



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN
CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS DE 6 A 11
AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA EN EL PUESTO DE SALUD “SANTA
ANA COSTA” DEL DISTRITO DE CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE
ÁNCASH, 2018**

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

AUTORA:

RAMIREZ VILCHEZ, NICOL BRIGGITH

ORCID: 0000-0001-8906-2504

ASESOR:

RONDÁN BERMEO, KEVIN GILMER

ORCID: 0000-0003-2134-6468

CHIMBOTE – PERÚ

2020

1. Título de la tesis

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE
ANGLE EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA EN EL PUESTO DE SALUD “SANTA ANA COSTA” DEL
DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO
DE ÁNCASH, 2018**

2. Equipo de trabajo

AUTOR

Ramirez Vilchez, Nicol Briggith

ORCID: 0000-0001-8906-2504

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado, Chimbote,

Perú

ASESOR

Rondán Bermeo, Kevin Gilmer

ORCID: 0000-0003-2134-6468

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la salud,

Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú

JURADO

Mgtr. San Miguel Arce, Adolfo Rafael

ORCID: 0000-0002-3451-4195

Mgtr. Canchis Manrique, Walter Enrique

ORCID: 0000-0002-0140-8548

Mgtr. Trinidad Milla, Pablo Junior

ORCID: 0000-0001-9188-6553

3. Hoja de firma del jurado y asesor

Mgtr. SAN MIGUEL ARCE, ADOLFO RAFAEL

PRESIDENTE

Mgtr. CANCHIS MANRIQUE, WALTER ENRIQUE

MIEMBRO

Mgtr. TRINIDAD MILLA, PABLO JUNIOR

MIEMBRO

Mgtr. RONDÁN BERMEO, KEVIN GILMER

ASESOR

4. Agradecimiento y dedicatoria

Agradecimiento

A Dios, por otorgarme la vida y salud cada día, por brindarme las fuerzas y motivación de seguir adelante para lograr mis objetivos.

A mis padres, por su apoyo constante e incondicional, por su comprensión, por inculcarme valores y deseos de superación, mostrándome que no existen obstáculos imposibles de superar.

Dedicatoria

A mis docentes, por su invaluable aporte a mi crecimiento académico y personal, por sus acertados consejos y todo el tiempo brindado.

A todas las personas que aportaron desinteresadamente en la ejecución del presente trabajo e hicieron posible su culminación, mi entera gratitud por el interés brindado.

A la Universidad Católica Los Ángeles Chimbote por brindarme la oportunidad de forjar mi futuro profesional, brindándome los conocimientos necesarios para expandir mis horizontes personales.

5. Resumen y abstract

Resumen

La investigación tuvo como **objetivo** Determinar la prevalencia de maloclusiones según clasificación de Angle en niños de 6 a 11 años que acuden a la consulta Odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2018 .**Metodología:** La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo, transversal, observacional, nivel descriptivo y diseño no experimental (descriptivo simple) en una muestra de 115 niños con la técnica de muestreo no probabilística por conveniencia , como método se aplicó la técnica de observación clínica y se registró la información en una ficha de recolección de datos. **Resultados:** De acuerdo a la frecuencia de maloclusiones según la clasificación de Angle, se observó que el 55,6% presento Clase I, Clase II presentaron el 38,4% y solo el 6,0% presento Clase III. Según clasificación de Angle el sexo femenino predomino en la Clase I con 37,3% y en la Clase II predomino el sexo femenino con 23,8% y en la Clase III el 4,3% predomino el sexo masculino. Se observa la frecuencia de maloclusiones según clasificación de Angle que existe predominio en la Clase I el grupo de 6 a 8 años con 40% y el grupo de 9 a 11 años 15,6% presento Clase I , 8%. **Conclusión:** La maloclusión con mayor prevalencia según Angle, fue la Clase I con 55,6%, seguida por la Clase II con el 38,4% y por último la Clase III con el 6,0%.

Palabras clave: Angle, Edad, Género, Maloclusión, Prevalencia

Abstract

The **objective** of the investigation was to determine the prevalence of malocclusions according to the Angle classification in children from 6 to 11 years of age who attend the Dental Consultation in the Health Post "Santa Ana Costa" of the District of Chimbote, Santa Province, Ancash Department, 2018. **Methodology:** The research was quantitative, descriptive, prospective, transversal, observational, descriptive and non-experimental design (simple descriptive) in a probabilistic sample of 115 selected patients in a simple random sampling. **Methods:** the clinical observation technique was applied and the information was recorded on a data collection sheet. **Results:** according to the frequency of malocclusions according to the angle classification, it was observed that 55.6% presented Class I, Class II presented 38.4% and only 6.0% presented Class III. According to Angle's classification, the female sex prevailed in class I with 38.4% and in class II the female sex prevailed with 23.8% and in class III 4.3% the male sex prevailed. The frequency of malocclusions according to the angle classification shows that there is a predominance in class I, the group of 6 to 8 years with 40% and the group of 9 to 11 years 15.6% presented class I, 8%. **Conclusion:** The malocclusion with the highest prevalence was Class I with 55.6%, Class II presented 38.4% and Class III only 6.0%.

Keywords: angle, age, gender, malocclusion, prevalence

6. Contenido

1. Título de la tesis..	ii
2. Equipo de trabajo.....	iii
3. Hoja de firma del jurado y asesor.....	iv
4. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria.....	v
5. Resumen y abstract.....	vii
6. Contenido	ix
7. Índice de gráficos, tablas y cuadros.....	x
I. Introducción.....	1
II. Revisión de literatura.....	4
2.1 Antecedentes.....	4
2.2 Bases Teóricas.....	14
III. Hipótesis.....	25
IV. Metodología	26
4.1 Diseño de investigación.....	26
4.2 Población y muestra.....	27
4.3 Definición y Operacionalización de variables y los indicadores.....	31
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
4.5 Plan de análisis.....	34
4.6 Matriz de consistencia.....	35
4.7 Principios éticos.....	36
V. Resultados	37
5.1 Resultados.....	37
5.2 Análisis de resultados.....	40
VI. Conclusiones.....	44
Aspectos complementarios	45
Referencias bibliográficas.....	46
Anexos	51

7. Índice de tablas y gráficos

Índice de tablas

Tabla 1: Prevalencia de maloclusiones dentales según la clasificación de angle en niños de 6 a 11 años de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa , Departamento de Áncash,2018.....37

Tabla 2: Frecuencia de maloclusiones dentales de según la clasificación de angle en niños de 6 a 11 años de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2018, según género.....38

Tabla 3: Frecuencia de maloclusiones dentales según la clasificación de angle en niños de 6 a 11 años de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa , Departamento de Áncash, 2018, según edad.....39

Índice de gráficos

Gráfico 1: Prevalencia de maloclusiones dentales según la clasificación de angle en niños de 6 a 11 años de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote , Provincia del Santa , Departamento de Áncash, 2018.....	37
Gráfico 2: Frecuencia de maloclusiones dentales de según la clasificación de angle en niños de 6 a 11 años de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2018, según género.....	38
Gráfico 3: Frecuencia de maloclusiones dentales según la clasificación de angle en niños de 6 a 11 años de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2018, según edad.....	39

I. Introducción

Las maloclusiones dentales se denominan alteraciones que pueden ser funcionales, traumático, genético y dentario que llega afectar a tejidos duros y blandos de la cavidad oral. La maloclusión es una variación genética y afecta por los factores intrínsecos y extrínsecos sobre la formación y crecimiento de los maxilares y los dientes.¹

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales, siguiente de caries y enfermedad periodontal. En el Perú, tienen una prevalencia que llegan hasta el 70% a 85%.²

La maloclusión se encuentra en la mayoría de la población a nivel mundial con una severidad variable dependiendo de las características de la etnia de las personas, la genética y del contexto. A nivel mundial existe investigaciones como la de Newman, observó en 3355 escolares de 6-14 años de New York – USA que el 48% presentó normoclusión y el 52% maloclusión de los cuales según la clasificación de Angle, el 38.24% eran Clase I, y el 13.23% Clase II y el 0.48% Clase III.³

En Perú se han realizado estudios epidemiológicos sobre las maloclusiones desde 1954 sobre todo en la capital, existiendo algunos estudios en regiones de la Costa, Sierra y Selva, con prevalencia de 81,9% 79,1% y 78,5% respectivamente.⁴

En Chimbote Méndez V. Realizó una investigación en el cual el 100% de inspeccionados de 6 a 11 años, el 85.5% presentaron Maloclusión dentaria, de las cuales 70% llegaron ser maloclusiones de tipo leve y el 20% Maloclusiones de tipo moderadas- severas.⁵

Es por eso que se plantea el siguiente enunciado: ¿Cuál es la prevalencia de maloclusiones según clasificación de Angle en niños de 6 a 11 años que acuden a la Consulta Odontológica en el Puesto de Salud Santa Ana Costa del Distrito de Chimbote ,Provincia del Santa, Departamento de Áncash ,2018?

Para lo cual se tiene el siguiente objetivo general: Determinar la prevalencia de maloclusiones según clasificación de Angle en niños de 6 a 11 años que acuden a la consulta Odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2018 y como objetivos específicos: Determinar la frecuencia de maloclusiones según clasificación de Angle en niños de 6 a 11 años, según género. Determinar la frecuencia de maloclusiones dentales de acuerdo a la clasificación de Angle, en niños de 6 a 11 años de los pacientes que acuden a la consulta Odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2018, según edad.

Esta investigación se justifica para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo sobre las maloclusiones dentales permitiendo contribuir

con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

La metodología empleada fue de tipo cuantitativa, observacional, prospectivo, descriptiva y transversal, nivel descriptiva y diseño no experimental. Este estudio se llevó a cabo en el año 2018 con una muestra de 115 niños, en el Puesto de Salud Santa Ana Costa y se realizó obteniendo la variable género y edad por medio de las historias clínicas y mediante la observación clínica la Clasificación de Angle, luego los datos obtenidos se registraron en la ficha de recolección de datos. El presente estudio está estructurado de la siguiente forma: inicialmente se tiene la revisión de literatura, para seguidamente continuar con la hipótesis, metodología, resultados y finalmente conclusiones.

De acuerdo a la frecuencia de maloclusiones según la clasificación de Angle, en los niños que acuden a la consulta Odontológica de la Posta Santa Ana se observó de acuerdo a la frecuencia de maloclusiones según la clasificación de Angle, se observó que el 55,6% presentó Clase I, 38,4% Clase II y solo el 6,0% presentó Clase III. Según la clasificación de Angle el sexo femenino predominó en la Clase I con 37,3 % y en la Clase II predominó el sexo femenino con 23,8% y en la Clase III el 4,3% predominó el sexo masculino. Se observa la frecuencia de maloclusiones según la clasificación de Angle que existe predominio en la Clase I el grupo de 6 a 8 años con 40% y el grupo de 9 a 11 años 15,6% presentó Clase I, 8%.

II. Revisión de la literatura:

2.1 Antecedentes:

a) Antecedentes internacionales:

Tircio A. (Ecuador, 2019) En su investigación **titulada** Prevalencia De maloclusiones en niños de 6 a 12 años de la clínica de odontopediatria de la Facultad Piloto De Odontología. Uno de los principales problemas en la clínica de Odontopediatria son las maloclusiones en los niños, el **objetivo** del presente trabajo fue establecer la prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 12 años de la clínica de odontopediatria de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Teniendo como **metodología** que el tipo de estudio fue observacional, descriptivo, transversal y se recolectó información de las fichas clínicas de una **muestra** de 277 pacientes. Los **resultados** indicaron que solo el 30% de los niños estudiados presentaban una oclusión normal, mientras que el 70% tenían algún tipo de maloclusión. La maloclusión más frecuente fue el apiñamiento con el 32%. De la muestra estudiada el 52% de los pacientes presentaron hábitos, y el 48% no. El hábito más frecuente fue la onicofagia. Como **conclusión** se puede decir que la mayoría de los pacientes con maloclusiones están acompañados de algún hábito (48%), sin embargo existe un bajo porcentaje de pacientes con hábitos pero sin maloclusiones (4%).⁶

García E. (Ecuador, 2019) En su investigación **titulada** Prevalencia de maloclusiones, en niños y adolescentes de 12 a 18 años

de escuelas y colegios de la parroquia Simiatug, del Cantón Guaranda de la provincia Bolívar. Las maloclusiones dentales son el tercer problema de salud bucodental presentes en más del 80% de la población latinoamericana. El **objetivo** del estudio es determinar mediante una evaluación clínica la prevalencia de maloclusiones, en niños y adolescentes de 12 a 18 años de escuelas y colegios de la parroquia Simiatug, del Cantón Guaranda de la provincia Bolívar; teniendo como **metodología** del presente estudio es observacional, analítico y transversal aplicado a una **muestra** de 385 estudiantes de ambos sexos, previo al consentimiento informado firmado por sus respectivos tutores y asentimiento de los mismos. Los datos fueron recolectados, y transcritos a Excel, a su vez analizados en el programa estadístico SPSS V.22 de IBM. Los **resultados** obtenidos reflejan que el 17,7% presenta oclusión normal o maloclusión mínima, el 50,1 % maloclusión definitiva, el 23,9% maloclusión severa y el 8,3% maloclusión muy severa; con respecto al sexo y edad presentan un p-valor de 0,010 y 0,013 respectivamente indicando una diferencia estadísticamente significativa. Llegando a la siguiente **conclusión** existió una alta prevalencia de maloclusiones dentales y se comprobó que conforme avanza la edad aumenta el grado de severidad.⁷

Quimis J. (Ecuador, 2019) En su investigación **titulada** Prevalencia de mal oclusión dentaria en niños de 6 - 12 años atendidos en la Facultad Piloto De Odontología con el **objetivo** de determinar la

prevalencia de la maloclusión en niños de 6 a 12 años atendidos en el área de Odontopediatría Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2018 ciclo II . Teniendo como **metodología** un estudio de tipo descriptivo y transversal. La **muestra** del estudio estuvo constituida por las fichas de 317 niños con dentición mixta entre los seis y los doce años de edad, siguiendo el **método** de los cuales se realizó la revisión de fichas odontológicas que se tiene archivadas en el departamento de estadística de la Facultad Piloto de Odontología. Basándome en el registro de las fichas odontológicas, se tuvo como **resultados** que solo 302 pacientes de la muestra presentaron maloclusión, Clase I (80,47%) Clase II (15,56%) y Clase III (3,97%), además, el género con mayor prevalencia que se observó en el ciclo II del año 2018, de la cátedra de odontopediatría, fue el masculino, representando el 57,42% de la muestra y el tipo de clase con mayor prevalencia según la clasificación de Angle la cual fue la utilizada para esta investigación fue la clase I, la cual tuvo gran representación en la muestra analizada. Llegando a la siguiente **conclusión** que la edad que mayor tuvo prevalencia en la clase I fueron los pacientes con 7 años de edad, en la clase II los pacientes con 9 y 11 años de edad y en la clase III, los pacientes con 7, 9 y 11 años de edad. El género con mayor prevalencia de maloclusión, fue el masculino representando el 57.61%.⁸

Aguirre B. (Ecuador, 2016) En su **investigación** titulado Prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años de la Parroquia

Machángara En La Ciudad De Cuenca, 2016. Con el **objetivo** de Determinar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años de la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca, 2016. Teniendo como **metodología** un estudio de tipo descriptivo de corte retrospectivo de 184 fichas epidemiológicas de investigación de la Universidad Católica de Cuenca de la evaluación clínica en los planos sagital, transversal y vertical, mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple utilizando fórmula para prevalencia, odds ratio y Chi cuadrado. Teniendo como **resultados** que la prevalencia fue de un 81% de maloclusión, la distribución de maloclusión según género fue de un 83% en el sexo femenino y 79% en el sexo masculino; y en relación a la gestión escolar obtuvimos un 81% de maloclusión en escuelas fiscales y un 75% en escuelas fiscomisionales. El tipo de maloclusión con mayor frecuencia fue la Clase I con un 38% seguida de Clase II -1 con un 29 %, Clase III con un 26% y finalmente la Clase II-2 con un 8 %. Las características clínicas observadas con mayor frecuencia fueron 48% perfil recto, 72% normodivergencia, 38% relación molar Clase I, 43% de relación canina Clase I, 66% de overjet y overbite normal, 93% de ausencia de mordida cruzada posterior y 88% de mordida cruzada anterior, 5% de mordida abierta, 11% presencia de diastemas y un 53% presencia de apiñamiento. Llegando a la siguiente **conclusión** existe una alta prevalencia de maloclusiones dentales en escolares de sexo femenino provenientes de

escuelas fiscales, de los cuales presentaron una alta frecuencia de características clínicas de maloclusión.⁹

Salinas L. (Cuenca , 2016) En su investigación **titulada** prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años en la parroquia El Sagrario-Cuenca en el periodo lectivo 2015-2016 en donde el **objetivo** fue determinar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años en la parroquia El Sagrario-Cuenca en el periodo lectivo 2015-2016;teniendo como **metodología** un estudio epidemiológico descriptivo, observacional y de corte transversal; en donde la **muestra** fue 141 escolares seleccionados de manera aleatoria, estudiando los siguientes parámetros: la presencia de maloclusiones, empleando la clasificación de Angle, así como la presencia de apiñamiento, mordida cruzada, mordida abierta. Encontrando como **resultados** que la prevalencia de maloclusión tanto para el sexo femenino como para el masculino fue del 95,7%. En relación a las alteraciones ortodoncias más frecuentes fueron el apiñamiento, mordida abierta anterior y mordida cruzada anterior. Con respecto a la maloclusión según Angle el 41,8% corresponde a la Clase II, 34,1% tienen Clase I y finalmente 19,9% para la Clase III. Llegando a la **conclusión** que existe una prevalencia alta de maloclusiones indicando que es una enfermedad sobresaliente en el grupo estudiado.¹⁰

b) Antecedentes Nacionales

Zelada C. (Perú, 2019) En su investigación **titulada** Maloclusión y Autoestima en estudiantes de la Institución Educativa Miguel Rubio, Chachapoyas – 2019. El presente estudio tuvo como **objetivo** principal determinar la relación que existe entre maloclusión y autoestima en estudiantes de la Institución Educativa Miguel Rubio, Chachapoyas – 2019, Teniendo como **metodología** un estudio de enfoque cuantitativo, nivel relacional, tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico; con una población constituida por 306 alumnos de 12 a 18 años de edad, de los cuales 171 conformaron la **muestra** de estudio; el **método** para recolectar datos, con respecto a la maloclusión se utilizó la ficha de registro de datos en función a la clasificación de Angle, y para la autoestima se utilizó el test de Rosenberg; los **resultados** evidenciaron que el 36.8% de estudiantes presentaron maloclusión clase I, el 29.2 % clase III, el 28.1% clase II – 1 y el 5.8% la clase II – 2; además el 62.6% presentó autoestima alta, el 29.2% autoestima media y el 8.2% autoestima baja; asimismo la maloclusión Clase I presentó autoestima alta con 63.49%, autoestima media con 30.16% y autoestima baja con 6.35%; la clase II-1 presentó autoestima alta con 54.17%, autoestima media con 37.50% y autoestima baja con 8.33%; la maloclusión clase II-2 presentó autoestima alta con 50% ,autoestima media con 30% y autoestima baja con 20%; la maloclusión clase III presentó autoestima alta con 72% , autoestima media con 20% y autoestima baja con 8%; llegando a **concluir** que no existe relación entre maloclusión y

autoestima, contrastándose la hipótesis nula con un valor de $X^2 = 6.08$;
 $gl = 6$; $p = 0.4142 > 0.05$.¹¹

Cortez L. (Perú, 2016) E su investigación **titulado** Prevalencia de maloclusión según la clasificación de angle en los escolares de 8 a 12 años de edad en la Institución Educativa N° 22313 de Ica en el año 2016. Teniendo como **objetivo** determinar la prevalencia de maloclusión dental según la clasificación de Angle en los escolares de 8 a 12 años de edad en la Institución Educativa N° 22313 de Ica en el año 2016. Teniendo como **metodología** un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo , se obtuvo una **muestra** de 232 escolares que se eligieron por muestreo probabilístico por azar de simple de tercer grado, cuarto grado, quinto grado y sexto grado. Teniendo como **resultados** Se encontró que la prevalencia de maloclusión dental clase I de Angle según la edad fue prevalente en los escolares de 10 años con el 31,1% y en menor prevalencia los escolares de 12 años 4,1%. La prevalencia de maloclusión dental clase I de Angle según el género fueron similares 50,5% en los varones y 49,5% en las mujeres. La prevalencia de maloclusión dental clase II de Angle según la edad fue prevalente en los escolares de 10 años con el 37.5% y en menor prevalencia los escolares de 11 y 12 años 12.5%. La prevalencia de maloclusión dental clase II de Angle según el género fue prevalente en las mujeres con el 54,2% y en los varones 45.8% en los varones. La prevalencia de maloclusión dental clase III de Angle según la edad fue prevalente en los escolares de 8 años

con el 50.0% y en menor prevalencia el grupo de escolares de 9 y 11 años 8.3%. La prevalencia de maloclusión dental clase III de Angle según el género fue prevalente en los varones con el 58.3% y 41.7% en las mujeres. Con un $p=0,000$ podemos **concluir** que la maloclusión dental clase I de Angle fue ampliamente predominante 84,5% y en menor prevalencia la clase II 10,3% y la clase III 5,2% en los escolares de 8 a 12 años de edad en la Institución Educativa N°22313 de Ica en el año 2016.¹²

Holguín A. (Perú , 2019) En su investigación **titulada** Asociación entre la maloclusión según angle y el patrón facial según capelozza en el diagnóstico ortodóntico de alumnos mayores de 12 años de la I.E.S. “Pedro José Villanueva Espinoza” en el Centro Poblado Porcón Alto, Cajamarca- Perú en el año 2017. Con el **objetivo** de encontrar la asociación y prevalencia entre la maloclusión según Angle y el patrón facial según Capelozza según sexo en una muestra tomada en una zona rural del departamento de Cajamarca – Perú. La **muestra** constó de 124 estudiantes entre 12-25 años de edad (50 mujeres y 74 hombres) Teniendo como **metodología** un estudio observacional, descriptivo, no experimental. Teniendo como resultados que se encontró mayor prevalencia de la maloclusión I (79.03%), seguida de la II-1 (11.29%), II-2 (6.45%) y III (3.23%); en el patrón facial fue más prevalente el I con 63.71%, seguido del II con 33.06% y del III con 3.23%; no se encontraron estudiantes con patrón facial cara larga o cara corta. Llegando a la

siguiente **conclusión** que no existe asociación entre la maloclusión y el patrón facial ($p=0.05$), la mayor asociación se encontró entre la maloclusión II-2 y el patrón I. No hay significancia entre la maloclusión y el sexo y el patrón facial y el sexo.¹³

c) Antecedentes locales

Inca A. (Perú,2018) En su investigación **titulado** Prevalencia de maloclusiones dentarias en pacientes de 6 a 18 años de edad atendidos en el servicio de odontología del Hospital la Caleta, del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, Año 2018. El trabajo de investigación se realizó con el **objetivo** de determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias en pacientes de 6 a 18 años de edad atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital La Caleta, del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, año 2018. Teniendo como **metodología** un estudio de tipo retrospectivo, transversal y observacional, nivel descriptivo y de diseño epidemiológico. La **muestra** de trabajo estuvo constituida por 50 pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital La Caleta; El muestreo es no probabilístico por conveniencia. Se obtuvieron los siguientes **resultados** que la prevalencia de maloclusión dentaria es del 82 %, según la clasificación de Angle se presenta con mayor prevalencia en la Clase I con el 73.2 %, seguido de la Clase II con el 9.8 % y la Clase III con el 17 %; según género se presenta una mayor prevalencia en el género masculino con el 61.0 %; según la edad la mayor prevalencia se da en las edades comprendidas

entre 6 a 9 años con el 41.4 %. **Concluyendo** que la prevalencia de maloclusiones dentarias en pacientes de 6 a 18 años de edad atendidos en el servicio de Odontología del Hospital La Caleta, del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, año 2018, fue de 82.0 %, se presenta mayor prevalencia en la Clase I con el 73.2 %, sexo masculino con el 61.0 % y entre las edades de 6 a 9 años.¹⁴

Arellano G. (Perú, 2016) Realizo un estudio **titulado** perfil de salud bucal - enfermedad bucal en los escolares de 6, 12 y 15 años de la provincia de Carhuaz, región Áncash, 2016. Con el **objetivo** de Determinar el perfil de salud bucal - enfermedad bucal en los escolares de 6, 12 y 15 años de la provincia de Carhuaz, región Áncash, 2016. Teniendo como **metodología** un estudio de diseño observacional, de corte transversal y tipo cuantitativo; teniendo como **materiales y métodos** la ficha de recolección de datos para la evaluación de los índices ceod, CPOD, IPC-OMS e IMOOMS en una **población/muestra** de 214 alumnos de las instituciones educativas de la provincia de Carhuaz. Teniendo como **resultados** que respecto a las maloclusiones, esta se presentó en un 49,26% de los evaluados, la mayor prevalencia se dio a los 12 años con un 62,86% y en el sexo femenino con un 62,71%. Llegando a la siguiente **conclusión** que la muestra estudiada presentó prevalencias de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones en el 80,84%, 30,88% y 49,26% respectivamente.¹⁵

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Maloclusión

En el siglo XIX se dio escasas definiciones y sobre la importancia del fenómeno de la oclusión normal. Sin embargo, Edward H. Angle en su libro "maloclusiones de los dientes", publicado en 1907 formula los principios exactos de diagnóstico.¹⁶

La maloclusión es la condición patológica caracterizada por no darse la relación normal entre las piezas dentarias, con los demás dientes en el mismo arco y con las del arco antagonista.¹⁶ Los conceptos de Angle, y particularmente su sencilla clasificación de las maloclusiones iban a constituir un notable progreso para el estudio de estas entidades patológicas.¹⁶ En su investigación realizada en 1980 llegó a describir las diferentes maloclusiones en "Clases"

El periodo de desarrollo del individuo, está marcado por muchas variaciones en todos sus aspectos, no escapando los mismos, de los cambios continuos en la dentición y sus estructuras anexas, las cuales al igual que el resto del organismo pueden progresar normalmente o verse afectadas adversamente por influencias perjudiciales genéticas o del medio.¹⁶

Se define por oclusión a las relaciones que se establecen cuando ambos arcos dentarios (inferior y superior) están en contacto. Angle definió

oclusión normal como las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto. Otros métodos cualitativos han sido recogidos por autores como Canut¹⁷. Actualmente, los métodos cualitativos de valoración de la maloclusión se emplean con poca frecuencia, pues no permiten cuantificar el grado de maloclusión ni establecer comparaciones entre individuos o grupos de población, y los estudios epidemiológicos requieren de mediciones objetivas y cuantitativas. A nivel clínico, una excepción sería la clasificación de Angle, que sigue siendo una de las más aceptadas y utilizadas en la actualidad.

En Latinoamérica según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existen altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 80% de la población siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes en las clínicas dentales¹⁸.

La maloclusión causa el deterioro de la salud oral, funciones, la estética y también afecta la psicología del individuo en función de su percepción, generando un efecto negativo en la confianza de jóvenes para relacionarse.¹⁷

Para entender las diferentes maloclusiones debemos conocer lo que es una oclusión normal. La oclusión dentaria normal se produce cuando las piezas encajan y cierran en la cual existe un contacto máximo entre sí, en posición de máxima intercuspidad cada pieza dentaria ocluye con

dos piezas antagonistas, excepto los incisivos centrales inferiores y los últimos molares superiores que articulan solamente con su pieza antagonista. Debido tamaño de los incisivos superiores, resaltan sobre los inferiores cuando ocluyen con ellos.

Una maloclusion dental existe cuando uno o varias piezas dentarias están en una posición anormal y esto lleva a que las piezas dentarias superiores e inferiores no ocluyan o encajen con total normalidad.¹⁷

2.2.2 Etiología de las maloclusiones:

En 1966 Ramón Torres, este autor, teniendo en cuenta que la génesis de las maloclusiones era primordial para la resolución de los problemas que en la práctica se presentaban, presenta un ensayo de clasificación desde el punto de vista etiológico, o si se quiere etiopatogénico, pues aún existen maloclusiones de las cuales se desconocen sus verdaderas causas. En ella se agrupan maloclusiones similares en cuanto a su forma se refiere, pero que sin embargo tienen muy diferente etiología.¹⁹

Se divide a los disgnacias en dos grandes grupos que luego se subdividen : Congénitas y Adquiridas

Congénitas:

- Herenciales
- Embriopáticas
- Nutritivas (relativas a la madre)

Adquiridas:

- Funcionales
- Hormonales
- Metabólicas.¹⁹

2.2.3 Clasificación de maloclusión:

Diversas clasificaciones fueron utilizadas por diferentes investigadores para clasificar y cuantificar los rasgos oclusales. No hay un índice en particular o método disponible que sea verdaderamente inclusivo de todos los criterios oclusales. Por lo tanto, diferentes índices o método han sido desarrollados de acuerdo con los diferentes requerimientos y puede ser necesario utilizar más de un índice con el fin de recoger información para satisfacer el objetivo del estudio particular.¹⁹

Sabemos que Angle no tomaba en cuenta las relaciones transversales ni verticales, ni las anomalías de las bases óseas; pero, aunque existan y se realicen diferentes estudios cefalométricos y los diferentes programas informáticos que existan en el mercado, hasta el día de hoy aún se utiliza primordialmente la clasificación de Angle .¹⁷

2.2.4 Clasificación de los planos terminales

- Plano Terminal Recto: La superficie distal de la 2da molar decidua inferior se encuentra en línea recta con la superficie distal del 2do molar deciduo superior.

- Escalón Mesial: La superficie distal del 2do molar deciduo inferior, se encuentra en posición anterior en relación con la superficie distal del 2do molar deciduo superior. Se presenta una clase III.
- Escalón Distal: La superficie distal del 2do molar deciduo inferior, se encuentra en posición posterior con relación a la superficie distal del 2do molar deciduo superior. Se presenta una clase II.²⁰

Clasificación de Baume:

- **Tipo I:** Existen espacios interdetales
- **Tipo II:** Sin presencia de espacios interdetales²⁰

2.2.4 Clasificación de maloclusión según Edward Angle:

Angle, basándose en el estudio y observación de cráneos humanos e individuos vivos, llegó a establecer los principios de oclusión y brindando el desarrollo de la ortodoncia. Angle observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él cresta llave del maxilar superior y definió que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. No llegó solamente a clasificar los principales tipos de maloclusión, sino que también dio una verdadera definición de lo que llegaría ser la oclusión normal. Este autor introdujo el término Clase que tenían en cuenta la posición sagital de los primeros molares

permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial¹⁶. Edward Angle dividió las maloclusiones en: Clase I- Clase II y Clase III .

A) Maloclusión clase I

Maloclusión caracterizada por una relación sagital en normoclusión de los primeros molares permanentes.

La cúspide mesiovestibular del primer molar superior al ocluir, cae en el surco vestibular del primer molar permanente inferior.

Las maloclusiones de clase I presenta las relaciones basales óseas normales y en general los problemas dentarios suelen estar en el grupo anterior. En los pacientes portadores de clase I de Angle es frecuente la posición de un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria, y de la lengua.²¹

Podemos encontrar en la clase I diferentes posiciones dentarias; aunque también, las podremos encontrar en otros tipos de maloclusiones. Algunas de estas alteraciones son:

- a. **Apiñamiento:** Es cuando las piezas dentarias están en mal posición, en general por falta de espacio. El apiñamiento inferior es un problema que afecta a casi el 80 % de la población adulta. Puede presentarse en pacientes Clase I, II y III; con biotipo mesofacial dolicofacial ó braquifacial.
- b. **Diastema:** Los dientes presentan separaciones, por tanto no hay puntos

de contacto, debido a que hay mayor longitud de arcada que material dentario.

- c. **Mordida abierta:** Es cuando en máxima intercuspidadación hay contactos de las piezas posteriores y no hay contactos a nivel anterior. Este tipo de malposición dentaria no es solo típica de la maloclusión de clase I, podemos encontrarla en casos graves de maloclusiones esqueléticas. A nivel posterior podemos encontrar una mordida abierta posterior, hay contacto anterior en máxima intercuspidadación y no en el segmento posterior.
- d. **Mordida Bis a Bis (borde a borde):** Los bordes incisales de los incisivos superiores contactan con los bordes incisales de los incisivos inferiores.
- e. **Mordida Profunda (sobremordida):** Es un problema de origen esquelético o dental que afecta el entrecruzamiento vertical de las coronas de los dientes superiores sobre los inferiores en una cantidad mayor al 50 % .¹⁶
- **Mordida cruzada anterior:** Cuando la relación de los incisivos superiores con los inferiores en la oclusión, se encuentra invertida en sentido sagital. “Los bordes incisales superiores se apoyan en las caras linguales de los incisivos inferiores”. Se llega a presentar en las maloclusiones tipo III.
 - **Mordida cruzada posterior:** Los molares superiores que se encuentren normales sobresalen a los molares inferiores,

cuando se invierte, decimos que tenemos una mordida cruzada posterior, mayormente se presenta en las clases III

La malposición dentaria de una o más piezas puede ser muy variable, nos fijaremos siempre en la relación molar para hacer junto al estudio cefalométrico el diagnóstico de la maloclusión.¹⁶

a) Maloclusión Clase II:

Llamada también distoclusión, ya que en posición de máxima intercuspidad, el primer molar permanente inferior ocluye a distal del superior. El surco vestibular del primer molar permanente inferior, está por distal de la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente²¹

Las maloclusiones clase II presentan subdivisiones :

División I: Está caracterizada por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Aumento del resalte y la proinclinación de los incisivos superiores, en la cual la mordida probablemente sea profunda, el perfil retrognático y el resalte excesivo, exigen que los músculos faciales y la lengua se adapten a patrones anormales de contracción. Típicamente hay un músculo mentoniano hiperactivo, que se contrae intensivamente para elevar el orbicular de los labios y efectuar el sellado labial, con un labio superior hipotónico y el inferior hipertónico. La postura habitual en los casos más severos es con los incisivos superiores descansando sobre el labio

inferior. No sólo los dientes se encuentran en oclusión distal sino la mandíbula también en relación al maxilar; la mandíbula puede ser más pequeña de lo normal.¹⁷

División II: El resalte esta reducido y la corona de los incisivos superiores se encuentran en retrusión en vez de protrusión. Se caracteriza por profundidad anormal de la mordida, labioversión de los incisivos laterales superiores; el perfil facial no es tan retrognático como en la Clase II división 1. Incisivos centrales superiores se encuentran retroinclinados e incisivos laterales superiores se encuentran protruidos.¹⁷

b) Maloclusion Clase III:

Llamada Mesioclusión debido a que el surco vestibular del primer molar inferior permanente, está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente.²¹

El perfil facial es cóncavo y la musculatura está, en general desequilibrada .¹⁷ Se suelen caracterizar por:

- Mordida cruzada anterior y posterior.
- Maxilar en buena posición, mandíbula protruida.
- Maxilar retruido, mandibula en buena posición.
- Maxilar retruido, mandibula protruida.
- Son maloclusiones hereditarias.¹⁷

La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones no son de riesgo de vida, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas problemas de salud pública; por lo tanto, la educación cumple un papel fundamental en la prevención de esta problemática.¹⁷

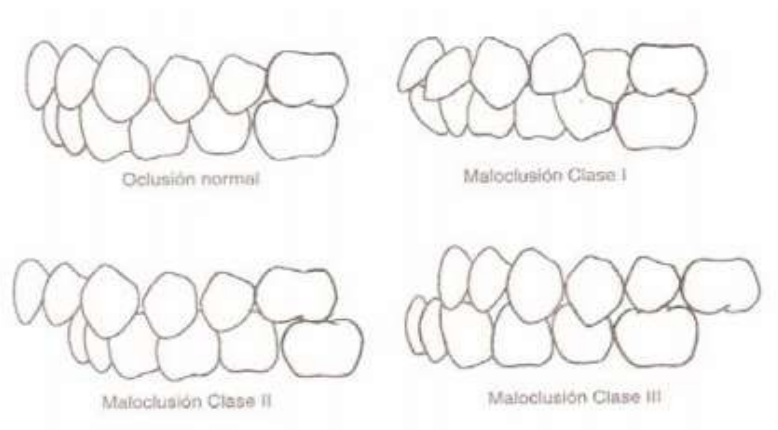


Figura N°01: Clasificación de Maloclusiones de Angle

Tomado de: Proffit W, Fields H, Sarver D. Ortodoncia

Contemporánea. Cuarta edición.España.2008²¹

2.2.6 Crítica a la clasificación de Angle:

La clasificación de Angle, universalmente aceptada, solo ve la relación oclusal en el plano sagital, considerando el seis superior como punto fijo, sin tener en cuenta las relaciones transversales ni verticales con sus posibles alteraciones, y sin localizar las anomalías en el marco dentario, óseo o neuromuscular. Hoy día, las maloclusiones se clasifican según en el plano en que se encuentren:

Clasificación de Lischer Introdujo una clasificación nueva, respetando el concepto de Angle basa su clasificación en 3 planos :

- Plano anteroposterior o sagital.
- Curva de la arcada.¹⁷

2.2.7 Terminología básica:

Maloclusión: (Relación de los dientes en oclusión) Desviación de las relaciones intramaxilares y/o intermaxilares de los dientes, los cual supone un riesgo para la salud oral del individuo.²²

Prevalencia: En epidemiología, enfermedad o manifestación de un hecho dado durante un periodo determinado de tiempo. Se expresa como relación en la que el número de acontecimientos en el numerador y la población de riesgo. ²²

III. Hipótesis:

No presenta hipótesis por tratarse de un estudio de tipo descriptivo.

- Según Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) No todas las investigaciones plantean hipótesis, si su alcance es exploratorio o descriptivo no necesariamente lleva hipótesis.²³

IV. Metodología

4.1 Diseño de la investigación

Tipo de investigación

- **Según el enfoque es cuantitativo.**

Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) Usa la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías ²³.

- **Según la intervención del investigador es observacional.**

Supo J. (2014) No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador ²⁴.

- **Según la planificación de la toma de datos es prospectivo.**

Supo J. (2014) El investigador indaga sobre hechos ocurridos a un futuro. Los datos se recogen de registros donde el investigador tuvo participación ²⁴

- **Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio es transversal.**

Supo J. (2014) Todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes²⁴.

- **Según el número de variables de interés es descriptivo.**

Supo J. (2014) El análisis estadístico, es univariado porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra²⁴.

Nivel de investigación

La presente investigación es de nivel descriptivo.

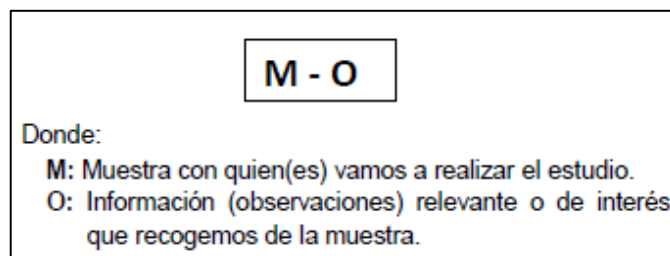
- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis²³.

Diseño de investigación

La investigación es de diseño no experimental (Observacional)

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos²³.

➤ Esquema de investigación:



4.2 Población y muestra

Universo:

Estuvo conformado por todos aquellos niños que acudieron a la consulta Odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash en el año 2018.

Población:

La población de estudio estuvo constituido por los niños de 6 a 11 años que acudieron a la consulta Odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, en los meses de abril y mayo del 2018.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Niños de ambos géneros.
- Niños(as) de 6 a 11 años que acudieron entre abril y mayo del 2018
- Niños(as) que presenten las primera molares permanentes.
- Niños(as) que estarán presentes en el momento de aplicación del cuestionario.
- Niños(as) que colaboren con la investigación.
- Niños(as) que sus padres acepten el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Niños(as) que no estén presentes en el momento de aplicación del cuestionario.
- Niños(as) que no colaboren con la investigación.
- Niños(as) de 6 a 11 años que presenten tratamiento de ortodoncia previo

- Niños(as) que presenten caries profunda o desgaste en el primero molar permanente.

Muestra:

Estuvo conformada por 115 niños de 6 a 11 años que acudieron a la consulta Odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” y que cumplieron los criterios de selección; el método para determinar el tamaño de la muestra fue mediante la fórmula estadística para población infinita y la técnica de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Se utilizó la fórmula de población infinita.

n = Tamaño de muestra

$Z_{1-\alpha/2}$ = valor de confianza (1.96 para el 95% de confiabilidad)

p = proporción esperada

Por no tener referencias en poblaciones similares a la del estudio, se asignará la máxima probabilidad de ocurrencia de dicho fenómeno, es decir 50% (0.5)

p = precisión (0.05 para una precisión del 95%)

Reemplazando en la ecuación:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 50\% * (1 - 50\%)}{9 * 2\%}$$

$$n = \frac{0.9604}{0.8100}$$

$$n = 115$$

Muestreo: La investigación fue no probabilístico por conveniencia: Los sujetos de estudio son seleccionados dada la conveniencia, accesibilidad y proximidad para el investigador.

4.3 Definición y Operacionalización de variables e indicadores

TÍTULO :PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL PUESTO DE SALUD “SANTA ANA COSTA” DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2018					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	VALORES
Prevalencia de Maloclusiones dentarias	Se define como el porcentaje de personas afectadas por mal oclusión dentaria existente en una comunidad, en un momento dado ²⁵	Cuantitativo	De razón	Clasificación de Angle	(1) Clase I (%) (2) Clase II (%) (3) Clase III (%)
COVARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	VALORES
Género	Diferencia entre hombre y mujer ²⁶	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica / DNI	(1) Masculino (2) Femenino
Edad	Edad en años ²⁷	Cuantitativa	Intervalo	Historia Clínica/ DNI	(1) 6 a 8 años (2) 9 a 11 años

4.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos:

4.4.1 Técnica

Observación no experimental; se realizó una evaluación clínica a todos los pacientes seleccionados en la muestra; con la finalidad de observar detenidamente las particularidades del objeto de estudio.

4.4.2 Instrumento

Instrumento de fácil uso, tomado de la tesis Cortez L. Prevalencia de maloclusión según la clasificación de angle en los escolares de 8 a 11 años de edad en la Institución Educativa N° 22313 de Ica en el año 2016. [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista].Perú; 2016.¹² la cual fue validado por el propio autor mediante juicio de expertos.

El instrumento para determinar la valoración clínica de las maloclusiones, se realizó directamente observando la relación molar con las arcadas en oclusión. Angle consideró la posición de los primeros molares como puntos fijos de referencia de la estructura craneofacial. Se tomó la clase I cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye a nivel del surco mesiovestibular del primer molar inferior y se codifico (código 1) .Clase II se toma en cuenta cuando la cúspide mesiovestibular ocluye por delante del surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente y se codifico como (código 2) y la Clase III la cúspide mesiovestibular ocluye por detrás del surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente y se codifico como (código 3).²⁴ La variable edad y sexo se obtuvo por la revisión de las historias clínicas.

4.4.3 Procedimiento

1. Se solicitó el permiso a la dirección administrativa de la Posta de Salud “Santa Ana Costa” y así informamos a los directivos en qué consiste el estudio y el interés de hacer partícipes.
2. Se procedió a informar a los pacientes sobre la investigación .Se recogió la información a través de consentimientos informados (**Anexo 03**), los cuales detallaron el procedimiento que se realizó a cada niño incluyendo los datos personales de los mismos que sirvió para el tabulado de los resultados obtenidos.
3. Luego se procedió a realizar la recolección de datos la cual a través de una ficha de recolección de datos (**Anexo 1**), donde se registrarán el, sexo, tipo de maloclusión, edad, mes y el año. Para determinar la prevalencia de maloclusiones se dio bajo la capacitación y supervisión de la CD. Silvia Mauricio Sanchez, encargada del área de Odontología en la Posta Santa Ana Costa.
4. Se tomaron todas las medidas de seguridad, se utilizó guantes de látex para cada paciente, mascarillas y gorros. Se realizó un examen clínico en la Unidad dental de la Posta “Santa Ana Costa” y con la ayuda de baja lenguas, con cada paciente nos demoramos un aproximado de 10 minutos con cada uno para el diagnóstico de las maloclusiones.

4.5 Plan de análisis:

La información registrada en la ficha de recolección de datos se ingresó en una base de datos en el programa ofimático Excel 2013.

Los datos fueron tratados en el programa estadístico SPSS en su última versión (v24). Se utilizó la estadística descriptiva para la presentación de los datos según la naturaleza de las variables; mediante tablas de frecuencias y porcentajes con sus respectivos gráficos.

El análisis se realizó acorde a los objetivos planteados; mediante la confrontación de los resultados con los antecedentes y las bases teóricas; finalmente se formularon las conclusiones adecuadas.

4.6 Matriz de consistencia

TÍTULO : PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN CLASIFICACION DE ANGLE EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL PUESTO DE SALUD “SANTA ANA COSTA” DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2018				
ENUNCIADO	VARIABLE	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	METODOLOGÍA
¿Cuál es la prevalencia de maloclusiones según clasificación de Angle en niños de 6 a 11 años que acuden a la Consulta Odontológica en el Puesto de Salud Santa Ana Costa del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2018?	Prevalencia de maloclusión Covariables Género Edad	Determinar la prevalencia de maloclusiones según la clasificación de Angle en niños de 6 a 11 años que acuden a la consulta Odontológica en el Puesto de Salud Santa Ana costa- del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2018	Determinar la frecuencia de maloclusiones según clasificación de Angle, en niños de 6 a 11 años, que acuden a la Consulta Odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2018 , según género. Determinar la frecuencia de maloclusiones dentales de acuerdo a la clasificación de Angle , en niños de 6 a 11 años que acuden a la consulta Odontológica en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2018, según edad.	<p>Tipo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuantitativo -Observacional -Prospectivo -Transversal -Descriptivo <p>Nivel</p> <ul style="list-style-type: none"> -Descriptivo <p>Diseño</p> <ul style="list-style-type: none"> -No experimental(Observacional) <p>Población</p> <ul style="list-style-type: none"> -La población fueron todos los niños que acudieron entre los meses de abril y mayo. <p>Muestra</p> <p>La muestra estuvo conformada por 115 pacientes que acuden a la consulta Odontológica de la Posta de Salud Santa Ana Costa, mediante la fórmula de población infinita. La técnica de muestreo fue no probabilista por conveniencia.</p>

4.7 Principios éticos

La investigación toma en cuenta todos los principios y valores éticos estipulados por la Universidad ULADECH Católica.

- **Protección a las personas.-** se respetó la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad y la privacidad.
- **Beneficencia y no maleficencia.-** asegura el bienestar de las personas que participan en las investigaciones. La conducta del investigador responde a las siguientes reglas generales: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.
- **Justicia.-** El investigador ejerce un juicio razonable, ponderable y tomar las precauciones necesarias para asegurarse de que sus sesgos.
- **Integridad científica.-** La integridad del investigador resulta especialmente relevante cuando, en función de las normas deontológicas de su profesión, se evalúan y declaran daños, riesgos y beneficios potenciales que puedan afectar a quienes participan en una investigación.
- **Consentimiento informado y expreso.-** Se cuenta con la manifestación de voluntad, informada, libre, inequívoca y específica; mediante la cual las personas como sujetos investigadores o titular de los datos consienten el uso de la información para los fines específicos establecidos en el proyecto.²⁸

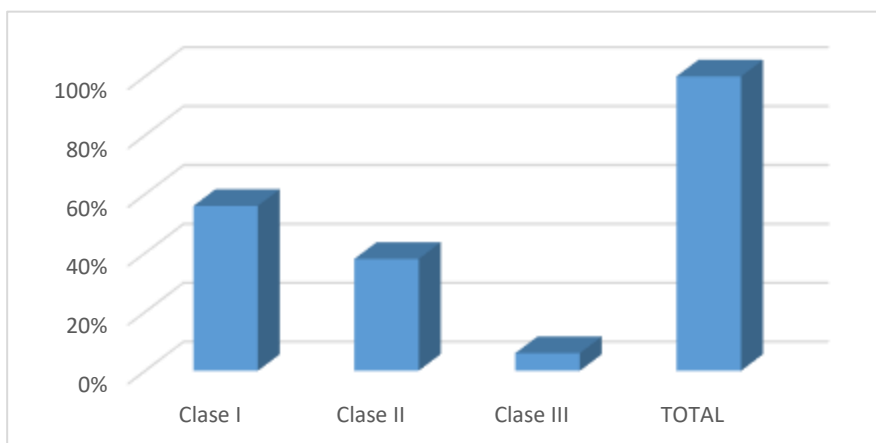
V. Resultados de la investigación

5.1 Resultados

TABLA 1: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL PUESTO DE SALUD “SANTA ANA COSTA” DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2018

Maloclusión dental	F	%
Clase I	64	55,6%
Clase II	44	38,4%
Clase III	7	6,0%
TOTAL	115	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 1

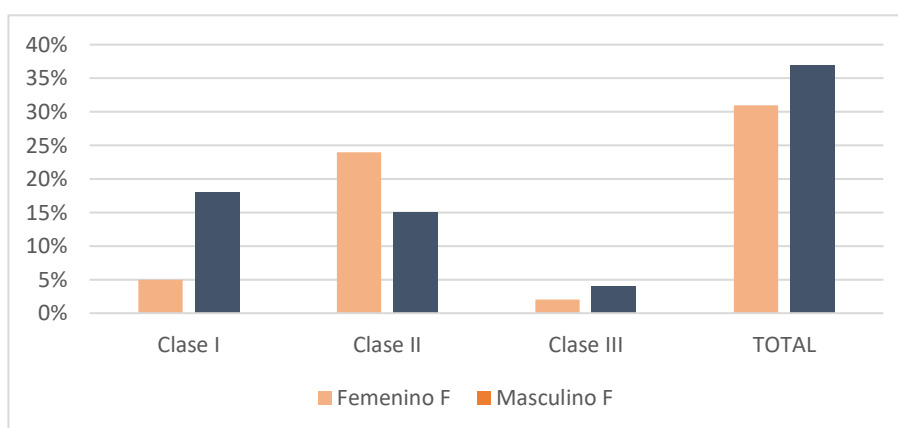
GRÁFICO 1: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL PUESTO DE SALUD “SANTA ANA COSTA” DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2018

Interpretación: Del total de niños evaluados, según la clasificación de Angle, se observó que el 55,6% presento Clase I, 38,4% Clase II y solo el 6,0% presentó Clase III.

TABLA 2: FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL PUESTO DE SALUD “SANTA ANA COSTA” DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2018, SEGÚN GÉNERO

Clasificación de Angle	FEMENINO		MASCULINO	
	F	%	F	%
Clase I	43	37,3%	21	18,2%
Clase II	27	23,8%	17	14,7%
Clase III	2	1,7%	5	4,3%
TOTAL	72	62,8%	43	37,2%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 2

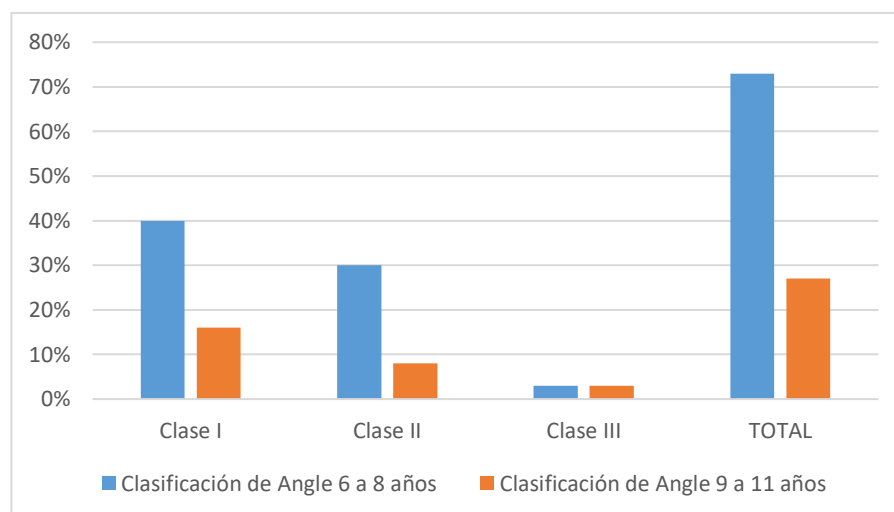
GRÁFICO 2: FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL PUESTO DE SALUD “SANTA ANA COSTA” DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2018, SEGÚN GÉNERO.

Interpretación: Del total de niños evaluados según clasificación de Angle, en el género femenino hubo una mayor ocurrencia de maloclusión clase I con 37,3%. En el género masculino predominó la maloclusión Clase I con 18,2%.

TABLA 3: FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL PUESTO DE SALUD “SANTA ANA COSTA” DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2018, SEGÚN EDAD

Clasificación de Angle	6 a 8 años		9 a 11 años	
	F	%	F	%
Clase I	46	40%	18	15,6%
Clase II	35	30,4%	9	8%
Clase III	4	3,4%	3	2,6%
TOTAL	85	73,8%	30	26,2%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 3

GRÁFICO 3: FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL PUESTO DE SALUD “SANTA ANA COSTA” DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2018, SEGÚN EDAD

Interpretación: Del total de niños evaluados según clasificación de Angle, según edad, existe predominio en la Clase I el grupo de 6 a 8 años con 40% y en el grupo de 9 a 11 años predominó la Clase I con 15,6%.

5.2 Análisis de resultados:

El objetivo de este trabajo de investigación fue determinar la prevalencia de maloclusiones dentales según clasificación de Angle en niños de 6 a 11 años que acudan a la consulta odontológica en el año 2018. Se evaluó las maloclusiones según género y edad.

Considero que este trabajo de investigación presenta en sus diferentes categorías, resultados similares a los expuestos por los diferentes investigadores citados en los antecedentes; no obstante, los resultados presentan ciertas variantes en la mayoría de estudios. Lo realmente cierto es la alta prevalencia de maloclusiones en todos los estudios revisados.

Del total de niños evaluados, según la clasificación de Angle, se observó 55,6% presento Clase I, 38,4% Clase II y solo el 6,0% presento Clase III.

Los datos se asemejan al estudio Tircio A. (Ecuador, 2019)⁶ Los resultados indicaron que solo el 30% de los niños estudiados presentaban una oclusión normal, mientras que el 70% tenían algún tipo de maloclusión.

Cortez L. (Perú, 2016)¹² que la maloclusión dental clase I de Angle fue ampliamente predominante 84,5% y en menor prevalencia la clase II 10,3% y la clase III 5,2% en los escolares de 8 a 12 años de edad.

Así mismo el estudio de García E. (Ecuador, 2019)⁷ Los resultados obtenidos reflejan que el 17,7% presenta oclusión normal o maloclusión mínima, el 50,1 % maloclusión definitiva, el 23,9% maloclusión severa y el 8,3% maloclusión muy severa y Quimis J. (Ecuador, 2019)⁸ tuvo como resultados que solo 302 pacientes de la muestra presentaron maloclusión,

Clase I (80,47%) Clase II (15,56%) y Clase III (3,97%).

Aguirre B. (Ecuador, 2016)⁹ El tipo de maloclusión con mayor frecuencia fue la Clase I con un 38% seguida de Clase II -1 con un 29 %, Clase III con un 26% y finalmente la Clase II-2 con un 8 %.

Salinas L. (Cuenca, 2016)¹⁰ Con respecto a la maloclusión según Angle el 41,8% corresponde a la Clase II, 34,1% tienen Clase I y finalmente 19,9% para la Clase III.

Zelada C. (Perú, 2019)¹¹ los resultados evidenciaron que el 36.8% de estudiantes presentaron maloclusión clase I, el 29.2 % clase III, el 28.1% clase II – 1 y el 5.8% la clase II – 2.

Holguín A. (Perú, 2019)¹³ Se encontró mayor prevalencia de la maloclusión I (79.03%), seguida de la II-1 (11.29%), II-2 (6.45%) y III (3.23%).

Inca A. (Perú, 2018)¹⁴ La prevalencia de maloclusión dentaria es del 82 %, según la clasificación de Angle se presenta con mayor prevalencia en la Clase I con el 73.2 %, seguido de la Clase II con el 9.8 % y la Clase III con el 17 %

Por el resultado que se obtuvo se encontró que la mayoría de niños presentaron maloclusión clase I, ya que es a esa edad en donde se puede evitar problemas mayores. Por eso se les debe de informar sobre las técnica de cepillado o si presenta una caries o diente por extraer, se le debe atender o que el padre busque ayuda donde un especialista.

Del total de niños evaluados según clasificación de Angle, según género, el sexo femenino predomino en la Clase I con 37,3 % y en la Clase II predomino el sexo femenino con 23,8% y en la Clase III el 4,3% predomino

el sexo masculino.

Los datos se asemejan al estudio Aguirre B. (Ecuador, 2016)⁹ donde obtuvo que la distribución de maloclusión según género fue de un 83% en el sexo femenino y 79% en el sexo masculino. Así mismo el estudio de Cortez L. (Perú, 2016)¹² La prevalencia de maloclusión dental clase II de Angle según el género fue prevalente en las mujeres con el 54,2% y en los varones 45.8% en los varones y el estudio de Arellano G. (Perú, 2016)¹⁵ obtuvo que la mayor prevalencia se dio a los 12 años con un 62,86% y en el sexo femenino con un 62,71%.

Los datos difieren con el estudio Quimis J. (Ecuador, 2019)⁸ determino que el género con mayor prevalencia que se observó en el ciclo II del año 2018, de la cátedra de odontopediatría, fue el masculino, representando el 57,42% de la muestra. De igual forma el estudio de Inca A. (Perú, 2018)¹⁴ obtuvo según género se presenta una mayor prevalencia en el género masculino con el 61.0 %. Así mismo Salinas L. (Cuenca, 2016)¹⁰ obtuvo que la prevalencia de maloclusión tanto para el sexo femenino como para el masculino fue del 95,7%.

Del total de niños evaluados según clasificación de Angle, según edad, que existe predominio en la Clase I el grupo de 6 a 8 años con 40%, Clase II 30,4% y la Clase III 3,4% y el grupo de 9 a 11 años 15,6% presento Clase I , 8% Clase II y 2,6 la Clase III.

Quimis J. (Ecuador, 2019)⁸ que la edad que mayor tuvo prevalencia en la clase I fueron los pacientes con 7 años de edad. Aguirre B. (Ecuador, 2016)¹²

Se encontró que la prevalencia de maloclusión dental clase I de Angle según

la edad fue prevalente en los escolares de 10 años con el 31,1%.

Inca A. (Perú, 2018)¹⁴ según la edad la mayor prevalencia se da en las edades comprendidas entre 6 a 9 años con el 41.4 %.

Los datos difieren con el estudio de Cortez L. (Perú, 2016)¹² Se encontró que la prevalencia de maloclusión dental clase I de Angle según la edad fue prevalente en los escolares de 10 años con el 31,1%. De igual forma Arellano G. (Perú, 2016)¹⁵ obtuvo mayor prevalencia se dio a los 12 años con el 62,86%.

La alta prevalencia registrada, corrobora por qué la maloclusión es considerada un problema de salud pública; es por esta razón; que es necesaria la realización de este tipo de estudios, para que el Ministerio de Salud pueda planear y ejecutar tratamientos ortodónticos preventivos e interceptivos así como otros procedimientos con el objetivo de obtener un ambiente bucal favorable para el desarrollo normal de la oclusión.

VI. Conclusiones:

1. La maloclusión con mayor prevalencia según Angle, fue la Clase I con 55,6%, seguida por la Clase II con el 38,4% y por último la Clase III con el 6,0%.
2. La maloclusión con mayor prevalencia, según Angle, en el género femenino fue la Clase I con 37,3%, seguida por la Clase II con el 23,8% y por último la Clase III con el 1,7%. En el género masculino, la mayor prevalencia fue también la Clase I con 18,2%, seguida por la Clase II con 14,7% y por último la Clase III con el 4,3%.
3. La maloclusión con mayor prevalencia, según Angle, en el grupo de 6 a 8 años de edad fue la Clase I con 40%, seguida por la Clase II con el 30,4% y por último la Clase III con el 3,4%. En el grupo de 9 a 11 años de edad, la mayor prevalencia fue también la Clase I con 15,6%, seguida por la Clase II con 8% y por último la Clase III con el 2,6%.

Aspectos complementarios

Recomendaciones

- Se recomienda concientizar a la población sobre la alta prevalencia de maloclusiones y la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano, realizando charlas en colegios, comunidades, postas, hospitales etc.
- Se recomienda a la directora de la Posta de Salud “Santa Ana Costa” implementar programas preventivos en el sector para detener las consecuencias de las maloclusiones dentales y las afecciones que traen consigo y realizar estudios posteriores, de causa-efecto, para determinar posibles causas de este problema de salud pública.

Referencias bibliográficas:

1. Ota K, Arai K. Prevalence and patterns of tooth agenesis in Angle Class II Division 2 malocclusion in Japan. AJODO, 2015 [Citado 12 de junio de 2017] 148(1) Disponible en: [http://www.ajodo.org/article/S0889-5406\(15\)00337-206/abstract](http://www.ajodo.org/article/S0889-5406(15)00337-206/abstract).
2. Chumi T, Cordero L. Prevalencia de anomalías Dentomaxilares en adolescentes del Colegio "Miguel Cordero Crespo" de 12 a 14 años, en el Canton Cuenca-Ecuador, año 2015. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria; 2015
3. Newman G. Prevalencia of malocclusion in children six to fourteen years of age and treatment and preventable cases. J.A.D.A. 52: 566-575, 1956.
4. Rojas G y Cols. Tipo de maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del diplomado de ortodoncia interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. [revista en Internet] 2010 Ene [citado 13 de Noviembre de 2018]; 26(3). Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art4.asp>
5. Méndez V. Perfil de enfermedades bucales y necesidad de tratamiento en escolares de 6, 12 y 15 años del Distrito de Coishco, Provincia del Santa, Región Áncash, durante el año 2009". [Tesis doctoral].Chimbote: Universidad católica los ángeles de chimbote;2009 Disponible En URL: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/ESTEFAVICTORIAMENDEZVALERIO.pdf>

6. Tircio A. Prevalencia De maloclusiones en niños de 6 a 12 años de la clínica de odontopediatria de la Facultad Piloto De Odontología [Trabajo de Investigación presentado como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga].Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2019. Disponible en URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/40279/1/TIRCIOMiryan.pdf>
7. García E. Prevalencia de maloclusiones, en niños y adolescentes de 12 a 18 años de escuelas y colegios de la parroquia Simiatug, del Cantón Guaranda de la provincia Bolívar. [Trabajo de Investigación presentado como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga].Ecuador; 2019. Disponible en URL: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/19571/1/T-UCE-0015-ODO-229.pdf>
8. Quimis J. Prevalencia de mal oclusión dentaria en niños de 6 - 12 años atendidos en la Facultad Piloto De Odontología. [Trabajo de grado previo a la obtención del título de odontóloga].Ecuador; 2019.Disponible en URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/44232/1/QUIMISjoselyn.pdf>
9. Aguirre B. Prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años de la Parroquia Machángara En La Ciudad De Cuenca, 2016. [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista].Ecuador; 2016. Disponible en URL: <https://www.scilit.net/article/04032738c8ff14acc2992cfc6e927908>
10. Salinas L. prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años en la parroquia El Sagrario-Cuenca en el periodo lectivo 2015-2016. [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista].Ecuador; 2016.Disponible en URL : <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/703>

11. Zelada C. Maloclusión Y Autoestima en estudiantes de la Institución Educativa Miguel Rubio, Chachapoyas – 2019. [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista] Perú; 2019. Disponible en URL: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Zelada%20Pereira%20Cynthia%20Pamela.pdf>
12. Cortez L. Prevalencia de maloclusión según la clasificación de angle en los escolares de 8 a 12 años de edad en la Institución Educativa N° 22313 de Ica en el año 2016. [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista].Perú; 2016. Disponible en URL: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/6276/1/T059_47569713_T.pdf
13. Holguín A. Asociación entre la maloclusión según angle y el patrón facial según capelozza en el diagnóstico ortodóntico de alumnos mayores de 12 años de la I.E.S. “Pedro José Villanueva Espinoza” en el Centro Poblado Porcón Alto, Cajamarca- Perú en el año 2017. [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista].Perú; 2017. Disponible en URL: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1538/Asociacion_HolguinRiccer_Anderson.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Inca A. Prevalencia de maloclusiones dentarias en pacientes de 6 a 18 años de edad atendidos en el servicio de odontología del Hospital la Caleta, del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, Año 2018. [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista] Perú, 2018. Disponible en URL: <http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/10629/CLASIF>

[ICACION DE ANGLE MALOCLUSION INCA SANCHEZ ANDERSON
N_JUAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

15. Arellano G. Perfil de salud bucal - enfermedad bucal en los escolares de 6, 12 y 15 años de la provincia de Carhuaz, región Áncash, 2016. Peru; 2016
16. Vellini F. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación. 1° ed. Madrid: Amolca; 2002. 99-110.
17. Canut J. Ortodoncia clínica terapéutica. 2° ed. Barcelona: Masson-Salvat Odontología.; 2000.
18. Daniela B. Prevalencia de Maloclusiones en Niños y Adolescentes de 6 a 15 Años en Frutillar, Chile. Int. J. Odontomast; 2014.
19. Torres R. Tratado de Gnato-Ortopedia Funcional. Editorial Celsius. Buenos Aires Argentina; 1966.
20. Castillo R, Perona G, Kanashiro C, Perea M, Silva F. Estomatología pediátrica. 1 Edición. Madrid; Ripano 2010
21. Proffit W, Fields H, Sarver D. Ortodoncia Contemporánea. Cuarta edición. España. 2008
22. Mosby Diccionario de Odontología. 2 ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 403, 530
23. Hernández R., Fernández, C., y Baptista, M.P. Metodología de la Investigación (5ª Ed.). México: McGraw Hill Educación; 2010
24. Supo J. Niveles y tipos de investigación: Seminarios de investigación. Perú: Bioestadístico; 2015.
25. Banda M. Perfil epidemiológico del proceso salud-enfermedad bucal en

escolares de 06 a 12 años de edad, de dos instituciones educativas estatales del distrito de El Agustino-Lima, el año 2008. Perú; 2008

26. OMS. Género [página en internet]. Organización mundial de la Salud; 2015 [citado 17 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
27. Escorcía L. Edad biológica y edad cronológica en el contexto legal. Tercer Seminario Internacional de Antropología Forense; 26-30 Ago 2013; Coyoacán, Distrito Federal. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas; 2013 [citada 20 Oct 2017]. Disponible en: http://forost.org/seminar/Tercer_seminario/Forost_Lilia2013.pdf
28. Uladech. Código de ética de la investigación. Version 001. Perú, 2016. Disponible en URL: <file:///C:/Users/HP/Downloads/C%C3%B3digo%20de%20%C3%A9tica%20para%20la%20investigaci%C3%B3n.pdf>

ANEXOS



ANEXO 01



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

AUTORA DE INVESTIGACIÓN: NICOL BRIGGITH RAMIREZ VILCHEZ

FICHA CLÍNICA

Nombres y Apellidos:.....

Fecha:

SEXO

Femenino

Masculino

EDAD

6-8

9-11

MALOCLUSIÓN CLASIFICACIÓN DE ANGLE:

• Clase I

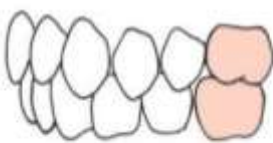
• Clase II

• Clase III

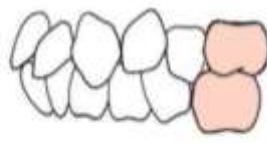
-Clase I: Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye a nivel del surco mesiovestibular del primer molar inferior.

-Clase II se toma en cuenta cuando la cúspide mesiovestibular ocluye por delante del surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente.

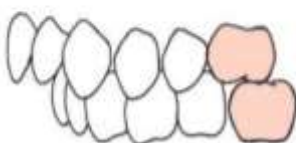
-Clase III la cúspide mesiovestibular ocluye por detrás del surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente.



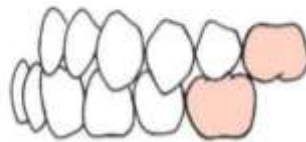
Normal occlusion



Clase I malocclusion



Clase III malocclusion



Clase II malocclusion

Fuente: Cortez L. Prevalencia de maloclusión según la clasificación de angle en los escolares de 8 a 11 años de edad en la Institución Educativa N° 22313 de Ica en el año 2016. [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista].Perú; 2016.¹²

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

“PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL PUESTO DE SALUD “SANTA ANA COSTA” DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2018”

Yo, _____ identificado con DNI N° _____, padre/madre de _____, luego de haber sido informado(a) clara y exhaustivamente en forma oral sobre los objetivos, métodos y procedimientos de la presente investigación, acepto de forma voluntaria que mi menor hijo(a) participe en esta investigación. A su vez acepto que los resultados de la investigación puedan ser publicadas en el país o el exterior, manteniendo total anonimato de la persona.

Chimbote _____ de _____ del 2018

INVESTIGADOR:

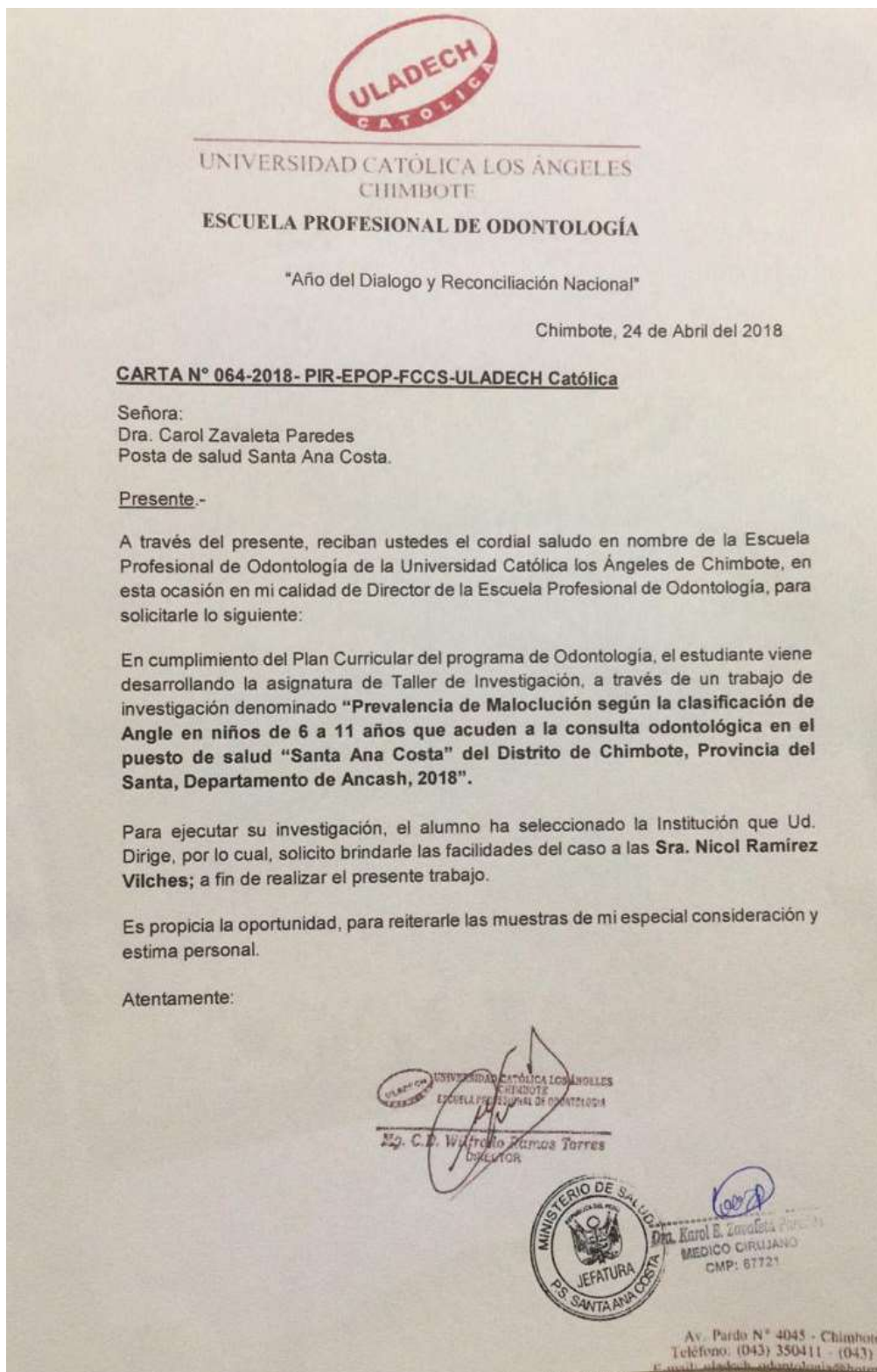
RAMIREZ VILCHEZ
NICOL BRIGGITH
DNI:

FIRMA DEL APODERADO

DNI:

ANEXO 03:

CARTA DE PRESENTACIÓN



ANEXO 04:
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



