



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 Ricaurte del cantón Cuenca, periodo 2018-2019.”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTORA: Suriaga Vélez, Kimberly Alejandra
DIRECTOR: García Abad, Rafael Eduardo, Ing.

CUENCA
2020

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

DECLARACIÓN:

Yo, **Suriaga Vélez Kimberly Alejandra** 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: Suriaga Vélez, Kimberly Alejandra

C.I.: 0750048449

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 RICAURTE DEL CANTÓN CUENCA, PERIODO 2018-2019.”**, realizado por **SURIAGA VÉLEZ KIMBERLY ALEJANDRA**, 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, Julio 2020.

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN- CARRERA ODONTOLOGÍA.

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 RICAURTE DEL CANTÓN CUENCA, PERIODO 2018-2019.”, realizado por SURIAGA VÉLEZ, KIMBERLY ALEJANDRA, 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, Julio 2020.

.....

Tutor/a: García Abad, Rafael Eduardo, Ing.

DEDICATORIA.

A Dios, por estar siempre a lo largo del camino conmigo, por ser mi guía y cubrirme con su manto sagrado lleno de amor. A mis padres quienes con su esfuerzo, cariño, dedicación y serenidad me han sabido apoyar a lo largo de toda esta carrera y cumplir hoy un sueño más, gracias por confiar en mí, por inspirarme fortaleza y valentía de no temer a las adversidades. A mi novio por brindarme su amor y apoyo incondicional durante todo este procedimiento, por sus consejos y siempre creer en mí. A mi familia por estar presente de una manera u otra acompañándome en todos mis sueños y metas.

EPÍGRAFE.

No son los grandes hombres los que transforman el mundo, sino los débiles y pequeños
en las manos de un Dios grande.

James Hudson Taylor.

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres por haberme forjado por el camino del bien, muchos de mis logros se los debo a ustedes, entre los que se incluye este. Me educaron entre reglas y libertades, pero al final me motivaron constantemente para alcanzar mis metas y que no me dé por vencida, me siento muy agradecida porque sin ustedes esto no hubiera sucedido, ustedes son mi pilar y fortaleza, les dedico este trabajo de titulación. Su obstinación fue el responsable de que gire mi vida otorgándome las herramientas necesarias para empezar.

LISTA DE ABREVIATURAS

Ceo-d: 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.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT.....	13
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	14
INTRODUCCIÓN	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.- NORMOCLUSIÓN.....	19
4.1.1.- RELACIÓN INCISAL.....	19
4.1.2.- RELACIÓN CANINA	19
4.1.3.- RELACIÓN MOLAR	19
4.1.3.A.- PLANO TERMINAL	19
4.1.4.- DIASTEMA.....	20
4.1.5.- ESPACIO PRIMATE	20
4.1.6.- FORMA DE ARCOS.....	20
4.1.6.A.- OVOIDE REDONDEADO	20
4.1.6.B.- CUADRANGULAR ANCHO.....	20
4.1.6.C.- TRIANGULAR LARGO Y ÁNGULO.....	20
4.1.7.- MALOCLUSIÓN.....	20
4.1.8.- MANIFESTACIONES CLÍNICAS	21
4.1.8.A.- MORDIDA ABIERTA	21
4.1.8.B.- MORDIDA BORDE A BORDE.....	21
4.1.8.C.- MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	21
4.1.8.D.- RESALTE U OVERJET.....	21
4.1.8.E.- SOBREMORDIDA U OVERBITE	21
4.1.9.- CARIES DENTAL.....	22
4.1.10.- INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA LA CARIES DENTAL:.....	22
4.1.10.A.- ÍNDICE CPO-D	22

4.1.10.B.- ÍNDICE CEO-D	22
4.1.10.-CAUSAS.....	22
4.1.11.-COMPLICACIONES.....	23
4.1.12.- NORMOCLUSIÓN EN DENTICIÓN TEMPORAL Y MIXTA INICIAL	23
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
4.3. HIPÓTESIS	26
CAPÍTULO II.....	27
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	27
1. MATERIALES Y MÉTODOS	28
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	28
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	32
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	34
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	34
CAPÍTULO III.....	35
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	35
RESULTADOS	36
TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE LA PARROQUIA RICAURTE DEL CANTÓN CUENCA, SEGÚN LA EDAD Y EL SEXO.	36
TABLA 2: FRECUENCIA DE MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA RICAURTE DEL CANTÓN CUENCA.....	37
TABLA 3: FRECUENCIA DE MALOCLUSIÓN EN LOS TRES PLANOS DEL ESPACIO SEGÚN EL SEXO EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA RICAURTE DEL CANTÓN CUENCA.....	38
TABLA 4: ÍNDICE DE CARIES SEGÚN EL SEXO EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA RICAURTE DEL CANTÓN CUENCA.....	39
TABLA 5: ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE CARIES Y MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA RICAURTE DEL CANTÓN CUENCA.	
CASO CONTROL	40
1. DISCUSIÓN	41
2. CONCLUSIONES.....	43
III.- BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXOS	49

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la muestra de niños de 2 a 6 años de la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca, según la edad y el sexo.....	36
Tabla 2: Frecuencia de maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca.	37
Tabla 3: Frecuencia de maloclusión en los tres planos del espacio según el sexo en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca.	38
Tabla 4: Índice de caries según el sexo en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca.	39
Tabla 5: Asociación entre el índice de caries y maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia Ricaurte del Cantón Cuenca. Caso control.	40

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre el índice de caries y maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia Ricaurte 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. La muestra obtenida fue de 105 niños, de los cuales 50 pertenecen al sexo femenino y 55 al sexo masculino.

RESULTADOS: Se determinó que si existe asociación entre el índice de caries y maloclusión con un 93.3% de prevalencia con un valor de $p= 0,05$. El índice Ceo-d de la maloclusión en niños de 2 a 6 años de la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca determinó que el sexo masculino es el más afectado por caries leve con 50%.

CONCLUSIÓN: la prevalencia de maloclusión dentro del estudio es de 93%.

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 from 2 to 6 years of age in the Ricaurte parish of the Cuenca canton, period 2018-2019.

MATERIALS AND METHODS: The present study was exploratory, observational, transectional. The methodology applied was the observation of children from 2 to 6 years. The sample obtained was 105 children, of which 50 belong to the female sex and 55 to the male sex.

RESULTS: It was determined that if there is an association between the caries index and malocclusion with a 93.3% prevalence with a value of $p = 0.05$. The Ceo-d index of malocclusion in children aged 2 to 6 years of the Ricaurte parish in the Cuenca canton determined that the male sex is the most affected by mild caries with 50%, the prevalence of malocclusion within the study is 93%.

CONCLUSION: There is a domination of malocclusion in the male sex with 51%.

Keywords: malocclusion, dental anomalies, caries index.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La maloclusión se expone como la adaptación a las regiones orofaciales, la cual posee un alto rango de frecuencia en niños y jóvenes dando como resultado varias implicaciones, entre las más comunes están la insatisfacción estética del paciente, inconvenientes en la masticación, deglución y pudiéndose agravar hasta el punto de generar modificaciones en el lenguaje ¹. Mayoritariamente no existe un factor determinante para los problemas de oclusión, sino más bien es una interacción entre varios factores. A pesar de lo mencionado anteriormente, investigadores aseguran que existen dos componentes que siempre están presentes en la maloclusión, siendo uno de ellos la predisposición genética y los factores ambientales en los que se desenvuelve cada paciente ². Conforme los datos de la OMS, se ha podido manifestar que las maloclusiones ocupan un tercer lugar dentro de las enfermedades dentales, seguido de caries y patologías periodontales⁵. En las regiones de Latinoamérica se encuentra la mayor cantidad de habitantes con presencia elevada de enfermedades bucales ^{1,8}. Por lo tanto se representa como un dilema constante en la población y tiene como consecuencia el aumento de padecimientos dentales de tipo periodontal produciendo elevados costos económicos, sociales y de autoestima ³.

Se puede decir que, el establecimiento y la determinación de caries es muy relevante para su tratamiento a tiempo y prevalencia de maloclusión. Con el fin de evitar desequilibrio natural en la oclusión ⁷.

No obstante, debemos tener en cuenta el interés de instaurar el origen del dilema, ya que, la mala postura dentaria, de ser reconocida prematuramente ayudaría a evitar las diferentes dificultades de una maloclusión severa, teniendo en cuenta que posteriormente se necesitará de un proceso ortodóntico a largo plazo y más costoso ^{2,4}. Es por tal situación, que para desarrollar el tema de 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 Ricaurte del cantón Cuenca, periodo 2018-2019; con la finalidad de ofrecer proyectos de participación, fomentar la prevención y tratamiento del problema, de modo que se pueda disminuir aquella problemática.

Adicionalmente, se ejecutará una investigación de índole documental y bibliográfico, permitiendo así establecer el tema de estudio para analizar los posteriores resultados adquiridos mediante la técnica de investigación elegida en el documento. Estableciendo el índice de caries en la maloclusión dental de la población en estudio.

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La salud dental en la actualidad se ve relacionada en varias actividades que se realizan de forma diaria, entre las cuales el correcto uso de las palabras y letras que permiten a las personas comunicarse, además de permitir una adecuada alimentación que previene problemas gástricos, pero sobre todo una estética dental que aporta a la autoestima de las personas, lo cual permite que se tenga mayor seguridad a la hora de relacionarse socialmente. A pesar de que el mundo se encuentra sumergido en una inquietante preocupación de la salud de los niños, sigue existiendo una despreocupación de parte de los padres el cuidado dental de sus hijos, esto pudiendo explicarse debido a varios factores como son: psicológicos, sociales, culturales, económicos, laborales y educativos, que son referentes a cada una de las realidades que vive cada niño ².

Como se explica con anterioridad, cualquiera de estos factores puede influir para que la salud dental de los niños sea precaria. Por lo que es necesario estar pendiente para que los efectos de la falta de limpieza no provoquen problemas dentales y de salud en general ⁷.

A consecuencia de lo antes manifestado se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuál es la asociación existente entre las caries y la maloclusión que se presenta en niños de 2 a 6 años de la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca en el periodo 2018-2019?

2.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación merece ser revisada, por lo tanto, se ha tomado en cuenta como población de estudio a niños de 2 a 6 años de edad de la parroquia Ricaurte del Cantón Cuenca. Por medio de este estudio se procura determinar la frecuencia con la que se presenta esta relación entre índice de caries y maloclusión; teniendo en cuenta que este estudio es de gran importancia e interés para los profesionales de la salud dental y para la población general, puesto permitirá identificar casos existentes y así poder realizar un trabajo adecuado para evitar posibles problemas de salud posteriormente.

Se ha podido determinar que los niños que no poseen una estabilidad económica, pueden presentar complicaciones nutricionales, por lo que son más vulnerables a sufrir enfermedades bucodentales como la caries dental, por lo que surge la necesidad de recibir un tratamiento odontológico, lo cual es impredecible, puesto que si el problema no es tratado a tiempo este puede evolucionar. Lo cual puede conllevar a múltiples complicaciones y es por ello que la caries dental pasa a formar parte de un problema de salud pública, no sólo en la provincia del Azuay sino a nivel nacional y del mundo.

Este estudio es viable, puesto existe interés por parte del departamento investigativo de la Universidad Católica de Cuenca, por el motivo que aporta al conocimiento general de las Ciencias de la Salud, además de un interés real del Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el empleo de estrategias de prevención; puesto que cuenta con los recursos humanos y materiales para que se lleve a cabo con éxito.

El presente trabajo investigativo posee particularidad, puesto no existen otros estudios realizados en la localidad, lo que permite ser patrón inicial a los profesionales de la salud y como base para estudios e investigaciones posteriores, tanto locales, regionales y pudiéndola extrapolar a nivel nacional.

Los datos obtenidos serán socializados con los padres de familia, con la institución a la que represento, toda la información acerca de la frecuencia de índice de caries relacionada a maloclusión dental, según el sexo, entre otras variables estarán a disposición de todas las entidades de salud pública del Ecuador y de la Universidad Católica de Cuenca para que de esta forma se puedan desarrollar propuestas, tomando como base ésta investigación, de tal manera que se pueda intervenir y se logre disminuir y erradicar a nivel de provincia y el país mediante la implementación de políticas por parte del gobierno encaminadas a mejorar la salud dental para una mejor calidad de vida de la población.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

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

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la maloclusión en sentido anteroposterior, sentido transversal y sentido vertical en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia de Ricaurte del cantón Cuenca según el sexo.

Establecer mediante el Ceo-d el índice de caries en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca según el sexo.

Relacionar la maloclusión con el índice de caries en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca según el sexo.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- NORMOCLUSIÓN

La oclusión dental hace referencia al contacto que existe al momento de cierre, entre la arcada superior con la inferior ¹. La oclusión primordia se produce sin la necesidad de acción muscular, es la que alcanza mayor superficie o número de puntos de contacto ⁴.

Los siguientes enunciados están presentes en la oclusión dentaria:

4.1.1.- RELACIÓN INCISAL

El grupo incisivo se hallan más verticalizados en su implantación encima de la base del maxilar cuyo ángulo interincisivo se encuentra abierto. Con borde incisal inferior en contacto con el cúngulo de los dientes superiores al instante del cierre oclusal la sobremordida vertical va ser más amplia ⁶.

4.1.2.- RELACIÓN CANINA

El vértice de la cúspide del canino superior ocluye sagitalmente a nivel del punto de contacto entre el canino y el primer molar inferior de forma análoga ^{3,4}.

4.1.3.- RELACIÓN MOLAR

Se trata de la oclusión de los segundos molares existiendo contacto de las caras distales que están en un mismo plano vertical ⁴.

4.1.3.a.- PLANO TERMINAL

Es descrita como la relación en el plano anteroposterior entre las superficies distales de los segundos molares primarios superior e inferior cuando los dientes temporales se encuentran en contacto ¹². De forma esencial para determinar la relación oclusal de los primeros molares permanentes en el plano sagital, ya que, según esté establecido en dentición temporal, así será la clase molar permanente ^{7,9}.

Clasificación según Baume, el plano terminal en dentición temporal, se divide en:

1. Plano terminal recto (76%)
2. Escalón mesial (14%)
3. Escalón distal (10%) ^{7,9}.

Efectividad de escalón mesial aumentado o inferior en la relación de molares o plano terminal (factor predictivo de mesioclusión clase III).

Efectividad de escalón distal o superior en la relación de molares o plano terminal (factor predictivo de distoclusión o maloclusión clase II).

Falta de diastemas interincisivos o del primate (se puede deber al micrognatismo transversal del maxilar o, aunque menos frecuentemente, a macrodoncia de la dentición temporal) ^{9, 10, 11}.

4.1.4.- DIASTEMA

Se trata de un espacio que existe en medio de los incisivos primarios que es común en la mayoría de los pacientes, en lo cual se visualiza una constante de que las piezas dentales permanentes posiblemente tengan una zona ideal para que puedan desarrollarse ²³.

4.1.5.- ESPACIO PRIMATE

Se define al espacio de desarrollo fisiológico, estos se localizan por distal de caninos inferiores y por mesial de los superiores, en otras palabras, entre incisivo lateral y canino y el primer molar decíduo; constantemente puede presentar una dimensión mayor a 0.5 mm para sostener su existencia¹⁹.

4.1.6.- FORMA DE ARCOS

El aumento común de una dentadura tiene variaciones en la forma del arco entre ellas: ⁵

4.1.6.a.- OVOIDE REDONDEADO

Este tipo de arco es el más destacado ⁵.

4.1.6.b.- CUADRANGULAR ANCHO

Aquel posee un molde en forma de U ⁵.

4.1.6.c.- TRIANGULAR LARGO Y ÁNGULO

Se manifiesta en forma de V ⁵.

4.1.7.- MALOCLUSIÓN

Se describe como la desalineación de los dientes, es la falta de equilibrio entre los huesos del esqueleto facial, el tamaño y la forma de los dientes, lengua, labios y mejillas. Lo que origina un problema estético. La maloclusión da paso a varias complicaciones dentales ^{13, 14, 17}.

4.1.8.- MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las maloclusiones dentales se presentan principalmente con modificaciones estéticas, mientras que, en las formas más graves pueden manifestarse ya alteraciones funcionales¹⁹. El diagnóstico y tratamiento prematuro puede resolver una calidad de vida excelente para individuos con problemas oclusales muy severos^{18,21}.

4.1.8.a.- MORDIDA ABIERTA

Caracterizada por la falta del completo cierre de las arcadas dentarias, dejando espacio entre las mismas; puede afectar en la porción anterior o posterior de los arcos dentarios¹⁸. Cuando es anterior no existe contacto de los dientes delanteros al cerrar la boca, en tanto que, al ser posterior, se ven afectados los segmentos laterales¹⁹.

4.1.8.b.- MORDIDA BORDE A BORDE

Al examinar la oclusión, los bordes de los dientes anteriores, superiores e inferiores, contactan directamente¹⁷.

4.1.8.c.- MORDIDA CRUZADA ANTERIOR

Los incisivos y los caninos superiores ocluyen por detrás con respecto a los incisivos y caninos inferiores. Es una maloclusión ya que los dientes de abajo muerden por delante de los dientes de arriba²³.

4.1.8.d.- RESALTE U OVERJET

Se denomina al espaciamiento horizontal abarcado dentro de la cara vestibular de las piezas incisivas inferiores centrales, y extremo incisal de los dientes superiores; generalmente su dimensión está comprendida entre 1 a 3 mm; si bien es de valor inferior, se designa overjet negativo desarrollando una clase III, y si es superior, se define como overjet positivo, similar a una clase II²⁵.

4.1.8.e.- SOBREMORDIDA U OVERBITE

Se define como la superposición de las piezas dentales superiores ante los dientes inferiores; normalmente oscila en 2.5mm. Es un estado de maloclusión donde piezas superiores recubren a los inferiores, lo que toma un nombre de sobremordida. Se nombra mordida abierta cuando su valor es inferior²⁴.

4.1.9.- CARIES DENTAL

Es aquel transcurso patológico enfocado, que se desarrolla posteriormente a la erupción dental y tiene como consecuencia la pérdida de la primera capa dental, progresando hasta la creación de una hendidura, por lo tanto, puede dirigir a un daño acelerado en piezas deciduas o permanentes, obteniendo como desenlace un movimiento de las demás piezas dentales ^{23, 27}.

Algunos de los agentes de riesgo vinculados con la patología de caries dental, encontramos:

Un riesgo elevado de infección por *Streptococcus Mutans*, mala nutrición por parte del individuo, deficiencia de limpieza bucal, xerostomía, apiñamiento dental moderado o severo, tratamiento de ortodoncia, regresión de encías y patologías periodontales^{19, 25}.

4.1.10.- INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA LA CARIES DENTAL:

4.1.10.a.- ÍNDICE CPO-D

Es un procedimiento el cual sirve para calcular el predominio de la caries dental, identifica la caries que se encuentra actualmente, así como también la pasada; se toma en consideración las piezas con daño de caries y con procedimientos anteriormente ejecutados. Se adquiere de la totalidad de piezas dentales permanentes, obturados, cariados y perdidos, tomando en cuenta las extracciones indicadas, de la totalidad de las personas analizadas ²⁶.

4.1.10.b.- ÍNDICE CEO-D

Se adquiere de una forma idéntica, sin embargo, sólo se examina las piezas temporales extraídas, cariadas y obturadas ²⁶. El total se debe manifestar en porcentaje o promedio, esto amerita una gran relevancia al relacionar diferentes grupos ²⁴.

4.1.10.-CAUSAS

Las caries dentales se desarrollan en un periodo que acontecen a largo plazo, de esta manera se componen las caries dentales:

Formación de placa. Se genera por poseer una mala higiene bucal, por ingerir demasiados alimentos azucarados y almidones, se trata de un revestimiento incoloro viscoso que envuelve los dientes, esta se conserva en su lugar pudiéndose endurecer inferior a la línea de la encía o superior a ella y modificarse a sarro ^{23, 28}.

Ataques de placa. El proceso de acidez que contiene la placa deterioran los minerales de la capa externa del diente, este desgaste genera hendiduras o brechas pequeñas sobre el esmalte, por ende, es más simple para los microorganismos y el ácido alcanzar a la segunda capa del diente que corresponde a la dentina que contiene túbulos que se contacta con el nervio y transmite sensibilidad ^{23, 25}.

La destrucción continua. Mediante el desarrollo de caries dentales, los microorganismos y el ácido avanzan su recorrido; transportándose posteriormente a la pulpa dental, esta de irrita e inflama lo que origina incomodidad y dolor. El desagrado o molestia inclusive puede ser capaz de expandirse afuera de la raíz de la pieza dental dirigiéndose al hueso ^{23, 25}.

4.1.11.-COMPLICACIONES

Se pueden manifestar de una forma severa y persistentes, aún en niños que todavía no poseen piezas dentales permanentes ²⁹.

Entre las consecuencias de caries se puede manifestar lo siguiente:

Dolor dental sobre la pieza afectada, dificultades para masticar alimentos, inflamación alrededor de un diente, dientes rotos o dañados, inflamación sobre el entorno de un diente, migración de dientes contiguos y carencia dental que por ende puede impactar sobre la confianza, aspecto y autoestima del individuo ^{24, 22}.

4.1.12.- NORMOCLUSIÓN EN DENTICIÓN TEMPORAL Y MIXTA INICIAL

Una de las cualidades del infante es que tiene una sonrisa gingival, con una clara visión de espacios primates o diastemas, de tal manera que favorecen a una maloclusión conveniente, ya que con estos aspectos los dientes permanentes dispongan de un amplio espacio para que los dientes se alineen de forma adecuada ^{1, 7}.

Así mismo, debe de disponer una relación mesial entre molares; por lo regular en las dentaduras los molares ocluyen en un contacto cúspide con cúspide, de manera que sus áreas distales se localizan en el mismo plano vertical ^{6, 12}.

A la vez debe disponer de una conexión con el espacio entre incisivos primarios, lo cual es ideal para que más adelante las piezas dentales se distribuyan en el espacio adecuado para erupcionar; no obstante, también debe tener espacios primates donde deben existir regiones caninas en sentido mesial a los caninos superiores (lateral y canino) y distal a los inferiores (canino y primer molar) ¹⁷.

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo con el artículo académico Análisis del índice de salud bucal en la Escuela Adolfo Jurado González, Delgado M, Veliz F, Carrasco M, seleccionan una población de estudio es de 181 estudiantes matriculados y con una muestra de estudio de 130 estudiantes correspondiente al 71.8%. Las conclusiones que se obtienen respecto a la incidencia de caries cpod y Ceod indican que el 14.6% de los evaluados presenta una salud bucal sana, pues sus Ceod y cpod registran valores de cero; para la recolección de datos fueron las historias clínicas y las encuestas ¹.

En el artículo denominado Maloclusión dental en estudiantes de 4 a 15 años, en Cuenca, Ecuador, Lima M, Illescas I, Soto L, Peñafiel V, Soto P, determinaron que el 88,8% de la población estudiada presentó algún tipo de maloclusión, siendo predominante mínimo dos condiciones de maloclusión en el 82,8%; el 67,9% presentó maloclusión por mala posición anteroinferior; en la relación anteroposterior la clase II canina unilateral fue 30,7% y mesioclusión molar bilateral en 48%, mientras que en el anterior el resalte aumentado fue 66,6%; en la relación transversal la mordida cruzada unilateral fue 56% y la desviación de la línea media 37,8%; en el plano vertical la relación borde a borde unilateral fue 64,4% y la mordida profunda en 63,7%; el apiñamiento ligero anterosuperior y anteroinferior fue relevante. La prevalencia de maloclusión fue elevada, más de las tres cuartas partes de la población estudiada presentaron maloclusiones. A mayor edad del estudiante, mayor fue el número de condiciones de maloclusión ².

En el artículo que lleva por nombre Relación de la succión no nutritiva con la maloclusión en niños ecuatorianos, López M, Cubero R, Estrada Y, Concepción K, Machado F, determinaron que la prevalencia de maloclusión fue de 38,6% ³.

En el estudio denominado Caries dental y maloclusiones en infantes con labio y/o paladar hendido, Giusti J, Gema M. García T, Zurita G, la población la constituyeron 22 historias clínicas de pacientes con la patología de labio y/o paladar hendido, que reposan en los Servicios de Odontopediatría del hospital Vozandes en la ciudad de Quito, Ecuador. El análisis de la información y datos obtenidos, posterior a la revisión de las historias clínicas, determino que el 93% de los pacientes presentaban caries dental y el 92% presento alguna maloclusión. Entre sus conclusiones, se pudo determinar que existe una relación altamente significativa de dependencia entre la caries dental y los pacientes con alguna maloclusión en pacientes con labio y/o paladar hendido ⁴.

En el artículo llamado Maloclusiones Dentales En Escolares De 12 Años En La Parroquia El Sagrario - Cuenca 2016, Salinas L, Urgiles A, Jiménez M, determinaron que la prevalencia de maloclusión tanto en el sexo femenino y masculino fue del 95,7%. Las alteraciones ortodoncias más frecuentes fueron el apiñamiento, mordida abierta anterior y mordida cruzada anterior. En relación a la maloclusión el 41,8% corresponde a la Clase II, 34,1% tienen Clase I y finalmente 19,9% para la Clase III. En este estudio epidemiológico se concluyó que existe una prevalencia alta de maloclusiones demostrando que es una enfermedad predominante en el grupo estudiado ⁵.

Conforme con el artículo Prevalencia de maloclusión en la dentición primaria en el municipio de Cáceres, Brasil, Isper A, Silba C, Pantaleao M, Goncalves P, determinaron que el 31,18% de niños presentaron problemas de oclusión leves y el 2,5% moderados a severos ⁶.

De acuerdo con el artículo denominado Presencia de maloclusiones dentarias y de algunos factores de riesgos en niños con dentición temporal, México, Marisol L. Pérez Ferrás, Carmen Martínez Rojas, tuvieron como objetivo 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 fueron la 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 ⁷.

En el artículo que se denomina Valor social de la prevención de factores de riesgo de maloclusiones en la dentición temporal, Dayamí López Martín, Raúl Cubero González, Yelec Estrada Guerra, demostraron que las afecciones bucales, la maloclusión ocupan 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 provocan 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. 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 ⁸.

De acuerdo al artículo titulado Frecuencia de maloclusión en las clínicas odontopediátricas de la Universidad de Antioquia, y Universidad Autónoma San Luis Potosí, México”, Espinal-Botero G, Muñoz A., Flores L, Ponce M, Nava J, González Q, presentó mayor frecuencia de clase I tipo 1 en el grupo 1 con un porcentaje del 52,7%, mientras que en el grupo 2 las maloclusiones predominantes fueron la clase II div.1 con un porcentaje del 23,6% y la clase III con 22,5% y concluyeron que los resultados de cada población fueron diferentes. Se recomienda que el diagnóstico de las alteraciones oclusales en la población pediátrica sea realizado de manera oportuna, permitiendo implementar programas de atención que incluyan terapias como la ortopedia funcional de los maxilares, para una rehabilitación temprana del sistema estomatognático ⁹.

Conforme con el artículo Pérdida prematura de molares temporales, factor etiológico de maloclusión”, Guerrero y col., destacan la importancia de la dentición temporal para el óptimo desarrollo de la dentición permanente, puesto que la pérdida de un diente incide ampliamente en el correcto desarrollo del sistema estomatognático dinamizando la morfología craneofacial; de esta manera, se altera el desarrollo de la matriz funcional proyectado en maloclusiones. El estudio concluye que, en México, la prevalencia de pérdida prematura varía entre un 8.5 y 51% depende de la población estudiada ¹⁰.

4.3. HIPÓTESIS

La presencia de caries dental se asocia con los distintos tipos de maloclusión.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MATERIALES Y MÉTODOS

1.1. Enfoque: Cuantitativo ³².

1.2. Diseño de Investigación: Caso control ³².

1.3. Nivel de investigación: Relacional ³².

1.4. Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De Campo ³⁴.
- **Por la técnica:** Observacional ³⁴.
- **Por la temporalidad:** Transversal actual ³⁴.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de la parroquia Ricaurte de la Ciudad de Cuenca comprende de 14.006 habitantes, de los mismos 6.633 pertenecen al sexo masculino y 7.373 pertenecen al sexo femenino.

Para este estudio se evaluaron los infantes de 2 a 6 años en la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca en el período 2018-2019. Según las estadísticas del INEC, en el censo del año 2010 se encontraron 1.842 entre los 2 y 6 años de edad, con una muestra de 105 niños entre las edades de 2 a 6 años, periodo 2018-2019; que corresponde al total de 105 fichas registradas.

1.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

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

1.6. 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.

1.7. 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.

1.8. 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 las Escuelas, CNH y CBV (EEB JOEL MONROY, EEB CORNELIO CRESPO TORAL, EEB ALFONSO CARRION HEREDIA, EEB AGUSTIN CUESTA VINTIMILLA, EEB ENRIQUETA CORDERO DAVILA), el presente estudio se realizó en una población de 1.842 individuos de 2 a 6 años en la parroquia Ricaurte del Cantón Cuenca. La muestra fue de 105 individuos de 2 a 6 años ³³.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO	INSTRUMENTO
Índice de caries CEOD Y CPOD (independiente)	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 parroquias 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

Ricaurte es una de las poblaciones más antiguas del cantón Cuenca. En la época de la nación cañari esta zona correspondía al cacicazgo de Délik. El 24 de marzo de 1910 se expidió la ordenanza de creación de la parroquia, que fue confirmada en abril del mismo año. El Concejo Cantonal le asignó el nombre en honor al oficial independentista.

5.2. UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizó entre el periodo del año 2018 - 2019, y la recolección de datos en las fichas odontológicas basadas en “Alteraciones biológicas y psicológicas en niños de 2 a 6 años en la parroquia Ricaurte del Cantón Cuenca en el Período 2018-2019”.

5.3. PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE DATOS

Para el registro de los datos, utilizamos las fichas de la parroquia “Ricaurte”, 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 edad en la parroquia Ricaurte del Cantón Cuenca en el Período 2018- 2019.

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 amígdalar, 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 examinador siguió 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 en la parroquia Ricaurte del Cantón Cuenca en el Periodo 2018-2019. 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 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 en la parroquia Ricaurte del Cantón Cuenca en el periodo 2018-2019, 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 del 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 RICAURTE 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

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de la muestra de niños de 2 a 6 años de la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca, según la edad y el sexo.

	EDAD									
	2 años		3 años		4 años		5 años		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	26	25	11	10	12	11	1	1	50	48
MASCULINO	36	34	5	5	11	10	3	3	55	52
TOTAL	62	59	16	15	23	22	4	4	105	100

Interpretación: De acuerdo a la tabla 1, según este estudio la muestra estuvo mayormente conformada por niños del sexo masculino que, de sexo femenino, sin embargo, la diferencia no es marcada entre ambos.

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

	OCLUSIÓN	
	n	%
NORMOCLUSIÓN	7	7
MALOCLUSIÓN	98	93
TOTAL GENERAL	105	100

Interpretación: De acuerdo a la tabla 2, se puede analizar que la prevalencia de maloclusión en la población es de 93% y la normoclusión corresponde al 7%.

Tabla 3: Frecuencia de maloclusión en los tres planos del espacio según el sexo en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca.

	OCLUSIÓN									
	Normoclusión		Maloclusión Vertical		Maloclusión transversal		Maloclusión Anteroposterior		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	4	3,8	1	1	6	5,7	40	38,1	51	49
MASCULINO	3	2,9	-	-	2	1,9	49	46,7	54	51
TOTAL	7	7	1	1	8	8	89	85	105	100

Interpretación: De acuerdo a la tabla 2, las maloclusiones en sentido anteroposterior son las más prevalentes en los pacientes con alto índice de caries y esto se presenta en un porcentaje de 46,7%, en relación a maloclusiones en sentido transversal 5,7% y vertical 1%.

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

Índice de caries según el sexo										
SEXO	SANO		LEVE		MODERADO		SEVERO		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	26	24	20	18	2	2	2	2	50	48
MASCULINO	24	21	29	26	-	-	2	2	55	52
TOTAL	50	45	49	44	2	2	4	4	105	100

Interpretación: De acuerdo a la tabla 4, dentro del estudio se estableció que la población de sexo masculino posee mayor prevalencia de caries presentando el 52%.

Tabla 5: Asociación entre el índice de caries y maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad en la parroquia Ricaurte del Cantón Cuenca. Caso control.

	SANO		LEVE		X ²	P	OR	MODERADO		Ceod			SEVERO		TOTAL		X ²	P	OR			
	n	%	n	%				N	%	X ²	P	OR	n	%	n	%						
	Normoclusión	5	4,8	-				-				2	1,9								0	0
Maloclusión	42	40	52	49,5	0,00 3	0,45 5 ^a	11	0	0	0,00 3	0,45 5 ^a	11	4	3,8	0,00 3	0,45 5 ^a	11	98	93,3	0,00 3	0,45 5 ^a	11
TOTAL	47	44,8	52	49,5				2	1,9				4	3,8				105	100			

Casos=98	Control=7
-----------------	------------------

Interpretación: De acuerdo a la tabla 5, se obtuvo que los resultados fueron estadísticamente significativos, indicando que si se encontró una asociación entre el índice de caries y maloclusión.

1. DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue determinar la relación entre el índice de caries y maloclusión en niños de 2 a 6 años de edad, en la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca, existiendo una prevalencia de caries que corresponde al sexo masculino con 52% y el sexo femenino con 48% del grupo estudiado, lo que discrepa con las cifras obtenidas por Giusti J, et, al.³ el cual determinó que el 9% de los pacientes presentaron lesiones de caries; sin embargo, Brambila A²⁴ en su análisis, obtuvo que los dientes cariados representaron más del 84% en todos los grupos de edad, afectando el entorno y el equilibrio, entre la agresión y la salud, por ende se encontró una reducción en la capacidad de defensa de los tejidos dentales, lo que demuestra que la caries dental es el principal problema de salud bucal en ambos sexos; sin embargo, Chávez C y Leonor L.²² establecieron que el índice de caries total fue en promedio de 5,6% más bajo que los resultados obtenidos en el presente estudio.

Además, se determinó que existe una prevalencia del 93% de maloclusión en el grupo estudiado, similar a los resultados obtenidos en la investigación de Giusti J, et, al.³ en cuyo estudio afirmó que un 92% de niños presentó maloclusión; Salinas L, et, al.⁴ demostró una prevalencia de maloclusión del 95,7% tanto en el sexo masculino y femenino. Mientras que Lima M. et, al.² señaló que el 88,8% de la población correspondiente a su estudio, presentó algún tipo de maloclusión. Marisol L. et, al.¹⁰ manifestó que el 47,39% de la población sufre esta alteración ya que poseen una higiene regular. Por otro lado; Chávez C, Leonor L.²² obtuvo una prevalencia del 40,3% de la patología en este grupo etario, mientras que; López M, et, al.¹⁹ señaló un resultado similar con un 38,6% de prevalencia de maloclusión siendo leve el 21,3% moderada el 14,5% y severa el 3,4% de la muestra; Isper A. y col.⁶ indica que un 31% de niños presentan problemas de oclusión leves, mientras que el 2,3% evidencia problemas entre moderados y severos, las maloclusiones más frecuentes son los apiñamientos, las mordidas abiertas anteriores y las mordidas cruzadas.

La frecuencia de maloclusión realizada por Lima M, et al.² señaló que el 67,9% de la población presenta maloclusión en sentido anteroposterior, con la presencia de un apiñamiento ligero en la región dental anterosuperior como característica principal. Mientras que en el presente estudio se demostró un predominio de las mismas en el sentido anteroposterior con un 46,7%, además se indicó que en el sentido transversal existe 5,7% correspondiente al sexo femenino y de solo el 1% en el sexo masculino. Sin embargo,

Toledo L, y col.²¹ concluyeron que el 13,6% de personas poseen maloclusión muy severa o incapacitante.

Se ha determinado que las maloclusiones, constituyen una tercera parte de las enfermedades bucales, así lo evidenció Navarrete y col.²⁶ lo cual determinaron que el 69% de su población presentó apiñamiento dental constituyéndose así un problema de salud oral, derivando que sea posible planear y llevar a cabo tratamientos ortodónticos de prevención y otros procedimientos para mantener a cabo un entorno bucal óptimo, elemento que índice en un normal desarrollo de la oclusión.

La relación entre el índice de caries y maloclusión en la muestra estudiada, reveló que estadísticamente existe una correlación según la prueba estadística de Pearson cuyo valor es de 0,03 y el Odds Ratio fue positivo, concluyendo que ambas aumentan o disminuyen simultáneamente. El estudio realizado por Salazar G y col.³² indica que la presencia de caries influye en la maloclusión, aquello se determinó por la metodología estadística Odds Ratio señalando que se encuentra relacionado principalmente por caries cavitacional con el 16,7% seguido de apiñamiento representado por el 24,6%. Del mismo modo, la investigación de Hernández y col.³⁰ destaca una relación entre el índice de caries y maloclusión considerando como las variables principales la pérdida prematura de piezas dentales y extracción indicada por caries lo que desvía la formación normal en su arcada dentaria. Para Ortiz M y col.²⁹ la maloclusión tiene un estrecho vínculo con la falta de espacio en la arcada para la erupción de dientes permanentes, ocasionando en un futuro ciertos cambios en la oclusión.

2. CONCLUSIONES

Primera. – La prevalencia de maloclusión en la población fue de (93%) y la normoclusión de (7%), lo que demuestra que un alto porcentaje no tiene una relación armónica entre arcadas.

Segunda. – Las maloclusiones en sentido anteroposterior son las más prevalentes en los pacientes con alto índice de caries y esto se presenta en un porcentaje de (46,7%), en relación a maloclusiones en sentido transversal (5,7%) y vertical (1%).

Tercera. – Se estableció mediante el Ceo-d que el sexo masculino tiene mayor prevalencia de caries con un valor de (52%) en niños la parroquia Ricaurte del Cantón Cuenca.

Cuarta. – Se evidenció la relación directa que existe entre el índice de caries y maloclusión en los niños de 2 a 6 años, de la parroquia Ricaurte del cantón Cuenca, en año 2018 y 2019.

III.- BIBLIOGRAFÍA

1. 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>
2. Lima M, Illescas I, Soto L, Peñafiel V, Soto P, Maloclusión dental en estudiantes de 4 a 15 años, en Cuenca, Ecuador Invest Medicoquir 2018. 10 (2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85518>
3. Giusti J, Gema M. García T, Zurita G. Caries dental y maloclusiones en infantes con labio y/o paladar hendido. Rev Tamé [Internet]. 2015 [citado el 18 de Octubre de 2019]; 3(9): 323-326. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335672477_Caries_dental_y_maloclusiones_en_infantes_con_labio_yo_paladar_hendido
4. Salinas L, Urgiles A, Jiménez M. Maloclusiones Dentales En Escolares De 12 Años En La Parroquia El Sagrario - Cuenca 2016. Rev. Salud & Vida Sipanense. 2017; 4(2). Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/703>
5. 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>.
6. 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
7. 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
8. 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>
9. 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>
10. 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>
 11. 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>
 12. 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
 13. 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>
 14. 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
 15. 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
 16. 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>.
 17. 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.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>

18. 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. 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%20El%20sistema%20ICDAS%20como%20metodo%20complementario%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20de%20caries%20dental.pdf>
20. 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, 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>
22. 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=dateIssued&filterquery=2017&filtertype>equals
23. 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, Bayardo R, Ruiz T, Pedroza U. Validación y adaptación transcultural del early childhood oral health impact scale en la población de de Tepatitlán de Morelos, Jalisco, México. *Avances en Odontopediatría*. 2016.

Disponible: <http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/829/3/Avances%20en%20odontopediatr%C3%ADa%20e-book.pdf>

25. Ramírez J, Rueda M, Morales M, Gallegos A. Prevalencia de Caries Dental y Maloclusiones en Escolares de Tabasco, México. Salud Pública. 2017 Marzo; 11(1). Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/104>
26. Serna C. Características de la oclusión en niños con dentición primaria de la Ciudad de México. 2016 62(2). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art-10/>
27. Arroyo Y, Morera H. Maloclusión en niños de 8 a 12 años y la percepción de los padres de familia de la necesidad de una interconsulta con el ortodoncista a edad temprana. Revista Científica Odontológica. 2017 Julio; 8(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3242/324227916004.pdf>
28. Bernal L, Zapata Ó, Tobó C, Gómez M, Suárez J. Características de la sonrisa en niños con normoclusión. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2015 Segundo semestre; 27(1). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/284274518_Caracteristicas_de_la_sonrisa_en_ninos_con_normoclusion
29. Ortiz M, Godoy, Farías M, Magdalena M. Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años en la clínica de odontopediatria de la universidad Gran Mariscal de Ayacucho. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. 2015. 18(6). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-17/>
30. Hernandez J, Montiel L, Velasquez J, Alcedo C, D´Jurisic A., Quirós O, Molero L, Tedaldi J. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. 2017. 20(5). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-22/>
31. Fonseca Y, Fernández E, Cruañas A. Mordida Abierta anterior. Revisión Bibliográfica. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2014 Agosto; 13(4). Disponible en : <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/193/315>
32. Salazar G, Uribe K, Moncaleano M. Efecto de la caries dental en la oclusión de pacientes en dentición primaria, un estudio descriptivo. Univ Odontol. 2013 Ene-Jun; 32(68): 147-155. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2312/231240433015.pdf>
33. Villavicencio E., Alvear M., Cuenca K., Calderón M., Palacios D., Alvarado A., Diseños de estudios clínicos en odontología clinical studies design in dentistry,

Revista OACTIVA UC Cuenca, 2016, 1 (2), Pág. 81-84. Disponible en: http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/163/284?fbclid=IwAR0d%20X2USg_hcRA7N09WHXqMctL1ywerFaz3ZrmnFdYs1BnZEX23SA_SiXc%2052.

34. Villavicencio E., Córdova A., Cuenca K., Calderón C., Zhunio K., Webster F., El tamaño muestral para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar?, Revista OACTIVA UC Cuenca, 2017, 2 (1), Pág. 59-62. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/333585178_EL_TAMANO_MUESTRAL_PARA_LA_TESISCUANTAS_PERSONAS_DEBO_ENCUESTAR
35. Villavicencio E., Torracchi E., Pariona M., Alvear M., ¿Cómo plantear las variables de una investigación?: operacionalización de las variables, Revista OACTIVA UC Cuenca, 2019, 4 (1), Pág. 9-14. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/289/500>

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: Sí No Cepillado dental: Sí No
 Cepillo dental: Duro Semiduro Blando Adulto Pediátrico
 Número de veces al día: ____ Pasta dental: Sí No Hilo dental: Sí 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: Sí 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-mentón): _____ mm
 Perfil: Recto _____ Convexo _____ Cóncavo _____
 Impétigo: Sí No
 Bruxismo: Sí No
 Apretamiento (diurno, pérdida de cuspides dentarias): Sí No
 Rechinamiento: Sí No

6.2 EVALUACIÓN INTRAORAL:
 MUCOSA ORAL (especifique la zona afectada)
 Estado normal: Sí No
 Leucoplasia: Sí No Líquen plano: Sí No
 Gingivitis necrotizante aguda: sí no
 Úlcera: Aftosa Sí No Herpética Sí No Traumática Sí No
 Candidiasis: Sí No Absceso: Sí No
 Frenillo labial:
 Superior: Normal Inserción baja
 Inferior: Normal Inserción baja

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: Sí No Cepillado dental: Sí No
 Cepillo dental: Duro Semiduro Blando Adulto Pediátrico
 Número de veces al día: _____ Pasta dental: Sí No Hilo dental: Sí 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: Sí 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: Sí No
 Bruxismo: Sí No
 Apretamiento (diurno, pérdida de cúspides dentarias): Sí No
 Rechinamiento: Sí No

6.2 EVALUACIÓN INTRAORAL:

MUCOSA ORAL (especifique la zona afectada)

Estado normal: Sí No
 Leucoplasia: Sí No Liquen plano: Sí No
 Gingivitis necrotizante aguda: sí no
 Úlcera: Aftosa Sí No Herpética Sí No Traumática Sí No
 Candidiasis: Sí No Absceso: Sí 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:

Aplamamiento:

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

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

Diastemas: (presencia de cualquier diastema)

Superior: Sí No Anterior Posterior

Inferior: Sí 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): Sí No

Inferior (distal de caninos): Sí No

Forma de arco dental:

Superior: Circunferencial Ovalado Triangular Cuadrado

Inferior: Circunferencial Ovalado Triangular Cuadrado

Línea media superior: Centrada Sí No Desviada: Izquierda Derecha

Línea media inferior: Centrada Sí 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 Sí No

Mordida abierta Posterior: Sí No Unilateral Bilateral

Mordida cruzada: Anterior Sí No

Mordida cruzada Posterior: Sí 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 bulgares: 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 Saburral 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 amigdalар 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

Total de dientes presentes

Paciente sano:

Total de dientes permanentes: _____

Total de dientes deciduos: _____

Código de diente ausente	
07	Diente ausente, extraído por caries
98	Diente ausente por otras razones
99	No erupcionado
P	Implante

Anexo 2



