



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Relación de la prevalencia de las maloclusiones y autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico en pacientes de 12 años de edad en la parroquia Checa del cantón Cuenca en el año 2016”.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA: Tapia Cárdenas, María Auxiliadora.

DIRECTORA: González Campoverde, Lorena Alexandra. Od. Esp.

Cuenca

2017

DECLARACIÓN:

Yo, Tapia Cárdenas María Auxiliadora 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/a: Tapia Cárdenas María Auxiliadora

C.I.: 0106913411

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado, **“Relación de la prevalencia de las maloclusiones y autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico en pacientes de 12 años de edad en la parroquia Checa del cantón Cuenca en el año 2016”**, realizado por la estudiante María Auxiliadora Tapia Cárdenas, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad, por lo que está expedido para su presentación.

Cuenca, Marzo 2017

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de investigación denominado, **”Relación de la prevalencia de las maloclusiones y autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico en pacientes de 12 años de edad en la parroquia Checa del cantón Cuenca en el año 2016”**, realizado por la estudiante **María Auxiliadora Tapia Cárdenas**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico y se sujeta a las normas éticas de investigación por lo que está expedido para su sustentación.

Cuenca, Marzo 2017

Tutora: González Campoverde Lorena Alexandra. Od. Esp.

DEDICATORIA.

A Dios por guiarme y darme la fortaleza necesaria en este camino de conseguir mi tan anhelado sueño.

A mis padres y hermanos por ser el motivo para seguir luchando y continuar, aun cuando a punto de caer he estado.

Y sobre todo a mi amado esposo, mi compañero de vida que durante estos años ha sido el pilar que me hacía falta para continuar siempre con pie firme y luchar por mis metas y deseos.

EPÍGRAFE.

“Caminante no hay camino, se hace camino al andar.”

Antonio Machado.

AGRADECIMIENTOS:

A mi asesora Dra. Lorena González, quien con sus sabios conocimientos supo guiarme de la manera correcta en la realización de mi tesis.

A los niños que colaboraron con este estudio para la realización del estudio epidemiológico.

Al Dr. Ebingen Villavicencio por su paciencia y entusiasmo a lo largo de este trabajo de investigación.

LISTA DE ABREVIATURAS.

IONT: Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico.

CE: Componente Estético.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ATM: Articulación temporomandibular.

ÍNDICE GENERAL.

DECLARACIÓN:.....	II
CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.	III
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.	IV
DEDICATORIA.	V
EPÍGRAFE.....	VI
AGRADECIMIENTOS:	VII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VIII
ÍNDICE GENERAL.	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	13
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	14
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.....	18
4.1. DEFINICIONES:.....	18
4.1.a. CONCEPTO DE NORMOCLUSIÓN.....	18
4.1.b. CONCEPTO DE MALOCLUSIÓN.....	18
4.1.b.1. ETIOLOGÍA DE MALOCLUSIÓN.....	18
4.1.b.2. CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES.....	21
4.1.b.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN ANGLE.	21
4.1.c. CLASIFICACIÓN SEGÚN LISHER.	23
4.1.d. CLASIFICACIÓN DE ANDERSON.	24
4.1.e. CALIDAD DE VIDA.	28
4.1.e.1. CONCEPTO.....	28
4.1.f. AUTOPERCEPCIÓN.	29
4.1.f.1. CONCEPTO.....	29
4.1.g. NECESIDAD.	29
4.1.g.1. CONCEPTO.....	29

4.1.h. NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO.....	29
4.1.i. ÍNDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO (IONT).	29
4.1.i.1. COMPONENTE DE SALUD DENTAL.....	30
4.1.i.2. COMPONENTE ESTÉTICO.	31
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.	32
5. HIPÓTESIS.....	38
CAPÍTULO II.....	39
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	39
1. MARCO METODOLÓGICO.	40
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.	40
2.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....	40
2.1.a. Criterios de inclusión:.....	40
2.1.b. Criterios de exclusión.....	40
3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	41
4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	42
4.1. Instrumentos Documentales.....	42
4.2. Instrumentos Mecánicos.	42
4.3. Materiales.	42
4.4. Recursos.....	42
5. PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE DATOS.....	42
5.1. Ubicación de Espacio.....	42
5.2. Ubicación Temporal.....	42
5.3. Procedimientos para la toma de datos.	43
5.3.a. Método de Examen utilizado por los examinadores.	43
5.3.b. Criterios de registro de hallazgos.....	44
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	47
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.	47
CAPÍTULO III.....	48
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	48
1. RESULTADOS	49
2. DISCUSIÓN.....	56
3. CONCLUSIONES.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59
ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Distribución de la muestra según el sexo.....	49
Tabla N°2: Prevalencia de la maloclusión según el sexo en la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca.....	50
Tabla N°3: Prevalencia de la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibido en la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca según el sexo.....	51
Tabla N°4: Prevalencia de la severidad del tratamiento ortodóntico autopercibido de la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca según el sexo.....	52
Tabla N°5: Relación entre la maloclusión con la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibido en la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca.....	53
Tabla N°6: Relación entre la maloclusión con la necesidad de tratamiento Ortodóntico autopercibido en la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca según el sexo masculino.....	54
Tabla N°7: Relación entre la maloclusión con la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibido en la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca según el sexo femenino.....	55

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de la investigación fue evaluar la relación de autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico y prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años de la ciudad de Cuenca en la parroquia de Checa en el año 2016. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La metodología aplicada fue la técnica observacional retrospectiva y documental mediante fichas epidemiológicas del programa OPEN EPI con una muestra de 69 escolares de la parroquia Checa de la ciudad de Cuenca de las escuelas "Abelardo J Andrade, "Rafael Corral Moscoso" y "Unidad Educativa Checa" del año 2016. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos fueron los siguientes; la prevalencia de la maloclusión fue de 98.55%, en el sexo femenino la prevalencia de maloclusión se presentó en un 52.17% y un 46.38% en el sexo masculino. Según la relación entre la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido y el sexo, en el masculino 68.75% una necesidad escasa o nula, el 25% una necesidad moderada y un 6.25 necesidad severa, en el sexo femenino 62.16% de necesidad escasa o nula, 27.03% de necesidad moderada y 10.81 de necesidad severa. En cuanto a la prevalencia de maloclusiones y la autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico se comprobó que no existe relación.

PALABRAS CLAVES: Prevalencia, maloclusión, autopercepción, tratamiento, ortodóntico.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of the research was to evaluate the relationship of self-perceived need for orthodontic treatment and prevalence of malocclusion in schoolchildren of 12 years of the city of Cuenca in the parish of Checa in 2016.

MATERIALS AND METHODS: The methodology used was the technique observational documentary field by epidemiological tabs OPEN EPI program with a sample of 69 school children from the parish of Checa of the city of Cuenca schools "Abelardo J Andrade, "Rafael Corral Moscoso" and "Unidad Educativa Checa" of year 2016. **RESULTS:** The results obtained were as follows; the prevalence of malocclusion was 98.55%; in females the prevalence of malocclusion was 52.17% and 46.38% in males, according to the relationship between self-perceived need for orthodontic treatment and sex, in the male sex 68.75% need had mild, 25% need moderate and 6.25% severe need and in the female sex 62.16% presented need mild, 27.03% need moderate and 10.81% need severe. Regarding the prevalence of malocclusions and self-perception of the need for orthodontic treatment, there was no relationship.

KEY WORDS: Prevalence, malocclusion, autoperception, treatment, orthodontic.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.

Cuando hablamos de maloclusiones tal vez no lo definimos como un problema grave en la salud dental ya que aparte de ser una incorrecta posición de los dientes, puede ser muy perjudicial a futuro para el niño/a que la padece, por lo que es indispensable un diagnóstico temprano para poder prevenir dichos problemas de salud oral que hoy en día cada vez se van haciendo más comunes a nivel mundial¹. La maloclusión dental puede provocar al que lo padece tres problemas: discriminación por apariencia facial, dificultad con el funcionamiento oral como la masticación, deglución, fonación, problemas para movilizar la mandíbula, alteraciones en la articulación temporomandibular (ATM), y también pueden ser más propensos a traumatismos, trastornos periodontales y caries dental². Según la Organización mundial de salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer puesto entre las enfermedades bucales de mayor impacto, ocupando los primeros puestos la caries y enfermedad periodontal respectivamente³.

Su etiología puede ser muy diversa, entre los más importantes tenemos los factores genéticos y ambientales, siendo los primeros inmodificables, pero en general la maloclusión a más de afectar la estética que puede ser un problema menor también se puede perjudicar la función del sistema estomatognático por lo que se debe prestar atención desde temprana edad¹.

Es importante recalcar que las maloclusiones no son sólo de origen dentario, sino que en ocasiones se deben a alteraciones de forma, posición y tamaño de los maxilares por lo que su tratamiento no se basaría en enfoque dental sino se podría requerir modificaciones esqueléticas⁴.

Para poder especificar las necesidades de tratamiento ortodóntico no sólo debemos enfocarnos en la manera como los dientes encajan entre sí, sino debemos tener en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y físicos por lo que resulta algo más complicado saber quién necesita o no el tratamiento². Para poder determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico varios índices han sido desarrollados pero el más aceptado es el realizado por Shaw et al, (1991) y validado por Richmond (1992) y se lo denominó como Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico IONT y se lo considera superior a todos los índices propuestos hasta la actualidad⁵.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

El problema que se investigó fue establecer la relación entre la prevalencia de maloclusiones y la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico, esta idea de investigación nace de la continua búsqueda de información de línea basal de frecuencia de la enfermedad enmarcada en el campo de la ortodoncia.

La interrogante principal de esta investigación fue: ¿Cuál es la relación entre la prevalencia de maloclusiones y autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico en pacientes de 12 años en la Ciudad de Cuenca en el año 2016?

2. JUSTIFICACIÓN.

Este tema de investigación está enfocado principalmente en los escolares de 12 años que están en la etapa de terminar el recambio dentario y tienen dentición permanente de la parroquia Checa. Mediante este proyecto de investigación se podrá conocer la prevalencia de maloclusiones que existe en la población de 12 años y su autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico para así conocer la cantidad de escolares enfermos y que requieren tratamiento, evitando a futuro tratamientos más invasivos. La comunidad a la que va dirigido este estudio se encuentra en parroquia Checa, siendo 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 la situación de salud bucal de la población ecuatoriana.

El proyecto es viable ya que se cuenta con los recursos institucionales, económicos y humanos para la investigación, además con el presente estudio se podrá conocer sobre los problemas bucales que padecen los niños de la parroquia Checa y se obtendrá el título de odontóloga.

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General.

Conocer la relación entre la prevalencia de maloclusiones y autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico en pacientes de 12 años de edad en la parroquia Checa-Cuenca.

3.2. Objetivos Específicos.

- Determinar la prevalencia de maloclusiones en niños de 12 años de edad en la parroquia Checa del Cantón Cuenca en el año 2016 según el sexo.
- Determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido en la parroquia Checa-Cuenca según el sexo.
- Determinar la severidad de la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido en la parroquia Checa-Cuenca según el sexo.
- Determinar la relación entre la prevalencia de maloclusiones y autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico en pacientes de 12 años de edad en la parroquia Checa-Cuenca según el sexo.

4. MARCO TEÓRICO.

4.1. DEFINICIONES:

4.1.a. CONCEPTO DE NORMOCLUSIÓN.

La normoclusión se refiere a la máxima intercuspidad en relación céntrica teniendo relación con el sistema estomatognático la cual va a cumplir de manera correcta algunas funciones como la masticatoria y preservación de la integridad dental a lo largo de la vida¹.

4.1.b. CONCEPTO DE MALOCLUSIÓN.

Las maloclusiones son consecuencia de la armonía del complejo oro facial, son varios factores que le atribuyen a su etiología, pero los más importantes son los genéticos y los ambientales, según la OMS las maloclusiones ocupan el tercer puesto en enfermedades bucales por lo cual se les atribuye la gran importancia^{1, 3}.

Angle en 1890 propuso una primera definición clara de la oclusión normal en la que señalaba que los primeros molares superiores eran muy importantes en la oclusión, de manera que el surco vestibular del molar inferior contacte con la cúspide mesiovestibular del molar superior, entonces si los dientes se encuentran en una línea de oclusión curvada y hubiese la relación indicada de los molares habría una oclusión normal; definiendo a la maloclusión como cualquier desviación de la descripción oclusal expuesta por Angle².

4.1.b.1. ETIOLOGÍA DE MALOCLUSIÓN.

a) INFLUENCIAS GENÉTICAS.

Está comprobado que algunos tipos de maloclusiones corresponden a herencia. La razón sobre la etiología de las maloclusiones no está en saber si existen influencias genéticas sobre dientes y maxilares, sino más bien a la frecuencia en que estas maloclusiones se deban a características heredadas. A mediados del siglo XX se postuló dos mecanismos etiológicos para la maloclusión: el primero relaciona el tamaño de los dientes con el de los maxilares que podría causar apiñamiento o diastemas, el segundo relaciona la herencia del tamaño o forma de los dos maxilares que causaría relaciones oclusales incorrectas, pero con el desarrollo de la nueva ciencia genética se pudo explicar que la razón principal para que se establezcan las maloclusiones es que se han incrementado los cruces genéticos por el traslado y crecimiento de grupos étnicos².

b) INFLUENCIAS AMBIENTALES.

Las causas ambientales que intervienen en el crecimiento y desarrollo de maxilares, cara y piezas dentarias se basan en fuerzas y presiones de la actividad fisiológica. Si la función influye en el crecimiento de los maxilares la alteración causaría la maloclusión, por lo que en el tratamiento ortodóntico se incluirían ejercicios de masticación y fisioterapia, pero si la función casi no influye o no lo hace la modificación de la función maxilar tendría un resultado negativo ².

Entre las causas ambientales tenemos:

1. Consideraciones sobre el equilibrio
2. Función masticatoria
3. Succión y otros hábitos
4. Protrusión Lingual
5. Patrón Respiratorio

- **Consideraciones sobre el equilibrio.**

Se considera que la dentición está en equilibrio, ya que los dientes son sometidos a diferentes fuerzas como la masticación, deglución y fonación, pero no se mueven a otra posición de la original, pero si un diente es sometido a una fuerza externa como una ortodóntica se va a mover, debido a que el ortodoncista altera el equilibrio existente. Es importante recalcar que los tejidos de soporte de las piezas dentarias pueden soportar fuerzas intensas, pero de corta duración como por ejemplo las que ocurren durante la masticación, pero si existe una fuerza leve, pero de larga duración pueden causar dicho desequilibrio y provocarían el movimiento dental como por ejemplo si hay una alteración en el equilibrio de presiones de la lengua, labios y mejillas por lo que causarían dicho desplazamiento ².

- **Función Masticatoria.**

Un mayor uso de los maxilares con fuerzas muy intensas y prolongadas puede provocar el aumento de los maxilares y arcos dentales, por el contrario, un menor uso puede causar arcos poco desarrollados y dientes apiñados ².

- **Succión y otros hábitos.**

Casi todos los niños tienen el hábito de la succión de pulgar o de algún chupón pero la diferencia está el tiempo que lo hagan ya que se considera normal hasta los 3 años donde el hábito se resuelve de manera natural, también es importante en la frecuencia que lo realizan ya que hay estudios que comprueban que si el niño lo hace de manera muy intensa pero por un momento no interfiere en la oclusión a diferencia si el niño lo

hace de una manera leve pero por un tiempo prolongado como por ejemplo si toda la noche permanece succionando el pulgar u otro dedo provocaría una maloclusión importante ^{2,6}. La succión del pulgar causa por lo general una distalación de la mandíbula y una mordida abierta anterior por la presión de la mano y brazo. Pero en general los efectos de la succión digital pueden causar: estrechamiento de la arcada superior con un paladar ojival, prognatismo maxilar con el consiguiente retrognatismo mandibular, incisivos superiores protruidos e incisivos inferiores retruídos, resalte aumentado, mordida abierta, mordida cruzada posterior, tendencia a clase 2 división 1, hipotonía labial ^{6,7}.

Otro hábito muy frecuente consiste en que el rostro esté apoyado sobre la mano, antebrazo o almohadas durante el sueño, esto provocaría deformaciones por las presiones ejercidas sobre los arcos dentales, también los dientes se pueden desplazar hacia lingual por malos hábitos posturales como el de leer o estudiar en el momento que se apoyan la palma de la mano y la base del pulgar sobre molares y premolares superiores, ejerciendo otra presión perjudicial que puede causar dicho desplazamiento, por lo que los hábitos posturales van a dar como resultado una mordida cruzada posterior unilateral pero que no tiene desviación de la línea media y si la hay debería considerarse un contacto prematuro de caninos deciduos ⁶.

- **Protrusión Lingual.**

La protrusión lingual es algo inadecuado ya que consiste en la colocación de la lengua hacia adelante con fuerza, pero actualmente se considera aceptable que aparezca fundamentalmente en dos ocasiones, la primera en niños pequeños que posean una oclusión normal, en los que representa una etapa de maduración fisiológica normal, y la segunda es en personas de distintas edades con los incisivos desplazados, que aparece como adaptación al espacio que existe entre los dientes. La presencia de una mordida abierta anterior o un gran resalte exige al niño o adulto colocar su lengua entre los dientes anteriores, por lo que es más probable que la deglución con protrusión lingual sea el resultado del desplazamiento de los incisivos. Con lo mencionado no se excluye a la lengua como factor causal de maloclusiones, pero la deglución con protrusión lingual es muy breve como para poder tener algún impacto en la posición los dientes, ya que la presión que ejerce la lengua sobre los dientes en una deglución típica dura 1 segundo y en promedio un individuo traga 800 veces al día despierto y unas cuantas más dormido, para causar daño la persona debe dejar descasar la lengua hacia adelante por un periodo prolongado y eso sí ocasionaría alteraciones en la posición vertical u horizontal de los dientes, por lo que la deglución con protrusión lingual no manifestaría motivos para

indicar una maloclusión sino se podría pensar más en la postura de la lengua como factor causal².

- **Patrón Respiratorio.**

Antes de hablar de un patrón respiratorio anormal es necesario conocer lo normal o sea que el aire ingrese por la nariz con cierre simultáneamente de la boca creando una presión negativa de la lengua en el paladar duro en la inspiración entonces la lengua se levanta y se proyecta contra el paladar ejerciendo una presión positiva favorable para su desarrollo; por lo que parece cuerdo pensar que una respiración anormal sería que la misma se haga por la boca pudiendo cambiar la postura de la lengua, maxilares y cabeza. Para que se respire por la boca es necesario poder deprimir la mandíbula y la lengua y extender (inclinarse hacia atrás) la cabeza, y si se mantuviesen estos cambios posturales aumentaría la altura de la cara y los dientes posteriores erupcionarían en exceso; a no ser que se produjera un crecimiento vertical inusual de la rama mandibular, la mandíbula rotaría hacia abajo y hacia atrás, abriendo la mordida anteriormente y aumentando el resalte, con lo que la mayor presión ejercida por las mejillas estiradas podría llegar a estrechar el arco dental superior^{2,6}.

4.1.b.2. CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES.

Existen varias clasificaciones de maloclusiones, en el presente trabajo investigativo vamos a mencionar las más relevantes hasta la actualidad:

4.1.b.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN ANGLE.

Angle se basó en la hipótesis de que el primer molar y canino son los referentes para una oclusión para lo cual desarrollo diferentes clases.

1. Clase I.
2. Clase II: División 1 y 2 y subdivisiones de ambas.
3. Clase III: Subdivisión.

Estas clases se basan en las posiciones mesiodistales de las piezas dentarias en relación de los primeros molares permanentes⁸.

a) Maloclusión Clase I.

Esta clase está dada por una posición normal de los primeros molares permanentes y relación normal de maxilares y arcos dentales, la línea de oclusión no puede corresponder por diversas causas como mal posición dental, entre otros^{2,8}. Los sistemas neuromusculares y óseos están en equilibrio, esta maloclusión puede presentar un perfil recto⁸.

Figura 1. Maloclusión Clase I

Fuente: Morales M, Mal posición dentaria. 2012¹⁷.

b) Maloclusión Clase II.

Esta dada cuando los primeros molares inferiores permanentes ocluyen distalmente en relación a los primeros molares superiores, dando como resultado una oclusión distal, causando un poco de retrusión o falta de desarrollo mandibular ⁸.

Tenemos división 1 y 2, así mismo subdivisiones de ambas.

- **División 1.**

Se identifica por una oclusión distal y se caracteriza por un arco superior estrecho y contraído en V, incisivos protruidos, labio superior corto e hipotónico a diferencia del inferior que es hipertónico, incisivos inferiores extruidos, la mordida puede ser profunda, la mandíbula puede estar más pequeña de lo normal ^{8,9}.

Subdivisión: tiene las mismas características de la división 1 a diferencia que es unilateral⁸.

Figura 2. Maloclusión Clase II. División 1

Fuente: Morales M, Mal posición dentaria. 2012¹⁷.

- **División 2.**

Se caracteriza por un resalte reducido o retrusión de los incisivos superiores y tiene una profundidad anormal de la mordida, los incisivos laterales superiores están

vestibularizados, los labios cumplen una función más normal y el paciente no es tan retrognático como el de división 1⁸.

Subdivisión: tiene las mismas características de la división 2 a diferencia que es unilateral⁸.

Figura 3. Maloclusión Clase II. División 2



Fuente: Morales M, Mal posición dentaria. 2012¹⁷.

c) Maloclusión Clase III.

Se identifica por una oclusión mesial de ambos primeros molares inferiores permanentes con respecto a los primeros molares superiores, se puede encontrar apiñamiento de moderado a severo en ambos arcos dentales, también los incisivos inferiores y caninos se encuentran lingualizados, el perfil puede ser cóncavo⁸.

Subdivisión: Posee las mismas características, sino que es unilateral⁸.

Figura 4. Maloclusión Clase III.



Fuente: Morales M, Mal posición dentaria. 2012¹⁷.

4.1.c. CLASIFICACIÓN SEGÚN LISHER.

Lisher usó la misma clasificación de Angle, pero la denominó con otros términos¹⁰:

- a) **Clase I:** Neutroclusión
- b) **Clase II:** Distoclusión
- c) **Clase III:** Mesioclusión

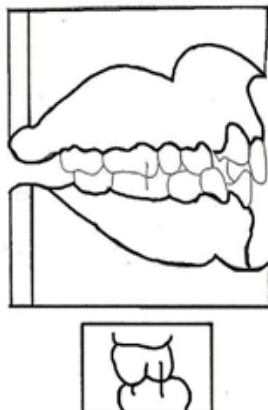
4.1.d. CLASIFICACIÓN DE ANDERSON.

a) Neutroclusión o clase I.

- **Tipo 1.**

En este tipo encontramos los caninos labioversionados, en infralabioversión o pueden estar en linguoversión, los dientes superiores e inferiores se hallan apiñados ¹⁰.

Figura 5. Clase I, Tipo1

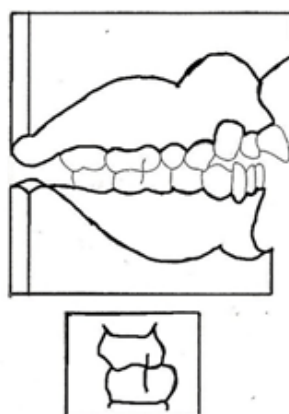


Fuente: Rojas G et al, Tipo de Maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. 2010¹⁰.

- **Tipo 2.**

En este tipo los incisivos superiores están espaciados o en protrusión ¹⁰.

Figura 6. Clase I, Tipo 2

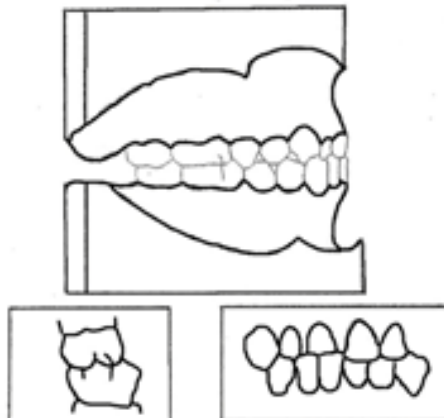


Fuente: Rojas G et al, Tipo de Maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. 2010¹⁰.

- **Tipo 3.**

En este tipo podemos encontrar uno más incisivos atravesados con uno o más incisivos inferiores ¹⁰.

Figura 7. Clase I, Tipo 3

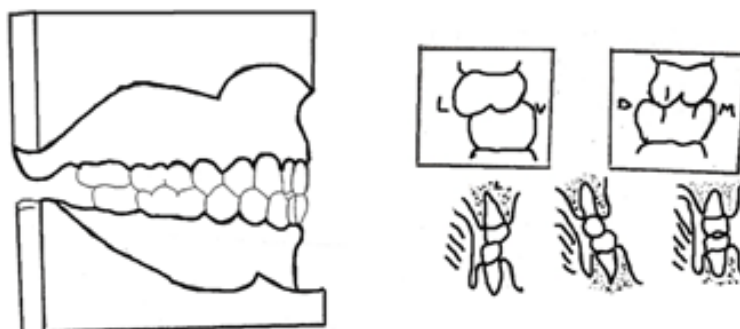


Fuente: Rojas G et al, Tipo de Maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. 2010¹⁰.

- **Tipo 4.**

En este tipo encontramos los dientes anteriores enderezados, pero con una mordida posterior cruzada ya sea en temporales o permanentes ¹⁰.

Figura 8. Clase I, Tipo 4



Fuente: Rojas G et al, Tipo de Maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. 2010¹⁰.

- **Tipo 5.**

En este tipo la estética está afectada por la pérdida de espacio posterior, ocasionado por el traslado hacia mesial del primer molar mayor a 3 mm. Existe o no una mal posición individual dental y correcta posición de los arcos, y se encuentra una Protrusión Bimaxilar¹⁰.

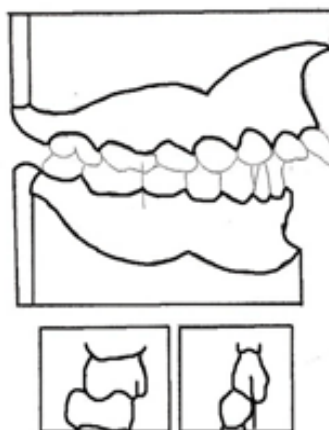
Figura 9. Clase I, Tipo 5

Fuente: Rojas G et al, Tipo de Maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. 2010¹⁰.

b) Distoclusión o clase II.

- **División 1.**

En esta división se encuentran los incisivos superiores labioversionados ¹⁰.

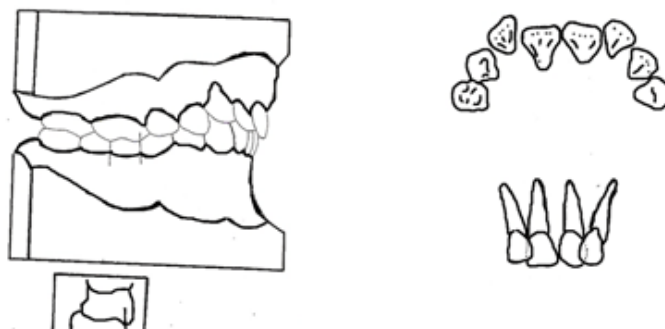
Figura 10. Clase II, División 1

Fuente: Rojas G et al, Tipo de Maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. 2010¹⁰.

- **División 2.**

Los incisivos superiores centrales están en una posición normal o presentan una ligera linguoversión y los laterales se posicionan hacia labial y medialmente ¹⁰.

Figura 11. Clase II, División 2



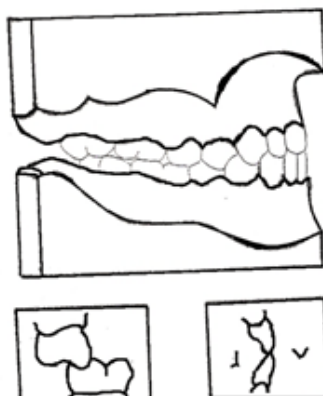
Fuente: Rojas G et al, Tipo de Maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. 2010¹⁰.

c) Mesioclusión o clase III.

• **Tipo 1.**

Los arcos se encuentran en una forma ideal pero la oclusión es a tope ¹⁰.

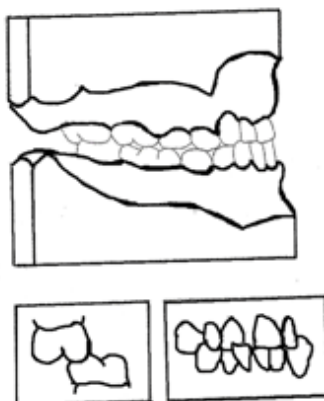
Figura 12. Clase III, Tipo 1



Fuente: Rojas G et al, Tipo de Maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. 2010¹⁰.

• **Tipo 2.**

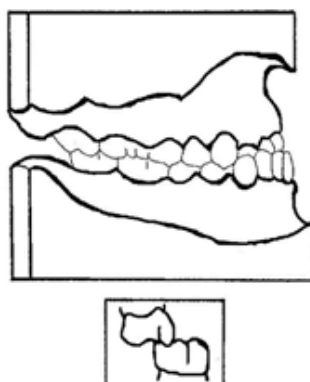
Los incisivos inferiores se encuentran apiñados e inclinados hacia lingual y los dientes superiores están bien enderezados ¹⁰.

Figura 13. Clase III, Tipo 2

Fuente: Rojas G et al, Tipo de Maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. 2010¹⁰.

- **Tipo 3.**

En este tipo encontramos el arco del maxilar superior poco desarrollado, a diferencia del arco mandibular que es lo contrario, los dientes superiores pueden estar o no apiñados y en posición hacia lingual ¹⁰.

Figura 14. Clase III, Tipo 3

Fuente: Rojas G et al, Tipo de Maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. 2010¹⁰.

4.1.e. CALIDAD DE VIDA.

4.1.e.1. CONCEPTO.

Hoy en día hay diferentes conceptos sobre la calidad de vida, según la OMS en 1994 definió a la calidad de vida como “la percepción de la persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” ¹¹. En un concepto más práctico podemos definir como calidad de vida al bienestar social y satisfacción de las necesidades humanas ¹².

4.1.f. AUTOPERCEPCIÓN.

4.1.f.1. CONCEPTO.

La autopercepción es la parte de las personas que los ayuda a ver la situación real que los rodea sobre sí mismos y los demás. Díaz en 1992 afirma que la autopercepción es la que configura la imagen de uno mismo en el mundo, es decir que la autopercepción va a influir de mayor manera que cualquier influencia externa en el comportamiento de uno mismo¹³.

4.1.g. NECESIDAD.

4.1.g.1. CONCEPTO.

Se puede definir como necesidad a la expresión que un ser vivo demanda de manera indispensable para su desarrollo y subsistencia¹⁴.

4.1.h. NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO.

La necesidad de tratamiento ortodóntico se define como el estado que tiene una persona para recibir tratamiento ortodóntico en base a sus características de salud dental, algún tipo de maloclusión y efectos psicosociales negativos provenientes de la misma¹⁴.

Las siguientes características son los problemas que puede presentar la persona:

1. **Factores Dentales:** Relacionadas con las lesiones y los trastornos dentales
2. **Factores Psicosociales:** Por alteración de la estética.
3. **Factores Funcionales:** Por alteraciones de la función de diversos componentes orales¹⁴.

Por lo que muchos autores consideran que para poder saber si un individuo necesita o no el tratamiento ortodóntico es necesario tener en consideración los factores psicosociales y no solo tener en cuenta la manera de como los dientes ocluyen entre sí, por lo que es difícil establecer quienes lo requieren ¹⁴.

4.1.i. ÍNDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO (IONT).

El IONT en 1989 fue propuesto por Brook y Shaw, y en 1991 Shaw et al, pero fue en 1992 aprobado por Richmond, y es así hasta la actualidad el índice que mayor aceptación y uso tiene para determinar la elegibilidad ortodóntica ⁵.

El IONT clasifica a los pacientes en cinco categorías a partir de quienes “no necesitan el tratamiento” a los que “necesitan el tratamiento”, este índice está compuesto de dos componentes: uno de salud dental; que se basa en la oclusión y alineamiento y el otro en estético que trata de la comparación del aspecto dental con fotografías estandarizadas ².

4.1.i.1. COMPONENTE DE SALUD DENTAL.

Este componente divide en 5 grados:

Tabla N° 1. Componente de Salud Dental del IONT.

GRADO 5/ Extremo- Necesita Tratamiento	GRADO 4/Grave- Necesita Tratamiento	GRADO 3/Moderado- Necesidad incierta de tratamiento	GRADO 2/Leve- Apenas Necesita tratamiento	GRADO 1/No Necesita tratamiento
Erupción Impedida de los dientes por apiñamientos, desplazamientos, supernumerarios, dientes temporales retenidos y cualquier causa patógena.	Hipoponcia menos extensa pero que requiere ortodoncia o cierre ortodónico de espacios antes del tratamiento restaurador.	Resalte de 3.5 - 6mm. Resalte inverso superior a 1 mm pero inferior o igual a 3.5 mm.	Resalte inverso superior a 3.5 mm, pero inferior o igual a 6 mm con labios competentes. Resalte inverso superior a 0 mm pero inferior o igual a 1 mm.	Maloclusiones mínimas que incluyen puntos de contacto inferiores a 1 mm.
Hipoponcia Extensa con repercusiones restauradoras que necesita ortodoncia pre protésica.	Resalte aumentado de 6 pero inferior o igual a 9 mm. Resalte inverso superior de 3.5 sin dificultades para masticar o hablar. Resalte inverso superior a 1 mm, pero inferior a 3.5 mm con indicios de dificultades para masticar o hablar.	Desplazamiento de los puntos de contacto mayor a 2 mm pero inferior o igual a 4 mm.	Desplazamiento de los puntos de contacto mayor a 1 mm pero inferior o igual a 2 mm.	
Resalte aumentado superior a 9 mm.	Mordidas Cruzadas anterior o posterior con más de 2 mm de discrepancia entre la posición de contacto retruido y la posición intercuspídea.	Mordida Abierta Lateral o anterior superior a 2 mm pero menor o igual a 4 mm.	Mordida Abierta anterior o posterior mayor a 1 mm pero inferior o igual a 2 mm.	
Resalte inverso superior a 3.5 mm con indicios	Mordida cruzada lingual posterior sin contacto	Mordidas Cruzadas anterior o	Mordida Cruzada anterior o	

de problemas para masticar o hablar.	oclusal funcional en uno o ambos segmentos bucales.	posterior con una discrepancia de 1 a 2 mm.	posterior con una discrepancia de 1mm o menos.	
Labio leporino y Paladar Hendido y otras anomalías craneofaciales.	Desplazamientos de puntos de contacto superiores a 4 mm.	Sobre mordida profunda completa sobre tejidos gingivales o palatinos pero no produce traumatismos.	Sobre mordida aumentada superior o igual a 3.5 mm sin contacto gingival.	
Dientes Temporales sumergidos.	Mordidas abiertas laterales o anteriores extremas mayores a 4 mm.		Oclusiones pre normales o pos normales sin otras anomalías.	
	Sobre mordida aumentada o completa con traumatismo gingival o palatino.			
	Dientes erupcionados parcialmente, inclinados o impactados contra los dientes contiguos.			
	Presencia de dientes supernumerarios.			

Fuente: Proffit W, Fields H, Sarver D, Maloclusión y Deformidad Dentofacial en la sociedad actual y Etiología de los problemas ortodóncico. Ortodoncia Contemporánea. Quinta Edición, Barcelona-España, ELSEVIER, 2014. P.2-17,114-145.

4.1.i.2. COMPONENTE ESTÉTICO.

Figura 15. Componente Estético IONT.



Fuente: Tomado de Bellot C. (5) Valencia – España, 2011¹⁸.

En el CE del índice de necesidad de tratamiento ortodóntico el paciente evaluará en su autopercepción en las fotografías de sí mismo; así podrá escoger entre el 1 al 10 donde los grados 8-10 representan una necesidad innegable de tratamiento ortodóntico, los grados 5-7 una necesidad moderada y los 1-4 una necesidad escasa o nula².

Este componente del IONT fue realizado utilizando usando fotografías intrabucales de 1000 niños de 12 años, los dos componentes del IONT se usan por separado y si en el componente de salud dental se obtiene un grado 4 y 5 y en el componente estético se tiene un grado 8-10 el niño necesita recibir tratamiento ortodóntico. El IONT uno de los índices de mayor expansión y su tiempo medio de aplicación es entre 1 y 3 minutos, se puede aplicar los dos componentes por separado ya sea si solo se requiere saber la salud dental o el aspecto estético ya que cada uno tiene sus criterios establecidos¹⁵.

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

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

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

Resultados: 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%), sobre mordida 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.

- **Obra: Artículo de revista.** Tratamiento de Maloclusiones según el estadio de maduración carpal - Revisión Bibliográfica.

Autores: Tedaldi J, Calderón R, Mayora L, Quirós O, Farías M, Rondón S, Lerner H.

Resultados: W. Proffit en 1994 dijo: "No es posible modificar un crecimiento que no está produciéndose, y si se coloca un aparato funcional a un paciente que no esté creciendo, el resultado obtenido será casi totalmente una movilización dental." El análisis de maduración esquelética mediante la radiografía de mano y muñeca ha demostrado ser una herramienta de precisión en manos expertas. Dado que el crecimiento en general, y en el caso que nos ocupa el crecimiento de cada uno de los huesos de la cara y el cráneo, no sucede de manera ininterrumpida y uniforme sino que cursa a través de picos de crecimiento acelerado y fases de desaceleración o "plateau" desde el nacimiento hasta unos pocos años después del desarrollo sexual, al odontólogo encargado de diagnosticar y tratar maloclusiones dentoesqueléticas le es imprescindible conocer las limitaciones que tienen los tratamientos ortopédicos maxilofaciales en pacientes con variaciones en el potencial y tiempo de crecimiento, lo cual le lleva a la necesidad imperante de conocer en qué momento, estadio o fase de crecimiento se encuentra cada paciente que atiende, así como conocer cuáles son los momentos, estadios o fases de crecimiento ideales para la aplicación de cada una de las terapias ortopédicas disponibles. El maxilar y la mandíbula crecen en tiempos diferentes tanto en sentido sagital como en sentido transversal o anchura y en altura. Las suturas que unen al maxilar superior con los huesos adyacentes son susceptibles de ser "separadas" mediante terapias ortopédicas en ciertas fases del crecimiento del niño, en otras fases se puede estimular el crecimiento a nivel condilar, etc. Se presenta el Análisis de Maduración Carpál según Grave&Brown y algunos tratamientos aplicables en cada estadio.

- **Obra: Artículo de revista.** Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico (IOTN).

Autores: Avilés M, Huitzil E, Fernández M, Vierna J.

Resultados: La demanda de tratamientos de ortodoncia se ha incrementado en los últimos años a consecuencia de una mejora en la salud bucodental, un incremento en la oferta de profesionales y la evolución de los conceptos socioculturales sobre una oclusión aceptable. Por ello que los especialistas en salud deben enfocar todos sus esfuerzos en el diseño y validación de métodos objetivos de registro y medida de la maloclusión con el fin de conocer la necesidad real de tratamiento ortodóncico de la población y los beneficios obtenidos con dichos tratamientos. Por lo tanto, esta investigación contribuirá a la

evaluación objetiva de los criterios de necesidad temprana de pacientes de la región de Puebla, específicamente de aquellos que se presentan a la clínica de ortodoncia de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla para ofrecerles un tratamiento ortodóncico adecuado y oportuno. De 200 pacientes estudiados, 127 (64%) fueron del género femenino y 73 (36%) del género masculino, edad promedio 17.69 años \pm 1.75, Rango 6, VM 18, vm 12. Razón hombre mujer 1.73:1. El 66% presentó un grado 4 (alto) de necesidad de tratamiento, mientras que ninguno presentó grado 1 (sin necesidad), en donde el 60.02% presentó un apiñamiento $>$ 4 mm.

- **Obra: Artículo de revista.** Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica.

Autores: González M, Guida G, Herrera D, Quirós O.

Resultados: El propósito de esta revisión bibliográfica es señalar la importancia de detectar los hábitos a temprana edad, señalando los más comunes que presentan los niños, y así evitar que se instale una maloclusión. Dicha revisión proporciona información sobre la etiología, diagnóstico, efectos bucofaciales y esqueléticos de cada uno de los hábitos, como también las posibles opciones de tratamiento para su corrección. Una de las principales causas de las maloclusiones en la etapa del crecimiento son los hábitos bucales (no fisiológicos), de allí la importancia de interceptarlos y erradicarlos a tiempo, para un desarrollo armónico del sistema estomatognático.

- **Obra: Artículo de revista.** Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol.

Autores: Pipa Vallejo A, Cuerpo García de los Reyes P, López-Arranz Monje E, González García M, Pipa Muñiz I, Acevedo Prado A.

Resultados: El número de casos estudiados ha sido de 368. La distribución por sexos corresponde a 161 varones (43,8%) y 207 mujeres (56,3%). La media de edad es de 6,3 años: 6,45 en mujeres (6,45 DT) y 5,89 en hombres (5,89 DT). Es estadísticamente significativa ($p < 0,05$) la diferencia existente entre la edad de ambos sexos. El número de pacientes que presentan maloclusión es de 139, siendo la prevalencia general de maloclusión (casos que presentan al menos un tipo de maloclusión) del 37,71%. La distribución de las maloclusiones ordenados de menor a mayor son: La mordida abierta se presenta en un 12,5% (el 63% son mujeres y el 37% hombres), la mordida cruzada en un 17,9% (el 60,9% son

mujeres y el 39,1% son hombres), el resalte aumentado en un 28,8% (el 58,5% son mujeres y el 41,5% son hombres). La prevalencia de maloclusión en el grupo con chupete más de 3 años es la siguiente: La mordida abierta la presentan 16 casos (22,5%), (13,5% en mujeres y 11,2% en hombres). La diferencia observada es estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La mordida cruzada en un 23,9% (20,3% en mujeres y 14,9% en hombres). El resalte aumentado en un 39,4% (30% de las mujeres y el 27,3% de los hombres).

Existe diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Entre la maloclusión hallada en el grupo global y la hallada en el grupo de casos con chupete más de 3 años. La prevalencia de maloclusión en el grupo que presenta succión digital y/o chupete más de 3 años es del 45,9%: La mordida abierta se presenta en 25 casos, siendo un 25,5% de prevalencia. La mordida cruzada se presenta en 21 casos, siendo un 21,4% de prevalencia. El resalte aumentado se presenta en 40 casos, siendo un 40,8% de prevalencia. La respiración oral observada se presenta en 42 casos, siendo un 42,9% de prevalencia. Hay 24 casos (6,5%) que presentan las tres patologías. Son 14 mujeres (58,5%) y 10 hombres (41,7%).

El hábito más frecuente de los analizados en este estudio es el chupete con una frecuencia del 83,7%.

A continuación, se presenta la respiración oral observada en la revisión con una frecuencia del 41,6% (frente a un 22,6% de respiración oral detectada por los padres) y por último succión la digital con un 9%. Con respecto a la distribución del uso del chupete: 60 casos (16,3%) nunca lo han usado, 231 casos (62,8%) lo usaron durante menos de tres años. El 59,1% son mujeres. 77 casos (21%) lo usaron 3 años o más. El 53,5% son mujeres. En cuanto a la frecuencia de la succión digital: 33 casos presentan succión digital (60,6% mujeres y 39,4% hombres) de los cuales 28 casos (85%) continúan más de 3 años (67,9% mujeres y 32,1% hombres).

El papel de la respiración oral es muy importante: El 28,1% de los casos con respiración oral observada presentan mordida cruzada posterior frente al 10,7% de los pacientes sin respiración observada que presentan dicha patología. El 20,3% de los casos con mordida abierta presentan respiración oral observada, sin embargo, el 7% de los casos sin respiración oral observada tienen mordida abierta.

El 40,5% de los casos con resalte aumentado presentan respiración oral observada, en comparación con el 20,5% que presentan resalte aumentado sin respiración oral observada. Las diferencias anteriormente observadas son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

- **Obra: Artículo de revista.** Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal.

Autor: Ugalde Morales F.

Resultados: Se presenta una revisión de las clasificaciones de maloclusión más comunes. La clasificación de Angle, y de Ackerman y Proffit, sus ventajas y desventajas. Se revisan las características más importantes en el diagnóstico de las maloclusiones en los planos anteroposterior, vertical y transversal del espacio. Se propone un cuadro fácil y práctico de llenar en el diagnóstico de la maloclusión.

- **Obra: Artículo de revista.** Maloclusión Clase II División 1; Etiopatogenia, características clínicas y alternativa de tratamiento con un configurador reverso sostenido II (CRS II).

Autores: Mónica Ortiz, Víctor Lugo.

Resultados: Una de las maloclusiones más difíciles de corregir y que causan mayor desarmonía facial generando un impacto psicológico negativo en los pacientes Clase II División 1, caracterizada por una relación molar clase II, aumento del resalte incisal y la pro inclinación de los incisivos superiores; pudiendo estar asociada con mordidas abiertas o profundas. Anteriormente la rehabilitación de un paciente con anomalías de este tipo, requerían de un tratamiento donde los cambios en su fisonomía oro facial no eran percibidos hasta transcurridos varios meses utilizando aparatologías tanto fijas como removibles para obtener los resultados deseados, debido a esto surgió el Configurador Reverso Sostenido (CRS II), el cual logra corregir distoclusiones y expandir los maxilares con tan solo un cambio de postura que debe mantenerse por 45 días, lo que garantiza que no haya recidiva.. Es por esto que el propósito de este artículo es definir las maloclusiones Clase II División 1 explicar sus características clínicas y alternativa de tratamiento con CRS II, se presenta un caso de maloclusión clase II división 1 en un paciente masculino de 11 años de edad, respirador bucal, hábitos: succión digital, deglución atípica, biotipo longilineo, tipo cefálico: dolicocefalo, leptoprosopo, simetría facial frontal: normal, forma de perfil: convexo, relación del 1/3 inferior: aumentado, dentición: permanente, tratado con CRS II obteniéndose como resultado final cambio de una relación clase II a clase I y adelantamiento de mandíbula por medio del cambio de postura.

- **Obra: Artículo de revista.** Tipo de Maloclusiones Dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008.

Autores: Rojas G, Brito H, Díaz J, Soto S, Alcedo C, Quirós O, Fuenmayor A, Maza P, Ortiz M.

Resultados: Este estudio se realizó con la finalidad de determinar las maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho (2007-2008), con edades comprendidas entre los 5 y 10 años, de ambos sexos. La población está constituida por 99 pacientes, con sus registros (fotos intra, extra orales y de modelos de estudio). Se tomó como muestra 34 pacientes, correspondientes al 33.5% total población. Esta muestra fue probabilística aleatoria simple. El método de recolección de datos empleados fue la observación directa. La Clase I de la clasificación Angle es la que más prevalece, y de sus variaciones el tipo 1 y 2 son los más frecuentes; seguida de la Clase II división 1 es la más común, y por último la Clase III tipo 1 y tipo 2, las maloclusiones se manifiestan más en niñas que en los niños. Esto corrobora que los resultados de los trabajos que preceden esta investigación aún se mantienen en la actualidad.

- **Obra: Artículo de revista.** Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares del nivel de secundaria de la i.e. n° 154 "Carlos Noriega Jiménez".

Autora: Pardo Villar K.

Resultados: La muestra incluyó 210 (105 mujeres y 105 hombres) de una población total de 460 escolares entre 12 y 16 años de edad. El INTO fue obtenido por un examen clínico directo. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) para determinar las diferencias significativas en la distribución de los grados del CSD y CE en función del sexo y edad de los estudiantes. Para valorar la concordancia existente entre los componentes estético y dental se aplicó la prueba Kappa de Cohen. El nivel de significación y de confianza se fijó en 0,05 y 95%, respectivamente.

Las distribuciones del CSD mostraron que el 73.33% de los estudiantes estaban en necesidad definitiva de tratamiento, el 19.52% en necesidad moderada y 7.14% sin necesidad. La distribución de frecuencia del CE del INTO demostró que sólo el 2.4% de los estudiantes se perciben en necesidad definitiva de tratamiento, 14.3% en necesidad moderada y 83.3% sin necesidad. Al evaluar la concordancia entre el CSD y el CE se identificó un valor Kappa de 10.80% (IC 95 %), donde la

concordancia fue más alta en las categorías sin necesidad y necesidad moderada con 71.4% y 19%, respectivamente.

- **Obra: Artículo de Revista.** Necesidad de tratamiento ortodóntico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 a 13 años.

Autor: Manccini Guzmán L.

Resultados: El presente estudio fue realizado para determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico en una población de escolares de 12 y 13 años pertenecientes al C.E.N. "Manuel Gonzales Prada", en el distrito de San Borja, Lima-Perú, en el año 2010. Fueron evaluados setenta y nueve estudiantes (25 mujeres y 54 varones) que no recibieron tratamiento ortodóntico previo. No se usaron radiografías, modelos, ni historias clínicas previas de los niños, el IOTN fue calculado directamente del examen clínico. El 52% de los escolares de 12 a 13 años del C.E.N. "Manuel Gonzales Prada" en el año 2010 presentó necesidad de tratamiento ortodóntico según IOTN (grados 4 y 5). El indicador de maloclusión hallado con mayor frecuencia para necesidad y gran necesidad de tratamiento (grados 4 y 5) fue el desplazamiento de puntos de contacto mayor a 4mm; para necesidad media o en el límite requerido (grado 3) fue desplazamientos de puntos de contacto mayores a 2mm, pero menores o iguales a 4mm; y, para poca o ninguna necesidad (grados 1 y 2) fueron overbite mayor a 3.5mm sin contacto gingival o palatino y mordida abierta mayor a 1 pero menor o igual a 2mm. Al analizar independientemente los componentes del IOTN, se encontró que existe asociación entre el género y el Componente Estético, y entre el género y el Componente de Salud Dental en los niños de 12 a 13 años del C.E.N. "Manuel Gonzales Prada" en el año 2010. Ambos componentes determinan la necesidad de tratamiento ortodóntico según el IOTN, y la prueba de Fisher mostró que no existe relación significativa entre el género y la necesidad de tratamiento ortodóntico según el IOTN en los escolares de 12 a 13 años del C.E.N. "Manuel Gonzales Prada" en el año 2010.

5. HIPÓTESIS.

Existe relación entre la prevalencia de maloclusiones y la necesidad de tratamiento ortodóntico.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: Cuantitativo.

Diseño del Estudio: Descriptivo.

Tipo de Investigación:

4. Por la temporalidad: Transversal.
5. Por el ámbito: De campo.
6. Por la técnica: Observacional.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población del estudio fue de “69” fichas epidemiológicas de la parroquia Checa de la Ciudad de Cuenca que corresponde al total de fichas registradas en el estudio epidemiológico de salud bucal para esta parroquia.

2.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Para la formalización de la población se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

2.1.a. Criterios de inclusión: Se incluyeron en el presente estudio, las fichas epidemiológicas de estudiantes matriculados en las escuelas pertenecientes a la parroquia Checa de la ciudad de Cuenca, que tengan 12 años de edad cumplidos o próximos a cumplir hasta el 31 de Diciembre del 2016, 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 excluyeron del estudio las fichas que tengan incoherencias entre los diferentes índices y que no se entiendan los datos.

Una vez formalizada la población se procederá al cálculo y conformación de la muestra.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Maloclusiones	La maloclusiones son las discrepancias del crecimiento de los maxilares y las distorsiones de la posición de los dientes dentro de cada arcada dentaria.	Las maloclusiones son alteraciones del complejo craneomaxilofacial que no logran cumplir las funciones de una oclusión normal.	-Perfil antero posterior -Perfil vertical -Relación molar -Relación canina -Overjet -Overbite -Apiñamiento -Mordida cruzada anterior -Mordida cruzada posterior -Mordida abierta anterior -Mordida abierta posterior -Línea media -Diagnostico presuntivo -Clase de Angle	Cualitativa	Nominal
Necesidad del tratamiento ortodóntico	Es el estado que tiene una persona para recibir tratamiento ortodóntico en base a sus características de salud dental, algún tipo de maloclusión y efectos psicosociales negativos provenientes de la misma.	El IOTN uno de los índices de mayor expansión y su tiempo medio de aplicación es entre 1 y 3 minutos.	-8-10 representan una necesidad innegable de tratamiento ortodóntico -5-7 una necesidad moderada -1-4 una necesidad escasa o nula	Cualitativa	Ordinal
Sexo	Características fenotípicas de la persona	Características externas que diferencian al hombre de la mujer	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal

4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.

4.1. Instrumentos Documentales.

Se utilizó una ficha 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 epidemiológicas de la Universidad Católica de Cuenca (ANEXO 1), 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, impresora y el procesador Core 5.

4.3. Materiales.

Solo se utilizaron artículos de Oficina.

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. PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1. Ubicación de Espacio.

La parroquia de Checa es una unidad de organización 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 centígrado en invierno y de 12 a 25 grados centígrados en verano. La superficie de área urbana es de 72 kilómetros cuadrados 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 y su gran variedad de museos. Está a 2500 metros sobre el nivel del mar.

5.2. Ubicación Temporal.

La investigación se realizó entre los meses de Septiembre y Octubre del año 2016, 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 para la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las fichas de la parroquia “Checa”, 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:

La relación de la prevalencia de maloclusiones con la necesidad de tratamiento ortodóntico en niños de 12 años, usando el índice IONT y el diagnóstico presuntivo.

5.3.a. Método de Examen utilizado por los examinadores.

Las fichas originales del Mapa Epidemiológico de Salud Bucal de escolares de la ciudad de Cuenca 2016, que reposan en los archivos del departamento UCACUE, fueron llenadas con los siguientes criterios:

El examinador empezó por observar el 3er molar superior derecho (diente 1.8), continuando con el segundo molar superior derecho (1.7), luego el número 1.6 y así sucesivamente hasta llegar al 3er molar superior izquierdo (2.8), con el cual terminó los superiores.

Luego se observó la arcada inferior, examinando el 3er molar inferior izquierdo (número 3.8), luego el número 3.7, el número 3.6 y así cada uno de los dientes inferiores hasta terminar en el 3er molar inferior derecho (número 4.8). Siempre que termine de examinar un cuadrante el examinador y el anotador deben de corroborar que las anotaciones hayan sido correctas utilizando la palabra “CORRECTO”.

El examinador debe seguir las siguientes recomendaciones:

- a) En lo posible no tocar la boca del paciente con los dedos.
- b) Usar la sonda periodontal solo en caso de duda clínica evidente.
- c) Preguntar al paciente la razón de la extracción de la o las piezas dentarias, si hubieran las mismas.
- d) Mediante la inspección intraoral, se ocuparon espejos bucales y se estableció el tipo de oclusión en base a la clasificación de Angle así como las características de cada una, tomando en cuenta la clase molar y canina, se exploró el estado de la salud de tejidos duros y blandos así como la presencia de discrepancias dentales como son: mordida abierta anterior o posterior, mordida cruzada, sobremordida vertical, sobremordida horizontal, desviación de la línea media, mordida de borde a borde.

Sobre la necesidad de tratamiento ortodóntico, el examinador le pidió al estudiante que elija entre las 10 fotografías del componente estético las cuales estaban enumeradas del

1 al 10 y elegía con cual se identificaba más al estado de su boca y se estableció lo que auto percibía el paciente. (ANEXO 3)

5.3.b. Criterios de registro de hallazgos.

Cuando se realizó el examen, los datos se consignaron en las casillas correspondientes, anotando el diagnóstico correspondiente que representó el criterio de clasificación o denominación del hallazgo clínico o del tipo de tratamiento requerido, según los respectivos parámetros que se detallan en el cuadro 1.

5.4. Criterios de clasificación de hallazgos clínicos de maloclusiones.

5.4.1. Perfil ántero posterior.

La evaluación del perfil ántero posterior se realizó a través de tres puntos anatómicos Glabella, Subnasal, y Pogonion de tejidos blandos.

- a) Convexo: Cuando se forma dos líneas que originan un ángulo con divergencia posterior.
- b) Recto: Cuando los tres puntos se unen y forman una línea recta.
- c) Cóncavo: Cuando se forman dos líneas que originan un ángulo de divergencia anterior.

5.4.2. Perfil vertical.

Se identifica usando el plano de Camper (va desde el trago del oído hasta el ala de la nariz), y el plano Mandibular (que recorre el borde inferior de la mandíbula) y se pueden presentar los siguientes tres tipos de perfiles:

- a) Normodivergente: cuando los planos se unen ligeramente por detrás de la oreja, lo que indica que hay crecimiento vertical normal.
- b) Hipodivergente: cuando los dos planos se unen por detrás de la oreja, lo que indica un crecimiento disminuido
- c) Hiperdivergente: cuando los dos planos se unen delante de la oreja, lo que indica un crecimiento vertical aumentado.

5.4.3. Relación molar.

La clasificación de la oclusión de Angle está basada en la relación en la relación antero posterior entre los primeros molares permanentes superiores e inferiores.

- a) Clase I: el surco bucal del primer molar inferior ocluye en la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.

- b) Clase II: el surco bucal del primer molar inferior se encuentra hacia distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, existen dos clases: Clase I subdivisión I, cuando los incisivos están inclinados labialmente, Clase II subdivisión II, los incisivos superiores están inclinados lingualmente y los incisivos laterales están inclinados labialmente en la maloclusión.
- c) Clase III: el surco bucal del primer molar inferior se encuentra hacia mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.

Se considera que no presenta relación molar, cuando los primeros molares ya sean uni o bilaterales superiores o inferiores se encuentran ausentes.

5.4.4. Relación canina.

Actúa como guía que produce la centralización de los arcos dentarios guiando la mandíbula hacia los contactos posteriores que consolidan la posición del cierre y se evaluó mediante cuatro parámetros:

- a) Clase I de Angle: la cúspide del canino superior ocluye entre el canino inferior y el primer premolar inferior
- b) Clase II de Angle: el canino superior ocluye entre el canino y el incisivo lateral inferior.
- c) Clase III de Angle: el canino superior ocluye muy distal al canino inferior.

No presenta relación canina por falta de canino bilaterales ya sean superiores o inferiores.

5.4.5. Overjet.

En oclusión normal habitual, es la distancia entre el borde incisal del incisivo superior a la cara vestibular del incisivo inferior con los siguientes parámetros: norma clínica de 2.5 mm.

5.4.6. Overbite.

En oclusión normal habitual es la distancia medida desde el borde incisal del incisivo superior al borde incisal del incisivo inferior medido con los siguientes parámetros: norma clínica de 2.5 mm.

5.4.7. Apiñamiento.

Para los que presentaron apiñamiento se determinó mediante la mal posición dentaria intraarcada por falta de espacio y se analizó mediante cuatro aspectos.

- a) No apiñamiento (llave v contacto ínter proximal preciso).

- b) Leve (falta de espacio menor a 3 mm).
- c) Moderado (falta de espacio entre 3 a 5 mm).
- d) Severo (falta de espacio mayor a 5 mm).

5.4.8. Diastemas.

Es la presencia de espacios interproximales entre piezas dentarias y se analizó mediante los siguientes parámetros.

- a) No presenta diastemas: presencia de contactos interproximales adecuados.
- b) Leve: presencia de diastemas menores a 3 mm.
- c) Moderado: diastemas entre 3 a 5 mm.
- d) Severo: diastemas más de 5 mm.

5.4.9. Mordida cruzada anterior.

Presencia de overjet invertido.

- a) Local: entrecruzamiento invertido de uno a dos dientes.
- b) Generalizada: más de dos dientes se encuentran en entrecruzamiento.

5.4.10. Mordida cruzada posterior.

Alteración en la relación transversal entre los arcos dentarias superior e inferior puede ser unilateral o bilateral.

5.4.11. Mordida abierta.

Se determinó la discrepancia donde no existe contacto en tres los dientes de la arcada superior con sus antagonistas en la zona anterior o posterior.

5.4.12. Línea media.

Se estableció partiendo del parámetro normal el cual es considerado la coincidencia de la línea media facial con la línea media interincisiva dentaria tanto superior con la línea media dentaria inferior con el siguiente parámetro:

- a) Donde no coincide ambas líneas se clasificó como línea media desviada.
- b) Puede ser ésta superior o inferior.
- c) Con una desviación al lado derecho o al lado izquierdo.

5.4.13. Diagnóstico presuntivo

Se realizó la observación visual clínica del rostro del paciente con el siguiente parámetro

En sentido sagital y se asoció con las características de la oclusión en máxima intercuspidadación.

Cuando se realizó el examen usando diez fotografías para evaluar la autopercepción de tratamiento ortodóntico, los datos se representaron en las casillas correspondientes, anotando el código que representa el criterio de clasificación o denominación del hallazgo clínico según el cuadro que a continuación se detalla en el cuadro 2:

5.5.-Grados de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico según el CE

Puntuación	Grados de Necesidad
1-4	Necesidad Nula o escasa
5-7	Necesidad Moderada
8-10	Necesidad Severa

Fuente: Proffit W, Fields H, Jr. Sarver D. Maloclusión y Deformidad Dentofacial en la Sociedad Actual. Ortodoncia Contemporánea.

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Se calculó la prevalencia de la enfermedad utilizando la siguiente formula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de enfermos}}{\text{Número de examinados}} \times 100$$

7. ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente proyecto investigativo no implicó conflictos bioéticos debido a que se ejecutó sobre datos ya tomados en pacientes del macro proyecto de investigación MAPA EPIDEMIOLÓGICO 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 (ANEXO 2). Adicionalmente al terminar su examen bucal, el participante recibió su diagnóstico firmado.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

Se presentarán tablas de resultados:

Tabla N°1. Distribución de la muestra según el sexo.

SEXO	N	%
MASCULINO	32	46.38
FEMENINO	37	53.62
TOTAL	69	100

Interpretación: La distribución de la muestra de estudiantes de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca, arrojó que la muestra estuvo representada en su mayor porcentaje por el sexo femenino (53.62%), seguido del masculino (46.38%).

Tabla N°2. Prevalencia de la maloclusión según el sexo en la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca.

	MALOCLUSIÓN		NORMOCLUSIÓN	
	n	%	n	%
MASCULINO	32	46.38	0	0
FEMENINO	36	52.17	1	1.45
TOTAL	68	98.55	1	1.45

Interpretación: La tabla muestra que la totalidad del sexo masculino presenta maloclusión con un porcentaje del 46.38%, en el sexo femenino la maloclusión se presenta en un 52.17% y la normoclusión con un 1.45%.

Tabla N°3. Prevalencia de la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido en la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca según el sexo.

	NECESITA		NO NECESITA	
	n	%	n	%
MASCULINO	10	41.67	22	48.89
FEMENINO	14	58.33	23	51.11
TOTAL	24	100	45	100

Interpretación: La tabla indica que la autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico fue mayor en el sexo femenino con 58.33%, seguido del masculino con 41.67% y en la autopercepción de no necesidad fue mayor en el femenino con 51.11%, seguido del masculino con 48.89%.

Tabla N°4. Prevalencia de la severidad del tratamiento ortodóntico autopercibido de la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca según el sexo.

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
NECESIDAD						
ESCASA O	22	68.75	23	62.16	45	65.22
NULA						
NECESIDAD	8	25.00	10	27.03	18	26.09
MODERADA						
NECESIDAD	2	6.25	4	10.81	6	8.70
SEVERA						
TOTAL	32	100	37	100	69	100

Interpretación: La tabla muestra el grado de severidad de tratamiento ortodóntico autopercibido según el sexo, en la cual la necesidad escasa o nula es la que predomina en ambos sexos con 68.75% en el masculino y 62.16% en el femenino.

Tabla N°5. Relación entre la maloclusión con la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibido en la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca.

	ENFERMOS		SANO	
	n	%	n	%
NECESITA	23	33.33	1	1.45
NO NECESITA	45	65.22	0	0
TOTAL	68	98.55	1	1.45

Chi²: 0,167

Interpretación: La tabla indica que no existe relación entre la prevalencia de maloclusiones y la necesidad de tratamiento ortodóntico ya que en la prueba de chi cuadrado se obtuvo 0,167, por lo que se acepta la hipótesis nula.

Tabla N°6. Relación entre la maloclusión con la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibido en la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca según el sexo masculino.

	MASCULINO			
	NECESITA		NO NECESITA	
	n	%	n	%
ENFERMO	10	14.49	22	31.88
SANO	0	0	0	0
TOTAL	10	14.49	22	31.88

Interpretación: La tabla muestra que destacaca la no necesidad de tratamiento ortodóntico autopercibido en el sexo masculino con 31,88% en la poblacion enferma.

Tabla N°7. Relación entre la maloclusión con la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido en la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca según el sexo femenino.

	FEMENINO			
	NECESITA		NO NECESITA	
	n	%	n	%
ENFERMO	13	18.84	23	33.33
SANO	1	1.45	0	0
TOTAL	14	20.29	23	33.33

Interpretación: La tabla indica que la no necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido destaca en la población enferma con un 33.33% en el sexo femenino.

2. DISCUSIÓN

Existe gran falta de interés sobre la prevalencia de maloclusiones y su relación con la autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico en comunidades alejadas de la ciudad como las de la parroquia Checa, el presente estudio es de vital importancia ya que con los datos obtenidos se logró conocer más sobre la situación actual de la población por lo que su estudio epidemiológico es de gran importancia.

En la distribución de la población de 69 niños de 12 años de la parroquia Checa del Cantón Cuenca la prevalencia de la maloclusión fue de 98.55% de la población, similar al estudio realizado por Rojas et al¹⁰ cuya población fue de 34 niños, en donde la prevalencia de maloclusión fue del 100% de la población, a diferencia del estudio realizado por Aliaga et al³ en donde la población correspondió a 372, pero la muestra incluyó a niños y a adolescentes de 2 a 18 años, la prevalencia de maloclusiones fue de 85.6%, aunque existen diferencias en relación a las edades de los sujetos estudiados.

En cuanto a la maloclusión según el sexo, en el presente estudio en el sexo masculino se encontró el 46.38% de maloclusión y en el femenino el 52.17%, similar al estudio realizado por Rojas et al¹⁰ en el cual el sexo masculino reportó 47% de maloclusión y el femenino 53%, resultando ser el sexo femenino el más afectado por la maloclusión, a diferencia del estudio de Aliaga et al³ en donde el 91.4% del sexo masculino y el 80.2% del femenino presentaron maloclusión y resultó ser más afectado el sexo masculino.

La necesidad escasa o nula fue la que predominó en la población de 12 años con un valor correspondiente al 65.22%, seguido de necesidad moderada con un 26.09% y por último la necesidad severa con un 8.7% del total de la población, afirmando al estudio realizado por Pardo¹⁴ en el cual la necesidad escasa o nula fue de 82.85%, la moderada de 14.3% y la severa de 2.4%, contraponiéndose al estudio realizado por Avilés et al⁵ el cual manifestó que ninguno presentó una necesidad escasa o nula, el 34% tuvo una necesidad moderada y el 66% presentó una necesidad severa, pero en el mismo el componente estético del IONT fue realizado por el investigador y no por el paciente, comparando las diez fotografías con los modelos de estudio.

En el grado de severidad de la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido en la parroquia Checa del cantón Cuenca según el sexo, se encontró que en la población de 12 años, en el grado de necesidad escasa o nula se presentó en el 68.75 % del sexo masculino y 62.16% del femenino, en la necesidad moderada 25% en el masculino y el 27.03% en el femenino y en la necesidad severa de 6.25% en el masculino y en el femenino con 8.70%, conformes a los estudios como el de Manccini¹⁵ en el cual la

necesidad escasa o nula presentó el mayor porcentaje con 92.6% del sexo masculino y el 80% del femenino, en la moderada un 7.45% en el masculino y un 8% en el femenino y en la severa un 0% en el masculino y 12% en el femenino, afirmando el estudio realizado por Pardo ¹⁴ en el cual la necesidad escasa o nula fue el 80% del sexo masculino y el 85.7% del femenino, en la moderada de 14.3% para ambos sexos y en la severa con un 5.7% en el sexo masculino y 0% en el femenino, teniendo mayor prevalencia en la necesidad escasa o nula y podría deberse a la semejanza de edades ya que a los 12 años empiezan a observar más y a preocuparse por su apariencia física.

No hay una relación estadísticamente significativa entre la maloclusión y la necesidad de tratamiento ortodóntico autorpercibido ya que el valor obtenido en la prueba de chi cuadrado fue mayor a 0,05 ($p: 0,167$), por lo que se acepta la hipótesis nula. El resultado de esta relación correspondió a que el 33.33% de la población enferma señaló que necesita el tratamiento y el 65.22% que no necesita el tratamiento, mientras que el 1.45% de los pacientes sanos señalaron que necesitan el tratamiento y ninguno que no lo necesita. Según el sexo, en la población enferma, en el masculino el 14.49% afirmó que necesita el tratamiento y el 31.88% que no lo necesita y en el femenino el 18.84% que necesita y el 33.33% que no lo necesita, por lo que se puede confirmar que no existe relación entre los mismos ya que la población enferma en su mayoría autopercebe no necesitar el tratamiento, mientras que la sana autopercebe lo contrario, corroborando los estudios por Rubio ¹⁶, en donde 81% de la población enferma señaló que no necesita el tratamiento y el 12% que lo necesita, mientras que en la población sana el 7% autopercebió necesitar el tratamiento y ninguno lo autopercebió esta necesidad.

3. CONCLUSIONES

- La prevalencia de la maloclusión en la población de 12 años de la parroquia Checa del cantón Cuenca fue mayor en el sexo femenino debido al tamaño muestral, sin embargo toda la población del sexo masculino presentó maloclusión, presentándose como un problema grave en la parroquia ya que el mismo podría perjudicar a futuro al niño.
- En la prevalencia de la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido se encontró que el sexo femenino autopercebe la necesidad de tratamiento ortodóntico en un mayor porcentaje que el sexo masculino.
- El grado de severidad en la necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido, necesidad escasa o nula fue la que predominó en el estudio, en un mayor porcentaje en el sexo masculino.
- En la relación entre la prevalencia de maloclusiones y autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico, el mayor porcentaje de la población que presentó maloclusión, fue sexo femenino y manifestó no necesitar tratamiento ortodóntico; concluyendo que no hay relación entre la maloclusión y la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico ya que pacientes que están enfermos pueden autopercebir que no necesitan ningún tratamiento ortodóntico, y los sanos pueden percibir lo contrario por lo que el componente estético del IONT no se consideraría como referencia ya que es imprescindible la revisión clínica por parte del profesional para indicar si necesita o no tratamiento ortodóntico.

BIBLIOGRAFÍA.

- [1] Rodríguez E, White L. Ortodoncia Contemporánea. 2ª ed. Amolca; 2008.
- [2] Proffit W, Fields H, Sarver D. Maloclusión y Deformidad Dentofacial en la sociedad actual y Etiología de los problemas ortodóncico. Ortodoncia Contemporánea. 5ª Ed. Barcelona: ELSEVIER; 2014.
- [3] Aliaga A, Mattos M, Aliaga R, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali. Rev. Perú. med. exp. salud Publica [Internet].2011.[Citado 5 de Noviembre 2016]; 28 (1).Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s172646342011000100014&script=sci_arttext
- [4] Tedaldi J, Calderón R, Mayora L, Quirós O, Farías M. Tratamiento de Maloclusiones según el estadio de maduración carpal. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet].2007. [Citado 5 de Noviembre 2016]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/art6.asp>
- [5] Avilés B, Huitzil M, Fernández A, Vierna Q. Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico (IOTN). Revista Oral [Internet].2011. [Citado 5 de Noviembre 2016]; 12, (39): 782-785. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2011/ora1139e.pdf>
- [6] González M, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet].2012. [Citado 6 de Noviembre 2016]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>
- [7] Pipa A, Cuerpo P, López E, González M, Pipa I, Acevedo A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Revista de Avances en Odontoestomatología [Internet].2011. [Citado 7 de Noviembre 2016]; 27(3):137-145.Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n3/original3.pdf>
- [8] Ugalde F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM [Internet].2007. [Citado 8 de Noviembre 2016]; 64(3): 97-109. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>
- [9] Ortiz M, Lugo V. Maloclusión clase II división 1; etiopatogenia, características clínicas y alternativa de tratamiento con un configurador reverso sostenido II (CRS II). Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet].2006. [Citado 9 de Noviembre 2016]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2006/art14.asp>

- [10] Rojas G, et al. Tipo de Maloclusiones Dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, [Internet].2010. [Citado 10 de Noviembre 2016].Enero 2010 Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art4.asp>.
- [11] Tuesca R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Rev. Científica Salud Uninorte [Internet].2012. [Citado 10 de Noviembre 2016]; 21. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4113/5676>.
- [12] Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet].2007. [Citado 12 de Noviembre 2016]; 12:11 – 24, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>
- [13] Martínez H. Autopercepción social y atribuciones cognoscitivas en estudiantes de bajo rendimiento académico. Revist Electronic Journal of Research in Educational Psychology [Internet].2009. [Citado 10 de Noviembre 2016]; 7(19): 1175-1216. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121984012>
- [14] Pardo K. Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares del nivel de secundaria de la i.e. n° 154 “Carlos noriega Jiménez”, Universidad San Martín de Porres [Tesis para optar título de Cirujano Dentista].2012. [Citado 12 de Noviembre 2016]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/727/1/pardo_k.pdf
- [15] Manccini L. Necesidad de tratamiento ortodóncico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares de 12 a 13 años. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis para optar título de Cirujano Dentista].2012. [Citado 13 de Noviembre 2016]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20\(para%20Inform%C3%A1tica\)/2011/manccini_gl/manccini_gl.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20(para%20Inform%C3%A1tica)/2011/manccini_gl/manccini_gl.pdf).
- [16] Rubio K. Relación entre la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóncico y prevalencia de maloclusión en escolares de 12 años en la Parroquia Machángara de la Ciudad de Cuenca. [Tesis para optar título de Cirujano Dentista 2016. [Citado 01 de Febrero del 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/7401/1/FINAL%20TESIS%20KAREN.pdf>.
- [17] Morales M, Mal posición dentaria. [Internet].2012. [Citado 10 de Noviembre 2016]. Disponible en: <http://melissa-odo.blogspot.com/2012/09/mal-posicion-dentaria.html>.
- [18] Bellot C, Montiel J, Paredes V, Gandía J, Almerich J. Necesidad de tratamiento ortodóncico según el Dental Aesthetic Index y el Index of Orthodontic Treatment Need. Revista Española de Ortodoncia, Dialnet. [Internet]. 2009; [citado 15 de Noviembre del 2016]; 39(4):305-312. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3133685>

ANEXOS

Anexo 1.

Anexo 1.1.- Ficha de Recolección digital.

Enter - [FICHA12YEARS\FICHA12YEARS]

File Edit View Tools Help

Open Form Save Print Find New Record of 118 Delete Undo Line Listing Dashboard Map Edit Form Help

Pages

- FICHA12YEARS
 - Page 1
 - Page 2
 - SELF REPORT

Page 1

NUMERO DE FICHA

NOMBRE: EDAD : 12 AÑOS SEXO

CANTÓN DE NACIMIENTO PARROQUIA Latitude

FECHA COLEGIO EXAMINADOR Longitude

DD/MM/YYYY

HIGIENE ORAL (IHO-S)

PLACA BLANDA PLACA CALCIFICADA

PB 16	PB 55	PB 11	PB 51	PB 26	PB 65	PC 16	PC 55	PC 11	PC 51	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	PB 31	PB 71	PB 36	PB 75	PC 46	PC 85	PC 31	PC 71	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"/>
C55	C54	C53	C52	C51	C61	C62	C63	C64	C65						
<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"/>						
C85	C84	C83	C82	C81	C71	C72	C73	C74	C75						
<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 (1P 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"/>

Linked Records

Exposed From	Exposed To

Unlink Add Exposure

View SNA Graph

[Name:EXAMINADOR] [Type:Text]

Fuente: Tomada por medio de captura de pantalla del programa Epi Info.

Anexo 1.2.- 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				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				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				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				PUFA

CPOD / ceod	
0= SANO	
1= CARIADO	
2= OBTURADO Y CON CARIAS	
3= OBTURADO OK	
4= PERDIDO POR CARIAS	
5= PERDIDO POR OTRO MOTIVO	
6= SELIANTE PRESENTE	
7= CORONA O PILAR DE PUENTE	
8= DIENTE PERMANENTE SIN ERUCP O INAR	
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 AVANZADA CON PÉRDIDA DE FUNCIÓN MASTICATORIA	



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

MALOCLUSIONES (UCACUE) solo 12 años

Cerrar en círculo la opción.

Perfil Ántero Posterior:	1) Convexo	2) Recto	3) Cóncavo
Perfil Vertical	1) Hiper divergente	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"/> MODERADO (2)	<input type="checkbox"/> SEVERO (3)
	<input type="checkbox"/> No			
Diastemas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> LEVE (1)	<input type="checkbox"/> MODERADO (2)	<input type="checkbox"/> SEVERO (3)
	<input type="checkbox"/> No			

Mordida Cruzada Anterior	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> LOCAL (1pza)	<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	Mord. Abierta Posterior	<input type="checkbox"/> Si
	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No

SUPERIOR	DERECHA	LÍNEA MEDIA 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 MALOCCLUSIONES (IOMT), 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 se han causado dificultad para (desempeño)?

Nº	Desempeño	Afectado SI/NO	Severidad 1 2 3
1	Comer alimentos (frutas, verduras)	SI → NO	1 2 3
2	Hablar claramente	SI → NO	1 2 3
3	Lavar los dientes	SI → NO	1 2 3
4	Desempeño (actividades extra)	SI → NO	1 2 3
5	Mantener un buen estado de ánimo (actividades, actividades de estudio)	SI → NO	1 2 3
6	Sonreír, reír y mostrar sus dientes sin sentir vergüenza	SI → NO	1 2 3
7	Realizar las labores escolares (ej. ir a las clases, participar en las clases, hacer la tarea)	SI → NO	1 2 3
8	Comunicarse con otros (ej. ir a jugar con amigos)	SI → NO	1 2 3

SELF REPORT PERIODONCIA solo 12 años

	SI	NO
1.- ¿Pensa 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 tal vez ha perdido hueso alrededor de los dientes?		
6.- ¿Le sangran las encías?		
7.- ¿Siente olor 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 sé.		
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?		
¿Nunca 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?		
¿Sabías que la UNIVERSIDAD CATÓLICA tiene una clínica dental?		
Ocupación del papá		
Ocupación de la mamá		

Fuente: Tomado por medio de captura de pantalla de la ficha epidemiológica de Cuenca 2016.

Anexo 2.

2.1.-Consentimiento informado para los padres.

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

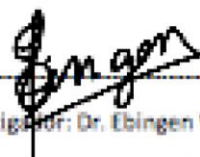
AUTORIZACIÓN: MEDIANTE LA PRESENTE CON MI FIRMA DOY EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO(A) EN ESTE ESTUDIO.

Padre o apoderado

Nombre del(a) ESCOLAR

Nombre:

Ci:


Investigador: Dr. Ebingen Villavicencio
Ci: 0151549557

Realizado por Dra. Uliana Encalada Venúgo
Coordinadora de Unidades Titulación

Anexo 3. Fotografías estándares del IONT

Fuente: Tomado de Bellot C. (5) Valencia – España, 2011.