procedimientos de la toma de datos.....	34
6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	35
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.....	36

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES.

DISCUSIÓN.....	47
CONCLUSIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50

ANEXOS

ANEXO N° 1.....	54
ANEXO N° 2.....	55
ANEXO N° 3.....	56
ANEXO N° 4.....	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo.....	38
Tabla N°2. Prevalencia de maloclusión en la población.....	39
Tabla N°3. Prevalencia de maloclusión en la población de acuerdo al sexo.....	40
Tabla N°4. Prevalencia de autopercepción de la N.T.O.....	41
Tabla N°5. Prevalencia de autopercepción de T.O de acuerdo al sexo.....	42
Tabla N°6. Niveles de severidad de tratamiento ortodóntico.....	43
Tabla N°7. Niveles de severidad de tratamiento ortodóntico de acuerdo al sexo....	44
Tabla N°8. Relación entre la autopercepción y prevalencia de maloclusiones.....	45
Tabla N°9. Relación entre la autopercepción y la P.M según el sexo.....	46

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación de autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico con la prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años en la parroquia Baños de la ciudad de Cuenca 2016. **MATERIALES Y METODOS:** Se utilizó el programa EPI INFO versión 7.2, de acceso libre, obteniendo así una muestra de 103 fichas que constan de 5 partes, el primero datos generales del paciente, la segunda datos de índice de Higiene Oral, la tercera índice de caries C.P.O.D, la cuarta índice de enfermedad periodontal de Russel y la quinta de maloclusiones mediante el método retrospectivo. **RESULTADOS:** La prevalencia de maloclusiones fue de 96% y un 4% correspondió a la normoclusión. En la prevalencia de autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico la mayoría de la población indicó necesitar tratamiento ortodóntico en un 74%, mientras que un 26% indicó no necesitar tratamiento ortodóntico. Del total de la muestra de fichas que presentan algún tipo de maloclusión en el 75% los escolares manifestaron necesitar tratamiento ortodóntico mientras que el 25% manifestó no necesitar tratamiento ortodóntico.

PALABRAS CLAVES: Maloclusión, normoclusión, autopercepción, índice, prevalencia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relation of self-perception of the need for orthodontic treatment with the prevalence of malocclusion in schoolchildren aged 12 years in the Baños parish of the city of Cuenca 2016. **MATERIAL AND METHODS:** EPI INFO version 7.2, free access, Thus obtaining a sample of 103 pieces consisting of 5 parts, the first general patient data, the second Oral Hygiene index data, the third caries index DMFT, the fourth periodontal disease index of Russel and the fifth malocclusion index Through the retrospective method. **RESULTS:** The prevalence of malocclusions was 96% and 4% corresponded to normocclusion. In the prevalence of self-perception of need for orthodontic treatment the majority of the population indicated that they needed orthodontic treatment in 74%, while 26% indicated that they did not require orthodontic treatment. Of the total sample of chips that present some type of malocclusion in 75%, the students reported needing orthodontic treatment while 25% said they did not need orthodontic treatment.

KEY WORDS: Malocclusion, normocclusion, self-perception, index, prevalence.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la maloclusión dental es una de las enfermedades bucales de menor conocimiento para la población a nivel mundial, en el ámbito estomatológico es una de las alteraciones bucodentales con mayor prevalencia después de la caries y la enfermedad periodontal^{1,2}. Los problemas de oclusión dental se pueden dar por la suma de varios de factores etiológicos, dichos factores van a provocar una desarmonía a nivel de la cavidad oral³, los mismos que pueden abarcar la parte estética del paciente o incluso problemas a nivel del lenguaje, masticación, deglución y disfunción a nivel de la ATM⁴.

Estas alteraciones se pueden observar con mayor frecuencia en civilizaciones que con el paso del tiempo han sido afectados por el desarrollo mundial, debido al cambio en el tipo de alimentación, cambio de la población de zonas agrícolas a rurales, las fuerzas utilizadas para masticar los alimentos y otros factores que de una u otra manera influyeron en la oclusión de la población actual⁵.

A más de que las personas con problemas de maloclusión presentan alteraciones en la parte estética y de función, también vemos afectado el estado psicosocial del individuo⁶. Es por eso que es recomendable iniciar un tratamiento desde edades tempranas, para así evitar que dichas alteraciones afecten al individuo durante su niñez tanto en el ámbito emocional como de salud⁷. Como solución para corregir este tipo de alteraciones, se emplea tratamientos ortopédicos que a más de ayudar a corregir la posición de las piezas dentarias y/o maxilares, nos ayuda a mejorar las proporciones faciales del individuo⁷.

La autopercepción del paciente va a ser primordial para la ejecución de un tratamiento adecuado y ayuda al profesional a tomar decisiones en cuanto al tipo de tratamiento que se va a realizar para así buscar un confort y aceptación por parte del paciente⁸. A nivel mundial decimos que el comportamiento de maloclusiones está en rangos de 35% a 75%⁹. Para poder emitir un correcto diagnóstico de las maloclusiones tenemos que valorar tanto los factores dentales, musculares y esqueléticos del sistema estomatognático así como el estado psicológico y entorno social del paciente¹⁰.

Por esa razón nos hemos visto en la obligación de realizar un estudio epidemiológico con el fin de establecer la autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico y la prevalencia de maloclusiones que presentan la población de 12 años, y de esta manera poder establecer en un futuro programas que nos ayuden a prevenir y combatir las maloclusiones a nivel de población escolar. Por lo tanto nosotros como odontólogos

debemos tener los conocimientos necesarios para poder evaluar, diagnosticar y establecer un correcto plan de tratamiento.

El presente estudio está enmarcado en la línea de investigación de la autopercepción y prevalencia y corresponde a la especialidad de ortodoncia. Se lo realizó con historias clínicas de los niños de 12 años que asisten a las escuelas de la parroquia Baños y que reposan en la base de datos del Departamento de Investigación de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca con una previa autorización y conocimiento de sus representantes.

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

El problema que se desea investigar es determinar la relación entre la autopercepción de las maloclusiones y la necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 años en la parroquia Baños, esta idea surge ya que no existen reportes sobre maloclusiones en la población estudiada que nos ayuden a realizar planes de tratamiento en pacientes de 12 años.

La interrogante principal de esta investigación es: ¿Cuánto es la relación de la autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico con prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años en la parroquia Baños de la ciudad de Cuenca en el año 2016?

2.- JUSTIFICACIÓN.

Este tema de investigación está enfocado principalmente en los escolares de 12 años de edad que están en la etapa de terminar el recambio dentario y tienen dentición permanente.

Mediante este proyecto de investigación se podrá saber la relación entre la autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico y la prevalencia de maloclusiones en la población de escolares de 12 años en general.

La comunidad a la que va dirigido este estudio es la parroquia Baños perteneciente a la ciudad de Cuenca. Es de interés también para otras comunidades del Ecuador debido a la similitud de sus características epidemiológicas.

El presente estudio tiene un nivel de originalidad nacional, debido a que no se cuenta con estudios recientes (en los últimos 5 años) acerca de la autopercepción de maloclusiones en la población de 12 años.

Para garantizar la viabilidad del estudio se han realizado coordinaciones, con las autoridades institucionales de la Universidad Católica de Cuenca, con la dirección de la

carrera de Odontología, con la dirección de Investigación de la carrera de Odontología y con la cátedra de Investigación de la misma.

3.-OBJETIVOS

3.1.-Objetivo General:

Determinar la relación de autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico con la prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años en la parroquia Baños de la ciudad de Cuenca 2016.

3.2.-Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años en la parroquia Baños de la ciudad de Cuenca en el año 2016.
- Determinar la prevalencia maloclusiones de acuerdo al sexo en escolares de 12 años de en la parroquia Baños de la ciudad de Cuenca en el año 2016.
- Determinar la autopercepción del índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 años de edad en la parroquia Baños de la ciudad de Cuenca en el año 2016.
- Determinar la autopercepción del índice de necesidad de tratamiento ortodóntico de acuerdo al sexo en escolares de 12 años de edad en la parroquia Baños de la ciudad de Cuenca en el año 2016.

4. MARCO TEÓRICO.

4.1 BASES TEÓRICAS.

4.1.1 Maloclusión.

A pesar de que la OMS ubica a las maloclusiones como la tercera patología con mayor prevalencia a nivel mundial, hay pocos datos a nivel nacional que nos ayuden a determinar el estado en él que se encuentra la población ecuatoriana con respecto a esta patología¹⁻². Afecta a la estética, al lenguaje y contribuye a la formación de placa bacteriana, gingivitis y enfermedad periodontal³. En casi la mayoría de los casos abarcando también el estado psicosocial del niño, produciendo cambios en el estado anímico del individuo⁴.

4.1.1.a.- Definición de maloclusiones.

Podemos definir a las maloclusiones como alteraciones que se pueden dar como causa de alteraciones a nivel óseo o dental, las mismas que van a dar como resultado una oclusión alterada o una maloclusión a nivel dental, alterando de esta manera la función del aparato estomatognático^{5,7}.

El efecto que producen las maloclusiones no afecta solo al aparato masticatorio, sino también influye en el aspecto psicosocial y en la calidad de vida de los individuos afectados⁸⁻⁹ y varía de una persona a otra en intensidad y gravedad⁹. Para poder establecer un diagnóstico correcto se debe realizar un abordaje minucioso no solo en los factores dentales, musculares y esqueléticos, sino también en el estado psíquico de personalidad del individuo y su entorno social¹⁰.

4.1.2 Etiopatogenia de las Maloclusiones.

Como ya mencionamos, la etiología de las maloclusiones se puede producir por diferentes factores a los mismos que los puede agrupar en: factores etiológicos generales, factores etiológicos locales, factores etiológicos parafuncionales¹¹.

4.1.2.a. Factores etiológicos Generales.

Entre los más importantes tenemos a:

- La herencia: al haber una transferencia genética en el tamaño y forma de los huesos, dientes, frenillos y otros tejidos¹¹ de los padres a hijos, el individuo puede presentar rasgos tanto de la madre como del padre que va a llevar a producir una desproporción a nivel facial como piezas dentales microdónticas en maxilares grandes ocasionando diastemas marcados o maxilares pequeños y dientes macrodónticos que pueden producir apiñamiento dental¹². Así mismo el individuo puede heredar anomalías que los padres presenten¹¹.
- Malformaciones genéticas (cromosomopatías): Son de tipo hereditario y puede afectar al desarrollo del tejido óseo, muscular, dentario y tejidos blandos¹¹.
- Malformaciones congénitas: estos no se van a relacionar con factores cromosómicos pero si afectan a todos los tejidos craneofaciales¹¹. Como por ejemplo una fisura palatina¹².
- Factores Ambientales: Los mismos que pueden influir antes de forma prenatal o durante el parto. En la primera al estar el feto en formación se pueden dar diferentes situaciones que podría afectar su correcto desarrollo como enfermedades de la madre durante el embarazo, postura del feto en el útero, Bidas amnióticas¹¹, mientras que durante la etapa natal se pueden dar lesiones con los fórceps, espátulas, inadecuada presión por parte del ginecólogo al momento de sujetar el niño¹¹.
- Enfermedades Generales: como el hipotiroidismo que produce un retraso de la erupción dentaria, la poliomielitis que produce tensión muscular y asimetrías, raquitismo que ocasiona mordida abierta¹¹.

- Traumatismos: debido a caídas o golpes a nivel craneofacial, produciendo avulsiones de piezas dentales, fracturas de cóndilos que es la más común de las fracturas a nivel óseo produciendo una vez corregido el problema asimetrías o retrognatismos mandibular¹².
- Radiación: que retrasa el crecimiento de los tejidos, dientes, hueso¹¹.

4.1.2.b Factores etiológicos locales.

Las causas más comunes que conllevan al producir maloclusiones tanto en la dentición temporal, mixta y definitiva son:

- Dentición temporal: Entre las causas más comunes para que se produzca una maloclusión en esta dentición tenemos:

La caries y pérdida prematura de piezas dentales: Las arcadas dentarias se mantienen en equilibrio debido a los vectores musculares y de migración mesial, por lo tanto al existir una pérdida prematura de piezas dentarias se producirá un colapso de las arcadas dentarias provocando mesialización de las piezas dentarias y por ende altera la oclusión¹¹. La pérdida de un diente temporal 6 meses antes de la erupción de un permanente, acelera su erupción, mientras que la pérdida precoz del temporal, retarda la erupción del permanente¹¹.

La erupción precoz de un diente permanente: en el caso de un canino superior puede producir que los temporales se desplacen por compresión y aposición ósea, produciendo una deformación labial¹¹.

Pérdida prematura de un diente temporal por traumatismo: una fractura del diente temporal acompañado de una osteólisis periapical puede provocar una erupción ectópica del permanente.

Pérdida prematura de una pieza temporal por exfoliación de compromiso: Al existir una discrepancia óseo-dentaria intensa se va a producir una exfoliación temprana de los caninos temporales, al erupcionar los incisivos permanentes. Por otro lado, al producirse una exfoliación unilateral se provocará una simetría en la arcada dental, mientras que una exfoliación bilateral provocará un equilibrio de la misma¹¹.

- Dentición Permanente: en la que podemos citar alteraciones en el número, alteraciones en el tamaño y forma, cronología y secuencia de erupción, dirección de erupción¹¹⁻¹³.

Con respecto a las alteraciones en número: podemos mencionar a los dientes supernumerarios y duplicidades, en los cuales primero tenemos a los

mesiodens los mismos que van a producir desplazamientos de los dientes vecinos, van a impedir de la erupción de ciertas piezas dentales cercanas por ende asimetrías en la erupción de dientes anteriores¹³. Las duplicidades van a favorecer a la exfoliación precoz de las piezas dentales debido a excesos de material dentario¹¹⁻¹³. También podemos citar defectos a nivel dentario como agenesias, erupción ectópica de permanentes y presencia de diastemas¹¹⁻¹³. Alteraciones de tamaño y forma: Podemos citar a las macrodoncias, microdoncias, Geminaciones, Fusiones, cíngulos hipertróficos, deformaciones axiales¹³. Los excesos de material dentario van a provocar discrepancias óseo-dentarias negativas, pérdida de puntos de contacto interdentes, malposiciones y apiñamiento. Mientras que material dentario reducido provocara discrepancias óseo-dentarias positivas, diastemas, migración hacia mesial y maloclusiones.

4.1.2.c. Factores etiológicos Parafuncionales: Hábitos.

Dentro de estos podemos mencionar a:

- La succión anormal: la succión es normal en las primeras etapas de vida del individuo, pero cuando se extiende después de la erupción de las piezas dentarias permanentes provoca problemas en la oclusión debido a la presión ejercida por los músculos, esqueleto y dientes¹².
- Protracción Lingual: producida por la interposición de la lengua contra las arcadas dentarias pudiendo dar como resultado protrusión de los incisivos y producir una mordida abierta¹¹. En ocasiones la protrusión de la punta de la lengua se desencadena por una alteración de postura de la misma¹².
- Succión de labios: es más común la del labio inferior, dando lugar a deformación de los dientes anteroinferiores provocando una mordida abierta y un resalte marcado¹¹.
- Deglución atípica: movimiento de la lengua en sentido anteroposterior, aparece cuando existe un resalte exagerado (+6-7mm) o una mordida abierta¹¹.
- Respiración bucal: Suele provocar maloclusiones clase II división 1 de Angle con retrusión mandibular¹¹.
- Propulsión mandibular: Se produce un avance de la mandíbula con el que también se adelanta la lengua¹¹.

4.1.3 Parámetros cualitativos para determinar las maloclusiones.

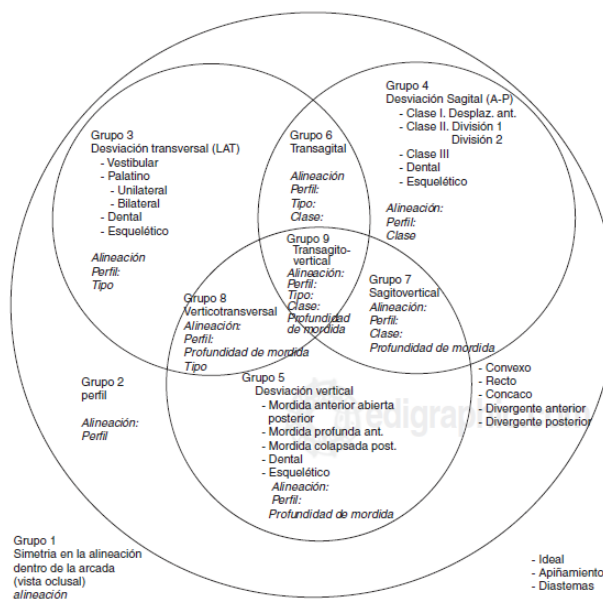
Ackerman y Proffit en 1960 proponen un sistema denominado “Diagrama de Veen” el que va a ser adicional a la clasificación de Angle para maloclusiones y el mismo que para su uso se requiere de 3 datos durante el diagnóstico como son: datos acerca de la dentición, Relaciones oclusales, Relaciones esqueléticas¹³. Este diagrama consta de 9 grupos los mismos que están representados por círculos (imagen 1).

El grupo 1: Representa el grado de alineación y simetría, que es común en todas las denticiones.

El grupo 2: Toma en cuenta el perfil del paciente

Los grupos del 3 al 9: Las desviaciones los tres planos del espacio anteroposterior, vertical y transversal.

El “Diagrama de Veen” describe las diferencias de los temas en la parte de cada círculo que no se superpone y escribe detalles que describen las semejanzas de los temas en donde los círculos se superponen (diagrama 1)¹³.



Proffit Williams F. Ortodoncia Contemporánea. Quinta ed. Barcelona: Elsevier 2014.

4.1.3.a Pasos para interpretar el “Diagrama de Veen”¹³.

- 1.- Análisis del alineamiento y simetría, cuyas posibilidades son: ideal, apiñamiento, espaciamiento y mutilación (Grupo 1)¹³.
- 2.- Se estudia el Perfil: en el podemos tener un perfil divergente en sentido anteroposterior, con labios cóncavos, rectos o convexos con respecto al mentón y nariz (grupo 2)¹³.
- 3.- Estudia las características transversales de las arcadas: registra el problema dentoalveolar o esquelético (grupo 3)¹³.
- 4.- Analiza la relación sagital anteroposterior: con la clasificación de Angle mas el tipo que puede ser dentoalveolar o esquelética¹²⁻¹³.
- 5.- Estudia la dimensión vertical: en que determinamos si es que existe mordida profunda anterior, mordida abierta anterior, mordida posterior profunda o mordida cruzada posterior ¹²⁻¹³.

Las 3 únicas limitaciones de este diagrama son que: No toma en cuenta la etiología, no considera la función, es una clasificación estática¹³.

- a. Biotipo facial: tenemos perfiles faciales cóncavos y convexo, los mismos que nos van a indicar que maxilar es el defectuoso, entre estos tenemos¹²⁻¹³:
 - Perfil recto, relación intermaxilar coincide indica la existencia de clase I.
 - Perfil cóncavo indica la existencia de una relación intermaxilar clase II, debido a una protrusión maxilar o retrusión mandibular¹²⁻¹³.
 - Perfil cóncavo indica una clase III, debido a una retrusión maxilar o protrusión mandibular.
- b. Relación molar y canina: según tenemos tres tipos de maloclusiones con sus respectivas subdivisiones¹³.
 - Maloclusión clase I: cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en la fosa bucal del primer molar inferior, pero uno o más dientes del arco están en posición inadecuada¹³.
 - Maloclusión clase II: el primer molar permanente inferior esta por distal del superior¹³.
 - Maloclusión clase II 1: distoclusión y resalte marcado de los incisivos superiores.
 - Maloclusión clase II 2: distoclusión acompañada de vestibularización de los incisivos laterales superiores, linguoversión de incisivos centrales superiores y gran mordida vertical¹³.
 - Maloclusión clase III: el primer molar y canino permanente inferior se encuentran en posición mesial en relación al primer molar superior¹³.
- c. La Sobremordida horizontal y vertical (overjet y overbite)¹²⁻¹³.

- Overjet: distancia del borde incisal del incisivo superior a la cara vestibular de los incisivos inferiores¹²⁻¹³.
 - Overbite: distancia del borde incisal del incisivo superior al borde incisal de los incisivos inferiores¹²⁻¹³.
- d. Presencia de diastemas o apiñamiento.
- e. Desviación de la línea media.

4.1.4 Epidemiología de maloclusiones.

A pesar de que la salud es considerada como un derecho social de los seres humanos, tiene relación con la capacidad adquisitiva de las personas para así dotarse de los medios para preservar un buen estado de salud general¹⁴. Heimer y Hebling señalan en sus investigaciones que sujetos con un menor poder adquisitivo tienen un mayor riesgo de presentar maloclusiones en comparación con los que tienen una mayor capacidad económica¹⁴. De igual manera varía de acuerdo al grupo étnico que se estudie¹⁵. Las maloclusiones así como las deformidades dentofaciales no son estados relacionados a un proceso patológico sino a alteraciones en la fisiología del desarrollo normal¹⁵⁻¹⁶.

Ya que las maloclusiones pueden provocar una alteración en la salud general del individuo es necesario que el profesional de salud conozca su epidemiología para que estas alteraciones sean diagnosticadas y tratadas en edades tempranas y de esta manera mejorar salud de la persona y su estado emocional¹². Actualmente para medir las maloclusiones no solo se toma en cuenta la malposición dental, sino otros factores como la discrepancia esquelética, necesidades del individuo, importancia social de aceptación los mismos que van a determinar el plan de tratamiento que vamos a emplear, el mismo que debe ser aprobado por nuestro paciente¹⁷.

4.1.5 Necesidad de tratamiento ortodóntico.

La ortodoncia actualmente es una ciencia que enfoca en establecer una oclusión normal y corregir aquellas alteraciones aplicando diferentes métodos, los mismos que se los realiza con la colocación de aparatos que van a ejercer fuerzas sobre la dentición y estructuras adyacentes para corregir dicha alteración¹².

Diferentes autores señalan que pacientes tratados o no ortodónticamente, al momento de establecer la necesidad de tratamiento ortodóntico se debería poner más atención a la percepción de estos sobre su necesidad de tratamiento, en función al grado de satisfacción personal con su aspecto dentofacial, así como el impacto que va a tener sobre su vida diaria, de esta manera se tendrá éxito en el tratamiento⁶⁻¹⁸.

4.1.6 Autopercepción.

Es la visión general que las personas se crean de sí mismo y como se muestra a la sociedad, desarrollándose por procesos cognitivos y experiencias personales formada por creencias, sentimientos, expectativas que van a partir de una realidad externa pero cobra autonomía en el interior. La autopercepción juega un papel muy importante en la decisión de un plan de tratamiento y en juicio de la estética dental del profesional, ya que los pacientes que presentan maloclusiones no solo van a estar afectados por su autopercepción sino que también por percepción de las personas que lo rodean⁸.

La anomalías dentofaciales representan una desventaja social importante, observando una alta correlación entre las maloclusiones y un nivel de autoestima bajo⁸.

4.1.7 Autopercepción de acuerdo al sexo.

Son normas y expectativas construidas por la sociedad el cual va a determinar comportamientos que agrupan a hombres y mujeres, de esta forma que todos los roles influyen en sus vidas en cuanto a decisiones, normas, valores, ideas y atributos físicos de los cuales se ha establecido parámetros estéticos¹².

4.1.7 Índices para medir la Necesidad de Tratamiento.

El determinar una necesidad de tratamiento ortodóntico es un problema complejo, ya que se debe tomar mucho en cuenta la necesidad y deseos del paciente, ya que cada persona es diferente y tiene una percepción diferente. Un sin número de índices han sido desarrollados desde 1960 para determinar las maloclusiones (Drake,1960; Grainger 1967; Summer, 1968; Linder Aronson, 1974; Lundstrom,1977; Brook and Shaw, 1989; Shaw et al 1991; Richmond et al 1992), sin embargo son muy poco utilizados en Latinoamérica en pacientes que reciben tratamiento ortodóntico²⁴.

Los índices son instrumentos que nos van a servir para medir las desviaciones de la oclusión dentaria y de esta manera desde el punto de vista epidemiológico van a contribuir para determinar las prioridades de la necesidad o no de un tratamiento ortodóntico. Estas prioridades van a estar basadas en la severidad de las anomalías²⁰.

El índice de necesidad de tratamiento ortodóntico (IONT), el componente dental de salud (DHC) y el componente estándar d necesidad estética (SCAN), es la herramienta más frecuente para determinar la necesidad de tratamiento²⁴.

4.1.8.a Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico (IONT).

Desarrollado por Brook y Shaw en 1989; Shaw et al en 1991 y validado por Richmond en 1992 y ampliamente utilizado en Europa para determinar a pacientes que reciben tratamiento de ortodoncia²⁷. El INT clasifica a los pacientes en cinco categorías desde los que necesitan tratamiento hasta los que no lo necesitan.

4.1.8.b Componente de la salud dental¹².

Diseñado para clasificar a las maloclusiones de acuerdo a la gravedad y necesidad de tratamiento por medio de una escala que clasifica a los pacientes dentro de cinco categorías que van desde el grado 1 “ninguna necesidad de tratamiento” hasta el grado 5 “gran necesidad” mediante un examen clínico y análisis de modelos¹².

- Grado 5 ⁶⁻¹²:
 - Impedimento de erupción de dientes permanentes debido a apiñamiento, supernumerarios o cualquier otra causa patológica, sin tomar en cuenta terceros molares.
 - Resalte con $>9\text{mm}$ ⁶⁻¹².
 - Resalte inverso $>3.5\text{mm}$, con indicios de dificultad para hablar o masticar.
 - Defecto de labio paladar hendido y otras anomalías.
 - Dientes temporales sumergidos ⁶⁻¹².
- Grado 4:
 - Hipodóncia que requiere cierre ortodóntico antes del tratamiento restaurador⁶⁻¹².
 - Resalte $>6\text{ mm}$ pero \leq a 9mm .
 - Resalte inverso $>-1\text{mm}$ pero menor a 3.5 mm . Con indicios de dificultad para hablar y masticar⁶⁻¹².
 - Mordida cruzada anterior y posterior con separación intercuspídea o contacto retruido mayor a 2 mm ⁶⁻¹².
 - Desplazamiento importante de los puntos de contacto superior a 4 mm .
 - Sobremordida aumentada con traumatismos gingivales o periodontales.
 - Dientes parcialmente erupcionados, impactados y supernumerarios¹².
- Grado 3:
 - Resalte aumentado, superior a 3.5 mm pero inferior o igual a 6mm con incompetencia labial⁶⁻¹².
 - Resalte inverso superior a 1mm , pero inferior o igual a 3.4mm .

- Mordida cruzada anterior y posterior con separación intercuspídea o contacto retruido de 1 a 2mm⁶⁻¹².
- Desplazamiento de los puntos de contacto superior a 2 mm pero inferior o igual a 4mm.
- Mordida abierta lateral o anterior superior a 2 mm y menor a 4mm.
- Sobremordida profunda que no causa traumatismo gingival o periodontal¹².
- Grado 2¹²:
 - Resalte inverso superior a 3.5 mm e inferior a 6 mm con labios incompetentes⁶⁻¹².
 - Resalte inverso superior a 0 mm e inferior a 1mm.
 - Mordida cruzada anterior o posterior con separación intercuspídea o contacto retruido de 1mm o menos.
 - Desplazamiento de los puntos de contacto superior a 1 mm e inferior o igual a 2mm⁶⁻¹².
 - Sobremordida aumentada o igual a 3.5mm sin contacto gingival.
 - Oclusión pre o pos normal sin otras alteraciones¹².
- Grado 1
 - Maloclusiones mínimas, los puntos de contacto son inferiores a 1 mm⁶⁻¹².

4.1.8.c Componente de salud estético.

El componente de salud estético del IONT se basa en una escala visual de 10 imágenes con su respectivo grado o nivel de estética dental, es un indicador de la satisfacción del paciente con sus dientes²³⁻²⁴.

La puntuación va de 1 al 10 y de esta manera se determina la necesidad de tratamiento ortodóntico de acuerdo al ámbito estético. Se lo utiliza mucho ya que su uso es de simple manejo y aplicación²⁴.

El diagnóstico se realiza de la siguiente manera²³⁻²⁴:

- Grado 1-4: No requiere tratamiento ortodóntico.
- Grado 5-7: Requiere necesidad moderada de tratamiento ortodóntico.
- Grado 8-10: Requiere necesidad definitiva e tratamiento.

Su desventaja radica en que las imágenes solo muestra estándares dentales y no faciales, que también son importantes al momento de definir un parámetro estético²³⁻²⁴.

4.2.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

- ✓ **Obra: Artículo de revista:** “Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural”¹.

Autor: Cartés Velásquez Ricardo, Araya Eric, Valdés Carolina.

Resultados: La muestra fue de 129 alumnos, se utilizó el índice estético dental para cuantificar la magnitud de las maloclusiones y un cuestionario de autoimagen para el aspecto psicosocial, obteniendo una prevalencia del 67.4% y un 21.7% para el nivel discapacitante de maloclusiones. A más de la mitad de los jóvenes el problema de maloclusiones le proporciona problemas para relacionarse¹.

- ✓ **Obra: Artículo de revista:** “Maloclusiones en niños de 8 a 12 años y la percepción de los padres de familia de la necesidad de una interconsulta con el ortodoncista a temprana edad”⁴.

Autor: Arroyo Ayala Yacsiry, Moreno Hernáde Hector.

Resultados: Se realizó un examen clínico a los niños para diagnosticar algún tipo de maloclusión y una encuesta a los padres de familia. Obteniendo que el 45.11% de niños presentan algún tipo de maloclusión del total de la población, con una prevalencia de la clase II con 30.76% y clase III 14.35%. Un 76.13% de padres no considera necesario realizar una interconsulta al ortodoncista en la etapa escolar de sus hijos y el 23.8% han sido llevados a una interconsulta⁴.

- ✓ **Obra: Artículo de revista:** “Rasgos oclusales y autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares peruanos”⁶.

Autor: Pardo Villar Katherine, Soto Subero Clarisel, Pardo Aldave Karina.

Resultados: Se realizó el estudio en 210 escolares de 12 a 16 años y se determinó la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el CSD(Componente de salud dental) y Componente estético(C.E), obteniendo que de los grados 4-5 del CSD fue de 73.33%(necesidad definitiva de tratamiento), mientras que los escolares con grado 8-10 del C.E fue de 2.4%(autopercepción de necesidad definitiva de tratamiento). Con diferencias significativas según el sexo y la edad en el C.S.D y también según el sexo en C.E pero no a la edad⁶.

- ✓ **Obra: Artículo de revista:** “Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales”¹⁰.

Autor: Gutiérrez Reina Yodamis, Expósito Martín Idelbys, Jiménez Macías Ivonne, Estrada Verdeja Viviana, Martín Zaldívar Ledia.

Resultados: La muestra fue de 200 adolescentes entre 14 y 18 años de los cuales los jóvenes que tenían relaciones sociales buenas presentaron maloclusiones leves en un 82.55%; los que tenían relaciones sociales regulares el 61.85 presento maloclusiones moderadas, los que tenían relaciones sociales malas el 70.12% presentaron maloclusiones moderadas. Con respecto al C.S.E 159(79.5%) de jóvenes manifestó sentirse afectado a pesar de que solo 32 estaban realmente afectados¹⁰.

- ✓ **Obra: Artículo de revista:** “Necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares. Aplicación del Índice de prioridad de tratamiento de Shaw”⁹.

Autor: Calzada Bandomo Amaray, Mora Pérez Clotilde, Calzada Bandomo Arasay, Álvarez Mora Ivette, Rodríguez López Jorge.

Resultados: la frecuencia de maloclusión fue de 53,8% con un predominio del sexo masculino. Las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes fueron: resalte aumentado, cierre bilabial anormal y el sobrepase aumentado. Al aplicar el índice Shaw se determinó que solo 53 pacientes pueden ser atendidos en el nivel primario⁹.

- ✓ **Obra: Artículo de revista:** “Percepción y efectos psicosociales de las maloclusiones”⁸.

Autor: Feregrino Vejar Lourdes, Gutiérrez Rojo Jaime.

Resultados: La percepción es un proceso en el que los estímulos son organizados e interpretados, por lo que pueden ser varios los factores que la afecten. En el paciente, la autopercepción juega un papel muy importante en la decisión del tratamiento, así como en el juicio de la estética dental del profesional. Si una maloclusión es muy visible, la aversión que puede provocar es mayor, afectando e interfiriendo en su interés por corregir la alteración y no solamente reducen el atractivo facial sino que también suponen un mayor riesgo de desventajas psicológicas y reacciones sociales adversas que pudieran afectar al bienestar de los individuos. Con esto, uno de los efectos de las maloclusiones en la calidad de vida son de tipo psicosocial, más que la limitaciones funcionales que pudiera causar la maloclusión⁸.

- ✓ **Obra: Artículo de revista:** “Prevalencia de maloclusiones en un grupo de estudiantes universitarios mexicanos y su posible asociación con la edad, el sexo y el nivel socioeconómico, 2009”¹⁴.

Autor: Murrieta Pruneda José Francisco y cols.

Resumen: el 47,7% de los estudiantes correspondió a la clase media. El 13,2% presentó normoclusión y 86.8% maloclusión dental. Su distribución por edad, sexo y nivel socioeconómico no mostró diferencias estadísticamente significativas.

En relación con los tipos de maloclusión la más frecuente fue la clase I (37,3%), frecuencia que resultó ser menor a lo esperado, con base en el comportamiento de este mismo evento en poblaciones similares¹⁴.

- ✓ **Obra: Artículo de revista:** “Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú”¹⁹.

Autor: Arón Aliaga-Del Castillo, Manuel Antonio Mattos-Vela, Rosalinda Aliaga-Del Castillo, Claudia Del Castillo-Mendoza.

Resultados: La mayor parte de individuos (125 - 85,6%), presentó algún tipo de maloclusión, siendo la más frecuente la maloclusión clase I con 87 individuos (59,6%), seguida por la maloclusión clase II con 27 individuos (18,5%). La maloclusión clase I fue más frecuente tanto en el sexo masculino como en el femenino con 42 (60,0%) y 45 individuos (59,2%) respectivamente. La clase III de Angle fue la que se encontró con menor frecuencia en ambos sexos con 4 (5,7%) y 7 individuos (9,2%) para el sexo masculino y femenino respectivamente. Según el grupo etario, la clase I de Angle fue más prevalente en ambos grupos con 64 (58,2%) y 23 (63,9%) individuos para el grupo de 6-12 años y 13-18 años respectivamente. La menos frecuente fue la clase III de Angle con 11 (10%) y ningún (0%) individuos para los grupos de 6-12 años y 13-18 años respectivamente¹⁹.

- ✓ **Obra: Artículo de revista:** “Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana”²⁰.

Autor: Arocha Arzuaga Alina, Aranda Godínez María Silvia, Pérez Pérez Yisel, Ana Granados Hormigó Elena.

Resultados: Del total de pacientes predominaron el sexo masculino con 78 niños y la presencia de maloclusiones (60,7%), fundamentalmente en los varones (54, para 59,3 %). De los 91 niños con maloclusiones, la gran mayoría practicaba dichos hábitos (80, para 87,9 %). 51 niños usaban el biberón (41,1 %), con una ligera diferencia entre ambos sexos (21,8 y 19,4 %, para el femenino y masculino, respectivamente), seguido por la onicofagia (28,2 %) y por el empuje lingual (21,0 %). Por otra parte, prevalecieron los varones en la práctica de 3 de estos hábitos y disfunciones: lengua protráctil (12,1 %), respirador bucal (11,3 %) y succión digital

(10,5 %). Solo el uso del biberón y la onicofagia lo practicaron más las niñas (21,8 y 16,2 % en ese orden)²⁰.

- ✓ **Obra: Artículo de revista:** “Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos”²⁶.

Autor: Medina Carolina.

Resultados: El 64,30% de los pacientes presentó maloclusión Clase I; 20,67% Clase II y 15,03% Clase III. El 97,29% de los pacientes tuvo edades entre 5 y 12 años inclusive y un promedio de 8 años. Hubo mayor proporción de varones 52,82% que hembras 47,18%²⁶.

5. HIPÓTESIS.

El presente estudio no precisó hipótesis por ser de tipo descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.-MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo.

Diseño de Investigación: Descriptivo

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación:

- Por el ámbito: Documental
- Por la técnica: Observacional
- Por la temporalidad: Retrospectivo.

2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio estuvo conformada por fichas epidemiológicas pertenecientes a escolares de 12 años de edad de la parroquia Baño de la ciudad de Cuenca en el año 2016 y registradas en la base de datos del Departamento de Investigación de la Carrera de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca.

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 incluirán a escolares que tengan doce años de edad cumplidos o que estén cerca de cumplir los trece años, tanto de sexo masculino como femenino y que estén matriculados en las escuelas pertenecientes a la parroquia Baños de la ciudad de Cuenca, que consten en la base de datos del departamento de investigación de la facultad de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca.

2.1.b-Criterios de exclusión:

Se excluirá del estudio aquellas fichas en las que se presente ciertas incoherencias con la base de datos de la unidad de investigación, de igual manera las fichas que estén ilegibles, estudiantes que presenten enfermedades sistémicas, problemas de locomoción, alteraciones psicológicas, que no han sido aprobados por sus padres para el examen bucodental y que no hayan asistido a clases el día en que se tomó los datos.

3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Prevalencia de maloclusiones	Mal posición de dientes o la forma en la que los superiores e inferiores se relacionan	Alteraciones producidas en las arcadas superior e inferior.	Presente Ausente	Cualitativo	Nominal
Autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico	Determina el desarrollo de la personalidad del cual depende en gran medida del desarrollo emocional de una persona.	La autopercepción consiste en percibir nuestras emociones, nuestra personalidad, ideas, deseos de una persona.	Grado 1-4 sin necesidad. Grado 5-7 Necesidad moderada. Grado 8-10 Necesidad definitiva.	Cualitativa	Nominal
Sexo	Características genotípicas de la persona	Características externas que diferencian al hombre de la mujer	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal

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

4.1.- Instrumentos documentales:

Se utilizó fichas de recolección de información digital, en el programa de libre acceso EPI INFO ver 7.2; para registrar los datos que constan en las fichas epidemiológica de la Universidad Católica de Cuenca (ANEXO 2), que constan de 5 partes, la primera de datos generales del paciente, la segunda de datos de Índice de Higiene Oral, la tercera de Índice de Caries CPOD, la cuarta de Índice de enfermedad Periodontal de Russel y la quinta de maloclusiones.

4.2.- Instrumentos mecánicos.

Para la toma de datos se utilizó una computadora de escritorio, procesador Core5.

4.3.- Materiales

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

4.4.- Recursos.

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron 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.

Baños es una parroquia en el cantón Cuenca, provincia del Azuay, se encuentra a sólo 8 kilómetros al suroeste de la ciudad de Cuenca. Limita con San Joaquín parroquia al norte, Tarqui y Victoria del Portete al sur, San Gerardo, Chumblín y San Fernando y Zhaglli, al este, y con Chaucha hacia el oeste. Baños tiene una superficie de 327,3 km², que representa el 10,6 por ciento de la superficie total del cantón de Cuenca.

5.2.-Ubicación temporal.

La investigación se realizó entre los meses de Noviembre a Abril del año 2017, recolectando datos de fichas epidemiológicas que reflejan 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 "Baños", las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPIINFO ver 7.2, las cuales reflejan información epidemiológica que fue registrada con las siguientes características:

El estudio de relación de autopercepción de índice de necesidad de tratamiento ortodóntico con la prevalencia de maloclusiones buscó describir cualitativamente el

problema en escolares de 12 años de edad, utilizando el índice IONT y el diagnóstico presuntivo marcado en la ficha detalla a continuación.



Beliot C. Tabla de evaluación del IONT. Valencia-España 2011.

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Se calculará la prevalencia de la maloclusión utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\text{NÚMEROS DE ENFERMOS}}{\text{NÚMERO DE EXAMINADOS}} \times 100$$

Luego se realizará el mismo cálculo para la autopercepción utilizando el componente estético del IONT.

- Grado 1-4: No requiere tratamiento ortodóntico.
- Grado 5-7: Requiere necesidad moderada de tratamiento ortodóntico.
- Grado 8-10: Requiere necesidad definitiva e tratamiento.

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio no implica conflictos bioéticos, debido a que se ejecuta sobre datos ya tomados en pacientes del macro proyecto de investigación MAPA EPIDEMIOLOGICO DE SALUD BUCAL CUENCA 2016, en el cual todos los padres de 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 firmen el Consentimiento Informado y de igual manera se procedió con los escolares y luego se les solicitó que den su asentimiento. Adicionalmente al terminar su examen bucal, el participante recibió su diagnóstico firmado.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES.

Tabla N° 1. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo.

SEXO		
	N°	%
FEMENINO	59	57%
MASCULINO	44	43%
Total general	103	

Interpretación de la tabla: Del total de la muestra de 103 fichas, el 57% correspondieron al sexo femenino y el 43% al sexo masculino.

Tabla N°2. Prevalencia de maloclusión en la población.

PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN		
	N°	%
MALOCLUSIÓN	99	96%
NORMOCLUSIÓN	4	4%
Total general	103	

Interpretación de la tabla: Del total de la muestra de 103 fichas examinadas, el 96% presentaron algún tipo de maloclusión y el 4% una normoclusión.

Tabla N° 3. Prevalencia de maloclusión en la población de acuerdo al sexo.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO AL SEXO						
	FEMENINO		MASCULINO		Total general	
	N°	%	N°	%	N°	%
MALOCLUSIÓN	56	95%	43	98%	99	96%
NORMOCLUSIÓN	3	5%	1	2%	4	4%
Total general	59		44		103	

Interpretación de la tabla: Del total de la muestra de 103 fichas examinadas observamos que el sexo masculino presentó una prevalencia de maloclusiones del 98%, mientras el femenino presentó un 95%.

Tabla N° 4. Prevalencia de autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico.

PREVALENCIA DE AUTOPERCEPCIÓN		
	N°	%
NECESITA	76	74%
NO NECESITA	27	26%
Total general	103	

Interpretación de la tabla: Del total de la muestra de 103 fichas examinadas pudimos observar que el 74% de la población necesita tratamiento ortodóntico mientras que un 26% manifestó no necesitar.

Tabla N° 5. Prevalencia de autopercepción de tratamiento ortodóntico de acuerdo al sexo.

PREVALENCIA DE AUTOPERCEPCIÓN DE ACUERDO AL SEXO						
	FEMENINO		MASCULINO		Total general	
	N°	%	N°	%	N°	%
NECESITA	46	78%	30	68%	76	74%
NO NECESITA	13	22%	14	32%	27	26%
Total general	59		44		103	

Interpretación de la tabla: Del total de la muestra examinada de 103 fichas, ambos sexos percibieron una necesidad alta de tratamiento ortodóntico con un 78% para el sexo femenino y 68% para el masculino.

Tabla N° 6. Niveles de severidad de tratamiento ortodóntico.

NIVEL DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO (IONT)		
	N°	%
GRAN NECESIDAD	19	18%
LEVE NECESIDAD	27	26%
MODERADA NECESIDAD	57	56%
Total general	103	

Interpretación de la tabla: De acuerdo al índice de necesidad de tratamiento ortodóntico el 18% de fichas manifiesta una gran necesidad de tratamiento ortodóntico, el 26% de la población refiere una necesidad de tratamiento ortodóntico leve y un 56% autopercebe una moderada necesidad de tratamiento.

Tabla N° 7 Niveles de severidad de tratamiento ortodóntico de acuerdo al sexo.

NIVELES DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO (IONT)						
	FEMENINO		MASCULINO		Total general	
	N°	%	N°	%	N°	%
GRAN NECESIDAD	11	19%	8	18%	19	18%
LEVE NECESIDAD	13	22%	14	32%	27	26%
MODERADA NECESIDAD	35	59%	22	50%	57	56%
Total general	59		44		103	

Interpretación de la tabla: De acuerdo al componente estético del IONT el nivel de necesidad moderado es el que mayor población con necesidad de tratamiento ortodóntico manifiesta, con un 59% para el sexo femenino y 50% para el masculino.

Tabla N° 8. Relación entre la autopercepción y prevalencia de maloclusiones.

RELACIÓN DE AUTOPERCEPCIÓN Y PRESENCIA DE MALOCLUSIONES						
	MALOCLUSIÓN		NORMOCLUSIÓN		Total general	
	N°	%	N°	%	N°	%
NECESITA	74	75%	2	50%	76	74%
NO NECESITA	25	25%	2	50%	27	26%
Total general	99		4		103	

Interpretación de tabla: Del total de la muestra de fichas que presentan algún tipo de maloclusión en el 75% los escolares manifestaron necesitar tratamiento ortodóntico mientras que el 25% manifestó no necesitar tratamiento ortodóntico.

Tabla N° 9. Relación entre la autopercepción y la prevalencia de maloclusiones según el sexo.

RELACIÓN DE AUTOPERCEPCIÓN Y PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN EL SEXO						
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL GENERAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
NECESITA	46	78%	30	68%	76	74%
Maloclusión	45	76%	29	66%	74	72%
Normoclusión	1	2%	1	2%	2	2%
NO NECESITA	13	22%	14	32%	27	26%
Maloclusión	11	19%	14	32%	25	24%
Normoclusión	2	3%	0	0%	2	2%
Total general	59		44		103	

Interpretación de la tabla: El 78% de escolares del sexo femenino autopercibe necesitar tratamiento ortodóntico de los cuales el 76% presenta algún tipo de maloclusión y el 2% presenta una normoclusión, mientras el 68% del sexo masculino que manifiesta necesitar tratamiento ortodóntico el 66% presenta algún tipo de maloclusión y el 2% una normoclusión. Por otro lado del 22% de pacientes del sexo femenino que manifiesta no necesitar tratamiento ortodóntico el 19% presenta algún tipo de maloclusión y el 3% una normoclusión, por último el 32% de escolares del sexo masculino que autopercibió no necesitar tratamiento ortodóntico en su totalidad presento algún tipo de maloclusión.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en escolares de 12 años de edad en la parroquia Baños, con un total de 103 muestras correspondientes a escolares de sexo femenino con el 57% y del sexo masculino con el 43%. Se estudió la prevalencia de maloclusiones y la autopercepción de necesidad de tratamiento de cada uno, así como su relación.

Una vez analizados todos los datos se obtuvo una prevalencia de maloclusiones con un 96% de fichas y una normoclusión de tan solo el 4% del total de la muestra. Estos valores son similares a los obtenidos por Del Castillo (2011)¹⁹ el cual de una muestra de 201 escolares obtuvo una prevalencia de maloclusiones de 85.6%. A diferencia de Pino Román y Cols (2014)¹⁶ en donde obtuvieron una prevalencia de maloclusiones de 58.2%, esto debido a que la muestra fue tomada en una Secundaria Básica urbana del municipio de Santa Clara, Cuba.

De acuerdo al sexo la investigación obtuvo que en el sexo femenino hay una prevalencia de maloclusiones del 95% y una normoclusión del 5%, y en el sexo masculino una prevalencia de maloclusiones del 98% y una normoclusión del 2%. Estudios por Calzada Baldomo (2009)⁹ en una muestra de 113 escolares obtuvo una mayor prevalencia de maloclusiones para el sexo masculino de 54.8%, en comparación con el femenino con 45.1%. A diferencia del estudio realizado por Murrieta Pruneda y cols (2014)¹⁴ en donde obtuvo una mayor prevalencia de maloclusiones en el sexo femenino con 54.2%, en comparación con el masculino con 32.6%.

Con respecto a la N.T.O en este estudio el 74% del total de muestra autopercebe la necesidad de tratamiento ortodóntico, mientras que 26% no lo necesita. Cartes Velasquez y cols (2010)¹ señalan que del total de 129 escolares examinados el 67.4% necesitan tratamiento ortodóntico, mientras que el 32.6% no lo necesitan. A diferencia de Arroyo Araya (2012)⁴ en cual en una muestra de 195 niños de 8 a 12 años obtuvo que el 23.8% de niños necesitaba de tratamiento ortodóntico y el 67.4% no lo necesitaba.

Con respecto a la percepción de la N.T.O de acuerdo al sexo, podemos citar que el sexo femenino tiene una mayor necesidad de realizarse un tratamiento ortodóntico con un 78% de la muestra, en comparación con el sexo masculino en donde del total de las fichas de escolares de sexo masculino el 68% señala necesitar de un tratamiento ortodóntico. Similar al estudio de Cartes Velasquez en donde en el cuestionario de autoimagen el sexo femenino mencionó sentir que tiene algún tipo de maloclusión en un mayor porcentaje 81.2%, en comparación con el masculino con un 69.2% de la muestra.

A diferencia de calzada Baldomo en donde señala una necesidad mayor en el sexo femenino de realizarse un tratamiento ortodóntico con un 60.9% con el 56% para el masculino.

De acuerdo al componente estético del índice de necesidad de tratamiento ortodóntico (IONT) el 56% de las fichas presentaban un mayor porcentaje en el nivel de necesidad moderado, seguido de un nivel de necesidad leve con un 26% y una gran necesidad con un 18% del total de la muestra. Similar a los estudios realizados por Martín Cristina y cols (2009)¹⁸ en donde de una muestra de 203 niños obtuvo una mayor índice en el nivel moderado de necesidad de tratamiento con un 44.28% del total de la muestra, seguido de una leve necesidad de tratamiento y por ultimo una gran necesidad de tratamiento. A diferencia de Pardo Villar⁶ (2014) en donde obtuvo de una muestra de 210 escolares una gran necesidad de tratamiento ortodóntico en un 73.3% del total de la muestra.

En los niveles de necesidad del IONT el sexo femenino tuvo un porcentaje mayor en el nivel moderado con un 59%, al igual que el masculino con un 50% de la muestra. Similar al obtenido por Mafla Ana Cristina y cols (2011)²⁵ con porcentajes mayores en el nivel moderado 35.6%. A diferencia de Lazo Amador (2014)²¹ en donde obtuvo porcentajes mayores de necesidad de tratamiento en el nivel leve para ambos sexos.

Por último al relacionar percepción de necesidades de tratamiento ortodóntico y la presencia de maloclusiones pudimos ver que el 75% de fichas que presentan maloclusiones manifiestan necesitar tratamiento, mientras que el 25% no necesitarlo. Del estudio realizado por Martín Cristina (2009)¹⁸ en donde los escolares manifiestan un alto porcentaje de insatisfechos con la posición de los dientes de sus hijos y expresan un deseo de que reciban un tratamiento ortodóntico.

De acuerdo al sexo femenino tenemos que el 78% de fichas manifiesta necesario un T.O de los cuales el 76% presentaba maloclusiones, mientras que el 22% de las fichas manifestaron no necesitar T.O de los cuales el 19% presentaba algún tipo de maloclusión. Para el sexo masculino el 68% de fichas, afirmaron necesitar tratamiento ortodóntico de los cuales el 66% presentaban algún tipo de maloclusión, mientras que de los que no manifestaron necesitar T.O el 32% presentaban maloclusiones. A diferencia de los valores obtenidos por Riera García (2016)²⁶ en donde de una muestra de 241 escolares obtuvo que para el sexo femenino el 15% de escolares manifestó necesitar T.O de los cuales el 14% presentaba algún tipo de maloclusión, mientras que del 85% que manifestó no necesitar tratamiento ortodóntico el 76% presentaba algún tipo de maloclusión, con valores similares para el sexo masculino.

CONCLUSIONES.

- Podemos concluir en cuanto a la relación de la autopercepción y la prevalencia de maloclusiones que existe un porcentaje de pacientes que a pesar de presentar algún tipo de maloclusión que fue de un 75%, manifiestan no necesitar tratamiento ortodóntico que corresponde al 25%.
- La prevalencia de maloclusiones fue de un 96% y una normoclusión de un 4%.
- El sexo masculino tuvo una mayor prevalencia de maloclusiones con 98%, en comparación con el femenino que fue de 95%, con una ausencia de 2% y 5%.
- Con respecto a la autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico el 55% manifestaron una moderada necesidad de un tratamiento ortodóntico.
- Tanto en el sexo femenino como en el masculino obtuvieron porcentajes altos en los niveles moderado de autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico.

BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Cartes Velasquez R, Araya E, Valdéz C. Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural. *Rev.Int.J.Odontoest.* 2010 abr; IV(1): p. 65-70.
- [2]. OMS. Problema mundial de las enfermedades bucodentales. Ginebra:, Prensa; 2014.
- [3]. Raza X, Pinto G, Ayala E. Manual de esducaión para la salud bucal para maestros y promotores. msp. 2010 abril.
- [4]. Aroyo Arayá Y, Morera Hernández H. Maloclusiones en niños de 8 a 12 años y la percepción de los padres de familia de la necesidad de una interconsulta con el ortodoncista a temprana edad. *Rev.Cient.Odont.* 2012 Jul-Dic; VIII(2): p. 19-25.
- [5]. Proffit William F. Ortodóncia Conmtemporánea. Quinta ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- [6]. PardoVillar Katherine. Rasgos oclusales y autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares Peruanos. *Rev.Kiru.* 2014 Dic; XI(2).
- [7]. Sada Myriam G. Maloclusiones en dentición temporal y mixta. *An.Peadtr.Contin.* 2006; IV(1): p. 66-70.
- [8]. Feregrino Vejar L, Gutierrez Rojo J. Percepción y efectos psicosociales de las maloclusiones. *Rev.Tamé.* 2016; IV(12): p. 443-447.
- [9]. Calzada Baldomo A, Mora Pérez Clothilde. Necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares.Aplicación del índice de necesidad de tratameinto de Shaw. *Medisur.* 2014 Agost; XII(4).
- [10]. Gutierrez Reina Y, Expósito Martín I. Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con los determinados factres psicosociales. *Rev.Arch.Medic.* 2008 sep-Oct; XII(5).
- [11]. Ustrell Torrent Josep. Ortodóncia. Segunda ed. Barcelona: Univercitate de Barcelona; 2002.
- [12]. Proffit William FHSD. Ortodóncia Contemporanea. Cuarta ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- [13]. Ugalde Morales Francisco. Clasifcación de maloclusiones en los planos anteroposterior, vertical, transversal. *Medigraphic.* 2007 May-Jun; LXV(3): p. 97-109.
- [14]. Murieta Pruneda J, Arrieta Ortega Claudia, Juárez López Liliana. Prevalencia de maloclusiones en un grupo de estudiantes universitarios mexicanos y suposible

relación con la edad, sexo y nivel socioeconómico 2009. Fac.Odont.Univ.Antóquia. 2012 Julio; XXIV(1).

- [15]. Gutierrez Rojo Jaime. Frecuencia de maloclusiones dentales en la clínica de la especialidad de ortodóncia de la Universidad autonoma de Nayarit. Rev.Latinoameric.Ortodón y Odontoped. 2015.
- [16]. Pino Román Iraída, Véliz Concepción O. Maloclusiones según el índice de estética dental en estudiantes de séptimo grado de Santa Clara. Medicent.elect. 2014 Oct-Dic; XVIII(4).
- [17]. Rodriguez Navarro M, Parrón Careño T, Nieto Hernandez J. Epidemiología de maloclusiones en niños de 12 a 15 años aplicando el índice estetico. Rev.Ortodonc.Española. 2003; 43(2).
- [18]. Martín Cid C, Barbería Eache E, González Sanz Ángel. Prevalencia de maloclusiones de la comunidad autónoma de Madrid según e índice estetico dental. Dialnet. 2009; XXXIX(2).
- [19]. Aliaga del Castillo A. Maloclusiones en niños y adolescentes de comunidades y caseríos ntivos de la Amazonía de Ucayáli Perú. Rev.Peru.Med.Exp.Salud.Pub. 2011; XXVIII(11).
- [20]. Perez Lauzurique A, Martínez Brito I, Alemán Estévez G. Necesidad de tratamiento ortodóntico en estudiantes de 10 a 12 años. Rev.Med.Elect. 2013 Sep-Oct; XXXV(5).
- [21]. Lazo Amador Yaina, Peñalver Soa S, Casamayor Laime Z. Necesidad de tratamiento ortodontico en estudiantes preuniversitarios. Rev.Cub.Medic.Milit. 2014 Ene-Mar; XLIII(1).
- [22]. Aguilar Moreno N, Aranza Taboada O. Frecuencia demaloclusiones y su asociación con problemas de postura corporal en una población escolar del estado de México. Bol.Med.Hosp.Inf. 2013 Sep-Oct.; LXX(5).
- [23]. Taboada Aranza O, Torres Zurita A, Cáceres Martínez C. Prevalencia de maloclusiones y tratornos del habla en una población preescolar de la ciudad de México. Bol.Med.Hosp.Inf. 2011 Nov-Dic; LXVIII(6).
- [24]. Avilés Beltetón Marcos. Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico(IONT). Rev.Oral. 2011 Dic; XII(12).
- [25]. Arocha Arzuaga A, Aranda Godínez M, Pérez Pérez Y. Maloclusiones y habitos bucles deformantes en escolares con dentición mixta temprana. Medisan. 2016 Abril; XX(4).

- [26]. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Act.Odont.Venezolana. 2010 Marzo; XLVIII(1).
- [27]. Palacios Hidalgo Lorena. Prevalencia de maloclusiones de Angle en niños de 9 a 13 años. Odontoinvestigación. 2015 Sep.
- [28]. Mafla A, Barrera D, Muñoz G. Maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de pasto, colombia. Rev.Od.Univ.Antoquia. 2011; XXII(2).
- [29]. Riera García A. Relación de autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico con prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años en San Blas Cuenca 2016. Tesis de grado. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Departamento de Investigación de la UCC; 2017.
- [30]. Villavicencio Caparo E, Cuenca León K, Velez León E, Sayago Heredia J, Cabrera Duffau A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología Activa UCACUE. 216 Enero; I(1): p. 75-79.
- [31]. Villavicencio Caparo E. El tamaño muestral en tesis de posgrado. Cuántas personas debo encuestar. Odontología Activa UCACUE. 2013.

ANEXO

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DIGITAL

Enter - [FICHA12YEARS\FICHA12YEARS]

File Edit View Tools Help
New Record | 118 | Delete | Undelete | Line Listing | Dashboard | Map | Edit Form | Help

Pages

- FICHA12YEARS
 - Page 1
 - Page 2
 - SELF REPORT

Linked Records

Exposed From Exposed To

Unlink Add Exposure

View SNA Graph

Page 1

NOMBRE:

EDAD: 12 AÑOS

SEXO:

NUMERO DE FICHA:

CANTÓN DE NACIMIENTO:

FECHA: DDMMYYYY

PARROQUIA:

COLEGIO:

EXAMINADOR:

Latitude:

Longitude:

HIGIENE ORAL (IHO-S)

PLACA BLANDA						PLACA CALCIFICADA					
PB 16	PB 55	PB11	PBS1	PB 26	PB 65	PC 16	PC 55	PC11	PCS1	PC 26	PC 65
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PB 46	PB 85	PB31	PB71	PB 36	PB 75	PC 46	PC 85	PC31	PC71	PC 36	PC 75
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CARIES DENTAL (CPOD /ceod)

C18	C17	C16	C15	C14	C13	C12	C11	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C48	C47	C46	C45	C44	C43	C42	C41	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37	C38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENFERMEDAD PERIODONTAL (IP RUSSELL)

C18	C17	C16	C15	C14	C13	C12	C11	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C48	C47	C46	C45	C44	C43	C42	C41	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37	C38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Name EXAMINADOR] [Type Text] New Record | en-US | 7.2 | CAPS | NUM | INS

ANEXO N° 2

FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE LA UCACUE



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

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		
16/65	11/51	26/65	16/65	11/51	26/65
46/65	31/71	36/75	46/65	31/71	36/75
PG	PC	IHO-S	Buena	Regular	Mala
<input type="text"/>	<input type="text"/>	= <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CARIES DENTAL (CPD / cead)

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
																PUSA/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
																PUSA/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
																PUSA/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
																PUSA/pufa

CPD / cead
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 FUENTE
8= DIENTE PERMANENTE SIN REEMPLAZAR
9= NO REGISTRABLE

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

ANEXO N° 3

**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 del 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. Liliana Encalada Verdugo
Coordinadora de Unidad de Titulación

ANEXO N° 4

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

.....

.....

.....

.....

.....