



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO DE ODONTÓLOGO

Relación entre Autopercepción de Necesidad del Tratamiento Ortodóncico y la Prevalencia de Maloclusión en pacientes de 12 años en la Parroquia El Sagrario.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO.

AUTOR: Zhañay Duy Juan Elías.

DIRECTOR: Alvarado Alberto. Od. Esp.

CUENCA - ECUADOR

2016

DECLARACIÓN:

Yo, ZHAGÑAY DUY JUAN ELÍAS, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mí 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: Zhagñay Duy Juan Elías.

C.I.: 0302205265.

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “**RELACIÓN ENTRE AUTOPERCEPCIÓN DE NECESIDAD DEL TRATAMIENTO ORTODÓNCICO Y LA PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN EN PACIENTES DE 12 AÑOS EN LA PARROQUIA EL SAGRARIO**”, realizado por, **ZHAGÑAY DUY JUAN ELÍAS**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Octubre del 2016.

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DE ODONTOLOGÍA.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLÓGICA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado " RELACIÓN ENTRE AUTO PERCEPCIÓN DE NECESIDAD DEL TRATAMIENTO ORTODÓNICO Y LA PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN EN PACIENTES DE 12 AÑOS EN LA PARROQUIA EL SAGRARIO", realizado por ZHAGÑAY DUY JUAN ELÍAS, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Octubre del 2016.

.....

Tutor: Alvarado Alberto. Od. Esp.

DEDICATORIA.

Este trabajo es dedicado con todo mi corazón a Dios, a mis abuelos Miguel Duy y Juliana Pichasaca, quienes nos inculco y nos dejó un gran heredad de la “Palabra de Dios”, a mi hermosa familia mi esposa Gladys Lema, mis hijos Mayli y Julián, mis hermano/as Moisés, Luisa y Helen Zhagñay Duy, siendo ellos un pilar fundamental que me motiva a cumplir mis sueños.

EPÍGRAFE.

Les daré salud y los curaré, los sanaré y haré
que disfruten de abundante paz y seguridad

Jeremías 33: 6.

AGRADECIMIENTO:

Un profundo agradecimiento a mis padres Juan Zhagñay y Margarita Duy, por ser unos excelentes padres, por enseñarme desde pequeño el camino del bien, por todos sus sacrificio, lágrimas y alegrías, para hacer de sus hijos personas de bien, por haberme enseñado a luchar con dedicación y esfuerzo para alcanzar mis metas.

A mi gran amigo, Pst. Alberto Males, a pesar de la distancia, siempre me motivo a seguir adelante, no importando que grande sea el muro que con la Gracia de Dios todo es posible.

De la misma forma agradezco a los Pastores, Pst. Vicente Tarco, Pst. Ricardo Salomón, Pst. Ángel Saltos y Familia, donde siempre he estado en sus Oraciones, por sus buenos consejos por ser mis padres espirituales.

Dra. MGS. Fernanda González, Dr. Ort. Esp Ronald Ramos, que han compartido sus valiosos tiempos con mi persona.

A mi asesor Od. Esp. Alvarado Alberto, quien con sus sabios conocimientos, me guío en la realización de mi tesis.

De igual manera a mis tíos Nicolás y Miguel Duy y familia, quienes siempre han estado pendientes de mí en el transcurso de mi vida.

ÍNDICE.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
INTRODUCCIÓN	16
1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.- JUSTIFICACIÓN	17
3.-OBJETIVOS	17
3.1.-Objetivo General	17
3.2.-Objetivos Específicos	17
4.- MARCO TEÓRICO	18
4.1. BASES TEÓRICAS	18
4.1.a. OCLUSIÓN.....	18
4.1. a.1. Oclusión Normal	18
4.1. a.2. Oclusión Óptima	19
4.1.b. MALOCLUSION	19
4.1.b.1 CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN DISTINTOS AUTORES	20
4.1.c. CLASIFICACIÓN DE EDWARD HARTLEY ANGLE	23
4.1.c.1. Clase I Molar:	23
4.1.c.2. Clase II Molar:	24
4.1.c.2.1. Clase II división 1:	24
4.1.c.2.2. Clase II división 2 :.....	25
4.1.c.3. Clase III Molar :.....	25
4.1.d. AUTOPERCEPCIÓN	25
4.1.e. NECESIDAD DE TRATAMIENTO	26
4.1.e.1. Aspectos Estéticos y Psicosociales	26
4.1.e.2. Psicología Social de la Apariencia Facial	26
4.1.f. ÍNDICE DE DESCRIPCIÓN DE IONT	27
4.2.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	29
12.-HIPÓTESIS	35

.CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONA	36
1.-MARCO METODOLÓGICO	37
2.-POBLACIÓN Y MUESTRA	37
3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS. 39	
4.1.- Instrumentos documentales:	39
4.2.- Instrumentos mecánicos	39
4.3.- Materiales	39
4.4.- Recursos	39
5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	39
5.1.-Ubicación Espacial	39
5.2.-Ubicación temporal	40
5.3.- Procedimientos de la toma de datos	40
5.3.1.-Método de Examen	40
5.3.2.-Criterios de registro de hallazgos	41
6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	43
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS	43
CAPÍTULO III	44
1. RESULTADOS	45
2. DISCUSIÓN	51
3. CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS.....	58
Anexo1	58
Anexo 2	59
Anexo 2.2	60
Anexo 3	61
Anexo 4.....	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico 1. FRECUENCIA DE NORMO Y MALOCLUSIÓN EN LA PARROQUIA EL SAGRARIO.	46
Gráfico 2. PORCENTAJE DE PREVALENCIA DE LA NECESIDAD DEL TRATAMIENTO SEGÚN EL SEXO.....	47
Gráfico 3. PORCENTAJE DEL GRADO DE SEVERIDAD DEL TRATAMIENTO ORTODÓNCICO SEGÚN LA AUTOPERCEPCIÓN	48
Gráfico 4. PORCENTAJE DEL GRADO DE SEVERIDAD DE MALOCLUSIONES SEGÚN EL SEXO	49

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla N° 1.....	45
Tabla N° 2.....	50

RESUMEN.

OBJETIVO. El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre auto percepción de necesidad del tratamiento ortodóncico y la prevalencia de maloclusión en pacientes de 12 años en la parroquia El Sagrario, Cantón Cuenca, **MATERIALES Y MÉTODOS** La metodología aplicada fue investigación descriptiva, cualitativa, retrospectivo en una población de 140 escolares, datos obtenidos del programa EPI INFO VER 7.2. **RESULTADOS:** De los 140 pacientes escolares encuestados en la Parroquia El Sagrario obtuvimos un 81% de Normo oclusión en comparación al 19 % de maloclusión, siendo un 84 % del sexo masculino y 77% del sexo femenino de Normo oclusión; en la cual tenemos una distribución en ambos sexos del 81% con leve necesidad, 14% de necesidad moderada y con un 6% de gran necesidad. **CONCLUSIÓN.** Se obtuvo un porcentaje mayor en normo oclusión, los cuales nos indican una menor prevalencia de la necesidad del tratamiento ortodóncico.

PALABRAS CLAVE: maloclusiones, prevalencia, autopercepción.

SUMMARY.

OBJECTIVE. The aim of this research was the relationship between self-perceived need for orthodontic treatment and the prevalence of malocclusion in patients 12 years in the parish El Sagrario, Canton Cuenca. **MATERIALS AND METHODS.** The methodology was descriptive, qualitative and observational field research in a population of 140 school children, data obtained from the program EPI INFO SEE 7.2. **RESULTS:** A higher percentage Normo Occlusion, which indicate a lower prevalence of the need for orthodontic treatment was obtained. **CONCLUSION.** Of the 140 school patients surveyed in the Parroquia El Sagrario we got 81% that of normal occlusion compared to 19% of malocclusion, being 84% male and 77% female of Normo occlusion; in which we have a distribution in both sexes of 81% with mild need, 14% of moderate need and with 6% of great need.

KEYWORDS: malocclusion, prevalence, self-perception.

ABREVIATURAS.

ATM: Articulación Témpero Mandibular.

CSD: Componente Salud Dental.

CE: Componente Estético.

IONT: Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico.

CAPÍTULO I.
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

INTRODUCCIÓN.

La ortodoncia es la rama de la odontología que se encarga de la prevención, intercepción y corrección de las mal posiciones y maloclusiones dentarias con la finalidad de salvaguardar la salud e integridad del paciente, es decir, estudia los posicionamientos funcionales y estéticos correctos, y de esta manera conseguir contactos adecuados de los dientes entre sí o con la arcada dentaria opuesta, que pueden haberse dado por un desarrollo inadecuado, pérdida de dientes o crecimiento anormal de los maxilares en el paciente.

En la actualidad, existe un gran interés por parte de los pacientes para asistir a la consulta dental, con el fin de establecer una corrección dental y lograr una armonía estética dento facial, mejorando así su calidad de vida en correspondencia al Buen Vivir, ” **Sumak Kawsay**” de cada individuo, aumentando su confianza y autoestima; por lo que los tratamientos de ortodoncia se ven obligados a corregir las mal posiciones dentales, devolviendo así la funcionalidad y estética facial.

La finalidad de ésta investigación es mostrar al clínico, no solo al ortodoncista sino también al odontólogo general e incluso al médico, la necesidad de un tratamiento ortodóncico, más allá de los componentes dentales que se presenten, sugerir así un diagnóstico y posible tratamiento en cada alteración, por lo que la ortodoncia es una herramienta para aliviar muchas patologías generales que el paciente presenta^{1,2,3}. El autoconcepto u autopercepción se define como la forma que tiene el individuo de verse a sí mismo, en cuanto a sus características físicas, psicológicas, intelectuales, sociales y afectivas; además juega un rol importante en el desarrollo de la personalidad, afectándolo tanto positiva como negativamente^{1,2}.

1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

El problema que se investigó fue la relación entre la auto percepción de necesidad del tratamiento ortodóncico y la prevalencia de maloclusión en pacientes de 12 años en la parroquia El Sagrario del Cantón Cuenca.

2.- JUSTIFICACIÓN.

La oclusión es la relación morfológica y funcional dinámica entre todos los componentes del sistema estomatognático, incluyendo las piezas dentarias, tejidos de soporte, articulación témporo mandibular (ATM) y el sistema neuromuscular; este tema es de vital importancia en el área odontológica, ya que mediante el conocimiento de la anatomía cráneo facial podrán ser diagnosticadas cualquier tipo de patologías de ésta índole.

Mediante el estudio buscaremos identificar y medir la frecuencia de maloclusiones a través de la aplicación de diversas técnicas de investigación aceptadas universalmente como: observación directa e indirecta, cuestionario, entrevista, calibración del personal de campo, examen clínico de las piezas dentarias; lo que garantizará que las mediciones produzcan datos confiables para su generalización al universo de estudio, estableciendo que cualquier desviación de la oclusión normal se calificará como maloclusión, la cual nos exigirá un determinado tipo de tratamiento ortodóncico². El cálculo de lo normal o anormal se calificará de acuerdo a la severidad de cada caso en particular.

3.-OBJETIVOS.

3.1.-Objetivo General:

Determinar la relación de autopercepción de necesidad del tratamiento ortodóncico con la prevalencia de maloclusiones en pacientes de 12 años en la parroquia El Sagrario, Cantón Cuenca, 2016.

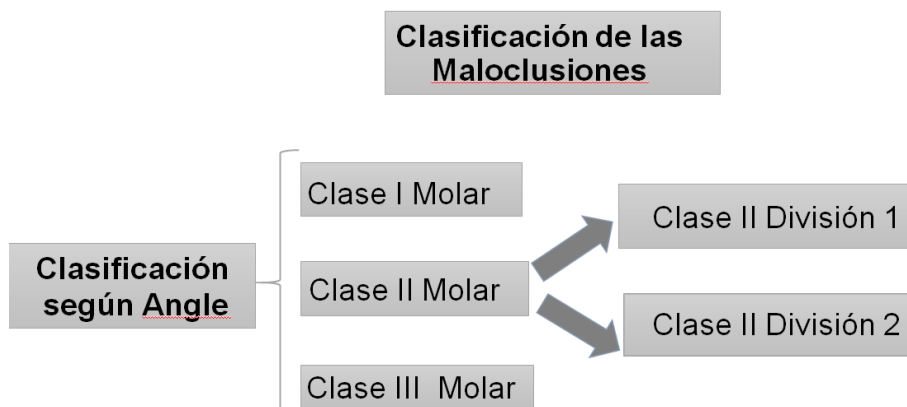
3.2.-Objetivos Específicos:

- Evaluar el nivel de autopercepción en relación a la necesidad de tratamiento ortodóncico.
- Determinar el grado de severidad de necesidad de tratamiento según la autopercepción.
- Determinar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años en la parroquia El Sagrario del Cantón Cuenca, año 2016 según el sexo.
- Determinar la relación de autopercepción de necesidad de tratamiento según la maloclusión.

4.- MARCO TEÓRICO.

4.1. BASES TEÓRICAS.

Figura 1.- clasificación de las maloclusiones.



Fuente: Zhagñay Juan, clasificación de las maloclusiones, Universidad Católica de Cuenca, 2016.

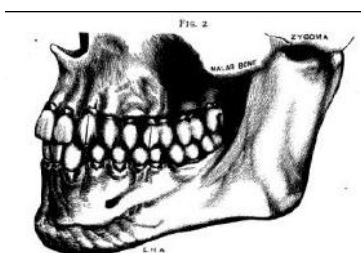
4.1.a. OCLUSIÓN.

La oclusión estudia las relaciones intermaxilares, es decir, las diferentes posiciones y movimientos que realiza la mandíbula (hueso móvil) sobre el maxilar superior (hueso fijo), debido a que en el nacimiento ninguno de los maxilares contactan en algún punto de su superficie, la "oclusión temporal" inicia con la erupción dentaria, misma que se modifica con el cambio de los dientes deciduos por los permanentes, hasta la erupción de los terceros molares dando lugar al tipo de oclusión final¹.

4.1. a.1. Oclusión Normal.

La oclusión normal nos hace referencia que hay una relación directa entre las piezas dentarias en oclusión, siendo ésta la máxima intercuspidad de las piezas dentarias, con una correcta posición y funcionamiento de la articulación temporomandibular (ATM); permitiendo la salud, estabilidad y estética aceptable del paciente^{3,4} Fig (2).

Figura 2.- Oclusión Normal.



Fuente: Arriola Guillén L. Interlandi S. Ortodoncia. 1ra ed. Artes Médicas; 2002.

4.1. a.2. Oclusión Óptima.

“Relación estática y dinámica de los maxilares con una mínima tensión neuro muscular de la articulación témporo mandibular, cumpliendo funciones óptimas, dando estabilidad, estética y salud al complejo anatómico orofacial”^{2,5}. Fig. (3).

Figura 3.- Oclusión Óptima.



Fuente: Arriola Guillén L. Interlandi S. Ortodoncia. 1ra ed. Artes Médicas; 2002.

4.1.b. MALOCLUSION.

Es una alteración genética, funcional o traumática y dentaria, las cuales afectan o impiden un correcto funcionamiento del aparato masticatorio, La mal posición dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen o encajen con normalidad, y por tanto es causa de maloclusión. Es muy importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal, ya que ésta no sólo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatognático en general.^{4,6}

Las maloclusiones dentales en la salud oral de los pacientes comprenden algunas características que requerirán un tratamiento ortodóncico, ya que a nivel mundial reportan un tercer lugar en prevalencia, después de las caries y la enfermedad periodontal; existiendo una alteración en la oclusión normal o en el sistema estomatognático, éstas varían según la intensidad y gravedad del caso¹. Estas patologías abarcan muchas situaciones problemáticas como en el área del lenguaje, estética y en la articulación témporo mandibular (ATM); por la cual es importante conocer la prevalencia de las anomalías dentales; desde el punto de vista epidemiológico relacionaremos a la necesidad de un tratamiento ortodóncico de una determinada población o comunidad, para poder seleccionar los pacientes aptos para dicho tratamiento^{1,4,6,7,8}.

En la República de Perú los estudios realizados en el área epidemiológica, relacionados a salud bucal fueron muy escasos y, en gran parte la mayoría de los casos abarcan un análisis de prevalencia de anomalías dentales, dando poca importancia a la necesidad y prioridad de un tratamiento ortodóncico, cuyo conocimiento podría establecer medidas preventivas para un determinado tratamiento^{1,4,6,7,8}.

4.1.b.1 CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN DISTINTOS AUTORES.

4.1.b.1.1 Clasificación según Lisher.

Lisher en el año de 1912 se basó en la clasificación de Angle, adjuntando una nueva terminología: Neutroclusión (Clase I); Distoclusión (Clase II); y Mesioclusión (Clase III).

Así mismo menciona algunas anomalías dentarias como son: Mesioversión, Distoversión, Vestibuloversión o Labioversión, Linguoversión, Infraversión, Supraversión, Giroversión, Axiversión, Transversión^{4,9}.

4.1.b.1.2. Clasificación según J.M. Alexis Shange 1841.

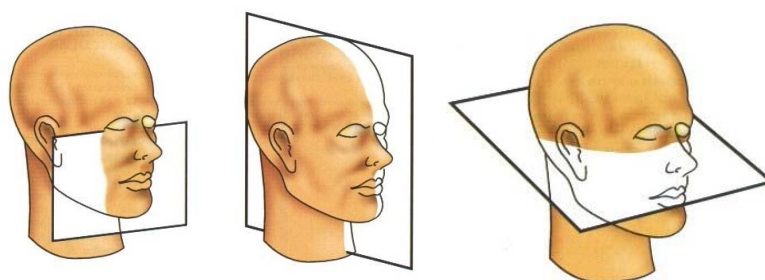
En el año 1841 se basó en los trabajos realizados por Marjolin, ésta se divide en cuatro grupos:

- 1 Anomalías de número
- 2 Anomalías de forma.
- 3 Anomalías de posición, migración y transposición.
- 4 Anomalías de dirección.

4.1.b.1.3. Clasificación de Simon.

Simon presenta su clasificación en el año de 1922, la cual se basa en los principios morfológicos, dividiendo a las maloclusiones en tres planos anatómicos: Frankfort, (Anomalías antero posteriores), Sagital medio, (Anomalías Transversales) y Orbitario o Plano de Simon (Anomalías verticales)^{4,10}. Fig. (4).

Figura 4.- Anomalías anteroposteriores, transversales y verticales



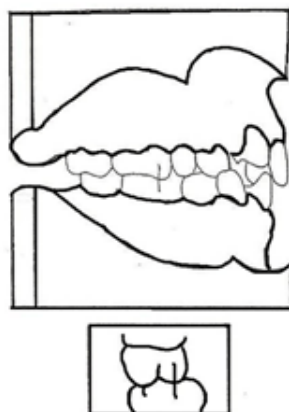
Fuente: Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca.Madrid.2002.

4.1.b.1.4. Clasificación de Anderson.

Anderson clasifica las maloclusiones Clase I de Angle, en cinco tipos.

Tipo 1: Existen apiñamientos dentales superiores o inferiores, dando como resultado dientes superiores en vestíbulo versión o palato versión; y dientes inferiores en vestíbulo versión o linguo versión^{5,10}. Fig. (5).

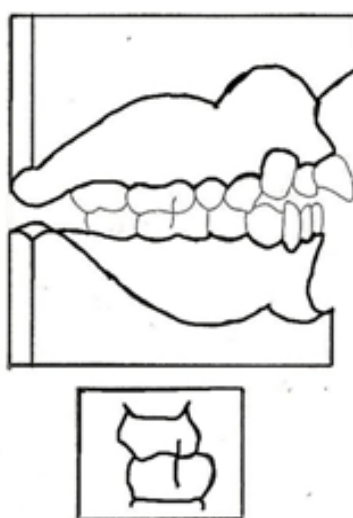
Figura 5.- Tipo 1. Clase I de Angle.



Fuente: Zamora, Orlenis V. Tipos de Maloclusiones, año 2013

Tipo 2: Incisivos superiores protruidos o espaciados, los hábitos inadecuados pueden ser los causantes de esta patología^{5,10}. Fig. (6).

Figura 6. Tipo 2. Clase I de Angle.



Fuente: Zamora, Orlenis V. Tipos de Maloclusiones, año 2013.

Tipo 3: Ésta se define como una mordida cruzada anterior exclusivamente de tipo dental, en la cual uno o más dientes antero-inferiores está excesivamente en protrusión, o los superiores en retrusión.^{5,10} Fig.(7).

Figura 7. Tipo 3. Clase I de Angle.



Fuente: Santi de Modano. Apiñamiento dentario en zona anterior acompañado de Caninos ectópicos y mordida cruzada del 12 y 22, Tipos de Maloclusiones, año 2003.

Tipo 4: Los factores etiológicos más comunes pueden ser una mordida cruzada posterior por la influencia de factores genéticos como la hipoplasia maxilar e hiperplasia mandibular, y hábitos como respiración oral y succión digital¹⁰. Fig.(8).

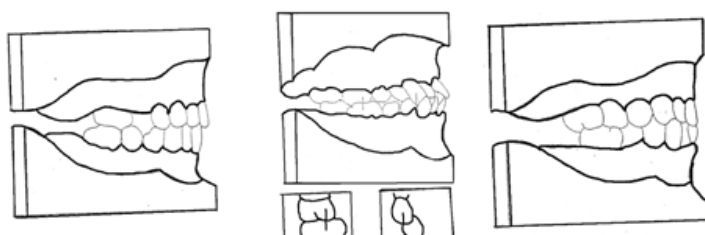
Figura 8. Tipo 4. Clase I de Angle.



Fuente: Santi de Modano, Juana, mordida cruzada posterior. Revisión 2003.

Tipo 5: Hay pérdida de espacio posterior por migración mesial de los primeros molares permanentes¹⁰. Fig. (9)

Figura 9.- Tipo 5. Clase I de Angle.

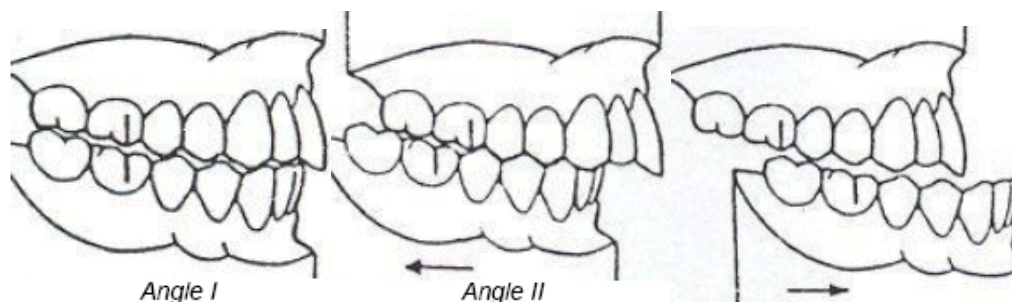


Fuente: Zamora, Orlenis V. Tipos de Maloclusiones, año 2013.

4.1.c. CLASIFICACIÓN DE EDWARD HARTLEY ANGLE.

Se le considera como el "Padre de la Ortodoncia", la maloclusión la divide en tres Clases que son: Clase I, Clase II, y Clase III. (1855–1930)^{1,4,6}. Fig. (10).

Figura 10.- Clasificación según Angle.



Fuente: Anit. J.P. Oclusión.

La clasificación de Angle, se basa principalmente en el estudio del cráneo anatómico en un ser vivo, logrando establecer los principios de oclusión, Angle observó que el primer molar superior se encuentra bajo el apoyo lateral del arco cigomático. En el año 1899 ideó un esquema simple y sencillo, que fue aceptado universalmente introduciendo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesio distales de las piezas dentales, que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia y dividió a las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III¹.

4.1.c.1. Clase I Molar: Se refiere a la relación mesio distal normal de las piezas dentales, en que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente^{1,10,11}. Fig.(11).

Figura 11.- Clase I Molar.



Fuente: Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca.Madrid.2002.

4.1.c.2. Clase II Molar: Esta se refiere cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye mesial al surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior, dando como consecuencia una retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula, los pacientes clasificados en éste grupo presentan perfil facial convexo^{10,11}. Fig. (12).

Las maloclusiones Clase II se subdividen en:

- Clase II división 1.
- Clase II división 2.

Figura 12.- Clase II Molar.



Fuente: Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca.Madrid.2002.

4.1.c.2.1. Clase II división 1: Los Incisivos superiores se encuentran protruidos y extruidos.^{10,11}. Fig. (13).

Figura 13.- Clase II división 1.



Fuente: Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca.Madrid.2002.

4.1.c.2. Clase II división 2: En esta clasificación los incisivos superiores están palatinizados, dando como resultado el perfil recto y levemente convexo^{10,11}. Fig. (14).

Figura 14.- Clase II división 2.



Fuente: Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca.Madrid.2002.

4.1.c.3. Clase III Molar: La cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente, ocluye por distal del surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente^{10,11}. Fig.(15)¹⁰.

Figura 15.- Clase III Molar



Fuente: Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca.Madrid.2002.

4.1.d. AUTOPERCEPCIÓN.

Es la manera como la persona se observa a sí misma, una actitud que todo ser humano tiene, por ejemplo: conceptos, actitudes, deseos, expectativas, conocimiento sobre sí mismo; todo cuanto ocurre en nuestro mundo interior y también parte de la realidad externa que influye en nuestra autonomía interna¹².

4.1.e. NECESIDAD DE TRATAMIENTO.

Para la conservación y desarrollo de cada individuo, la necesidad de tratamiento es una condición indispensable, en este caso hablaremos principalmente de la autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóncico, ya sea por diferentes factores como: maloclusiones dentales, anomalías faciales, trastornos témporo mandibulares (ATM); y dentro de estos factores nos centraremos en las maloclusiones dentales, las cuales pueden dificultar la deglución y fonación, mayor predisposición a los problemas periodontales, incorrecta higiene bucal y presencia de caries dental^{12,13,14}.

4.1.e.1. Aspectos Estéticos y Psicosociales.

Según Hasse Brauk, la sonrisa es el segundo rasgo facial que las personas aprecian después de los ojos, en la cual la apariencia facial del individuo influye considerablemente en diferentes aspectos de la vida personal, profesional y social^{12,16}.

En este aspecto la ortodoncia se dedica a proporcionar bienestar emocional y físico, con los respectivos tratamientos ortodóncicos con el fin de mejorar la salud física y mental del paciente^{15,16,17,18}.

4.1.e.2. Psicología Social de la Apariencia Facial.

Su estudio se basa principalmente en la apariencia facial, como por ejemplo, relacionando las distintas interacciones que existe entre padres-niños, maestros-estudiantes, etc.; la cual influirá notablemente en el desenvolvimiento dentro de la sociedad.

Muchos médicos han dado sus criterios respecto a la apariencia dentofacial, siendo ésta mejorada por el tratamiento ortodóncico, aumentando la autoestima del paciente; sin embargo, Graber^{17,18}, nos manifiesta que cuando la autoestima del paciente es baja antes del tratamiento, tienen mayor impacto que, cuando la autoestima ya era alta antes de comenzar el tratamiento; también nos indica que existe una diferencia significativa estética entre hombres y mujeres, una buena estética influye mucho más en la autoestima de una mujer que en la de un hombre^{15,16,17,18}.

4.1.f. ÍNDICE DE DESCRIPCIÓN DE IONT.

Brook y Shaw, desarrollaron en 1989, en el Reino Unido, el Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóncico (Index of Orthodontic Treatment Need: IOTN), o Componente de Salud Dental, (DSC)¹⁸.

El componente de salud dental del IONT, es una modificación del índice utilizado por el sistema de salud pública de Suecia y descrito por Linder-Arensen en el año de 1974. Este índice emplea una escala que clasifica a los pacientes dentro de 4 posibles categorías, según la necesidad de tratamiento ortodóncico: nulo, leve, moderado y gran necesidad de tratamiento^{17,19,20,21,22}.

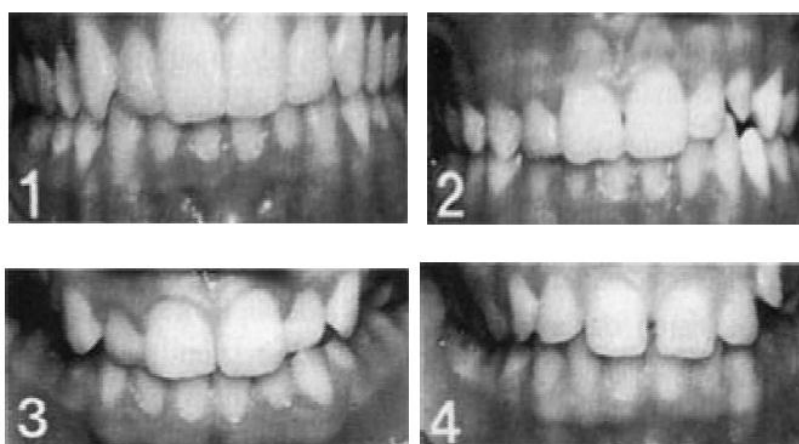
“El Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóncico (INTO) con sus dos componentes, el Componente de Salud Dental (CSD) y el Componente Estético (CE)¹³”:

a). Desarrollo del Componente de Salud Dental. Sirve de referencia para incluirlo dentro de un grado u otro, es decir, las 4 categorías del componente de salud dental se consideran prioritarias a la hora de determinar la necesidad de tratamiento ortodóncico^{17,19,20,21,22}.

b). Componente Estético. Determinada por una sucesión de fotografías intrafrontales, dichas fotografías contiene anomalías dentales y estéticas aceptables.

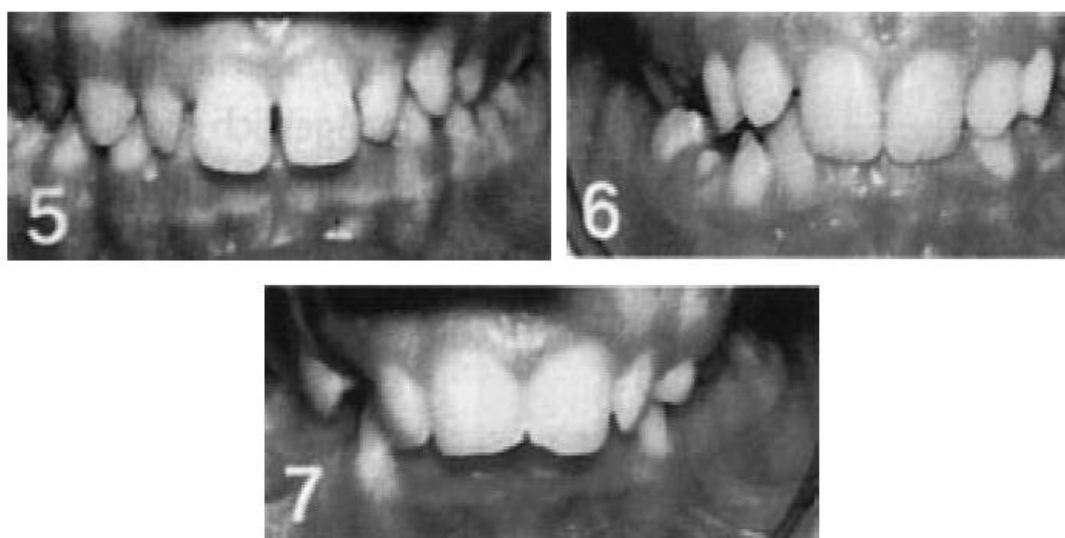
Las 10 fotografías intrafrontales que corresponden a 10 posibles grados o niveles de estética dental, con una puntuación del 1 al 10, nos ayudaría a determinar el grado de necesidad de tratamiento ortodóncico^{19,20,21,22}. Fig. (16, 17, 18).

Figura 16. Tratamiento grado 1- 4 = Poco o nada necesario.



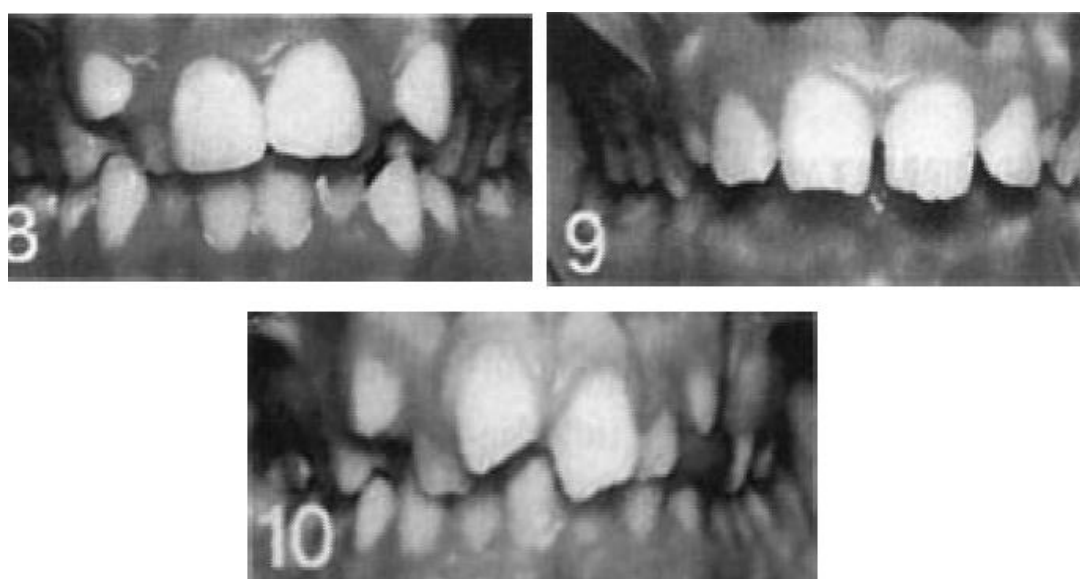
Fuente: Brook, P. y SHAW W. The development of an index of orthodontic treatment priority, Revista . European Journal of Ortodontics, año, 1989 Volumen 11 N.3. Páginas 309-320.

Figura 18. Tratamiento grado 5 - 7 = Moderado o límite requerido



Fuente: Brook, P. y SHAW W. The development of an index of orthodontic treatment priority, Revista . European Journal of Ortodontics, año, 1989 Volumen 11 N.3. Páginas 309-320.

Figura 17. Tratamiento grado 8 – 10 = Tratamiento requerido necesariamente.



Fuente: Brook, P. y SHAW W. The development of an index of orthodontic treatment priority, Revista . European Journal of Ortodontics, año, 1989 Volumen 11 N.3. Páginas 309-320.

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

- **Obra: Artículo de revista:** de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal, facultad de odontología. universidad tecnológica de México.

Autor: Carolina Herrero Correa.

Resultados: El crecimiento y desarrollo de los maxilares y por ende la oclusión, pueden verse alterados por múltiples factores que determinan la aparición de anomalías dentomaxilares (ADM). Entre estos encontramos la predisposición genética y los factores ambientales (como son los malos hábitos y las alteraciones en las funciones del sistema estomatognático (SE). El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y correlaciones existentes entre ADM, malos hábitos orales y alteraciones fonoarticulatorias en los niños de la población endogámica de Juan Fernández; además de la búsqueda de marcadores morfológicos dentarios, para su utilización como herramienta de caracterización poblacional. Para esto se estudiaron 128 niños preescolares y escolares entre 3 y 15 años, residentes en el archipiélago.

Los resultados mostraron una alta frecuencia del tubérculo de Carabelli (61,7%), dando cuenta de origen europeo de la población.

La prevalencia de anomalías intra e intermaxilares alcanzó un 62,5% y 53,9% respectivamente; similar a lo encontrado en poblaciones no endogámicas. Las alteraciones funcionales en la respiración y/o deglución se relacionaron con mayor frecuencia de ADM. En cambio, malos hábitos de succión e interposición practicados en forma intermitente, no presentaron esta asociación. Además, 85 niños con anomalías intermaxilares, especialmente aquellos con mordida abierta o compresión con mordida cruzada, presentaron con mayor frecuencia alteraciones fonoarticulatorias.

En conclusión, la persistencia de malos hábitos, especialmente aquellos que involucran alteraciones en las funciones del SE, contribuyen a la génesis de ADM que condicionan alteraciones fonoarticulatorias en los niños que las presentan. El aislamiento geográfico, la disminución de la variabilidad genética y la relativa alta consanguinidad, por lo contrario, no fueron determinantes en el desarrollo de anomalías².

- **Obra: Artículo de revista:** Necesidad de tratamiento ortodóntico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 a 13 años, lima, Perú 2011
AUTOR: GUZMÁN M, CATALINA C, ECHEVERRI N, RAMIREZ A, BOTERO P, ZAPATA M.

Resultados: Realizó este estudio para determinar el porcentaje de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de escuelas públicas del municipio de Envigado, Antioquia (Colombia). Empleando el Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico con sus dos componentes: Componente de Salud Dental (CSD) y Componente de Estético (CE). De una población total de 8279 entre los 9 y 14 años de edad, se obtuvo una muestra de 384 escolares. Las variables cualitativas se evaluaron por medio del índice kappa de Cohen y las variables cuantitativas mediante el Coeficiente de Pearson. El INTO con sus componentes de salud (CSD) y componentes estéticos (CE) fueron calculado por examen directo por dos examinadores previamente calibrados. Según el CSD el 73.69% presentó necesidad definitiva y según el CE el 79.4% no presentó necesidad de tratamiento. Se encontró diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el componente de salud dental¹⁰.

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

Autor: Liliana Katherine Vélez Franco.

Resultados: En la actualidad el apiñamiento dental está afectando con frecuencia a la población y aumenta cada día más, sobretodo en infantes y generalmente se localiza en el sector antero inferior. La presencia de esta problemática condujo a la realización de esta investigación, la misma que es un estudio descriptivo para establecer cómo la pérdida de longitud de arco se relaciona con apiñamiento dental en niños(as) de 6 a 9 años en la Escuela Miguel de Cervantes Saavedra. Es de suma importancia concientizar a los padres sobre la importancia de la higiene bucal, las consecuencias de las caries o la extracción de un diente temporario de manera prematura, así como la permanencia de un diente en boca que puede ocasionar que el diente sucesor busque otra vía de erupción provocando el apiñamiento dental. Se tomó como población a los niños de 6 a 9 años, obteniendo un universo de 40 escolares, la muestra fue del 25%, lo cual corresponde a 10 niños.

Para este trabajo de titulación se realizó un bosquejo con los modelos de estudio tomados de cada niño(a) y se hizo la medición respectiva de longitud de arco.

El análisis demuestra que la edad con mayor frecuencia de pérdida de longitud de arco es a los 9 años tanto en niños como en las niñas, teniendo así las niñas la mayor incidencia de pérdida de longitud de arco con un 60%, mientras que en los niños la incidencia fue de un 40%.

En este trabajo investigativo utilizó el método descriptivo para determinar el grado de incidencia de la enfermedad en una población y tiempo determinado¹¹.

- **Obra: Artículo de revista:** Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares del nivel de secundaria de la i.e. nº 154 “Carlos noriega Jiménez”.

Autor: **Katherine Pardo Villar.**

Resultados.. Realizó un estudio de índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares del nivel de secundaria de la I.E. Nº 154 “Carlos Noriega Jiménez” en Lima - Perú 2012 en la cual se obtuvieron datos como la necesidad definitiva de tratamiento ortodóncico según el CSD fue de 73.33% en escolares del nivel de secundaria de la I.E. Nº154 “Carlos Noriega Jiménez” en el año 2012. La necesidad definitiva de tratamiento ortodóncico según el CE fue de 2.4% en escolares del nivel de secundaria de la I.E. Nº154 “Carlos Noriega Jiménez” en el año 2012. No existe concordancia entre el CSD y el CE por presentar un valor de Kappa de 10,80%. Los niveles de necesidad del CSD según sexo y edad presentaron diferencias significativas $p=0,04$ y $p=0,01$ respectivamente. Los niveles de necesidad del CE según sexo presentó diferencia significativa $p=0,05$, según la edad no presentaron diferencia significativa $p=0,22$.¹³.

- **Obra: Artículo de revista:** Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares del nivel de secundaria de la i.e. nº 154 “Carlos noriega Jiménez” en lima - Perú 2011

AUTOR. MANCCINI L. LIMA, PERÚ 2011

Resultados: Realizo su estudio basándose en el IONT en la cual sus objetivos fueron necesidad de tratamiento ortodóncico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares de 12 a 13 años. 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 ortodóncico 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 1mm, 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 determinaron la necesidad de tratamiento ortodóncico según el IOTN, y la prueba de Fisher mostró que no existe relación significativa entre el género y la necesidad de tratamiento ortodóncico según el IOTN en los escolares de 12 a 13 años.¹⁴.

- **Obra: Artículo de revista:** Orthodontic treatment need in spanish school children: an epidemiological study using the index of orthodontic treatment need.

Autor: Manzanera D y cols.

Resultados: Realizó un estudio para determinar la prevalencia de la maloclusión y la necesidad de tratamiento ortodóncico relacionando la edad y el género en escolares de 12 a 16 años de edad de una escuela de España. Haciendo uso del Índice de Necesidad de Tratamiento ortodóncico (INTO) con sus dos componentes: Componente de Salud Dental (CSD) y el Componente Estético (CE). La población tomada para el estudio fue de 655 estudiantes, los resultados fueron analizados considerando el género con la prueba de Chi-cuadrado. Los resultados demostraron que la necesidad definitiva de tratamiento ortodóncico según el CSD fue de 21.8% en escolares de 12 años de edad y 17.1% en escolares de 15-16 años. El resultado del CE fue de 4.4% y 12.4% respectivamente. Considerando ambos componentes juntos el 23.5% de la población de 12 años y 18.5% de la población de 15 - 16 años presentó una necesidad definitiva de tratamiento ortodóncico. No se encontraron diferencias en el género. Este estudio demuestra resultados similares a otros estudios realizados previamente en España, siendo el rango general que por cada de 5 ó 6 niños uno necesita de tratamiento ortodóncico²³.

- **Obra: Artículo de revista:** Comparación de la necesidad sentida de tratamiento ortodóncico a través de tres escalas en un grupo de estudiantes universitarios limeños.

Autor: Flores-Mir C.

Resultados: Realizó un estudio en una muestra de 329 estudiantes universitarios para evaluar la necesidad de tratamiento ortodóncico por medio del Índice de Necesidad de Tratamiento ortodóncico (INTO) que presenta dos componentes, un componente de salud dental (CSD) y un componente estético (CE). A la evaluación del componente estético se le añadió la Escala de Impacto subjetivo de Estética Oral (EISEO) y una Escala Visual Analógica (EVA). Mediante el uso de cuestionarios y evaluaciones clínicas se obtuvo tanto la necesidad de tratamiento ortodóncico determinada por el profesional (CSD del INTO) como la percibida por los sujetos evaluados (CE del INTO, EISEO y EVA). Según el CSD el 28% presentó necesidad definitiva, 33% necesidad moderada y 39% sin necesidad y según el CE el 2% presentó necesidad definitiva 11% necesidad moderada y 87% no presentó necesidad. Las pruebas estadísticas que utilizaron fueron la correlación de Spearman y las pruebas de Wilcoxon y la U de Mann-Whitney, encontrando baja correlación entre el CSD contra el CE, la EISEO y la EVA. Entre las escalas que evalúan la necesidad percibida (CE, EISEO y EVA) encontraron una mejor correlación. Una diferencia estadística altamente significativa se encontró entre todas las escalas. En conclusión, existen claras discrepancias entre la necesidad de tratamiento ortodóncico determinada por el profesional contra las necesidades percibidas por los sujetos evaluados²⁴.

- **Obra: Artículo de revista:** Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico (iotn) en escolares de 10 a 12 años

Autor: Luis Manuel Manccini Guzmán.

Resultados: El presente estudio fue realizado para determinar la necesidad de tratamiento ortodóncico 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. Se utilizó el Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóncico (IOTN) para determinar la necesidad de tratamiento.

Fueron evaluados setenta y nueve estudiantes (25 mujeres y 54 varones) que no recibieron tratamiento ortodóncico previo. No se usaron radiografías, modelos, ni historias clínicas previas de los niños, el IOTN fue calculado directamente del examen clínico.

Los datos cualitativos fueron analizados usando la prueba de chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher para determinar diferencias significativas entre la necesidad de tratamiento ortodóncico y el género. Según el componente de salud dental (DHC), el 6,3% de los niños presentaron gran necesidad de tratamiento, el 24,1% tratamiento necesario, 21,5% necesidad moderada, 29,1% ligera necesidad de tratamiento; y 19% sin necesidad.

En el componente estético se halló que el 88,6% no tenía necesidad de tratamiento ortodóncico, el 7,6% tenía necesidad media, y sólo el 3,8% presentaba gran necesidad de tratamiento.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el género y el Componente Estético del IOTN ($P=0,031$), siendo las niñas las que presentaron mayor necesidad. También se encontró asociación significativa entre el género y el Componente de Salud

Dental; sin embargo no se encontró relación significativa entre la necesidad de tratamiento ortodóncico según el IOTN y el género²⁵.

- **Obra: Artículo de revista:** Comparación de la necesidad sentida de tratamiento ortodóncico a través de tres escalas en un grupo de estudiantes universitarios limeños. **Autor: Cardoso C y cols.**

Resultados: Evaluaron la validez y la reproducibilidad de dos índices oclusales para estudios epidemiológicos, los índices usados fueron el Índice de Estética Dental (DAI) y el Componente de Salud del Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóncico (CSD-INTO) para la identificación de la necesidad de tratamiento ortodóncico. Un total de 131 modelos de estudio fueron examinados usando los dos índices, treinta días después se realizó otra evaluación usando los dos índices para medir la reproducibilidad. La duración de cada evaluación fue medida en segundos por un reloj. Los índices fueron comparados por tres expertos en ortodoncia para evaluar la validez. El tiempo usado en la evaluación del CSD-IOTN fue menor que el tiempo usado en el DAI. El CSD del INTO presentó una necesidad definitiva de 72%, un 19% de necesidad moderada y un 9% sin necesidad. El DAI determinó 61% de necesidad definitiva, 28% de necesidad moderada y 11% sin necesidad. Como resultado se obtuvo que ambos índices presentaron una buena reproducibilidad y validez²⁶.

1.2. HIPÓTESIS.

El presente trabajo de investigación pretende mostrar la relación existente entre la necesidad de tratamiento ortodóncico y la maloclusión.

CAPÍTULO II.
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1.-MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo.

Diseño de Investigación: Descriptivo

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación:

Por el ámbito: Documental

Por la técnica: Observacional

Por la temporalidad: Retrospectivo.

2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio fue de “140” fichas epidemiológicas de la Parroquia El Sagrario 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 tendrán en cuenta los siguientes criterios de selección

2.1.1.-Criterios de inclusión:

Se incluirán en el presente estudio, las fichas epidemiológicas de estudiantes matriculados a los centros educativos, El Sagrario Cuenca, que tengan 12 años de edad cumplidos o que vayan 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.

2.1.2.-Criterios de exclusión:

Se excluirán del estudio las fichas que tengan incoherencias entre los diferentes índices y que no se entiendan los datos.

Esta cantidad de fichas proviene de una población de 651 escolares matriculados en la parroquia, para lo cual se aplicó la fórmula de muestreo, logrando un total de 242, se detalla el cálculo a continuación:

Tamaño de la muestra:

Se estratificaron proporcionalmente las 140 muestras de acuerdo a la proporción de escolares que tuvo cada centro educativo.

3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Prevalencia de maloclusiones	Mal alineamiento de los dientes o la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.	Alteración en las arcadas dentarias cuando están en oclusión.	Presente Ausente	Cuantitativa	Nominal
Sexo	Características genóticas de la persona	Características externas que diferencian al varón de la mujer	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóncico	El autoconcepto cumple una función central ya que determina el desarrollo de la personalidad del cual depende en gran medida la satisfacción personal y sentirse bien consigo mismo.	Se determina por como la persona se autopercibe a sí misma.	Grado 1-4 sin necesidad. Grado 5-7 necesidad moderada. Grado 8-10 necesidad definitiva.	Cualitativa	Ordinal.

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

4.1.- Instrumentos documentales:

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

4.2.- Instrumentos mecánicos.

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

4.3.- Materiales

Para este estudio se utilizaron materiales de escritorio.

4.4.- Recursos.

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales (UCACUE, ZONAL 6 de Educación), recursos humanos (Examinadores y Tutores) y recursos financieros (autofinanciados).

5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.-Ubicación Espacial.

La Parroquia de El Sagrario 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 Agosto y Septiembre 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 de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las fichas de la El Sagrario las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPIINFO versión 7.2, las cuales reflejan información epidemiológica que fue registrada con las siguientes características:

El Estudio de relación de autopercepción de índice de necesidad de tratamiento ortodóncico con la prevalencia de maloclusiones buscó describir Cuantitativa el problema en personas 12 años de edad, utilizando el índice IONT y el diagnóstico presuntivo marcado en la ficha mencionada.

5.3.1.-Método de Examen.

Se asistió a las escuelas que participaban en el estudio dando conocimiento al director, padres de familia y alumnos de cada unidad educativa y constando con un consentimiento y asentimiento informado se procedió a la toma de datos recolectando hallazgos y registrando en la ficha.

Para la toma de datos de la autopercepción del índice de necesidad de tratamiento ortodóncico, el examinador proporcionó al estudiante fotografías enumeradas en una escala del 1 al 10 que pertenecen al componente estético del IONT el cual era observado y se le pedía al estudiante que eligiera cuál de esas imágenes consideraba que se asemejaba a su apariencia dental, sin que influya la opinión del examinador.

Para determinar la prevalencia de maloclusiones se basó en la exploración clínica tanto intra y extra oral, se estableció el tipo de oclusión en base a la clasificación de Angle tomando en cuenta la clase molar y canina, se observó también las discrepancias dentales como son: mordida abierta anterior o posterior, mordida cruzada, overjet, overbite, desviación de la línea media, mordida borde a borde.

Se pidió al escolar que cerrara la boca y mordiera como habitualmente lo hace para determinar el tipo de mordida, desde una vista oclusal tanto superior como inferior se observó si existía o no apiñamiento⁴.

Para determinar el valor de overbite se marcó con lápiz la cara labial de los incisivos inferiores hasta el borde donde llegaba el borde incisal de los incisivos superiores cuando el paciente ocluía; posteriormente se midió desde el borde incisal de los incisivos

superiores hasta la cara labial de los incisivos inferiores, determinando así el valor de overjet.

Para determinar la presencia de mordida abierta se observó la separación de los dientes en el sector anterior de uno o más dientes; y para determinar la presencia de mordida cruzada posterior se basó en la alteración del concepto de una oclusión normal que explica que las cúspides de trabajo de dientes superiores son las palatinas y de los inferiores son las vestibulares y al ocurrir lo contrario ya no actúan las cúspides de trabajo si no las de balance entonces se dice que hay presencia de mordida cruzada posterior.

La desviación de la línea media se estableció partiendo del parámetro normal cuando la línea media dental superior coincide con la línea media dental inferior en los casos donde no coincide ambas líneas se marcó como línea media desviada.

De acuerdo a todos los parámetros establecidos y valorando la presencia o ausencia de alteraciones se estableció el diagnóstico presuntivo en clase I, clase II división I, clase II división II, clase III, y dicho resultado va establecer la prevalencia de maloclusiones.

5.3.2.-Criterios de registro de hallazgos.

Cuando se realiza el examen, utilizando las 10 fotografías estándares para evaluar la autopercepción de tratamiento ortodóncico como se observa en la fig1, los datos se consignan en las casillas correspondientes, anotando el código correspondiente que representa el criterio de clasificación o denominación del hallazgo clínico, según los respectivos códigos que se detallan en el cuadro.

Nombre: Edad: 12 años

SELF REPORT MALOCLUSIONES (IONT), solo 12 años

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



Figura 1: Tabla de Evaluación del IONT. Fuente: Tomado de Bellot C. (5) Valencia – España, 2011

Figura 2: SelfReport 12 años. Fuente: tomada de ficha epidemiológica de Cuenca 2016.

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

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

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{número de enfermos}}{\text{número de examinados}}$$

Luego se realizará el mismo cálculo, pero agrupando por sexo.

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio no implica conflictos bioéticos, debido a que se ejecuta sobre datos ya tomados en pacientes del macro proyecto de investigación MAPA 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. Adicionalmente al terminar su examen bucal, el estudiante recibió su diagnóstico final.

CAPÍTULO III.

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

1.- RESULTADOS

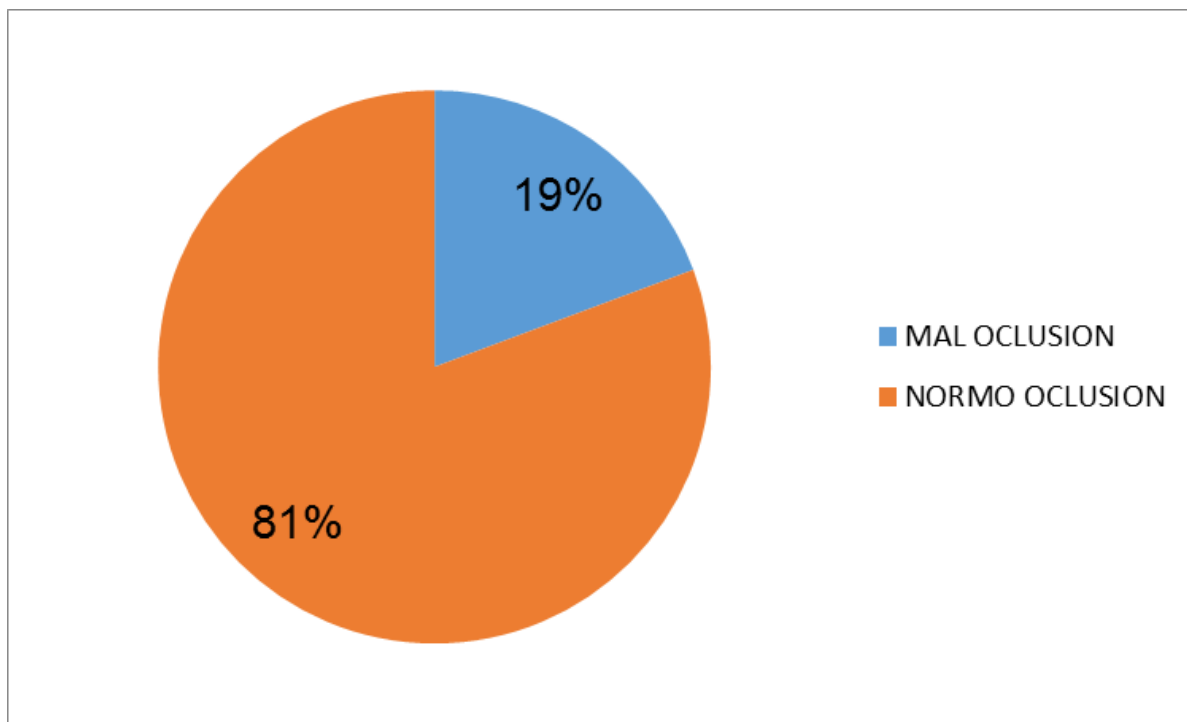
Tabla 1. Distribución de la muestra.

SEXO	N	%
FEMENINO	66	47
MASCULINO	74	53
TOTAL	140	100

Interpretación: en esta tabla nos indica el análisis del número de pacientes encuestados sobre la prevalencia de la necesidad de tratamiento ortodóncico en pacientes de 12 años de edad en la Parroquia El sagrario Cuenca, en la cual nos demuestra un número superior de población del sexo masculino en comparación al sexo femenino.

GRÁFICO 1.

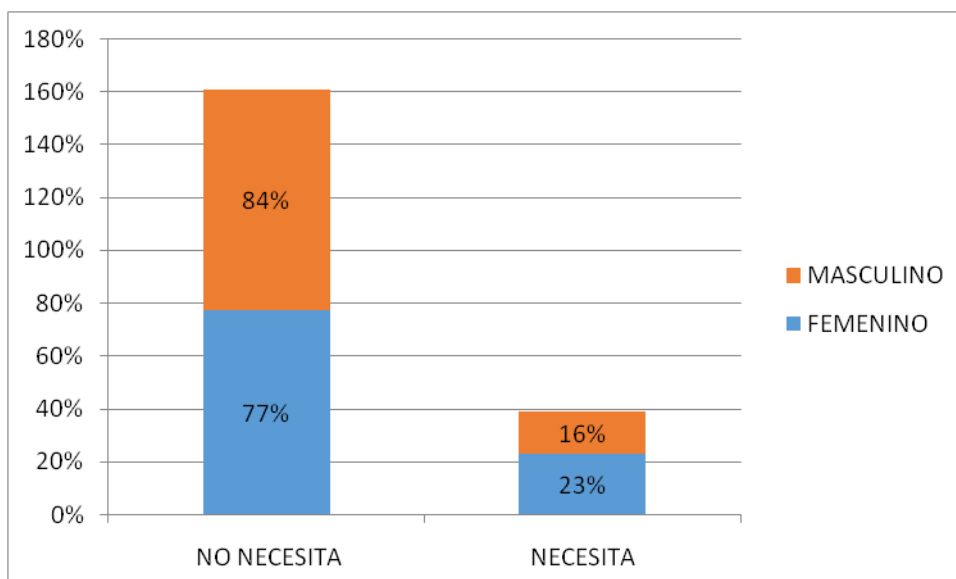
FRECUENCIA DE NORMO Y MALOCCLUSIÓN EN LA PARROQUIA EL SAGRARIO.



Interpretación: En el presente gráfico indica que el mayor porcentaje tiene la Normo Oclusión y un mínimo porcentaje al Mal Oclusión.

GRÁFICO 2.

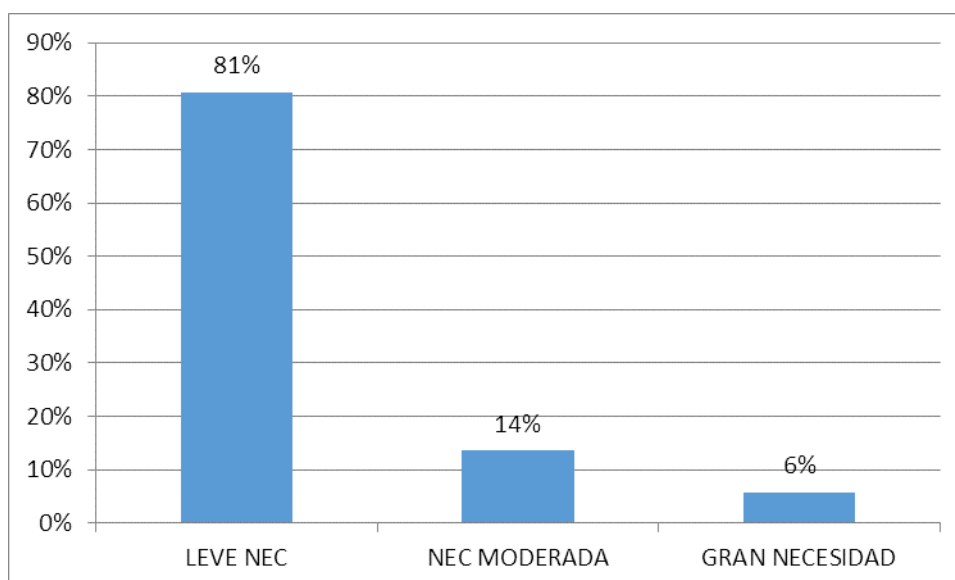
PORCENTAJE DE PREVALENCIA DE LA NECESIDAD DEL TRATAMIENTO SEGÚN EL SEXO.



Interpretación: El presente gráfico nos indica que en la prevalencia de la necesidad del tratamiento Ortodóncico, el sexo femenino presenta un porcentaje mayor que a la del sexo masculino

GRÁFICO 3.

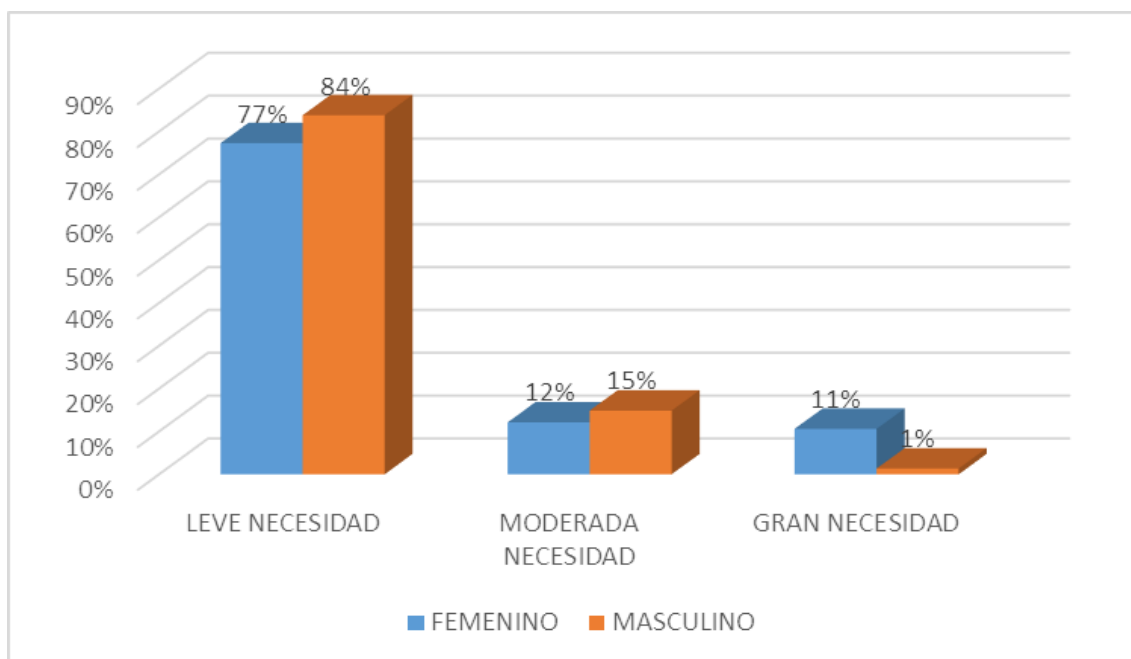
PORCENTAJE DEL GRADO DE SEVERIDAD DEL TRATAMIENTO ORTODÓNCICO SEGÚN LA AUTOPERCEPCIÓN.



Interpretación: El sexo femenino presenta un porcentaje mayor de escolares que no necesitan un tratamiento Ortodóncico respecto al sexo masculino

GRÁFICO 4.

PORCENTAJE DEL GRADO DE SEVERIDAD DE MALOCLUSIONES SEGÚN EL SEXO.



Interpretación: Este gráfico nos indica el porcentaje de grado de severidad, según el sexo siendo, De gran necesidad con mayor porcentaje en mujeres que en los hombres.

De moderada severidad los porcentajes son similares, Al igual que leve necesidad que es donde se encuentra con mayor porcentaje tanto por el sexo femenino y el sexo masculino, siendo un poco mayor de leve necesidad en el sexo masculino que en el femenino.

Tabla N° 2. Relación entre necesidad y maloclusión.

	ENFERMOS		SANO	
	n	%	n	%
No necesita	0	0	113	81
Necesita	27	19	0	0
Total	27	19	140	100

Interpretación: En esta tabla podemos observar que existe un alto porcentaje de pacientes sanos en comparación a los pacientes enfermos, por ende será el mínimo los pacientes enfermos, que si necesitan tratamiento ortodóncico.

2. DISCUSIÓN.

Sobre el tamaño de la muestra datos obtenidos del programa EPI INFO VER 7.2, de una población de 140 pacientes de la parroquia El Sagrario del Cantón Cuenca, encontramos 66 pacientes del sexo femenino, corresponde un 47%, 74 pacientes del sexo masculino, correspondiendo un 53% de un total de la población de 140 (100%) de pacientes, similares porcentaje de los estudios realizados por, Mancchini L¹⁴, Lima, Perú 2011, en una población de 79 pacientes en la cuales 54 (68.35%) corresponde al sexo masculino, 25 (31.64%) corresponde al sexo femenino en donde existe un alto número de paciente del sexo masculino en relación a los pacientes del sexo femenino, el presente estudio reporta que el 81% presenta normo oclusión y el 19 % maloclusión, de la misma manera estudios realizados por, SOSA J. ⁶, “maloclusión (clasificación según Angle) en alumnos de segundo y tercer semestre de la facultad de odontología de la universidad central del ecuador. Quito – Ecuador. marzo-julio. 2012” de una población de 53 pacientes, encontramos que un 40 (75.47%) con normo oclusión, y 13 (24.52%) presentan un normo oclusión, estudios realizados por Guzmán M.²⁰, con una población de 79 pacientes determino que 38 (48.10%) pacientes presentan un normo oclusión, y 41 (51.89%) presenta una maloclusión, no coincidiendo así con los resultados de este estudio.

Estudios realizados sobre el porcentaje de prevalencia de la necesidad del tratamiento según el sexo, de los 140 pacientes de la parroquia el sagrario del cantón cuenca, demuestra que el 84% sexo masculino, 77% sexo femenino no necesita tratamiento, y 23% del sexo femenino, 16% sexo masculino presentan necesidad de tratamiento, estudios realizados por Guzmán M. ²⁰, en los 79 pacientes estudiados, 54 (92.59%) sexo masculino, 25 (80%) sexo femenino, no necesitan tratamiento, y 4 (7.40%) sexo masculino y 5(20%) sexo femenino presentan necesidad de tratamiento, de la misma manera estudios realizados por Villar k.¹³, de los 2010 pacientes 105 pertenecen al sexo masculino y 105 al sexo femenino, en las cuales 6 (5.71%) sexo masculino, 9 (8.57%) no necesitan tratamiento, y 99 (94.28%) sexo masculino y 96 (91.42%) sexo femenino presentan una necesidad de tratamiento, existiendo una diferencia de los estudios realizados.

Porcentaje del grado de severidad del tratamiento ortodóncico según la autopercepción, descrito en el Componente de la Salud Dental (CSD), de los 140 pacientes encuestados en diferentes unidades educativas en la Parroquia El Sagrario del Cantón Cuenca, existe un 80% de pacientes que presentan una leve necesidad o que no necesitan tratamiento

ortodóncico, seguido de un 14% que están en un rango de necesidad moderada y un 6% que están en niveles de gran necesidad, coincidiendo con el estudio descrito por Villar K¹³, en donde los niveles de mayor a menor son casi iguales, estudios realizados por Manccini L¹². Sobre la necesidad de tratamiento ortodóncico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares de 12 a 13 años” de los 79 paciente encuestados el, 88.6% presenta leve necesidad de tratamiento, 7.6% necesidad moderado y 3.8% presenta gran necesidad de tratamiento, estudios realizado por Villar k.¹³, sobre el “índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares del nivel de secundaria de la i.e. n° 154 “Carlos noriega Jiménez” de los 2010 pacientes encuestados presenta resultados diferenciales en la cual el, 15 (7.14%) de los pacientes presentan una leve necesidad, 41 (19.52%) de los pacientes presentan necesidad moderada y 154 (73.33%) de los pacientes presentan una gran necesidad de tratamiento, existiendo así una diferencia muy alto al estudio realizado.

Porcentaje del grado de severidad de maloclusiones según el sexo, según los datos obtenidos sobre el porcentaje de la necesidad del tratamiento según el sexo, presenta el 77% en el sexo femenino en diferencia del 84% en el sexo masculino presenta un leve necesidad, 12% sexo femenino y el 15% en el sexo masculino presentan una necesidad moderada, 11% del sexo femenino y 1% sexo masculino presenta gran necesidad de tratamiento, existiendo así una diferencia que el género masculino presenta un porcentaje minino de necesidad de tratamiento en comparación al sexo femenino, estudios realizados por Manccini L¹², reporto que 92.6% sexo masculino, 80% sexo femenino presentan leve o nulo de necesidad de tratamiento, 7.4% sexo masculino, 8% sexo femenino presentan una moderada necesidad, 0% sexo masculino, 12% de sexo femenino que presenta gran necesidad de tratamiento, existiendo así que el sexo femenino presenta un gran necesidad de tratamiento en comparación al sexo masculino, estudios realizado por Katherine P.¹³, índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares del nivel de secundaria de la i.e. n° 154 “Carlos noriega Jiménez”, presentan una cifras significativamente muy diferentes a la necesidad de tratamiento según el sexo en donde, el 5.7% del sexo masculino, 8.6% sexo femenino presentan leve o nula necesidad, 13.3% sexo masculino, 25.7% sexo femenino presentan necesidad moderada, 81% sexo masculino, 65.7% sexo femenino presenta un alto grado de necesidad de tratamiento¹³, existiendo así una diferencia muy alto al estudio realizado.

3. CONCLUSIONES.

Al analizar independientemente los componentes del IONT de los datos obtenidos del programa EPI INFO VER 7.2, de una población de 140 pacientes de la parroquia El Sagrario del Cantón Cuenca, encontramos el 81% que no presentan la necesidad de tratamiento ortodóncico, en comparación al 19% demuestran que existe una prevalencia de necesidad de tratamiento de total del 100% de los pacientes

En cuanto a la severidad de necesidad de tratamiento ortodóncico encontramos el 81% de leve necesidad de tratamiento, seguido por el 14% de necesidad moderada, y el 6% de gran necesidad de tratamiento ortodóncico.

Existe una diferencia entre el género con el Componente Estético (CE) y el Componente de Salud Dental (CSD) en pacientes de 12 años encuestados de la Parroquia el Sagrario del Cantón Cuenca, en cuanto a la necesidad del tratamiento según el sexo, existe 84% de pacientes masculinos, contrario al 77% de pacientes de sexo femenino que no necesitan tratamiento ortodóncico, 23% corresponde al sexo femenino, y el 16%, que si necesitan tratamiento ortodóncico.

En el porcentaje del grado de severidad de maloclusiones según el sexo, el 77% sexo femenino, 84% sexo masculino presenta una leve necesidad, 12% del sexo femenino, 15% sexo masculino corresponde a una necesidad moderada, y 11% del sexo femenino, 1% sexo masculino, existiendo una diferencia significativa en cuanto a la gran necesidad de tratamiento, demostrando así que el sexo femenino tiene un menor prevalencia o leve necesidad y un alto porcentaje de gran necesidad de tratamiento en comparación al sexo masculino.

BIBLIOGRAFÍA.

- [1] Bustamante G, Jezbit V, Tito R, Daza C, Oclusión Rev. Act.clin.Med.2012; 20 2012. (internet) Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000500003&script=sci_arttext
- [2] Ugalde F, Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal, Facultad de Odontología. Universidad Tecnológica de México. Práctica Privada. Recibido para publicación: 30-07-05, (internet) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>
- [3] Carolina C, “anomalías dentomaxilares, malos hábitos orales y alteraciones fonarticulatorias en la población endogámica del archipiélago de Juan Fernández”, did tnac 01-02/01, (internet) , Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2003/herrero_c/sources/herrero_c.pdf
- [4] Arriola L, Clasificación de las maloclusiones, (internet), Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/119112986/historia-y-clasificacion-maloclusiones-luis-arriola>
- [5] Zamora. M. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela, año 2013, (internet) Disponible en: , <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art4.asp>
- [6] Sosa J. “maloclusión (Clasificación Según Angle) en Alumnos de Segundo y Tercer Semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Quito – Ecuador. marzo-julio. 2012”, (internet) Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/575/3/T-UCE-0015-42.pdf>
- [7] Ramírez M. Muñoz M, Gallegos R, Rueda V, Maloclusión clase III Salud en Tabasco, vol. 16, núm. 2-3, mayo-diciembre, 2010, pp. 944-950 Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México, (internet) , Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48720965007.pdf>

- [8] Gladys Tito E, Yujra C, Revista de Actualización Clínica Investiga Rev. Act. clin. Med v.20 la paz mayo 2012. (internet), Disponible en : http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000500003&script=sci_arttext
- [9] Liliana K, relaciones de maloclusiones, rv 2013 Texto redactado por el equipo de www.zonaortodoncia.com (1/12/2006), Trazados Cefalometricos , (internet) , Disponible en : http://www.zonaortodoncia.com/maloclusion_clas.htm
- [10] Vázquez, B, Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento , artículos publicados año 2003. (internet) , Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art8.asp>
- [11] Vélez F, “Pérdida de longitud de arco como factor etiológico en el apiñamiento dental en los niños de 6 a 9 años en la Escuela de Educación básica Miguel de Cervantes Saavedra en el periodo de Octubre del año 2013 a Enero del 2014”, Guayaquil, Julio 2014. (internet) , Disponible en : <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5340/1/VELEZliliana.pdf>.
- [12] Martínez H, Autopercepción social y atribuciones cognoscitivas en estudiantes de bajo rendimiento académico, Programa Profesional de Psicología Universidad Católica de Santa María Arequipa, Peru. (internet) , Disponible en: http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/844/1/Art_19_294.pdf.
- [13] Villar k. índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares del nivel de secundaria de la I.E. n° 154 “Carlos noriega Jiménez”, lima - Perú 2012, (internet) , Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/727/1/pardo_k.pdf
- [14] Manccini L, Necesidad de tratamiento ortodóncico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares de 12 a 13 años, facultad de odontología e.a.p. de odontología, universidad nacional mayor de san marcos , (internet) , Disponible en: Lima, Perú 2011 [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).

- [15] William R. PROFFIT, DDS, Phd. Ortodoncia contemporánea, quinta edición de la obra original en inglés. 2014. Elsevier España, S.L. (internet), Disponible en: <http://edimeinter.com/catalogo/odontologia-y-ortodoncia/ortodoncia-contemporanea-quinta-edicion-2014-william-r-proffit-novedad/>
- [16] NANDA. R. "Biomecánicas y estética: Estrategias en ortodoncia, clínica". Editorial Amolca. Connecticut-USA. 2007. (internet), Disponible en: <https://www.amazon.com/Biomec%C3%A1nicas-Est%C3%A9tica-Estrategias-Ortodoncia-cl%C3%ADnica/dp/9806574664>
- [17] GRABER, T.; VANARSDALL, R.; VIG, K. "Ortodoncia: Principios y técnicas actuales". Cuarta edición. Editorial Elsevier. 2006. (internet), Disponible en: <https://books.google.com.ec/books/about/Ortodoncia.html?id=rF19Nily0cYC>
- [18] Manccini L, Necesidad de tratamiento ortodóntico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 a 13 años, Lima, Perú 2011. (internet), 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)
- [19] Flore-Mir C. Comparación de la necesidad sentida de tratamiento ortodóntico a través de tres escalas en un grupo de estudiantes universitarios limeños. (Tesis Dr. En Est). Lima: UPCH; 2002. (internet), Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/FINAL-Kiru_11-2-v-p35-40.pdf
- [20] Guzmán M, Necesidad de tratamiento ortodóntico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 a 13 años, Lima, Perú 2011 (internet), Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/727/1/pardo_k.pdf
- [21] CAMILLERI, S. Y MULLIGAN, K. "The prevalence of malocclusion in Maltese schoolchildren as measured by the Index of Orthodontic Treatment Need". Revista: "Malta Medical Journal". Año 2007. Volumen 19. Nº 1. Páginas 19-2. (internet), Disponible en: <http://www.um.edu.mt/umms/mmj/showpdf.php?article=164>

- [22] BROOK, P. Y SHAW, W. "The development of an index of orthodontic treatment priority". Revista: "European Journal of Orthodontics". Año 1989. Volumen 11. N° 3. Páginas 309-320. Disponible en: <http://ejo.oxfordjournals.org/cgi/reprint/11/3/309?l>
- [23] Manzanera D, Montiel-Company JM, Almerich-silla JM, Gandia JL. Orthodontic treatment need in Spanish school children: an epidemiological study using the index of orthodontic treatment need. Eur J Orthod. 2009; 31; 180-3. (internet), Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19064676>
- [24] Claricel M.. Comparación de la necesidad sentida de tratamiento ortodóntico a través de tres escalas en un grupo de estudiantes universitarios limeños. (Tesis Dr. En Est). Lima: UPCH; 2002. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/FINAL-Kiru-11-2-v-p35-40.pdf
- [25] Cardoso C y Cols. (Brazil) (2011)Cardoso C, Drummand A, Loges E, Pretti H, Ferreira E, Abreu N. *The dental aesthetic and dental health components of the index of orthodontic treatment need as tools in epidemiological studies*. Int J Envirom Res Public. (internet), Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21909306>.

ANEXOS

Anexo 1. CÁLCULO DE LA MUESTRA MEDIANTE OPEN EPI

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	10887
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/- 5
Límites de confianza como % de 100(absolute +/- %)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	372
80%	162
90%	265
97%	452
99%	626
99.9%	985
99.99%	1330

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor
 Imprimir desde el navegador con ctrl-P
 o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Anexo 2:

Anexo 2.1.- 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: DD/MM/YYYY

COLEGIO:

EXAMINADOR:

Longitude:

HIGIENE ORAL (IHO-S)

PLACA BLANDA: PB 16 PB 55 PB 11 PB 51 PB 26 PB 65 PB 46 PB 85 PB 31 PB 71 PB 36 PB 75

PLACA CALCIFICADA: PC 16 PC 55 PC 11 PC 51 PC 26 PC 65 PC 46 PC 85 PC 31 PC 71 PC 36 PC 75

CARIES DENTAL (CPOD / ceod)

C18 C17 C16 C15 C14 C13 C12 C11 C21 C22 C23 C24 C25 C26 C27 C28 C48 C47 C46 C45 C44 C43 C42 C41 C31 C32 C33 C34 C35 C36 C37 C38 C55 C54 C53 C52 C51 C61 C62 C63 C64 C65 C85 C84 C83 C82 C81 C71 C72 C73 C74 C75

ENFERMEDAD PERIODONTAL (IP RUSSELL)

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

Linked Records: Exposed From Exposed To

Unlink Add Exposure View SNA Graph

[Name EXAMINADOR] [Type Text]

New Record en-US 72 CAPS NUM INS

Anexo 2.2.- FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE LA UCACUE



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

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

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Cantón de nacimiento: _____ Parroquia: _____

Fecha: ____/____/____ Colegio: _____ Examinador: _____

HIGIENE ORAL (IHO-S)

PLACA BLANDA			PLACA CALCIFICADA		
16/55	11/51	26/65	16/55	11/51	26/65
46/95	31/71	36/75	46/95	31/71	36/75
PG	PC	IHO-S	Buena	Regular	Mala

CARIES DENTAL (CPOD / ceod)

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

ENFERMEDAD PERIODONTAL (IP RUSSELL)

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

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

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

Anexo 3:

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

Institución: Universidad Católica de Cuenca.

Investigador Principal: Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

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

Propósito del Estudio

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

Procedimientos:

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

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

Riesgos:

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

Beneficios:

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

Costos e incentivos: Este estudio es totalmente gratuito.

Confidencialidad:

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

Derechos del paciente:

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


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

Padre o apoderado

Nombre del(a) ESCOLAR

Nombre:

Ci:


 Investigador: Dr. Ebingen Villavicencio
 CI: 0151549557

Realizado por Dra. Liliana Encalada Verdugo
Coordinadora de Unidades Titulación

Anexo 4.

INFORME DE SALUD BUCAL

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

Institución.....

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

El ni niño/a. presenta:

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

Encías.....
.....
.....
.....
.....

Oclusión.....
.....
.....
.....
.....

Recomendaciones de Tratamiento

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