



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Asociación Entre El Índice De Caries Y Maloclusión En Niños De 2 A 6 Años De Edad En La Parroquia El Valle Del Cantón Cuenca, Periodo 2018-2019.”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTORA: Siguencia Romero, María Fernanda

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

CUENCA-ECUADOR

2020

*Yo me gradué en los
50 años de La Cato!*

DECLARACIÓN:

Yo, **Siguencia Romero, María Fernanda** 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: Siguencia Romero, María Fernanda

C.I.: 0302492814

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE CARIES Y MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA EL VALLE DEL CANTÓN CUENCA, PERIODO 2018-2019.”**, realizado por **SIGUENCIA ROMERO, MARÍA FERNANDA**, 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 de 2020



Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador del departamento de investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE CARIES Y MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA EL VALLE DEL CANTÓN CUENCA, PERIODO 2018-2019.”, realizado por SIGUENCIA ROMERO, MARÍA FERNANDA, 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 2020.

.....

Tutor/a: González Campoverde, Lorena Alexandra, Od. Esp.

DEDICATORIA.

A Dios, por brindarme la vida, por ser mi inspirador, darme fuerzas y por guiarme a lo largo de mi vida para continuar con el proceso de cumplir mis sueños. A mis padres, quienes siempre han sido un gran ejemplo para mí, por brindarme su amor, apoyo incondicional, educación y sus consejos, gracias por confiar siempre en mí. A mis hermanos, pero sobre todo a mi hermana que siempre ha estado a mi lado apoyándome en aquellos momentos de debilidad y dificultad, en cada paso que eh dado siempre estaré eternamente agradecida. Para todos ellos hago esta dedicatoria con todo mi amor.

EPÍGRAFE.

No hay mar que no sea navegable, ni tierra que no pueda ser habitada.

Robert Thorne

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a Dios por darme la vida, por guiarme en el camino correcto, por no haberme desamparado y por permitirme disfrutar de mi familia, gracias a toda mi familia por darme su amor, comprensión y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, pero sobre todo en cada meta que me eh propuesto, gracias a la vida pues cada momento vivido ha sido maravilloso y lleno de felicidad, lo que demuestra que la vida es justa; gracias a mi familia por estar a mi lado y permitirme cumplir con el desarrollo de esta tesis. Gracias por creer siempre en mí y gracias a Dios por permitirme disfrutar de cada día de mi vida. No ha sido sencillo el camino, pero gracias al apoyo, al cariño, al amor que me han brindado y sobre todo a su inmensa bondad, eh logrado cumplir una meta más. Les agradezco inmensamente, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.

LISTA DE ABREVIATURAS

CEOD= índice para determinar la cantidad de dientes cariados, extraídos y obturados de dientes deciduos

COPD: Diente como unidad de medida.

COPS: Es la superficie del diente como unidad de medida.

ÍNDICE

RESUMEN.....	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I.....	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	15
1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.- JUSTIFICACIÓN.....	17
3.- OBJETIVOS	18
3.1.- Objetivo General	18
3.2.- Objetivos específicos:	18
4.- MARCO TEÓRICO	19
4.1.- Oclusión.....	19
4.1.1.- Normoclusión	19
4.1.2.- Oclusión Y Dentición Temporal	19
4.1.2.a.-CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN TEMPORAL Y MIXTA	19
4.1.2.b.- Plano Terminal.....	21
4.1.3.-Maloclusión.....	21
4.1.3.a.- CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES DENTALES	21
CLASIFICACIÓN DE ANGLE	21
4.1.4- Placa dental.....	23
4.1.5 Caries	23
4.1.6.- Clasificación para identificar las caries:.....	24
4.1.6.a.-CPO y CEO.....	24
Índice CPO-D	24
Índice CEO-D	24
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
5. HIPÓTESIS	30
CAPÍTULO II.....	31
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	31

1. MARCO METODOLÓGICO	32
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
4.- Instrumentos, Materiales Y Recursos Para La Recolección De Datos	35
5.3 Procedimientos de la toma de datos.	36
CAPÍTULO III.....	39
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	39
Resultados.....	40
Tabla 1: Distribución de la muestra de niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle, según la edad y el sexo	40
Tabla 2: Frecuencia de maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del cantón Cuenca	41
Tabla 3: Frecuencia de maloclusión en los tres planos del espacio en sentido anteroposterior, sentido transversal y sentido vertical según el sexo.	42
Tabla 4: Índice de caries según el sexo en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del cantón Cuenca	43
Tabla 5: Asociación entre el índice de caries y maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del Cantón Cuenca	44
2. DISCUSIÓN.....	45
3. CONCLUSIONES	47
III.- BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS.....	54

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la muestra de niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle, según la edad y el sexo	40
Tabla 2: Frecuencia de maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del cantón Cuenca	41
Tabla 3: Frecuencia de maloclusión en los tres planos del espacio en sentido anteroposterior, sentido transversal y sentido vertical según el sexo.	42
Tabla 4: Índice de caries según el sexo en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del cantón Cuenca	43
Tabla 5: Asociación entre el índice de caries y maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del Cantón Cuenca	44

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue determinar asociación entre el índice de caries y maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia el Valle del Cantón Cuenca, periodo 2018-2019.

MATERIALES Y MÉTODOS: El presente estudio fue de carácter exploratorio, observacional, transeccional. La metodología aplicada fue la observación de niños de 2 a 6 años y la operacionalización. El tamaño de la muestra fue 148, en donde 78 eran niños y los 70 eran niñas.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos fueron que existe asociación entre la maloclusión e índice de caries con un 56.1% de prevalencia, según la prueba estadística de Pearson cuyo valor es 0,003 y el Odds Ratio fue Positivo. La prevalencia de maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad fue de 49.3% y el índice Ceod de la población con una prevalencia de 36.6%.

CONCLUSIÓN: La prevalencia entre la maloclusión e índice de caries es del 56.1%.

PALABRAS CLAVE: maloclusión, anomalías dentales, índice de caries.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this research was to determine the association between the caries index and malocclusion in children aged 2 to 6 years in the parish of El Valle del Cantón Cuenca, period 2018-2019.

MATERIALS AND METHODS: The present study was exploratory, observational, and transectional. The applied methodology was the observation of children from 2 to 6 years old and the operationalization. The sample size was 148, where 78 were children and 70 were children.

RESULTS: The results obtained were that there is an association between malocclusion and caries index with a 56.1% prevalence, according to Pearson's statistical test, whose value is 0.003 and the Odds Ratio was Positive. The prevalence of malocclusion in children from 2 to 6 years of age was 49.3% and the Ceod index of the population with a prevalence of 36.6%.

CONCLUSION: The association between malocclusion and caries index is 56.1%.

Keywords: malocclusion, dental anomalies, caries index

INTRODUCCIÓN

La maloclusión como la caries desde hace años atrás como en la actualidad continúan siendo un problema para la salud pública, según la Organización Mundial de la salud (OMS)² indica que 8 de cada diez niños a nivel escolar presentan estas patologías, la mismas que son producidos por varios factores ya sean genéticos e incluso ambientales, de igual manera menciona (OMS) que la caries ocupa el primero lugar y la maloclusión ocupa el tercer lugar entre los problemas de salud bucal. Cabe recalcar que en Latinoamérica existe mayor prevalencia de enfermedades bucodentales, ya sea por familias de bajos recursos, por predisposición genética e incluso por una deficiente higiene oral.¹

La caries dental, es una patología multifactorial, la misma que se presenta con mayor frecuencia en la población infantil, por ende existe un alto porcentaje de la población a nivel mundial con problemas de caires dental, siendo una de la patologías más frecuentes sobre todo en niños cuyos padres son de bajos recursos, niños con una alimentación alta en carbohidratos (almidones y azucares), la falta de conocimiento sobre técnicas de cepillado y prevención dental.²

Es por tal situación, que para el desarrollo de esta investigación se establece como objetivo determinar la asociación entre el índice de caries y maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del cantón Cuenca; periodo 2018- 2019, cuya finalidad es ofrecer un análisis minucioso, el mismo que puede generar interés de gran índole para la fomentación de programas de prevención y al tratamiento de dichas patología, con un mayor enfoque en los niños.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La maloclusión y las caries, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) son considerados como una problemática de salud pública, puesto que pueden causar alteraciones tanto en la articulación temporomandibular, dientes y musculatura facial, como en la estética, el lenguaje e incluso en el aspecto psicológico.¹

Según la OMS, dentro de las enfermedades bucales más prevalentes se encuentran las maloclusiones. En el Ecuador no existen datos certeros sobre la prevalencia de las maloclusiones, pero como referencia debido a la similitud de la población ecuatoriana y peruana se puede tomar como referencia la prevalencia de este país, la cual es del 70%. Los principales factores de la maloclusión son por pérdida dental, caries, apiñamiento y genética, que puede presentar un niño a temprana edad, si se logra identificar estos hábitos de manera temprana, se podría prevenir alteraciones en la oclusión que pueden ocasionar anormalidades en el habla, masticación y en la deglución.²

Según el Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en escolares menores de 15 años del Ecuador, muestran que a los 6 años de edad, existe un promedio de 79.4% en el CEOD (promedio de piezas temporales cariadas, extraídas y obturadas).³

De acuerdo con la información publicada por la OMS (Organización Mundial de la Salud), se estima que aproximadamente del 60% a 90% de los escolares tienen caries dental. Los índices de CPOD (promedio de piezas definitivas cariadas, perdidas u obturadas) en Ecuador Caries a la edad de entre 2 y 7 años muestran un CPOD de 0,22. Esto define un nivel severo de acuerdo con lo establecido por la OPS/OMS.³

Teniendo en cuenta la prevalencia de dichos problemas de salud bucal el problema que se investigo fue la asociación entre el índice de caries y la maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad, esta idea de investigación surgió, ya que en la actualidad existe cierto desinterés e incluso desconocimiento sobre cuidado dental, técnicas de cepillado y sobre todo la alimentación saludable en los niños, lo que causa que existan presencia de caries, mal posición dental, pérdida dental la misma que conlleva a anomalías, mal posición y malos

hábitos, las cuales pueden ser reversibles con el tratamiento adecuado, pero si no son tratados pueden afectar a la salud en general del niño.⁴

Es por ello que la pregunta de investigación fue: ¿Cuál es la asociación entre el índice de caries y maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia el Valle del Cantón Cuenca, periodo 2018 - 2019?

2.- JUSTIFICACIÓN

El presente tema merece ser investigado, para ello se ha considerado como población de estudio a niños de 2 a 6 años de edad de la parroquia El Valle del Cantón Cuenca. A través de este trabajo se pretende determinar la asociación entre la caries y maloclusión, considerando que este constituye un problema de salud e identificando desde otro enfoque la problemática; de manera que sea posible proponer programas preventivos y de tratamiento, por lo que el documento se expresa como un aporte de relevancia científica. Adicionalmente, el estudio es de relevancia social, debido a que se orienta a un segmento específico de la población infantil de la parroquia de El Valle en el cantón Cuenca; sin embargo, figura como un tema de interés ya que podría direccionarse hacia otras zonas del país, dado que la maloclusión infantil compone una problemática latente en Ecuador; bajo esta instancia, se ha considerado pertinente el análisis de la asociación que existe entre la caries y la maloclusión. En vista de que la investigación se dirige a niños de 2 a 6 años, se dispone como un documento de relevancia humana, puesto que dicha población tiende a presentar problemas dentarios; pretendiendo así, conocer las anomalías de la oclusión y sus consecuencias a fin de promover programas informativos sobre este padecimiento, creando conciencia en los de padres sobre la importancia de la prevención odontológica a través de un tratamiento de índole preventivo e interceptivo. Además, este estudio manifiesta un nivel de originalidad, dado que, a pesar de la existencia de estudios vinculados con la temática investigativa, es necesario profundizar y analizarla exhaustivamente. Asimismo, con el propósito de afianzar la credibilidad de la investigación, se ha desarrollado la logística pertinente con las autoridades de la institución académica, así como con la dirección de la carrera de odontología; además de que se ha realizado una investigación de campo, a fin de obtener información objetiva para evitar algún tipo de sesgo en el estudio. En necesario recalcar que la investigación es de interés personal, en vista de que compone como uno de los elementos del programa académico de Odontología para la titulación.

3.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General:

Determinar la asociación entre la maloclusión e índice de caries en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del cantón Cuenca, periodo 2018-2019.

3.2.- Objetivos específicos:

Analizar la maloclusión en sentido anteroposterior, sentido transversal y sentido vertical según el sexo en niños de la parroquia El Valle del Cantón Cuenca.

Establecer mediante el Ceo-d el índice de caries según el sexo en niños la parroquia El Valle del Cantón Cuenca.

Relacionar la maloclusión con el índice de caries según el sexo en niños de la parroquia El Valle del Cantón Cuenca.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- Oclusión

Se define la normoclusión como la relación de las arcadas superior e inferior al estar en contacto; este tipo de oclusión es equilibrada ya que cumple funciones importantes como la masticación y además de preservar la integridad de la dentición para mantener la armonía estomatognática.¹

4.1.1.- Normoclusión:

Se define como una oclusión ideal con una máxima intercuspidad, es decir el mayor número de contacto de las arcadas dentarias, en donde el cóndilo está en una relación céntrica en una posición no forzada para mantener y en armonía el sistema estomatognático.¹

4.1.2.-CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN TEMPORAL Y MIXTA:

- Una de las características principales es que el niño debe tener todos los 20 dientes en boca y con una anatomía normal.^{2,3}
- Con respecto a la arcada debe tener una forma semicircular u ovoide, pues se mantiene la morfología de los rodetes gingivales del recién nacido.^{2,3}
- Existe la presencia de diastemas interdentes o espacios primates; los cuales son importantes para una oclusión favorable y para que los dientes permanentes tengan suficiente espacio para erupcionar de forma correcta.^{2,3}
- A los 3 a 5 años el eje de implantación de los incisivos está inclinados hacia vestibular en su base maxilar y en cuanto al ángulo interincisivo tiende a ser más abierto a comparación de la dentición permanente; por ende, puede existir mayor tendencia a una sobre mordida.^{2,3}

- Es normal que el eje de implantación de los incisivos esté un poco inclinado hacia vestibular al erupcionar. ²⁻⁵
- Con respecto a la arcada superior esta debe rebasar un 1 mm aproximadamente a la arcada inferior al ocluir. ²⁻⁴
- Además, el ángulo correcto de la implantación de los molares en alveolo debe ser a 90°. ^{2,3}
- La dentición de una arcada encaja en dos dientes de la otra arcada, pero esto no sucede con los incisivos centrales inferiores y también con el segundo molar superior, pues estos se articulan solo con uno. ²⁻⁴
- También hay presencia de diastemas que son espacios que les permiten que haya suficiente espacio para que puedan erupcionar de forma normal a los permanentes. ^{2,3}
- A los 5 años de edad los dientes temporales al tener menor mineralización pueden causar atrición dentaria, es decir se produce un acortamiento del tamaño vertical de las coronas de los incisivos y se produce una disminución de la sobre mordida. Y los incisivos presentan una relación borde a borde de los incisivos en su máxima intercuspidación. ⁵⁻⁷
- El plano oclusal no presenta curvas de compensación, puesto que no existen en el sentido anteroposterior curva de Spee ni en el plano transversal, curva de Wilson. ⁵
- El resalte u overjet está ligeramente aumentado. En el 60-70% de la población existe un resalte positivo aumentado relacionado probablemente con diferentes hábitos a esta edad. ⁶
- La relación oclusal de los segundos molares temporales, se define por las caras distales, que en la mayoría de los casos, están en el mismo plano vertical. Hay gran variación individual en la oclusión de estas piezas temporales. ⁷
- El canino superior ocluye por detrás de la cara distal del inferior, en clase I de Angle. ¹
- Existen espacios abiertos fisiológicos en la zona mesial de los caninos superiores y distales de los inferiores que fueron descritos por Lewis y Lehman como “espacios de primates o antropoides”, por estar presentes en estos animales. Son de vital importancia, ya que tendrán una especial importancia en el recambio de la dentición, ya que permitirán la mesialización de los dientes posteriores, cuando hagan erupción los primeros molares permanentes, facilitando el engranaje dentario instaurando la posición normal de la oclusión. ^{2,3}

4.1.2.b.- Plano Terminal

Son aquellos planos que se encuentran en forma perpendicular a las superficies distales de los segundos molares superior e inferior al estar en oclusión este en definitiva este plano es imprescindible para determinar la relación de los primeros molares permanentes.¹⁰

Al tomar como referencia a las caras distales de los segundos molares primarios, se divide en:^{9,10}

Plano terminal recto o vertical.- Se da cuando la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior ocluye en el segundo molar inferior; formando así una línea recta.¹⁰

Plano terminal con escalón mesial.- Se da cuando el plano del segundo molar inferior ocluye por delante del segundo molar superior primario; causando así que se forma el llamado escalón mesial.⁷

Plano terminal con escalón distal.- Se da cuando el plano del segundo molar inferior se ubica por detrás del segundo molar superior al ocluir; formando como consecuencia el escalón distal.¹¹

Plano terminal con escalón mesial exagerado.- Hace referencia a que la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior ocluyen por detrás del surco central del segundo molar inferior primario; como consecuencia puede ocasionar una mordida clase III a futuro como también prognatismo.¹¹

4.1.3.-Maloclusión

El termino maloclusión hace referencia al desarrollo y crecimiento de aquellos que no son patológicos resultantes de la desarmonía de la articulación temporomandibular; al no existir una armonía al momento que entran en contacto los dientes de la arcada superior e inferior, no lo hacen de manera armoniosa; causando como consecuencia alteraciones en la mordida, dificultad al masticar, problemas de fonación e incluso problemas mandibulares.¹²

4.1.3.a.- CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES DENTALES

CLASIFICACIÓN DE ANGLE

Edward Angle en 1899, fue quien hasta la actualidad es una de las más utilizadas ya que describe de forma fácil de comprender; publicando así un artículo en la que dividió la maloclusión por clases I, II y III para identificar el grado de complejidad en la que se

encontraba la patologia; el mismo que es fácil de entender y sobre todo de una manera simplificada.¹⁻⁴

Entre las cuales tenemos:

a) Clase I (Neurooclusión)

Este tipo de maloclusión es aquella que presenta una relación anteroposterior de forma armoniosa; en donde la cúspide del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primero molar inferior.¹⁴

b) Clase II

Este tipo de maloclusión se diferencia por la relación sagital anómala de los primeros molares por la relación que existe con la cúspide mesiovestibular del primer molar superior que ocluye por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior.¹⁴⁻¹⁵

Al maloclusión clases II (distoclusión) se subdivide en:

- 1) **Clase II, división 1 Angle.-** se identifica porque los incisivos superiores tienen una inclinación hacia vestibular o labio versión; generalmente este tipo de pacientes presentan un perfil facial convexo.¹⁴
- 2) **Clase II, división 2.-** se identifica cuando los incisivos superiores pueden presentarse con una ligera linguo; es decir sin resalte de los incisivos2 superiores y los laterales se encuentran están inclinados hacia labial o mesialmente; el perfil de este tipo de pacientes presenta generalmente un perfil recto y también puede ser convexo; el mismo que se presenta de forma leve.¹⁶

c) Clase III

Este tipo de maloclusión es aquella donde la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye de forma distovestibular del primer molar inferior; esta también se diferencia porque la mandíbula se encuentra adelantada también puede presentar el maxilar superior retraído; además cabe recalcar que los pacientes de este tipo de maloclusión presentan un perfil facial cóncavo o recto.¹⁸⁻²⁰

4.1.4- Placa dental

Es una película pegajosa e incolora de bacterias que se forma constantemente en los dientes y a lo largo de la línea de las encías. La placa contiene bacterias que causan caries y enfermedades de las encías. El *Streptococcus mutans*, es una de los principales causantes de las caries dental, las mismas que son provocadas por el consumo de azúcares e hidratos de carbono, estos pueden producir ácidos que atacan el esmalte dental y provocan caries.¹⁹

4.1.5 Caries

Se define como una patología multifactorial que se produce tras la erupción dental; las mismas que por causa de una combinación de factores; lo cuales pueden ser la acumulación bacteriana intraoral por ingesta de azúcares, composición de la saliva, carbohidratos e incluso por una mala higiene dental; las mismas que hacen que el tejido duro se reblandezca y cause la acumulación de placa bacteriana que con el tiempo puede formar una cavidad o caries dental.²¹

Por ende la acumulación de placa bacteriana va a ser un factor determinante que nos permite identificar la severidad de la afección; por ende la caries dental es la interacción con una superficie dental que este susceptible; además por bacterias cariogénicas como es el caso de los azúcares, carbohidratos.²¹⁻²³

Generalmente existen factores de riesgo son:

Mala higiene bucal: Al no realizarse una higiene bucal adecuada con una técnica adecuada y sobre todo después de ingerir alimentos se forma la placa y por ende las fases primarias de caries dental.²¹⁻²³

Dieta Cariogénica: Los alimentos que nos llevamos a la boca son otro factor que de alguna u otra forma pueden llevar a que se forme las caries; ya que hay alimentos que se adhieren a los dientes o se quedan entre los dientes como es el caso de dulces, bebidas azucaradas,

galletas etc. Además los alientos ácidos hacen que se cree una capa ácida continua sobre los dientes.²⁵

Flujo salival escaso: La saliva está compuesta mayor parte por agua con una 99% y el 1% esta forado por sustancias orgánicas e inorgánicas; cumpliendo así funciones importantes, pues ayuda a eliminar los alimentos y las placa que se encuentra en los dientes; es importante mencionar que existe pacientes que reciben quimioterapias las mismas que causan disminución salival por lo que aumente el riesgo de tener caries.²⁶

Déficit de flúor: El flúor es un micromineral que es producido de forma natural cuya función es proteger y remineralizar ya que tiene una acción antibacterial; por ende si hay un déficit de flúor es propenso a tener caries dental.²⁷

Anomalías del esmalte: Este tipo de anomalía se caracteriza porque se presentan a edades tempranas, las cuales pueden ser alteraciones cualitativas y cuantitativas en la matriz de los tejidos duros y además afectando la mineralización de los dientes, que como consecuencia afecta el desarrollo dental conjuntamente con la estética y a la oclusión del paciente.²⁷

Recesión gingival: Es el desplazamiento del margen gingival hacia apical en la unión cemento y esmalte; lo misma que produce una exposición de la raíz del diente, suele ocurrir a medida que pasa los años en un porcentaje del 100% en adultos mayores de 50 años y con un 8% en niños.²⁸

4.1.6.- Clasificación para identificar las caries:

4.1.6.a.-CPO y CEO:

Los índices permiten identificar de manera precisa la severidad de la caries, a través de un del examen clínico, pues de identifica el número de piezas obturadas, caries y piezas perdidas.²⁹

Índice CPO-D

Fue descrito por Klein, Palmer y Knutson, en el año de 1935. Este se utilizan en dentición permanente, con el fin de cuantificar la caries dental, la misma que se obtienen con la sumatoria de las lesiones cariosas,perdidas y obturadas, en donde incluyen obturaciones presentes como pasadas y tratamientos previamente realizados.²⁹

Índice CEO-D

Este índice fue descrito por Gruelbbel, en el año de 1944, el cual es utilizado en niños con dentición temporal, en donde se obtiene por la sumatoria de los dientes con lesiones

Cariosas, pérdida dental y dientes con tratamiento pasados u obturaciones, pero solamente en dientes temporales.³⁰⁻³²

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo con el Artículo de revista denominado sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental, Colombia, Andrea Cerón. Presento los diferentes métodos convencionales como la inspección visual y táctil y la radiografía digital y no convencional como la transiluminación y fluorescencia laser. Entre los métodos convencionales se encuentran el Sistema Internacional de Detección y Diagnóstico de Caries (ICDAS) y NYVAD (Sistema creado por el autor NYVAD), los cuales han demostrado una buena reproductibilidad y validez. La literatura reafirma estos hallazgos donde estos sistemas ayudan a la detección de lesiones cariosas en estadio precoz y la estimación de su gravedad. Aunque el sistema ICDAS en comparación con el sistema NYVAD, mejora el rendimiento en términos de sensibilidad y fiabilidad, siendo el método ideal para el diagnóstico de caries. El objetivo del presente estudio, fue comparar el sistema ICDAS con otros métodos de diagnóstico dental. Materiales y métodos: se utilizó el sistema ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) y NYVAD (Sistema creado por el autor Nyvad), se realizó una comparación de los mismos RESULTADOS: El ICDAS proporciona 43% más de información que el índice COP-D y parece ser suficiente para ser utilizado en la práctica clínica en la detección y evaluación de la profundidad de la lesión. Los métodos diagnósticos son diversos pero el sistema ICDAS ha demostrado una alta sensibilidad, reproductividad y precisión para la detección de caries desde su etapa inicial, determinando su actividad y severidad comparado con otros sistemas como el NYVAD y métodos como el radiográfico.¹

En un Artículo de revista denominado Valor social de la prevención de factores de riesgo de maloclusiones en la dentición temporal, Colombia, Dayamí López Martín, Raúl Cubero GonzálezII, Yelec Estrada Guerra. Presento las afecciones bucales, la maloclusión ocupa el tercer lugar por su prevalencia e incidencia en la población y es un factor de riesgo de enfermedades periodontales, caries y trastornos temporomandibulares; las alteraciones estéticas, funcionales y psicológicas que provoca la convierten en un problema de salud pública, en el que se reflejan aspectos sociales importantes, como la equidad, la promoción y prevención de salud, la calidad de la atención y cuestiones éticas relativas a éstos , el

valor social de la labor preventiva de los factores de riesgo de maloclusiones en la dentición temporal. Materiales y métodos: reviso bibliográfica nacional e internacional de los últimos cinco años, disponible en bases de datos de Internet, en español e inglés; se seleccionando los trabajos más actualizados y, a partir de ellos, se elaboró una síntesis estructurada del tema. Los factores de riesgo socioculturales influyen en el desarrollo de maloclusiones desde edades tempranas, por lo se debe tener en cuenta la estrecha relación entre los aspectos sociológicos, científicos y tecnológicos de la labor preventiva, de cara a identificar los factores de riesgo de la entidad desde la etapa de la dentición temporal.²

En un Artículo de revista denominado La salud oral en la dentición primaria: Estudio sobre la maloclusión y otras anomalías orales en una muestra de 441 niños de Vigo, Cuba, Dayamí López Martín, Raúl Cubero GonzálezII, Yelec Estrada Guerra. Presento las afecciones bucales, la maloclusión ocupa el tercer lugar por su prevalencia e incidencia en la población y es un factor de riesgo de enfermedades periodontales, caries y trastornos temporomandibulares; las alteraciones estéticas, funcionales y psicológicas que provoca la convierten en un problema de salud pública, en el que se reflejan aspectos sociales importantes, como la equidad, la promoción y prevención de salud, la calidad de la atención y cuestiones éticas relativas a éstos, el objetivo fue valorar la salud oral en los niños de Vigo con dentición primaria. En esta segunda parte se estudian la prevalencia de la maloclusión y otras anomalías orales. En 441 niños entre los 14 y 92 meses de edad (edad media 59,6 meses), todos ellos con dentición primaria al inicio del estudio. Dando como resultado el 90,92% de la muestra es ortognática, el 8,17% es retrognática y el 0,91 es prognática; la prevalencia de la mal oclusión es de 39,2%, siendo leve en el 21,3% moderada en el 14,5% y severa en el 3,4% de la muestra; las maloclusiones más frecuentes son los apiñamientos, las mordidas abiertas anteriores y las mordidas cruzadas. Las diversas anomalías orales afectan a un 6,57% de la muestra.³

En un Artículo de la revista denominado Presencia de maloclusiones dentarias y de algunos factores de riesgos en niños con dentición temporal, México, Marisol L. Pérez Ferrás, Carmen Martínez Rojas. Presento las maloclusiones constituyen la tercera de las enfermedades bucales como problema de salud bucal. El objetivo fue caracterizar las maloclusiones dentarias y algunos factores de riesgos en niños con dentición temporal, se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en 192 niños de 3 a 5 años de edad, con dentición temporal, de ambos sexos, de enero a diciembre de 2010, en el municipio de Holguín. Encontrando, 91 niños (47,39%), afectados por maloclusiones

dentarias, de ellos, el 5,73% tenían 3 años, el 15,10% tenían 4 años y el 26,56% tenían 5 años de edad. Los factores de riesgo: falta de espacios de crecimiento, presencia de caries dental y/o restauraciones defectuosas interproximales y las pérdidas prematuras de dientes temporales, estuvieron presentes entre el 6% y 37%, de la muestra estudiada, sin diferencias significativas entre ambos sexos.⁴

En un Artículo de la revista denominado Características de la sonrisa en niños con normoclusión , Universida de Atioque, Victoria Bernal, Óscar Zapata, Catalina González, Isabel Gomez y Esneider Suarez. Presento que al valorar la sonrisa en niños se acepta como normal una sonrisa gingival, pero no se cuenta con evidencia científica que sustente esta afirmación. El objetivo de esta investigación fue describir las características estructurales de la sonrisa posada no forzada en niños con normoclusión, en dentición decidua y mixta. Métodos: estudio transversal realizado en 122 niños entre tres y 12 años con normoclusión. A cada uno se le realizó un video clip y se le extrajo un fotograma en sonrisa posada no forzada, sobre el cual se cuantificaron y describieron las variables de la sonrisa. Se compararon estas variables por género y tipo de dentición: las cuantitativas con la prueba ANOVA de una vía y t de Student y las cualitativas con el χ^2 de Pearson. Se asumió un nivel de significancia del 0,05. Resultados: los tejidos blandos evaluados en sonrisa presentaron diferencias significativas entre las denticiones decidua y mixta inicial, y la dentición mixta silente y tardía; estas medidas fueron menores en mujeres. Hubo un predominio de sonrisa alta en dentición decidua y mixta inicial, y sonrisa media en dentición mixta silente y mixta tardía. El 89,3% de los niños presentaron arco de sonrisa coincidente. El índice de la sonrisa fue proporcional entre los estadios de dentición evaluados y entre hombres y mujeres. Conclusiones: se observó que la línea de sonrisa alta predominó en pacientes niños en dentición decidua y mixta inicial y que la exposición de encía se reduce conforme el niño crece.

En un Artículo de revista denominado Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana, Cuba, Dra. Alina Arocha Arzuaga, María Silvia Aranda Godínez, Dra. Yisel Pérez Pérez y Ana Elena Granados. Presento un estudio descriptivo y transversal de 150 escolares de 6 y 7 años de edad con maloclusiones y hábitos bucales deformantes, correspondientes al segundo grado de la Escuela Primaria “Nguyen Van Troi” de Santiago de Cuba, atendidos durante 2013, para caracterizarles según variables seleccionadas. La información primaria se obtuvo mediante el interrogatorio y el examen físico efectuado a cada paciente. Se utilizó el porcentaje como medida de

resumen para variables cualitativas. Entre los principales resultados predominaron el sexo masculino (52,0 %), las maloclusiones en este mismo sexo (59,3 %) y el uso del biberón como hábito deformante (41,1 %). Se concluye que en la mayoría de los niños, las disfunciones bucales deformantes estuvieron relacionadas con la presencia de maloclusiones dentarias.

En un Artículo de revista denominado Interferencias en niños con dentición temporal y mixta temprana, Cuba, Dra. Teresa Sánchez, Dra. Mayra Martínez, Dra. Raquel Comas y colaboradores. Presento una investigación descriptiva y de prevalencia en 80 niños de 5 - 6 años de edad, que asistieron al Círculo Infantil “Ana de Quesada” de Santiago de Cuba desde octubre de 2010 hasta septiembre de 2011, para precisar la influencia de algunos factores de riesgo en la aparición de interferencias dentarias en escolares con dentición temporal y mixta temprana. La prevalencia de interferencias dentarias fue elevada en la serie objeto de estudio, en cuyos integrantes se determinaron como factores predisponentes para la aparición de alteraciones morfológicas y funcionales de la oclusión: lactancia y dieta no adecuada, hábitos deformantes como ingerir la leche en biberón, hábito postural sobre la cara y disfunción lingual. De todo ello se infiere que la detección precoz de las interferencias oclusales permite interceptar las maloclusiones dentarias, así como prevenir anomalías dentomaxilofaciales y trastornos de la articulación temporomandibular.

En un Artículo de revista denominado Prevalencia de Caries de la Infancia temprana y factores de riesgo asociados, México, Fernando Aguilar, Claudia Duarte, Marina Rejón, Rodrigo Serrano y Alicia Pinzón. Presento estudio descriptivo y transversal en el que se incluyeron 63 niños sin distinción de género, desde los 9 hasta los 48 meses de edad (edad promedio de 26.8 meses). Se utilizó un cuestionario en el que se registraron factores de riesgo para caries. Se efectuó examinación clínica registrando la higiene oral con el índice de O'Leary y la prevalencia de caries dental mediante el índice ceo-d (para dientes temporales) propuesto por la OMS, con la modificación del componente cariado utilizando la escala de Pitts y Fyffe.

Resultados: la prevalencia de caries fue de 35%, el ceo-d promedio fue de 1.0 (\pm 1.86). La lesión de mancha blanca estuvo presente en 73% de los casos de caries. No se encontró asociación significativa entre la prevalencia de las caries y la frecuencia o calidad de la higiene oral, cariogenicidad de la dieta o el uso de fluoruros como método preventivo de caries. El análisis se realizó utilizando medidas de tendencia central y la prueba de χ^2 .

Conclusión: debido a la alta prevalencia de manchas blancas es necesaria la creación de programas preventivos que eduquen a las madres o cuidadores sobre los factores de riesgo de caries, fomentando el autocuidado como estrategia de prevención.

En un Artículo de revista denominado Caries dental en niños 0 a 5 años del Municipio de Andes, Colombia, Susana Ramírez, Gloria Escobar y Colaboradores. Evaluación mediante el sistema internacional de detección y valoración de caries – ICDAS. Presento un estudio en donde fueron examinados 623 niños y niñas para evaluar la presencia y severidad de las lesiones de caries, con base en criterios del Sistema Internacional para la detección y evaluación de caries - ICDAS. Se calcularon las proporciones de experiencia y prevalencia de caries dental, y los índices cICDAS 5-6 opd y cICDAS 1-6 opd.

Resultados: el 38,2% tenía experiencia de caries dental severa, cuando se incluyen las lesiones iniciales y moderadas de caries dental la experiencia fue 88,4%. Al año de edad, el 4,9% tenía lesiones severas de caries dental, y a los 5 años el 53,6% presentó este tipo de lesiones. El índice cICDAS 5-6 opd fue $0,15 \pm 0,8$ al año de edad y $2,79 \pm 3,6$ a los 5 años; el valor del indicador aumenta a $1,97 \pm 2,9$ y $9,61 \pm 4,6$ respectivamente, cuando se incluyen lesiones iniciales y moderadas de caries dental, cICDAS 1-6 opd. Discusión: la enfermedad está presente desde el primer año en el 58,8%, el doble de lo reportado en el país a esta edad (29,3%). Conclusión: los hallazgos resaltan la necesidad de diseñar estrategias integrales para el control de la enfermedad, que involucren la salud bucal en políticas y programas de primera infancia.

En un Artículo de revista denominado Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos, Laura Mendoza, Ricardo Ortiz, Antonio Fernandez y Colaboradores. Presento un estudio de tipo transversal en 147 niños. Previamente se calibraron las personas que participaron en el estudio, con una concordancia del 98% para los hábitos nocivos y 92% en las maloclusiones. La información epidemiológica se levantó en una sola fase que constó de dos etapas para identificar la presencia de los hábitos bucales nocivos y diagnosticar el tipo de maloclusión. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15. Resultados: La prevalencia de los hábitos bucales nocivos fue del 96.6%. El mayor número de casos se presentó a la edad de 4 y de 6 a 11 años durante la dentición mixta. Se presentó indistintamente de acuerdo con el género. El hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual: 66.2%; en segundo lugar, succión

labial: 49.3%; en tercer lugar, onicofagia: 41.9% y, por último, respiración bucal: 31.8%. En cuanto a las maloclusiones: mordida abierta, 35.1%; apiñamiento anteroinferior, 26.4%; apiñamiento anterosuperior, 19.6%, y mordida cruzada posterior, 12.8%. Se encontró asociación del hábito de interposición lingual y mordida abierta ($p < 0.000$), respiración bucal con mordida cruzada posterior ($p < 0.012$) y la clase II de Angle ($p < 0.008$). Conclusiones: La población infantil presenta mayor susceptibilidad a desarrollar maloclusiones durante el crecimiento, por lo que se deben tomar medidas preventivas durante esta etapa.

5. HIPÓTESIS

La presencia de caries dental es la causa de los distintos tipos de maloclusión

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

1.1. **Enfoque:** Cuantitativo ⁴⁷.

1.2. **Diseño de Investigación:** Caso control⁴⁷

1.3. **Nivel de investigación:** Relacional

1.4. **Tipo de Investigación:**

- **Por el ámbito:** De Campo
- **Por la técnica:** Observacional
- **Por la temporalidad:** Transversal actual

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de la parroquia El Valle de la Ciudad de Cuenca comprende de 18.692 habitantes, de los mismos 8.684 pertenecen al sexo masculino y 10.008 pertenecen al sexo femenino.

Para este estudio se evaluaron los infantes de 2 a 6 años en niños de 2 a 6 años de la parroquia El Valle del Cantón Cuenca en el Período 2018-2019. Según las estadísticas del INEC, en el censo del año 2010 se encontraron 2.372 entre los 2 y 6 años de edad, con una muestra de 148 niños entre las edades de 2 a 6 años, periodo junio 2018 a mayo 2019; que corresponde al total de 148 fichas registradas.

2.1 Criterios de selección

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

2.1.a.- Criterios de inclusión

- Todos los niños y niñas analizados mediante la ficha, que estén dentro del rango de edad (2 a 6 años)
- Pacientes de los cuales se obtuvo la autorización previa por parte de los padres o tutores legales.
- Niños y niñas que pertenezcan a la parroquia baños del Cantón cuenca.

2.1.b.-Criterios de exclusión

- Niños y niñas con tratamiento ortopédico

- Niños con síndromes, alteraciones y malformaciones que tengan el intervalo de edad estudiada.
- Niños y niñas que estén bajo tratamiento odontológico actual.

2.2 Tamaño de la muestra

Luego de haber realizado el proceso de solicitud a la Coordinación Zonal 6 del Ministerio de Educación y a la Coordinación Zonal 6 del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), se nos otorgó la autorización para levantar datos en la escuela Eloy Alfaro, el presente estudio se realizó con un tamaño de muestra de 148 niños individuos de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del Catón Cuenca.

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO	INSTRUMENTO
Índice de caries CEOD Y CPOD (independiente)Q	Sirve para evaluar la prevalencia de caries dental y las necesidades de tratamiento dental entre poblaciones.	Factores determinantes sirven para medir la severidad del alcance de las caries y pérdida dentaria por las mismas	Leve Moderado Severo	Cualitativo	Nominal	Leve Moderado Severo	Ficha odontológica
Maloclusión dental	Posición alterada de las piezas dentales, alterando su alineación, provocando que no encajen entre sí.	Clasificación de Baume para dentición temporal y clasificación de Angle para dentición mixta.	Diastemas Espacios primates Relación molar Apiñamiento	Cualitativo	Nominal	Normoclusión Maloclusión	Ficha odontológica
Edad	Tiempo de existencia del individuo desde el momento de nacer.	Tiempo que tiene el individuo desde que nació, medido en años y meses, en la actualidad.	Edad Actual	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos de 2 a 6	Ficha odontológica
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas de las personas	Características externas que diferencian al varón de la mujer.	Fenotipo	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Ficha odontológica

4.- Instrumentos, Materiales Y Recursos Para La Recolección De Datos

4.1.- Instrumentos documentales:

- Para la toma de datos se utilizó la ficha del proyecto de alteraciones biológicas y psicológicas en niños de 0 a 6 años en las parroquia rurales del Cantón Cuenca 2018, la cual fue validada por pares, la ficha consta de cuatro partes: datos personales del paciente, higiene oral, tipo de dieta, evaluación clínica (examen extra oral, evaluación Intraoral, anomalías dentofaciales, índice de higiene oral simplificado, odontograma.), de esta manera se registraron los datos para posteriormente tabularlos.
- Fichas socioeconómicas (INEC)
- Programa (Microsoft Excel 2013)
- Programa (SPSS versión 25)

4.2.-Instrumentos mecánicos.

Se utilizó una computadora de escritorio para crear una base de los datos y posteriormente tabularlo.

4.3.- Materiales

- Baja lenguas
- Calibrador
- Guantes de látex
- Materiales de escritorio
- Regla milimetrada
- Vestimenta de bioseguridad (mascarilla, gorro, mandil)

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 (recursos otorgados por el proyecto de alteraciones biológicas y psicológicas en niños de 0 a 6 años en las parroquias rurales del Cantón Cuenca, pertenecientes a la Universidad Católica de Cuenca, en el 2018).

5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1 Ubicación espacial.

La parroquia El Valle ubicada en la parte suroriental de la ciudad de Cuenca es una de las más importantes del Cantón, por cuanto a través de sus actividades se armonizan y dinamizan las actividades principales de la ciudad, como la de la construcción, la vivienda y el comercio al por menor, como centro de abastecimiento de mano de obra para la cabecera cantonal. Se encuentra al sureste del Cantón Cuenca, provincia del Azuay. Ubicación de la cabecera parroquial Longitud Occidental: 2°56´04.4´´ Latitud Sur: 79°57´50.4´´

5.2 Ubicación temporal.

La investigación se realizó en el periodo 2018-2019 y la recolección de datos es de 2018 -2019.

5.3 Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las fichas de la parroquia “Baños”, las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa Excel 2013 y el programa SPSS 25, dichas fichas reflejan información acerca del proyecto de alteraciones biológicas y psicológicas en niños de 2 a 6 años de la escuela Eloy Alfaro en la parroquia el Valle del Cantón Cuenca.

5.3. a. -Método de examen bucal utilizado por los observadores.

El examinador empezó preguntando los datos personales, así como el tipo de higiene oral y la historia de la dieta del paciente, posteriormente se realiza la evaluación clínica en donde en primera instancia se hace un examen extra oral, seguido de un examen Intraoral, en el cual se determinó el grado de hipertrofia amigdalar, para esto le pedimos al paciente que abra la boca, y utilizando un baja lengua se procedió a ver el espacio que ocupan las amígdalas en el área orofaríngea, posteriormente observamos de forma directa el tipo de oclusión que tiene el paciente, para esto se le pidió al paciente que cierre la boca y con un espejo intraoral se retiró los carrillos para observar la maloclusión en base a: la clase o plano terminal, apiñamiento, diastemas, mal posición dentaria, tipo de arcada, mordida cruzada, overjet y overbite. Posteriormente se realizó la búsqueda de anomalías dentofaciales, índice de higiene oral simplificada y el llenado del odontograma.

El examinado debe seguir las siguientes recomendaciones:

- a) Usar baja lenguas y guantes al momento de realizar la inspección extra e Intraoral.
- b) Usar caligrafía legible y entendible para evitar, errores de anotación.
- c) Se deben examinar todas las superficies marcadas en la ficha.

Es necesario que el examinador esté debidamente calibrado sobre todos los ítems a llenar en la ficha, para de esta manera eliminar posibles errores de percepción, y así dar paso a resultados acertados.

5.3. b.-Criterios de registro de hallazgos

Cuando se realiza el llenado de la ficha de alteraciones biológicas y psicológicas en niños de 2 a 6 años de la escuela Eloy Alfaro en la parroquia el Valle del Cantón Cuenca en el periodo Abril 2018 a Mayo del 2019. Se procedió a llenar los datos personales, tipo de higiene oral e historia de la dieta marcando con una X en la casilla correspondiente, seguido se llenó la evaluación clínica, en el caso del examen extraoral colocamos SI o NO dependiendo la alteración encontrada, la altura facial se registró con datos numéricos, en la evaluación intraoral colocamos SI o NO de acuerdo a la alteración encontrada y en algunos casos detallamos lo observado, de igual manera marcamos con una X en la casilla que corresponda el grado de hipertrofia amígdalar (se determinó como amígdalas sanas aquellas en grado 0 y grado 1, y como patológicas las que se encontraron en grado 2, grado 3 y grado 4) y el tipo de maloclusión (se consideró como maloclusión los siguientes parámetros: la clase molar de Angle II y III, en dentición decidua el escalón mesial y distal, la falta de espacio disponible frente al espacio requerido tanto en la arcada superior como inferior, la falta de espacios fisiológicos tanto interincisivos como primates en la dentición decidua, la forma de arco cuadrada y ovoide, la clase canina II y III, un overjet mayor a 3mm y menor a 2mm, un overbite mayor a 4mm y menor a 2mm, la mordida abierta y cruzada posterior), con datos numéricos se llenó el índice de higiene oral simplificado, el odontograma llenamos anotando el Hallazgo clínico o código (ICDAS), por ultimo anotamos el número de piezas presentes en boca (temporal o permanente).

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos obtenidos en las fichas odontológicas basadas en alteraciones biológicas y psicológicas en niños de 2 a 6 años de la escuela Eloy Alfaro en la parroquia el Valle del Cantón Cuenca en el periodo Abril 2018 a Mayo del 2019, se registraron en una base de datos en el programa de Excel, para posteriormente ser tabulados mediante el software

estadístico SPSS 25, para la determinación de la estadística descriptiva (tablas de frecuencia y porcentajes sobre la presencia de hipertrofia amígdalar en relación con la maloclusión), y para realizar la estadística inferencial en donde se determinó la relación entre mal oclusión e hipertrofia amígdalar según la edad y el sexo, o a su vez para el cruce entre las cuatro variables, se usó el test estadístico Chi cuadrado.

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

De acuerdo con la normativa y reglamentos pertinentes de la Universidad Católica de Cuenca el proyecto de investigación “Alteraciones Biológicas y Psicológicas en niños de 0 a 6 años de las parroquias rurales del Cantón Cuenca 2018” fue aprobado por el Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Vivos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina el 07 de Mayo de 2018.

Además, se realizaron los trámites pertinentes para la aprobación del tema “Asociación Entre El Índice De Caries Y Maloclusión En Niños De 2 A 6 Años De Edad En La Parroquia El Valle Del Cantón Cuenca, Periodo 2018-2019”, el cual está enmarcado en el proyecto antes mencionado.

Los escolares fueron informados sobre el estudio a realizarse, de la misma manera a los padres de familia o representantes, los cuales firmaron el consentimiento respectivo de cada uno de sus representados.

La investigación no implicó conflictos bioéticos, ya que se ejecutó inspecciones visuales, sin efectuar ningún examen invasivo en la muestra o alteración alguna en la muestra, en los datos recolectados y los resultados de la investigación, que tienen absoluta confidencialidad.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de la muestra de niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle, según la edad y el sexo

	EDAD											
	2 años		3 años		4 años		5 años		6 años		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	35	24	14	9	9	6	10	7	10	7	78	53
MASCULINO	25	17	10	7	7	5	12	8	16	11	70	47
Total	60	41	24	16	16	11	22	15	26	18	148	100

Interpretación: en la población estudiada se determinó el sexo femenino es 78% de la población y el sexo masculino el 70%, de 2 a 6 años de edad.

Tabla 2: Frecuencia de maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del cantón Cuenca.

	OCLUSION	
	n	%
NORMOCLUSIÓN	75	50.7
MALOCLUSIÓN	73	49.3
Total General	148	100

Interpretación: en la tabla se puede observar que la prevalencia de maloclusión es de 49.3%.de la población y la normoclusión es el 50,7%.

Tabla 3: Frecuencia de maloclusión en los tres planos del espacio en sentido anteroposterior, sentido transversal y sentido vertical según el sexo.

SEXO	OCLUSIÓN									
	Normooclusión		Maloclusión Vertical		Maloclusión transversal		Maloclusión Anteroposterior		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	39	26,4	6	4,1	7	4,7	22	14,9	74	50
MASCULINO	36	24,3	9	6,1	10	6,8	19	12,8	74	50
Total	75	50,7	15	10,2	17	11,5	41	27,7	148	100

Interpretación: en esta tabla se puede observar que la maloclusión en sentido anteroposterior predomina con 14,9% en el sexo femenino, la maloclusión en sentido vertical tiene prevalencia de 6,1% en el sexo masculino y por último la prevalencia de la maloclusión en sentido transversal tiene un 6,8% en el sexo masculino.

Tabla 4: Índice de caries según el sexo en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del cantón Cuenca.

Índice de caries según el sexo.										
Ceod										
Sexo	Sano		Leve		Moderado		Severo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Femenino	41	27,7	22	14,9	2	1,4	0	0,0	65	43,9
Masculino	53	35,8	26	17,6	-	-	4	2,7	83	56,1
Total	94	63,5	48	32,4	2	1,4	4	4	148	100

Interpretación: Dentro del estudio se determinó que el sexo masculino tiene mayor prevalencia de caries con 20,3% siendo el leve el de mayor prevalencia con 17,6%.

Tabla 5: Asociación entre el índice de caries y maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del Cantón Cuenca

Ceod																				
	SANO		LEVE		X ²	r'	OR	MODERADO		X ²	r'	OR	SEVERO		TOTAL		X ²			
	n	%	n	%				n	%				n	%	n	%				
Normooclusión	41	27,7	22	14,9	0,003	0,352 ^a	11	-	-	0,003	0,352 ^a	11	2	1,4	0,003	0,352 ^a	11	65	43,9	0,003
Maloclusión	53	39,9	26	17,6				2	1,4				2	1,4				83	56,1	
TOTAL	94	63,6	48	32,4				2	1,4				4	2,7				148	100	

Casos=69	Control=73
-----------------	-------------------

Interpretación: Según la población estudiada se reveló mediante la aplicación del coeficiente del Chi – cuadrado se puede inferir que a partir del valor 0,003 existe una asociación de las 2 variables de maloclusión e índice de caries en niños de 2 a 6 años de la parroquia El Valle del Cantón Cuenca, la correlacion de Pearson nos indica con un valor de 0,352^a existe una correlación moderada, y el Odds Ratio (11) indica que la asociación es positiva.

2. DISCUSIÓN:

La maloclusión como la caries continúa siendo un problema para la salud pública, por ende el presente estudio fue llevado a cabo con el fin de analizar la asociación entre el índice de caries y maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia El Valle del cantón Cuenca en el periodo 2018-2019. Es importante mencionar que el tamaño de la muestra fue de 148 niños, de los cuales 78 son niñas y los 70 niños.

La caries, es uno de los problemas de salud más frecuente en el mundo, presentándose especialmente en niños. En este estudio se determinó una prevalencia de caries que corresponde al sexo masculino con el 20.3%, mientras que en el sexo femenino con un valor menor del 16.3% del grupo estudiado, con resultados que difieren con el estudio realizado por Nuñez L y cols, en el cual determinaron que el 45% presentaron lesiones cariosas en el sexo masculino y el 55% en el sexo femenino.

La prevalencia en ambos sexos fue del 37.8% similares a las cifras presentadas en el estudio de Mattos M y cols, los mismos que determinaron que el 19% presentaron lesiones cariosas. Sin embargo, Palomer L y cols en sus análisis obtuvieron que el 84% de los niños tenían lesiones cariosas, afectando el equilibrio estomatognático, mostrando un porcentaje mayor que el resultado obtenido en este estudio, lo que demuestra que la caries dental es el principal problema de salud en ambos sexos. Además, afecta a la oclusión y estética dental causando maloclusión por pérdida dental u otros factores.

El estudio desarrollado por Castillo A y cols indican que el 85.6% de niños y niñas presentan maloclusión, en donde el 35.5% presenta maloclusión en sentido anteroposterior, constituyendo la forma mas frecuente, mientras que el 33.1% de la población presenta una maloclusión transversal y en un menor valor del 17% presentaron una maloclusión vertical. En contraparte, en este estudio se encontró en menor porcentaje, con maloclusión del 49.3%, en donde el 27.7% presentaron maloclusión anteroposterior, con mayor porcentaje en el sexo femenino con el 14.9%, seguido del 11.5% que presentan maloclusión transversal, siendo más prevalente en el sexo masculino y con el 10.2% presentaron maloclusión vertical, igualmente más frecuente en el sexo masculino, por tanto esta investigación es de gran importancia y significativa ya que demuestra la necesidad de implementar la atención preventiva interceptiva desde edades tempranas de manera

oportuna para disminuir su incidencia, mejorar el estado de salud y autoestima de los niños, pues este tiende a empeorar con el tiempo.

Además, en este estudio se determinó una prevalencia del 49.3% de maloclusión en la población infantil, el cual se asemeja con los resultados obtenidos en la investigación de Marisol L y cols en el que afirmaron que el 47.39% presentaron maloclusión siendo leve 25,3%, moderado 12.9% y severa un 9,19%. Además, dichos niños presentaban caries o pérdida dental lo que puede ocasionar que no haya una buena oclusión y que aumenta la probabilidad de alterar la armonía del sistema bucodental e incluso puede afectar en la fonación. Sin embargo, Fernandez C y cols difiere señalando que el 60% de la población comprendidas entre los 2 a 12 años, de los cuales el 23% presentaron maloclusión leve con mayor prevalencia en el sexo masculino, moderado el 17% y severo el 13.5%. Así mismo, los niños que presentaron algún tipo de maloclusión eran aquellos que al hacer una exploración estomatognático presentaron lesiones cariosas, pérdida dental, apiñamiento y sobre todo por higiene oral deficiente, por ende dicho autor concluyo que puede existir una correlación con el desarrollo de alguna maloclusión.

De ahí que, la relación entre el índice de caries y maloclusión en la muestra estudiada reveló que estadísticamente sí existe una correlación, según la prueba estadística de Pearson cuyo valor es 0,003 y el Odds Ratio fue positivo, finiquitando que ambas aumentan y disminuyen simultáneamente. Resultados similares al estudio fueron reportados por Carillo V y cols en el que hacen énfasis en que las lesiones cariosas y la pérdida dental contribuyen de manera significativa al desarrollo de maloclusión, si no es tratada a edades tempranas.

3. CONCLUSIONES

Primera. – Se estableció que la prevalencia de maloclusión fue del 49,3% en los niños de la parroquia El Valle.

Segunda. – Mediante este estudio se determinó que la maloclusión en sentido anteroposterior presenta mayor prevalencia, seguida de la maloclusión en sentido transversal en la población infantil de la parroquia El Valle del Cantón Cuenca.

Tercera. – Con respecto a la prevalencia de caries en los niños de la parroquia El Valle del Cantón Cuenca fue mayor en el sexo masculino (20.3%).

Cuarta. – Finalmente, se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la caries y la maloclusión en la población estudiada.

III.- BIBLIOGRAFÍA

1. Freeman M. "CARACTERÍSTICAS OCLUSALES EN DENTICIÓN PRIMARIA DE PREESCOLARES DE VIÑA DEL MAR. [Online].; 2017 [cited 2019 abril jueves. Available from: [http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/3787/a118845_Freeman M Caracteristicas oclusales en denticion primaria 2017 Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/3787/a118845_Freeman_M_Caracteristicas_oclusales_en_denticion_primaria_2017_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Ginebra; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/> 3. Raza X, Alvear A, Andrade R, Ayala E, Chilliquinga M, Luque I, et al. Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años del Ecuador. Quito: MSP/OPS; 2010.
3. Dayamí López Martín. Valor social de la prevención de factores de riesgo de maloclusiones en la. medigraphic. 2017; 23(1). <http://backdoortechonology.net/bitstream/ucc/1222/1/PDF%20El%20sistema%20ICDAS%20como%20metodo%20complementario%20para%20el%20diag%C3%B3stico%20de%20caries%20dental.pdf>
4. Dayamí López Martín. Valor social de la prevención de factores de riesgo de maloclusiones en la. medigraphic. 2017; 23(1).
5. Torres C. EVOLUCIÓN DE LAS ARCADAS DENTARIAS DE DENTICIÓN TEMPORAL. [Online].; 2015 [cited 2019 abril 11. Available from: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Tesis%20Doctoral%20Parcial%20M%C2%AA%20del%20Carmen%20de%20la%20Torre%20Abalos%202015.pdf>.
6. Mayra Y. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 12. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14481/1/T-UCE-0015-872-2018.pdf>.
7. Estrada G, Estrada G, Cubero G, López M. Factores de riesgo de maloclusiones en niños de 5 años con dentición temporal. Rev Mediciego [Internet]. 2015 [citado el 18 de Octubre del 2019]; 21(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56920>
8. Camacho J, Ramírez L, Morales J, Vega S. Tratamiento de maloclusión clase II división 1 con minitornillos. Rev Kiru [Internet]. 2016 [citado el 18 de Octubre del 2019]; 13(1): 78-86. Disponible e

9. Ana Alicia Vallejos-Sánchez E, Medina J, Casanova R. Defectos del esmalte, caries en dentición primaria, fuentes de fluoruro y su relación con caries en dientes permanentes. *Scielo*. 2017 Junio; 21(3).
10. Vela A, Carrasco B, Pacheco V. Prevalencia y severidad de caries dental e higiene bucal en niños y adolescentes de aldeas infantiles, Lima, Perú. *Scielo*. 2017 diciembre; 19(30).
11. Estrada J, Jose Q. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. *Scielo*. 2018 Marzo; 45(1).
12. Caries temprana de infancia: ¿enfermedad infecciosa? *CLC*. 29014 Mayo; 25(3).
13. Rojas S, Sonia E. Caries temprana de infancia: ¿enfermedad infecciosa? [Online].; 2014 [cited 2019 Abril 21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700732>.
14. Vasquez S, Lobos O, Padilla C. Presencia de genes de virulencia gtfB y spaP en *Streptococcus mutans* aislados desde saliva y su relación con el índice COPD y ceod. [Online].; 2014 [cited 2019 abril 19. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071901072014000200004&script=sci_artt_ext.
15. Hidalgo I, Fuentes G, Duque J, Pérez J. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2008[citado el 18 de Octubre de 2019]; 5(1):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0034-75072008000100004
16. Rojas S, Echeverría S. Caries temprana de infancia ¿Enfermedad infecciosa?. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2014[citado el 18 de octubre del 2019]; 25(3):581-587. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700732>
17. Montero D, López P, Morales, Castrejón R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. *Rev. Odont. Mex* [Internet].2011 [citado el 18 de octubre del 2019]; 15(2). Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2011000200004

18. González V, Alegret M, Martínez J, González Y. Índice de riesgo de caries dental y placa dental. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 [citado el 18 de Octubre del 2019]; 54(1):34-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100004
19. Indicadores epidemiológicos para la caries dental. Buenos Aires [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación.2013 [citado el 18 de Octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>
20. Delgado M, Veliz F, Carrasco M. Análisis del índice de salud bucal en la Escuela “Adolfo Jurado González”, con la aplicación de los índices CPOD y ceod realizado por estudiantes del sexto semestre en el periodo de Junio a Diciembre del 2015. Rev Publicando [Internet]. 2016 [citado el 18 de Octubre de 2019]; 3(9): 138-149. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/149>
21. Torres C. Evolución de las arcadas dentarias de dentición temporal. [Internet].; 2015 [citado el 18 de octubre del 2019] disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=48694f>.
22. Isper A, Silba C, Pantaleao M, Goncalves P. Prevalencia de maloclusión en la dentición primaria en el municipio de Cáceres, Brasil. Rev Cubana Estoma. 2017; 1
23. Bustamante G, Surco V, Tito R. Oclusión. Rev Bolivianas [Internet]. 2012 [citado el 18 de Octubre de 2019]; 20: 1003-1007. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=s2304-37682012000500003&script=sci_arttext
24. Carrillo M, Tello G, Navarrete N. Relación de la succión no nutritiva con la maloclusión en niños ecuatorianos. Rev Odontología [Internet]. 2016 [citado el 18 de Octubre del 2019]; 18(1): 13-19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5597618>
25. Estrada G, Cubero G, López M. Factores de riesgo de maloclusiones en niños de 5 años con dentición temporal. Rev Mediciego [Internet]. 2015 [citado el 18 de Octubre

- del 2019]; 21(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56920>
- 27 Camacho J, Ramírez L, Morales J, Vega S. Tratamiento de maloclusión clase II división 1 con minitornillos. Rev Kiru [Internet]. 2016 [citado el 18 de Octubre del 2019]; 13(1): 78-86. Disponible en: <https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2016/01/883-3019-1-PB.pdf>
- 28 Núñez D, Bacallao L. Rev Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2010 [citado el 18 de Octubre del 2019]; 9(2):156-166. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9n2/rhcm04210.pdf>
- 29 Hidalgo I, Fuentes G, Duque J, Pérez J. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2008 [citado el 18 de Octubre de 2019]; 5(1):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0034-75072008000100004
- 30 Rojas S, Echeverría S. Caries temprana de infancia ¿Enfermedad infecciosa?. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 [citado el 18 de octubre del 2019]; 25(3):581-587. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700732>
- 31 Morales J, Castrejón R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Rev. Odont. Mex [Internet]. 2011 [citado el 18 de octubre del 2019]; 15(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2011000200004
- 32 González V, Alegret M, Martínez J, González Y. Índice de riesgo de caries dental. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 [citado el 18 de Octubre del 2019]; 54(1):34- 47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100004
- 33 Rojas S, Sonia E. Caries temprana de infancia: ¿enfermedad infecciosa? [Internet]. 2016 [citado el 18 de Octubre del 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700732>.

- 34 Vela A, Carrasco B, Pacheco V. Prevalencia y severidad de caries dental e higiene bucal en niños y adolescentes de aldeas infantiles, Lima, Perú. Scielo. 2017 diciembre; 19(30). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-93392017000300099&lng=en&nrm=iso&tlng=es 19.
- 35 López M. Valor social de la prevención de factores de riesgo de maloclusiones en la medigraphic. 2017; 23(1). <http://backdoortechonology.net/bitstream/ucc/1222/1/PDF%20EI%20sistema%20ICDAS%20como%20metodo%20complementario%20para%20el%20diag%20C3%B3stico%20de%20caries%20dental.pdf> 20.
- 36 Jáuregui Lucero, J., Vásquez Palacios, A., & Sacoto Figueroa, F. (2019). Índice de Higiene Oral en los Escolares de 12 años de la Parroquia Checa en el Cantón Cuenca, Provincia del Azuay - Ecuador, 2016. *Odontoestomatología*, 21(34), 27-32. Disponible en: <https://doi.org/10.22592/ode2019n34a4> 21. Toledo L, Machado M, Martínez Y,
- 37 Muñoz M. Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años. *Rev Cubana Estomatol [Internet]*. 2015 [citado el 18 de Octubre del 2019]; 41(3):6. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2430>
- 38 Chávez C, Leonor L. Relación entre prevalencia de caries dental y maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Teodoro Núñez Ureta N° 40179 Arequipa - 2017. *Rev Cubana Estomatol*. 2017 [citado el 18 de octubre del 2019]; 14(8). Disponible en: http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/41/simple-search?query=&sort_by=score&order=desc&rpp=10&filter_field_1=author&filter_type_1>equals&filter_value_1=Contreras+Ch%C3%A1vez%2C+Lili+Leonor+Fabiola&etal=0&filtername=datelssued&filterquery=2017&filtertype>equals
- 39 Castro E, Florez A. Prevalencia de maloclusiones y su relación con caries dental en niños de 3 a 5 años de edad del instituto colombiano de bienestar familiar en Bucaramanga. *Rev Craiusta*. 2016.4(2). Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/4573> 24. Brambila A, Montoya C, Alonso C, Ba

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

ALTERACIONES BIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS EN LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN CUENCA, 2018.

FICHA ODONTOLÓGICA

Fecha (D/M/A): / / 2018
Examinador: _____
Parroquia: _____ Sector: _____

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre (2 nombres): _____
Apellidos (2 apellidos): _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento (D/M/A): _____

2. HIGIENE ORAL

Posee cepillo dental propio: Si No Cepillado dental: Si No
Cepillo dental: Duro Semiduro Blando Adulto Pediátrico
Número de veces al día: _____ Pasta dental: Si No Hilo dental: Si No

3. HISTORIA DE LA DIETA

Momentos de azúcar al día: 4 _____ +4 _____ -4 _____

6. EVALUACIÓN CLÍNICA.

6.1 EXAMEN EXTRAORAL:

Aspecto extraoral normal sin alteraciones: Si No
Ulceras: cabeza _____ cuello _____ nariz _____ mejillas _____ barbilla _____ comisuras _____
Inflamación: cabeza _____ cuello _____ nariz _____ mejillas _____ barbilla _____ comisuras _____
Erosiones: cabeza _____ cuello _____ nariz _____ mejillas _____ barbilla _____ comisuras _____
Fisuras: cabeza _____ cuello _____ nariz _____ mejillas _____ barbilla _____ comisuras _____
Anomalías de labios:
Superior: normal fisurado lesiones traumáticas
Inferior: normal fisurado lesiones traumáticas
Ganglios linfáticos:
Cabeza: normal hipertróficos cuello: normal hipertróficos
Altura facial (trichion-mentón) _____ mm
Ancho facial (ancho bicigomático) _____ mm
Altura facial media (nasion-subnasal) _____ mm
Altura facial inferior (subnasal-menton): _____ mm
Perfil: Recto _____ Convexo _____ Cóncavo _____
Impétigo: Si No
Bruxismo: Si No
Apretamiento (diurno, pérdida de cuspidas dentarias): Si No
Rechinamiento: Si No

6.2 EVALUACIÓN INTRAORAL:

MUCOSA ORAL (especifique la zona afectada)
Estado normal: Si No
Leucoplasia: Si No Liquen plano: Si No
Gingivitis necrotizante aguda: si no
Úlcera: Aftosa Si No Herpética Si No Traumática Si No
Candidiasis: Si No Absceso: Si No
Frenillo labial:
Superior: Normal Inserción baja
Inferior: Normal Inserción baja

ALTERACIONES BIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS EN LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN CUENCA, 2018.

Inferior:

Apilamiento:

Superior: No Leve (1 a 3 mm) Moderado (4 a 6 mm) Severo (7mm y más)
 Inferior: No Leve (1 a 3 mm) Moderado (4 a 6 mm) Severo (7mm y más)

Diastemas: (presencia de cualquier diastema)
 Superior: Si No Anterior Posterior
 Inferior: Si No Anterior Posterior

Tipo de arco:
 Superior:

Tipo I (presencia de diastemas fisiológicos entre incisivos)
 Tipo II (ausencia de diastemas entre los incisivos)

Inferior:

Tipo I (presencia de diastemas fisiológicos entre incisivos)
 Tipo II (ausencia de diastemas entre los incisivos)

Espacios primates:

Superior (distal de incisivos laterales): Si No
 Inferior (distal de caninos): Si No

Forma de arco dental:

Superior: Circunferencial Ovalado Triangular Cuadrado
 Inferior: Circunferencial Ovalado Triangular Cuadrado

Línea media superior: Centrada Si No Desviada: izquierda Derecha

Línea media inferior: Centrada Si No Desviada: izquierda Derecha

Clase molar: (niños con molares permanentes)

Derecha: Clase I Clase II Clase III

Izquierda: Clase I Clase II Clase III

Plano terminal: (dentición temporal)

Derecho: Recto Mesial Distal

Izquierdo: Recto Mesial Distal

Relación Canina:

Derecha: Clase I Clase II Clase III

Izquierda: Clase I Clase II Clase III

Overjet _____ mm Overbite _____ mm

Mordida abierta: Anterior Si No

Mordida abierta Posterior: Si No Unilateral Bilateral

Mordida cruzada: Anterior Si No

Mordida cruzada Posterior: Si No Unilateral Bilateral

Ancho intermolar superior: _____ mm (de fosa a fosa principal de 2do molar temporal o 1er molar permanente)

Ancho intermolar inferior: _____ mm (cuspide mediovestibular de 2dos molares temporales)

Ancho intercanino superior: _____ mm (de cuspide a cuspide canina)

Ancho intercanino inferior: _____ mm (punto de contacto más vestibular de canino y 1er molar temporal)



- Anquilosis: Sí No
 Recesiones: Sí No Especifique la pieza dental _____
 Fenestraciones óseas: Sí No Especifique la pieza dental _____
 Hiperplasia epitelial focal: Sí No Ubicación _____
 Herpangina: Sí No Especifique la zona _____
 Enfermedad de manos, pies y boca: Sí No
 Verrugas búlgaras: Sí No Ubicación _____
 Condiloma acuminado: Sí No Ubicación _____

6.3 ANOMALÍAS DENTOFACIALES

Hábitos orales: (todos los niños)

- | | | | |
|--------------------|---|-----------------------|---|
| Respiración bucal | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Interposición lingual | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Succión de labio | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Succión digital | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Succión de objetos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Deglución atípica | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Onicofagia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |

Otros: _____
 Uso de chupón Sí No Actual Pasado Tiempo de uso: _____

Labios:
 Competentes _____ Incompetentes _____ Fisura labial: unilateral _____ bilateral _____
 Hipotónicos: Superior Inferior Hipertónicos: Superior Inferior

Lengua:
 Normal Saburra Geográfica Bífida Fisurada Macroglosia Microglosia

- Frenillo lingual: Normal Inserción corta
 Paladar: Normal Profundo Torus palatino
 Fisura labiopalatina: Sí No Unilateral Bilateral
 Fisura palatina: Sí No Unilateral Media
 Torus mandibular: Sí No

Otros: _____

Grado de hipertrofia amigdalar según Brodsky :



Sin Amígdalas

Grado 0



Amígdalas ocultas
atrás de los pilares

Grado 1



Amígdalas sobresalen de
los pilares

Grado 2



Amígdalas se
acercan a la línea
media

Grado 3



Amígdalas
sobrepasan la
línea media

Grado 4

Anomalías dentales (especifique posición, forma, tamaño, número de las piezas dentales afectadas):

Superior: _____

6.4. INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

Piezas dentales	PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16 ___ 17 ___ 55 ___			
11 ___ 21 ___ 51 ___			
26 ___ 27 ___ 65 ___			
36 ___ 37 ___ 75 ___			
31 ___ 41 ___ 71 ___			
46 ___ 47 ___ 85 ___			
TOTAL:			

6.5 ODONTOGRAMA

Paciente sano:

Total de dientes permanentes: _____

Total de dientes deciduos: _____

Código de diente ausente	
9 [~]	Diente ausente, extraído por caries
9§	Diente ausente por otras razones
9g	No erupcionado
p	Implante



