



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TEMA:**

**Prevalencia de Malposición asociada a caries, escolares  
6-11 años Escuela Blanca Gilbert Guayaquil- Ecuador**

**AUTORA:**

**Villagrán Diaz Cindy Estefanía**

**Trabajo de Titulación**

**Previo a la obtención del grado de:**

**ODONTÓLOGA**

**TUTORA:**

**Dra. Amado Schneider Adriana Rocío**

**Guayaquil, Ecuador**

**2016**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Villagrán Diaz Cindy Estefanía requerimiento para la obtención del Título de Odontóloga

**TUTOR (A)**

---

**Dra. Amado Schneider Adriana Rocío**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

---

**Dra. Luzardo Jurado Geoconda María**

**Guayaquil, a los 13 días del mes de Septiembre del año 2016**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Villagrán Diaz Cindy Estefanía**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, Prevalencia de Malposición asociada a caries, escolares 6 -11 años Escuela Blanca Gilbert Guayaquil-Ecuador, previo a la obtención del Título de Odontóloga, se ha desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

**Guayaquil, a los 13 días del mes de Septiembre del año 2016**

**EL AUTOR (A)**

---

**Villagrán Diaz Cindy Estefanía**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Villagrán Diaz Cindy Estefanía**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, Prevalencia de Malposición asociada a caries, escolares 6-11 años Escuela Blanca Gilbert Guayaquil-Ecuador, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 13 días del mes de Septiembre del año 2016**

**LA AUTORA**

---

**Villagrán Diaz Cindy Estefanía**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme la fortaleza y fé necesaria.

A mi familia por sus aportes en mis decisiones.

**Villagrán Diaz Cindy Estefanía**

## **DEDICATORIA**

Durante la ejecución de esta tesis, Dios, mi madre, mi padre y mis hermanas que con mucho cariño y amor fueron parte esencial. A mis padres, a quien va dedicada este trabajo por su esmero y dedicación que me han dado.

**Villagrán Díaz Cindy Estefanía**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

**Dra. Amado Schneider Adriana Rocío**  
**TUTORA**

---

**Dra. Luzardo Jurado Geoconda María**  
**DIRECTORA DE CARRERA**

---

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
**COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

## **CALIFICACIÓN**

---

**Dra. Amado Schneider Adriana Rocío**  
**TUTORA**



# ÍNDICE

## Contenido

Certificación .....	II
Declaración de responsabilidad .....	III
Autorización .....	IV
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria .....	vi
Tribunal de sustentación.....	vii
Calificación .....	viii
Índice .....	ix
Índice de figuras .....	xii
Índice de tablas .....	xiii
Índice de gráficos.....	xiv
Resumen .....	xv
Abstract .....	xvi
1. Introducción .....	17
1.1 Justificación .....	18
1.2 Objetivos.....	19
1.2.1 Objetivos general.....	19
1.2.2 Objetivos específicos .....	19
1.3 Hipótesis.....	19
1.4 Variables.....	20
2. Marco teórico .....	23
2.1 Malposiciones .....	23
2.1.1 Definición de malposición dentaria .....	23
2.1.2 Epidemiología.....	24
2.1.3 Etiología.....	25

2.1.4	Clasificación de la malposición .....	26
2.2	Maloclusión dental .....	27
2.2.1	Definición de maloclusión .....	27
2.2.2	Clasificación de la maloclusión de angle.....	27
2.2.2.1	Clase I de angle o netruoclusión.....	28
2.2.2.2	Clase II de angle o distoclusión .....	30
2.3	Hábitos bucales .....	33
2.3.1	Etiología de los hábitos orales .....	33
2.3.2	Clasificación de los hábitos bucales.....	35
2.4	Caries dental.....	37
2.4.1	Etiología.....	37
2.4.2	Tratamiento de la caries dental.....	37
3.	Materiales y metodos .....	39
3.1.	Materiales .....	39
3.1.1.	Lugar de investigación .....	39
3.1.2.	Período de investigación.....	39
3.1.3.	Recursos empleados .....	40
3.1.3.1.	Recursos humanos.....	40
3.1.3.2.	Recursos físicos .....	40
3.1.4.	Población.....	41
3.1.5.	Muestra .....	41
3.1.5.1.	Criterios de inclusión de la muestra .....	41
3.1.5.2.	Criterios de exclusión de la muestra .....	41
3.2.	Métodos .....	42
3.2.1.	Tipo de la investigación .....	42
3.2.2.	Diseño de la investigación .....	42
3.2.3.	Lugar y tiempo de la investigación .....	42

3.2.3.1. Procedimiento .....	42
4. Resultados .....	44
5. Conclusiones y recomendaciones .....	52
5.1. Conclusiones .....	52
5.2. Recomendaciones .....	53
6. Referencias bibliográficas .....	54
7. Anexos .....	57
7.1. Hoja de consentimiento informado .....	57
7.2. Hoja de recolección de datos .....	59
Declaración y autorización .....	61

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Clase I de Angle.....	28
Figura N° 2 Clase II de Angle.....	30
Figura N° 3 Clase III de Angle.....	32
Figura N° 4 Succión Fisiológica .....	35
Figura N° 5 Succión Digital .....	36

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla # 1 Muestra por género.....	44
Tabla # 2 Muestra por edad.....	45
Tabla # 3 Prevalencia de malposición dentaria.....	46
Tabla # 4 Prevalencia de caries.....	47
Tabla # 5 Tipo de maloclusión de Angle .....	48
Tabla # 6 Hábito bucal más frecuente.....	49
Tabla # 7 Tipos de malposición dentaria según Clasificación de Lisher.....	50
Tabla # 8 Prevalencia de malposición dentaria según la edad y el género ..	51

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico # 1 Muestra por género .....	44
Gráfico # 2 Muestra por edad .....	45
Gráfico # 3 Prevalencia de malposición dentaria .....	46
Gráfico # 4 Prevalencia de caries .....	47
Gráfico # 5 Tipo de maloclusión de Angle.....	48
Gráfico # 6 Hábito bucal más frecuente .....	49
Gráfico # 7 Tipos de malposición dentaria según la clasificación de Lisher.....	50
Gráfico # 8 Prevalencia de malposición dentaria según la edad y el género	51

## RESUMEN

**Problema:** La prevalencia de caries dental en Ecuador es alta, debemos considerar modificar los factores de riesgo para disminuirla.

**Propósito:** Determinar la prevalencia de Malposición dental asociada a caries en escolares de 6 a 11 años de la Escuela Blanca Gilbert de Intriago.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, se determinó: prevalencia de malposición y de caries, tipo de malposición y hábito bucal más frecuente.

**Resultados:** Se obtuvo como resultado que prevalencia de malposición dentaria fue del 61,92% y la de caries fue del 62,3%.

**Conclusiones:** el tipo de maloclusión de Angle más frecuente fue la clase I en un 51,5%, el hábito bucal más frecuente fue la succión digital en un 21%, el tipo de malposición dentaria más frecuente fue la giroversión con un 59%, al relacionar la prevalencia de malposición dentaria según edad y género el grupo de edad que presentó mayor malposición fue el de 6 años y el género que presentó la anomalía en mayor cantidad fue el femenino.

**Recomendaciones:** es necesario realizar otros estudios donde se evalúe la clasificación de Andersen para analizar detalladamente las características de la maloclusión.

**Palabras Claves:** malposición dentaria, maloclusión, hábitos bucales, deglución atípica, succión digital.

## ABSTRACT

**Problem:** The prevalence of dental caries in Ecuador is high, we should consider modifying risk factors to decrease.

**Purpose:** To determine the prevalence of dental malposition associated with caries in **schoolchildren from 6 to 11 years of Gilbert White School of Intriago.**

**Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted, it was determined: malposition and prevalence of caries, malposition type and most common oral habit.

**Results:** result was that prevalence of dental malposition was 61.92%. and caries was 62.3%.

**Conclusions:** The type of malocclusion Angle was the most frequent class I 51.5%, the most common oral habit was the digital suction by 21%, the most frequent type of tooth malposition was the giroversión with 59% by relating the prevalence of dental malposition by age and gender age group showed higher malposition was the 6 years and gender who presented the anomaly in greater quantity was female.

**Recommendations:** It is necessary further studies where the classification of Andersen is evaluated to analyze in detail the characteristics of malocclusion.

**Keywords:** tooth malposition, malocclusion, oral habits, atypical swallowing, thumb sucking.



## 1. INTRODUCCIÓN

La malposición de los dientes es el mal alineamiento y/o grado de irregularidad entre los dientes. La gran cantidad de niños presentan maloclusiones ocasionadas por dientes montados, mala alineación, mordida cruzada y sobremordida. Numerosas son las causas que puedan originar este tipo de alteraciones o posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre las que se encuentran elementos totalmente externos como los hábitos, sobre los cuales se pueden actuar realizando una correcta prevención y adecuado tratamiento. (1)

Al ver todos los problemas que una maloclusión puede causar, es de interés odontológico incrementar el diagnóstico exhaustivo de la oclusión dentaria a edades tempranas, empezando por el reconocimiento del tipo de oclusión que cada paciente presente, puntualizando todos los problemas que puede tener para proporcionar un diagnóstico y un tratamiento favorable para la solución de las disfunciones del paciente. (1)

Un estudio realizado en el 2006 en la Ciudad de Matanza por Álvarez Gonzales y colaboradores donde se analizaron los hábitos deformantes y maloclusiones dentarias en 2300 niños de 5 a 11 años de edad de las escuelas primarias pertenecientes al policlínico de Milanés determinaron que el 58,7% de niños presentó hábitos bucales, siendo el de mayor prevalencia la deglución atípica con 25.3% y entre la maloclusión la más prevalente fue la clase II, división 1 con un 34.7%. (2)

Pellitero Reyes y colaboradores en el Municipio de Holguín en el 2002 entre 350, adolescentes de 6 a 11 años determinaron que el 34% estaba afectado por caries, el 52.9 % por mal oclusión y el 29% con hábitos bucales siendo la onicofagia el hábito más frecuente. (2)

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación realizada, es importante porque nos sirve para medir la prevalencia de malposiciones relacionadas con caries dentales, en niños de 6 a 11 años de edad, conociendo los diferentes tipos de malposiciones.

La cavidad bucal constituye un complejo y completo sistema fisiológico y fisioanatómico, que debe encontrarse en equilibrio para funcionar de una manera correcta. Este hecho nos indica que al ser detectada a edad temprana una malposición, se buscará su pronta corrección con el tratamiento adecuado para evitar mayores consecuencias en la dentición permanente.

La elevada prevalencia de malposición que afecta a la población infantil desde edades muy tempranas y los pocos servicios y programas de ortodoncia preventiva e interceptiva que beneficien a la población escolar, nos compromete a investigar en el presente estudio la prevalencia de malposición dentaria en nuestra ciudad de Guayaquil.

Un conocimiento más detallado sobre la incidencia de dichas maloclusiones nos podría ayudar a educar de una manera óptima a los padres sobre qué tipo de tratamiento se les puede dar a sus hijos. A la vez se puede promover charlas educativas sobre la afección de las mal posiciones dentales.

**Viabilidad:** Este estudio se realizó en la Unidad de Educación Básica Fiscal, Blanca Gil de Intriago, ubicada al sur de la ciudad de Guayaquil, en la ciudadela LOS Esteros, perteneciente a la parroquia urbana Febres Cordero, entre los escolares de 6 a 11 años de edad.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVOS GENERAL**

1. Establecer la prevalencia de malposición dentaria en escolares de 6 a 11 años de edad en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar el índice de caries en escolares con malposición dentaria de 6 a 11 años de edad en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil.
2. Registrar el tipo de maloclusión de Angle más frecuente en escolares 6 a 11 años de edad en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil.
3. Definir el hábito bucal más frecuente en escolares 6 a 11 años de edad en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil.
4. Especificar el tipo de malposición dentaria más frecuente en escolares 6 a 11 años de edad en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil.
5. Relacionar la prevalencia de malposición dentaria según la edad y el género en escolares 6 a 11 años de edad en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil.

## **1.3 HIPÓTESIS**

La maloclusión es un factor de riesgo que influye en la presencia de caries entre los escolares de 6 a 11 años de edad.

## 1.4 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR																						
VARIABLE DEPENDIENTE MALPOSICIÓN DENTARIA	Se define como la alteración del diente relación a una variable de su posición normal.																								
VARIABLES INDEPENDIENTES																									
<b>CARIES</b>	Es la destrucción de los tejidos de los dientes causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales.	Prevalencia de caries: porcentaje presente de la enfermedad de caries dental dentro de una población determinada.	<table border="1"> <tr> <td>Caries</td> <td>#</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	Caries	#	SI		NO																	
Caries	#																								
SI																									
NO																									
<b>MAL OCLUSIÓN DE ANGLE</b>	Diferentes posiciones dentarias relacionadas con la posición de los primeros molares permanentes.	<p><b>Maloclusión I:</b> La cúspide mesio vestibular del primer molar superior se encuentra en el surco vestibular del primer molar inferior</p> <p><b>Maloclusión II:</b> El primer molar inferior se encuentra por distal con respecto al primer molar superior.</p> <p><b>Maloclusión III:</b> El primer molar inferior se encuentra por mesial con respecto al primer molar superior.</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">MALOCLUSION</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td></td> </tr> <tr> <td>II</td> <td></td> </tr> <tr> <td>III</td> <td></td> </tr> </table>	MALOCLUSION		I		II		III															
MALOCLUSION																									
I																									
II																									
III																									
<b>TIPOS DE MALPOSICIÓN</b>	La mal posición dentaria es la ubicación de las piezas dentarias superiores e inferiores en la arcada dentaria, donde pueden no articular, no encajar o no engranar con normalidad.	<p><b>Mesioversión:</b> Diente mesializado en relación a su posición normal.</p> <p><b>Distoversión:</b> Diente distalizado con relación a su posición normal.</p> <p><b>Vestibuloversión:</b> Corona dentaria vestibularizada en relación a su posición normal.</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">MALPOSICIÓN DENTARIA</td> </tr> <tr> <td>mesioversión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>distoversión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>vestibuloversión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>linguoversión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>infraversión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>supraversión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>giroversión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>axioversión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>transversión</td> <td></td> </tr> <tr> <td>perversión</td> <td></td> </tr> </table>	MALPOSICIÓN DENTARIA		mesioversión		distoversión		vestibuloversión		linguoversión		infraversión		supraversión		giroversión		axioversión		transversión		perversión	
MALPOSICIÓN DENTARIA																									
mesioversión																									
distoversión																									
vestibuloversión																									
linguoversión																									
infraversión																									
supraversión																									
giroversión																									
axioversión																									
transversión																									
perversión																									

		<p><b>Linguoversión:</b> Corona dentaria lingualizada en relación a su posición normal.</p> <p><b>Infraversión:</b> Diente presenta su cara oclusal o borde incisal sin alcanzar el plano oclusal.</p> <p><b>Supraversión:</b> Diente esta con la cara oclusal o borde incisal por encima del plano oclusal.</p> <p><b>Giroversión:</b> Indica una rotación del diente sobre su eje longitudinal.</p> <p><b>Axioversión:</b> inclinación del eje axial de los dientes.</p> <p><b>Transversión:</b> Diente sufrió una transposición, es decir, cambió su posicionamiento</p> <p><b>Perversión:</b> Indica la impactación del diente en general, por falta de espacio en el arco.</p>															
<p><b>HÁBITOS BUCALES</b></p>	<p>La costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, el cual a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente.</p>	<p><b>Interposición lingual:</b> proyección de la lengua hacia los incisivos superiores.</p> <p><b>Succión digital:</b> succionar el dedo</p> <p><b>Succión labial:</b> succionar el labio inferior.</p> <p><b>Onicofagia:</b> morder las uñas.</p> <p><b>Deglución atípica:</b> se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias al deglutir.</p> <p><b>Respiración oral:</b> ingreso del aire por la cavidad oral, por algún impedimento en las vías aéreas superiores.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">HÁBITOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>interposición lingual</td> <td></td> </tr> <tr> <td>succión digital</td> <td></td> </tr> <tr> <td>succión labial</td> <td></td> </tr> <tr> <td>onicofagia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>deglución atípica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>respiración bucal</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	HÁBITOS		interposición lingual		succión digital		succión labial		onicofagia		deglución atípica		respiración bucal	
HÁBITOS																	
interposición lingual																	
succión digital																	
succión labial																	
onicofagia																	
deglución atípica																	
respiración bucal																	

<p><b>VARIABLES INTERVINIENTES</b> <b>Género</b></p>	<p>Identidad sexual de los seres vivos</p>	<p><b>Masculino:</b> ser vivo con características varoniles <b>Femenino:</b> ser vivo con características de mujeres</p>	<table border="1" data-bbox="1145 271 1345 421"> <tr> <th colspan="2">GENERO</th> </tr> <tr> <td>M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F</td> <td></td> </tr> </table>	GENERO		M		F										
GENERO																		
M																		
F																		
<p><b>Edad</b></p>	<p>Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento</p>	<p><b>6 años:</b> 72 meses de vida <b>7 años:</b> 84 meses de vida <b>8 años:</b> 96 meses de vida <b>9 años:</b> 108 meses de vida <b>10 años:</b> 120 meses de vida <b>11 años:</b> 132 meses de vida</p>	<table border="1" data-bbox="1125 535 1362 752"> <tr> <th colspan="3">EDAD</th> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	EDAD			6	7	8				9	10	11			
EDAD																		
6	7	8																
9	10	11																

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 MALPOSICIONES**

Uno de los problemas que siempre ha presentado la cavidad bucal es la no alineación de las piezas dentales, buscando desde épocas primitivas solucionarlo. Los primeros tratamientos de ortodoncia eran muy rudimentarios, Celso (25 a.C.-50 d.C.) en su obra medicina propone que “si cuando erupciona el diente permanente en un niño, el diente temporal no se ha caído, debemos quitarle este y empujar con el dedo el diente definitivo hasta que alcance su posición correcta”. (5,7)

La técnica a la que se recurrió durante los siguientes siglos no era mucho más avanzada. Hasta el siglo XIX se siguieron los consejos de Plinio el anciano (23-79 d.C.) que en su obra Historia Natural recomendaba limar los dientes elongados hasta conseguir que se alineen de forma correcta. (12)

Las innovaciones en ortodoncia tendrían que esperar siglos en llegar y lo harían de la mano del francés Pierre Fauchard, quien recogió en su libro “Tratamiento de las irregularidades dentarias” los primeros aparatos ortodóncicos con los que se buscaba mejorar la estética de los dientes. Es en ese momento (siglo XVIII) cuando se inicia la llamada ortodoncia clínica. Fauchard provió el uso de un elemento conocido como “La Bandelette”, en cuyos principios se basan los aparatos de expansión que utilizamos hoy en día. (34)

#### **2.1.1 DEFINICIÓN DE MALPOSICIÓN DENTARIA**

Es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. La mal posición dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad y por tanto es causa de maloclusión dentaria. (1,4)

Las maloclusiones dentarias se clasifican según sus causas: dentarias, esqueléticas, funcionales y mixtas. Hoy, gracias a los estudios cefalométricos podemos saber el tipo de maloclusión con exactitud. (22)

El origen de las maloclusiones dentarias es el mal posición de los dientes, siendo normales las bases óseas; maxilar superior y mandíbula, estudió las relaciones mesiodistales de las piezas dentarias basándose en la posición de los primeros molares permanentes y describió las diferentes maloclusiones. (3, 9)

### **2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA**

La prevalencia de la maloclusión y la distribución de los diferentes tipos, varía en función de las razas y etnias. Los restos esqueléticos encontrados indican que la prevalencia actual de la maloclusión es mayor que la de hace 1.000 años. Los fósiles demuestran las tendencias evolutivas que han influido en la dentición actual a lo largo de muchos milenios, incluyendo una disminución en el tamaño de los maxilares que si no va acompañada de una disminución en el tamaño y el número de los dientes, puede producir problemas de apiñamiento y mala alineación. (4,8)

Existen evidencias de que la maloclusión es mayor en los grupos urbanos que en los rurales. Corrucini<sup>8</sup>observó una mayor prevalencia de apiñamiento, mordidas cruzadas posteriores y discrepancias de segmentos bucales en los jóvenes de las ciudades en comparación con los de las zonas rurales de Punjab, en la India. (3,7)

En Estados Unidos de Norteamérica, se publicaron dos estudios en la década de los 70 que sostenían que el 75% de los niños y jóvenes norteamericanos tienen cierto grado de desarmonía oclusal. De todos los niños, un 40% tienen irregularidades en el alineamiento dentario; el 17% tiene protrusión significativa de los incisivos superiores; el 20% tiene una relación molar de Clase II; mientras que el 5% tiene una relación molar de Clase III; el 4% tiene una mordida abierta anterior. (4,12)



En Venezuela se han realizado pocos estudios epidemiológicos. D'Escrivan de Saturno encontró que el 77% de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión. De esta población, el 57,5% podía ser clasificada como maloclusión Clase I; el 12,3% eran Clase II División 1; el 3,6% constituían Clase II División 2 y el resto, 3,8% se diagnosticaron como Clase III. (4,2)

Betancourt en un estudio epidemiológico realizado en dos zonas rurales venezolanas, encontró que el 62,28% podían ser clasificados como Clase I; el 9,9% como Clase II y el 1,2% como Clase III. (7, 3)

### **2.1.3 ETIOLOGÍA**

Entre las principales causas que originan las malposiciones dentales tenemos: los factores predisponentes y los factores locales.

**a) Factores predisponentes:** entre estos podemos mencionar

- Factores hereditarios (tamaño, forma de los dientes, relación de los maxilares, función labial y lingual).
- Influencias prenatales.

**b) Factores locales:** entre los que consideramos los siguientes

- Intrínsecos como la pérdida prematura de dientes temporales y permanentes, la retención tardía de dientes temporales, los dientes supernumerarios.
- Funcionales como el frenillo labial anormal, las restauraciones en mal estado, el tamaño, la forma de los dientes y los traumatismos dentarios.
- Circundante o Ambientales: como los hábitos de tejidos musculares.

- **Sistémicos:** como los síndromes. (4,8)

#### 2.1.4 CLASIFICACIÓN DE LA MALPOSICIÓN

Lisher en 1912 sugiere una manera de clasificar el malposicionamiento dental de forma individualizada, es decir hace uso de un nombre que define la alteración del diente en relación a su posición normal. (4,2).

La clasificación de Lisher es la siguiente:

- **Mesioversión:** el diente está mesializado en relación a su posición normal.
- **Distoversión:** distalización del diente con relación a su posición normal.
- **Vestibuloversión o Labioversión:** cuando el diente presenta su corona vestibulizada en relación a su posición normal.
- **Linguoversión:** la corona dentaria está lingualizada en relación a su posición ideal.
- **Infraversión:** el diente presenta su cara oclusal o borde incisal sin alcanzar el plano oclusal.
- **Supraversión:** el diente esta con la cara oclusal o borde incisal por encima del plano oclusal.
- **Giroversión:** indica una rotación del diente sobre su eje longitudinal.
- **Axiversión:** hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario.
- **Transversión:** el diente sufrió una transposición, es decir, cambió su posicionamiento en el arco dentario con otro elemento dentario.
- **Perversión:** indica la impactación del diente en general, por falta de espacio en el arco. (8,11)

Los términos creados por Lisher a su vez pueden ser combinados para denominar un diente que reúna dos o más alteraciones, como inframesioversión, axigiroversión o, incluso, mesiolinguosupraversión. (8,9)

## **2.2 MALOCLUSIÓN DENTAL**

Las maloclusiones dentales son uno de los problemas más frecuentes en la población y pueden ser detectadas desde la infancia y la niñez. Se ha considerado un factor de riesgo en la presencia de caries dental, siendo necesario realizar un diagnóstico temprano de la anomalía para conocer la forma de prevenir sus consecuencias con el tratamiento oportuno y adecuado.

### **2.2.1 DEFINICIÓN DE MALOCLUSIÓN**

Se define como maloclusión dental a las variaciones morfológicas dentolabiales capaces de afectar al estado de salud óptimo del aparato Estomatognático en sus vertientes morfológica, funcional o estética, y que en función de su grado de desarrollo podrán o no estar asociadas a condiciones patológicas. La importancia de estas maloclusiones radica en su prevalencia. (7,15)

### **2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LA MALOCLUSIÓN DE ANGLE**

Edward Angle estableció una relación basada que la relación de las cúspides entre los primeros molares superiores e inferiores, la cual ha sido como punto de referencia: (6, 21)

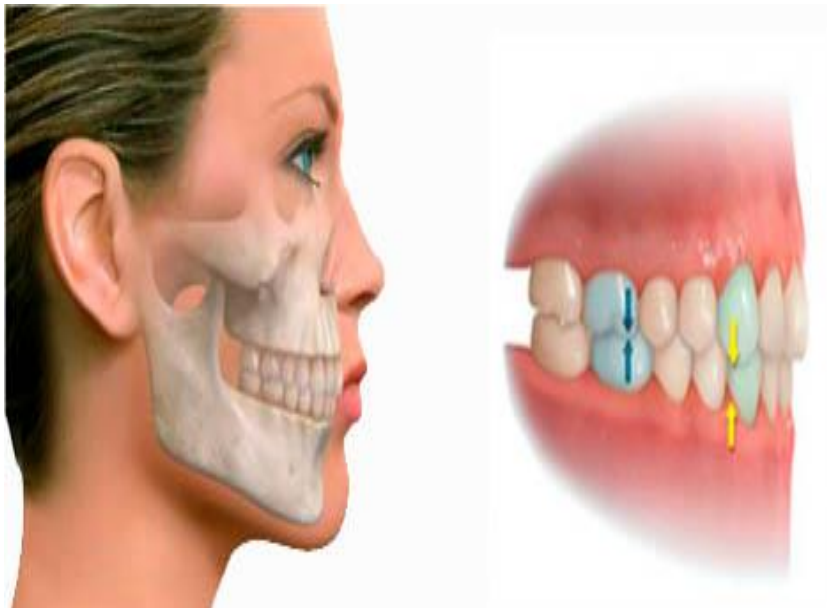
Así definió tres clases de maloclusiones:

- Clase I o Neutroclusión: cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar. (5-23)
- Clase II o Distoclusión: cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye por delante de las cúspides mesio-vestibular del primer molar inferior. (2)

- Clase III o Mesioclusión: cúspide mesio- vestibular del primer molar superior ocluye por detrás de las cúspides disto vestibular del primer molar inferior. (6)

### 2.2.2.1 Clase I de Angle o Netruoclusión

Cuando la relación anteroposterior es normal en los primeros molares permanentes (cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior) la maloclusión se da por las malposiciones individuales de los dientes, la anomalía en las relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos.



**Figura N° 1 Clase I de Angle**

Fuente: Esposito, G. M. Test de Meersseman Validez y Límites.

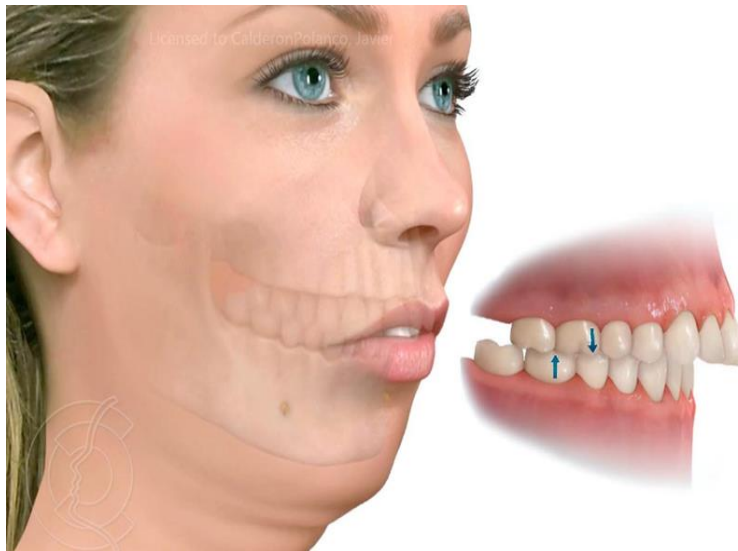
**Anderson** clasifica las maloclusiones Clase I de Angle en cinco tipos:

- **Tipo 1:** dientes superiores e inferiores apiñados o caninos en labioversión, linguoversión. El apiñamiento dentario es el rasgo que identifica las maloclusiones Clase I de Angle, tipo 1 de Anderson. De acuerdo con la cantidad de espacio requerido, el apiñamiento se puede clasificar en:

- ✓ Apiñamiento leve: menos de 3 mm.
  - ✓ Apiñamiento moderado: de 3 a 5 mm.
  - ✓ Apiñamiento grave: mayor de 5 mm.
- **Tipo 2:** incisivos superiores protruidos o espaciados. Los hábitos orales inadecuados son los responsables de este tipo de maloclusión. Hábitos como la succión digital, la interposición lingual o labial y el chupeteo, pueden modificar la posición de los dientes, la relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura.
  - **Tipo 3:** si uno o más incisivos están cruzados en relación con los inferiores. La mordida cruzada anterior presente en esta maloclusión, es una mordida cruzada del tipo dental. En estas mordidas cruzadas uno o más dientes antero-inferiores está excesivamente en protrusión, o los superiores en retrusión, pero condicionan una mordida cruzada anterior de origen exclusivamente dentario. Las bases esqueléticas están bien relacionadas entre sí y es la dentición el origen de la anomalía.
  - **Tipo 4:** mordida cruzada posterior, los dientes anteriores pueden estar alineados. Los factores etiológicos más importantes que condicionan la existencia de una mordida cruzada posterior son:
    - ✓ Factores genéticos: Hipoplasia maxilar, hiperplasia mandibular o una asociación de ambas.
    - ✓ Hábitos: Respiración bucal, deglución infantil y succión anómala.
  - **Tipo 5:** si hay pérdida de espacio posterior por migración mesial del primer molar, mayor de 3 mm. La pérdida de espacio posterior se asocia con la pérdida prematura de dientes temporales, especialmente los segundos molares temporales; pérdida de dientes permanentes y ausencias congénitas de dientes. (2)

### 2.2.2.2 Clase II de Angle o Distocclusión

Este tipo de maloclusión presenta una relación sagital anómala de los primeros molares: el surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior. Esta distocclusión puede ser resultado de: una mandíbula retrognata, de un maxilar que se encuentra demasiado hacia delante o una combinación de ambas.



**Figura N° 2 Clase II de Angle**

Fuente: Esposito, G. M. Test de Meersseman Validez y Límites.

Las maloclusiones de clase II se subdividen a su vez en dos tipos:

- **Clase II división 1:** Cuando presenta una gran distocclusión y casi siempre un gran resalte de los incisivos superiores. El maxilar superior suele estar adelantado y la mandíbula retraída, solo la cefalometría nos dará con exactitud la discrepancia ósea.

Puede haber:

- ✓ Mordida abierta anterior
- ✓ Arcadas son estrechas de forma triangulares con frecuentes los apiñamientos dentarios.
- ✓ Incisivos superiores pueden descansar sobre el labio inferior.

- **Clase II división 2:** es una distoclusión que se caracteriza por:
  - ✓ Gran sobremordida vertical.
  - ✓ Vestibuloversión de los incisivos laterales superiores.
  - ✓ Linguoversión de los incisivos centrales superiores.
  - ✓ Suelen ser arcadas dentarias amplias, cuadradas.
  - ✓ Suelen tener la curva de Spee muy marcada.

La Clase II de origen dentario no altera el perfil, este se altera solamente en la clase II de origen esquelético donde se presenta prognatismo maxilar dominante junto al retrognatismo mandibular, lo que imponen una tendencia a al perfil facial cóncavo. Sobresale más dentro del tercio inferior facial el labio superior que el inferior.

La clase II puede afectar ambas hemiarcadas: derecha e izquierda o afectar solo a uno de los lados.

En el caso de que sea unilateral, decimos que se presenta una clase II subdivisión (derecha o izquierda).

### **2.2.2.3 Clase III de Angle o Mesioclusión**

Se da por una relación mesial de la arcada dentaria mandibular con respecto a la maxilar tomando como referencia la cúspide mesiovestibular del primer molar ocluyendo mesial al surco del primer molar mandibular.

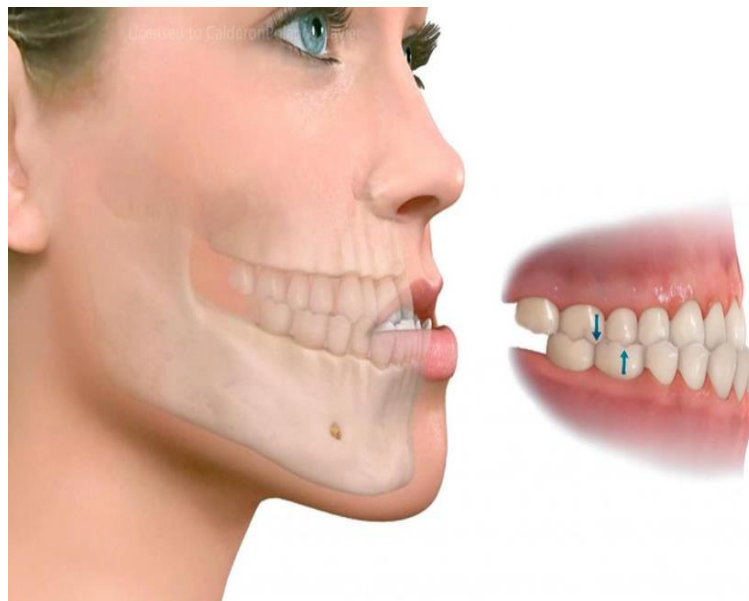
Entre sus principales características clínicas tenemos:

- La relación mesial de la arcada inferior son respeto a la superior por:
  - ✓ Falta de crecimiento en el maxilar superior
  - ✓ Aumento de crecimiento del maxilar inferior.
  - ✓ Por combinación de ambas (casos más severos)

Si esta discrepancia es grande los pacientes requieren un tratamiento ortodónico quirúrgico.

- Mordida a tope oclusal o cruzada
- Canino superior que ocluye por detrás del espacio entre el canino y el primer premolar.
- Incisivos centrales superiores protruídos.
- Incisivos inferiores inclinados (de manera de lograr un contacto anterior).
- Perfil cóncavo
- Tercio inferior aumentado.
- Mandíbula prominente.
- Maxilar superior prominente.

En la clase III generalmente la lengua tiene una posición más baja de lo normal y la tonicidad de los labios es contraria a la que se encuentra en la maloclusión Clase II, división 1. En una maloclusión de Clase III verdadera, el labio superior es hipertónico en tanto que el inferior es hipofuncional.



**Figura Nº 3 Clase III de Angle**

Fuente: Esposito, G. M. Test de Meersseman Validez y Lími



## **2.3 HÁBITOS BUCALES**

Desde el nacimiento un individuo está en constante aprendizaje, su manera de actuar es progresiva, denominando a este proceso aprendizaje "hábito". Estos actos se repiten de forma consciente pero si se realizan muy a menudo la repetición se realiza por un acto reflejo inconsciente. (15)

Los hábitos bucales están considerados como los responsables de malposiciones dentarias, de alteraciones en el perfil facial y de alterar la estética de los individuos. La mayoría de hábitos se presentan en la infancia y sus efectos nocivos se manifiestan por no recibir a tiempo el tratamiento adecuado de intercepción de los mismos. (6)

Se producen los hábitos como consecuencia de movimientos sencillos de los seres humanos que complementan momentos y funciones. Pueden volverse acciones repetitivas por diversas causas como puede ser una manía, la cual al ser una acción repetida va a realizarse muchas veces hasta convertirse en una obsesión. (9)

Los hábitos bucales pueden considerarse como obstáculos o interferencias en el desarrollo facial armónico. La maloclusión puede presentarse desde edades muy tempranas, llegando a ser una de las causas que pueden alterar el equilibrio de las estructuras del sistema bucal. (35)

Se define a un hábito como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, el cual a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente. (35)

### **2.3.1 ETIOLOGÍA DE LOS HÁBITOS ORALES**

Son varias las causas que pueden llevar al bebé o al niño a tener hábitos bucales, cada una de ellas produce un hábito diferente, entre las principales tenemos:

- a) **Instintivos:** hábito de succión.
- b) **Placenteros:** como el hábito de succión del dedo o pacificador.
- c) **Defensivos:** como lo es el hábito de la respiración bucal en pacientes que tienen rinitis alérgica, asma, etc. y no pueden respirar por la nariz.
- d) **Hereditarios:** como los ocasionados por algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario que provocan hábitos relacionados con malformaciones, por ejemplo un frenillo lingual que tiene una inserción corta.
- e) **Adquiridos:** la fonación nasal en pacientes con labio y paladar hendido.
- f) **Imitativos:** el bebé imita la forma de colocar los labios y la lengua que observa entre sus familiares más cercanos.

### 2.3.1.1 Factores que modifican la acción de un hábito oral

Entre los principales factores que van a modificar las consecuencias que se producen en la cavidad bucal como consecuencia de un hábito tenemos:

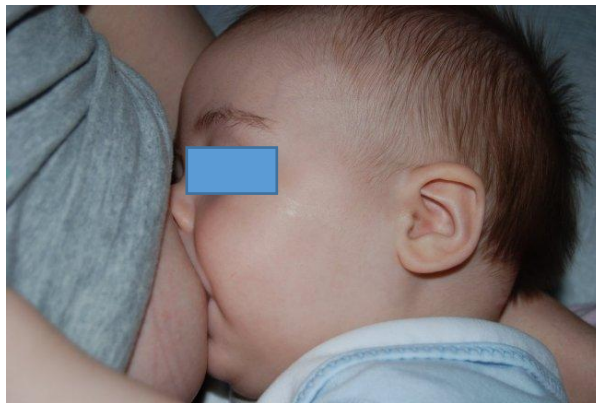
- a) **Duración:** se pueden clasificar en etapa infantil que es hasta los 2 años y se considera normal, etapa pre-escolar que va de 2 a 5 años y se considera la edad ideal para interceptarlo y la etapa escolar que es la edad de 6 a 12 años y es cuando se producen las mayores alteraciones en la armonía maxilofacial.
- b) **Frecuencia:** pueden ser diurnos y se consideran intermitentes o nocturnos considerados como continuos.
- c) **Intensidad:** poco o intensa, de este factor va a depender la fuerza de la contracción muscular, no es lo mismo cuando el niño no se introduce el dedo entero en la boca, que cuando solo succiona una parte del dedo.
- d) **Edad** en la que se inicia el hábito: cuanto antes comience el hábito, más elevado será el daño.

A pesar de considerarse en la primera infancia (hasta los 3 años de edad) los hábitos bucales como normales, sabemos que son indudablemente la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales.

## 2.3.2 CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS BUCALES

Se consideran dos tipos de hábitos bucales:

- a) **Hábitos Fisiológicos:** Aquellos que nacen con el individuo y son necesarios para su supervivencia como el mecanismo de succión, los movimientos corporales, la deglución y la respiración nasal.



**Figura Nº 4 Succión Fisiológica**

Fuente: Rovati Lola, 2011

- b) **Hábitos no fisiológicos:** aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal.(2)

### 2.3.2.1 Hábitos bucales no fisiológicos o perniciosos

Entre los principales y más frecuentes podemos mencionar las siguientes acciones que se realizan de forma inconsciente:

- **Interposición lingual:** proyección de la lengua hacia los incisivos superiores, en posición infantil.

- **Succión digital:** es la acción de succionar un dedo por lo general el pulgar, aunque también se pueden succionar dos o más dedos. Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. Como consecuencia de este hábito se produce la mordida abierta y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos



**Figura Nº 5 Succión Digital**

Fuente: [www.odontobebe.odontovida.com](http://www.odontobebe.odontovida.com)

- **Succión labial:** es el acto de succionar el labio inferior, muy frecuente en el niño ocasionado por la retroinclinación del incisivo antero inferiores y protrusión de los incisivos superiores.
- **Onicofagia:** es la costumbre de morderse, comerse o roerse las unas con los dientes. Como hábito es muy frecuente en niños en la edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 7 y 11 a 13 años de edad y no guarda relación con el nivel mental de las personas.
- **Deglución atípica:** Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir. Se da por el desequilibrio muscular peribucal y de la lengua.
- **Respiración oral o bucal:** es el ingreso del aire por la cavidad oral, por algún impedimento en las vías aéreas superiores, que no permite una correcta respiración nasal.

Los hábitos bucales no fisiológicos son responsables de una gran cantidad de maloclusiones en pacientes que se encuentran en etapa de crecimiento, por consiguiente, todo lo que hagamos para interceptar y erradicar oportunamente dichos hábitos redundará en un desarrollo armónico y funcional del sistema estomatognático.

## **2.4 CARIES DENTAL**

### **2.4.1 ETIOLOGÍA**

La causa más frecuente para que se produzca la caries dental es la presencia en la cavidad bucal de una bacteria llamada estreptococo mutans, que combinado con los azúcares lleva a la cavidad bucal a un estado de acidez originando la desmineralización que produce cavitación en las piezas dentales pudiendo llevar hasta provocar la pérdida de las mismas. (9-11)

Una de las causas para que este proceso que origina la enfermedad de caries dental se produzca es la el acumulamiento de la placa bacteriana y esto puede ocasionar lesiones o infecciones a las encías ya sea por la mala técnica del cepillado dental. (5-7)

### **2.4.2 TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL**

Entre las principales acciones clínicas que podemos realizar como tratamiento para resolver el problema de la caries dental están:

- Obturaciones
- Incrustaciones
- Coronas

- Tratamiento de conductos

Los odontólogos obturan los dientes eliminando el material dental cariado con el uso de una fresa dental y reemplazándolo con un material como las aleaciones de plata, oro, porcelana o resina compuesta. Estos dos últimos materiales son los que más se asemejan a la apariencia natural del diente y son los preferidos para los dientes frontales. Muchos odontólogos consideran que las amalgamas (aleaciones) de plata y de oro son más resistentes y suelen usarlas para los dientes posteriores. También hay una tendencia a utilizar la resina compuesta altamente resistente en los dientes posteriores. (4-8)

Las coronas o "fundas dentales" se usan si la caries es extensa y hay una estructura dental limitada, la cual puede ocasionar dientes debilitados. Las obturaciones grandes y los dientes débiles aumentan el riesgo de ruptura de estos. (9)

## **3. MATERIALES Y METODOS**

### **3.1. Materiales**

- Consentimiento informado
- Historia clínica
- Hoja de recolección de datos
- Pluma azul
- Lápiz bicolor.
- Espejo de mano
- Liquido revelador de placa.
- Cepillos dentales.
- Pasta dental
- Kit básico de examinación oral;
- Espejo
- Explorador
- Pinza algodонера
- Hoja de tabulación de datos
- Cámara fotográfica

#### **3.1.1. Lugar de investigación**

Escuela de Educación General Básica Fiscal Blanca Gilbert de Intriago ubicada en la ciudadela Los Esteros III, Avenida Sexta y calle 50, ubicada al sur de la ciudad en la Parroquia Febres Cordero de la ciudad de Guayaquil en Ecuador.

#### **3.1.2. Período de investigación**

De mayo 2016 a Agosto del 2016.

## CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

ACTIVIDAD	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Revisión bibliográfica	X	X	x	x
Actividad de prueba piloto	X			
Registro y tabulación de datos			X	
Resultados			X	
Entrega de trabajo				X

### 3.1.3. RECURSOS EMPLEADOS

#### 3.1.3.1. Recursos humanos.

- **Investigador:** Cindy Estefanía Villagrán Díaz
- **Tutor de trabajo de graduación:** Dra. Adriana Rocío Amado Schneider. Odontopediatra, docente de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- **Tutor metodológico:** Dra. MSC. María Angélica Terreros de Huc, Maestría en investigación Clínica y Epidemiológica; catedrática de metodología de la investigación de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, asesora metodológica.

#### 3.1.3.2. Recursos físicos

Escuela de Educación General Básica Fiscal Blanca Gilbert de Intriago ubicada en la ciudadela Los Esteros III Av. Sexta y calle 50 al sur de la ciudad de Guayaquil en Ecuador.



### **3.1.4. Población**

La población a estudiar está integrada por escolares de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 6-11 años, pertenecientes a la Escuela de Educación Básica Fiscal Blanca Gilbert, ubicada en la ciudad de Guayaquil-Ecuador.

### **3.1.5. Muestra**

La muestra estuvo formada por escolares de 6-11 años de edad de ambos sexos., que pertenezcan a la Escuela Blanca Gilbert Guayaquil-Ecuador y que cumplan los criterios de inclusión.

#### **3.1.5.1. Criterios de inclusión de la muestra**

- 1) Niños de ambos géneros de cuyas edades estén entre los 6 a 11 años de edad que estudien en la escuela “Blanca Gilbert de Intriago”.
- 2) Niños cuyos padres o tutores firmen el consentimiento informado aceptando participar en la investigación.
- 3) Niños que asistan a la escuela “Blanca Gilbert de Intriago” el día programado para la revisión clínica.
- 4) Niños sin problemas de salud.
- 5) Niños a partir de los 6 años de edad que tengan los primeros molares permanentes erupcionados y en oclusión.

#### **3.1.5.2. Criterios de exclusión de la muestra**

- 1) Niños de ambos géneros de cuyas edades no estén entre los 6 a 11 años de edad que estudien en la escuela “Blanca Gilbert de Intriago”.
- 2) Niños cuyos padres o tutores no firmen el consentimiento informado aceptando participar en la investigación.

- 3) Niños que no asistan a la escuela “Blanca Gilbert de Intriago” el día programado para la revisión clínica.
- 4) Niños con problemas de salud.
- 5) Niños a partir de los 6 años de edad que no tengan los primeros molares permanentes erupcionados y en oclusión.

## **3.2. MÉTODOS**

### **3.2.1. Tipo de la Investigación**

El estudio fue de tipo descriptivo.

### **3.2.2. Diseño de la Investigación**

El diseño empleado fue de tipo transversal.

### **3.2.3. Lugar y tiempo de la investigación**

Fue realizada en la Escuela de Educación Básica Fiscal Blanca Gilbert, ubicada en la ciudadela Los Esteros III, en la ciudad de Guayaquil-Ecuador durante los meses de Junio y Julio del 2016.

#### **3.2.3.1. Procedimiento**

1. Se pidió autorización a la directora de la escuela Blanca Gilbert de Intriago para poder realizar el estudio.
2. Una vez que se otorgó el permiso para el estudio, se coordinó la fecha para el inicio del estudio con la Dra. Adriana Amado.

3. Se diseñó el consentimiento informado.
4. En el transcurso de todo el proceso de toma de datos y muestras, el operador uso de mandil, gorro, gafas, mascarilla y guantes desechables.
5. Durante el mes de junio y julio se tomaron muestras de los escolares que participan en la investigación de 2ro a 7to grado de educación General Básica, que tenían edades entre los 6 a 11 años en la Escuela Fiscal Blanca Gilbert de Intriago.
6. Se recopilaron datos un total de 260 escolares que conformaron la muestra y sus datos fueron recogidos en una historia clínica usada para la recolección de datos que tenía los medidores de las variables.
7. Se tomaron fotografías extraorales para identificación y fotografías intraorales para el diagnóstico.
8. Se ingresaron los datos a un programa de Excel para la tabulación
9. Se obtuvieron los resultados y se elaboraron los gráficos y tablas de los mismos.
10. Se elaboraron las conclusiones.
11. Se realizó el análisis y discusión.
12. Se elaboró las recomendaciones.

## 4. RESULTADOS

### 1) Muestra por género:

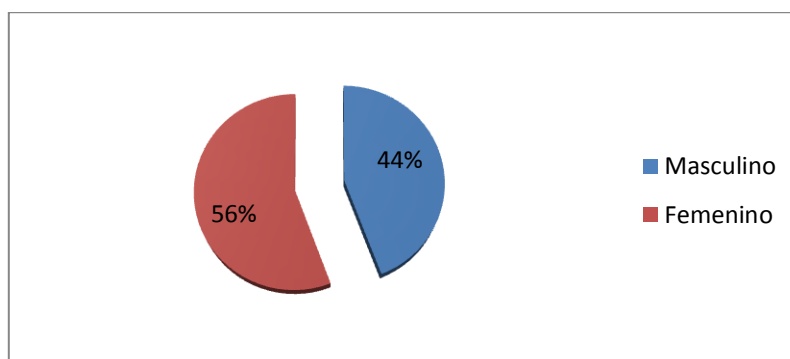
Tabla # 1 Muestra por género

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
masculino	115	44,24%
femenino	145	55,76%
TOTAL	260	100%

**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Diaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

Gráfico # 1 Muestra por género



**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Diaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Análisis y discusión:** la muestra en total fue de 260 escolares, representada en un 55,76 % por escolares de género femenino y en un 44,24% por escolares de género masculino.

## 2) Muestra por edad:

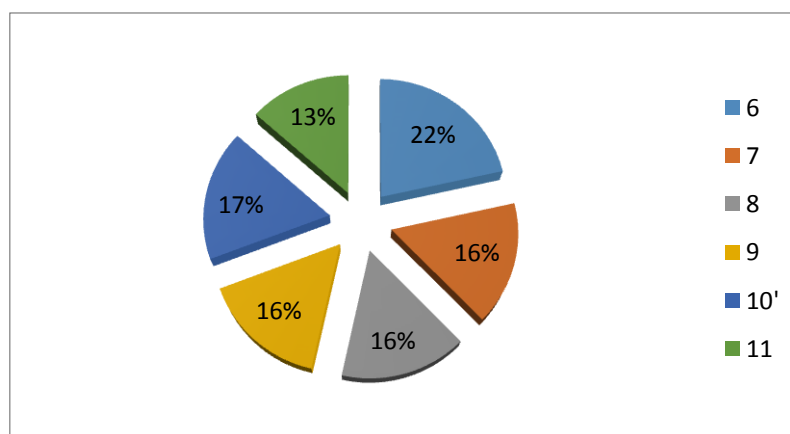
**Tabla # 2 Muestra por edad**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	56	21%
7	42	16%
8	41	16%
9	41	16%
10	45	17%
11	35	14%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100%</b>

**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Diaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Gráfico # 2 Muestra por edad**



**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Diaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Análisis y discusión:** Al analizar la muestra por edades el 21% correspondió a escolares de 6 años de edad siendo el grupo más representativo, el resto de 7, 8 y 9 años de edad fue representado cada uno por un 16%, el grupo de 10 años de edad representado por un 17% y finalmente el grupo de 11 años de edad representado por un 14%.

### 3) Prevalencia de malposición dentaria

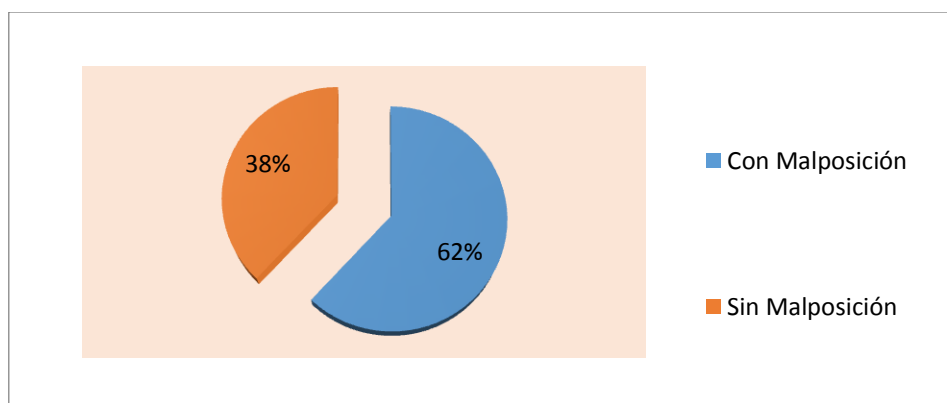
**Tabla # 3 Prevalencia de malposición dentaria**

MALPOSICION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON MALPOSICION	161	61,92%
SIN MALPOSICION	99	38,08%
TOTAL	260	100%

**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Díaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Gráfico # 3 Prevalencia de malposición dentaria**



**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Díaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Análisis y discusión:** la prevalencia de malposición dentaria encontrada fue del 61,92% representada por 161 escolares, siendo alta y mayora la encontrada en la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas, en Cuba cuya prevalencia fue del 44,7%, estudio realizado por Haideé Tamara Díaz Méndez, Bernardo Ochoa Fernández, Lisett Paz Quiñones , Kenya Casanova Sales , Yudenia Coca García entre el 2011 y 2012 y publicado en el 2015.

#### 4) Prevalencia de caries

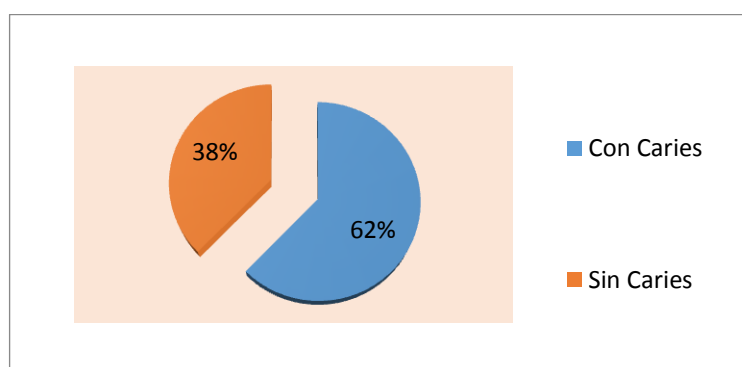
**Tabla # 4 Prevalencia de caries**

CON CARIES	162 escolares	62,3%
SIN CARIES	98 escolares	37,7%
TOTAL	260 escolares	100%

**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Díaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Gráfico # 4 Prevalencia de caries**



**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Díaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Análisis y discusión:** Al analizar la prevalencia de caries se obtuvo un valor del 62,3% de prevalencia de la enfermedad y un valor del 37,7% de escolares que no presentó la enfermedad. El porcentaje de prevalencia de caries es menor que el encontrado en la Escuela Básica "Cruz Millán García" (El Salado), Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela (2002-2003) donde se obtuvo una prevalencia del 76,40% de la enfermedad.

## 5) Tipo de maloclusión de Angle

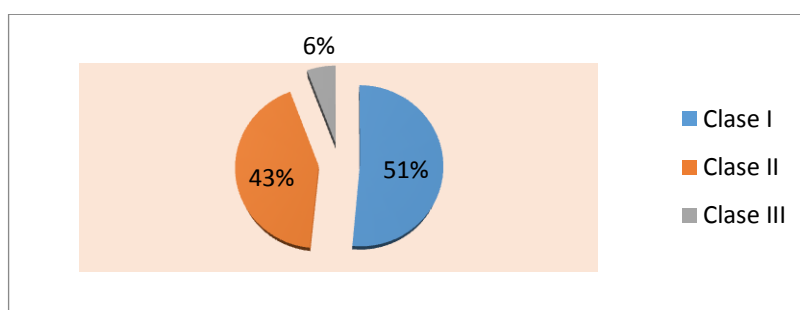
**Tabla # 5 Tipo de maloclusión de Angle**

MALOCCLUSIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CLASE I	134	51,5%
CLASE II	111	42,7%
CLASE III	15	5,8%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100%</b>

**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Díaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Gráfico # 5 Tipo de maloclusión de Angle**



**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Díaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Análisis y discusión:** Al analizar entre los escolares de 6 a 11 años de edad la Maloclusión de Angle, se observó que seguido de un 42,7% de escolares que presentaban una maloclusión clase II de Angle y por último un 5,8% de escolares presentó una Maloclusión Clase III de Angle.



## 6) Hábito bucal más frecuente

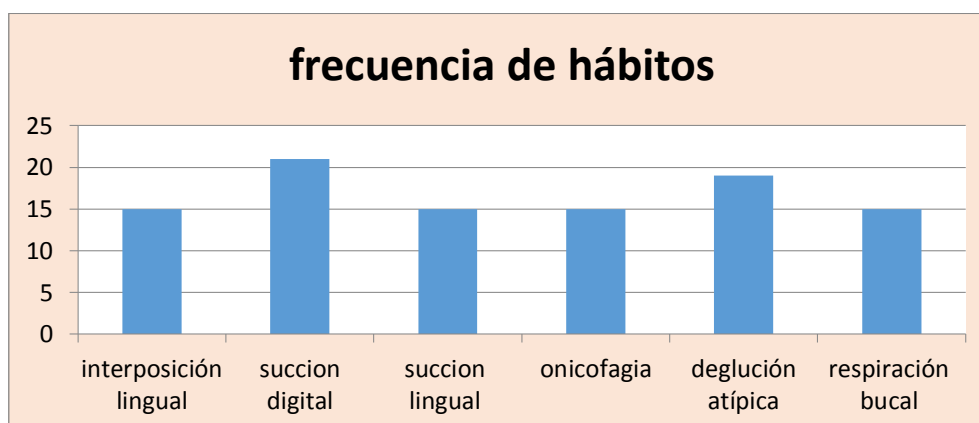
Tabla # 6 Hábito bucal más frecuente

HABITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
interposición lingual	24	15%
succión digital	33	21%
succión lingual	24	15%
onicofagia	23	15%
deglución atípica	29	19%
respiración bucal	24	15%
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Cindy Estefanía Villagrán Díaz

Fuente: Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

Gráfico # 6 Hábito bucal más frecuente



Elaborado por: Cindy Estefanía Villagrán Díaz

Fuente: Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Análisis y discusión:** Se reportan como hábitos más encontrados entre los escolares de 6 a 11 años de edad, la succión digital en un porcentaje del 21%, seguido del hábito de deglución atípica encontrado en un 18,5% de escolares. Los hábitos de interposición lingual, succión lingual y respiración bucal se presentaron con un porcentaje del 15,3% y el hábito menos encontrado fue el de onicofagia presente solo en un 14,6% de escolares.

## 7) Tipos de malposición dentaria según la clasificación de Lisher

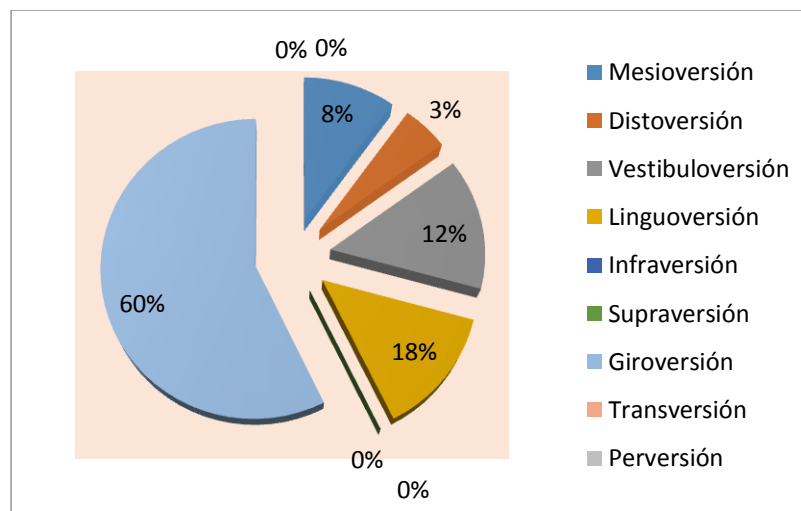
**Tabla # 7 Tipos de malposición dentaria según  
Clasificación de Lisher**

TIPO DE MALPOSICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
mesioversión	15	8%
distoversión	4	3%
vestibuloversión	19	11%
linguoversión	28	18%
infraversión	0	0%
supraversión	0	0%
giroversión	95	59%
transversión	0	0%
perversión	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>100%</b>

**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Díaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Gráfico # 7 Tipos de malposición dentaria según  
lasificación de Lisher**



**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Díaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Análisis y discusión:** Al analizar la muestra de 161 escolares con malposición dentaria según la clasificación de Lisher podemos decir que la mayoría presentó giroversión representada por un 59%, seguida de la linguoversión en un 18%, luego la vestibuloversión en un 12%, seguida de la mesioversión en un 8%, siendo el grupo menos representativo el que presentó distoversión con un 3%.

## 8) Prevalencia de malposición dentaria según la edad y el género

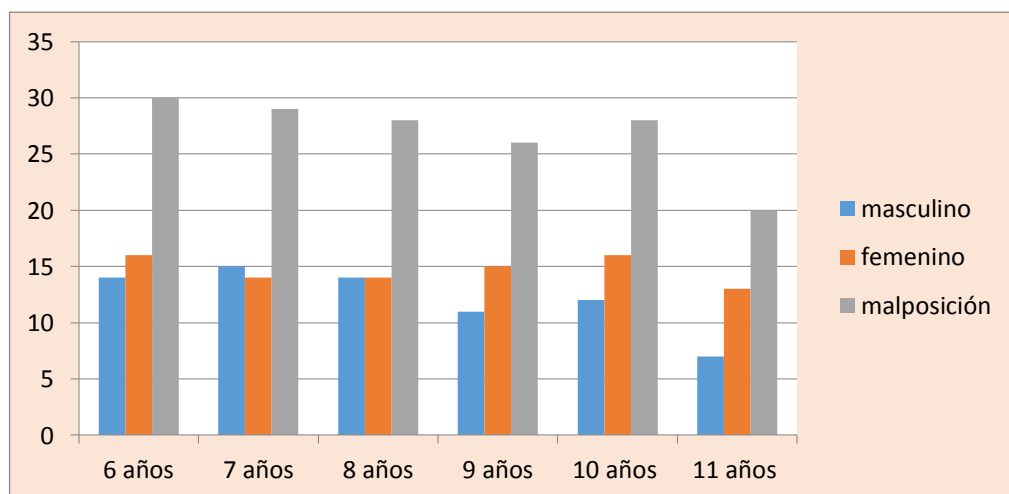
**Tabla # 8 Prevalencia de malposición dentaria según la edad y el género**

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	MALPOSICIÓN
6	14	16	30
7	15	14	29
8	14	14	28
9	11	15	26
10	12	16	28
11	7	13	20

**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Díaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Gráfico # 8 Prevalencia de malposición dentaria según la edad y el género**



**Elaborado por:** Cindy Estefanía Villagrán Díaz

**Fuente:** Escuela Blanca Gilbert Guayaquil

**Análisis y discusión:** Al analizar la muestra de 161 escolares con malposición dentaria por edades se determinó que el grupo que presentó más malposición fue el representado por 30 escolares de 6 años y el menor por 20 escolares de 11 años. Si analizamos la muestra por género en la mayoría de grupos la mayor representación de malposición pertenecía al género femenino siendo únicamente menor en el grupo de 7 años donde el género masculino correspondió a 15 escolares y el femenino a 14 escolares, no siendo esta una diferencia significativa.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

La **prevalencia de malposición dentaria** en escolares de 6 a 11 años de edad encontrada en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil fue del **61,92%** con una frecuencia de 161 escolares.

La **prevalencia de caries** en escolares con malposición dentaria de 6 a 11 años de edad en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil encontrada fue del **62,3%** con una frecuencia de 162 escolares.

El **tipo de maloclusión de Angle más frecuente** en escolares 6 a 11 años de edad en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil fue la **Maloclusión Clase I de Angle** en un 51,5% con una frecuencia de 134 escolares.

El **hábito bucal más frecuente** en escolares 6 a 11 años de edad en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil fue la **succión digital** en un 21% con una frecuencia de 33 escolares.

El **tipo de malposición dentaria según la clasificación de Lisher** más frecuente en escolares 6 a 11 años de edad en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil fue la **giroversión** con un 59% con una frecuencia de 95 escolares.

Al relacionar la **prevalencia de malposición dentaria según la edad y el género** en escolares 6 a 11 años de edad en la Escuela de Educación Básica “Blanca Gilbert de Intriago” de la ciudad de Guayaquil se determinó que el grupo de edad que presentó mayor malposición fueron los escolares de **6 años**, debemos indicar que esta diferencia no fue significativa en relación a los otros grupos porque este

grupo de la muestra fue el que tuvo más escolares. Al analizarla por género se presentó la anomalía en mayor cantidad en el **género femenino** pero tampoco con una diferencia significativa en relación al género masculino.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

Al realizar este trabajo de investigación podemos recomendar que debieran realizarse estudios de prevalencia de mal oclusión donde se pueda analizar la maloclusión de una forma más detallada y específica como por ejemplo con la aplicación en el estudio de la clasificación de Andersen.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Calzadilla a. delegado Menéndez I. diagnosticado de salud bucalL.
2. Rev, cub.Estomatología 1996(1) 5-11
3. Ministerio de Salud Pública. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 493-515.
4. Gómez Santos G, Doreste Alonso JL, Sierra López A, Serra Majem LI. Epidemiología de la caries dental en los escolares de 7 y 12 años de Canarias. Archivos de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria. 1999; (Supl1) 617-23.
5. MINSAP, Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: MINSAP; 2004.
6. Romo Pinales MR, Herrera M IJ, Alcauter Zavala A, Hernández Zavala MS, Rubio Cisneros J. Factores asociados a caries dental en escolares de Cd. Nezahualcoyotl. Bol Med Hosp Infant Méx. 2004, 307-30.
7. García Álvarez OL, Sexto Delgado N, Moya Padilla N, López Fernández R. Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria. Medisur. 2008;6(2)
8. Limonta Vidal E del R, Araújo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. Medisan [serie en Internet]. 2000 [citado 26 May 2006];4(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4\\_3\\_00/san03300.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san03300.htm)
9. GO, Caplen DJ. Methodological issues in longitudinal. epidemiologic dental caries. Community Dent Oral Epidemiol 1999;27(4):236-48
10. Erickson PR. Estimation of the caries-related risk associated with Pediatr Dent 1998;20(7):395-403.
11. Narey B, Aldereguía J. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990.
12. Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo en la atención primaria de Estomatología. Rev Cubana Estomatol 1997; 40-9.
13. Pedraola G et al. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Shat Editores, 1990.

14. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992.
15. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1998.
16. Alenen P. Risk in Risk definitions. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999, 394.
17. Pitts NB. Risk assessment and caries prediction. *J Dent Educ* 1998,762.
18. Chakraborty M. Epidemiological correlates of dental caries in an urban West Bengal Indian. *J Public Health* 1997, 56-60.
19. Bech JD. Epidemiology of periodontal diseases. *Curr Opin Periodontol* 1996;31:3-9. 1. Ministerio de Salud Pública. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 493-515.
20. Gómez Santos G, Doreste Alonso JL, Sierra López A, Serra Majem LI. Epidemiología de la caries dental en los escolares de 7 y 12 años de Canarias. *Archivos de Odontología Preventiva y Comunitaria*. 1999; Supl1):617-23.
21. MINSAP. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: MINSAP; 2004.
22. Romo Pinales MR, Herrera M IJ, Alcauter Zavala A, Hernández Zavala MS, Rubio Cisneros J. Factores asociados a caries dental en escolares de Cd. Nezahualcoyotl. *Bol Med Hosp Infant Méx*. 2004; 307-30.
23. García Álvarez OL, Sexto Delgado N, Moya Padilla N, López Fernández R. Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria. *Medisur*. 2008;6(2)
24. Limonta Vidal E del R, Araújo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. *Medisan* [serie en Internet]. 2000 [citado 26 May 2006] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4\\_3\\_00/san03300.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san03300.htm)
25. Bernabé Ortiz E, Sánchez-Borjas PC, Delgado-Angulo EK. Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses. *Rev Med Hered*. 2006.
26. Legrá Matos SM, Milanés Pérez O, Comas Mirabent R, López Bancourt AC, Carreras Martorell CL. Antecedentes y perspectivas de la Estomatología en Cuba. *MEDISAN* disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_e\\_06/san05\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_e_06/san05(esp)06.htm)

27. Almira Vázquez A. Educación para la salud. Bol Estomatol Acción 2002.
28. Aguilar Valdés J, Ojeda del Valle M. Actualización de un tema: El sistema de vigilancia en salud escolar. Rev Cubana Higiene y Epidemiol 2000;: disponible en <[http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol38\\_1\\_00/hie10100.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol38_1_00/hie10100.htm)>
29. Paz Guzmán M, Téllez A. La salud del niño en edad escolar. Disponible en <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/saludesc.html>>
30. Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial. Salud dental del niño. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/childdentalhealth.html>>
31. Choque Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. <<http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>>
32. La práctica de la vigilancia en salud pública. Un nuevo enfoque en la República de Cuba. <<http://www.sld.cu/vigilancia/documento.html>>
33. Quiñones Ybarría ME, Ferro Benítez PP, Martínez Canalejo H, Salamanca Villazón L, Felipe Torres S. Algunos factores coadyuvantes del bienestar del niño y su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol 2008; 45 (3-4) <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000300002&script=sci_arttext)>
34. Clínica médica dental. La oclusion y sus trastornos. <[http://www.clinicafernandezdegatta.com/cl%EDnica\\_m%E9dica\\_dental\\_009.htm](http://www.clinicafernandezdegatta.com/cl%EDnica_m%E9dica_dental_009.htm)>
35. Rodríguez Llanes R, Traviesas Herrera EM, Lavandera Carballido E, Duque Hernández M. Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. Rev Cubana Estomatol 2009; 46(2). <[http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46\\_2\\_09/est06209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_2_09/est06209.htm)>[
36. Tan Suárez NT, Alonso Montes de Oca CU. Educación comunitaria en salud bucal para niños. Rev Hum Méd 2003; 3(2). <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200005&script=sci_arttext)>
37. Cabrera López L, Hernández Cabrera GV, Valdés Mora M, Pérez Clemente F. Reflexiones sobre aplicación de técnicas grupales en actividades de la sociedad científica de medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(3). <[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_3\\_99/mgi07399.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi07399.htm)>
38. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 – [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws)



## **7. ANEXOS**

### **7.1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Cordialmente invito a la Escuela de Educación Básica Fiscal “Blanca Gilbert de Intriago” a participar en el estudio investigativo “prevalencia de caries en relación al estado nutricional e higiene oral”, cuyo objetivo es determinar el número de caries presentes y establecer relación con el estado nutricional de cada niño, y sus técnicas de cepillado; con el propósito de establecer normas de nutrición y hábitos de higiene oral que actúen como métodos de prevención de caries para una buena salud en general.

Se solicita la participación de los alumnos de esta institución, debido a su facilidad del conjunto de infantes en un solo establecimiento.

El procedimiento a realizar en los estudiantes será el siguiente:

- El estudio se realizará en las instalaciones de la institución Educación Básica Fiscal “Blanca Gilbert de Intriago” en presencia del profesor/a.
- Se efectuará preguntas sencillas a cada estudiante acerca de los alimentos que ingiere y hábitos de higiene oral.
- El examen de cavidad bucal consiste en una valoración rápida de los dientes de leches y cuántos de ellos presentan caries; cada estudiante tendrá su propio kit de espejo y explorador completamente esterilizado en fundas herméticas. Además se cumplirán con las normas de bioseguridad para evitar cualquier contaminación.

Los alumnos de esta escuela se beneficiaran debido a que se conocerá el estado nutricional de los infantes, así mismo sabrán si presentan caries y sus hábitos de higiene oral, para sugerir correctivos.

Este estudio es de tipo observacional descriptivo, no existe ningún riesgo para el alumno de participar en esta investigación. Esta investigación NO tiene ningún costo, no incurrirá en ningún gasto al alumno.

Los datos personales serán confidenciales, no se revelarán

Declaración del consentimiento informado.

- Título del estudio: Prevalencia de Malposición asociada a caries, escolares 6-11 años Escuela Blanca Gilbert Guayaquil- Ecuador
- Lugar y fecha: Guayaquil desde Julio del 2016 hasta que se completen la recolección de datos.
- Lugar del estudio: Escuela Blanca Gilbert de Intriago
- Nombre del investigador: **Villagrán Diaz Cindy Estefanía**, con C.C: # **091534877-5**.
- Tutores a cargo de la investigación: asesora del proyecto de tesis Dra. Adriano Amado; asesora en proceso metodológico Dra. María Angélica Terreros.

Guayaquil, \_\_\_\_\_ Julio del 2016.

He sido informado sobre los alcances de mi participación según consta en la información escrita que se me ha entregado.

Yo, \_\_\_\_\_ con C.I. \_\_\_\_\_

Acepto de forma libre y voluntaria mi participación con el objetivo de conocer la prevalencia de MALOCLUSIÓN, de mi hijo/a \_\_\_\_\_.

Firma del / padre/ tutor. \_\_\_\_\_

## 7.2. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**Historia clínica #.....**

DATOS DEL PACIENTE

Edad:.....Sexo:.....

**Odontograma:**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**INDICE CPO**

C	P	O	T
c	e	O	T

**MALPOSICIÓN DENTARIA**

Mesoversión	
Distoversión	
Vestibuloversión	
Linguoversión	
Infraversión	
Superversión	
Giroversión	
Transversión	
Perversión	

**MALOCLUSIÓN de ANGLE**

CLASE I	
CLASE II	
CLASE III	

**HÁBITOS**

Interposición lingual	
Succión digital	
Succión labial	
Onicofagia	
Deglución atípica	
Respiración bucal	

**GÉNERO**

M	
F	

**EDAD:**

6	7	8
9	10	11



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Villagrán Diaz Cindy Estefanía**, con C.C: # **091534877-5** autor/a del trabajo de titulación: Prevalencia de Malposición asociada a caries, escolares 6 - 11 años Escuela Blanca Gilbert Guayaquil – Ecuador, previo a la obtención del título de ODONTÓLOGA en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de Agosto del 2016

---

**Villagrán Diaz Cindy Estefanía**

**C.C: 091534877-5**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de Malposición asociada a caries, escolares 6 - 11 años Escuela Blanca Gilbert Guayaquil - Ecuador		
AUTOR(ES)	Villagrán Diaz Cindy Estefanía		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Amado Schneider Adriana Roció		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	CIENCIAS MÉDICAS		
CARRERA:	ODONTOLOGÍA		
TITULO OBTENIDO:	ODONTOLOGA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	13 de Septiembre del 2016	No. DE PÁGINAS:	62 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ortodoncia, Odontopediatria y Cardiología.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:			
<p><b>Problema:</b> la prevalencia de caries dental en Ecuador es alta, debemos considerar modificar los factores de riesgo para disminuirla. <b>Propósito:</b> determinar la prevalencia de Malposición dental asociada a caries en escolares de 6 a 11 años de la Escuela Blanca Gilbert de Intriago. <b>Materiales y métodos:</b> se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, se determinó: prevalencia de malposición y de caries, tipo de malposición y hábito bucal más frecuente. <b>Resultados:</b> se obtuvo como resultado que prevalencia de malposición dentaria fue del 61,92%, y la de caries fue del 62,3%. <b>Conclusiones:</b> el tipo de maloclusión de Angle más frecuente fue la clase I en un 51,5%, el hábito bucal más frecuente fue la succión digital en un 21%, el tipo de malposición dentaria más frecuente fue la giroversión con un 59%, al relacionar la prevalencia de malposición dentaria según edad y género el grupo de edad que presentó mayor malposición fue el de 6 años y el género que presentó la anomalía en mayor cantidad fue el femenino. <b>Recomendaciones:</b> es necesario realizar otros estudios donde se evalúe la clasificación de Andersen para analizar detalladamente las características de la maloclusión.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0991740851	E-mail: cindy_villag@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Landivar Ontaneda Gabriela Nicole		
	Teléfono: +593997198402		
	E-mail: gabriela_landivar@hotmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
No. DE REGISTRO (en base a datos):			
No. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			