



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO

**“EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN
RELACIÓN A LOS HÁBITOS BUCALES EN LOS NIÑOS DE LA
ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO-LOJA
PERIODO MARZO-JULIO 2016.”**

*TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA*

AUTOR

MAGALI KATERINE SERAQUIVE SUQUILANDA

DIRECTOR DE TESIS

ODONT. ESP. TANNYA LUCILA VALAREZO BRAVO

LOJA – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 26 Septiembre 2016


Odont.Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo.

DIRECTORA DE TESIS

Certifico:

Que la presente tesis titulada: **“EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN RELACIÓN A LOS HÁBITOS BUCALES EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO-LOJA PERÍODO MARZO-JULIO 2016”** elaborada por la **Srta. Magali Katerine Seraquive Suquilanda**, ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Atentamente



.....

Odont.Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Magali Katherine Seraquive Suquilanda**, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, a sus representantes jurídicos de posibles o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Magali Katherine Seraquive Suquilanda

Firma:

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned to the right of the 'Firma:' label.

Cédula de Identidad: 1900398866

Fecha: 26 de Septiembre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Magali Katerine Seraquive Suquilanda**, declaro ser autora de la tesis titulada, **“EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN RELACIÓN A LOS HÁBITOS BUCALES EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO-LOJA 2016”**; como requisito para optar al grado de Odontóloga; autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, mes de Septiembre del dos mil dieciséis.

Firma:



Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Cedula: 1900398866

Dirección: Cdla. Celi Román

Correo Electrónico: magalirqv@hotmail.com

Teléfono: **Celular:** 0969594519

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Odont.Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

TRIBUNAL DE GRADO:

Odont.Esp. Granda Loaiza Ana María

Odont. Esp. Morales Campana María Rosa.

Dr. Serrano Ortega Byron Efrén.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, a mis padres, pilares fundamentales en mi vida. Por todo el apoyo incondicional, amor, comprensión y por todos los esfuerzos realizados para hacer de sus hijos personas de bien, por haberme enseñado a luchar con dedicación y esfuerzo para alcanzar mis metas. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Al amor de mi vida, mi querido esposo que ha sido un gran apoyo y compañero, a mis hermanos por todo el apoyo brindado, a mi demás familia y amigos que de una u otra manera han estado llenándome de sabiduría y apoyo para culminar mi tesis y carrera.

Gracias Infinitas a todos.

MAGALI SERAQUIVE

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento especial a mi familia y amigos, que con su apoyo moral, económico, y sobre todo su compañía han sido un pilar fundamental en cada paso de la realización y culminación de mi tesis.

A mi maestra y tutora, Dra. Tannya Valarezo, a quien debo gran parte del conocimiento que llevo, gracias a su sabiduría, generosidad y apoyo durante el tiempo que cursé mi carrera universitaria y ante todo en la realización de este proyecto

A todos los profesores de pregrado, quienes me enseñaron a querer y admirar esta profesión, especialmente a los doctores que estuvieron en Clínica por los conocimientos impartidos y ayuda brindada.

INDICE DE CONTENIDOS

| CONTENIDO | Pág. |
|---|-------------|
| PORTADA | i |
| CERTIFICACIÓN | ii |
| AUTORIA | iii |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS | iv |
| DEDICATORIA | vi |
| AGRADECIMIENTO | vii |
| INDICE GENERAL | viii |
| INDICE DE TABLAS | xi |
| INDICE DE ANEXO | xii |
| TITULO | 1 |
| RESUMEN | 2 |
| ABSTRACT | 3 |
| | |
| 1. INTRODUCCIÓN | 4 |
| 2. REVISIÓN DE LA LITERATURA | 7 |
| | |
| CAPÍTULO 1 | |
| 1. ANTECEDENTES | 7 |
| | |
| CAPÍTULO 2 | |
| 2. HÁBITOS BUCALES | 11 |
| 2.1 Clasificación | 11 |
| 2.2 Factores que modifican la acción de un hábito | 11 |
| 2.3 Etiología | 12 |
| 2.4 TIPOS DE HÁBITOS BUCALES | 13 |
| 2.4.1 SUCCIÓN | 13 |
| 2.4.1.1 Succión Digital | 14 |
| 2.4.1.1.1 Etiología de la Succión Digital | 15 |

| | |
|---|-----------|
| 2.4.1.1.2 Tipos de hábitos de succión digital | 15 |
| 2.4.1.1.3 Consecuencias de la succión digital | 16 |
| 2.4.1.1.4 Tratamiento de la succión digital | 17 |
| 2.4.2 SUCCIÓN LABIAL | 17 |
| 2.4.2.1 Etiología | 18 |
| 2.4.2.2 Consecuencias | 18 |
| 2.4.2.3 Tratamiento | 19 |
| 2.4.3 RESPIRACIÓN | 20 |
| 2.4.3.1 Respiración oral | 20 |
| 2.4.3.2 Etiología | 21 |
| 2.4.3.3 Características Faciales y dentarias de la respiración oral | 21 |
| 2.4.3.4 Tratamiento | 22 |
| 2.4.4 ONICOFAGIA | 22 |
| 2.4.4.1 Etiología | 22 |
| 2.4.4.2 Consecuencias | 23 |
| 2.4.4.3 Tratamiento | 23 |
| 2.4.5 BRUXISMO | 24 |
| 2.4.5.1 Etiología | 25 |
| 2.4.5.2 Consecuencias | 25 |
| 2.4.5.3 Tratamiento | 26 |

CAPÍTULO 3

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| 3. MALOCLUSIONES DENTARIAS | 27 |
| 3.1 Definición | 27 |
| 3.2 Etiología | 28 |
| 3.3 Clasificación | 29 |

| | |
|--|-----------|
| 3.3.1 MALOCLUSIÓN ANTEROPOSTERIOR | 29 |
| 3.3.1.1 Consecuencias y tratamiento | 30 |
| 3.3.2 MALOCLUSIONES VERTICALES | 32 |
| 3.3.2.1 Consecuencias | 33 |
| 3.3.3 MALOCLUSIONES TRANSVERSALES | 33 |
| 3.3.3.1 Consecuencias y tratamiento | 34 |
| 3 MATERIALES Y MÉTODOS | 37 |
| 4 RESULTADOS | 39 |
| 5 DISCUSIÓN | 56 |
| 6 CONCLUSIONES | 59 |
| 7. RECOMENDACIONES | 60 |
| 8 BIBLIOGRAFÍA | 61 |
| 9 ANEXOS | 63 |

INDICE DE TABLAS

| CONTENIDO | Pág. |
|---|------|
| Tabla 1. Niños de la Escuela “Luis Pasteur” según genero | 39 |
| Tabla 2. Niños de la Escuela “Luis Pasteur” según edad | 40 |
| Tabla 3: Prevalencia de Maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 6 a 12 años de la Escuela “Luis Pasteur” | 41 |
| Tabla 4. Maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 6 a 12 años de la Escuela “Luis Pasteur” | 42 |
| Tabla 5: Maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 6 a 12 años según sexo de la Escuela “Luis Pasteur”. | 43 |
| Tabla 6: Maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 6 a 12 años según edad de la Escuela “Luis Pasteur”. | 44 |
| Tabla 7: Maloclusiones dentarias verticales en niños de 6 a 12 años de la Escuela “Luis Pasteur” | 45 |
| Tabla 8: Maloclusiones dentarias verticales en niños de 6 a 12 años según sexo de la Escuela “Luis Pasteur”. | 46 |
| Tabla 9: Maloclusiones dentarias verticales en niños de 6 a 12 años según edad de la Escuela “Luis Pasteur”. | 47 |
| Tabla 10: Maloclusiones dentarias transversales en niños de 6 a 12 años de la Escuela “Luis Pasteur”. | 48 |
| Tabla 11: Maloclusiones dentarias transversales en niños de 6 a 12 años según sexo de la Escuela “Luis Pasteur”. | 49 |
| Tabla 12: Maloclusiones dentarias transversales en niños de 6 a 12 años según edad de la Escuela “Luis Pasteur”. | 50 |
| Tabla 13: Prevalencia de Hábitos Bucales presentes en niños de 6 a 12 años de la Escuela “Luis Pasteur” | 51 |

Tabla 14: Hábitos Bucales presentes en niños de 06 a 12 años de la Escuela "Luis Pasteur" 52

Tabla 15: Relación de Hábitos Bucales con Maloclusión dentaria anteroposterior presente en los niños de 6 a 12 de la Escuela "Luis Pasteur". 53

Tabla 16: Relación de Hábitos bucales con Maloclusión dentaria vertical presente en los niños de 6 a 12 años de la Escuela "Luis Pasteur" 54

Tabla 17: Relación de Hábitos bucales con Mordida en Tijera Unilateral presente en los niños de 6 a 12 años de la Escuela "Luis Pasteur". 55

ÍNDICE DE ANEXOS

| CONTENIDO | Pág. |
|---|-------------|
| Anexo 1. Fotografías | 63 |
| Anexo 2. Autorización de la Escuela “Luis Pasteur” | 69 |
| Anexo 3. Certificado de realización de la investigación de campo | 70 |
| Anexo 4. Consentimiento informado | 71 |
| Anexo 5. Ficha de observación | 72 |
| Anexo 6. Encuesta | 74 |
| Anexo 7. Certificado de traducción de resumen | 76 |
| Anexo 8. Cuadros pruebas estadísticas- Chi- cuadrado | 77 |
| Anexo 9. Objetivos | 85 |
| Anexo 10: Proyecto | 86 |

TÍTULO

**EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN
RELACIÓN A LOS HÁBITOS BUCALES EN LOS NIÑOS DE LA
ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO-LOJA
PERÍODO MARZO-JULIO 2016.**

RESUMEN

Identificar y precisar los tipos de oclusión dental en relación a los hábitos bucales en niños de ambos géneros. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, y transversal. La muestra estuvo constituida por 50 niños de 6 a 12 años. Se registraron los datos en una ficha de recolección de datos: en dos etapas; en la primera etapa se aplicó una encuesta a los padres de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa Microsoft Excel 2013.

Los resultados fueron: La maloclusión anteroposterior que predomina es la clase I con 72%; en sentido vertical se encuentra la mordida abierta con 10%; y en sentido transversal con un 2% la mordida en tijera unilateral; el sexo femenino es predominante en las maloclusiones dentarias anteroposteriores, de acuerdo a la edad se observó mayor presencia de maloclusiones dentarias en los niños de 8 -10 años; el hábito más frecuente fue la onicofagia 46%. La maloclusión dentaria anteroposterior clase I y clase II es más frecuente en la onicofagia, y la mordida abierta anterior y mordida profunda es más frecuente en la succión digital. Se encontró relación entre la maloclusión dentaria anteroposterior clase I y clase II con la onicofagia, con un nivel de significancia del 10%(2.38) y la mordida abierta anterior y mordida profunda con la succión digital, con un nivel de significancia del 10%(1,04).

Palabras clave: hábitos bucales, maloclusión dentaria, oclusión dentaria.

ABSTRACT

Identify and specify the types of malocclusion in relation to oral habits in children of both genders. a quantitative, descriptive and cross-sectional study. The sample consisted of 50 children aged 6 to 12 years. Data were recorded on a data collection sheet: in two stages; in the first step a survey was applied to parents; in the second stage of the child clinical assessment was performed. Processing and statistical analysis of the data was performed using Microsoft Excel 2013 program.

The results were: The anteroposterior malocclusion predominates class I with 72%; is vertically open bite with 10%; and transversely with 2% in unilateral scissors bite; the female sex is predominant in the anteroposterior dental malocclusion, according to age greater presence of dental malocclusion was observed in children 8 -10 years; the most frequent nail biting habit was 46%. The anteroposterior malocclusion Class I and Class II is more common in the onicofagia, and anterior open bite and deep bite is more common in the digital suction. relationship between the anteroposterior malocclusion Class I and Class II with nail biting, with a significance level of 10% (2.38) and anterior open bite and deep bite with digital suction, with a significance level of 10% was found (1.04).

Keywords: oral habits, malocclusion, dental occlusion.

1. INTRODUCCIÓN

Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia y realizado regular y automáticamente. Los hábitos pueden ser considerados comportamientos obtenidos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Los hábitos bucales se clasifican como fisiológicos, tales como la respiración nasal, habla, masticación y deglución, o bien, parafuncionales, tales como la succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo (Zapata, 2013)

Los niños, en particular, practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el ambiente familiar.

La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial (Solarte, Rocha, & Agudelo, 2011)

En el estudio Frecuencia de hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago de Chile. Se observaron un total de 1 878 casos, siendo los más frecuentes la succión digital (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%). De los niños que presentaron hábitos bucales, el 57% (417) presentó al menos una anomalía dentomaxilar. Las anomalías más frecuentes fueron, mordida cruzada 28% y mordida abierta en 16%. (Organización Mundial de la salud, 2011), en el estudio se puede observar que al menos una anomalía dentomaxilar está asociada a los hábitos bucales. Así tenemos:

Investigaciones a nivel mundial revelan que las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. En un estudio realizado en México determinaron que el comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35 a 75%, con diferencias en el sexo y la edad, reporta un porcentaje de 93% de prevalencia de esta alteración en dentición temporaria (Organizacion Mundial de la salud, 2011)

Carolina Barreiro en un estudio realizado en Venezuela en el que se analizó las maloclusiones de 479 pacientes el 97,29% de los pacientes tuvo edades entre 5 y 12 años, utilizando la Clasificación de Angle, modificación Dewey-Anderson. Los Resultados mostraron que el 64,30% de los pacientes presentó maloclusión Clase I; 20,67% Clase II y 15, 03% Clase III (Organizacion Mundial de la salud, 2011)

En Quito (Ecuador) se llevó a cabo un estudio de maloclusiones en los estudiantes de segundo y tercero de bachillerato de la Universidad Central del Ecuador. En el grupo estudiado se observa que el 60% de estudiantes corresponde al sexo femenino, en tanto que el 40% restante es de sexo masculino; el 40% de estudiantes oscilan entre los 18- 19 años, el 45% entre los 20-21 años, el 13% entre los 22- 23 años y el 2% entre los 24-25 años. Se evaluó la presencia de maloclusiones usando la clasificación de Angle. Se encontró una prevalencia de maloclusiones del 47,16% de estudiantes con Clase I de Angle, 16,99% presentan Clase II de Angle y el 7,55% con Clase III de Angle (Solarte, Rocha, & Agudelo, 2011)

En vista que cada vez observamos una alta prevalencia de hábitos y maloclusiones en jóvenes y adultos, y la existencia de pocos estudios sobre el tema en la región sur del Ecuador, se hace necesario investigar sobre el mismo, teniendo en cuenta esta problemática se decidió realizar la presente investigación para evaluar los tipos de oclusión dental en relación a los hábitos bucales; este estudio es de interés ya que

aportará con datos a la parroquia, dando información a nivel sur del país y puede ser tomada en cuenta para la formulación de políticas y programas de salud odontológica, cuya principal herramienta es la prevención, que permita sensibilizar sobre la importancia de las medidas de cuidado e identificar dichos hábitos de manera precoz y canalizarlos para evitar en lo posible el desarrollo de maloclusiones.

2. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO 1

1. ANTECEDENTES

Diferentes investigaciones han mostrado que más de 120 enfermedades sistémicas se originan en la cavidad bucal. Las enfermedades bucales se han asociado con compromiso nutricional, cáncer, xerostomía, neumonía, bacteriemia, enfisema, problemas del corazón, diabetes, complicaciones en cirugía entre otras. Las enfermedades bucales aumentan el riesgo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la diabetes mellitus y enfermedades respiratorias (Organización Mundial de la salud, 2011)

Según la Organización Mundial de la salud, las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Determinaron que el comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35 a 75%, con diferencias en el sexo y la edad, reporta un porcentaje de 93% de prevalencia de esta alteración en dentición temporaria.

En Perú se llevó a cabo un estudio de maloclusiones en niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad. Se evaluó la presencia de maloclusiones usando la clasificación de Angle así como alteraciones ortodónticas. Se incluyeron 201 sujetos, 106 (52,7%) fueron mujeres, la mayoría (54,7%) tuvo entre 6 y 12 años. Se encontró una prevalencia de maloclusiones del 85,6%; la más prevalente según la clasificación de Angle fue la clase I (59,6%). Se evidenciaron alteraciones ortodónticas en el 67,2% de casos. Las alteraciones ortodónticas encontradas más frecuentes fueron apiñamiento dentario (28,4%), mordida cruzada anterior (17,4%), sobresalte exagerado (8,5%), sobremordida

exagerada (5,0%) y mordida abierta anterior 5,0% (Organizacion Mundial de la salud, 2011)

En Ecuador (Quito) se llevó a cabo un estudio de maloclusiones en los estudiantes de segundo y tercero de bachillerato de la Universidad Central del Ecuador. En el grupo estudiado se observa que el 60% de estudiantes corresponde al sexo femenino, en tanto que el 40% restante es de sexo masculino; el 40% de estudiantes oscilan entre los 18- 19 años, el 45% entre los 20-21 años, el 13% entre los 22- 23 años y el 2% entre los 24-25 años. Se evaluó la presencia de maloclusiones usando la clasificación de Angle. Se encontró una prevalencia de maloclusiones del 47,16% de estudiantes con Clase I de Angle, 16,99% presentan Clase II de Angle y el 7,55% con Clase III de Angle en las dos hemiarquadas; se clasificó independientemente si la Clase corresponde a las dos hemiarquadas del paciente donde se obtuvieron los siguientes resultados Hemiarquada Derecha Clase I de Angle el 66,04%, Clase II de Angle el 18,87% y en Clase III de Angle el 15,09% mientras que en la Hemiarquada Izquierda presenta Clase I de Angle el 54,72%, Clase II y Clase III de Angle el 22,64% (Organizacion Mundial de la salud, 2011)

En Venezuela se realizó un estudio en el que se analizó las maloclusiones de 479 pacientes el 97,29% de los pacientes tuvo edades entre 5 y 12 años. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo utilizando la Clasificación de Angle, modificación Dewey-Anderson. Los Resultados mostraron que el 64,30% de los pacientes presentó maloclusión Clase I; 20,67% Clase II y 15, 03% Clase III (Organizacion Mundial de la salud, 2011)

En un estudio similar realizado en Costa Rica, en el año 2012 se analizaron 195 niños de 8 a 12 años de edad., de los cuales el 88% presentaron algún tipo de maloclusión. Se evaluó la presencia de maloclusiones usando la clasificación de Angle. Identificándose

que la prevalencia de la maloclusión es de un 45.11% observándose la CII como más prevalente con un 30.76% y la CIII con un 14.35% (Organización Mundial de la Salud, 2011)

En Madrid se llevó a cabo un estudio de Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años. Se realizó un estudio observacional descriptivo. Se seleccionaron 368 niños de 3 a 9 años del área sanitaria de Ferrol, con el objetivo de identificar la prevalencia de maloclusión en relación con los hábitos de succión no nutritivos, (digital, chupete, biberón) y respiración oral. La prevalencia de estos hábitos depende de la edad del niño, en edades entre 2-4 años el chupete está ampliamente extendido, mientras que en los niños mayores de 4 años lo es la respiración oral. La prevalencia general de maloclusión es del 37,37%. Se demuestra la relación directa entre los hábitos bucales y la maloclusión porque en las tres patologías oclusales estudiadas hay diferencia estadísticamente significativa. De mayor prevalencia de maloclusión en el grupo con succión digital y/o chupete más de 3 años. La prevalencia final para el grupo con uso de chupete y succión digital igual o mayor a 3 años es de 45,9%. La patología más frecuente es el resalte aumentado, seguida de la mordida cruzada posterior y por último la mordida abierta anterior. Es más frecuente la patología oclusal en la mujer tanto en el grupo de patología general como en el grupo de patología asociada a HSNN. El hábito que presenta mayor prevalencia es el chupete y el de menor es la succión digital. Si bien hay que destacar que de los 33 casos con succión digital, el 85% de ellos persiste más de 3 años, por lo que concluyo que aunque es un hábito poco frecuente, la duración es alta, es un hábito difícil de superar por lo que se le debe dar especial énfasis en su prevención (Pipa Vallejo A., 2011)

En el estudio Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago, se investigó la relación entre la presencia de hábitos bucales y el desarrollo de las anomalías dentomaxilares. El universo estuvo constituido por niños de 3 a 6 años de 6 colegios y 4 jardines infantiles particulares del área oriente de Santiago, con un total de 1110 niños quienes, al momento del examen, presentaban amígdalas sanas, dentición temporal completa e integridad coronaria. El 66% presentó malos hábitos. Se observaron un total de 1 878 casos, siendo los más frecuentes la succión (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%). Los objetos más succionados fueron la mamadera en 55%, el dedo en 23% y chupete 15%. De los niños que presentaron malos hábitos, el 57% (417) presentó a lo menos una anomalía dentomaxilar. Las anomalías más frecuentes fueron distoclusión 38%, mordida cruzada 28% y mordida abierta en 16%. La alta frecuencia de malos hábitos y de maloclusiones indica la necesidad que el pediatra sea capaz de detectar malos hábitos y algunos signos de anomalías dentomaxilares en forma precoz, ya que mientras antes sean objetivadas, menor será el daño que provoquen (Agurto P, 2011)

CAPÍTULO 2

2. HÁBITOS BUCALES

Un hábito puede ser definido como la costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente (Zapata, 2013)

Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito.

Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de stress, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparece por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional

2.1 Clasificación:

Se clasifican en 2 tipos:

Hábitos Fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo (mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal)

Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal (Lugo & Toyo, 2011)

2.2 Factores que modifican la acción de un hábito

Duración: Por su duración pueden subclasificarse:

- **Infantil:** (hasta 2 años) en esta etapa de la vida forman parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.

- **Pre-escolar:** (2 a 5 años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el contrario si es continuo e intenso puede producir malposiciones dentarias en los dientes primarios. Si el hábito cesa ante de los 6 años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos.
- **Escolar:** (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueletales.

Frecuencia: Pueden ser intermitente (diurno) o continuos (nocturno)

Intensidad: Se clasifican en:

- **Poca intensidad:** presenta poca actividad muscular especialmente los buccinadores específicamente en el caso de succión del dedo.
- **Intensa:** Cuando la contracción del músculo buccinador es fácilmente apreciable (Zapata, 2013)

2.3 Etiología

Los hábitos bucales son la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional (Zapata, 2013)

Los hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo.

Además de estos factores, existen otros que pueden afectar el desarrollo de una buena oclusión, como son:

- Las extracciones prematuras de los dientes temporales,
- la naturaleza de la alimentación; se ha observado que la falta de alimentos duros que necesita una masticación cuidadosa, es un factor en la producción de insuficiencia en los arcos dentarios y que la falta de fusión adecuada conduce a una contracción de los arcos dentales e insuficiente desgaste oclusal, así como a la falta de ajuste que se observa en la dentición ya desarrollada.

Los niños alimentados al pecho materno se dice que tienen un menor número de maloclusiones, ya que el estímulo de la succión conduce a un mejor crecimiento y desarrollo de su sistema estomatognático, enfermedades y malformaciones congénitas que pueden afectar el crecimiento y desarrollo del cuerpo y la región facial (Cepero , Hidalgo, & Duque , 2011)

2.4 TIPOS DE HÁBITOS BUCALES

2.4.1 SUCCIÓN

La palabra succión según el diccionario de la lengua española y Larousse es la extracción de un líquido con los labios de una cosa siendo este un instinto reflejo.

El reflejo de succión constituye una respuesta innata que se da en los seres humanos durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los cuatro o seis meses. Se activa cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién nacido proporcionando que la boca se ponga a succionarlo. Esta organización nerviosa temprana permite al niño alimentarse de su madre por lo que la succión prenatal y neonatal nutricional es fisiológica. Este reflejo de succión es considerado normal hasta que el niño alcanza los tres años de edad, momento en el cual, con la aparición de las

piezas temporales es reemplazado gradualmente con la masticación. Se considera un hábito deformante cuando persiste estando las piezas en boca. (Zapata, 2013)

2.4.1.1 Succión Digital

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega ser considerada normal, está presente en más del (50%) de los niños pequeños.

La succión digital se inicia en el primer año de vida, y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño.

Entre la variedad de forma que existe de succión digital, la más común es la succión del dedo pulgar sosteniéndolo en posición vertical, con la una dirigida hacia los dientes inferiores, en algunos casos, dos o más dedos son succiona dos a la vez; no se ha observado predilección por una mano determinada.

La duración de hábito es importante y si el hábito se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua.

La intensidad del hábito es otro factor que hay que analizar. Hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral. La posición del dedo también influye, siendo más nociva la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el suelo de la boca y por

último, el patrón morfo genético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito. Si el niño presente un patrón de crecimiento mandibular vertical, tendera a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravara dicha tendencia (Lugo & Toyo, 2011)

2.4.1.1.1 Etiología

La succión no nutritiva puede surgir como una manifestación de otra psicopatologías subyacentes o bien, como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento como fatiga, aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares; así como la falta de amamantamiento. Algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retrainimiento u onicofagia. Se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera normal hasta la edad de los 3 o 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológicos, fonoaudiológicos u odontológicos.

El enfoque psicopatológico del hábito de succión del dedo, considera que los niños por medio de esta acción pueden manifestar sentimientos de ansiedad, estrés o frustración que muy bien pueden darse en su entorno familiar.

2.4.1.1.2 Tipos de hábitos de succión Digital:

Succión del pulgar: Consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.

Succión de otros dedos: Consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).

En el hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestarán o no dependiendo de una

serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan. (Zapata, 2013)

2.4.1.1.3 Consecuencias de la Succión Digital

- Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema)
- Retroinclinación de los incisivos inferiores
- Mordida abierta anterior
- Prognatismo Alveolar Superior
- Estrechamiento del arcada superior (Debido principalmente a la acción del musculo buccinador)
- Mordida cruzada posterior
- Dimensión vertical aumentada (Lugo & Toyo, 2011)
- **La Succión del pulgar:** Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa.

Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

- **Succión del dedo índice:** Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- **Succión del dedo índice y medio:** Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- **Succión del dedo medio y anular:** Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión de varios dedos producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

También el dedo que se chupa se torna aplanado y con un callo en el dorso producido por los incisivos superiores; aumento de la distancia horizontal entre los dientes superiores e inferiores cuando estos están en contacto (Zapata, 2013).

2.4.1.1.4 Tratamiento de la Succión Digital

- Explicar al niño con palabras acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia
- Aparatología removible o fija (rejilla lingual)
- Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral (Lugo & Toyo, 2011)

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. Los más utilizados son los arcos de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores.

2.4.2 SUCCIÓN LABIAL

Se da cuando el niño interpone el labio, casi siempre el inferior, en el momento de deglutir, o también en reposo a modo de chupete, entre los incisivos inferiores y superiores. Suele ir acompañado de maloclusiones, con un gran resalte de los incisivos superiores y una retroinclinación de los incisivos inferiores. Los niños que succionan apoyan el labio inferior durante el acto deglutorio y, además en algunos casos se autoestimulan con la succión permanente del labio inferior, con el consiguiente desequilibrio orofacial. A veces lo hacen como sustitución de la succión digital. También dan como resultado una mordida abierta anterior (Borras, Talens, Monlcon, & Rosell, 2011)

Zapata, Manifiesta que este hábito se presenta en las maloclusiones que van acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital. En la mayoría el labio inferior es el que está implicado, aunque se ha observado hábitos de mordisqueo del labio superior.

2.4.2.1 Etiología

Larson considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro

Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua, que deja ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo sobre el paladar (Borras, Talens, Monlcon, & Rosell, 2011)

2.4.2.2 Consecuencias

La interposición repetida del labio inferior entre ambos incisivos da como resultado:

- Protrusión superior (con o sin diastemas).
- Retroinclinación de los incisivos inferiores
- Mordida abierta anterior
- Prognatismo alveolar superior
- Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador)
- Mordida cruzada posterior.
- Dimensión vertical aumentada (Gonzalez, Guida, Herrera, & Quirós, 2012)

- Lingualización del frente incisivo mandibular, con el consiguiente incremento del resalte y una mordida abierta anterior.
- La succión del pulgar provoca generalmente una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula, ocasionada por la presión que ejercen la mano y el brazo (Zapata, 2013)

2.4.2.3 Tratamiento

La succión podría explicarse en 3 etapas:

Etapa I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico):

- Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad
- Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.
- Esta succión se resuelve de manera natural.

Etapa II (Succión de la pulgar clínicamente significativa):

- De los 3 años a los 6 ò 7 años de edad
- Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.
- Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital
- Definir programas de corrección

Etapa III (Succión del pulgar no tratada):

- Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión.
- Requiere tratamientos ortodónticos y psicológico (Gonzalez, Guida, Herrera, & Quirós, 2012)

Zapata también indica la utilización de Lip Bumper, este aparato va influenciar favorablemente en el desarrollo de la arcada inferior, ya que al separar el labio de los dientes antero inferiores, se produce una expansión espontanea de dicha arcada

2.4.3 RESPIRACIÓN

La respiración nasal o normal es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. Se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración. La lengua se eleva y se apoya contra el paladar produciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Las fosas nasales limpian y calienta el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas.

2.4.3.1 Respiración oral

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua y de la propia cabeza en menor medida, parece muy razonable que un patrón respiratorio alterado , como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, pueda modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua. Todo ello podría alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y en la posición de unos y otros

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos:

- **Por obstrucción funcional o anatómica:** es la respiración oral de vida a qué nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.

- **Por Hábito:** el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.

2.4.3.2 Etiología

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- Adenoides Hipertróficas
- Presencia de Pólipos Nasales
- Rinitis Alérgicas.
- Desviación del tabique nasal
- Hipertrofia idiopática de los cornetes
- Asmas y Bronquitis
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias

2.4.3.3 Características faciales y dentarias de la respiración oral

- Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras)
- Mordida cruzada posterior, uni o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- Paladar alto u ojival
- Retrognatismo del maxilar inferior
- Labio superior corto e hipotónico.
- Labio inferior hipertónico
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.

- Vestibuloversión de incisivos superiores.
- Maxilar superior estrecho.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.
- Incompetencia Labial.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados
- Perfil convexo.

2.4.3.4 Tratamiento

El tratamiento del respirador bucal requiere de un equipo multidisciplinario:

- Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.)
- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, etc.
- Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- Después que el paciente tenga libres las vías aéreas usará pantalla vestibular.
- Dispositivos ortodóncicos, aparato de disyunción.
- Terapia Miofuncional (Zapata, 2013)

2.4.4. ONICOFAGÍA

Borras, Talens manifiestan; cuando los niños se muerden constantemente las uñas, aparecen lesiones y desgaste en el relieve de los incisivos y en el esmalte.

El hábito de comer las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o chupón. No se debe reprender, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes (Zapata, 2013)

2.4.4.1 Etiología

Las causas más frecuentes que llevan a la persona al hábito de morderse las uñas son los estados obsesivo-compulsivos, el estrés y la agresividad; son, así, formas mediante las cuales las personas se calman en momentos de tensión, ansiedad y angustia, o cuando se encuentran en un estado de desadaptación provocado por cambios en la unidad familiar o la pérdida de seres queridos, entre otras. Cualquiera de estos estados puede desencadenar automáticamente y de manera frenética un impulso de morderse las uñas (Cortes & Oropeza, 2011). Crea alteraciones dentarias y afecta también a la higiene de todo el aparato estomagtonático. (Zapata, 2013)

2.4.4.2 Consecuencias

- Este hábito incorrecto y deformante trae como consecuencia alteraciones en la oclusión si se mantiene por largos periodos de tiempo y puede producir problemas en el desarrollo físico y emocional del niño (Reyes, Rosales, Roselló y García, 2011).
- Mordida abierta anterior.
- Intrusión de los dientes, especialmente de los incisivos superiores (Zapata, 2013)
- Hay casos severos en que la mordedura sobrepasa el borde libre de la uña, lo que tiene como consecuencia un daño importante que incluye sangrado, dolor, infecciones, paroniquia y osteomielitis. Este hábito se asocia a una disminución de la tensión, con lo cual las personas justifican la persistencia de la conducta pese al dolor y las consecuencias antiestéticas y no saludables.

2.4.4.3 Tratamiento:

- Se recomendado utilizar técnicas aversivas, como impregnas los dedos con sustancias amargas, protectores para los dedos, etc.,

- Tratamiento con férulas a modo de resina protectora; una vez colocada la férula en la boca del paciente, queda una mordida abierta anterior que dificulta totalmente el contacto borde a borde de los dientes, con lo que la acción de morderse las uñas es prácticamente imposible (Borras, Talens, Monlcon, & Rosell, 2011)
- Se le puede pedir al paciente que muerda el mordedor de goma, cinco minutos sin parar, siempre que tenga ganas de roer las uñas. También se le pide que, al sentirse ansioso, tome el mordedor y haga ese ejercicio durante cinco o diez minutos (Zapata, 2013)

2.4.5 BRUXISMO

Se trata de un trastorno cada vez más frecuentes en las consultas de odontología y ortodoncia, que afecta tanto a niños como adultos y que parece estar relacionado con variables de tipo ansiògeno.

El bruxismo se define como apretamiento o frotación no funcional de los dientes de forma prolongada e intensa que pueden provocar patologías dentales. En ambos casos, el sujeto no suele ser consciente de este comportamiento. Se consideran fundamentalmente dos tipos de bruxismo, a los que se denomina:

- **Bruxismo céntrico:** producido por apretamiento de los dientes
- **Bruxismo excéntrico** provocado por el frotamiento de los mismos. Su vez el bruxismo puede ser:
 - **El bruxismo nocturno es rítmico y conlleva sonidos, el diurno no**
 - El nivel de consciencia del sujeto es diferente en ambas conductas
 - Los sujetos que presentan bruxismo nocturno afirman no presentar dicho comportamiento durante el día.

El bruxismo se da tanto en niños como en adultos, aunque prevalece más en ciertas discapacidades, como el síndrome de Down, otros casos de discapacidad psíquica y alteraciones del sistema nervioso central (Borras, Talens, Monlcon, & Rosell, 2011)

2.4.5.1 Etiología

Desde el punto de vista conductual, se consideran las situaciones de ansiedad y estrés como fundamentales en el desarrollo de este problema. Existen datos que indican que los sujetos bruxistas responden a las situaciones de ansiedad con una mayor tensión de los músculos maseteros (Borras, Talens, Monlcon, & Rosell, 2011)

La etiología del bruxismo ha sido definida como multifactorial, siendo regulada por el sistema nervioso central e influenciado periféricamente. Es decir, que los hábitos bucales, desórdenes temporomandibulares, maloclusiones, ansiedad, personalidad y stress -entre otros- podrían influenciar la presencia del bruxismo periféricamente, ya que actúan como estímulo del sistema nervioso central, el cual reacciona alterando la neurotransmisión de dopamina, siendo la respuesta el apretamiento y rechinar de los dientes. En la etiología del bruxismo nocturno se consideran factores neurológicos, estímulos periféricos y elementos psicogenéticos.

Se ha sugerido también, que algunos medicamentos podrían estar relacionados al bruxismo

La prevalencia del bruxismo en niños es muy variada, reportándose en una población pediátrica de Hong Kong 8,5% y en niños americanos 38%; en Sudamérica se han encontrado porcentajes aún mayores, así en Brasil 43% y en Perú (Buenos Aires, Morropón, Piura) 69,8%. No encontrándose diferencias por sexo; pero si, según la edad; siendo más frecuente en jóvenes y disminuyendo en edades mayores.

2.4.5.2 Consecuencias

Las consecuencias del bruxismo incluyen

- Desgaste dental
- Abfracciones
- Movilidad, fracturas dentales
- Trauma oclusal, fatiga y/o dolor muscular, ruidos y/o dolor articular y cefalea.
- Los síntomas en niños pueden persistir hasta la adultez y llevar a problemas de la articulación temporomandibular, músculos faciales, pérdida de estructura dentaria,
- Problemas periodontales e incluso pérdida de piezas dentarias (Baldeon, Castillo, Balarezo, Evangelista, & Sanchez , 2014)

2.4.5.3 Tratamiento

Ayudar al niño a que encuentre formas de reducir su ansiedad puede mitigar el problema, aunque los estudios de tratamiento psicológico del bruxismo son escasos. Se puede hacer entretenida y relajada la hora de irse a la cama leyendo un libro o charlando con él, así como permitiéndole repasar los miedos o enfados que haya sentido durante el día. En estos casos suelen resultar útiles los elogios y otras muestras de apoyo emocional. Se desconoce hasta qué punto es hereditario este proceso. Los casos de bruxismo persistente se debe remitir al dentista y pueden manifestarse con dolor muscular o de articulación temporomandibular (Behrman, Kliegman , & Jenson, 2011)

CAPÍTULO 3

3. MALOCLUSIONES DENTARIAS

3.1 Definición de Maloclusión

La maloclusión es la alineación incorrecta de los dientes (Villafrancia, Fernandez, & Garcia , 2011)

Para comprender las diferentes maloclusiones debemos conocer la oclusión normal. Una mal posición dentaria es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. La malposición dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad, y por tanto es causa de maloclusión dentaria (Revista Cubana de Estomatología)

Las maloclusiones son definidas como alteraciones de carácter genético, funcional o traumático y dentario que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. La maloclusión no es una variable discreta, sino, una suma mal definida de variación genética y de los efectos de factores intrínsecos y extrínsecos sobre el crecimiento de la cara, de los dientes y maxilares. Las maloclusiones severas son a menudo acompañadas por desproporciones de la cara y de los maxilares. (Sosa Rodriguez, 2012)

La maloclusión es una alteración de la oclusión., es decir, una deficiente unión entre los dientes superiores e inferiores que deberían contactar como encajarían dos sierras iguales. Una maloclusión afecta el aspecto de la boca, dificulta los movimientos de esta al hablar, al tragar, al masticar, puede producir caries, enfermedad periodontal, etc. (Borras, Talens, Monlcon, & Rosell, 2011)

3.2 Etiología de la maloclusión

De acuerdo a Graber, los factores etiológicos de la maloclusión se dividen en:

Factores generales:

- Herencia
- Defectos congénitos
- Medio ambiente
- Problemas nutricionales
- Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales
- Postura
- Trauma y accidentes

Factores locales:

- Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias congénitas
- Anomalías en el tamaño de dientes
- Anomalías en la forma de los dientes
- Frenillo labial anormal, barreras mucosas
- Pérdida prematura de dientes
- Retención prolongada de dientes
- Brote tardío de los dientes
- Vía de brote anormal
- Anquilosis

- Caries dental
- Restauraciones dentales inadecuadas (Ugalde Morales, 2011)

3.3. Clasificación

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no sólo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.

3.3.1 MALOCLUSIÓN ANTEROPOSTERIOR:

Clasificación de Angle: Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas que se distinguen de la oclusión normal. Las clases de maloclusión fueron divididas en I, II y III.

Clase I: Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la llave molar (la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior). Estos pacientes presentan un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.

Clase II: Son las maloclusiones en las cuales el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Estos pacientes presentan el perfil convexo.

Clase II división 1: tiene como característica la inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son comunes los desequilibrios de la musculatura facial, causada por el distanciamiento vestibulo lingual entre los incisivos superiores e inferiores, el perfil es convexo.

Clase II división 2: se caracteriza por presentar incisivos superiores verticalizados o palatinizados. Los perfiles son rectos o ligeramente convexos.

Clase III: En esta maloclusión el surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior. El perfil facial es cóncavo, la musculatura está desequilibrada. Es común la mordida cruzada anterior y posterior (Zapata, 2013)

3.3.1.1 Consecuencias y Tratamiento

Clase I

La relación anteroposterior del maxilar y de la mandíbula es la correcta, por lo que no habría que estimular el crecimiento de ninguno.

Habría que actuar de forma temprana en 2 situaciones:

- a) ante la falta de espacio en la arcada inferior para la erupción del canino permanente, pudiendo estar incluido.
- b) ante la malposición grave en la arcada superior que afecte al desarrollo psicológico del paciente).

La falta de espacio para un canino suele ser producida por la exfoliación temprana del canino temporal, con un desplazamiento de los incisivos permanentes hacia el lado

afectado. El desplazamiento de la línea media inferior hacia ese lado es el primer signo que debe hacer sospechar de esta alteración.

Clase II

El maxilar está adelantado con respecto a la mandíbula.

Esto se puede producir porque:

- a) el maxilar esté protruido.
- b) la mandíbula esté retruida.
- c) una combinación de ambas

El mayor índice de fracturas de incisivos por traumatismos en la infancia se produce en niños con este tipo de alteración esquelética.

En el caso de que el maxilar esté protruido, éste vendrá acompañado por una protrusión labial, y el objetivo del tratamiento será frenar el crecimiento maxilar e impedir que el crecimiento secundario al de la sutura esenooccipital repercuta sobre el maxilar, tanto en la zona anteroposterior como vertical.

El enfoque del tratamiento en las mandíbulas retruidas será el de estimular, en la medida de lo posible, el crecimiento de éstas con aparatología funcional. Los casos de hipoplasia mandibular grave pueden producir apneas del sueño, y en algún caso extremo puede ser necesario recurrir a distracciones mandibulares para solucionarlo.

Cuando se combinan la protrusión maxilar con la retrusión mandibular habrá que combinar la aparatología para que frene el crecimiento de uno, mientras se estimula el de la otra.

Clase III

La mandíbula se encuentra adelantada con respecto al maxilar. El origen puede ser una hipoplasia maxilar, hiperplasia mandibular o una combinación de ambas.

Hoy día, la actitud terapéutica, salvo en casos muy determinados, es la de protruir el maxilar, para evitar alteraciones en la articulación temporomandibular (Sada & Giron, 2011)

3.3.2 MALOCLUSIONES VERTICALES:

Las maloclusiones como la mordida abierta y profunda son producidas por una alteración en la dimensión vertical.

Mordida abierta: Es la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas. Se clasifica en mordida abierta dental y mordida abierta esquelética. Si el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario, la mordida abierta es esquelética; si son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afecta las bases óseas, la mordida abierta es dental.

En función del origen del problema, la mordida abierta anterior se clasifica en: dentoalveolar, esquelética, o una combinación de ambas. Como regla general, la presencia de 3 milímetros o más de mordida abierta anterior refleja un problema esquelético (Castillo, Bordón, & Ríos, 2012)

Se refiere a un estado de sobremordida vertical aumentada, en donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. Las características faciales son: hipodivergente, cara amplia y cuadrada, competencia labial, tercio inferior disminuido, retrusión de ambos labios (Zapata, 2013)

3.3.2.1 Consecuencias

Existen rasgos físicos faciales que característicamente se presentan en los pacientes con mordida abierta anterior: alargamiento vertical de la cara, incompetencia labial, tensión de la musculatura perioral, aplanamiento del labio superior, borramiento del surco labiomenta, falta de proyección anterior del mentón. Asimismo es frecuente encontrar disfunciones de ATM, con sintomatología dolorosa ocasional y presencia de ruidos articulares.

La presencia de este desorden oclusal mayormente en niños se debe a diferentes factores tales como los hábitos, el más frecuente por succión digital, el uso de chupete durante mucho tiempo, la respiración bucal y en menor frecuencia pero no menos importante la carga genética (Castillo, Bordón, & Ríos, 2012)

Sobremordida vertical: Igualmente se puede medir clínicamente, en modelos de estudio o cefalométricamente, la distancia en mm en sentido vertical de la cantidad que cubre el borde del incisivo central superior al incisivo central inferior. La norma es de 2.5 mm (Ugalde Morales, 2011)

3.3.3 MALOCLUSIONES TRANSVERSALES

Las maloclusiones transversales son alteraciones de la oclusión en el plano transversal u horizontal, independientes de la relación que existe en los planos sagital o vertical.

En oclusión normal los molares superiores deben sobrepasar en 1 cúspide (en la mitad de su diámetro) al inferior, es decir las piezas dentales superiores están más hacia el exterior (hacia mejilla y labios) que las inferiores.

Mordida cruzada posterior: en esta situación las cúspides vestibulares de molares y premolares superiores ocluyen en las fosas de molares y premolares inferiores. Puede ser unilateral o bilateral.

Mordida en tijera: Aquí las caras palatinas de molares y premolares superiores están en contacto con las caras vestibulares de las inferiores (Ustrell , 2011)

Denominamos **MORDIDA CRUZADA** cuando el molar inferior está situado más hacia el exterior que el superior.

Denominamos **MORDIDA EN CAJA** cuando el molar superior está completamente tirado hacia el exterior respecto al inferior, es decir, lo normal sería que estuviera en la mitad de su diámetro pero aquí lo hace en su totalidad (Sosa Rodriguez, 2012)

3.3.3.1 Consecuencias y Tratamiento

Mordida cruzada

Los dientes de la arcada superior muerden por dentro de los de la arcada inferior. El origen normalmente es esquelético, pero también puede ser dentario.

Las mordidas cruzadas de origen esquelético pueden ser por un maxilar hipoplásico o una mandíbula hiperplásica. En ambos casos, la actitud es la de expandir el maxilar, ya que la sutura de la sínfisis se osifica a los 8 meses de vida, mientras que la osificación de la sutura palatina comienza a los 9 años.

A su vez, las mordidas cruzadas pueden ser uni o bilaterales. Las unilaterales producen la desviación de la mandíbula hacia el lado afectado, con la consecuente impactación del cóndilo en la articulación del mismo lado, y el desarrollo de una asimetría ósea.

Paladar ojival sin mordida cruzada

Puede coexistir una compresión del maxilar sin mordida cruzada, típico en pacientes respiradores orales o con hábitos, como la succión digital.

En este caso, los molares superiores se inclinan hacia la parte vestibular para una correcta oclusión, pero fuerzan su situación dentro del hueso. Primero se corrige la inclinación de los molares superiores y entonces se crea una mordida cruzada, para luego proceder a expandir el maxilar.

Las alteraciones del desarrollo transversal anteriormente descritas son de alta incidencia entre la población sana, son causa de enfermedad en el adulto y su tratamiento a edad temprana es rápido, estable y satisfactorio, por ello nos parece importante el papel de prevención que desempeña el pediatra en la detección de estas.

Mordida en tijera

Los dientes de la arcada superior muerden por fuera de los de la arcada inferior. Puede ser unilateral o bilateral (Síndrome de Brodie).

Habrá que corregir las inclinaciones dentarias en el plano transversal para dar la oclusión necesaria y evitar impactos condilares.

Definiciones conceptuales:

Hábitos: Se define como una costumbre que al principio es consciente y con la práctica se hace inconsciente.

Hábito bucal no fisiológico: es la práctica repetida en el tiempo que alteran la fisiología normal del organismo.

Maloclusión: Es el desarrollo anormal de las estructuras de la cavidad bucal, ya sean los dientes o los maxilares.

Maloclusión anteroposterior: es la clasificación de Angle; nos da la posición del primer molar superior permanente como punto fijo de referencia. También se incluyen aquí el resalte aumentado y la mordida cruzada anterior.

Maloclusión vertical: este término se utiliza para describir mordida abierta y mordida profunda.

Maloclusión transversal: El término tipo se utiliza para describir diversos tipos de mordidas cruzadas y de mordida en tijera (Zapata, 2013).

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, prospectivo y de campo.

Universo: estuvo conformado por 98 niños

Muestra: la muestra fue de 50 niños de 6 a 12 años.

Criterios de inclusión: Niños que presenten la relación molar en contacto.

Criterios de exclusión: Niños con tratamiento ortodóntico previo, niños que presentan algún Síndrome Craneofaciales.

Técnica: se solicitó permiso a la Directora de la Escuela “Luis Pasteur”, se realizó un consentimiento informado a cada uno de los padres de familia, la investigación en los niños se realizó, mediante la aplicación de una ficha de recolección de datos.

Con las fichas de recolección de datos y las encuestas, se describió los resultados obtenidos, y se realizó el plan de tabulación, una vez que se obtuvo los datos, se registraron los mismos en el programa Excel 2013, y se levantaron cuadros estadísticos, y la información fue representada gráficamente mediante pasteles estadísticos, y se continuó con el respectivo análisis e interpretación lógica de los resultados, se utilizó la prueba estadística chi-cuadrado.

Criterios éticos:

- ✓ El estudio consiste en realizar un examen clínico, no se corre riesgo alguno de adquirir alguna enfermedad, por ello no existe ningún riesgo en este estudio
- ✓ Se realizó un acercamiento con el director del establecimiento la misma que se hizo mediante una firma de acta de compromiso escrito donde se comprometan a trabajar de manera coordinada hasta el culmino del trabajo.

- ✓ Se solicitó autorización de todos los niños que vayan a ser incluidos en el trabajo de investigación; se entregó un consentimiento informado, en el que se incluyeron los aspectos referentes a la investigación, resaltando los aspectos del anonimato de su participación y la confidencialidad de sus aportaciones.

4. RESULTADOS

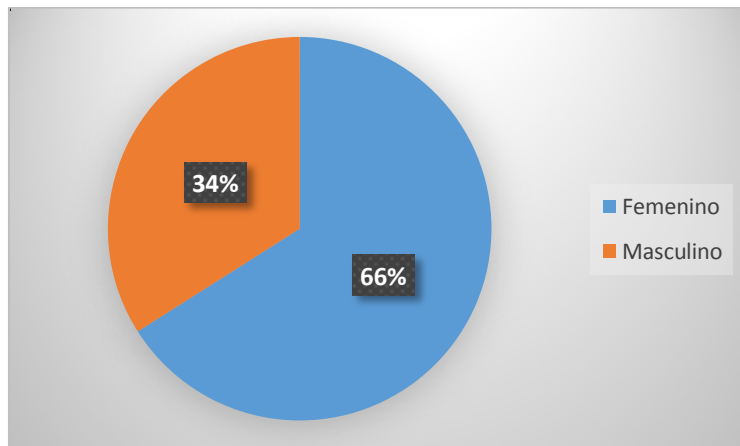
Tabla 1: Niños de la Escuela “Luis Pasteur” según género.

| Sexo | N | % |
|--------------|-----------|-------------|
| Femenino | 33 | 66% |
| Masculino | 17 | 34% |
| TOTAL | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 1



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación

El 66% (N: 33) representan al género femenino

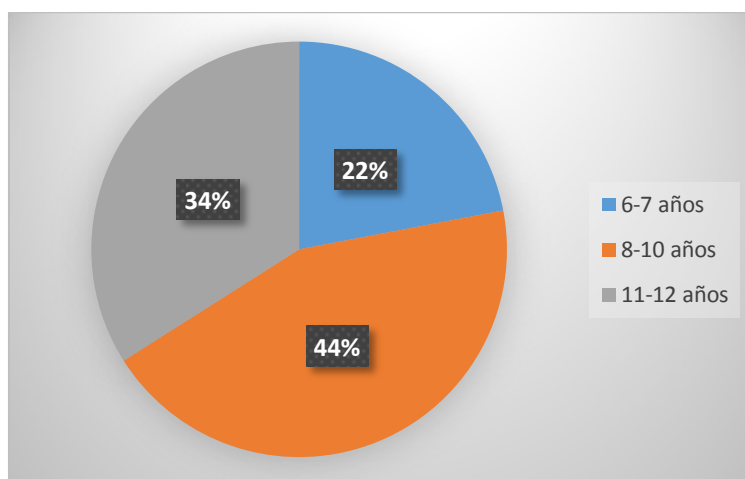
Tabla 2: Niños de la Escuela “Luis Pasteur” según edad

| Edad | N | % |
|--------------|-----------|-------------|
| 6-7 años | 11 | 22% |
| 8-10 años | 22 | 44% |
| 11-12 años | 17 | 34% |
| TOTAL | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 2



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación

El 44% (N: 22) corresponde al grupo de 8-10 años, el 34% (N: 17) a los escolares de 11-12 años.

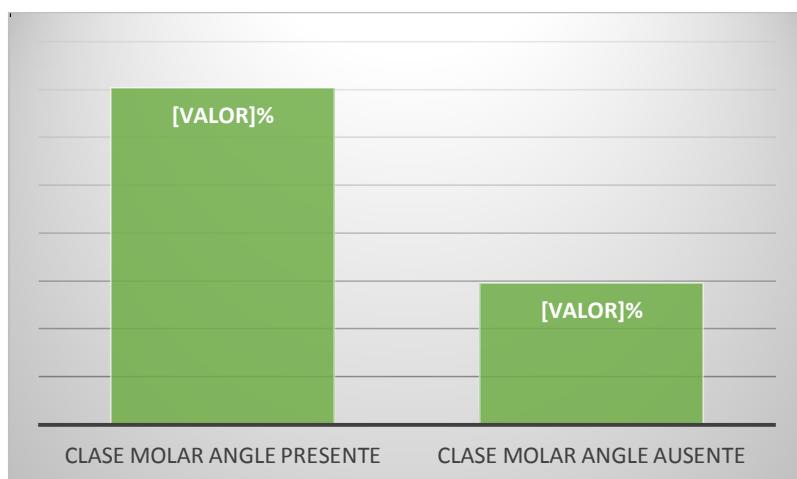
Tabla 3: Prevalencia de Maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 6 a 12 años de la Escuela "Luis Pasteur"

| Prevalencia clase molar Angle | N | % |
|-------------------------------|----|------|
| Clase molar Angle presente | 50 | 51% |
| Clase molar Angle ausente | 48 | 49% |
| TOTAL | 98 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 3



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación

El 51% (N: 50) corresponde a la clase molar de angle presente.

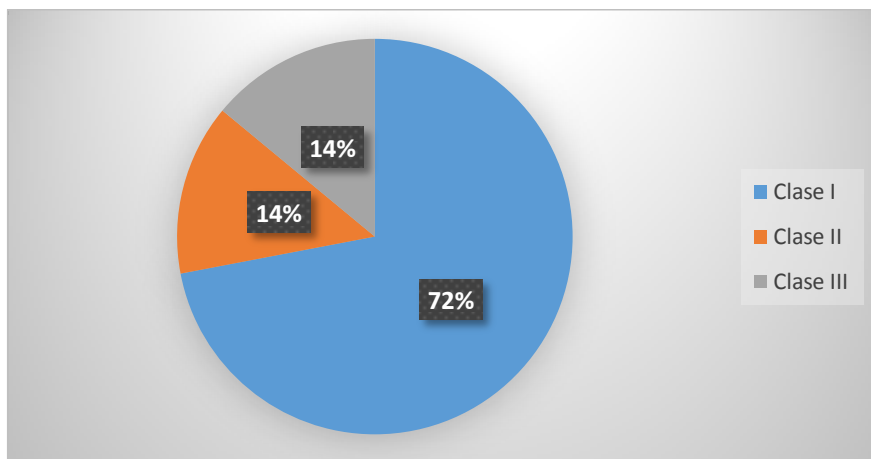
Tabla 4: Maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 6 a 12 años de la Escuela "Luis Pasteur"

| Maloclusión dentaria anteroposterior | N | % |
|---|----------|----------|
| Clase I | 36 | 72% |
| Clase II | 7 | 14% |
| Clase III | 7 | 14% |
| TOTAL | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 4



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación:

La maloclusión dentaria antero posterior predomina la clase I con un 72% (N: 36)

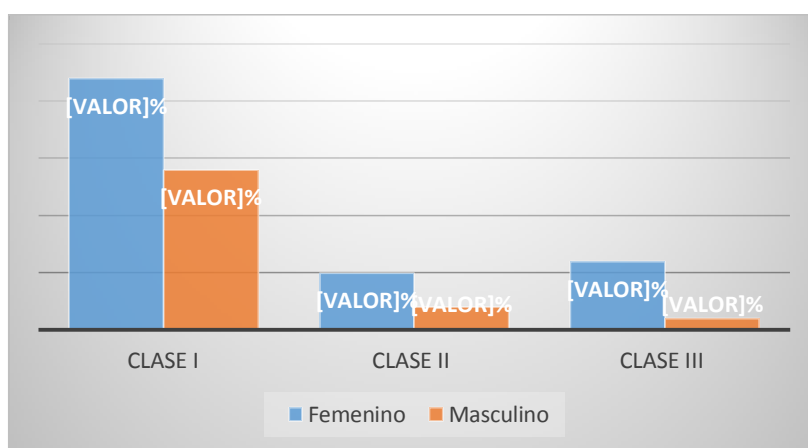
Tabla 5: Maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 6 a 12 años según género de la Escuela "Luis Pasteur".

| Maloclusión dentaria antero posterior | Femenino | | Masculino | | TOTAL | |
|---------------------------------------|----------|-----|-----------|-----|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Clase I | 22 | 44% | 14 | 28% | 36 | 72% |
| Clase II | 5 | 10% | 2 | 4% | 7 | 14% |
| Clase III | 6 | 12% | 1 | 2% | 7 | 14% |
| TOTAL | 33 | 66% | 17 | 34% | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 5



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación:

La maloclusión dentaria anteroposterior que predomina es la clase I con un 44% (N: 22) en el género femenino y con 28% (N: 14) en el género masculino.

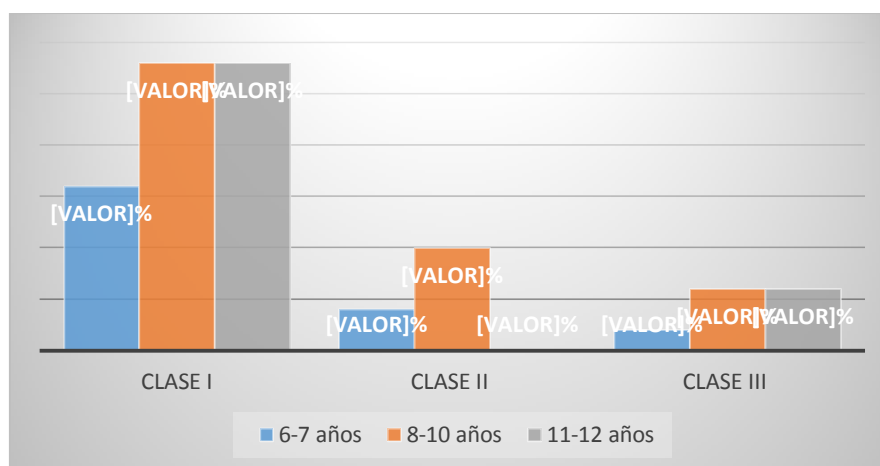
Tabla 6: Maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 6 a 12 años según edad de la Escuela "Luis Pasteur".

| Maloclusión dentaria antero posterior | 6-7 AÑOS | | 8-10 AÑOS | | 11-12 AÑOS | | TOTAL | |
|---------------------------------------|----------|-----|-----------|-----|------------|-----|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Clase I | 8 | 16% | 14 | 28% | 14 | 28% | 36 | 72% |
| Clase II | 2 | 4% | 5 | 10% | 0 | 0% | 7 | 14% |
| Clase III | 1 | 2% | 3 | 6% | 3 | 6% | 7 | 14% |
| TOTAL | 11 | 22% | 22 | 44% | 17 | 34% | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 6



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación:

La maloclusión dentaria anteroposterior que predominan es la clase I 16% (N: 8), 28% (N: 14) y 28% (N: 14) en los grupos de edad de 6-7 años; 8-10 años y 11-12 años respectivamente.

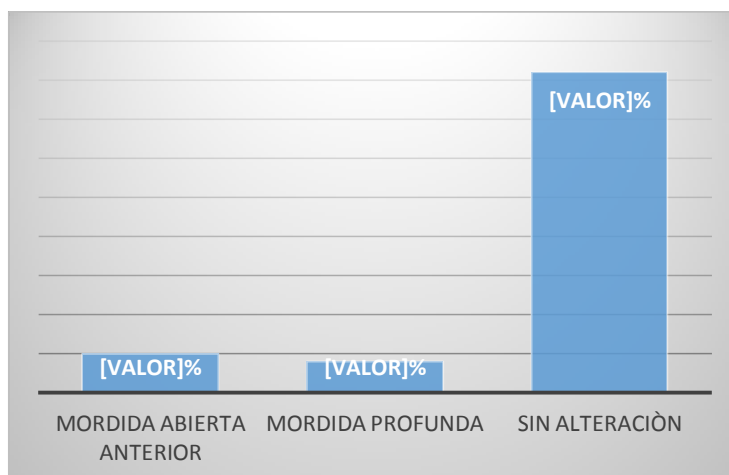
Tabla 7: Maloclusiones dentarias verticales en niños de 6 a 12 años de la Escuela "Luis Pasteur"

| Maloclusión dentaria vertical | N | % |
|-------------------------------|-----------|-------------|
| Mordida abierta anterior | 5 | 10% |
| Mordida profunda | 4 | 8% |
| Sin alteración | 41 | 82% |
| TOTAL | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 7



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación:

La mordida abierta anterior en un 10% (N: 5) y el 82% (N: 41) sin alteración.

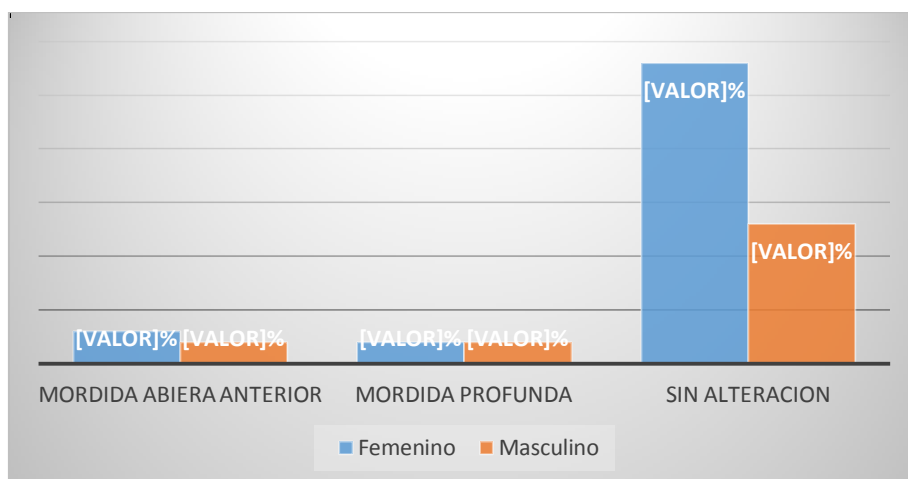
Tabla 8: Maloclusiones dentarias verticales en niños de 6 a 12 años según género de la Escuela "Luis Pasteur".

| Maloclusión dentaria vertical | Femenino | | Masculino | | TOTAL | |
|-------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Mordida abierta anterior | 3 | 6% | 2 | 4% | 5 | 10% |
| Mordida profunda | 2 | 4% | 2 | 4% | 4 | 8% |
| Sin alteración | 28 | 56% | 13 | 26% | 41 | 82% |
| TOTAL | 33 | 66% | 17 | 34% | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 8



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación:

La maloclusión dentaria vertical predomina en el género femenino es la mordida abierta anterior 6% (N: 3) y 4% (N: 2) en el género masculino; sin alteración el 56% (N: 28) Y 26% (N: 13) respectivamente.

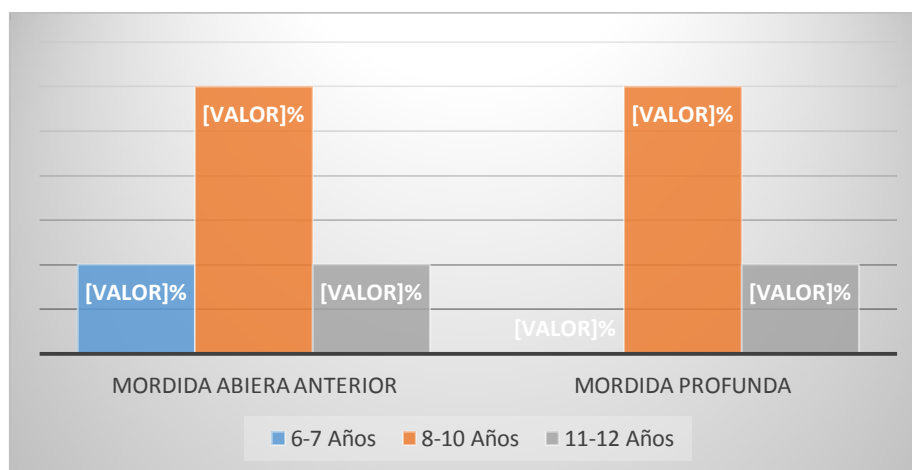
Tabla 9: Maloclusiones dentarias verticales en niños de 6 a 12 años según edad de la Escuela "Luis Pasteur".

| Maloclusión dentaria vertical | 6-7 AÑOS | | 8-10 AÑOS | | 11-12 AÑOS | | TOTAL | |
|-------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Mordida abierta anterior | 1 | 2% | 3 | 6% | 1 | 2% | 5 | 10% |
| Mordida profunda | 0 | 0% | 3 | 6% | 1 | 2% | 4 | 8% |
| Sin alteración | 10 | 20% | 16 | 32% | 15 | 30% | 41 | 82% |
| TOTAL | 11 | 22% | 22 | 44% | 17 | 34% | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 9



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación:

La maloclusión dentaria vertical que predomina es la mordida abierta anterior 2% (N: 1), 6% (N: 3) Y 2% (N: 1) en los grupos de edad 6-7, 8-10 y 11-12 años respectivamente.

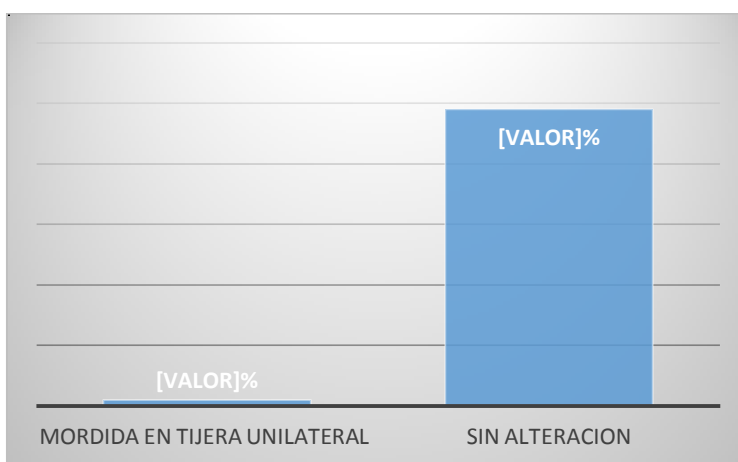
Tabla 10: Maloclusiones dentarias transversales en niños de 6 a 12 años de la Escuela "Luis Pasteur".

| Maloclusión dentaria transversal | N | % |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| Mordida en tijera unilateral | 1 | 2% |
| Sin alteración | 49 | 98% |
| TOTAL | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 10



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación:

2% (N: 1) mordida en tijera unilateral, 98% (N: 49) sin alteración.

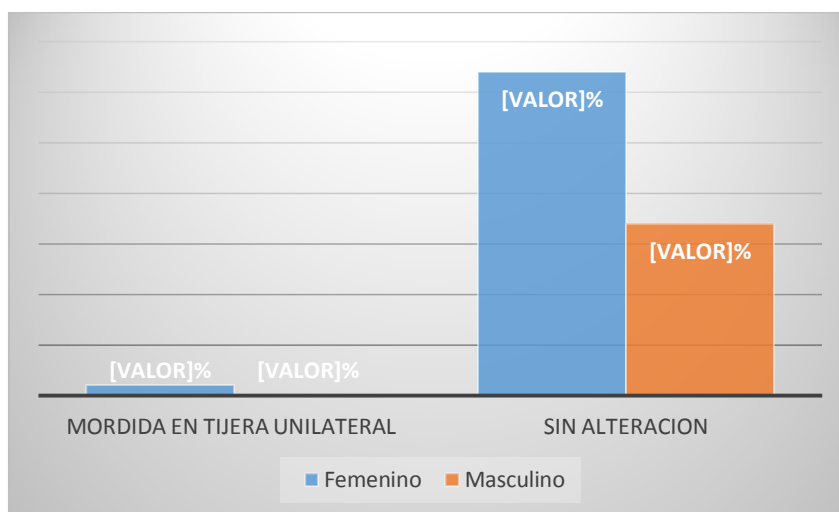
Tabla 10: Maloclusiones dentarias transversales en niños de 6 a 12 años según género de la Escuela "Luis Pasteur".

| Maloclusión dentaria transversal | Femenino | | Masculino | | TOTAL | |
|----------------------------------|----------|-----|-----------|-----|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Mordida en tijera unilateral | 1 | 2% | 0 | 0% | 1 | 2% |
| Sin alteración | 32 | 64% | 17 | 34% | 49 | 98% |
| TOTAL | 33 | 66% | 17 | 34% | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 10



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación:

2% (N: 1) mordida en tijera unilateral

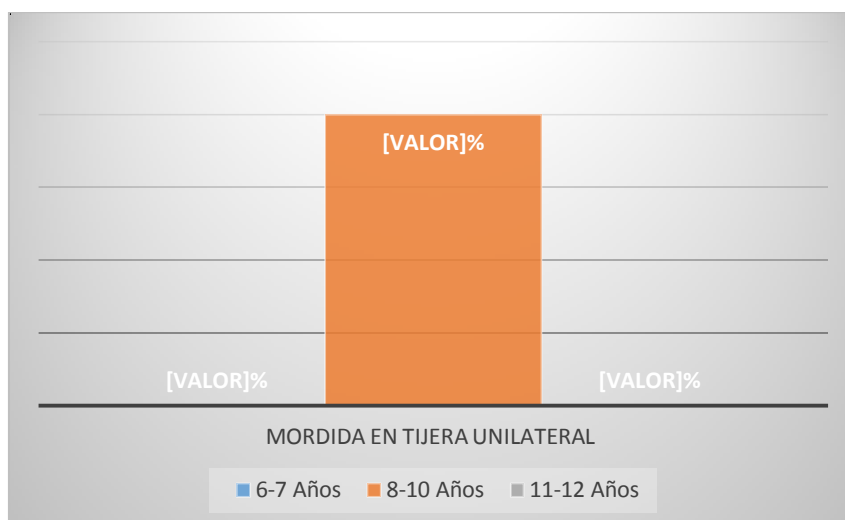
Tabla 12: Maloclusiones dentarias transversales en niños de 6 a 12 años según edad de la Escuela "Luis Pasteur".

| Maloclusión dentaria transversal | 6-7 AÑOS | | 8-10 AÑOS | | 11-12 AÑOS | | TOTAL | |
|----------------------------------|----------|-----|-----------|-----|------------|-----|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Mordida en tijera unilateral | 0 | 0% | 1 | 2% | 0 | 0% | 1 | 2% |
| Sin alteración | 11 | 22% | 21 | 42% | 17 | 34% | 49 | 98% |
| TOTAL | 11 | 22% | 22 | 44% | 17 | 34% | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 12



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación:

2% (N: 1) mordida en tijera unilateral presente en niño de 8-10 años

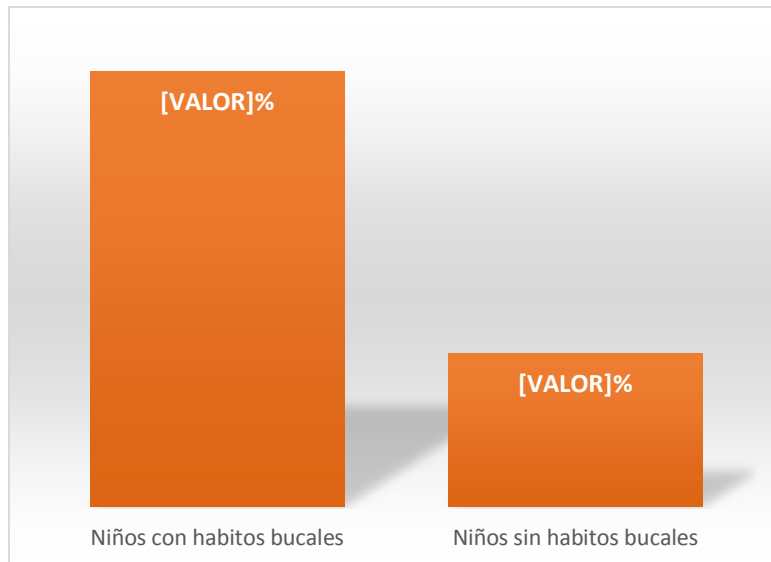
Tabla 13: Prevalencia de Hábitos Bucales presentes en niños de 6 a 12 años de la Escuela "Luis Pasteur"

| Prevalencia Hábitos Bucales | N | % |
|------------------------------------|----------|----------|
| Niños con hábitos bucales | 37 | 74% |
| Niños sin hábitos bucales | 13 | 26% |
| TOTAL | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 13



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación:

El 74% (N: 37) niños con presencia de hábitos bucales

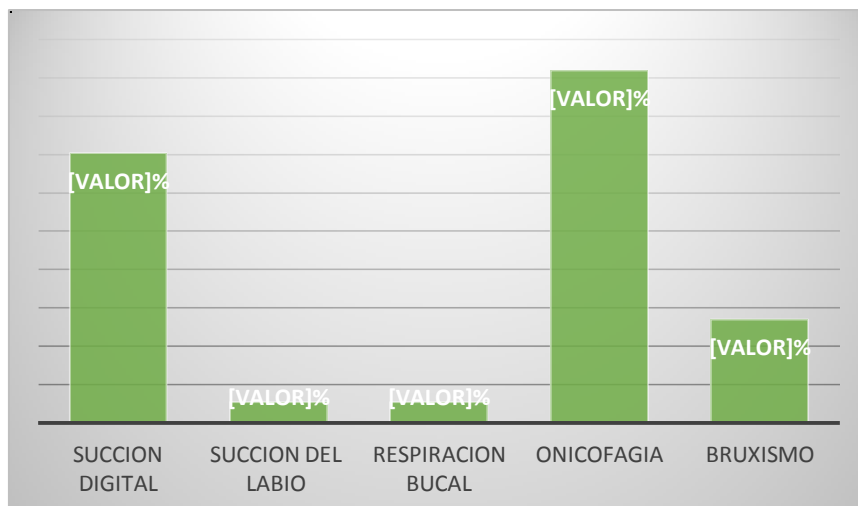
Tabla 14: Hábitos Bucales presentes en niños de 6 a 12 años de la Escuela "Luis Pasteur"

| Hábitos Bucales | N | % |
|-------------------|-----------|-------------|
| Succión Digital | 13 | 35% |
| Succión del Labio | 1 | 3% |
| Respiración Bucal | 1 | 3% |
| Onicofagia | 17 | 46% |
| Bruxismo | 5 | 14% |
| TOTAL | 37 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Gráfico 14



Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Interpretación:

Onicofagia 46% (N: 17), y la succión digital 35% (N: 13)

Tabla 15: Relación de Hábitos Bucales con Maloclusión dentaria anteroposterior presente en los niños de 6 a 12 de la Escuela "Luis Pasteur".

| Maloclusión dentaria anteroposterior | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------|-----|----------|-----|-----------|-----|-------|------|
| Hábitos Bucales | CLASE I | | CLASE II | | CLASE III | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Succión Digital | 11 | 22% | 1 | 2% | 1 | 2% | 13 | 26% |
| Succión del Labio | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2% |
| Respiración Bucal | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2% |
| Onicofagia | 13 | 26% | 4 | 8% | 0 | 0% | 17 | 34% |
| Bruxismo | 5 | 10% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 10% |
| Sin habito | 5 | 10% | 2 | 4% | 6 | 12% | 13 | 26% |
| TOTAL | 36 | 72% | 7 | 14% | 77 | 14% | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Pruebas chi-cuadrado

| Maloclusión Dentaria anteroposterior | | | | | |
|--------------------------------------|---------|----------|-----------|-------------------|--------------------------------|
| Hábitos Bucales | CLASE I | CLASE II | CLASE III | Recuento esperado | Relación |
| Succión Digital | 84,6% | 7,7% | 7,7% | 1,82 | Variables no significativas |
| Succión del Labio | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 14 | Variables no significativas |
| Respiración Bucal | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 14 | Variables no significativas |
| Onicofagia | 76,5% | 23,5% | 0,0% | 2,38 | Nivel de significancia del 10% |
| Bruxismo | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 70 | Variables no significativas |

Interpretación:

La onicofagia se relaciona con la maloclusión anteroposterior clase I 26% (N: 13) y clase II 8% (N: 4); se comprobó según el valor Chi-cuadrado de Pearson, que la Maloclusión Anteroposterior clase I y clase II tiene relación directa con la Onicofagia; con un nivel de significancia del 10% (2,38).

Tabla 16: Relación de Hábitos bucales con Maloclusión dentaria vertical presente en los niños de 6 a 12 años de la Escuela "Luis Pasteur"

| Hábitos Bucales | Mordida abierta anterior | | Mordida profunda | |
|--------------------------|--------------------------|------|------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Succión Digital | 3 | 6% | 2 | 4% |
| No presentaron | 10 | 20% | 11 | 22% |
| Succión del Labio | 0 | 0% | 0 | 0% |
| No presentaron | 1 | 2% | 1 | 2% |
| Respiración Bucal | 0 | 0% | 0 | 0% |
| No presentaron | 1 | 2% | 1 | 2% |
| Onicofagia | 2 | 4% | 2 | 4% |
| No presentaron | 15 | 30% | 15 | 30% |
| Bruxismo | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Sin alteración | 5 | 10% | 5 | 10% |
| Sin hábitos | 13 | 26% | 13 | 26% |
| TOTAL | 50 | 100% | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Pruebas chi-cuadrado

| Maloclusión dentaria vertical | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------------------------|
| Hábitos Bucales | Mordida abierta anterior | Mordida profunda | Recuento esperado | Relación |
| Onicofagia | 11,8% | 11,8% | 1,36 | Variables no significativas |
| Succión Digital | 23,1% | 15,4% | 1,04 | Nivel de significancia del 10% |

Interpretación:

Según el valor Chi-cuadrado de Pearson, se pudo observar que tanto la mordida abierta anterior y la mordida profunda se relaciona con la succión digital con 6% (N: 3) y 4% (N: 2) respectivamente, con un nivel de significancia del 10% (1,04).

Tabla 17: Relación de Hábitos bucales con Mordida en Tijera Unilateral presente en los niños de 6 a 12 años de la Escuela "Luis Pasteur".

| Hábitos Bucales | Mordida en tijera unilateral | |
|-------------------|------------------------------|-------------|
| | N | % |
| Succión Digital | 0 | 0% |
| Succión del Labio | 0 | 0% |
| Respiración Bucal | 0 | 0% |
| Onicofagia | 1 | 2% |
| Bruxismo | 0 | 0% |
| Sin alteración | 49 | 98% |
| TOTAL | 50 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Autor: Magali Katerine Seraquive Suquilanda

Pruebas chi-cuadrado

| Maloclusión dentaria transversal | | | |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| Hábitos Bucales | Mordida en tijera unilateral | Recuento esperado | Relación |
| Onicofagia | 5,9%% | 34 | Variables no significativas |

Interpretación:

Se pudo apreciar, según el valor Chi-cuadrado de Pearson, que no hay relación entre la maloclusión dentaria transversal con la onicofagia, debido a que presentan variables no significativas entre las mismas., ya que solo se encontró un caso de maloclusión dentaria transversal.

5. DISCUSIÓN

La presencia de un hábito bucal puede tener un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del niño. El periodo en el que la dentición temporal es remplazada por la definitiva, es también cuando la función de los músculos periorales se establece y es frecuente que los hábitos bucales durante este periodo sean factores de maloclusión (Aguilar, Sanchez, & Perez, 2011)

La valoración de estas conductas debe abarcar una evaluación completa del hábito en sí mismo y de la presencia o posibilidad de repercusiones sobre la salud bucal así como de la necesidad de instaurar un tratamiento precoz interceptivo que limite o corrija las repercusiones locales o generales de los hábitos bucales (Aguilar, Sanchez, & Perez, 2011)

En el estudio predomina la maloclusión dentaria en sentido antero posterior clase I (72%), clase II con (14%) clase III con un 14%. Este es un porcentaje menor al que demostró Camblor A. y Cols en donde la maloclusión que predomina es la clase I tipo 1 con un 36,10%, lo que es igual a 801 pacientes; seguida por la clase III con un 22% que equivale a 488 pacientes y por último la clase II tipo 1 con un 17,55%, igual a 388 pacientes. (Camblor, Cogorno, Gutiérrez, & Veitia, 2010)

Solarte y Cols. Hizo el estudio en una población de 1000 niños encontrando, mordida abierta y la deglución atípica en un 10.3% y 9.6% respectivamente. En nuestro estudio se encontró la mordida abierta en un 10% (Solarte, Rocha, & Agudelo, 2011)

En nuestro estudio encontramos como hábito bucal más frecuente la onicofagia (46%), seguido de la succión digital (35%) y en tercer lugar el bruxismo en (14%), datos que no coinciden con Camblor A. y Cols en donde encontró que la deglución atípica fue el

hábito más frecuente en un (12.08%) y en segundo lugar la respiración bucal en un 6.78%, (Camblor, Cogorno, Gutiérrez, & Veitia, 2010)

Así mismo Aguilar M y Cols en su estudio encontraron que la onicofagia (44%) es el hábito más frecuente, en segundo lugar está la respiración bucal (37.2%) y el tercero la succión digital (3.9%), de igual manera Murrieta-Pruneda J. y Cols. (2011); Encontraron en sus resultados que la onicofagia es el hábito más frecuente en escolares (35%), seguido por la respiración bucal (9.5%) y la succión digital (8.5%). La posible explicación de que este hábito haya sido el de mayor prevalencia radica en el hecho de ser un hábito muy difícil de erradicar porque es bastante disimulable. Los niños nerviosos muestran este hábito con mucha frecuencia, debido probablemente a un desajuste social y psicológico, lo que adquiere mayor relevancia que la sola presencia del hábito. Sin embargo en los estudios de Bhayya D., y Cols. y Urrieta E. y Cols; se encontraron que la interposición lingual y la respiración bucal fueron los hábitos bucales más prevalentes lo cual difiere con nuestros resultados donde se encontró que el hábito frecuente fue la onicofagia y succión digital (Montiel , 2011)

De igual manera Urrieta E. y Cols encontraron que la respiración bucal (30.95%) y la succión digital (14.28%) son los hábitos más frecuentes, en nuestro estudio se encontró la respiración bucal en 3% y la succión digital en un 3%.

Así Acevedo O. y Col; manifiesta en su estudio que encontraron niños con hábitos que no habían desarrollado anomalía y niños no portadores de hábitos con anomalías, lo cual tiene similitud con nuestro estudio ya que de 50 niños solo el 3 % presentó el hábito de respiración bucal y succión del labio, la mordida cruzada estuvo ausente (Aguilar, Villaiza, & Nieto, 2009)

En nuestro estudio se observó una mayor tendencia del género femenino 44% (N: 22) en relación al género masculino 28% (N: 14) en la maloclusión dentaria anteroposterior.

Se pudo observar una tendencia igual comparando sexo femenino y masculino en maloclusión dentaria vertical y maloclusión dentaria transversal. Se observó que hay un mayor porcentaje en los que presentan onicofagia (26%) relacionado con maloclusión dentaria anteroposterior Clase I y clase II. Se observó que la mordida abierta anterior y mordida profunda es más frecuente en la succión digital 6% y onicofagia 2%, lo cual se puede reflejar en el estudio de Cavalcanti L. y Cols quienes llegaron a la conclusión que, los niños con hábitos bucales nocivos tienen 5,2 veces más probabilidad de desarrollar acentuado resalte, 21,6 oportunidad más de presentar mordida abierta anterior (Camblor, Cogorno, Gutiérrez, & Veitia, 2010)

Asimismo Acevedo encontró que el 81.8 % que no presentó succión digital presentaron: 77% maloclusión dentaria clase I, 13.5% maloclusión dentaria clase II y 9.5% maloclusión dentaria clase III. La posible explicación a esto es que el efecto sobre la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre ellos, sino del tiempo de su actuación, lo que pudiera explicar que en nuestro estudio existan niños con hábitos que no se les ha desarrollado anomalía. El hecho de encontrar niños no portadores de hábitos con anomalías, reafirma que los hábitos bucales no son los únicos que producen anomalías dentomaxilares, también existen otros factores como la genética, la nutrición, la pérdida de piezas dentarias, entre otros, que inciden en su desarrollo (Camblor, Cogorno, Gutiérrez, & Veitia, 2010)

6. CONCLUSIONES

- La maloclusión dentaria anteroposterior que predomina es la clase I, con una mayor tendencia en el género femenino tanto en la clase I, clase II y clase III, con frecuencia en las edades de 8-10 años.
- Los niños tienen hábitos bucales como la onicofagia, succión digital, bruxismo, succión de labio y respiración bucal.
- La onicofagia se relaciona con la maloclusión dentaria anteroposterior clase I y clase II; y la maloclusión dentaria vertical; tanto mordida abierta anterior y mordida profunda se relaciona con la succión digital con un nivel de significancia respectivamente.

7. RECOMENDACIONES

- Diagnosticar correctamente la presencia o no de hábitos bucales para prevenir la alta prevalencia de maloclusiones a edades más avanzadas, proporcionándole una atención integral al niño y la información completa a los padres y/o representantes sobre el tratamiento de estos.
- Incentivar a los padres de familia de llevar periódicamente a sus hijos al dentista desde temprana edad, para con ello detectar alguna patología y poder controlar o evitar alteraciones desde su inicio.
- Promover e implementar a los diferentes grupos etarios y grupos poblacionales de una manera periódica y eficaz programas de higiene bucal, control y prevención de las enfermedades bucales por parte de las autoridades de salud y educación en donde participen las familias, los maestros y los profesionales de la salud.
- Impulsar nuevas investigación de maloclusiones en una población más amplia como en comunidades o diferentes instituciones educativas, en los mismos rangos de edad para establecer un análisis global del problema, debido a que no existe suficientes estudios sobre hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Castillo, C., Bordón, J., & Ríos, D. (2012). Frecuencia de Mordida Abierta Anterior en Escolares del Primero al Noveno Grado y sus factores asociados.
2. Aguilar, M., Villaiza, & Nieto, I. (2009). Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de Maloclusión en población escolar. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*.
3. Aguilar, R., Sanchez, N., & Perez, C. (2011). Relación entre hábitos nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*.
4. Agurto P. (2011). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Revista chilena de pediatría*.
5. Arroyo Yacsiry . (2012). Maloclusiones en niños de 8 a 12 años y la percepción de los padres de familia de la necesidad de una interconsulta con el ortodoncista a temprana edad. *Red de revistas científicas de america latina y el caribe, españa y protugal*, 19-24.
6. Baldeon, C., Castillo, C., Balarezo, J., Evangelista, A., & Sanchez, P. (2014). Bruxismo y parasitosis intestinal en niños de 4 a 6 años de edad en La Brea (Talara, Piura) Perú. *Rev Estomatol Herediana*.
7. Behrman, R., Kliegman, R., & Jenson, H. (2011). *Tratado de Pediatría*. España.
8. Borrás, S., Talens, T., Monlcon, C., & Rosell, V. (2011). *Guía para la Reducción de la Deglución Atípica y Transtornos Asociados*. Valencia: Nau Llibres.
9. Cambolor, A., Cogorno, V., Gutiérrez, H., & Veitia, J. (2010). Estudio retrospectivo de Maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el Centro Odontopediátrico de Carapa ubicado en la Parroquia Antímano. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopedria*.
10. Castillo, Aliaga. (2011). Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos Y Comunidades Nativas De La Amazonia De Ucayali, Peru. 87-91.
11. Cepero, Z., Hidalgo, I., & Duque, J. (2011). Intervención Educativa en escolares de 5 y 6 años con Hábitos Bucales Deformantes. *Rev Cubana Estomatol*.
12. Cortes, E., & Oropeza, R. (2011). Intervención conductual en un caso de Onicofagia. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*.
13. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Quito, Quito, Ecuador.
14. Ghafournia, M., & Tehrani, H. (2012). Relationship between Bruxism and Malocclusion among Preschool Children in Isfahan. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*, 6(4) : 148-142.
15. Gonzalez, M., Guida, G., Herrera, D., & Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de

- respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. . *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria* .
- 16.Lugo, C., & Toyo, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones . *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria* .
 - 17.Medina Carolina. (2010). Prevalencia de Maloclusiones Dentales en un grupo de pacientes pediátricos . *Acta Odontologica Venezolana*.
 - 18.Morán, V., & Zamora, O. (2013). Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. *Revista Latinoamericana*.
 - 20.Organizacion Mundial de la salud. (2011). Salud Bucal . Mexico.
 - 21.Pipa Vallejo A. (2011). Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *SCIELO*.
 - 22.Sada, M., & Giron, J. (2011). Maloclusiones en la dentición temporal o mixta. *Asociacion Española de Pediatras*.
 - 23.Solarte, J., Rocha, A., & Agudelo, A. (2011). Perfil Epidemiológico de las Alteraciones de la Oclusión en la Población Escolar del Corregimiento De Genoy, Municipio de Pasto, Colombia. *Revista Facultad de Odontologia*.
 - 24.Sosa Rodriguez, J. E. (2012). Universidad Central del Ecuador Facultad de Odontologia "Maloclusion (Clasificacion segun Angle) en alumnos de segundo y tercer semestre De la Facultad de Odontologia de la Universidad Central del Ecuador. Quito,Ecuador.
 - 25.Sosa Yessica . (2012). Maloclusiones (clisificacion segun Angle). Quito, Ecuador.
 - 26.Ugalde Morales, F. J. (2011). Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. *Revista ADM, 97*.
 - 27.Ustrell , J. (2011). Manual de Ortodoncia. En J. M. Ustrell, *Manual de Ortodoncia*. España- Barcelona.
 - 28.Versiani, P., Toledo, O., & Moraes, S. (2011). The relationship between bruxism, occlusal factors and oral habits. *Dental Press J. Orthod*.
 - 29.Villafrancia, F., Fernandez, P., & Garcia , A. (2011). *Higienistas Dentales*. España: Mad.
 - 30.Zapata, M. (2013). *Prevalencia De Hábitos Bucales Y Su Relación Con Maloclusiones Dentarias en niños de 06 a 12 años en el Colegio los Educadores*. Lima-Peru .

9. ANEXOS

FOTOGRAFÍAS

TOMA DE IMPRESIONES



Aplicación de encuestas por los padres de familia



CLASE I



CLASE II



CLASE III



Mordida abierta por succión digital



Mordida en tijera unilateral



Mordida profunda



Onicofagia



Succion del labio



Callo en el dedo indice por succion digital

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Of. No. 294-CCO-ASH-UNL
Loja, 19 de mayo de 2016.

Licenciada
Cecilia Calderón
DIRECTORA DE LA ESCUELA FISCAL "LUIS PASTEUR"
Ciudad.

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, me dirijo por medio del presente para solicitar de la manera más comedida, se autorice el desarrollo del tema de tesis titulado **"EVALUACION DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN RELACION A LOS HABITOS BUCALES DE LOS NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO - LOJA. PERIODO MARZO - JULIO 2016"**, en la Institución que Usted muy acertadamente dirige, para lo cual se requerirá aplicar las herramientas adecuadas acordes al mencionado tema de investigación. Dicho proyecto será elaborado por la señorita **MAGALI KATERINE SERAQUIVE SUQUILANDA**, con número de cédula 1900398866, estudiante del X Módulo de la Carrera de Odontología.

Segura de contar con su favorable acogida, le anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTÁ LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**


Dd. Esp. Susana González Eras
COORDINADORA CARRERA DE ODONTOLOGÍA



cc: Archivo

SPGE/mieb

26-05-2016


ANEXO 3



ESCUELA DE EDUCACION BASICA
"LUIS PASTEUR"

CERTIFICACION DE PRACTICAS PRE-PROFESIONALES

Cecilia Rocío Calderón Ordoñez, Líder institucional encargada de la escuela de Educación Básica "Luis Pasteur", de la parroquia Santiago, cantón y provincia de Loja.

CERTIFICA:

Que, la estudiante **SERAQUIVE SUQUILANDA MAGALI KATERINE** alumna de la Universidad Nacional de Loja de la Carrera de Odontología, realizó sus prácticas pre-profesionales en la institución que presido; actividades que realizó desde el 13 de junio hasta el 11 de julio del presente año.

Las actividades realizadas en la institución fueron:

- Socialización del tema con los estudiantes y maestros.
- Aplicación de la ficha de observación.
- Toma de impresiones.
- Registro de fotografías.
- Encuesta aplicada a padres de familia.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad y autorizando a la interesada hacer uso del presente documento en lo que estime pertinente.

Santiago, 20 de julio de 2016

Atentamente,




Lic. Cecilia Calderón
LIDER (E)

ANEXO 4

Consentimiento Informado

Yo _____ identificado con N° de cedula _____ autorizo a la señorita Magali Katerine Seraquive Suquilanda a realizar la Ficha Odontológica y el Examen Clínico de mi menor hijo _____.

Me han informado acerca del estudio que se realizara y su duración. Me informaron que se realizará un examen clínico para determinar la Prevalencia de tipos de oclusión dental y su asociación con la presencia de hábitos bucales en niños de 06 a 11 años en la escuela “**LUIS PASTEUR**”. El tiempo de duración será aproximadamente de 15 minutos por alumno.

El procedimiento se basa en determinar las maloclusiones dentarias causadas por hábitos bucales en su menor hijo.

He comprendido las explicaciones que se me dio en el lenguaje claro y sencillo, también se me otorgó la posibilidad de hacer todas las observaciones del caso, dando aclaración a toda duda presente.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi autorización para que se realice este procedimiento.

Estudiante

Padre de familia

ANEXO 5

Ficha de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AREA DE LA SALUD HUMANA ODONTOLOGIA

TEMA: “EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN RELACIÓN A LOS HÀBITOS BUCALES EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO-LOJA MARZO-JULIO 2016”

OBJETIVO: Precisar el tipo de oclusión dental de los niños de la escuela “Luis Pasteur”

Nombre del alumno:

Edad:

Grado:

| | | |
|---|---|------|
| F | M | Sexo |
|---|---|------|

| Examen Extraoral | |
|-------------------------|---|
| 1. Dedos | Normal..... Arrugado..... Enrojecido.... Callo..... Deformado.... |
| 2. Labios | |
| a) Labio superior | Normal ----- Corto..... Humectados.... Secos..... |
| b) Labio inferior | Normal ----- Corto..... Humectados.... Secos..... |
| Examen Intraoral | |
| Lengua: | Normal _____ Microglosia _____ Macroglosia _____ Interposición anterior _____ Interposición lateral _____ |
| Amígdalas: | Normal..... Inflamadas..... |

| | |
|------------------------------------|---|
| Paladar: | Normal__ Profundo__ Muy profundo__ |
| Forma del Arco | Paladar Oval..... Paladar cuadrado..... Paladar triangular..... |
| Facetas de desgaste dental: | SI__ NO __ |

| OCLUSION | | | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| | Molar Der. | Canina Der | Molar Izq. | Canina Izq. |
| CLASE I | | | | |
| CLASE II | | | | |
| CLASE II/1 | | | | |
| CLASE II/II | | | | |
| CLASE III | | | | |

| Maloclusión Horizontal | |
|-------------------------------|--|
| Sobremordida Horizontal | Normal..... Borde a Borde..... Cruzada..... Excesiva..... mm..... |
| Mordida Cruzada: | Anterior..... Posterior..... Unilateral..... Bilateral..... |
| Mordida en Tijera: | Posterior_____ Unilateral_____ Bilateral_____ |
| Apiñamiento | Ligero..... Moderado..... Severo..... |
| Maloclusión vertical | |
| Sobremordida vertical | Normal_____ Abierta_____ Moderadamente cerrada_____ Severamente cerrada_____ mm_____ |
| Mordida Abierta | Anterior _____ mm..... Posterior _____ mm Derecha_____ Izquierda_____ |

ANEXO 6

Hoja de Encuesta



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGIA**

TEMA: EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN RELACIÓN A LOS HABITOS BUCALES EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO-LOJA MARZO-JULIO 2016”

OBJETIVO: Precisar los hábitos bucales de los niños de la escuela “Luis Pasteur”

Nombre del alumno:

Grado:

Edad:

| | |
|---|---|
| F | M |
|---|---|

Sexo:

| HABITOS | |
|---|---|
| Succión | |
| 1) ¿Su hijo se chupaba el dedo cuando era bebé? | SI__ NO__ |
| 2) ¿Actualmente se sigue chupando el dedo? | SI__ NO__ |
| 3) ¿Qué dedo se chupa? | Pulgar__ Índice__ Medio__ Anular__ Meñique__ Varios dedos __ |
| 4) ¿Su hijo se chupa el dedo durante el día o durante la noche? | Día _____ Noche _____ |
| 5) ¿Su hijo hace ruido al momento de chuparse el dedo? | SI__ NO__ |
| 6) ¿Su hijo presenta los dedos limpios – con callosidades? | Limpios_____ Con callosidades_____ |
| Respiración | |
| 7) ¿Su hijo respira por la boca? | SI__ NO__ |
| 8) ¿Permanece con la boca abierta la mayor parte del tiempo? | SI__ NO__ |
| | |

| | |
|---|--|
| 9) ¿Ronca por las noches? | SI__ NO__ |
| 10) ¿Ronca y tiene mucha salivación por las noches? | SI__ NO__ |
| 11) ¿Se resfría constantemente? | SI__ NO__ |
| 12) ¿Le han diagnosticado si tiene rinitis alérgica? | SI__ NO__ |
| 13) ¿Le han diagnosticado si tiene el tabique nasal desviado? | SI__ NO__ |
| 14) ¿Tiene asma? | SI__ NO__ |
| 15) ¿Le han diagnosticado amígdalas grandes? | SI__ NO__ |
| 16) ¿Le han diagnosticado adenoides? | SI__ NO__ |
| Bruxismo | |
| 17) ¿Su hijo aprieta o frota los dientes? | SI__ NO__ |
| 18) ¿Lo hace durante el día o la noche? | Día _____ Noche_____ |
| 19) ¿Se queja de dolor al despertar? | SI__ NO__ |
| Succión del labio | |
| 20) ¿Su hijo se chupa el labio superior o inferior? | Superior_____ Inferior_____ |
| 21) ¿Lo hace de día o de noche? | Día_____ Noche_____ |
| 22) ¿En qué momento lo hace? | |
| Onicofagia | |
| 23) ¿Su hijo se muerde las uñas? | Nunca __ Casi nunca__ A veces__ Casi siempre____ Siempre_____ |
| 24. ¿Su hijo succiona algún otro objeto como pañal, lápices, etc.? (cuáles) | SI_ NO_ Cual_____ |

ANEXO 7



Lic. Milton Ramos Correa
DIRECTOR DE "BRENTWOOD LANGUAGE CENTER"

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: "EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN RELACIÓN A LOS HÁBITOS BUCALES DE LOS NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO-LOJA 2016", de la estudiante MAGALI KATERINE SERAQUIVE SUQUILANDA, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 18 de Agosto de 2016

Lic. Milton Ramos Correa
DIRECTOR DE B.L.C.



Dirección: Maacará 12-27 entre Lourdes y Mercadillo (frente a las oficinas de Fedelibat)
Teléfono: 2566 002 • Loja - Ecuador

ANEXO 8

Pruebas de chip-cuadrado

MALOCCLUSIONES ANTEROPOSTERIORES

Resumen de procesamiento de casos

| | Casos | | | | | |
|--|--------|------------|----------|------------|-------|------------|
| | Válido | | Perdidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Succión Digital * Maloclusion Anteroposterior | 50 | 100,0% | 0 | 0,0% | 50 | 100,0% |
| Succión del Labio * Maloclusion Anteroposterior | 50 | 100,0% | 0 | 0,0% | 50 | 100,0% |
| Respiración Bucal * Maloclusion Anteroposterior | 50 | 100,0% | 0 | 0,0% | 50 | 100,0% |
| Onicofagia * Maloclusion Anteroposterior | 50 | 100,0% | 0 | 0,0% | 50 | 100,0% |
| Bruxismo * Maloclusion Anteroposterior | 50 | 100,0% | 0 | 0,0% | 50 | 100,0% |

Succión Digital * Maloclusion Anteroposterior

Tabla cruzada

| | | | Maloclusión Anteroposterior | | | Total |
|-----------------|----|-----------------------------|-----------------------------|----------|-----------|--------|
| | | | Clase I | Clase II | Clase III | |
| Succión Digital | No | Recuento | 25 | 6 | 6 | 37 |
| | | % dentro de Succión Digital | 67,6% | 16,2% | 16,2% | 100,0% |
| | Si | Recuento | 11 | 1 | 1 | 13 |
| | | % dentro de Succión Digital | 84,6% | 7,7% | 7,7% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 36 | 7 | 7 | 50 |
| | | % dentro de Succión Digital | 72,0% | 14,0% | 14,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|--------------------|----|------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,387 ^a | 2 | ,500 |
| Razón de verosimilitud | 1,507 | 2 | ,471 |
| Asociación lineal por lineal | 1,177 | 1 | ,278 |
| N de casos válidos | 50 | | |

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,82.

Succión del Labio * Maloclusión Anteroposterior

Tabla cruzada

| | | | Maloclusion Anteroposterior | | | Total |
|-------------------|----|-------------------------------|-----------------------------|----------|-----------|--------|
| | | | Clase I | Clase II | Clase III | |
| Succión del Labio | No | Recuento | 35 | 7 | 7 | 49 |
| | | % dentro de Succión del Labio | 71,4% | 14,3% | 14,3% | 100,0% |
| | Si | Recuento | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | % dentro de Succión del Labio | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 36 | 7 | 7 | 50 |
| | | % dentro de Succión del Labio | 72,0% | 14,0% | 14,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|-------------------|----|------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,397 ^a | 2 | ,820 |
| Razón de verosimilitud | ,665 | 2 | ,717 |
| Asociación lineal por lineal | ,337 | 1 | ,562 |
| N de casos válidos | 50 | | |

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,14.

Respiración Bucal * Maloclusión Anteroposterior

Tabla cruzada

| | | | Maloclusión Anteroposterior | | | Total |
|-------------------|----|-------------------------------|-----------------------------|----------|-----------|--------|
| | | | Clase I | Clase II | Clase III | |
| Respiración Bucal | No | Recuento | 35 | 7 | 7 | 49 |
| | | % dentro de Respiración Bucal | 71,4% | 14,3% | 14,3% | 100,0% |
| | Si | Recuento | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | % dentro de Respiración Bucal | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 36 | 7 | 7 | 50 |
| | | % dentro de Respiración Bucal | 72,0% | 14,0% | 14,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|-------------------|----|------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,397 ^a | 2 | ,820 |
| Razón de verosimilitud | ,665 | 2 | ,717 |
| Asociación lineal por lineal | ,337 | 1 | ,562 |
| N de casos válidos | 50 | | |

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,14.

Onicofagia * Maloclusión Anteroposterior

Tabla cruzada

| | | | Maloclusión Anteroposterior | | | Total |
|------------|----|------------------------|-----------------------------|----------|-----------|--------|
| | | | Clase I | Clase II | Clase III | |
| Onicofagia | No | Recuento | 23 | 3 | 7 | 33 |
| | | % dentro de Onicofagia | 69,7% | 9,1% | 21,2% | 100,0% |
| | Si | Recuento | 13 | 4 | 0 | 17 |
| | | % dentro de Onicofagia | 76,5% | 23,5% | 0,0% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 36 | 7 | 7 | 50 |
| | | % dentro de Onicofagia | 72,0% | 14,0% | 14,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|--------------------|----|------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 5,348 ^a | 2 | ,069 |
| Razón de verosimilitud | 7,451 | 2 | ,024 |
| Asociación lineal por lineal | 1,645 | 1 | ,200 |
| N de casos válidos | 50 | | |

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,38.

Bruxismo * Maloclusión Anteroposterior

Tabla cruzada

| | | | Maloclusión Anteroposterior | | | Total |
|----------|----|----------------------|-----------------------------|----------|-----------|--------|
| | | | Clase I | Clase II | Clase III | |
| Bruxismo | No | Recuento | 31 | 7 | 7 | 45 |
| | | % dentro de Bruxismo | 68,9% | 15,6% | 15,6% | 100,0% |
| | Si | Recuento | 5 | 0 | 0 | 5 |
| | | % dentro de Bruxismo | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 36 | 7 | 7 | 50 |
| | | % dentro de Bruxismo | 72,0% | 14,0% | 14,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|--------------------|----|------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2,160 ^a | 2 | ,340 |
| Razón de verosimilitud | 3,497 | 2 | ,174 |
| Asociación lineal por lineal | 1,834 | 1 | ,176 |
| N de casos válidos | 50 | | |

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,70.

MALOCCLUSIONES VERTICALES

Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

| | Casos | | | | | |
|--|--------|------------|----------|------------|-------|------------|
| | Válido | | Perdidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Onicofagia * Maloclusión Vertical | 50 | 100,0% | 0 | 0,0% | 50 | 100,0% |
| Succión Digital * Maloclusión Vertical | 50 | 100,0% | 0 | 0,0% | 50 | 100,0% |

Onicofagia * Maloclusión Vertical

Tabla cruzada

| | | | Maloclusión Vertical | | | Total |
|------------|----|------------------------|----------------------|-----------------|------------------|--------|
| | | | No presenta | Mordida Abierta | Mordida Profunda | |
| Onicofagia | No | Recuento | 28 | 3 | 2 | 33 |
| | | % dentro de Onicofagia | 84,8% | 9,1% | 6,1% | 100,0% |
| | Si | Recuento | 13 | 2 | 2 | 17 |
| | | % dentro de Onicofagia | 76,5% | 11,8% | 11,8% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 41 | 5 | 4 | 50 |
| | | % dentro de Onicofagia | 82,0% | 10,0% | 8,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|-------------------|----|------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,633 ^a | 2 | ,729 |
| Razón de verosimilitud | ,607 | 2 | ,738 |
| Asociación lineal por lineal | ,619 | 1 | ,432 |
| N de casos válidos | 50 | | |

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,36.

Succión Digital * Maloclusión Vertical

Tabla cruzada

| | | | Maloclusión Vertical | | | Total |
|-----------------|----|-----------------------------|----------------------|-----------------|------------------|--------|
| | | | No presenta | Mordida Abierta | Mordida Profunda | |
| Succión Digital | No | Recuento | 33 | 2 | 2 | 37 |
| | | % dentro de Succión Digital | 89,2% | 5,4% | 5,4% | 100,0% |
| | Si | Recuento | 8 | 3 | 2 | 13 |
| | | % dentro de Succión Digital | 61,5% | 23,1% | 15,4% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 41 | 5 | 4 | 50 |
| | | % dentro de Succión Digital | 82,0% | 10,0% | 8,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|--------------------|----|------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 5,099 ^a | 2 | ,078 |
| Razón de verosimilitud | 4,558 | 2 | ,102 |
| Asociación lineal por lineal | 3,788 | 1 | ,052 |
| N de casos válidos | 50 | | |

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,04.

MALOCCLUSIONES TRANSVERSALES

Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

| | Casos | | | | | |
|--------------------------------------|--------|------------|----------|------------|-------|------------|
| | Válido | | Perdidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Onicofagia * Maloclusión Transversal | 50 | 100,0% | 0 | 0,0% | 50 | 100,0% |

Onicofagia*Maloclusión Transversal tabulación cruzada

| | | | Maloclusión Transversal | | Total |
|------------|----|------------------------|-------------------------|------------------------------|--------|
| | | | No presenta | Mordida en tijera unilateral | |
| Onicofagia | No | Recuento | 33 | 0 | 33 |
| | | % dentro de Onicofagia | 100,0% | 0,0% | 100,0% |
| | Si | Recuento | 16 | 1 | 17 |
| | | % dentro de Onicofagia | 94,1% | 5,9% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 49 | 1 | 50 |
| | | % dentro de Onicofagia | 98,0% | 2,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) | Significación exacta (2 caras) | Significación exacta (1 cara) |
|--|--------------------|----|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,981 ^a | 1 | ,159 | | |
| Corrección de continuidad ^b | ,116 | 1 | ,733 | | |
| Razón de verosimilitud | 2,197 | 1 | ,138 | | |
| Prueba exacta de Fisher | | | | ,340 | ,340 |
| Asociación lineal por lineal | 1,941 | 1 | ,164 | | |
| N de casos válidos | 50 | | | | |

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,34.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

ANEXO 9

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los tipos de oclusión dental en relación a los hábitos bucales en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago – Loja 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el tipo de oclusión dental de los niños de la escuela “Luis Pasteur” según género y edad
- Precisar los hábitos bucales de los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago.

ANEXO 10

a) TEMA

**EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN
RELACIÓN A LOS HÁBITOS BUCALES EN LOS NIÑOS DE LA
ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO-LOJA
2016**

b) PROBLEMATIZACIÓN

En el país el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la falta del enfoque biólogo - curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; Esto conllevó a profundizar la inequidad en el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales en situación de pobreza y extrema pobreza. Fueron marcadas las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural, económico; es así que el gasto directo de bolsillo en el país representó casi el 50% en las economías de las familias ecuatorianas

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar, a más de los rezagos de estos problemas, nuevos retos y necesidades que devienen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. La pirámide poblacional, muestra una estructura demográfica joven, los grupos etarios de 0 a 24 años constituyen algo más del 50% del total de la población, con más del 30% de menores de 15 años. La expectativa de vida, es de 75 años (72,1 para hombres y 78 para mujeres) y el porcentaje de personas de la tercera edad es del 6,19 % (Ecuador, MSP, 2012)

En cuanto al perfil epidemiológico, el país está experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales y los vinculados al deterioro ambiental

Frente a esta realidad, desde el año 2007 el gobierno ecuatoriano en función de lograr el Sumak Kawsay o el Buen Vivir, que constituye la orientación ética y política que marca el accionar del Estado y sus instituciones, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se expresa entre otros aspectos en un incremento importante del presupuesto y en concordancia con el mandato Constitucional, se establece la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención pública de salud. Al ser la salud uno de los elementos más sensibles para el mejoramiento de la calidad de vida, la transformación del sector se constituye en un eje prioritario del desarrollo del país

Para tener una adecuada Atención Integral de la Salud en la comunidad, se debe considerar Principios como:

Equidad; dando el trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas, continuidad, preservando el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación, participativo, empleando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado, eficiente, eficaz y de calidad; concientizando el adecuado uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos

poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. Que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población

El Plan de Salud Bucal, dentro del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Intercultural Familiar y Comunitaria, tiene un enfoque en la Promoción y Prevención, estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes curativos y restaurativos y una relación de complemento con la atención médica, además busca articularse con los programas de atención a las personas, a fin de mejorar la calidad de salud y vida, eliminando las disparidades sanitarias y facilitando la colaboración entre las personas, profesionales de salud, comunidades y de todos los niveles de la sociedad (Ecuador, MSP, 2012)

El 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental; Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura; la incidencia varía según la región geográfica; La incidencia de cáncer bucodental es de entre 1 y 10 casos por 100 000 habitantes en la mayoría de los países; Los defectos congénitos, como el labio leporino y el paladar hendido, se dan en uno de cada 500-700 nacimientos; la prevalencia de nacimiento varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas; Un 40%-50% de las personas VIH-positivas sufren infecciones fúngicas, bacterianas o víricas, que suelen aparecer al principio de la infección (OMS, 2007).

Las enfermedades bucales son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, y como en todas las enfermedades, la mayor carga es en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente. Las graves repercusiones en términos de dolor y sufrimiento, deterioro de la función y el efecto en la calidad de vida también debe ser considerado. El tratamiento de las enfermedades bucales es extremadamente costoso y no es factible en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos.

Diferentes investigaciones han mostrado que más de 120 enfermedades sistémicas se originan en la cavidad bucal. Las enfermedades bucales se han asociado con compromiso nutricional, cáncer, xerostomía, neumonía, bacteriemia, enfisema, problemas del corazón, diabetes, complicaciones en cirugía entre otras. Las enfermedades bucales aumentan el riesgo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la diabetes mellitus y enfermedades respiratorias (Dirección General de Salud, Epidemiología, 2012)

(Manzon, (2013) Define la oclusión como la relación o el contacto entre dientes superiores e inferiores como consecuencia del funcionamiento de la articulación temporomandibular (ATM) en armonía con la actividad funcional de la musculatura masticatoria.

Según la (OMS, 2007) las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Determinaron que el comportamiento de las maloclusiones a escala

mundial oscila en rangos de 35 a 75%, con diferencias en el sexo y la edad, reporta un porcentaje de 93% de prevalencia de esta alteración en dentición temporaria. La maloclusión, según Angle (2007), es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura. Una maloclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión. La corrección de maloclusiones reduce el riesgo de pérdida de piezas y puede ayudar a aliviar presiones excesivas en la articulación temporomandibular. Se entiende por maloclusión a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, no solo interviene la herencia en el desarrollo de esta patología sino que intervienen otros factores especialmente los hábitos. Conociendo que los hábitos bucales pueden modificar la posición de los dientes y la relación o la forma de las arcadas dentarias de cada persona. La maloclusión es ocasionada generalmente por dientes apiñados, mala alineación de los dientes, mordida cruzada, sobre mordida, o por golpes recibidos.

En Perú se llevó a cabo un estudio de maloclusiones en niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad. Se evaluó la presencia de maloclusiones usando la clasificación de Angle así como alteraciones ortodónticas. Se incluyeron 201 sujetos, 106 (52,7%) fueron mujeres, la mayoría (54,7%) tuvo entre 6 y 12 años. Se encontró una prevalencia de maloclusiones del 85,6%; la más prevalente según la clasificación de Angle fue la clase I (59,6%). Se evidenciaron alteraciones ortodónticas en el 67,2% de casos. Las alteraciones ortodónticas encontradas más frecuentes fueron apiñamiento dentario (28,4%), mordida cruzada anterior (17,4%), sobresalte exagerado (8,5%), sobremordida exagerada (5,0%) y mordida abierta anterior 5,0% (Castillo A, 2011).

En Ecuador (Quito) se llevó a cabo un estudio de maloclusiones en los estudiantes de segundo y tercero de bachillerato de la Universidad Central del Ecuador. En el grupo estudiado se observa que el 60% de estudiantes corresponde al sexo femenino, en tanto que el 40% restante es de sexo masculino; el 40% de estudiantes oscilan entre los 18- 19 años, el 45% entre los 20-21 años, el 13% entre los 22- 23 años y el 2% entre los 24-25 años. Se evaluó la presencia de maloclusiones usando la clasificación de Angle. Se encontró una prevalencia de maloclusiones del 47,16% de estudiantes con Clase I de Angle, 16,99% presentan Clase II de Angle y el 7,55% con Clase III de Angle en las dos hemiarquadas; se clasificó independientemente si la Clase corresponde a las dos hemiarquadas del paciente donde se obtuvieron los siguientes resultados Hemiarquada Derecha Clase I de Angle el 66,04%, Clase II de Angle el 18,87% y en Clase III de Angle el 15,09% mientras que en la Hemiarquada Izquierda presenta Clase I de Angle el 54,72%, Clase II y Clase III de Angle el 22,64% (Sosa Y, 2012).

En Venezuela se realizó un estudio en el que se analizó las maloclusiones de 479 pacientes el 97,29% de los pacientes tuvo edades entre 5 y 12 años. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo utilizando la Clasificación de Angle, modificación Dewey-Anderson. Los Resultados mostraron que el 64,30% de los pacientes presentó maloclusión Clase I; 20,67% Clase II y 15, 03% Clase III (Medina C, 2010).

En un estudio similar realizado en Costa Rica, en el año 2012 se analizaron 195 niños de 8 a 12 años de edad., de los cuales el 88% presentaron algún tipo de maloclusión. Se

evaluó la presencia de maloclusiones usando la clasificación de Angle. Identificándose que la prevalencia de la maloclusión es de un 45.11% observándose la CII como más prevalente con un 30.76% y la CIII con un 14.35% (Arroyo Y, 2012).

En Madrid se llevó a cabo un estudio de Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años. Se realizó un estudio observacional descriptivo. Se seleccionaron 368 niños de 3 a 9 años del área sanitaria de Ferrol, con el objetivo de identificar la prevalencia de maloclusión en relación con los hábitos de succión no nutritivos (HSNN), (digital, chupete, biberón) y respiración oral. La prevalencia de estos hábitos depende de la edad del niño, en edades entre 2-4 años el chupete está ampliamente extendido, mientras que en los niños mayores de 4 años lo es la respiración oral. La prevalencia general de maloclusión es del 37,37%. Se demuestra la relación directa entre los HSNN y la maloclusión porque en las tres patologías oclusales estudiadas hay diferencia estadísticamente significativa. De mayor prevalencia de maloclusión en el grupo con succión digital y/o chupete más de 3 años. La prevalencia final para el grupo con uso de chupete y succión digital igual o mayor a 3 años es de 45,9%. La patología más frecuente es el resalte aumentado, seguida de la mordida cruzada posterior y por último la mordida abierta anterior. Es más frecuente la patología oclusal en la mujer tanto en el grupo de patología general como en el grupo de patología asociada a HSNN. El hábito que presenta mayor prevalencia es el chupete y el de menor es la succión digital. Si bien hay que destacar que de los 33 casos con succión digital, el 85% de ellos persiste más de 3 años, por lo que concluyo que aunque es un hábito poco frecuente, la duración es alta, es un hábito difícil de superar por lo que se le debe dar especial énfasis en su prevención (Pipa Vallejo A., 2011)

En el estudio Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago, se investigó la relación entre la presencia de malos hábitos y el desarrollo de las anomalías dentomaxilares. El universo estuvo constituido por niños de 3 a 6 años de 6 colegios y 4 jardines infantiles particulares del área oriente de Santiago, con un total de 1110 niños quienes, al momento del examen, presentaban amígdalas sanas, dentición temporal completa e integridad coronaria. El 66% presentó malos hábitos. Se observaron un total de 1 878 casos, siendo los más frecuentes la succión (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%). Los objetos más succionados fueron la mamadera en 55%, el dedo en 23% y chupete 15%. De los niños que presentaron malos hábitos, el 57% (417) presentó a lo menos una anomalía dentomaxilar. Las anomalías más frecuentes fueron distoclusión 38%, mordida cruzada 28% y mordida abierta en 16%. La alta frecuencia de malos hábitos y de maloclusiones indica la necesidad que el pediatra sea capaz de detectar malos hábitos y algunos signos de anomalías dentomaxilares en forma precoz, ya que mientras antes sean objetivadas, menor será el daño que provoquen (Agurto P, 1999)

En cuba se llevó a cabo un estudio de Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes Se efectuó un estudio del tipo longitudinal prospectivo descriptivo en una escuela primaria del área de salud de Santa Martha, Municipio Varadero, provincia de Matanzas. El universo estuvo constituido por 120 niños de preescolar y primer grado de esta escuela, de donde se obtuvo una muestra representativa de 87 escolares que presentaban hábitos bucales deformantes. Se observó el predominio del uso del biberón en los niños de estas edades (65,6 %) en relación con

el reto de los hábitos estudiados, así como el hecho de que al finalizar la intervención disminuyó la presencia de dichos hábitos (Cepero Z, 2007)

El presente trabajo de investigación se realizará en la escuela “Abdón Calderón”. Dicha escuela está ubicada a 40 minutos de la ciudad de Loja, en la parroquia Santiago. Todos los escolares serán de suma importancia para realizar la investigación. La investigación estará constituida aproximadamente por 200 niños de la escuela “Abdón Calderón”, de la parroquia Santiago del cantón Loja.

El grupo de estudio seleccionado corresponde a los niños comprendidos en edad escolar de 6 a 11 años de género tanto masculino como femenino del plantel mencionado, su característica principal es la presencia de los primeros molares en los escolares de 6 a 11 años. Considerando el contexto señalado, se plantea la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación de los tipos de oclusión dental con los hábitos bucales de los niños de la escuela “Luis Pasteur”, de la parroquia Santiago del cantón Loja?

FORMATO PICO

| | |
|-----------------|---|
| P: Población | Niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago |
| I: Intervención | Tipos de Oclusión dental |
| C: Comparación | Hábitos bucales |
| O: Resultados | Evaluar los tipos de oclusión dental en relación a los hábitos bucales en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago |

c. JUSTIFICACIÓN

La universidad nacional de Loja en un compromiso con la comunidad tiene la obligación de formar profesionales con conocimientos teóricos- prácticos y a su vez vinculados con la comunidad para así aportar con alternativas para mejorar la salud bucodental e integral de nuestra ciudad, teniendo en cuenta los principios fundamentales como la ética, respeto, solidaridad y prudencia; a su vez garantizar a la sociedad un alto nivel académico y humanista.

Es por ello que el tema de investigación titulada **“EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN RELACIÓN A LOS HÁBITOS BUCALES EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO”**

Es de vital importancia en el área odontológica, ya que mediante este conocimiento de la anatómica normal y patológica, podrán ser diagnosticados cualquier tipo de patología y las causas principales por las cuales se da este tipo de patología, ya que las manifestaciones que se dan clínicamente en boca nos dan la pauta, para elegir y aplicar un tratamiento adecuado para cada uno de los pacientes que se diagnostique y así poder llevar a cabo el tratamiento adecuado. Por lo tanto debemos tener en cuenta que los resultados de este tipo de investigación, en el cual se observaran las diferentes maloclusiones dentarias producidas por hábitos, proporcionaran información útil a diversos investigadores y profesionales de odontología, y así realizar una odontología preventiva, identificando los hábitos precozmente. Además, tiene relevancia teórica porque nos permite establecer la prevalencia de maloclusiones dentarias relacionados a hábitos bucales en niños de 06 a 11 años de la escuela “Luis Pasteur”; también puede contribuir como antecedente para diversas investigaciones nacionales. Esta investigación puede motivar a la Universidad Nacional de Loja para que realice actividades donde se dé información educativa a los padres de los jóvenes con problemas de hábitos bucales; así como también charlas preventivas a padres de niños de diferentes instituciones cuyos hijos aún no presentan maloclusión dentaria.

d. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los tipos de oclusión dental en relación a los hábitos bucales en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago – Loja 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el tipo de oclusión dental de los niños de la escuela “Luis Pasteur” según sexo y edad
- Precisar los hábitos bucales de los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago.

e. ESQUEMA MARCO TEÓRICO

I. ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

a. Antecedentes

b. Hábitos Bucales

i. Hábitos fisiológicos.

1. Respiración.
2. Succiones.

ii. Hábitos no fisiológicos.

1. Succión digital.

iii. Respiración.

1. Etiología de respiración oral.
2. Cambios causados por respiración bucal

iv. Tratamientos frente a hábitos no fisiológicos y prevención.

1. Tratamiento de la succión digital..
2. Tratamiento de la respiración oral.

v. Maloclusiones Dentarias

1. Maloclusion Sagital

- a. Clase I Angle
- b. Clase II/1 Angle
- c. Clase II/2 Angle
- d. Clase II Angle

2. Maloclusión Horizontal

- a. Mordida cruzada
- b. Mordida en tijera

3. Maloclusion vertical

- a. **Sobremordida**
- b. Mordida abierta

f. Metodología

Tipo de Estudio: La investigación propuesta será un estudio descriptivo porque se observara las características factuales del objeto de estudio (maloclusión Angle “primeros molares permanentes”-hábitos bucales), transversal porque se realizara un corte en el tiempo, número de casos que se presentan en un momento determinado (prevalencia), cuantitativo por que los datos serán tomados en forma numérica y expuestos en tablas para su análisis.

Área de Estudio

El presente trabajo de investigación se realizará en la escuela “Luis Pasteur”. Dicha escuela está ubicada a 40 minutos de la ciudad de Loja, en la parroquia Santiago. Todos los escolares serán de suma importancia para realizar la investigación.

Universo

La investigación estará constituida aproximadamente por 98 niños de la escuela “Luis Pasteur”, de la parroquia Santiago del cantón Loja.

Criterios de inclusión:

- Todo niño y niña comprendidos entre 6 y 11 años de edad, matriculados en el centro escolar para el periodo 2015-2016
- Autorización de los padres para realizar el estudio, mediante la firma del consentimiento informado.
- Niños que presenten la relación molar en contacto.

Criterios de exclusión:

- Niños con tratamiento ortodóntico previo.
- Niños con tratamiento ortodóntico actual.
- Niños que presentan algún Síndrome.

Método

Protocolo “Evaluación de los Tipos de Oclusión Dental de los niños de la Escuela “Luis Pasteur”

Concepto: Un examen clínico permite observar mediante visión directa y con utilización de instrumentos la salud bucal de una persona y así poder dar un diagnóstico. Este examen nos permite examinar los tejidos suaves intra orales como: Mejillas, Paladar Duro y Blando, Úvula, Gingiva, Mucosa Labial, Glándulas Salivales y sus conductos excretores, Garganta, Lengua, Piso de Boca y dientes, así mismo permite visualizar la clase de oclusión de los escolares mediante el examen clínico.

Objetivo: Garantizar que la evaluación mediante el examen clínico, determine las maloclusiones dentales más frecuentes en los escolares.

Materiales y Equipo

- Sillón Odontológico
- Espejo Bucal
- Baja lenguas
- Rollos de Algodón
- 1 par de guantes de manejo
- Mascarilla
- Mangas
- Mandil
- Gafas Protectoras/ cubetas pediátricas
- Xilol (desinfectante de superficies)
- Gorro Desechables
- Alginato
- Yeso piedra

Procedimiento

- Solicitar los permisos necesarios al director de la escuela y a los representantes de los niños (Anexos 4 y 5) 1 .
- Requerir las listas de los niños a cada uno de los maestros de la escuela2.
- Realizar una reunión con los escolares3.
- Llenar la ficha de observación.

Protocolo de examen clínico

- Lavado de manos
- Identificar a los niños según número de lista
- Colocar las barreras de bioseguridad 4
- Sentar al niño en el sillón odontológico portátil
- Explicar el procedimiento al niño
- Revisar el tipo de oclusión dental 5

¹ Mediante el uso de oficio se pedirá permiso al director de la escuela para realizar la investigación. Explicando en que consiste la misma. Y a los padres de los escolares se les enviara un consentimiento pidiendo dar permiso a sus hijos que entren en la investigación, así mismo explicando claramente lo que se les realizara en los niños.

² Es necesario para saber el número de escolares con los que se trabajara.

³ Formando un solo grupo, para proceder explicar en qué consistirá la investigación.

⁴ Uniforme completo, mandil, gorro desechable, mangas de protección, y utilizar en forma sistemática guantes de nitrilo o de látex en el procedimientos. Hacer lavado previo antes de quitárselos y al terminar la práctica.

⁵ Se tomara en cuenta los tipos de oclusión tales como:

Clase I: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el surco formado entre la cúspide mesiovestibular y central del primer molar inferior.

Clase II: cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye por delante del surco vestibular del primer molar inferior permanente

Clase III: La cúspide mesiovestibular del 1er. Molar superior ocluye por distal del surco mesiovestibular del 1er, molar inferior

Mordida cruzada: Relación anormal de uno o más dientes, en la que las cúspides vestibulares de los dientes inferiores (mandibulares) son externas a aquellas de los dientes superiores (maxilares).

Mordida en tijera: Cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores. Pueden ser de ambas hemiarquadas o una sola hemiarquada

Línea media desviada: La línea media dental es una línea imaginaria verticalmente en el área de contacto de los dos incisivos centrales. Existe una línea media dental superior y una línea media dental inferior para los dientes de las arcadas superior e inferior. Lo ideal es que ambas líneas medias coincidan entre sí y con la línea

Instrumentos de Recolección de Datos

Ficha de datos personales para los escolares

Encuesta (Anexo 2)

Ficha de observación (Anexo 3)

Consentimiento informado (Anexo 4-5)

Fuentes de Información

Directa: mediante el examen clínico a cada uno de los escolares.

Plan de Análisis

Una vez obtenidos Los datos serán ingresados en una hoja de Excel para su análisis cuantitativo y cualitativo-descriptivo y presentación de resultados en tablas y gráficos.

Usos de los Resultados

Lo resultados que se obtengan en la investigación, servirán para dar a conocer a los padres de familia y a la población en general sobre el problema que puede producir una mala oclusión dental en los niños y los hábitos bucales que pueden causar las maloclusiones dentarias. De esta manera esta investigación puede ser utilizada para que los programas de salud pública tengan mayor visión sobre los problemas que afectan a esta población, y posteriormente se pueden elaborar programas de salud odontológica que ayuden a la población. Este estudio a su vez podrá ser comparado, ya que existen estudios similares en otras ciudades del país. Y así saber más sobre la problemática que afecta a escolares en distintos lugares del país.

Riesgos.

El estudio consiste en realizar un examen clínico, no se corre riesgo alguno de adquirir alguna enfermedad, por ello no existe ningún riesgo en este estudio

Consideraciones Éticas

- ✓ Se realizó un acercamiento con el director del establecimiento la misma que se hará mediante una firma de acta de compromiso escrito donde se comprometan a trabajar de manera coordinada hasta el culmino del trabajo.
- ✓ Se pedirá autorización de todos los niños que vayan a ser incluidos en el trabajo de investigación; se entregara un consentimiento informado, en el que se incluirán los aspectos referentes a la investigación, resaltando los aspectos del anonimato de su participación y la confidencialidad de sus aportaciones.

g. Cronograma

Cronograma de actividades

Proyecto: “Evaluación de los tipos de Oclusión Dental en relación a los hábitos bucales en los niños de la Escuela “LUIS PASTEUR” de la parroquia Santiago.

| ACTIVIDAD | Marzo 2016 | | | | Abril 2016 | | | | Mayo 2016 | | | | Junio 2016 | | | | Julio 2016 | | | | Agosto 2016 | | | | Septiembre 2016 | | | |
|---|------------|---|---|---|------------|---|---|---|-----------|---|---|---|------------|---|---|---|------------|---|---|---|-------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Presentación y aprobación del proyecto. | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Designación del director del proyecto. | | | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Construcción del marco teórico | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de la información | | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | |
| Tabulación y análisis de los datos | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | | | | | | | | | | |
| Construcción del Informe Final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | | | | | | | | |
| Presentación y socialización del proyecto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x |

Elaborado por “Magali Seraquive” 2016

h. Presupuesto

| Recursos / Actividad | Humanos | Materiales | Técnicos | Financieros |
|---|--|--|-------------------|--------------------|
| 1. Elaboración y ejecución del proyecto | Investigador | Papel Esferográfico Computadora Cámara fotográfica Impresiones Copias | Programa de Word | 815.00 |
| 2. Recolección de datos | Investigador Ficha de observación | Movilización bucal Espejo descartable Baja lenguas Porta desechos Porta algodón Alginato Yeso Cubetas metálicas | Programa de Excel | 300.00 |
| Total | | | | \$ 1115 |

MATERIALES, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Elaborado por “Magali Seraquive” 2016

i. Anexos

ANEXO 1

OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

| Variable | Dimensiones | Indicador | Escala de medida |
|---|----------------------|---|--|
| Hábitos Bucales V. Independiente Son prácticas adquiridas por repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio es consciente y luego se torna inconsciente. | Prácticas adquiridas | Succión digital | Actividad instintiva normal durante los dos primeros años de vida. Está presente SI NO |
| | | Succión del labio | Succión del labio tanto superior como inferior. Presentan un marcado overjet. Está presente: SI NO |
| | | Respiración bucal | Paciente no puede respirar libremente por la nariz y efectúa una respiración mixta: nasal y bucal. Está presente SI - NO |
| | | Onicofagia | El mal hábito de comerse las uñas. Está presente SI NO |
| | | Bruxismo | Se produce al contraer y/o friccionar los dientes y muelas sin finalidad alimenticia durante el día y la noche. SI NO |
| Tipos de Oclusión Dental V. Dependiente Es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. | Maloclusión | <u>Maloclusión sagital</u> Clase I Angle | La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior, perfil facial recto SI NO |
| | | Clase II/ 1 Angle | Tiene como característica la inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son comunes los desequilibrios de la musculatura facial, causada por el distanciamiento vestibulo lingual entre los incisivos superiores e inferiores, el perfil es convexo. SI NO |
| | | Clase II/2 Angle | Se caracteriza por presentar incisivos superiores verticalizados o palatinizados. Los perfiles son rectos |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | o ligeramente convexos. SI NO |
| | | Clase III Angle | Surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior. Perfil facial es cóncavo, la musculatura está desequilibrada. Es común la mordida cruzada anterior y posterior SI NO |
| | | <u>Maloclusión horizontal</u> Mordida cruzada | Relación anormal de uno o más dientes, en la que las cúspides vestibulares de los dientes inferiores (mandibulares) son externas a aquellas de los dientes superiores (maxilares). SI NO |
| | | Mordida en tijera | Cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores. Pueden ser de ambas hemiar cadas o una sola hemiar cada SI NO |
| | | Línea media desviada | La línea media dental es una línea imaginaria verticalmente en el área de contacto de los dos incisivos centrales. Existe una línea media dental superior y una línea media dental inferior para los dientes de las arcadas superior e inferior. Lo ideal es que ambas líneas medias coincidan entre sí y con la línea Está presente SI NO |
| | | <u>Maloclusión vertical</u> Sobremordidad | La distancia en mm en sentido vertical de la cantidad que cubre el borde del incisivo central superior al incisivo central inferior. La norma es de 2.5 mm. SI NO |
| | | Mordida abierta | Es la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas. SI NO |



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGIA**

**TEMA: EVALUACION DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN
RELACION A LOS HABITOS BUCALES EN LOS NIÑOS DE LA
ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO”**

OBJETIVO: Precisar los hábitos bucales de los niños de la escuela “Luis Pasteur”

Grado:

Fecha:

Nombre del alumno:

Edad:

Sexo:

| | |
|---|---|
| F | M |
|---|---|

| HABITOS | |
|---|---|
| Succión | |
| 1) ¿Su hijo se chupaba el dedo cuando era bebé? | SI__ NO__ |
| 2) ¿Actualmente se sigue chupando el dedo? | SI__ NO__ |
| 3) ¿Qué dedo se chupa? | Pulgar__ Índice__ Medio__ Anular__ Meñique__ Varios dedos __ |
| 4) ¿Su hijo se chupa el dedo durante el día o durante la noche? | Día _____ Noche _____ |
| 5) ¿Su hijo hace ruido al momento de chuparse el dedo? | SI__ NO__ |
| 6) ¿Su hijo presenta los dedos limpios – con callosidades? | Limpios_____ Con callosidades__ |
| Respiración | |
| 7) ¿Su hijo respira por la boca? | SI__ NO__ |
| 8) ¿Permanece con la boca abierta la mayor parte del tiempo? | SI__ NO__ |
| 9) ¿Ronca por las noches? | SI__ NO__ |
| 10) ¿Ronca y tiene mucha salivación por las noches? | SI__ NO__ |
| 11) ¿Se resfría constantemente? | SI__ NO__ |
| 12) ¿Tiene rinitis alérgica? | SI__ NO__ |

| | |
|---|--|
| 13) ¿Le han diagnosticado si tiene el tabique nasal desviado? | SI__ NO__ |
| 14) ¿Tiene asma? | SI__ NO__ |
| 15) ¿Le han diagnosticado amígdalas grandes? | SI__ NO__ |
| 16) ¿Le han diagnosticado adenoides? | SI__ NO__ |
| Bruxismo | |
| 17) ¿Su hijo aprieta o frota los dientes? | SI__ NO__ |
| 18) ¿Lo hace durante el día o la noche? | Día _____ Noche_____ |
| 19) ¿Se queja de dolor al despertar? | SI__ NO__ |
| Succión del labio | |
| 20) ¿Su hijo se chupa el labio superior o inferior? | Superior_____ Inferior_____ |
| 21) ¿Lo hace de día o de noche? | Día_____ Noche_____ |
| 22) ¿En qué momento lo hace? | |
| Onicofagia | |
| 23) ¿Su hijo se muerde las uñas? | Nunca __ Casi nunca__ A veces__ Casi siempre____ Siempre_____ |
| 24. ¿Su hijo succiona algún otro objeto como pañal, lápices, etc.? (cuáles) | SI_ NO_ Cual_____ |

Anexo N° 3:
 Ficha de Observación



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
 AREA DE LA SALUD HUMANA
 ODONTOLOGIA**

TEMA: “EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN RELACIÓN A LOS HÀBITOS BUCALES EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO-LOJA MARZO-JULIO 2016”

OBJETIVO: Precisar el tipo de oclusión dental de los niños de la escuela “Luis Pasteur”

Nombre del alumno:
 Edad:
 Grado:

| | | |
|---|---|------|
| F | M | Sexo |
|---|---|------|

| | |
|-------------------------|---|
| Examen Extraoral | |
| 3. Dedos | Normal..... Arrugado..... Enrojecido.... Callo..... Deformado.... |
| 4. Labios | |
| c) Labio superior | Normal ----- Corto..... Humectados.... Secos..... |
| d) Labio inferior | Normal ----- Corto..... Humectados.... Secos..... |
| Examen Intraoral | |
| Lengua: | Normal _____ Microglosia _____ Macroglosia _____ Interposición anterior _____ Interposición lateral _____ |
| Amígdalas: | Normal..... Inflammadas..... |

| | |
|------------------------------------|---|
| | |
| Paladar: | Normal__ Profundo__ Muy profundo__ |
| Forma del Arco | Paladar Oval..... Paladar cuadrado..... Paladar triangular..... |
| Facetas de desgaste dental: | SI__ NO __ |

| OCCLUSION | | | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| | Molar Der. | Canina Der | Molar Izq. | Canina Izq. |
| CLASE I | | | | |
| CLASE II | | | | |
| CLASE II/1 | | | | |
| CLASE II/II | | | | |
| CLASE III | | | | |

| Maloclusión Horizontal | |
|-------------------------------|--|
| Sobremordida Horizontal | Normal..... Borde a Borde..... Cruzada..... Excesiva..... |
| Mordida Cruzada: | Anterior..... Posterior..... Unilateral..... Bilateral..... |
| Mordida en Tijera: | Posterior_____ Unilateral_____ Bilateral_____ |
| Apiñamiento | Ligero..... Moderado..... Severo..... |
| Maloclusión vertical | |
| Sobremordida vertical | Normal_____ Abierta_____ Moderadamente cerrada_____ Severamente cerrada_____ mm_____ |
| Mordida Abierta | Anterior _____ mm..... Posterior _____ mm Derecha_____ Izquierda_____ Dental_____ |

ANEXO 4

Loja febrero del 2016

Lic.

DIRECTOR DE LA ESCUELA “LUIS PASTEUR”

Ciudad.

De mis consideraciones:

Soy estudiante del último año de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Loja., ante usted comedidamente le solicito lo siguiente:

Que se me autorice la entrada a la escuela Luis Pasteur, con el objeto de realizar un proyecto investigativo en los escolares del prestigioso establecimiento cuyo tema se tratara de la **“EVALUACION DE LOS TIPOS DE OCLUSIÓN DENTAL EN RELACION A LOS HABITOS BUCALES EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO”** el mismo que servirá como trabajo previo a la obtención del título como Odontóloga.

Por la favorable acogida que se dé a la siguiente solicitud, desde ya le anticipo las debidas gracias.

ATENTAMENTE;

Dra. -----

DOCENTE

Magali Seraquive

ESTUDIANTE

Anexo N° 5: Consentimiento Informado

Yo _____ identificado con N° de cedula _____ autorizo a la señorita Magali Katerine Seraquive Suquilanda a realizar la Ficha Odontológica y el Examen Clínico de mi menor hijo _____.

Me han informado acerca del estudio que se realizara y su duración. Me informaron que se realizará un examen clínico para determinar la Prevalencia de tipos de oclusión dental y su asociación con la presencia de hábitos bucales en niños de 06 a 11 años en la escuela “LUIS PASTEUR”. El tiempo de duración será aproximadamente de 15 minutos por alumno.

El procedimiento se basa en determinar las maloclusiones dentarias causadas por hábitos bucales en su menor hijo.

He comprendido las explicaciones que se me dio en el lenguaje claro y sencillo, también se me otorgó la posibilidad de hacer todas las observaciones del caso, dando aclaración a toda duda presente.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi autorización para que se realice este procedimiento.

Ecuador,.....

Estudiante

Padre de familia

BIBLIOGRAFIA:

- Arroyo Y. (2012). Maloclusiones en niños de 8 a 12 años y la percepción de los padres de familia de la necesidad de una interconsulta con el ortodoncista a temprana edad. *Red de Revistas Cientificas de America Latina Y El Caribe, España Y Protugal*, 19-24.
- Castillo A. (2011). Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonia de Ucayali, Peru. 87-91.
- Dirección General de Salud, Epidemiología. (2012). Manual de Procedimientos Estandarizados. Mexico.
- Ecuador, MSP. (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Quito, Quito, Ecuador.
- Manzon. ((2013). *Diagnostico y Prevalencia de Mordida Profunda*. Riobamba.
- Medina C. (2010). Prevalencia de Maloclusiones Dentales en un grupo de pacientes pediátricos. *Acta Odontologica Venezolana*.
- OMS. (2007). Salud Bucal. Mexico.
- Sosa Rodriguez , J. E. (2012). Maloclusion Clasificación según Angle. En J. E. SOSA Rodriguez , *Maloclusion clasificacion según Angle*(pág. 28). Quito.
- Sosa Y. (2012). Maloclusiones (clasificación según Angle). Quito, Quito, Ecuador.
- Cepero Z. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista Cubana de Estomatología*.
- Agurto P. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Revista chilena de pediatría*.
- Pipa Vallejo A. (2011). Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *SCIELO*.

