

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
DE CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**“RELACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ORALES
PERNICIOSOS Y LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS
SEGÚN LA CLASIFICACIÓN MOLAR DE ANGLE, EN
NIÑOS CON DENTICIÓN MIXTA ENTRE 7 Y 12 AÑOS
DE EDAD, EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA, DE
LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA
- PROVINCIA DE TRUJILLO, REGIÓN LA LIBERTAD,
AÑO 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR:

BETSY SANTITOS PAIVA TUME

ASESOR:

Mgtr. PABLO ALEJANDRO MILLONES GOMEZ

TRUJILLO - PERÚ

2017

TÍTULO

“RELACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ORALES PERNICIOSOS Y LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN MOLAR DE ANGLE, EN NIÑOS CON DENTICIÓN MIXTA ENTRE 7 Y 12 AÑOS DE EDAD, EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA, DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA - PROVINCIA DE TRUJILLO, REGIÓN LA LIBERTAD, AÑO 2016”

JURADO EVALUADOR DE LA TESIS

Mgtr. Elías Ernesto Aguirre Siancas

Presidente

Mgtr. Edwar Richard Morón Cabrera

Miembro

Mgtr. Tammy Margarita Honores Solano

Miembro

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por guiarme por el camino del bien y no dejarme caer ante las adversidades; igualmente a mi MADRE, mi PADRE y mis HERMANOS, ya que siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo incondicional para cumplir mis objetivos.

A la plana docente que pertenece a la Facultad de Odontología, gran parte de los conocimientos obtenidos en todos estos años, se los debo a ellos, gracias por todo. Finalmente, mi sincero agradecimiento a esta prestigiosa casa de estudios, por abrirme sus puertas y poderme realizar como profesional.

DEDICATORIA

A Dios, ya que siempre me ha guiado por el camino del bien, dándome fuerzas para seguir adelante y no detenerme ante los obstáculos que se presentaban en el transcurso de mi carrera.

A mis padres, sobre todo a mi madre, ya que siempre estuvo presente apoyándome moral y económicamente con lo que necesitaba. A mi amado novio por estar siempre presente, acompañándome en las buenas y en las malas para poderme realizar.

RESUMEN

El objetivo principal del presente estudio de investigación consistió en determinar la relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría, de la clínica odontológica Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La libertad, año 2016.

La investigación fue de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, prospectivo de diseño transversal y observacional. Para el recojo de la información fue mediante la toma de impresiones y la obtención de modelos de yeso de 66 niños con dentición mixta. Obteniendo los siguientes resultados:

No se encontró relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones, ya que la clase I, II y III no se alteran significativamente en relación a alguno de los hábitos perniciosos. El hábito bucal pernicioso más frecuente fue la respiración bucal con 47.0%, seguido de la onicofagia con 24.2% y la succión digital con 19.7%. Las maloclusiones más frecuentes son la clase I con 65.1% seguido de la clase II con 25% y finalmente con 9.1% la clase III. Finalmente, las maloclusiones clase I, II y III no se alteran significativamente en relación con alguno de los hábitos bucales perniciosos ni en hombres ni en mujeres.

Concluyendo que no existe relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones según sexo, en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad.

PALABRAS CLAVES: Hábitos perniciosos, maloclusiones, niños.

ABSTRACT

The main objective of this research study was to determine the relationship between harmful oral habits and dental malocclusions according to the classification molar Angle, in children with mixed dentition between 7 and 12 years of age, in the area of pediatric dentistry, the dental clinic Catholic Uladech - province of Trujillo, La Libertad region, year 2016.

The research was quantitative, descriptive, prospective, observational and cross-sectional design. For the pick up of the information was through the taking of impressions and the obtaining of plaster models of 66 children with mixed dentition. Obtaining the following results:

No relation was found between the harmful oral habits and malocclusions, as the class I, II and III are not altered significantly in relation to any of the harmful habits. The oral pernicious habit was the most frequent mouth breathing with 47.0%, followed by the nail biting with 24.2% and the digital suction with 19.7%. The malocclusions are the most frequent class I with 65.1%, followed by the class II with 25% and finally with 9.1% Class III. Finally, the malocclusions class I, II and III are not altered significantly in relation to any of the harmful oral habits or in men or in women.

Concluding that there is no relationship between the harmful oral habits and malocclusions according to sex, in children with mixed dentition of 7 to 12 years of age, in the area of pediatric dentistry of the dental clinic teaching care ULADECH Catholic - province of Trujillo, La Libertad region

KEYWORDS: pernicious habits, malocclusion, mixed dentition children.

CONTENIDO

1. Título de la tesis	ii
2. Jurado evaluador	iii
3. Agradecimiento	iv
4. Dedicatoria.....	v
5. Resumen.....	vi
6. Abstract.....	vii
7. Contenido.....	viii
8. Índice de tablas	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	3
2.1 Antecedentes	3
2.2 Bases Teóricas.....	9
III. METODOLOGÍA	24
3.1 Diseño de la Investigación	24
3.2 Población y Muestra.....	24
3.3 Definición y operacionalización de variables	27
3.4 Técnicas e Instrumento de recolección de datos	28
3.5 Plan de Análisis.....	29
3.6 Matriz de consistencia.....	30
3.7 Principios Éticos	31
IV. RESULTADOS	32
4.1 Resultados	32
4.2 Análisis de Resultados	36
V. CONCLUSIONES	38
Aspectos Complementarios	39
Referencias Bibliográficas	40
ANEXOS	45
Anexo 1 – Calibración	45
Anexo 2 – Consentimiento informado	46
Anexo 3 – Ficha odontológica (cuestionario).....	48
Anexo 4 – Ficha clínica (análisis de modelos)	49
Anexo 5 – Fotografías.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

1. **Tabla 1:** Relación de los hábitos bucales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta, atendidos en la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica.....32

2. **Tabla 2:** Hábitos bucales perniciosos en niños con dentición mixta, atendidos en la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica..... 33

3. **Tabla 3:** Maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle, en niños con dentición mixta, atendidos en la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica..... 34

4. **Tabla 4:** Relación de los hábitos bucales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta, atendidos en la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica, según sexo.....35

INTRODUCCION

Este estudio fue realizado en la clínica odontológica que pertenece a la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, ubicada en el departamento La Libertad, provincia de Trujillo. Dicha universidad privada tiene como sede central la ciudad de Chimbote, encontrándose además en 15 ciudades del Perú. Esta casa de estudios está comprometida en formar futuros profesionales competentes, con valores cristianos, útiles a la sociedad.¹

Según Ceroy, en año 1915 fue quien introdujo para los hábitos y sus orígenes, ciertas consideraciones tanto psicológicas como biológicas. Se le denomina hábito a aquel acto que se repite frecuentemente, en un principio se realiza en forma consciente y luego se incorpora a la vida cotidiana de manera inconsciente.²

En el ámbito odontológico también se presentan diversos tipos de hábitos bucales perniciosos que relacionados con las maloclusiones se consideran como factores etiológicos, ya sea como causa primaria o secundaria de estos como también de las deformaciones maxilofaciales. Según la OMS, las maloclusiones ocupan el tercer lugar dentro de las alteraciones orales asociadas a factores de riesgo tanto genéticos como ambientales.³

Son considerados dentro de los hábitos bucales perniciosos la respiración bucal, la succión del dedo o labio y objetos diversos, la interposición lingual, bruxismo, deglución atípica y onicofagia.³

La relación de los hábitos orales perniciosos o llamados también malos hábitos orales con la presencia de maloclusiones dentarias está muy estudiada, y sostiene que el individuo al acarrear estos malos hábitos a nivel de la cavidad oral

termina por alterar el buen funcionamiento y desarrollo del sistema estomatognático, ocasionando problemas a otros niveles del organismo como el sistema respiratorio, digestivo o incluso problemas mayores dentro de su desarrollo psicosocial y motor.

Dentro de los factores etiológicos relacionados con las maloclusiones, se considera a los hábitos orales perniciosos como uno de los factores importantes que pueden iniciar o empeorar una maloclusión, pero debemos tener en cuenta que no necesariamente sea el factor principal para su aparición. Como se mencionó anteriormente estas maloclusiones, pudiendo presentarse en los niños desde muy temprana edad, a medida que avanzan va produciendo un desequilibrio dentro de las estructuras del sistema estomatognático. Es importante entonces interceptar su desarrollo o mejor aún tomar medidas para su prevención, ya que el daño en personas de menor edad (niños) es mayor.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales:

Mendoza et al.⁴ en el 2014 realizaron un estudio de investigación de tipo transversal; donde el objetivo principal fue determinar la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, consideraron aquellos hábitos bucales nocivos en la población infantil de ambos sexos comprendidos entre 2 a 15 años que solicitaron atención dental de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El estudio incluyó a 1147 niños, se aplicó una encuesta de tipo interrogatorio que fue enfocada de manera directa (niño) e indirecta (padre del niño). Obteniendo como resultado la prevalencia de hábitos nocivos con 96.6%, el mayor número de casos se encontró entre las edades de 4,6 y 11 años en etapas de dentición mixta. Dentro de los hábitos más prevalentes se encontró: la interposición lingual con 66.2%, succión labial con 49.3%, onicofagia con 41.9% y por último la respiración bucal con 31.8%. Por otro lado, la maloclusión más frecuente fue la mordida abierta con 35.1%, apiñamiento antero inferior con 26.4%; apiñamiento anterosuperior con 19.6%, y mordida cruzada posterior con 12.8%. Finalmente se pudo hallar relación entre los hábitos perniciosos y maloclusiones: interposición lingual con mordida abierta, respiración bucal con mordida cruzada posterior y la clase II.

Catarí et al.⁵ en el 2014 presentaron un estudio de investigación de tipo descriptivo y transversal, el cual tuvo como objetivo principal describir los hábitos no fisiológicos y maloclusión en niños con dentición mixta que asisten a la

consulta de Odontopediatría II, área de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, Venezuela, en el periodo 2012-2013; el estudio incluyó una población de 190 historias clínicas y una muestra no probabilística 110 historias clínicas. Se obtuvo que el hábito más prevalente fue la onicofagia con valor de 40 pacientes. Por otro lado, según el tipo de maloclusiones: el apiñamiento fue el más frecuente con 22 pacientes, clase II subdivisión 2 con 21 pacientes y mordida abierta con 14 pacientes.

Morán y Zamora.⁶ en el 2013 realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal, cuyo objetivo principal fue determinar las anomalías de las maloclusiones y hábitos orales más frecuente en pacientes infantiles de una escuela pública en el estado Miranda, entre edades comprendidas de 6 a 7 años, de ambos sexos. El estudio incluyó a una población infantil de 53 pacientes. Método: La recolección de los datos se llevó a cabo por la observación directa usando una baja lengua y se vació los datos en una ficha. Se obtuvo, según el tipo de maloclusión, la clase I es la más prevalente con 49.0%, seguido de la clase II división 1 con 33.9% y finalmente la clase III con 16.9%. Por otro lado, el hábito bucal pernicioso más frecuente fue la succión digital (pulgares e índices) con 39.6%, seguido de la onicofagia con 24.5% y por último la deglución atípica con 23.5%. Se concluye que las maloclusiones son más prevalentes en varones que en mujeres mientras que la higiene es mala para ambos sexos.

Laganá et al.⁷ en el 2013 estos autores realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de maloclusiones, hábitos orales y la necesidad de tratamiento de ortodoncia en una muestra de escolares de 7 a 15 años de edad Albanese. Métodos: La muestra final comprende 2,617 sujetos (1.257 hombres y

1.360 mujeres) sin tratar, se procedió a realizar examen clínico y las tasas de prevalencia de la salud dental de los componentes del índice de necesidad de tratamiento de ortodoncia (IOTN) fueron calculados. Resultados: las maloclusiones clase I, clase II y clase III maloclusiones y asimetrías fueron observados en el 40,4%, 29,2%, 3,2% y 27,1% de la muestra, respectivamente. Además, se pudo evidenciar que las mujeres (82,1%) presentaban una mayor tasa de prevalencia que en los hombres (78,9%) con respecto a las maloclusiones y los hábitos orales. Concluyendo: Maloclusión de Clase I se observó en el 40,4% de la muestra total, clase II se observó en el 29,2%, clase III fue observada en el 3,2% y las asimetrías fueron observados en el 27,1%. hábitos orales se registraron en el 80,6% de la muestra con temas de mujeres mostrando una mayor tasa de prevalencia. El hábito oral más frecuente fue el hábito del chupete observado en 785 sujetos (30,0% de la muestra total).

Aguilar et al.⁸ en el 2009 presentaron un estudio descriptivo y transversal, el cual tuvo como objetivo principal determinar la frecuencia y grado de maloclusión que presenta la población Europea, así como conocer la frecuencia de los hábitos orales que se consideran factores etiológicos de maloclusión. Participaron 1220 niños entre 6 – 12 años de ambos sexos, los hábitos orales y las maloclusiones que se presentaron se anotaron en una ficha. Se obtuvo que la frecuencia de maloclusiones es de 23,49 %; por otro lado, el hábito bucal pernicioso más frecuente es la onicofagia con 44,4%, seguido de la respiración oral 37,2%, succión digital 3,9% y deglución atípica con 3,1%.

Murrieta-Pruneda et al.⁹ en el año 2009 presentaron un estudio epidemiológico, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de hábitos bucales

parafuncionales en un grupo de preescolares del Jardín de Niños Felipe Carrillo Puerto en el estado de México. Se obtuvo que el hábito oral pernicioso más frecuente fue la onicofagia. Concluyeron que existe una relación significativa entre la edad y la prevalencia de hábitos bucales, pero todo lo contrario para el sexo y hábitos bucales ya que no se encontró relación alguna.

Saba y Hatem.¹⁰ en el 2007 realizaron un estudio que tuvo como finalidad determinar los tipos de malos hábitos orales como succión digital, apretamiento de la lengua, chupar el labio y su relación con la edad, género, las maloclusiones y el tipo de alimentación (pecho o biberón), en pacientes mayores de 6 años de edad del Departamento de Odontología preventiva, Odontopediatría y del departamento de Ortodoncia en la Facultad de Odontología / Universidad de Bagdad. Población infantil conformada por 110 pacientes, durante un periodo de un año (2005-2006), fueron 35 hombres y 75 mujeres en el rango de edad entre 6 y 13 años. Método: La recolección de los datos se llevó a cabo con la obtención de modelos en yeso para luego registrar los datos en una ficha, además se procedió a realizar un cuestionario a los padres de familia de los niños que conformaban la población, dando como Resultado: succionarse el pulgar representó el hábito con una prevalencia de 34.55% para todos los grupos de edad, el grupo etáreo de 8 - 9 años presento una incidencia de 35,45% (sexo masculino), mientras que el sexo femenino presento 68.18% siendo mayor que el sexo masculino, por otro lado los niños que se succionan el pulgar fueron más propensas a desarrollar un aumento de overjet, concluyendo: los hábitos orales tuvieron un efecto dental en lugar de efecto esquelético, no hubo asociación entre el hábito oral y el patrón de la alimentación del niño.

Montiel et al.¹¹ en enero del 2002 presentaron un trabajo de investigación de tipo observacional, proyectivo, transversal y descriptivo, el cual tenía como propósito describir la frecuencia de maloclusiones en relación con hábitos orales perniciosos asociados en una población de 135 niños entre 6 y 12 años con dentición mixta de la ciudad Nezahualcóyotl - México. Se realizó una previa capacitación y calibración del investigador responsable del estudio. Se llevó a cabo un interrogatorio indirecto y se aplicó también a los padres para confirmar. Obteniendo como resultados: La maloclusión más frecuente fue la clase I con 68% y la clase II con 32 %. La clase I se observó en el género femenino con 70.58%, y en el género masculino con 65.67%, la clase II predominó en el género masculino con 23.88% y finalmente la clase III con 10.44% en el género masculino. El hábito perimisió más frecuente fue la onicofagia con 41%, seguido de la respiración bucal con 20%, siendo el género femenino el más afectado por estos hábitos. Finalmente, en cuanto a la relación entre las maloclusiones y hábitos orales perniciosos, se encontró que la onicofagia se presenta con mayor frecuencia en Clase I, sin embargo, dicha alteración no es estadísticamente significativa ($p > 0.05$), concluyendo así entonces que no existe relación entre hábito y maloclusión.

Antecedentes nacionales

Zapata et al.¹² en el 2014 presentaron un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y clínico, cuya finalidad fue determinar la relación entre hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en la IE. “Los Educadores” el distrito de San Luis, Lima. El estudio estuvo conformado por 154 niños de 6 - 12 años de la IE. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta al padre de familia; luego se pasó al examen clínico estomatológico del niño. Se

obtuvo, el hábito pernicioso más frecuente fue la onicofagia con 25,3 %. Por otro lado, la maloclusión más frecuente fue la clase I con 71,4%, seguida de la clase II división 1 con 20,1%, luego la clase III con 7,8% y por último la clase II división 2 con 0,6%. Finalmente, no se encontró relación entre hábito pernicioso y sexo, sin embargo, si se encontró relación entre la mal oclusión, mordida abierta anterior y los hábitos, deglución atípica y succión digital.

Urrieta et al.¹³ en el 2007 presentaron un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y clínico, donde el objetivo principal fue determinar la prevalencia de hábitos bucales y maloclusiones en el sector anterior en pacientes atendidos en el primer diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho. Se obtuvo, el hábito bucal más frecuente fue la deglución atípica y la respiración bucal con 33.25% y 30,95% respectivamente, además de la succión digital con 14,28%.

Finalmente, las maloclusiones dentarias más frecuentes encontradas fueron la mordida profunda y protrusión dentaria con 18,18% y 16,66% respectivamente.

2.2 Bases teóricas

1. Hábito:

Se define como aquel acto que se adquiere mediante la experiencia diaria realizado continuamente, por otro lado, también se le considera un comportamiento adquirido donde la persona no lo controla voluntariamente.¹⁴

1.1 Hábitos bucales:

Se consideran como la principal causa de las alteraciones que afectan las estructuras del sistema estomatognático, cuya consecuencia es comprometer varios procesos importantes del ser humano en diferentes grados como: la succión, respiración, deglución, masticación, fonación y articulación. Estos hábitos pueden presentarse tanto en niños, adolescentes como también en los adultos y van a depender de la edad en la que se adquieren, tiempo y la frecuencia de estos para observar diferentes consecuencias. Hoy en día encontramos una variedad de hábitos nocivos que nos llevan a diversas alteraciones máxilo-faciales, dentales, musculares y óseas.^{14,15}

1.1.1 Tipos de hábitos:

A) H. Fisiológicos:

Son los que nacen con la persona y aparecen ante la presencia de estímulos de hambre y sed. Los cuales son (los movimientos corporales, el mecanismo de succión, la deglución y la respiración nasal).¹⁵

B) H. no fisiológicos o perniciosos:

En este tipo de hábitos se ejercen fuerzas perjudiciales contra los arcos dentarios, dientes y tejidos blandos, en la cual destacan la succión digital, la respiración bucal y deglución atípica. Los hábitos bucales son las causas primarias

o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. La magnitud de las alteraciones, dependerá de la frecuencia, duración e intensidad del hábito; y puede terminar como consecuencia en una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que inicia el hábito, cuan menor es la edad, mayor será daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. ¹⁶

Pueden aparecer automáticamente como reacción ante el estrés, aburrimiento, cansancio, etc., así también puede aparecer en los niños por falta de atención de los padres, problemas familiares o como parte del desarrollo psicomotor del niño. ^{15,16}

1.1.2 Clasificación etiológica de los hábitos: (según Gonzales) ¹⁷

(Dentro de ellos encontramos los siguientes hábitos):

- Instintivos: encontramos el hábito de succión, el cual en su inicio es funcional pero que puede volverse perjudicial, por el tiempo y persistencia en el que el niño la adquiere.
- Placenteros: entre ellos están la succión del dedo o del chupón.
- Defensivos: en personas con asma, rinitis alérgica, etc., la respiración oral hace de hábito defensivo.
- Hereditarios: entre estos están las malformaciones congénitas que son hereditarios, como: lengua bífida, frenillo lingual corto, etc.
- Adquiridos: la fonación nasal en aquellas personas con labio leporino y paladar hendido.
- Imitativos: aquí encontramos las muecas, gestos etc. Que son copiados y repetidos por el niño.

1.1.3 Descripción de los hábitos:

a) Succión digital:

Este hábito es muy común en la infancia la cual es considerada normal, ya que en el 50% de los infantes lo presenta, aparece desde el primer año nacido y puede seguir hasta los 4 años de edad o más. cuando el hábito persiste se considera una señal de ansiedad e inestabilidad.¹⁷

Entre los tipos de succión digital que existen, la succión del dedo pulgar es la más común, esta consiste, el dedo se posiciona en forma vertical y la dirección de la uña hacia los incisivos inferiores, se da algunos casos donde 2 o más dedos son succionados a la misma vez; no se observa preferencia por alguna de las manos.^{15,17}

Las consecuencias de la succión digital dependen de la frecuencia duración, e intensidad en que se practica. Es importante el tiempo de duración de dicho habito y si este se logra erradicar antes de que el niño cumpla los 3 años los efectos secundarios serán nulos. Está comprobado que el hábito de succión del dedo, puede provocar maloclusiones.¹⁸

Etiología:

Según el autor Larson, la lactancia artificial en los infantes actúa directamente como agente etiológico de la succión digital, ya que para su consumo no requiere mucho esfuerzo y es más breve. Además, considera que, debido a frustraciones psicológicas en la infancia, ya sean por causas familiares o académicas, el niño encuentra una manera de refugio en la succión, intentando escapar de sus temores.^{17,18}

Las consecuencias que genera la presión del dedo sobre el paladar, además de la presión pasiva sobre los arcos dentarios, generalmente ocasionan maloclusiones verticales, mordida abierta, y distalización mandibular con tendencia a clase II.¹⁶

Consecuencias: (según Lugo y Viquez)^{16,17}

- Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema)
- Retroinclinación de los incisivos inferiores
- Mordida abierta anterior
- Prognatismo Alveolar Superior
- Estrechamiento de la arcada superior
- Mordida cruzada posterior
- Dimensión vertical aumentada.

b) Deglución atípica:

Este mal hábito está caracterizado por interponer la lengua entre los dientes al momento de deglutir, lo cual genera la denominada lengua protráctil. La proyección de la lengua hacia la cara palatina de los dientes anterosuperiores impide que se genere el espacio necesario para que los alimentos pasen hacia la faringe, ya que no existe sellado anterior, entonces una postura adaptativa que se produce para corregir esto se da cuando la lengua contacta con ambos labios directamente.¹⁹

Este mal hábito puede traer problemas al momento de pronunciar ciertos fonemas con claridad, estos son: d, t, l, n, r.^{18,19}

Consecuencias: (según Lugo)¹⁶

- Mordida abierta en la región anterior y posterior

- Protrusión de incisivos superiores
- Incompetencia labial
- Efectos bucales de la deglución atípica:
- Protrusión de dientes anterosuperiores y aparición de diastemas.
- Labio superior hipotónico e inferior hipertónico
- Hipertonicidad de la borla de mentón
- Hiperactividad de los músculos de la masticación
- Inhibición del crecimiento vertical del proceso alveolar
- Problemas fonéticos

Factores de riesgo:

El uso constante del biberón es uno de los factores más relevantes que conlleva a este mal hábito, además tener una alimentación blanda más allá de la edad adecuada, exige poca actividad de la musculatura perioral, y nos conduce a una deglución infantil la cual tiene como consecuencia la inmadurez del aparato estomatognático.^{17,19}

c) Respiración oral:

Este hábito se caracteriza porque tanto la inspiración como expiración se produce en la cavidad oral, donde el aire ingresa y sale, esto trae como consecuencia aumentar la presión del área intrabucal. Al no ingresar el aire por la cavidad nasal produce que los senos maxilares se vuelvan atresicos, a esto se le añade que el paladar se vuelva más profundo, lo que da como resultado que la persona tenga un biotipo facial característico de cara alargada.²⁰

Etiología

Esta alteración se divide en dos tipos:

- Por obstrucción funcional o anatómica: cuando se encuentra algún tipo de obstáculo que impide el pase normal del aire a través de las fosas nasales. Por ejemplo: tabique desviado, cornetes hipertróficos, infecciones o alergias que pueden producir inflamaciones en las mucosas.^{18,20}
- Hábitos bucales: encontramos la succión digital, deglución atípica, interposición lingual, etc.^{18,20}

Características faciales y dentarias: (según Lugo) ¹⁶

- Mordida cruzada posterior, moderada mordida abierta anterior.
- Labio superior hipotónico y corto, labio inferior hipertónico
- Paladar alto u ojival
- Retrognatismo del maxilar inferior
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- Vestibuloversión de incisivos superiores mesogresión de posteriores.
- Gingivitis crónica.
- Incompetencia Labial.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados
- Perfil convexo.
- Maxilar superior estrecho.

Maloclusiones más frecuentes: (según Navas y Lugo) ^{14,16}

- Clase II división 1
- Clase III
- Mordida cruzada posterior.
- Mordida abierta anterior.

d) El bruxismo:

Es considerado como un hábito no funcional, este puede ser bien voluntario o involuntario actuando en 2 diferentes estadios de conciencia, se manifiesta al rechinar o apretar los dientes ocasionalmente o de manera habitual ya sea de forma diurna o nocturna.²¹

Puede aparecer como una forma de manifestación excesiva al momento de masticar chicles, morder objetos duros y perdurar durante mucho tiempo. Las investigaciones concluyen en que este aumenta durante la dentición mixta y luego va disminuyendo conforme avance la edad, el cual puede verse afectado por interferencias oclusales y relación canina deficiente.^{21,22}

Se consideran 2 tipos de bruxismo principalmente:

- **Bruxismo céntrico:** Fuerte presión entre los dientes cuando el niño duerme.
- **Bruxismo excéntrico:** Movimientos excéntricos anormales que originan el rechinamiento de los dientes.

Etiología:

Como parte de los factores etiológicos tenemos principalmente: la tensión emocional (estrés), el tipo de dentición y la posición que la persona adopta para dormir. Además, se ven implicados otros factores como: la herencia, ciertas enfermedades como la rinitis y el asma, pacientes con autismo, etc.^{21,23.}

Se puede ver con frecuencia que los niños son afectados por el bruxismo, ya sea en dentición decidua, dentición mixta como también cuando ya presentan dentición permanente. Cabe mencionar que influyen de manera importante los factores psicológicos o emocionales para la aparición del bruxismo.²³

Consecuencias:

Las consecuencias del bruxismo, es decir del contacto anómalo y la presión excesiva entre los dientes, pueden ser terribles tanto para las estructuras dentales, tejidos periodontales, musculatura como para la salud en general. Dentro de la cavidad oral se pueden manifestar: atrición, lesión periodontal (movilidad dentaria), alteración de la dimensión vertical, además el desgaste que presentan los dientes puede predisponer a que estos sufran de caries.^{22,23}

Por otro lado, los músculos de la masticación en estos pacientes se ven afectados ya que pueden presentar hipertrofia, además de dolor a la palpación, limitación al momento de abrir la boca, la ATM también presenta molestias acompañada de dolores de cabeza.²³

e) La onicofagia:

Es un hábito muy frecuente en los niños sobre todo en la edad escolar, se caracteriza por la mala costumbre de comerse o morderse las uñas con los dientes, afectando de igual manera tanto a hombres como a mujeres. Al igual que el bruxismo, se le puede asociar como desencadenante al factor emocional o psicológico (ansiedad), pudiendo describir a estos pacientes como nerviosos o difíciles.²⁴

Las consecuencias de la onicofagia se manifiestan directamente sobre el esmalte de los dientes, sobre todo de los dientes anteriores, produciendo desgastes (atrición, astillamientos), y algunas maloclusiones localizadas cuando muerden constantemente en un solo sitio.^{24,25}

Consecuencias:

Como se mencionó anteriormente este mal hábito daña directamente el esmalte de las piezas dentales sobre todo del sector anterior, produciendo atriciones, astillamientos lo que puede terminar en pequeñas fracturas hasta la pérdida de los dientes. Además, el estar constantemente mordiendo las uñas puede producir pequeñas heridas en las yemas de los dedos, que además de la contaminación cruzada la cual puede ocasionar pequeñas úlceras en las encías, también puede provocar pequeñas infecciones en la matriz de las uñas.^{24,25}

Por otro lado, el actor emocional en estos pacientes también se ve afectado, ya que, al darse cuenta de su falta de control sobre ellos mismo al no poder dejar de morderse las uñas, baja su autoestima, lo cual hace que les sea aún más difícil dejar este mal hábito.²⁵

MALOCCLUSIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE:

La oclusión hace referencia a las relaciones oclusales que guardan entre si los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, ya sea al momento de abrir y cerrar la boca (oclusión estática) como también en movimientos de lateralidad y protrusión. (oclusión dinámica).²⁶

Podemos definir la palabra maloclusión como cualquier desviamiento de un diente o un grupo de dientes fuera de su posición ideal, además de una alteración del desarrollo oseo de los maxilares, afectando así las relaciones oclusales entre dientes antagonistas como también ser desencadenante de un problema estético.²⁷

Dentro de los muchos intentos por clasificar la diversidad de las maloclusiones, fue Edward Angle a comienzos del siglo XX quien clasifico a las maloclusiones basándose en las relaciones mesiodistales de los dientes de ambas

arcadas, particularmente en las relaciones que guardan entre si los primeros molares permanentes en un plano sagital o anteroposterior, utilizando como punto de referencia la cúspide mesiovestibular del 1er molar superior y el surco mesiovestibular del molar inferior.^{28,29}

Dada la simplicidad de esta clasificación, fue la que sobresalió entre tantos intentos y propuestas por lograr una clasificación coherente, tal es así que es conocida mundialmente y usada hasta hoy en día.²⁸

Etiología

Los factores desencadenantes para el desarrollo de una maloclusión puede ser la combinación de muchas de estas o de una en particular, dentro de las cuales tenemos: factores genéticos, ambientales o locales.³⁰

División de los factores etiológicos:^{27,30}

F. generales:

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

F. 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.

Tipos de maloclusión: ^{27,28}

Angle clasifico las maloclusiones en 3 grandes grupos:

Clase I: se da cuando la cúspide mesiovestibular (MV) del primer molar superior permanente se relaciona con el surco MV del primer molar inferior.

Clase II: se da cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente se relaciona por adelante del surco MV del primer molar inferior.

Clase III: se da cuando la cúspide MV ocluye por detrás del surco MV del molar inferior.

(Observar imagen N° 01)

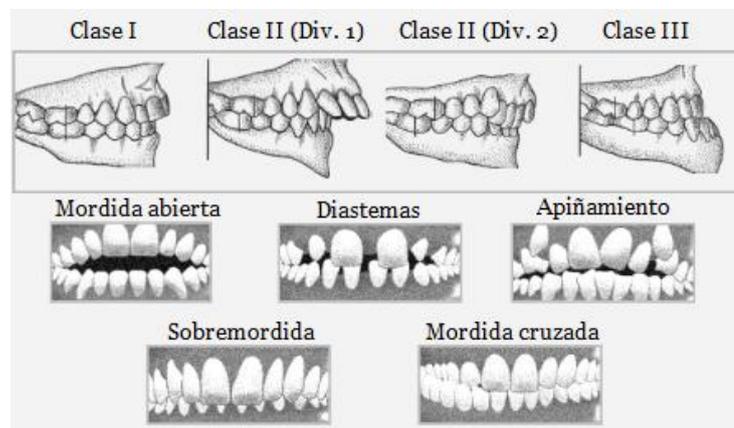


IMAGEN N°01

1. Maloclusión clase I:

Angle encontró en la relación del 1er molar superior con el arco cigomático, la base para la clasificación de las maloclusiones, al considerar cuya relación como invariable biológicamente, la cual no iba a permitir una posición anómala entre los dientes de ambas arcadas, estableciendo así a la clase I, que se da cuando la cúspide mesiovestibular (MV) del primer molar superior permanente se relaciona con el surco MV del primer molar inferior, como una oclusión normal.³¹

El término “normal” se usa como referencia para expresar la correcta relación oclusal entre los dientes de ambas arcadas, a pesar de no ser lo más habitual que se encuentra en los pacientes, podemos considerar que esta relación (oclusión normal) es la más adecuada para cumplir con las diferentes funciones del sistema estomatognático y preservar su integridad.^{27,31}

Fue en el año 1899 que Angle introdujo la palabra “CLASE” para así clasificar a los tipos de maloclusiones basándose en las relaciones mesiodistales de los dientes de ambas arcadas, particularmente en las relaciones que guardan entre si los primeros molares permanentes en un plano sagital o anteroposterior, utilizando como punto de referencia la cúspide mesiovestibular del 1er molar superior y el surco mesiovestibular del molar inferior. Por otro lado, la clasificación de Angle no considera las maloclusiones tanto en el plano vertical como transversal, por lo cual es punto de críticas.³¹

2. Maloclusión clase II:

Es una relación de distoclusión y se da cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente se relaciona por adelante del surco MV del

primer molar inferior (entre la 1era y 2da premolar) lo que va a ocasionar que el maxilar inferior adopte una posición distal respecto al maxilar superior.^{27, 32}

La maloclusión clase II presenta 2 subdivisiones, las diferencias entre ellas se manifiestan sobre todo en el sector anterosuperior.³²

a) **División 1:** A la relación distal de las molares inferiores con respecto a los superiores se le añade ciertas alteraciones:³²

- Biotipo facial dólico o mesofacial, perfil anteroposterior convexo aumentado, musculatura anormal.
- Muchos de estos pacientes son respiradores bucales.
- El arco superior estrecho y en forma de V. (presenta apiñamientos)
- Los incisivos superiores generalmente inclinados hacia vestibular, labio hipotónico y corto. (incompetencia labial).
- Los incisivos inferiores están extruidos, labio hipertónico el cual se apoya entre los I. inferiores y los superiores aumentando aún más la proinclinación de estos.
- Curva de spee acentuada, plano vertical mandibular aumentado.
- Overjet más de 3mm y overbite más de 40.
- Además de la relación distal de los molares inferiores, la mandíbula también se encuentra en esta posición con respecto al maxilar superior, en este caso la mandíbula es más pequeña de lo habitual.

b) **División 2:** A la relación distal de las molares inferiores con respecto a los superiores se le añade ciertas alteraciones:^{32,33}

- Biotipo facial meso o braquifacial, perfil anteroposterior con ligera convexidad, musculatura fuerte.

- Los incisivos superiores con inclinación hacia palatino y abajo (retruidos) lo cual da como resultado el aumento de la sobremordida vertical, además la extrusión en los incisivos inferiores es menor.
- Labios competentes, en posición normal o ligeramente retruidos.
- Overjet 0 mm y overbite más de 40 %.

3. Maloclusión clase III:

Es una relación de mesioclusión y se da cuando la cúspide MV del 1er molar superior ocluye por detrás del surco MV del molar inferior.³⁴

En este caso la mandíbula esta hacia mesial con respecto a la maxila, la relación de los incisivos de ambas arcadas no es la adecuada presentando apiñamiento sobre todo en el maxilar superior. La musculatura es anormal, pudiéndose presentar hipoplasia del maxilar superior, hiperplasia en el inferior o como también una combinación de las 2.^{27,34}

Características generales: ^{32,34}

- Biotipo facial braqui o dolicofacial,
- Perfil anteroposterior cóncavo, mentón prominente
- Incisivos superiores con inclinación lingual.
- Apiñamientos dos incisivos superiores e inferiores en algunos casos.
- Mordida cruzada total anterior, overjet negativo.
- Postural o esquelético.

Formas clínicas:

- a) Clase III verdadera:** el origen del problema es óseo, los huesos maxilares presentan crecimientos desproporcionados, ya sea por falta de desarrollo del maxilar superior o crecimiento excesivo de la mandíbula con respecto

a la base del cráneo.³⁵

- b) Clase III falso o funcional:** las interferencias oclusales producen que la mandíbula, al momento del cierre, se deslice hacia adelante, adoptando una posición borde a borde de los incisivos lo cual da un falso cuadro de clase III.³⁵
- c) Clase III dentaria:** la relación de la mandíbula con respecto al maxilar superior es la adecuada, el problema está en la relación anómala de los dientes de ambos maxilares, en este caso los incisivos superiores están palatinizados y los inferiores vestibularizados, lo que da una mordida cruzada anterior, cuyo origen es netamente dentario.³⁵

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de investigación:

El presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo, de nivel descriptivo, prospectivo, diseño transversal y observacional.

El diseño del presente trabajo de investigación fue transversal porque se evaluó en un momento dado la relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en 66 niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría, de la clínica odontológica Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016.

3.2. Población y muestra:

Población:

Pacientes niños (80) que acudieron a ser atendidos a la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, durante el periodo 2016 – I.

Muestra:

Se determinó empleando la fórmula para estimar una proporción, aplicada a la prevalencia de maloclusión dentaria, y empleando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * P * (1 - P)}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * P * (1 - P)}$$

Donde:

n Tamaño de la muestra

N=80 Número de niños entre 7 y 12 años de la población

Z=1.96 Valor normal con 95% de confianza

P=0.6 Proporción de niños con maloclusión tipo I, estimada en la muestra piloto.

E=0.05 Precisión en la estimación

Reemplazando se tiene:

$$n = \frac{80 * 1.96^2 * 0.6 * (1 - 0.6)}{(80 - 1) * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.6 * (1 - 0.6)}$$

n = 66 pacientes niños

Los criterios de selección considerados fueron:

1. Criterios de inclusión:

- Niños de ambos sexos con edades de 07 - 12 años que acudieron a ser atendidos a la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, durante el periodo 2016 – I.
- Niños que tuvieron los primeros molares permanentes con erupción funcional.
- Niños que tuvieron el consentimiento informado firmado por sus padres o tutores.

2. Criterios de exclusión:

- Niños con tratamiento ortodóntico previo o actual.
- Niños que presentaron alguna enfermedad que impida la toma de impresiones dentales (tos, asma, rinitis, etc.)

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Valores finales	Tipo de variable	Escala de Medición
Hábitos bucales perniciosos	Es la costumbre repetida en el tiempo que altera la fisiología normal del organismo humano y su salud oral.	Practica dañina que será observada de forma repetitiva por el padre y se detallará en la historia clínica.	Ficha de recolección datos (Anexo 03)	<ul style="list-style-type: none"> • Succión digital • Deglución atípica. • Bruxismo • Respiración bucal. • Onicofagia. 	Cualitativo	Nominal
Maloclusiones dentarias (clasificación de Angle)	Es el desarrollo anormal de las estructuras de la cavidad bucal, ya sean a nivel de dientes o maxilares.	Estado en el espacio de los dientes en el cual se encuentran desalineados con respecto al plano oclusal óptimo.	Ficha de Historia Clínica (Anexo 04) Y modelos de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I. • Clase II: <ul style="list-style-type: none"> - División 1 - División 2 • Clase III. 	Cualitativo	Nominal
Sexo	Características y rasgos físicos que diferencia a los hombres de las mujeres.	Niño con características H/M.	Observación de características físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 	Cualitativo	Nominal

3.3 Definición de términos operacionales:

Clasificación de Angle:

Clase I: se da cuando la cúspide mesiovestibular (MV) del primer molar superior permanente se relaciona con el surco MV del primer molar inferior.

Clase II: se da cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente se relaciona por adelante del surco MV del primer molar inferior.

Clase II división 1: A la relación distal de las molares inferiores se le añade ciertas alteraciones en el sector anterior, incisivos superiores generalmente inclinados hacia vestibular. Overjet más de 3mm y overbite más de 40 %.

Clase II división 2: A la relación distal de las molares inferiores se le añade ciertas alteraciones en el sector anterior, retrusión de los incisivos superiores y a un aumento de la sobremordida. Overjet 0mm y overbite más de 40 %.

Clase III: se da cuando la cúspide MV del primer molar superior ocluye por detrás del surco MV del primer molar inferior.

3.4 Técnicas e instrumentos:

Procedimiento de recolección de datos

- 1** Se utilizó la encuesta con los padres de familia, previa información y firma del consentimiento informado (Anexo N° 02), para evaluar la frecuencia de hábitos orales perniciosos, en niños con dentición mixta, con un cuestionario de 05 preguntas, formuladas por la autora (Anexo N° 03).
- 2** Para conocer la concordancia tanto intra como interevaluador en la valoración del instrumento, se determinó el valor del índice de concordancia Kappa, el cuál indicó concordancia en ambos casos. (Anexo N° 01)
- 3** También se aplicó la técnica de Observación a los niños con dentición mixta, con un instrumento denominado ficha clínica para evaluar el tipo de maloclusión más frecuente según la clasificación de Angle (Anexo N° 04).

Para ello se procedió a tomar impresiones a cada paciente participante:

- a) Toma de impresiones: Se procedió a tomar un registro de la cavidad bucal, en una impresión con alginato haciendo uso de cubetas de stock.

Luego se realizó un análisis dentario y se registró los hallazgos (Anexo N°04)

3.5 Plan de análisis

Los datos recolectados fueron registrados en una base de datos en el programa IBM SPSS Statistics 23 para ser procesados.

Se empleó tablas de frecuencias para presentar los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias.

Las relaciones entre las variables fueron analizadas empleando el Test Chi-cuadrado de independencia de criterios. La significancia fue considerada al 5% ($p < 0.05$)

3.6 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN
<p>¿Cuál es la relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta, entre los 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta, entre los 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar la frecuencia de hábitos bucales perniciosos en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016.</p> <p>Determinar la frecuencia de maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle, en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016.</p> <p>Determinar la relación de hábitos bucales perniciosos y las maloclusiones según la clasificación de Angle, en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, según el sexo en pacientes que son atendidos en la clínica odontológica Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016.</p>	<p>Hábitos orales perniciosos</p> <p>Maloclusiones dentarias (clasificación de Angle)</p> <p>Sexo</p>	<p>Tipo</p> <p>El presente trabajo es una investigación tipo cuantitativo.</p> <p>Nivel</p> <p>Descriptivo Prospectivo observacional.</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>Transversal.</p>	<p>Población:</p> <p>Está conformada por 80 Pacientes niños que acuden a ser atendidos a la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, durante el periodo 2016 – I</p> <p>Muestra</p> <p>Está conformada por 66 pacientes niños de la población en estudio, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.</p>

3.7 Principios éticos:

Los principios éticos están constituidos por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 35ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.²⁷

IV. RESULTADOS:

4.1. Tablas:

TABLA N°1

Relación de los hábitos bucales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta, atendidos en la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica.

Hábitos bucales perniciosos	Maloclusión								X ²	p
	Clase I		Clase II		Clase III		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Succión digital	10	76,9	3	23,1	0	0,0	13	100	4,300	0,116
Deglución atípica	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	100	0,965	0,617
Bruxismo	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	100	1,325	0,516
Respiración bucal	17	54,8	10	32,3	4	12,9	31	100	0,096	0,953
Onicofagia	12	75,0	2	12,5	2	12,5	16	100	0,063	0,969

Fuente: Encuesta aplicada a los PP. FF y Observación experimental realizada a los niños y niñas

Interpretación

En la tabla 1, las maloclusiones clase I, II y III no se alteran significativamente en relación a alguno de los hábitos bucales pernicioso ($p > 0.05$, en cada caso), es decir no hay relación entre las dos variables, ni aun con la succión digital que presenta porcentaje en la clase I más elevado que en el resto de hábitos perniciosos.

TABLA N°2

Hábitos bucales perniciosos en niños con dentición mixta, atendidos en la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica.

Hábitos bucales perniciosos	Niños	
	N°	%
Succión digital	13	19,7
Deglución atípica	3	4,5
Bruxismo	3	4,5
Respiración bucal	31	47,0
Onicofagia	16	24,2
Total	66	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los PP. FF

Interpretación

En la tabla 2, el hábito bucal pernicioso más frecuente fue la respiración por la boca (47.0%), seguido de la onicofagia (24.2%) y la succión digital (19.7%)

TABLA N°3

Maloclusiones dentarias según la clasificación de Angle, en niños con dentición mixta, atendidos en la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica.

Maloclusión	Niños	
	Nº	%
Clase I	43	65.1
Clase II	17	25.8
DIV 1	12	18.2
DIV 2	5	7.6
Clase III	6	9.1
Total	66	100.0

Interpretación

Las maloclusiones más frecuentes son las clases I (65.1%) y clase II (25.8%)

TABLA N°4

Relación de los hábitos bucales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta, atendidos en la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica, según sexo.

Sexo	Hábitos bucales perniciosos	Maloclusión								X ²	p
		Clase I		Clase II		Clase III		Total			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Hombres	Succión digital	4	100,0	0	0,0	0	0,0	4	100	4,623	0,099
	Deglución atípica	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0,633	0,729
	Bruxismo	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0,633	0,729
	Respiración bucal	9	52,9	6	35,3	2	11,8	17	100	0,770	0,680
	Onicofagia	3	60,0	1	20,0	1	20,0	5	100	0,542	0,763
Mujeres	Succión digital	7	77,8	2	22,2	0	0,0	9	100	2,892	0,235
	Deglución atípica	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100	1,611	0,447
	Bruxismo	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100	3,920	0,141
	Respiración bucal	8	57,1	4	28,6	2	14,3	14	100	1,291	0,524
	Onicofagia	8	72,7	2	18,2	1	9,1	11	100	0,315	0,854

Interpretación

Las maloclusiones clase I, II y III son 65.1, 25.8 y 9.1% respectivamente, y éstas no se alteran significativamente en relación a alguno de los hábitos bucales perniciosos ($p > 0.05$, en cada caso), ni en hombres ni en mujeres, según la tabla 4. En el caso de los hombres, se hubiera esperado una cierta relación con la succión digital, la deglución atípica y el bruxismo, pero el reducido número de casos disminuye la potencia de la prueba.

4.2 Análisis de resultados:

En el presente estudio aplicado a los niños con dentición mixta, atendidos en la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica en el 2016, se determinó que:

Las maloclusiones clase I, II y III no guardan relación con alguno de los hábitos bucales perniciosos, similar al estudio hecho por Montiel et al.¹⁰ quien tampoco encontró relación significativa entre maloclusión y hábito pernicioso. En contraste a los estudios hechos por Zapata et al.¹² quien encontró relación entre la maloclusión mordida abierta anterior y los hábitos, deglución atípica y succión digital; al igual que Mendoza et al.⁴ quien encontró asociación entre las maloclusiones, mordida cruzada posterior y la clase II con el hábito respiración bucal. Basada en la lectura de los antecedentes existen trabajos de investigación cuyos autores ^{4,12} demostraron la relación entre maloclusión y hábito pernicioso, sin embargo, al incrementar el tamaño de la muestra podríamos establecer con mayor exactitud y significancia la relación entre estas 2 variables.

Por otro lado, el hábito bucal pernicioso más frecuente fue la respiración bucal con 47.0%, similar al estudio de Urrieta et al.¹³ quien obtuvo que la respiración bucal es la más frecuente con 30.95%. En contraste a los estudios hechos por Mendoza et al.⁴ y Aguilar et al.⁸ quienes obtuvieron como hábito bucal más frecuente la interposición lingual y la onicofagia con 62% y 44.4% respectivamente. Una de las causas etiológicas para que respiración oral pueda desarrollarse, se debe a la presencia de malos hábitos que han perdurado por bastante tiempo, como por ejemplo la interposición lingual, deglución atípica, etc. Podemos considerar entonces que la frecuencia de este hábito en el presente

estudio se deba a un factor obstructivo por mal hábito ya que además de la respiración bucal se pudo demostrar la frecuencia de otros malos hábitos como por ejemplo la succión digital y la deglución atípica.

En cuanto al tipo de maloclusión, se obtuvo que la clase I fue la más frecuente con una prevalencia de 65.1% similar a los estudios hechos por Morán y Zamora ⁶, Laganá et al.⁷ y Zapata et al.¹² donde obtuvieron igualmente que clase I es la maloclusión más frecuente con 49%, 44.4%, 71.4% respectivamente. Esto se deba probablemente a que la clase I en la relación a la clasificación de Angle, es considerada la maloclusión más prevalente a nivel mundial.³¹

Finalmente, no se encontró relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones según el sexo, similar al estudio de Zapata et al ¹³ quien tampoco encontró relación en alguna entre hábito oral y maloclusión según sexo. En contraste al estudio hecho por Laganá et al.⁷ quien obtuvo que las mujeres presentaban una mayor tasa de prevalencia que en los hombres con 82,1% y 78,9% respectivamente. Basada en la lectura de los antecedentes la discrepancia entre estos resultados se deba a que el número de participantes del estudio es menor en comparación con la de Laganá et al.⁸, por lo que se propone ampliar el tamaño de la muestra para poder determinar esta similitud significativa entre la maloclusión y el hábito pernicioso según sexo.

V. CONCLUSIONES

- No existe relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016.
- El hábito bucal pernicioso más frecuente es la respiración bucal con 47.0%, seguido de la onicofagia 24.2. % y finalmente la succión digital con 19.7% en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016.
- La maloclusión más frecuente es la clase I con 65.1% seguido de la clase II con 25.8% en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016.
- No existe relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones según sexo, en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016.

5.1 Aspectos Complementarios

RECOMENDACIONES

- Considerando la importancia de clasificar las maloclusiones en los 3 planos del espacio (sagital, vertical y transversal), se puede optar para estudios posteriores otras clasificaciones diferentes a la de Angle, ya que este autor solo considera el plano sagital (anteroposterior) para su clasificación.
- Por otro lado, se debería considerar a futuro realizar un estudio en una población infantil con dentición netamente decidua, la cual permita determinar la prevalencia de los hábitos orales anómalos y cómo influyen en el desarrollo de las maloclusiones que se presentan en esta etapa.
- Finalmente teniendo en cuenta que no se encontró relación significativa entre las maloclusiones y hábitos perniciosos. Se recomienda para los futuros estudios de investigación, incluir a una población más numerosa la cual permita obtener mayor información.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote [página web en internet]. Wikipedia. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Trujillo. [Actualizada: 10 abril 2012; consultada: 18 agosto 2016].
2. Cepero Z, Gato I, Duque de Estrada J, Pérez Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev. cub estomat(revista en la internet).2007(citada el 13 de 06 del 2016);44(4).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci_arttext
3. Medina C. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. 2010(citada el 13 de 06 del 2016). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
4. Mendoza L, Meléndez A, Ortiz R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev mexicana ortod (revista en la internet).2014(citada el 13 de 06 del 2016);2(4):220-27.Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2014/mo144b.pdf>
5. Catarí P, Carrillo A, Zavarase S, Pérez C. Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta de odontopediatría. Acta odont venez (revista en la internet).2014(citada el 15 de 05 del 2016);52(2). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art8.asp>
6. Morán V, Zamora O. 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. Acta odont venez (Revista en la internet).2013 (Citada el 23 de 07 del 2016). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art4.asp>
7. Laganà G, Masucci C. Prevalence of malocclusions, oral habits and orthodontic treatment need in a 7- to 15-year-old schoolchildren population in Tirana.) Pubmed (Revista en la internet) 2013. (Citada el 23 de 07 del 2016). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24326142>
8. Aguilar M, Villaizá C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de

- maloclusión en población escolar. *Ortodoncia.ws* (Revista en la internet).2009 (Citada el 23 de 07 del 2016). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art22.asp>
9. Murrieta J, Allen del agua R, Pérez L, Juárez L, Linares V, Meléndez A. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2016 23 08]; 68(1): 26-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100004
 10. Saba J, Dhilal L. The Effect of Bad Oral Habits on Malocclusions and Its Relation with Age, Gender and Type of Feeding. *Rev. MDJ* (Revista en la internet) 2007 (citado el 13 de 06 del 2016) Disponible en: <http://iasj.net/iasj?func=fulltext&aId=40581>
 11. Montiel M. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Rev Asociación Dent Mex.* (revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2016 23 08]; 68(1): 26-33. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od046c.pdf>
 12. Zapata M, Lavado A, Anchelia S. Hábitos orales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. *KIRU* (revista en la internet).2014 (citado el 13 de 06 del 2016); 11(1):16-24. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.3.pdf
 13. Urrieta. Hábitos bucales y Maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el Diplomado de Ortodoncia Interceptiva U.G.M.A. Año 2006-200. 2008. *Revista latinoamericana de ortod y odont*(revista en la internet).2008(citado el 05 de 05 del 2016).Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art5.asp>
 14. Navas C. Hábitos orales y maloclusiones. *Carta de salud* (revista en la internet).2012(citado el 13 de 06 del 2016);189.Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

15. Fernández C. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev. cubana ortod (revista en la internet).1997(citada el 13 de 06 del 2016);12(2):79-83. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12_2_97/ord02297.htm
16. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Rev latin de ortod y odont (revista en la internet).2011 (citada el 13 de 06 del 2016). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
17. Viquez M. Hábitos de succión digital y deglución atípica” Para optar por el título de Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Funcional (Artículo en la internet).2010 (citado el 13 de setiembre del 2016) Disponible en: http://www.ulacit.ac.cr/files/proyectosestudiantiles/archivos/esp/367_succindigital.pdf
18. Gonzales M, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Rev latin de ortod y odont (revista en la internet).2012(citado el 05 de 05 del 2016).Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>
19. Zaldivar M, García S, Expósito M, Estrada V, Pérez Y. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. AMC [Internet]. 2010 Dic [citado 2017 Jul 04] ; 14(6): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600021&lng=es.
20. Podadera Z, Flores L, Rezk A. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Ago [citado 2016 Jul 04] ; 17(4): 126-137. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400014&lng=es.
21. Silva M. Bruxismo: su comportamiento en un área de salud bucal. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Feb [citado 2016 Jul 04] ; 19(1): 56-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100009&lng=es.
22. Mapfre.es. Bruxismo infantil (En línea). La coruña: 1990; [accesado 23 Agos

- 2016]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/bruxismo-infantil.shtml>
23. Hernández B, Díaz S, Hidalgo S, Lazo R. Bruxismo: panorámica actual. AMC [Internet]. 2017 Feb [citado 2017 Jul 04]; 21(1): 913-930. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000100015&lng=es.
24. Restrepo S. Onicofagia en niños: Artículo de revisión. Rev. Alop [Internet] 2011 [citado 2016 Jul 04] ; 1(1). Disponible en: <http://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2011/1/art-14/>
25. Ojeda C, Espinoza A, Biotti J. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2014 Abr [citado 2016 Jul 04] ; 7(1): 37-42. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072014000100009>.
26. Urrego P, Jiménez L, Londono M, Zapata M, Botero P. Perfil epidemiológico de la oclusión dental en escolares de Envigado, Colombia. Revista UN (revista en la internet).2011 (citado el 13 de junio del 2016) Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/19985/37886>
27. Sada M Girón J. Maloclusiones en la dentición temporal o mixta. An pediatri contin (revista en la internet).2006 (citado el 13 de junio del 2016);4(1):66-70.Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/maloclusiones-denticion-temporal-o-mixta/articulo/80000171/>
28. Jonasferreira.eu. Clasificación_de_angle [en línea]. La Coruña: jonasferreira.eu. ; 2009 (Accesado el 10 de octubre del 2016). Disponible en: http://jonasferreira.eu/archivos/materialclase/CLASIFICACION_DE_ANGLE.pdf
29. Bustamante C, Surco V, Tito E, Yujra C. Oclusión. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. [citado 2016 Jul 04]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-

37682012000500003&lng=es.

30. López J. Prevención de las maloclusiones. Gacet dent (revista en la internet).2009 Abr (citado el 13 de setiembre del 2016). Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2009/04/previncin-de-las-maloclusiones-31045/>
31. Marin D, Sigüencia V, Bravo M, Maloclusión clase I, tratamiento ortodóntico. Caracas, Venezuela. Rev. latin de ortod y odont [revista en la Internet]. 2014 [citado 2016 Jul 04]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-28/>
32. Ugalde Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM (revista en la internet).2007 (citado el 13 de junio del 2016); 14(3):97-109. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>
33. Silva Valencia Gonzalo Ariel , Huaynoca Naira. Oclusión clase II. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. [citado 2016 Jul 04]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000500006&lng=es.
34. Avalos G, Paz A. Maloclusión clase III. Rev. tamè (revista en la internet).2014 (citado el 13 de junio del 2016); 3(8):279-282. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_8/Tam148-7.pdf
35. Ticona H. Tratamiento de clase III en ortodoncia. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. [citado 2016 Jul 04]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000500009&lng=es
36. Manzini J. declaración de helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta bioeth. [Internet]. 2000 Dic [citado 2016 Oct 10]; 6(2): 321-334. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CALIBRACIÓN

	Kappa	Error estandarizado	T° aproximada	p
Intra-evaluador	1.000	0.000	3.041	0.002
Inter-evaluador	1.000	0.000	3.041	0.002

El valor de Kappa indica tanto concordancia intra como inter-evaluador.

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. INTRODUCCIÓN

Estimadas madres: Ud. ha sido invitada a participar en el estudio titulado: ‘Relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría, de la clínica odontológica Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016’. Su participación es voluntaria y antes de tomar su decisión debe leer cuidadosamente este formato, hacer todas las preguntas y solicitar las aclaraciones que considere necesarias para comprenderlo.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo de la investigación para la cual estamos solicitando su colaboración es: Determinar la relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta, atendidos en la clínica odontológica docente asistencial ULADECH Católica - Provincia de Trujillo, Región la Libertad, año 2016.

3. PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL ESTUDIO

Su aceptación y firma del presente formato autoriza su participación y la de su niño en el presente estudio de investigación. La encuesta y toma de modelos se realizará en la clínica odontología Uladech-Trujillo

4. BENEFICIOS

Se espera que el conocimiento derivado de este estudio, sirva como contribución en determinar la relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta, entre los 7 y 12 años de edad, para que en adelante podamos desarrollar actividades que puedan enriquecer sus conocimientos.

5. CONFIDENCIALIDAD

Toda información es de carácter confidencial y no se dará a conocer con nombre propio a menos que así lo exija la ley, o un comité de ética. En tal caso los resultados de la investigación se podrán publicar, pero sus datos no se presentan en forma identificable.

6. COSTOS Y COMPENSACIÓN

Los procedimientos que hacen parte de la investigación serán brindados sin costo alguno para usted. Usted no tiene derecho a compensaciones económicas por participar en la investigación.

7. INFORMACIÓN Y QUEJAS

Cualquier problema o duda, deberá informar al responsable del estudio, Paiva Tume Betsy Santitos, cuyo número de celular es 934106685.

Declaro haber leído el presente formato de consentimiento y haber recibido respuesta satisfactoria a todas las preguntas que he formulado, antes de aceptar voluntariamente mi participación en el estudio.

Nombre:

Firma: _____

D.N.I: _____

Fecha:

ANEXO N° 3

ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES PARA EVALUAR LA FRECUENCIA DE HÁBITOS ORALES PERNICIOSOS, EN NIÑOS CON DENTICIÓN MIXTA ENTRE 7 Y 12 AÑOS DE EDAD, EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA, DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA - PROVINCIA DE TRUJILLO, REGIÓN LA LIBERTAD, AÑO 2016”

**FICHA ODONTOLÓGICA
(CUESTIONARIO)**

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) ¿Su hijo se ha chupado el dedo anteriormente? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Su hijo interpone la lengua para hablar o deglutir los alimentos? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Su hijo aprieta o frota los dientes? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿Su hijo respira por la boca? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5) ¿Su niño se muerde o se come las uñas? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

ANEXO N° 4

FICHA CLÍNICA PARA EVALUAR EL TIPO DE MALOCLUSION MAS FRECUENTES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE, EN NIÑOS CON DENTICIÓN MIXTA ENTRE 7 Y 12 AÑOS DE EDAD, EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA, DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA - PROVINCIA DE TRUJILLO, REGIÓN LA LIBERTAD, AÑO 2016”

FICHA CLINICA

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____

R.M DER.	
R.M IZQ.	
R.C DER.	
R.C IZQ.	

ANALISIS DE MODELOS:

- Presenta mordida Abierta, cruzada, profunda o en tijera SI NO
- Problemas de Espacio (diastemas o apiñamiento): SI NO
- Desviación Línea Media: SI NO
- Presenta overjet y overbite: Normal Alterada
- Paladar: Normal Profundo

RESULTADO DE DIAGNOSTICO:

MALOCLUSION CLASE I	
MALOCLUSION CLASE II DIV 1	
DIV 2	
MALOCLUSION CLASE III	

ANEXO N° 5
FOTOGRAFÍAS



MATERIALES USADOS
PARA LA TOMA DE
IMPRESIONES.



PREPARACIÓN DEL ALGINATO Y TOMA DE IMPRESIONES

TOMA DE IMPRESIONES A NIÑOS DE 7 HASTA LOS 12



REGISTRO DE MORDIDA



**TOMA DE IMPRESIÓN
Y REGISTRO DE
MORDIDA**



**APLICACIÓN DE
ENCUESTA A LOS
PADRES**

