



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**INCIDENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU TRATAMIENTO ORTOPÉDICO
PREVENTIVO EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD EN EL PERÍODO
LECTIVO CR3-2021**

Autoras

Br. Bermúdez Linarez Katherine Yuliana

Br. Kuzniar Pabón Stheicy Juliette

Urb. Yuma II, calle No 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**INCIDENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU TRATAMIENTO ORTOPÉDICO
PREVENTIVO EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD EN EL PERÍODO
LECTIVO CR3-2021**

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de ODONTÓLOGO

Autora: Bermúdez Linarez Katherine Yuliana. C.I 29.518.094

Autora: Kuzniar Pabón Stheicy Juliette. C.I 29.872.148

Tutor: Od. Rodolfo Oliveros

San Diego, Octubre 2022



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Trabajo de Grado, elaborado por los ciudadanos, **Bermúdez Linarez Katherine Yuliana y Kuzniar Pabón Stheicy Juliette** titulares de la cédula de identidad N° **V-29.518.094 y V-29.872.148**, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **INCIDENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU TRATAMIENTO ORTOPÉDICO PREVENTIVO EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD EN EL PERÍODO LECTIVO CR3-2021**, adscrito a la línea de investigación: Odontología Clínica y Correctiva, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto y de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 24 días del mes de febrero del año dos mil veintidós.


(Firma autógrafa del tutor)
Od. Rodolfo Oliveros
C.R. V- 7.006.952



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA
DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe **Od. Rodolfo Oliveros**, portador de la cédula de identidad N°V-7.006.952, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por las ciudadanas, **Bermúdez Linarez Katherine Yuliana** y **Kuzniar Pabón Stheicy Juliette** portadoras de la cédula de identidad N° V-29.518.094 y 29.872.148, titulado **INCIDENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU TRATAMIENTO ORTOPÉDICO PREVENTIVO EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD EN EL PERÍODO LECTIVO CR3-2021**, presentado como requisito parcial para optar al título de **Odontólogo**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 22 días del mes de septiembre del año dos mil veintidós.


(Firma autógrafa del tutor)
Od. Rodolfo Oliveros
C.I. V- 7.006.952



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la facultad de ciencias de la salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "INCIDENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU TRATAMIENTO ORTOPÉDICO PREVENTIVO EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD EN EL PERÍODO LECTIVO CR3-2021" realizado por las ciudadanas Bermúdez Linarez Katherine Yuliana y Kuzniar Pabón Stheicy Juliette titulares de la cedula de indentidad V-29.518.094 y V-29.872.148, Cursante de la carrera de Odontología, hace constar después de analizar su contenido y oír su exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

Jurado:
Nombre: Rodolfo Olivello
C.I: 7006952

Jurado:
Nombre: Dione Ramos
C.I: 12423636

Jurado
Nombre: Juarli Rodríguez
C.I: 8844992



Fecha 13/10/2022

AGRADECIMIENTOS

Ante todo, le debo agradecer a Dios por darme la dicha de cumplir una de mis metas más anheladas y que tanto le pedí.

A mis padres, Blanca Linarez y Romer Bermúdez, les agradezco por su inconmensurable apoyo durante todo este tiempo, quienes fueron un pilar fundamental para que yo siguiera firme en este camino y nunca me rindiera. A mi hermana, Kathymar Bermúdez por ser mi acompañante en todos mis desvelos en especial en los tiempos de pandemia, su presencia y su humor hacían mis tiempos de estudio más amenos.

A Leykers Romero una persona incondicional quien estuvo siempre dándome aliento para continuar, ayudándome a estudiar para dar lo mejor de mí, siendo mi profesor de ortografía y oratoria. Quien con su amor y paciencia calmo mis noches de llanto y estrés. Gracias por siempre estar.

A mis ángeles en el cielo quienes guiaron e iluminaron mi camino, mis abuelos maternos y mi tío Hector Linarez. Gracias por acompañarme y cuidarme.

Gracias a mis profesores por enseñarme todo lo que se, por creer en mí, apoyarme, incentivarme a seguir adelante y hacerme entender que puedo ser capaz de lograr cosas que ni yo misma imaginé, en especial a mi querida profe Ivette Alsina quien estuvo conmigo desde 5to semestre, así como también a Elizabeth Villasana, Janeth Rodríguez y por supuesto a nuestro tutor Rodolfo Oliveros por acompañarnos y ser nuestro guía.

A mis amigos Stephania Mirabal, Francheska Días, Carlos Colmenares con quienes viví los mejores momentos entre risas y llantos, dándonos entre todos aliento para seguir adelante cuando más lo necesitábamos, y a Stheicy Kuzniar por ser mi compañera desde 1er semestre apoyándome, permitiéndome ser su amiga y hoy estar compartiendo tesis con ella, gracias.

A todas esas personas que fueron mis pacientes y confiaron su salud bucal en mí, gracias, por ustedes llegue a cumplir unos de mis sueños. Es un placer para mí verlos sonreír con agradecimiento hacia mi persona.

Gracias a todas las personas que he mencionado es que estoy aquí en donde estoy, en especial por mis padres, sin ustedes no lo hubiese podido lograr, este título no es solo mío sino también de ustedes. Hoy les digo que soy odontólogo. Gracias.

Katherine Yuliana Bermúdez Linarez

Primeramente, gracias a Dios por darme vida y salud para llegar a este momento, gracias.

A mi padre que desde el cielo me cuida y guía mi camino para el éxito, gracias.

A mi madre y a mi hermana, por su apoyo y amor incondicional, quienes siempre han estado para mí en las buenas y en las malas para darme aliento en los momentos difíciles, gracias.

A mis futuras colegas y amigas Stephanie Mirabal, Francheska Días y mi compañera de tesis Katherine Bermúdez, por ser parte de este hermoso camino que estuvo lleno de risas y lágrimas, por permanecer juntas, apoyándonos desde el 1er semestre, gracias.

A mis profesores Ivette Alcina, Lilian Fung, Orlando Moreno, a mi tutora de pasantías Miroslava Miranda y a nuestro tutor Rudolfo Oliveros por enseñarme a dar lo mejor mí, que con esfuerzo y dedicación llegaremos muy lejos, a ellos quienes dan su alma y corazón por formar excelentes profesionales, gracias.

A todos los pacientes que confiaron en mi para recuperar su autoestima y salud bucal, gracias por ellos y para ellos llegamos a este momento. A mi Nacho y a mi luna (mis perritos) quienes estuvieron acompañándome en las noches de estudio, quienes jamás me dejaron sola, gracias.

Simplemente gracias a la vida y a todos mis seres amados por llegar a este momento, especialmente a mis padres y a mi hermana este logro no sería posible sin ustedes, hoy les puedo decir lo logramos, soy odontólogo.

Stheicy Juliette Kuzniar Pabón

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se lo dedicamos primeramente a Dios por darnos la dicha de llegar a cumplir este logro, por ser nuestro guía, darnos fuerza e iluminarnos para culminar este hermoso camino con éxito.

A nuestros queridos padres, por su amor, su trabajo y sacrificio, pero sobre todo por su apoyo, gracias a ustedes estamos aquí logrando lo que un día soñamos y convirtiéndonos en las personas que siempre soñaron. Es para nosotras un placer ser sus hijas y hacerlos sentir orgullosos. Los amamos.

A nuestros hermanos por estar siempre presentes, acompañándonos noche y día durante este largo camino.

A las personas que nos apoyaron y ayudaron a realizar este trabajo, que con cariño nos compartieron sus conocimientos abriéndonos sus puertas para lograrlo éxito.

Katherine Yuliana Bermúdez Linarez y Steicy Juliette Kuzniar Pabón

ÍNDICE GENERAL

	CONTENIDO	PP
Páginas Preliminares		
Lista de tablas	_____	xi
Lista de gráficos	_____	xii
Resumen Informativo	_____	xiii
Informative Summar	_____	xiv
Introducción	_____	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	_____	3
1.1 Planteamiento del problema	_____	3
1.2 Formulación del problema	_____	6
1.3 Objetivos de la investigación	_____	6
1.3.1 Objetivo general	_____	6
1.3.2 Objetivos específicos	_____	6
1.4 Justificación de la investigación	_____	7
1.5 Alcances y Limitaciones de la Investigación	_____	8
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	_____	10
2.1 Antecedentes de la investigación	_____	10
2.2 Bases Teóricas	_____	13
2.3 Bases Legales	_____	22
2.4 Definición de términos	_____	27
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	_____	29
3.1 Tipo de la investigación	_____	29
3.2 Nivel de profundidad de la investigación	_____	29
3.3 Diseño de investigación	_____	29
3.4 Población	_____	30
3.4.1 Tamaño de muestra	_____	30
3.4.2 Tipo de muestra	_____	30
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	_____	30
3.6 Técnica de análisis de resultados	_____	31
Operacionalización de Variables	_____	32
CAPÍTULO IV RESULTADO	_____	34
Características epidemiológicas de pacientes	_____	35
Factores Extrínsecos	_____	40
Factores Intrínsecos	_____	44
Estado Dental Previo	_____	50
Estado Dental Post- Tratamiento	_____	53
Post- Tratamiento	_____	58
Discusión de resultados	_____	62
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	_____	64
Conclusiones	_____	64

Recomendaciones	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Edad y sexo _____	35
Tabla N° 2. Grado de maloclusiones por clase y sexo _____	36
Tabla N° 3. Fisionomía por sexo _____	38
Tabla N°4. Hereditariidad _____	40
Tabla N° 5. Anomalías Anatómicas Dentales _____	42
Tabla N° 6. Anomalías Anatómicas Dentales _____	42
Tabla N°7. Succión Digital _____	44
Tabla N° 8. Respiración Bucal _____	45
Tabla N° 9. Deglución Atípica _____	46
Tabla N° 10. Mordida Abierta Anterior, por sexo en edades comprendidas entre 7-12 años _____	47
Tabla N° 11. Onicofagia _____	48
Tabla N° 12. Modificaciones Verticales _____	50
Tabla N° 13. Modificaciones Transversales _____	51
Tabla 14. Modificaciones Sagitales _____	52
Tabla N° 15. Evolución de la Oclusión _____	53
Tabla N° 16. Evolución de las Modificaciones Verticales _____	54
Tabla N° 17. Evolución de las Modificaciones Transversales _____	55
Tabla N° 18. Evolución de las Modificaciones Sagitales _____	56
Tabla N°19. ¿Por qué no se presentaron modificaciones? _____	57
Tabla N° 20. Erradicación del Hábito _____	58
Tabla N° 21. Aparatología Utilizada. _____	59
Tabla N° 22. Resultado Parcial _____	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Edad y sexo _____	36
Gráfico N° 2. Grado de maloclusiones por clase y sexo _____	37
Gráfico N° 3. Fisionomía por sexo _____	39
Gráfico N°4. Hereditariadad _____	41
Gráfico N° 5. Anomalías Anatómicas Dentales _____	42
Gráfico N° 6. Anomalías Anatómicas Dentales _____	43
Gráfico N°7. Succión Digital _____	45
Gráfico N° 8. Respiración Bucal _____	46
Gráfico N° 9. Deglución Atípica _____	47
Gráfico N° 10. Mordida Abierta Anterior, por sexo en edades comprendidas entre 7-12 años _____	48
Gráfico N° 11. Onicofagia _____	49
Gráfico N° 12. Modificaciones Verticales _____	50
Gráfico N° 13. Modificaciones Transversales _____	51
Gráfico14. Modificaciones Sagitales _____	52
Gráfico N° 15. Evolución de la Oclusión _____	53
Gráfico N° 16. Evolución de las Modificaciones Verticales _____	54
Gráfico N° 17. Evolución de las Modificaciones Transversales _____	55
Gráfico N° 18. Evolución de las Modificaciones Sagitales _____	56
Gráfico N°19. ¿Por qué no se presentaron modificaciones? _____	57
Gráfico N° 20. Erradicación del Hábito _____	58
Gráfico N° 21. Aparatología Utilizada. _____	60
Gráfico N° 22. Resultado Parcial _____	61



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**INCIDENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU TRATAMIENTO ORTOPÉDICO
PREVENTIVO EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD EN EL PERÍODO
LECTIVO CR3-2021**

Autoras: Br. Bermúdez Linarez Katherine Yuliana
Br. Kuzniar Pabón Stheicy Juliette

Tutor: Od. Olivero Rodulfo

Línea de investigación: Odontología Clínica y Correctiva

Fecha: Octubre, 2022

RESUMEN INFORMATIVO

El estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia de las maloclusiones y el alcance de un tratamiento ortopédico preventivo en niños de 7 a 12 años atendidos en la Universidad José Antonio Páez en el período lectivo CR3-2021. La presente investigación fue de tipo descriptiva, con un nivel de profundidad de análisis descriptivo, en base a un diseño de campo. La población estuvo representada por 80 historias clínicas de pacientes que asistieron a la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia en la Universidad José Antonio Páez durante el periodo CR3-2021, de las cuales se seleccionaron sólo 30 como muestra. Para la recolección de datos se recurrió a la técnica de observación a través del instrumento guía de registro y, de esta manera, obtener la información de las historias clínicas, para el análisis de datos se aplicó la técnica de estadística descriptiva correlacionar. En cuanto a los resultados obtenidos, se evidenció que el sexo femenino predominó ante el masculino en los elementos evaluados, el 31% de las féminas presentan una clase II de Angle, del 17% presentan un crecimiento braquifacial y sólo el 52% logró cumplir a cabalidad el tratamiento implementado.

Descriptores: maloclusiones, ortopedia, hábito, succión digital, intrínsecos, extrínsecos, hereditariadad.



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF DENTISTRY



INCIDENCE OF MALOCCLUSIONS AND THEIR PREVENTIVE ORTHOPEDIC TREATMENT IN CHILDREN FROM 7 TO 12 YEAR OLDS IN THE LECTIVE PERIOD CR3-2021

Author: Br. Bermúdez Linarez Katherine Yuliana
Br. Kuzniar Pabón Stheicy Juliette

Tutor: Od. Rodulfo Oliveros

Research line: Clinical and Corrective Dentistry

Date: october, 2022

INFORMATIVE SUMMARY

The objective of the study was to determine the incidence of malocclusions and the extent of preventive orthopedic treatment in children from 7 to 12 years of age attended at the Universidad José Antonio Páez during the CR3-2021 school year. The present research was descriptive, with a descriptive level of depth of analysis, based on a field design. The population was represented by 80 clinical histories of patients who attended the Orthopedics and Orthodontics Clinic at the José Antonio Páez University during the period CR3-2021, of which only 30 were selected as a sample. For data collection, the observation technique was used through the registration guide instrument and, in this way, to obtain the information from the clinical histories; for data analysis, the descriptive statistics correlation technique was applied. As for the results obtained, it was shown that the female sex predominated over the male sex in the elements evaluated, 31% of the females presented Angle class II, 17% presented brachyfacial growth and only 52% were able to fully comply with the treatment implemented.

Descriptors: malocclusion, orthopedics, habit, digital sucking, intrinsic, extrinsic, hereditary.

INTRODUCCIÓN

La oclusión hace referencia a la relación que existe entre los dientes y los elementos integrantes del sistema estomatognático, la cual se encuentra determinada por variaciones que resultan de la interacción de factores genéticos, generales y locales. Por lo tanto, en la mayoría de los casos no hay un solo factor causal, sino que hay muchos interactuando y sobreponiéndose unos sobre otros ¹.

Las maloclusiones o problemas de oclusión dental, son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial¹.

Las maloclusiones son una de las alteraciones de la cavidad bucal con mayor prevalencia, considerándose un problema de salud pública por los efectos que pueden ocasionar en los componentes del sistema estomatognático. Por esta razón, la OMS califica a las maloclusiones como la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales, después de caries y enfermedad periodontal¹. Considerando entonces, que el esfuerzo principal debe estar encaminado a reducir las maloclusiones mediante un incremento de las acciones preventivas unidas al diagnóstico temprano.

Por esta razón, este estudio tiene como objetivo determinar la incidencia de maloclusiones y la influencia de los tratamientos ortodónticos preventivos en la oclusión infantil en los pacientes que fueron atendidos por los estudiantes de la Escuela de Odontología en las Clínicas de Ortopedia y Ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez en el período lectivo CR3-2021, dando a conocer los tipos de alteraciones oclusales en los niños, identificando cuáles son las causas de las maloclusiones y determinando la efectividad de los tratamientos que se implementaron.

Para el desarrollo de la investigación se llevó a cabo la siguiente estructura:

Capítulo I, se desarrolla el planteamiento y formulación del problema, los objetivos, justificación, alcance y limitaciones de la investigación.

Capítulo II, se aborda el marco teórico, donde se desarrollan los antecedentes y las bases tanto teóricas como legales que respaldan al estudio.

Capítulo III, marco metodológico, donde se indica el tipo, nivel y diseño de investigación, los métodos de búsqueda de información, las etapas de desarrollo y el procedimiento metodológico.

Capítulo IV se presentan los resultados, para lo cual se procede al análisis de la información obtenida, para el alcance de los objetivos planteados,

Por último, capítulo V, se presenta las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Las maloclusiones constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica ésta entidad ocupa el segundo lugar en prevalencia. En este orden de ideas, las maloclusiones son alteraciones bucodentales de etiología múltiple, según la Organización Mundial de la Salud citada por ¹ estas constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales, después de caries y enfermedad periodontal, por lo tanto, el conocimiento de la situación es esencial para la implementación de acciones preventivas, y de tratamiento.

Por consiguiente, las alteraciones de la oclusión suelen comenzar en edades tempranas, ocasionando deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que puede afectar la estética dentofacial, las funciones masticatorias, respiratorias, el habla o el equilibrio físico o psicológico, debido a que su aspecto los hace manifestarse tímidos, retraídos, apartados y hasta agresivos. Dichas condiciones dan una idea de la magnitud del problema y es por eso que el esfuerzo principal debe estar encaminado a reducir las maloclusiones mediante un incremento de las acciones preventivas unidas al diagnóstico temprano, así como ofrecer el tratamiento ortopédico necesario.¹

El término maloclusión es aceptado y fácilmente comprensible de manera universal ya que por ello se entiende que es todo lo opuesto a la normoclusión, cualquier desviación de los parámetros ideales va a ser clasificado como una maloclusión y de allí surge el deber de aceptar como única normalidad lo que es ideal. Además, uno de los principios básicos de la ortodoncia es el poder cumplir con la perfecta función y equilibrio del sistema estomatognático y por consecuencia la correcta posición de las piezas dentro del arco dentario conlleva a una armonía en la estética facial del paciente.¹

En la aparición de las anomalías de la oclusión, pueden actuar desde edades tempranas factores predisponentes, tales como: herencia, ausencia de diastemas interincisivos, ausencia de espacios del primario, micrognatismo transversal del maxilar y el escalón distal. Sobre este grupo de factores no se puede actuar. Pero están, además, los factores desencadenantes: hábitos bucales deformantes, caries dental, traumatismos, pérdidas prematuras, e insuficiente tiempo de lactancia materna exclusiva; sobre los que sí puede intervenir, con modos y estilos de vida favorables para la salud. En este sentido, corresponde desde la atención primaria crear acciones de promoción y prevención para lograr una comunidad saludable.²

Estos autores también refieren, que aproximadamente un 75% de los niños norteamericanos presentan cierto grado de desarmonía oclusal debido a la falta de tratamientos preventivos y el diagnóstico de temprano.

En Venezuela constituyen el segundo problema de salud bucal más prevalente en la población pediátrica, según un estudio realizado en una población de 45 niños examinados se obtuvo como resultado que 36 niños presentaban maloclusiones, es decir el 80% de la población de dicho estudio poseía una anormalidad, en diferentes estudios esto coincide, aún cuando las edades de los niños difieran, Larocca en 1966 reporta un promedio de 90,5 % de maloclusiones en un estudio sobre 2000 jóvenes en edades comprendidas entre 12 y 16 años de edad. Luchese en 1975, reporta un promedio de 81,9 % de maloclusiones en niños entre 9 y 15 años en el estado Zulia. Saturno en 1978, reporta un promedio de 77,2 % de maloclusiones en un estudio realizado sobre 3630 escolares del área metropolitana de Caracas. Betancourt en 1986, reporto un promedio de 73,3 % de maloclusiones en estudio realizado con 627 niños de edades comprendidas entre 7 y 14 años en las poblaciones de San Sebastián de los Reyes y San Casimiro, Estado Aragua. ³

Por consiguiente, se realiza esta investigación cuyo propósito es determinar la incidencia de maloclusiones en niños de 7 a 12 años que asisten a la Universidad José Antonio Páez en el período de clases 2021, de esta manera poder conocer cuál es el tipo de maloclusiones más frecuentes presentada en la población infantil que acude a la Universidad José Antonio Páez y por medio de la misma aplicar tratamiento donde se puedan prevenir y tratar dichas maloclusiones.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la incidencia de maloclusiones en niños de 7 a 12 años y su tratamiento ortopédico preventivo en la universidad José Antonio Páez en el periodo lectivo 2021?

1.3. Objetivos de investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la incidencia de las maloclusiones y el alcance de un tratamiento ortopédico preventivo en niños de 7 a 12 años atendidos en la Universidad José Antonio Páez en el período lectivo 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir la frecuencia de la maloclusión en los pacientes incluidos en el estudio a partir de los grupos de edad y el sexo.
- Identificar el grado de maloclusión más frecuente, la fisionomía del paciente y los factores que favorecen el desarrollo de las mismas.
- Caracterizar la situación inicial en cuanto al estado dental y el plano de oclusión antes de iniciar el tratamiento.
- Comparar el estado dental en cuanto a movimiento de las piezas dentales, fisionomía del paciente y el plano de oclusión a los 3 y 6 meses posteriores al inicio del tratamiento

1.4. Justificación

La información obtenida en esta investigación será un aporte muy importante para el profesional Ortodoncista porque le servirá de ayuda para ampliar su conocimiento relacionado en la incidencia de maloclusiones que prevalecen en niños. Por cuanto este proyecto busca determinar la incidencia de maloclusiones que prevalecen en niños comprendidos en edad de 7 a 12 años, puesto a que esta etapa es la ideal para diagnosticar y tratar, tomando en cuenta que se encuentran en constante crecimiento y esto facilita la corrección de los dientes.

En cuanto a su incidencia educativa este estudio pretende demostrar la importancia de atender las maloclusiones a temprana edad, en especial a los padres quienes son los responsables de la salud bucal de los niños y desconocen que a pesar de no ser una patología que ponga en riesgo la vida del paciente, es un problema de salud pública, que aumentara su necesidad de tratamiento conforme avance el tiempo.

Además, sabiendo que en edades tempranas se intenta crear hábitos con los bebés, ya que para los padres resulta ser beneficioso, siendo todo lo contrario para el correcto desarrollo de los niños, considerando que son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y se vuelven repetitivos llegando a convertirse en inconscientes. Esto perjudica la oclusión del paciente dependiendo de su edad, biotipo y la duración y frecuencia con la que se realiza el hábito, dando como resultado las maloclusiones o anomalías dentomaxilofaciales.

En la Universidad José Antonio Páez asiste parte la población perteneciente del Estado Carabobo para ser atendido, entre ellos niños que comprenden las edades de interés en el estudio que se realiza, a quienes se les presta la atención tanto en el área odontopediatría como ortopedia, de la cual se busca obtener datos y así poder tener un resultado estimado de la incidencia.

Conocer detalles de esta problemática que se desarrolla puede apoyar futuros estudios de investigación en cuanto a maloclusiones en niños de 7 a 12 años y su tratamiento ortopédico preventivo, tomando en cuenta que las anomalías dentomaxilofaciales son estados que constituyen un riesgo para el mantenimiento de la salud bucal e interfieren en el bienestar del niño, afectando no solo la estética, sino también la función mandibular y el lenguaje.

Se espera que dicho estudio de investigación sea de base para otros futuros relacionados con la incidencia de maloclusiones en niños de 7 a 12 años y su tratamiento preventivo.

1.5. Alcances y Limitaciones de la Investigación

La presente investigación pretende analizar la incidencia de maloclusiones y demostrar la importancia del tratamiento preventivo en los pacientes infantiles del área de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez, ubicada el Municipio de San Diego del estado Carabobo. Por consiguiente, este estudio se enfoca en una investigación de campo desarrollada en el área odontológica clínica, para ello se pretenden adquirir datos de las historias clínicas del periodo electivo CR3-2021

desarrollado en la Escuela de Odontología perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud.

La limitación de estudio se presenta en el acceso a las historias clínicas del área de odontopediatría y el tiempo en el que se pueda aplicar el tratamiento preventivo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes de la investigación

Se cita el estudio realizado por Delgado y Caballero (2021) quienes realizaron un trabajo titulado **“Necesidad De Tratamiento Ortodóntico y Prevalencia De Maloclusiones En Niños De Una Institución Educativa De Huancayo”** Presentado en la Universidad Peruana Los Andes, en Lima- Perú. Descripción del trabajo: Uso de criterios numéricos o índices para la puntuación objetiva de las maloclusiones a fin de determinar sus grados de dificultad y evaluar los resultados del tratamiento, empleando así el Índice de Necesidad de Tratamiento en Ortodoncia con el fin de determinar la necesidad de tratamiento y la prevalencia de maloclusiones en los niños, obteniendo como resultado que los estudiantes tenían una necesidad moderada y leve, siendo la maloclusión Clase I más prevalente según la clasificación de Angle a un 66%, concluyendo que existe relación entre la necesidad de tratamiento y las maloclusiones.⁴

Se cita el antecedente de Delgado y Caballero porque trata sobre Tratamiento Ortodóntico y maloclusiones aspectos tratado en la investigación que se presenta.

Por consiguiente, Rosales, Roa, Sheilla, Rodríguez, Pérez, y Mendez (2020) realizaron un estudio titulado **“Relación De La Lactancia Materna Y Maloclusiones”**. Análisis de 58 artículos de diversos estudios sobre la lactancia y sus beneficios, con la finalidad

de determinar la relación entre la lactancia materna y las maloclusiones, en donde se obtuvo como resultado que, el tiempo de lactancia influye en la formación de las maloclusiones, asimismo cuando está se encuentra combinada puede propiciar la aparición de hábitos bucales deformantes como lo es, la succión digital, además de que una duración menor o igual a 6 meses de lactancia, se asoció directamente con mordida cruzada posterior y sin espacio maxilar.⁵

Se consideró de importancia la investigación de Rosales, Roa, Sheilla, Rodríguez, Pérez, y Mendez porque trata sobre las Maloclusiones temática desarrollada en la investigación.

Se refiere a Pérez (2019). Quien elaboro un estudio titulado “**Maloclusiones Y Hábitos Orales En Niños De Cinco A Doce Años De Edad De La Institución Educativa Particular Manuel Antonio Rivas, 2019**”, en el cual presento un estudio transversal de 139 pacientes escolares, para su evaluación y recolección de datos mediante la aplicación de una ficha clínica elaborado por Galeano, Mocha y Osorio, en donde las variables a valorar eran los hábitos y tipo de maloclusiones, para así establecer una relación entre ambas. En sus resultados se muestra que la maloclusión dentaria que predominó fue la clase I con un (64,03%); seguida por la clase II división 1 (25,18%), la clase II división 2 (5,76%) y la clase III (5,04%). De los hábitos orales estudiados, en mayor porcentaje se encontró el hábito de succión digital 15.83%, hábito de postura 12,2%, queilofagia 9,35%, onicofagia 8.63%, no se encontró relación 51,8%.⁶

La investigación de Pérez sirve de referencia para la investigación porque evidencia en su teoría aspectos sobre las Maloclusiones.

Así, también Zambrano, Añez, Rivera, Oliveira y Villalobos (2020) en su artículo titulado **“Prevalencia De Maloclusiones En La Dentición Primaria”**, que expone un estudio epidemiológico en 487 preescolares a través de un examen clínico intraoral, con el uso del inter e intra examinador adquiriendo los resultados con el coeficiente Kappa. Entre ellos el 76,6% de los niños presentó al menos una alteración en la relación inter-arcada: resalte aumentado 44%, mordida profunda 31%, relación canina clase II 24%, la mordida cruzada posterior y la mordida abierta anterior con un 12%. Concluyendo entonces que, la prevalencia de alteraciones de la oclusión en edades temprana, ayuda a predecir el riesgo de maloclusiones en la dentición permanente.⁷

Se considera importante para el estudio citar a Yépez y Quiros, (2019). Quienes efectuaron un trabajo titulado **“Prevalencia De Maloclusiones Transversales Originadas Por Desequilibrios Masticatorios En Pacientes Atendidos Durante Jornada Odontológica. Las Adjuntas-Macarao. Octubre De 2019”**, siendo este un estudio transversal en 30 preescolares y preadolescentes, basado en el análisis de datos obtenidos a través de encuestas y fotografías. Predominando como resultado la presencia de hábitos que son predisponentes a la aparición de las maloclusiones, al igual que las malposiciones posturales. Por lo cual se concluyó que los problemas de maloclusión presentes están siendo producidos o asociados a hábitos y que pueden estar acompañadas de patologías bucales como las caries o enfermedades periodontales.⁸

Estos trabajos guardan gran relación con respecto al presente proyecto debido a que las maloclusiones se presentan a temprana edad y prevalecen a lo largo del tiempo, por ello es importante diagnosticar los factores que existen más allá de la succión digital y que puedan desencadenar la patología, además identificando la incidencia y prevalencia podremos determinar tratamientos preventivos y correctivos evitando así que las mismas evolucionen y se agudicen.

2.2. Bases teóricas

Maloclusión

Inicialmente Wylie⁹ define la maloclusión como una relación alternativa de partes desproporcionadas. Sus alteraciones pueden afectar a cuatro sistemas simultáneamente: dientes, huesos, músculos y nervios. Determinados casos muestran irregularidades solamente en la posición de los dientes.

También se pueden definir como un desorden dentario de su oclusión ideal, la cual varía según los factores genéticos y ambientales de cada individuo. Por otra parte, las maloclusiones esqueléticas se manifiestan como una alteración de forma, tamaño y posición de ambos o alguno de los maxilares.⁶

Etiología de las maloclusiones

Hoy en día el sistema de clasificación de Graber es considerado el más aceptable para determinar la etiología de las maloclusiones, puesto a que el autor divide los factores etiológicos en intrínsecos y extrínsecos.⁹

- Factores extrínsecos

Son factores que actúan a distancia, durante la formación del ser humano y que, por tanto, es difícil controlar por un ortodoncista, excepto los hábitos dentales.¹⁰

a. Hereditariadad

La morfología es afectada por el determinante genético, aunque esto puede variar en la situación prenatal. El patrón de crecimiento y perfeccionamiento posee un dispositivo hereditario.¹⁹ Encontramos tres factores: 1) predominio étnico transmitido, en poblaciones puras mayormente no se hallan maloclusiones, y en poblaciones con diferentes razas, el tamaño de los maxilares y trastornos oclusales son bastantes mayores. Los antropólogos muestran que los maxilares están reduciéndose de dimensión; 2) tipo facial hereditario, braquifacial o caras anchas y redondas, dolicofacial o caras largas, mesofacial o cara proporcionada, estos tienen similitud con los arcos dentales; 3) influencia hereditaria en el patrón de crecimiento y desarrollo, la herencia es el resultado de la influencia del modelo morfogenético. Así, el infante que tiene una erupción retrasada, también mostrará retraso en su crecimiento.¹⁰

b. Deformidades congénitas

Son factores transmitidos. Las contrariedades o imperfecciones congénitas poseen una correspondencia genética. Se encuentran las siguientes: 1) labios leporinos o hendiduras palatinas, son deformaciones de origen congénito restantes por la falta de coalescencia de los fragmentos que constituyen los labios y el paladar. 2) parálisis cerebral, la lesión intracraneana está dada por el desorden muscular produciendo disturbios en los músculos de la masticación, deglución, respiración y habla; 3) tortícolis, el esternocleidomastoideo se encuentra atrofiado produciendo asimetría faciales y desórdenes en la mandíbula; 4) disostosis cleidocraneana, es un defecto congénito y hereditario, provoca retrusión maxilar y protrusión de la mandíbula con erupción tardía de los dientes permanentes y gran frecuencia de supernumerarios, entre otros.¹⁰

c. Medioambiente

Como factores medioambientales, tenemos: 1) influencia prenatal, la posición intrauterina del feto, los fibromas uterinos, el metabolismo materno y la dieta materna influyen en la mineralización del sistema dentario antes del nacimiento. 2) la influencia posnatal: la ingesta de anticuerpos, así como la tetraciclina, administrada en lactantes de dos meses a dos años provoca pigmentaciones e hipoplasia en dientes permanentes, fractura del cóndilo, tejido cicatrizal por quemaduras, y accidentes que ocasionan presiones indebidas sobre la dentición en desarrollo.¹⁰

d. Ambiente metabólico y enfermedades predisponentes

La poliomielitis, atrofia muscular, endocrinopatías de la hipófisis, tiroides y paratiroides son molestias que causan maloclusión. Las disfunciones causan hipoplasia del sistema dentario, y producen así retraso o aceleración del crecimiento, cierre de las suturas, erupción y resorción de los dientes deciduos.¹⁰

e. Problemas dietéticos

En el desarrollo dentario, están los disturbios alimenticios por falta proteica, insuficiencia de ácidos grasos fundamentales y diversas carencias de vitaminas y minerales. La carencia de vitamina A afecta el metabolismo de las células del epitelio interno e interfiere en el sistema enzimático de las mismas. La carencia de la vitamina A y D producen alteraciones en el esmalte y la dentina.¹⁰

f. Hábitos y presiones anormales

La influencia de los hábitos y presiones musculares anormales sobre los dientes y tejidos circunvecinos.⁹

g. Accidentes y traumatismos

El tipo de malformación resultante depende de la intensidad de la agresión y de la fase de formación del diente.⁹

- **Factores intrínsecos**

Son factores que están directamente relacionados con la cavidad bucal y que pueden ser tratados por el odontólogo. Estos deben ser detectados lo antes posibles y eliminados, para que la corrección sea mantenida y no ocurren recidivas. Entre ellos encontramos.⁹

a. Anomalías de número

Son de origen hereditario. En algunos casos pueden estar relacionados con anomalías congénitas como: labio leporino, displasia ectodérmica y disostosis cleidocraneana. Esta se encuentra conformada por los dientes supernumerarios y la ausencia dentaria. Por un lado, la formación de dientes supernumerarios y odontomas alteran considerablemente la maloclusión creando desórdenes funcionales: giroversiones dentarias, intrusiones, extrusiones, desviación de la línea media, entre otros.¹⁰

b. Anomalías de tamaño

Conformadas por los macrodientes y microdientes que es determinado por la herencia.¹⁰

c. Anomalías de forma

Se encuentran profundamente relacionadas con las de tamaño. Ej. forma conoide en los incisivos laterales superiores y terceros molares, Además de esta

forma, se puede mencionar, a cúspides extras, geminación, fusión, molares en forma de frambuesa y dientes de Hutchinson.¹⁰

d. Frenillos labiales y bridas mucosas, los frenillos labiales con inserción baja causan separaciones en las piezas 11 y 12.¹⁰

e. Pérdida prematura de dientes deciduo

Esto ocasiona la alteración del perímetro del arco, falta de espacio para la erupción de los dientes permanentes. La pérdida de los incisivos anteriores altera los hábitos de deglución con interposición lingual, y retrasa la erupción de los dientes permanentes.¹⁰

f. Retención prolongada de dientes deciduo

La misma que es causada por falta de concordancia en el proceso de rizólisis y rizogénesis, rigidez del periodonto, anquilosis del diente deciduo, ausencia del diente permanente.¹⁰

g. Erupción tardía de los dientes permanentes

Producida por la existencia de dientes supernumerarios, remanentes radiculares, deciduos, odontomas, como consecuencia de ellos se pueden formar raíces dilaceradas. Esto ocurre con mayor frecuencia en los dientes anterosuperarios.¹⁰

h. Vía de erupción anormal

Los dientes poseen su vía de erupción anormal por la reducción del espacio en el arco. Los caninos en el maxilar superior y los segundos premolares en el maxilar inferior son los que tienen mayor dificultad para erupcionar; anquilosis, la lesión, por discontinuidad del ligamento periodontal, determina la creación de una línea ósea, uniendo así el segmento a la lámina dura alveolar.

i. Restauraciones dentarias inadecuadas

Como consecuencia puede ocasionar aumento o reducción del arco. Las operatorias que no construyen los diámetros ideales del diente producen la maloclusión del segmento posterior. Si existe un exceso de reconstrucción causa apiñamiento en la región anterior.¹⁰

Clasificación de las maloclusiones

La primera clasificación de las maloclusiones fue expuesta por Carabeli en 1842⁹. Luego surgieron diversas calificaciones hasta en el año 1899, que fue cuando se estableció la propuesta de Edward Hartley Angle⁹, la cual es utilizada actualmente y dividida de la siguiente manera:

Clase I

Angle describió a la oclusión correcta en la primera molar superior e inferior donde la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.⁹

Clase II

El primer molar permanente inferior está distalizado con respecto al molar superior (distoclusión). El surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Generalmente el perfil facial de estos pacientes es convexo.⁹

Esta clase se divide en clase II división 1 y clase II división 2. La primera se da por la vestibularización de los incisivos superiores. Además, existe un desorden de la musculatura facial dado por el aumento del overjet, pues la convexidad facial es un rasgo clínico en estos pacientes.⁹

Por su parte, en la clase II división 2, los dientes anterosuperiores se encuentran palatinizados o verticalizados sin resalte de los incisivos superiores. El perfil facial recto y la leve convexidad son los patrones más predominantes de esta maloclusión. La mordida profunda anterior se da frecuentemente en los casos que hay contacto interincisal. Cuando la maloclusión está en lado derecho e izquierdo se utiliza la subdivisión.⁹

Clase III

Se da cuando el contacto del primer molar permanente inferior con el surco mesiovestibular está mesiolizado con respecto a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente. Por ende, el perfil facial cóncavo es un rasgo clínico de estos pacientes.⁹ Las mordidas cruzadas en lado derecho o izquierdo anterior o posterior son muy frecuentes.⁹ Escasamente podemos encontrar mordidas abiertas o profundas, problemas de falta espacio o apiñamiento y mal posiciones dentarias individuales. Si existiese alteración en uno de los lados se emplearía el término subdivisión.

Hábito

Un hábito es una acción repetida que se realiza de forma automática, son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja, los cuales con la práctica se vuelven inconscientes y con frecuencia se incorporan en la personalidad. En cuanto a la cavidad oral, podemos encontrar la presencia de malos hábitos orales, aspecto de gran importancia en el desarrollo de las maloclusiones.⁶

Estas alteraciones que pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de otros sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y de aprendizaje. La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores como la edad en que este se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño. Esto se

debe a que a edades tempranas el hueso está formándose y, por lo tanto, es más moldeable.⁶

Hábito de la succión digital

Chuparse el pulgar ocasiona mayormente una mordida abierta anterior con distalización mandíbular (quijada). Esto se da por la fuerza que produce la mano y el brazo. La succión origina acortamiento de los arcos superior e inferior a la altura de los molares, caninos deciduos o premolares y con menos proporción en el lado de molares superiores. También puede producir deformaciones, alterando la estabilidad del hueso. Esto porque afecta el contacto funcional de los planos inclinados de los dientes.⁶

Hábito de Respiración Bucal

La respiración bucal normalmente está vinculada a pacientes con interposición de lengua y de labio. Las causas de respiración bucal pueden ser: obstrucciones de las vías aéreas superiores, desvíos del septo, inflamación de la membrana basal, cornetes inflamados, adenoides, etc.⁶

Deglución Atípica

Normalmente es causada por desequilibrio de control nervioso que se caracteriza por ser las alteraciones neurológicas al no controlar la musculatura en la coordinación motora, no mantiene el equilibrio muscular en el momento de realizar la deglución; amígdalas inflamadas, al inflamarse las amígdalas frecuentemente permite que el niño

en cada deglución direcciona la lengua hacia adelante dentro de la cavidad bucal para que la lengua no toque las amígdalas y así evitar el dolor.⁶

Onicofagia

Es el hábito de comer o roer las uñas, sustituyendo el acto de succionar el dedo o chupón. Está vinculado a grandes disturbios emocionales y no causa maloclusión, ya que solamente ejerce presión en el eje longitudinal de los dientes. Algunos autores piensan que interfiere en el desarrollo normal de la cara dependiendo de la frecuencia e intensidad, el predominio del componente vertical del crecimiento de la cara, con la deglución atípica, surgiendo la mordida abierta anterior.⁶

2.3. Bases legales

Según lo establecido por la OMS el grado máximo de salud bucal que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, con respecto a la constitución de la República Bolivariana de Venezuela menciona en su artículo número 3¹¹ a los derechos humanos y a la ética como valores primordiales del estado, así mismo en el artículo 83¹¹ establece que “la salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios” indicando así que la salud es un derecho socio fundamental y se garantiza como parte de derecho a la vida.

En este mismo orden el artículo 63 ¹¹ nos menciona que toda persona posee el derecho a la protección de su vida privada, íntima y confidencial, con esta misma idea el artículo 46 ¹¹ explica que ninguna persona será sometida sin su libre consentimiento experimentos científicos exámenes médicos o de laboratorio exceptuando de que se encuentre en peligro o por otras circunstancias

En el artículo 109 ¹¹ se reconoce como principio y jerarquía la autonomía de la universidad permitiendo a profesores, alumnos y ex alumnos dedicarse a la búsqueda del conocimiento por medio de la investigación científica, humanística y tecnológica; así como la planificación, organizar, desarrollar y actualizar programas de investigación, docencia y extensión.

La bioética, como toda disciplina de la actividad humana, se basa en el bien y trabaja constantemente por él, por lo que para comprenderla es necesario analizar esta fuente de la que se deriva a través de sus cuatro raíces principales denominadas: principios de beneficencia, de no maleficencia, de autonomía y de justicia. Los principios bioéticos de la profesión odontológica en Venezuela, tal como los define la Ley del Ejercicio Profesional de la Odontología están contemplados en el Código de Deontología Odontológica y se declara de aceptación obligatoria para todos los Profesionales de la Odontología Autorizados.

El código deontología de odontología menciona:

Artículo 1º:¹³ El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo.

Artículo 2º:¹³ El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida..

Artículo 18º:¹³ El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga:

- a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente.
- b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales.
- c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional.

Artículo 19º¹³: Si el Odontólogo tuviera dudas en el diagnóstico o tratamiento de algún caso, estará en la obligación de hacer todas las consultas a que hubiere lugar con sus colegas (especialistas o no) y con otros profesionales de las ciencias de la salud.

Artículo 20º:¹³ La conducta del Odontólogo debe ajustarse siempre por encima de cualquier otra consideración a normas de probidad, dignidad, honradez y serenidad.

Artículo 52º: ¹³ No se incurre en violación del secreto profesional cuando se revela en los casos siguientes: a. Cuando la revelación se hace por mandato de Ley. b. Cuando el paciente autoriza al Odontólogo para que lo revele. c. Cuando en calidad de experto y actuando como Profesional de la Odontología de una entidad, el Profesional rinda informes sobre las personas que le sean enviadas para examen. d. Cuando en su calidad de Profesional de la Odontología hace la declaración de enfermedades infecto-contagiosas ante las autoridades sanitarias.

Artículo 90º: ¹³ Todo Odontólogo está en el deber de comunicar y discutir los resultados de sus experiencias científicas, dentro del ámbito de las instituciones de profesionales del campo de la salud, y de solicitar, siempre que cumplan con los principios del método científico, su divulgación en las publicaciones periódicas correspondientes. Toda discrepancia debe ser discutida por dichos ambientes, a objeto de evitar que su difusión pública pueda provocar errores de interpretación, confusión de ideas, desconfianza sobre determinados regímenes, alarma no justificada sobre difusión de enfermedades o sobre el empleo de nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos.

Artículo 91º: ¹³ La redacción y publicación de hechos científicos supone autoridad para tratar sobre el tema y contribuir al avance de la ciencia odontológica.

Artículo 97º: ¹³ La investigación clínica debe inspirarse en los más elevados principios éticos y científicos.

Artículo 98°: ¹³ La investigación clínica debe ser realizada y/o supervisada por personas científicamente calificadas.

Artículo 99°: ¹³ El Odontólogo responsable de la investigación clínica está en el deber de:

- a. Ejercer todas las medidas tendientes a proteger la salud de la persona sometida al experimento.
- b. Explicarle con claridad la naturaleza, propósito y riesgos del experimento y obtener de él, por escrito, su libre consentimiento.
- c. Asumir, no obstante, su libre consentimiento, la responsabilidad plena del experimento, el cual debe ser interrumpido en el momento que él lo solicite.

2.4. Definición de Términos

1. **Apiñamiento (amontonamiento)** ¹⁴ En odontología, cuando la longitud del arco dental es inferior a la anchura distal mesial de los dientes que deben ocuparlo, o sea, es decir, que es una maloclusión caracterizada por una circunferencia de arco inadecuada para acomodarlos dientes en un alineamiento adecuado.
2. **Chupar** ¹⁴ hábito de chupar los dedos (o el pulgar) para gratificación oral. Es normal en bebés y niños pequeños como medida de comodidad, especialmente cuando están cansados o tienen hambre. Si el hábito persiste más allá de la erupción de los dientes permanentes, puede causar maloclusión de los dientes anteriores.

3. **Deciduo**¹⁴ que se desprenderá (exfoliará). Término más antiguo que se refiere específicamente a la primera dentición. El término preferido es *primario/a* o *temporal*.
4. **Dentición mixta**¹⁴ Dientes en maxilares tras la erupción de algunos dientes, pero antes de que se hayan exfoliado todos los dientes primarios. Este período suele iniciarse con la erupción de los primeros molares permanentes y finalizar con la exfoliación del último diente primario. También se denomina dentición transicional.
5. **Diastema**¹⁴ Espacio anormalmente grande entre dos dientes adyacentes en la misma arcada dental.
6. **Erupción**¹⁴ migración de un diente en el proceso alveolar del maxilar o la mandíbula en la cavidad oral.
7. **Mordida abierta**¹⁴ malformación es los dientes anteriores que no permite que ocluyan
8. **Oclusión**¹⁴ 1. Acto de cierre o estado de estar cerrado.2. Contacto entre las superficies de incisión o masticación de los dientes mandibulares y los maxilares.
9. **Ortodóncico**¹⁴ perteneciente a la corrección ortopédica de las relaciones dentales anormales, incluidas las anomalías relacionadas en las estructuras faciales.
10. **Ortopedia mandibular funcional**¹⁴ objetivos de los aparatos de tipo activador

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

La presente investigación estuvo basada en un tipo de investigación de campo, siendo este un análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito de entender su naturaleza.¹

3.2. Nivel de Profundidad de la investigación

El nivel de profundidad de esta investigación fue bajo un análisis descriptivo, puesto a que todos los datos y resultados fueron analizados como se lleva a cabo en este tipo de investigaciones, intentan entender situaciones, eventos o fenómenos en términos de sus componentes y las interconexiones que explican su integración. Para ello, se realiza un análisis crítico en función de criterios preestablecidos por el investigador.¹⁷

3.3. Diseño de la Investigación

El diseño de este estudio se realizó mediante un nivel descriptivo de campo, el cual comprende en el registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, proceso de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre como un grupo de personas o cosas, funcionan en el presente¹⁷.

3.4. Población

Se refiere a población a un conjunto de individuos, objetos, elementos o fenómenos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada¹⁸.

En el presente estudio la población estuvo conformada por 80 pacientes que acudieron a las clínicas odontológicas de ortopedia en la Universidad José Antonio Páez para ser tratados en el periodo lectivo CR3-2021.

3.4.1 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra es lo que permite al investigador saber cuántos individuos son necesarios estudiar, para poder estimar un parámetro determinado con el grado de confianza deseado¹⁵. En este sentido, se seleccionaron a 30 (pacientes) casos, de los 80 pacientes que se presentaron en el periodo lectivo CR3-2021 en la Universidad José Antonio Páez.

3.4.2 Tipo de muestra

Los pacientes tratados en las clínicas de la Universidad José Antonio Páez se seleccionaron por el tipo de muestreo probabilístico al azar.

3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de muestra

Las técnicas de recolección de datos son los procedimientos utilizados por el investigador para conseguir la información que requiere. Los instrumentos de

recolección de datos son los recursos de que se vale el investigador para acercarse a los problemas y extraer de ellos la información, registrarla y/o almacenarla¹⁵.

Para la recolección de datos de la unidad de análisis se empleó como técnica la observación que permite registrar de manera sistemática, válida y confiable lo que ocurra en la situación real sin estimular la respuesta del sujeto y con participación directa del investigador ¹⁵, también se usará el análisis de contenido basándose en las historias clínicas usando la lectura como método de recolección de datos de manera sistemática, objetiva, replicable y válida.

3.6. Técnicas de Análisis de Resultados

A fin de obtener la incidencia de las maloclusiones de los pacientes jóvenes atendidos en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia, se facilitó el análisis de datos mediante la técnica de estadística descriptiva correlacional, que se refiere al análisis de datos no cuantificables, de manera sencilla y organizada, de los cuales se extraen conclusiones a base de tablas y gráficos.

Operacionalización de Variables

Determinar la incidencia de las maloclusiones y el alcance de un tratamiento ortopédico preventivo en niños de 7 a 12 años que atendidos en la Universidad José Antonio Páez en el período lectivo 2021.

Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Sub indicadores
Describir la frecuencia de la maloclusión en los pacientes incluidos en el estudio a partir de los grupos de edad y el sexo.	Maloclusión	Presente	Desorden dentario de su oclusión ideal	
		Ausente		
	Edad	7 – 9	Años	
		10 – 12		
	Sexo	Femenino	Características propias de cada genero	
		Masculino		
Identificar el grado de maloclusión más frecuente, la fisionomía del paciente y los factores que favorecen el desarrollo de las mismas.	Grado de maloclusión	Clase I	Cuando la cúspide del molar inferior ocluye la fosa del molar superior	
		Clase II	Clase II 1	Cuando los molares se encuentran tope a tope y hay protrusión dentaria
			Clase II 2	Cuando los molares se encuentran tope a tope y hay retrusión dentaria o sobremordida
		Clase III	Mensualización del molar inferior con relación al molar superior	
	Fisionomía del paciente	Dólicocéfálico	Si / No	
		Mesocefálico		
		Braquicefálico		
	Factores que favorecen el desarrollo	Factores extrínsecos	Hereditaria	Si / No
			Anomalías anatómicas	
			Otros	
		Factores intrínsecos	Succión del dedo u otros objetos	Si / No
	Respiración bucal			

			Deglución atípica	
			Mordida abierta anterior	
			Onicofagia	
Caracterizar la situación inicial en cuanto al estado dental y el plano de oclusión antes del tratamiento	Estado dental	Longitud de arcada	Dentro de la norma/ fuera de la norma	
			Modificaciones verticales	Presente / Ausente
	Plano de oclusión	Recto	Si / No	
		Curvo		
Comparar el estado dental en cuanto a movimiento de las piezas dentales y el plano de oclusión a los 3 y 6 meses posteriores al inicio del tratamiento	Estado dental	Longitud de arcada	Entro de la norma	
		Modificaciones verticales	Presente	
		Modificaciones transversales	Presente	
	Plano de oclusión	Recto	Se mantuvo	
		Curvo	Se modificó a recto	
	Resultado parcial	Mejoría notoria	Si / No	
Mejoría moderada				
Redefinición de tratamiento				

Fuente: Elaboración propias de las Investigadora

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La interpretación de los resultados es inferir conclusiones sobre los datos codificados, basándose en operaciones intelectuales de razonamiento lógico e imaginación, ubicando tales datos en un contexto teórico. La interpretación: el nivel de medición de las variables, la manera como se hayan formulado las hipótesis y el interés del investigador. La interpretación de los resultados permite resumir y sintetizar los logros obtenidos a los efectos de proporcionar mayor claridad a las respuestas y conclusiones respecto a las dudas, inquietudes o interrogantes planteadas en la investigación.¹⁹

Por lo tanto la interpretación de los resultados trata de dar sentido, ofrecer una aplicación a los logros obtenidos, teniendo en cuenta el marco teórico y los objetivos fijados. En consecuencia, los datos obtenidos fueron procesados y presentados para el análisis de la información adquirida. El instrumento estuvo conformado por datos suministrados de pacientes en edades comprendidas entre 8 y 11 años de edad.

En el mismo orden de ideas, estas cifras presentadas favoreció la deducción de las conclusiones y presentar los resultados de los mismos de una manera más viable se utilizó el análisis de datos descriptivos, presentándolos mediante gráficas y tablas por Necesidad de Tratamiento en Ortodoncia de acuerdo a la información obtenida de los sujetos observados con su correspondiente interpretación, el cual permitió Determinar la incidencia de las maloclusiones y el alcance de un tratamiento ortopédico preventivo

en niños de 7 a 12 años que atendidos en la Universidad José Antonio Páez en el período lectivo 2021. A continuación se presentan los cálculos obtenidos:

Indicador: Características epidemiológicas del paciente

Tabla N° 1. Edad y sexo

EDAD	SEXO	fa
7	Femenino	2
	Masculino	0
8	Femenino	7
	Masculino	1
9	Femenino	8
	Masculino	6
10	Femenino	2
	Masculino	0
11	Femenino	2
	Masculino	1
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los niños 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

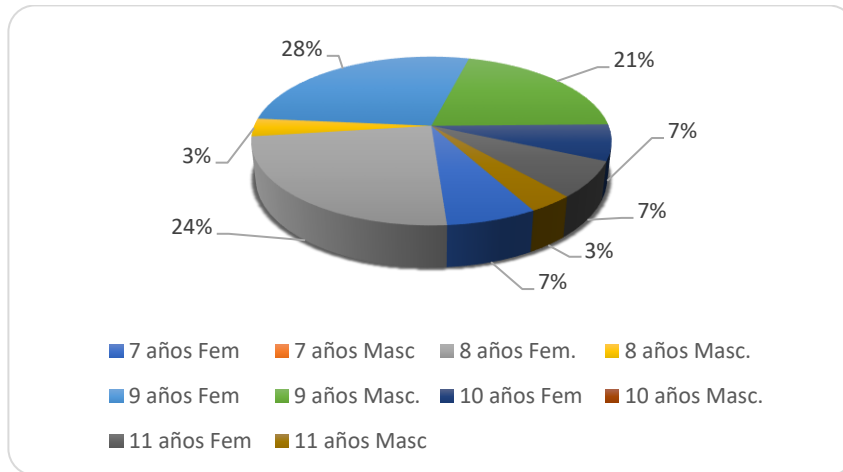


Gráfico N° 1. Distribución de la Edad y sexo. Recopilación de las historias clínicas de los niños de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

Tomando en cuenta lo reflejado en el gráfico 1, de los casos observados la mayoría de la muestra son del sexo femenino, representado por un 72%, mientras que el 28% restante del sexo masculino, distribuidos de 7 años 7% femenino, no hubo pacientes de edad masculino, de 8 años, 24% femeninos y un 3% masculino; de 9 años, 28% femenino y un 21% masculino, del grupo de los 10 años solo el 7% de los sujetos del sexo femenino lo conformó.

Los sujetos de 11 años de edad un 7% eran femeninos y un 3% masculino. Lo que se quiere expresar es que el grupo de niños que conforma la muestra seleccionada están en una edad en la que la dentición debe ser vigilada desde sus inicios y así determinar si presenta algún tipo de maloclusión.

Tabla N° 2. Grado de maloclusiones por clase y sexo

ALTERNATIVAS		fa
Clase II	Femenino	9
	Masculino	5
Clase III	Femenino	4

	Masculino	0
Clase II-Div. I	Femenino	2
	Masculino	1
Clase II- Div. II	Femenino	1
	Masculino	0
Clase II-Esquelética	Femenino	5
	Masculino	2
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

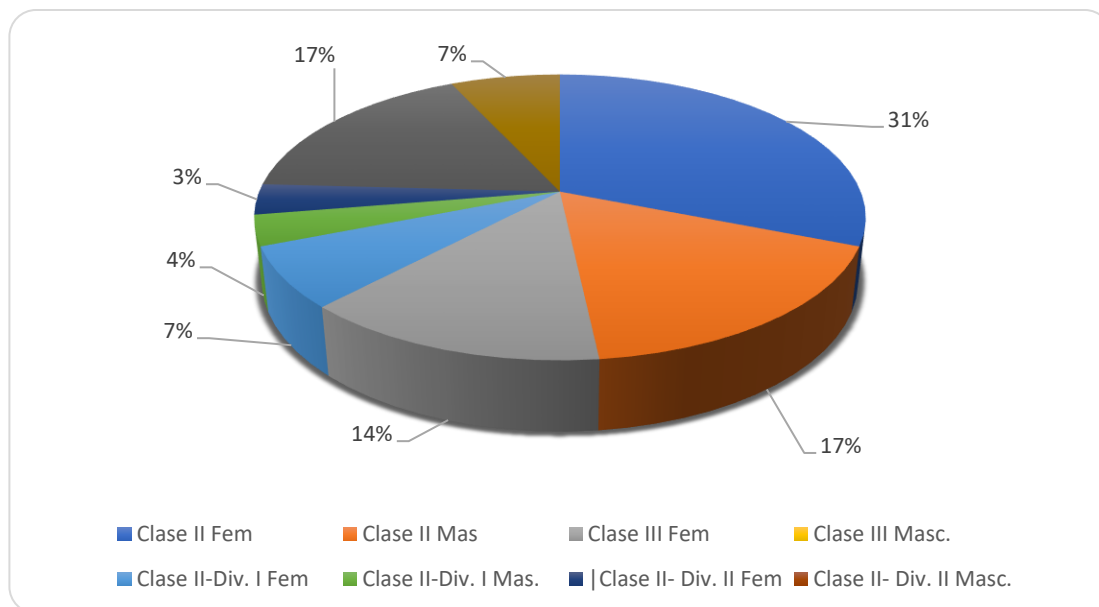


Gráfico N° 2. Distribución del grado de maloclusión por clase y por sexo. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

Como puede observarse en el gráfico 2, vinculado al grado de Maloclusión por clase y por sexo se determinó que el 31% del género femenino está vinculada a la clase II, esto inherente a que el primer molar permanente inferior está distalizado con respecto al molar superior (distoclusión). El surco mesiovestibular del primer molar inferior

permanente se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Generalmente el perfil facial de estos pacientes es convexo.⁹

En cambio, solo el 17% del sexo masculino estaba incluido en esta clase. En cuanto a la Clase III, solo el 14% femenino presentan contacto del primer molar permanente inferior con el surco mesiovestibular está mesiolizado con respecto a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente. Por ende, el perfil facial cóncavo es un rasgo clínico de estos pacientes.⁹, mientras que en los del grupo masculino, no se presentaron casos en la muestra estudiada.

Por otro lado, en la Clase II-Div. I el 7% fue femenina y el 4% fue masculino, observándose que las hembras de la muestra tienen mayor incidencia de la vestibularización de los incisivos superiores. Además, existe un desorden de la musculatura facial dado por el aumento del overjet, pues la convexidad facial es un rasgo clínico en estos pacientes.⁹

En cuanto a la Clase II- Div. II, el 3% de las féminas fueron las únicas que presentaron la condición los de dientes anterosuperiores palatinizados o verticalizados sin resalte de los incisivos superiores. El perfil facial recto y la leve convexidad son los patrones más predominantes de esta maloclusión.

En relación a la condición de Clase II-Esquelética el 17% fue representado por las féminas quienes padecen esta situación, mientras que el 7% fue del grupo masculino quienes padecen la maloclusión en la que existe una alternación de la mordida, estando la parte superior adelantada. Las maloclusiones esqueléticas se manifiestan como una alteración de forma, tamaño y posición de ambos o alguno de los maxilares.

Tabla N° 3. Fisionomía por sexo

ALTERNATIVAS		fa
Braquifacial-Dolicofacial	Femenino	1
	Masculino	0
Dolicocefálico	Femenino	6
	Masculino	2

Braquicefálico	Femenino	5
	Masculino	0
Braquicefalo	Femenino	5
	Masculino	4
No indica	Femenino	1
Mesocefalico	Femenino	3
	Masculino	2
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

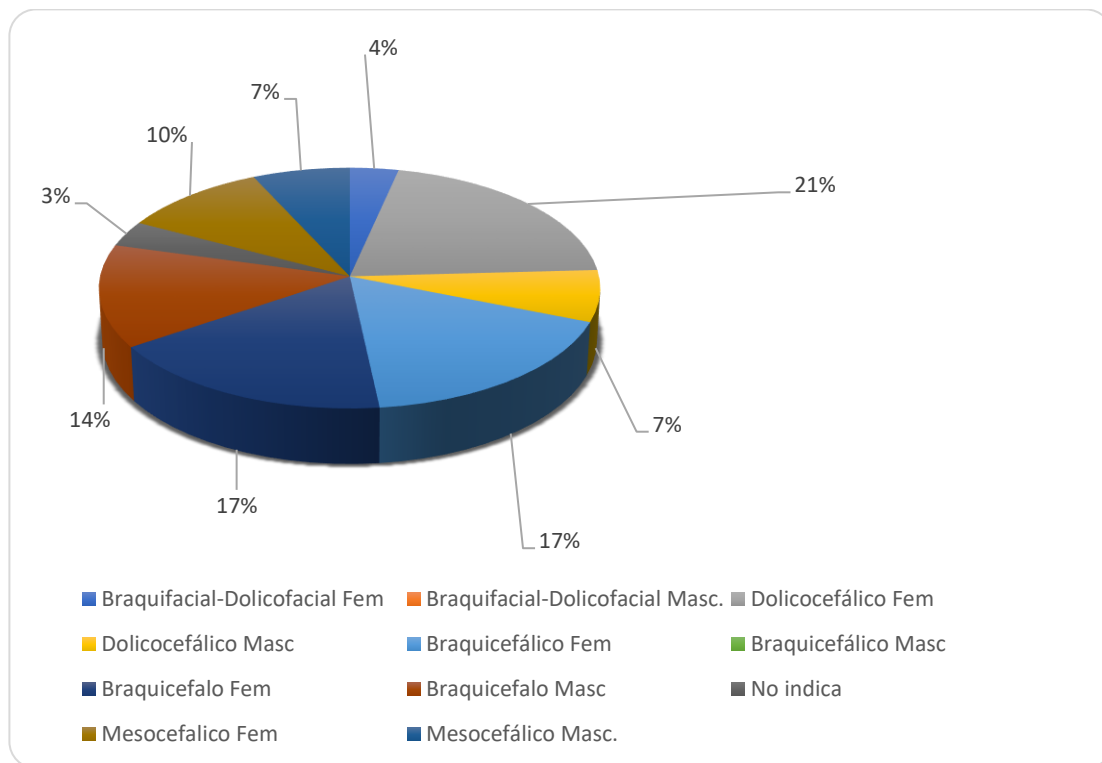


Gráfico N° 3. Distribucion de la fisionomía. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

En cuanto a la fisionomía de la muestra observada entre niños y niñas entre 7 y 12 años, el 4% de las chicas presentan un crecimiento Braquifacial-Dolicofacial, mientras que no hubo chicos con esta circunstancia. En cuanto a la determinación presentaron un crecimiento Dolicocefálico, las féminas dominando con un 21% y entre los masculinos solo hubo un 7%. En cuanto al caso de los Braquicefálico, de nuevo las femeninas dominaron con 17%, inexistiendo en la muestras algún masculino con esta condición. Con respecto al crecimiento Braquicefalo de la muestra un 17% de las femeninas padecen esta situación y un 14% fue conformado por los masculinos. Solo un caso de las féminas no indicó nada relacionado con la fisionomía. Por último, en el grado de Mesocefálico el 10% lo obtuvieron las féminas mientras que el 7% fue del sexo contrario. En general, el sexo femenino al parecer tiende a tener un alto porcentaje de probabilidades de padecer estas características de la malocusión.

Indicador: Factores Extrínsecos

Tabla N°4. Hereditariadad

ALTERNATIVAS		fa
SI	Femenino	9
	Masculino	5
NO	Femenino	9
	Masculino	4
NO INDICA	Femenino	2
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

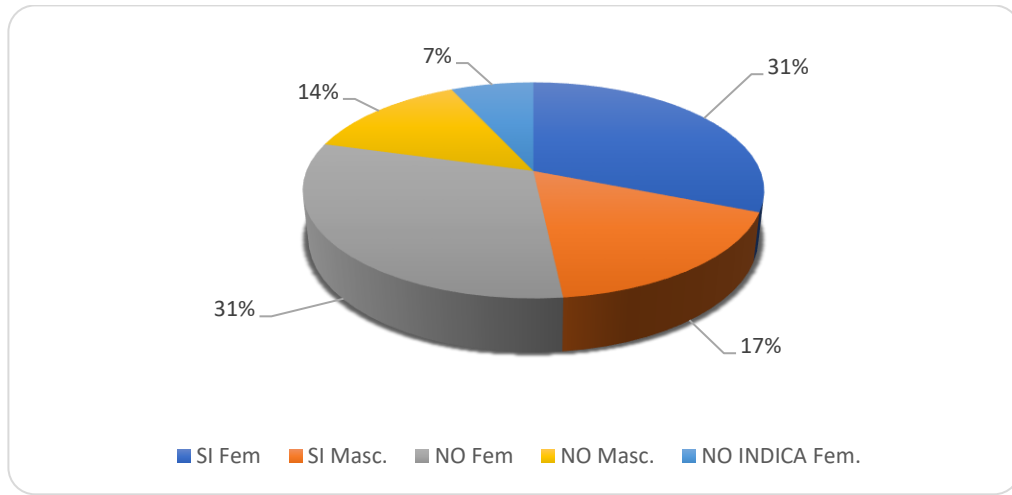


Gráfico N° 4. Distribución de hereditariad. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jovenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clinica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

El gráfico 4 relacionado a la hereditariad dentro de los factores extrínsecos observados en la muestra conformada por niñas y niños entre los 8 y 11 años de edad se determinó que el 31% demuestra que los casos femeninos estudiados sufren de maloclusión porque la morfología es afectada por el determinante genético, aunque esto puede variar en la situación prenatal. El patrón de crecimiento y perfeccionamiento posee un dispositivo hereditario. Mientras que solo un 17% fue del sexo masculino. Por otro lado, un 31% de las niñas no fue por genética que presenta está condición, al igual que un 14% del sexo masculino, sin embargo, un 7% no indica si fue genético o no.

Tabla N° 5. Anomalías Anatómicas Dentales

ALTERNATIVAS		fa
SI	Femenino	12
	Masculino	3
NO	Femenino	9
	Masculino	5
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

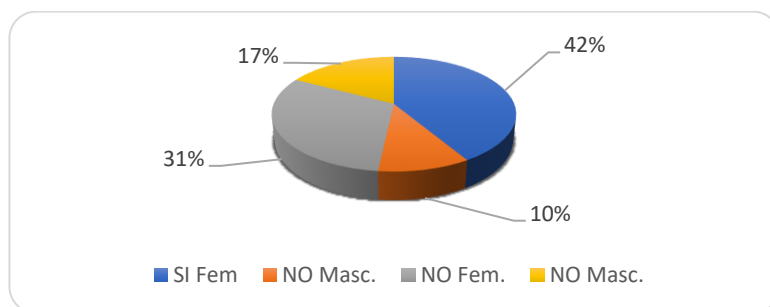


Gráfico N° 5. Distribucion de las anomalías anatómicas. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

En relación Anomalías anatómicas dentales en los niños de 8 a 11 años se determinó que el 42% de la muestra son niñas que reúnen esta condición, mientras que el 10% son varones. Por otro lado, solo 31% de las hembras y un 17% de los varones no presentan esta anomalía.

Tabla N° 6. Anomalías Anatómicas Dentales

ALTERNATIVAS	SEXO	fa
Erupción Tardía	Femenino	4
Inserción del Frenillo	Femenino	1
Inserción del Frenillo alterado	Femenino	1
Inserción baja del frenillo	Femenino	1

Inserción alta del frenillo sup-Caries dental	Femenino	1
Longitud labial larga	Femenino	2
	Masculino	1
Longitud Labial Larga Inferior-Longitud Labial Corta Superior	Masculino	1
Caries Dental	Femenino	1
Caries dental-erupción tardía	Femenino	1
Apiñamiento Antero Inferior	Masculino	1
NO INDICA	Femenino	9
	Masculino	5
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

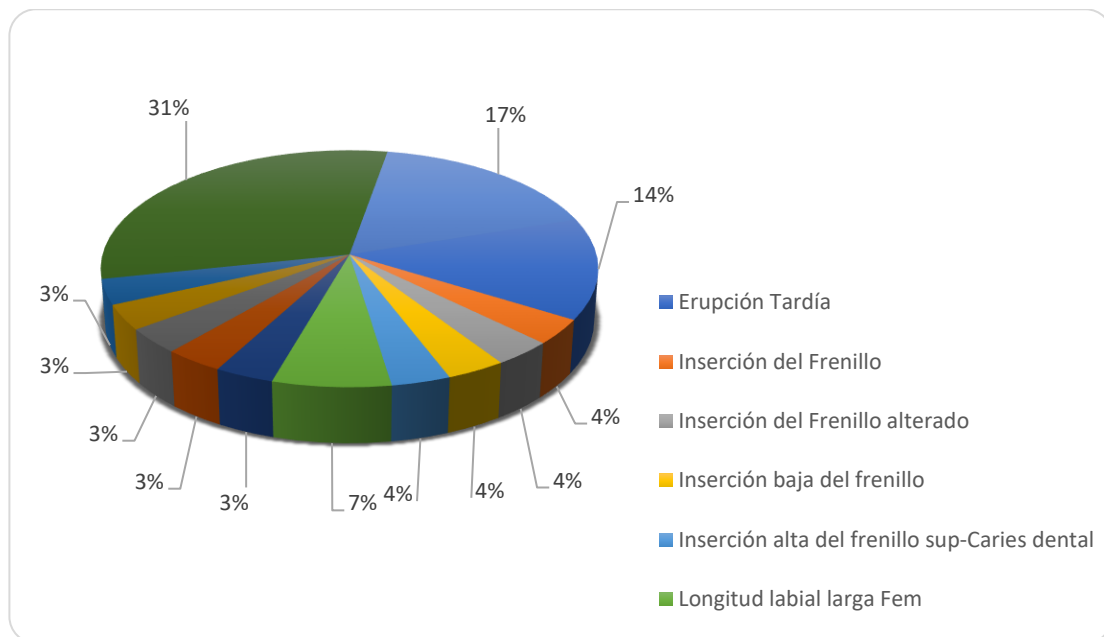


Gráfico N° 6. Distribución de las anomalías anatómicas dentales. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

El gráfico 6 refleja los tipos de anomalías anatómicas dentales que presentan los niños y niñas que conforman la muestra observada, donde en el aspecto erupción tardía el sexo femenino presentó el 14% de los casos, en cambios el 4% de los varones lo presentó. Por otra parte, en el aspecto Inserción del frenillo solo el 4% de sexo femenino lo padece, de igual forma el sexo femenino resaltó en un 4% en el indicador Inserción frenillo alterado, otro 4% del sexo femenino presenta Inserción alta del frenillo sup-Caries dental.

De igual forma, el 7% de las niñas presentaron Longitud labial larga, solo un 3% lo presentó el sexo contrario. En este orden de ideas, un 4% de los niños tiene Longitud Labial Larga Inferior-Longitud Labial Corta Superior; en relación a quien padece caries dental, un 4% del sexo femenino lo mostró, otro 4% del mismo sexo tiene caries dental con erupción tardía. Otro 4% de los niños presentó apiñamiento antero inferior, el resto de la muestra no refirió ninguna anomalía anatómica dental. Puede notarse de lo anteriormente descrito que del 100% de la muestra, casi la totalidad son niñas, que presentan alguna maloclusión.

Indicador: Factores Intrínsecos

Tabla N°7. Succión Digital

ALTERNATIVAS		fa
SI	Fem	10
	Masc.	2
NO	Fem.	11
	Masc.	6
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

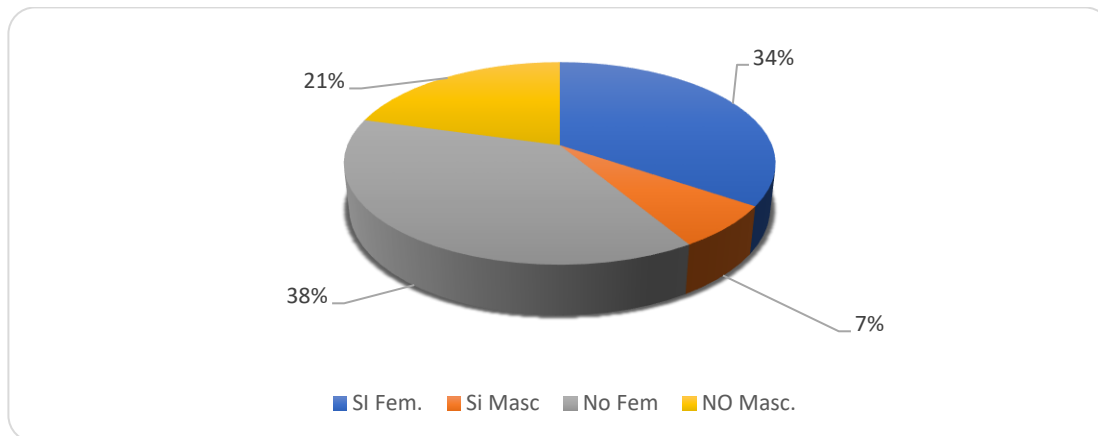


Gráfico N° 7. Distribución del hábito de succión digital. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

En relación a la succión del dedo u otros objetos por parte de niños y niñas entre 8 y 11 años, el 34% representado por el sexo femenino, mientras que 10% son varones que presentan esta condición provocada por hábitos y presiones anormales sobre los dientes y tejidos circunvecinos. De los que no lo hacían el 38% fueron hembras y otro 6% varones.

De allí que chuparse el pulgar ocasiona mayormente una mordida abierta anterior con distalización mandibular (quijada). Esto se da por la fuerza que produce la mano y el brazo. La succión origina acortamiento de los arcos superior e inferior a la altura de los molares, caninos deciduos o premolares y con menos proporción en el lado de molares superiores. También puede producir deformaciones, alterando la estabilidad del hueso. Esto porque afecta el contacto funcional de los planos inclinados de los dientes.⁶

Tabla N° 8. Respiración Bucal

ALTERNATIVAS		fa
SI	Femenino	4
	Masculino	4
NO	Femenino	16
	Masculino	4

NO INDICA Masculino	1
TOTAL	29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

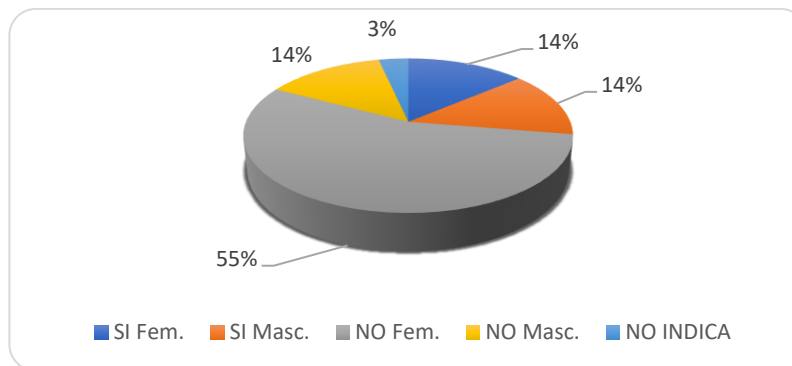


Gráfico N° 8. Distribución del hábito de respiración bucal. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

Con respecto al factor respiración bucal, el gráfico 8 refleja que el 14% de las chicas lo hacen, asimismo el 14% de los varones. Por otro lado, tanto el 55% de las niñas como el 14% de los varones no lo hacen, solo un 3% no indica o manifiesta esta situación. La respiración bucal normalmente está vinculada a pacientes con interposición de lengua y de labio. Las causas de respiración bucal pueden ser: obstrucciones de las vías aéreas superiores, desvíos del septo, inflamación de la membrana basal, cornetes inflamados, adenoides, etc.⁶

Tabla N° 9. Deglución Atípica

ALTERNATIVAS		fa
SI	Femenino	5
	Masculino	3
NO	Femenino	9

	Masculino	12
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

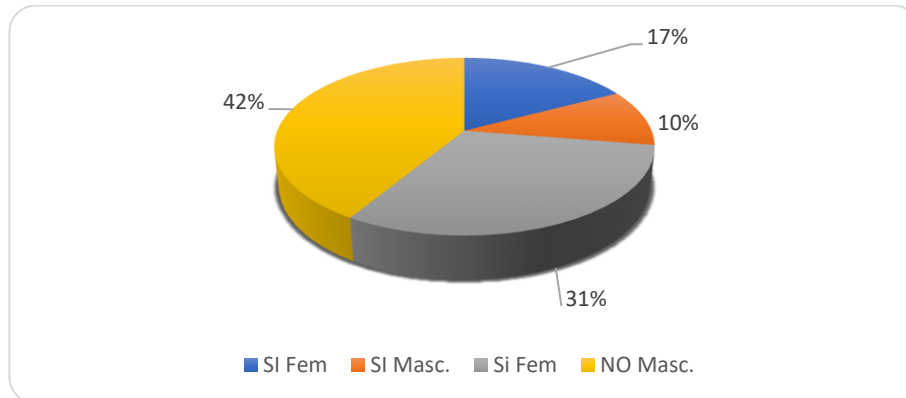


Gráfico N° 9. Distribución del hábito de deglución Atípica. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

El gráfico 9 vinculado con la deglución atípica, el 17% de las niñas los padecen así como también el 10% de los varones. Por el contrario, un 31% y el 42% entre niñas y niños respectivamente, no padecen esta circunstancia. Normalmente es causada por desequilibrio de control nervioso que se caracteriza por ser las alteraciones neurológicas al no controlar la musculatura en la coordinación motora, no mantiene el equilibrio muscular en el momento de realizar la deglución; amígdalas inflamadas, al inflamarse estas mismas frecuentemente permite que el niño en cada deglución dirija la lengua hacia adelante dentro de la cavidad bucal para que la lengua no toque las amígdalas y así evitar el dolor.⁶

Tabla N° 10. Mordida Abierta Anterior, por sexo en edades comprendidas entre 7-12 años

ALTERNATIVAS		fa
SI	Femenino	11

	Masculino	4
NO	Femenino	10
	Masculino	4
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

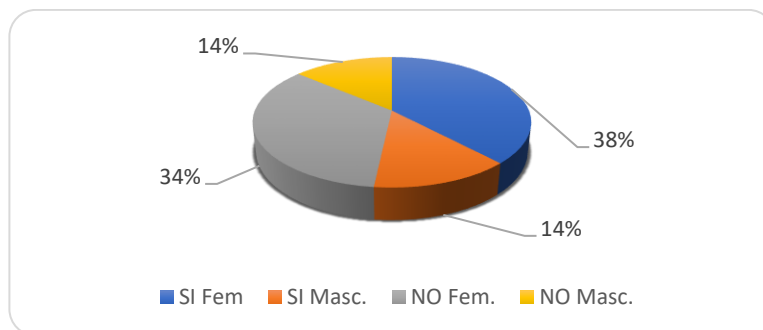


Gráfico N° 10. Distribución de pacientes con mordida abierta anterior. Distribución de las modificaciones sagitales. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

En relación a la mordida abierta anterior el sexo femenino representado por un 38%, así como también un 14% de los varones demostró padecer de este tipo de situación en su dentadura. Sin embargo, un 34% y 14% hembras y varones respectivamente, no manifiestan esta situación con conlleva a la maloclusión.

Tabla N° 11. Onicofagia

ALTERNATIVAS		fa
SI	Femenino	5
	Masculino	1
NO	Femenino	16

	Masculino	7
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

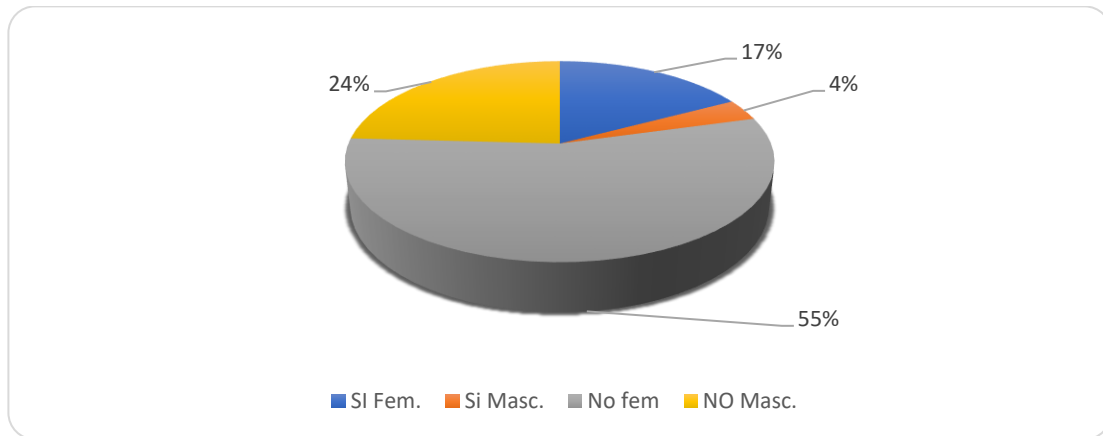


Gráfico N°11. Distribución del habito de onicofagia. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

El 17% de las hembras demostró que lo hace seguido de los varones presentado por un 4%. Por el contrario el 55% de las hembras y el 24% de los varones se determinaron que lo hacen.

Indicador: Estado Dental Previo

Tabla N° 12. Modificaciones Verticales

ALTERNATIVAS		fa
PRESENTE	Femenino	20
	Masculino	8
AUSENTE	Femenino	1
	Masculino	0
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

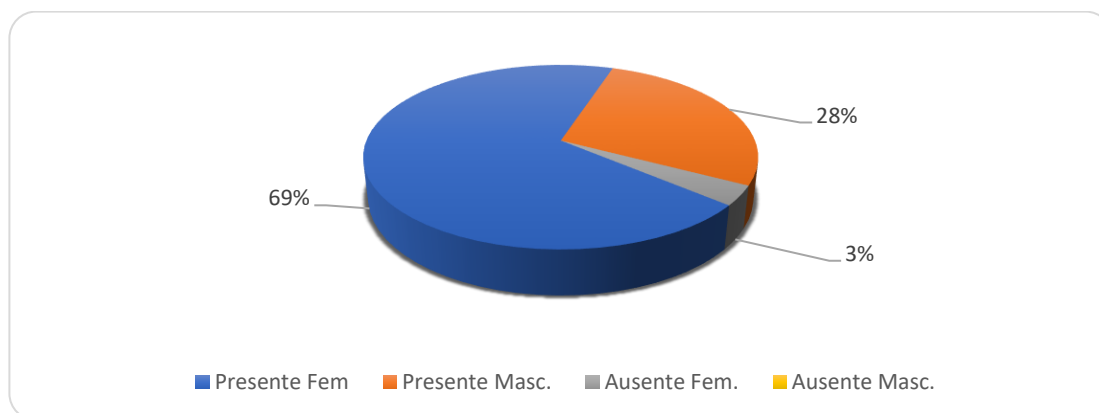


Gráfico N°12. Distribución de las modificaciones verticales. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

Desde el punto de vista de las Modificaciones Verticales, el sexo femenino mostró un alto nivel, donde un 69% reflejó tener esta condición, solo un 28% del sexo opuesto lo presentó. Mientras que del resto de la muestra, solo un 3% conformado por una chica no presentó esta condición.

Tabla N° 13. Modificaciones Transversales

ALTERNATIVAS		fa
PRESENTE	Femenino	10
	Masculino	5
AUSENTE	Femenino	11
	Masculino	3
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

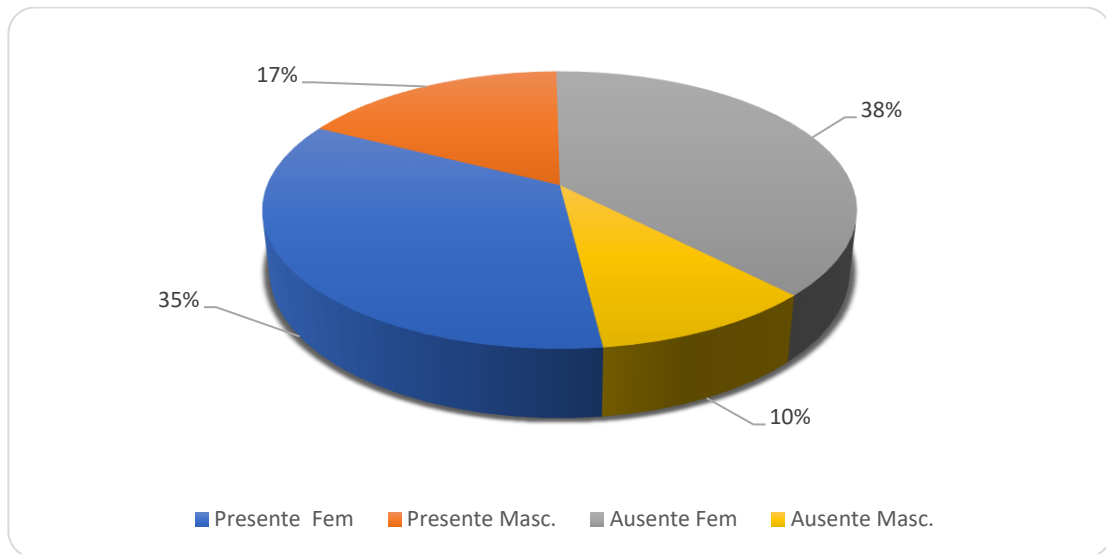


Gráfico N°13. Distribución de las modificaciones transversales. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

En relación a las Modificaciones transversales, entre los casos en que estuvo presente, la muestra del sexo femenino representado por un 35%, mientras que los del sexo masculino conformado por un 17%. Sin embargo, el resto de la muestra representado por 35% de chicas y 10% de varones, en su registro estuvo ausente, es decir, no mostró este tipo de modificaciones dentales.

Tabla 14. Modificaciones Sagitales

ALTERNATIVAS		fa
PRESENTE	Femenino	12
	Masculino	4
AUSENTE	Femenino	9
	Masculino	4
TOTAL		29

Fuente: Ditrribución de las modificaciones sagitales. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jovenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clinica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

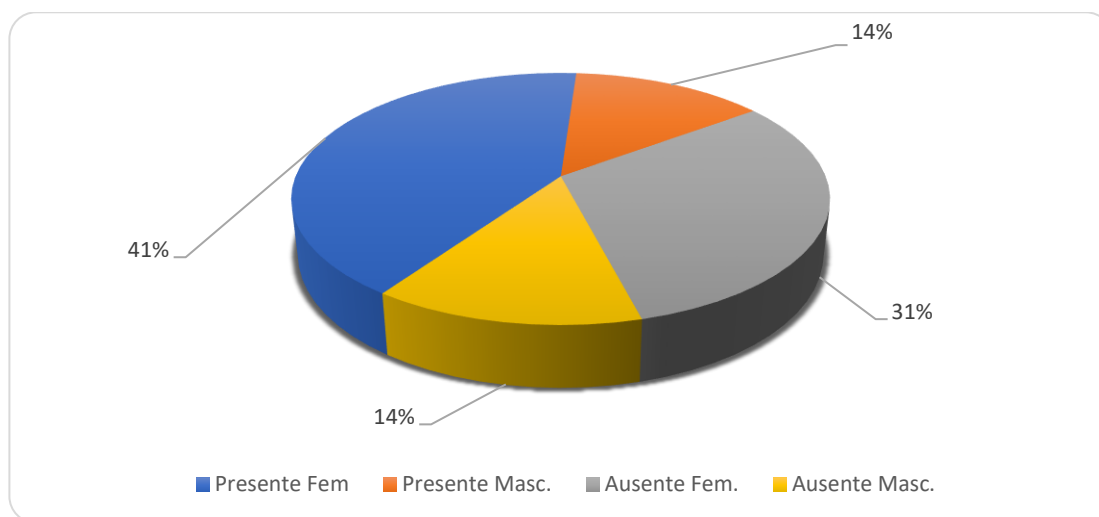


Gráfico N° 14. Ditrribución de las modificaciones sagitales. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jovenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clinica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

En el caso de las Modificaciones Sagitales, la mayoría del sexo femenino, representado por un 41%, lo presentaban, y solo un 14% de los chicos se les observó presente este tipo de condición. Mientras que un 31% de las chicas y un 14% de los sujetos observados restantes no presentaron esta característica de la maloclusión.

Indicador. Estado Dental Post-Tratamiento

Tabla N° 15. Evolución de la Oclusión

ALTERNATIVAS	Sexo	fa
AUSENTE	Femenino	10
	Masculino	2
PRESENTE	Femenino	11
	Masculino	6
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

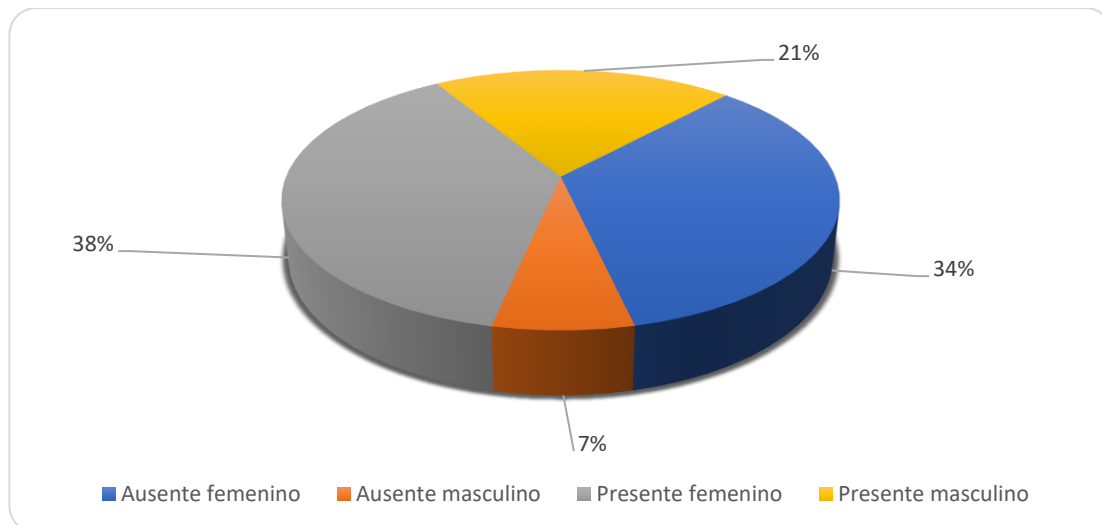


Gráfico N° 15. Distribución de la evolución de la oclusión. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

Como puede observarse en el gráfico anterior, en el registro observado los pacientes, muestran en su Evaluación de la oclusión donde el 34% de la muestra femenina está ausente la maloclusión. De igual forma, el 7% de la muestra masculina también salió ausente. En cambio, el 38% de la muestra femenina sale presente en esta situación al igual que el 21% de la población masculina, lo que infiere seguir con el tratamiento odontológico requerido.

Tabla N° 16. Evolución de las Modificaciones Verticales

ALTERNATIVAS	Sexo	fa
AUSENTE	Femenino	15
	Masculino	2
PRESENTE	Femenino	6
	Masculino	6
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

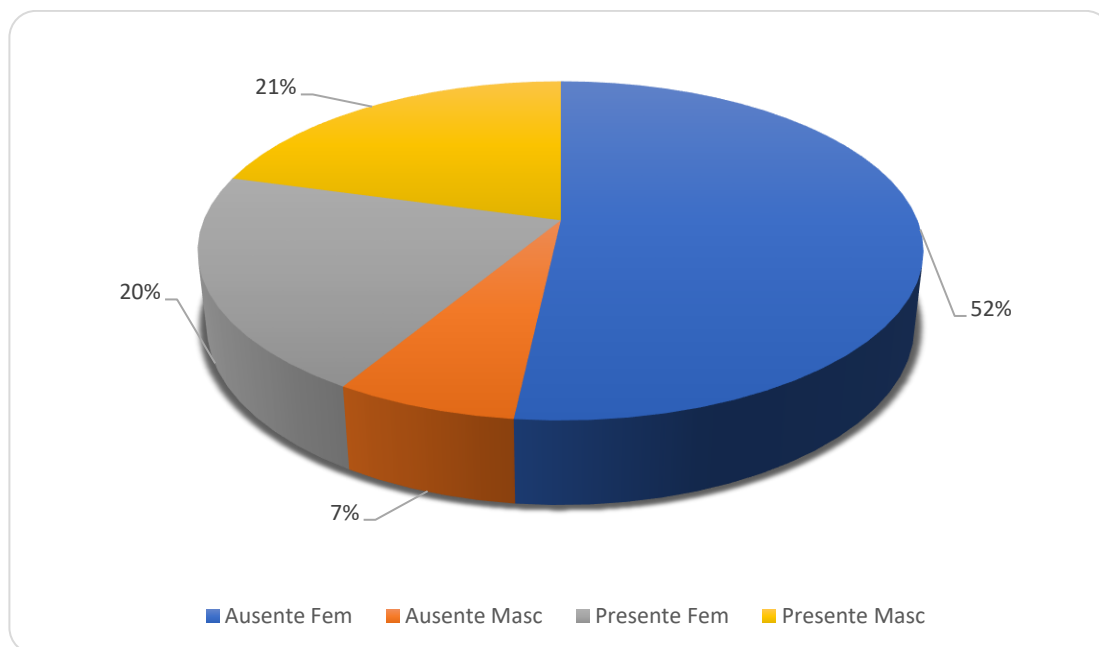


Gráfico N° 16. Distribución de la evolución de las modificaciones verticales. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

En relación al gráfico 16 en el cual se evidencia la evolución de las modificaciones verticales implementadas en los pacientes de ambos sexos de edad comprendida entre 7 y 12 años, se conoció que el 52% de la muestra femenina está ausente la maloclusión luego del tratamiento, de igual forma el 7% del grupo masculino tiene igual resultado de evaluación. Sin embargo, el 20% del grupo femenino y el 21% de los masculinos

aún está presente la condición, lo que refleja que a estos últimos el tratamiento aplicado no logró disminuir la incidencia de las maloclusiones.

Tabla N° 17. Evolución de las Modificaciones Transversales

ALTERNATIVAS	Sexo	fa
AUSENTE	Femenino	13
	Masculino	5
PRESENTE	Femenino	8
	Masculino	3
TOTAL		29

Fuente: Distribución de la evolución de las modificaciones sagitales. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

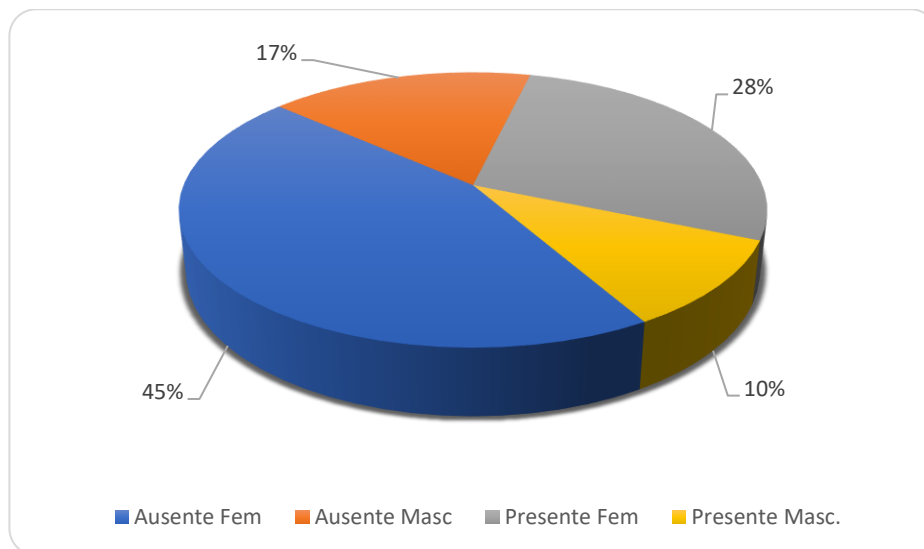


Gráfico N° 17. Distribución de la evolución de las modificaciones transversales. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

Al examinar la evolución de las modificaciones transversales en niños y niñas entre 7 y 12 años de edad el gráfico anterior refleja que 45% del grupo femenino y el 17% no presentan la condición lo que refleja que ha mejorado efectivamente con el tratamiento aplicado, mientras que el 28% de las féminas y el 10% de los masculinos aun presentan la condición lo que requiere revisar las causas de por qué persiste la maloclusión.

Tabla N° 18. Evolución de las Modificaciones Sagitales

ALTERNATIVAS	Sexo	fa
AUSENTE	Femenino	13
	Masculino	4
PRESENTE	Femenino	8
	Masculino	4
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

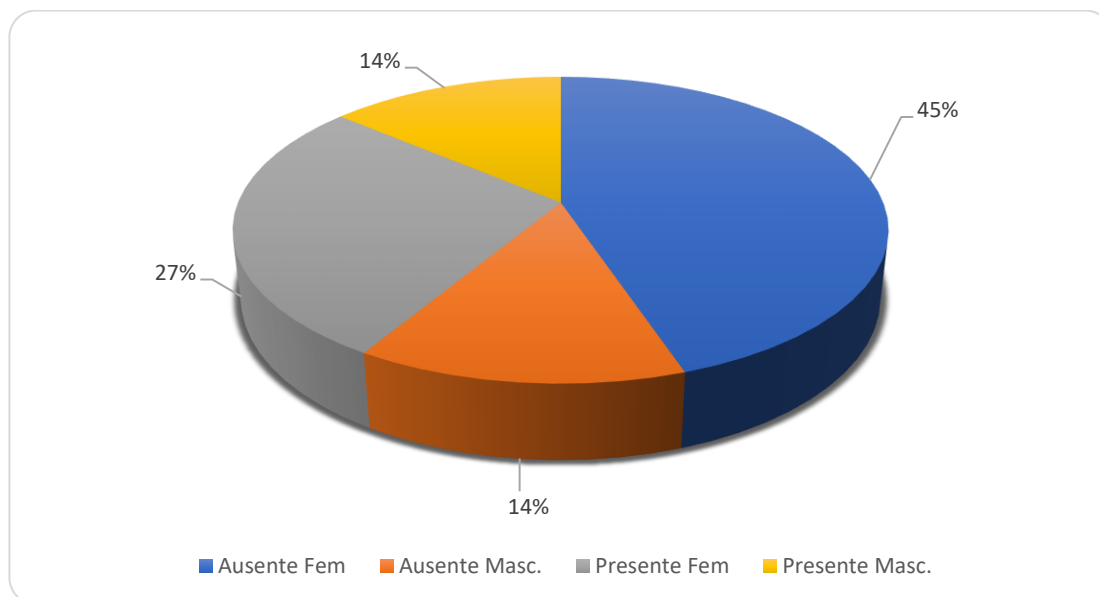


Gráfico N° 18. Distribución de la evolución de las modificaciones sagitales. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

En cuanto a la evolución de las modificaciones sagitales en los pacientes de la muestra se evidenció que el 45% de las hembras y el 14% de los varones no presentaron síntomas, por lo que quedaron ausentes de la condición, luego de haber recibido el tratamiento ortopédico preventivo acorde a su maloclusión. Mientras que el resto, conformado por el 27% niñas y 14% de varones tienen presente la sintomatología.

Tabla N°19. ¿Por qué no se presentaron modificaciones?

ALTERNATIVAS	Sexo	fa
PACIENTE NO UTILIZÓ APARATO	Femenino	8
	Masculino	0
EL APARATO NO CUMPLIÓ SU FUNCIÓN	Femenino	1
	Masculino	1
FRACTURÓ EL APARATO	Femenino	1
	Masculino	0
NO REFIERE	Masculino	11
	Femenino	7
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

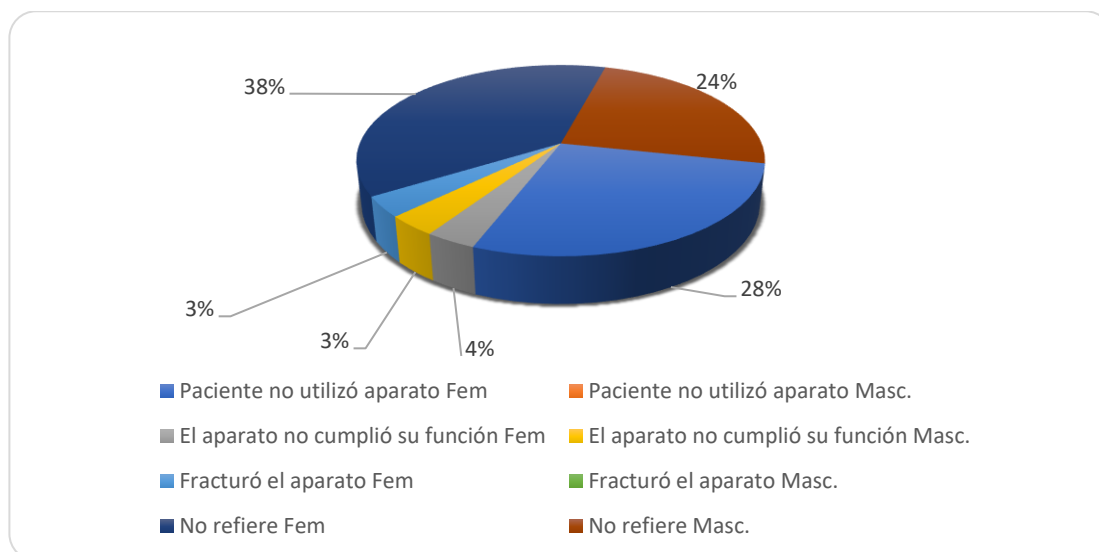


Gráfico N° 19. Distribución ¿Por qué no se presentaron modificaciones?. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

Como consecuencia de las evaluaciones realizadas, cabe preguntarse cuál fue la causa por la que una parte considerable aun presenta maloclusión. En este sentido, se determinó que el 28% de la muestra femenina no utilizó el aparato, en cambio, de los varones no hubo con esta causa. Por otra parte, el 4% de las niñas y el 3% de los varones, el aparato no cumplió con el tratamiento ortopédico, por lo que se debe ajustar

las características del aparato a utilizar. Asimismo, el 3% de las niñas, se le fracturó el aparato, repercutiendo en la corrección requerida, en el caso de los varones no hubo casos. Por otro lado, hubo un margen que no refirió información, asumiendo que el tratamiento aplicado cumplió con su misión ortopédica.

Indicador: Post-Tratamiento

Tabla N° 20. Erradicación del Hábito

ALTERNATIVAS	Sexo	fa
SI	Femenino	12
	Masculino	3
NO	Femenino	6
	Masculino	1
NO PRESENTÓ HÁBITO	Femenino	3
	Masculino	4
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

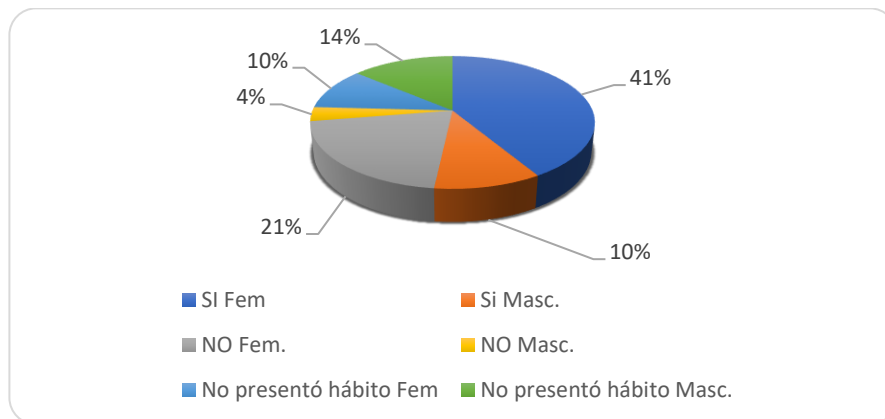


Gráfico N° 20. Distribución de la erradicación del hábito. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

Luego de haber cumplido con las fases de la observación de los factores extrínsecos, intrínsecos, determinación del estado dental previo, estado dental post-tratamiento desde la evaluación de la oclusión hasta las causas por las que no se cumplió el tratamiento ortopédico, le sigue el post-tratamiento definitivo, comenzando por la

Erradicación del Hábito, donde se determinó que el 41% de las hembras y el 10% de los varones si se le erradicó la maloclusión. Sin embargo, el 21% de las niñas y el 4% de los varones, no lograron erradicar la costumbre. Mientras que un 10% de las femeninas y el 14% de los varones no presentaron esta condición.

Tabla N° 21. Aparatología Utilizada.

ALTERNATIVAS	Sexo	fa
BILMER A	Femenino	9
	Masculino	4
BILMER B	Femenino	3
	Masculino	0
BILMER C	Femenino	1
	Masculino	0
BILMER D	Femenino	1
	Masculino	0
PLACAS ACTIVA	Femenino	3
	Masculino	1
PLACA PLANA	Femenino	1
	Masculino	0
PISTA PLANA	Femenino	0
	Masculino	1
PANTALLA ACRÍLICA	Femenino	1
	Masculino	0
BILMER TIPO A EN L	Femenino	2
	Masculino	2
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

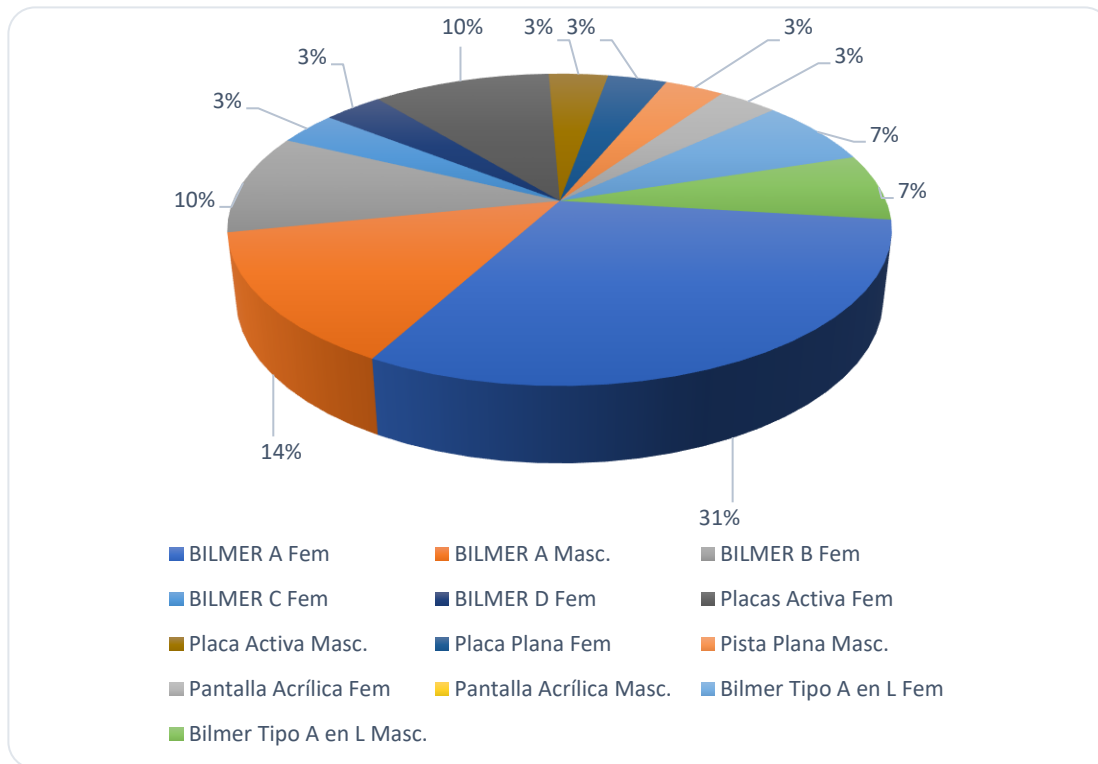


Gráfico N°21. Dsitribución de la aparatología utilizada. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes juvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clinica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

El gráfico 21 está enfocado en reflejar la aparatología utilizada para el tratamiento correctivo ortopédico en los niños y niñas entre 7 y 12 años de edad se encontró que el 31% de las niñas y el 14% de los varones se le aplicó la técnica de Bilmer A, mientras que el 10% de las hembras se le aplicó Bilmer B, en este caso no hubo casos masculinos. Por otro lado, el 3% de las niñas se le aplicó el Bilmer C, no habiendo casos de varones. Para el caso del Bilmer D, solo el 3% de las niñas lo utilizó. Así mismo, el 10% de las niñas y el 3% de los varones se les implementaron la técnica de Placas Activa. Del mismo modo, en el 3% de las niñas, se utilizó Placa Plana, a este respecto no hubo caso de niños; para el caso de la Pista Plana, no hubo caso en niños, pero en las niñas hubo un 3%. Ahora bien, en los casos de pantalla Acrílica solo el 3%

de ambos sexos lo utilizó, 7% restantes de los varones se les aplicó el Bilmer tipo A en L.

Tabla N° 22. Resultado Parcial

ALTERNATIVAS	Sexo	fa
MEJORÍA BAJA	Femenino	10
	Masculino	1
MEJORÍA MODERADA	Femenino	6
	Masculino	5
MEJORÍA AVANZADA	Femenino	5
	Masculino	2
TOTAL		29

Fuente: Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

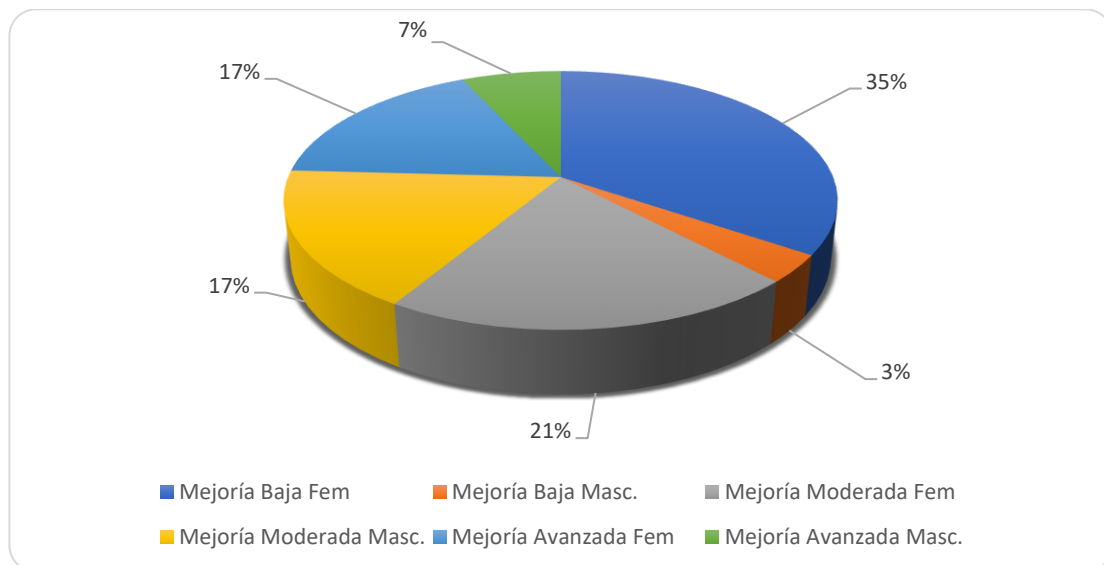


Gráfico N°22. Distribución del resultado parcial de tratamiento. Recopilación de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 7 a 12 años de edad registrados en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP en el período lectivo CR3-2021 (2022).

En cuanto al resultado parcial del tratamiento ortopédico utilizado el 35% de las niñas y el 3% de los niños presentaron mejoría baja, mientras que el 21% de las hembras y el 17% de los varones obtuvieron Mejoría Moderada y finalmente, el 17% de las femeninas y el 7% de los masculinos mostraron Mejoría Avanzada, de acuerdo a estos resultados requieren mayor tiempo de tratamiento para conseguir la recuperación total.

Discusión de Resultados

De los hallazgos encontrados se puede observar que la maloclusión para el caso de la muestra observada (30), ha sido más frecuente en el sexo femenino, en edades comprendidas entre los 7 y 12 años de edad. En base a lo anterior el gráfico 2 evidencia que el 31% de las féminas están ubicadas en la clase II de la maloclusión, un 17% presentan un crecimiento Braquifacial; en los factores extrínsecos, en el área de Hereditabilidad, el sexo femenino estuvo presente en un 31%, así como también en las Anomalías Anatómicas dentales en un 42%, siendo que el 14% presenta Erupción tardía, aunado al grupo de un 34% que por hábitos de succión digital u otros objetos tienen esta maloclusión.

Otro factor estudiado fue la respiración bucal, donde un 55% no presentó esta condición. De igual forma el hábito de deglución atípica estuvo poco presente en las féminas en un 17% y los masculinos en un 10%. Sin embargo, en relación a la mordida abierta anterior el grupo de sexo femenino fue alto en un 38% en comparación con el sexo masculino el cual fue un 14%.

Por otro lado, en relación al estado dental post-tratamiento se encontró que la mayoría de los pacientes presentaron deficiencia en cuanto a la evolución de oclusión. Así mismo, en la evolución de las modificaciones verticales y transversales implementadas en los pacientes de ambos sexos de edad comprendida entre 7 y 12 años, se evidenció que el 52% de la muestra femenina corrigió la maloclusión luego del tratamiento.

En la fase final del proceso observando los factores extrínsecos, intrínsecos, determinación del estado dental previo, estado dental post-tratamiento, evolución de la oclusión y hasta las causas por las que no se cumplió el tratamiento ortopédico, el post-tratamiento definitivo y la erradicación del hábito, donde se determinó que el 41% de las hembras y el 10% de los varones si se le erradicó la maloclusión. En cuanto al resultado parcial del tratamiento ortopédico utilizado se conoció que el 17% de las femeninas y el 7% de los masculinos mostraron una mejoría avanzada, de acuerdo a estos resultados requieren mayor tiempo de tratamiento para conseguir la recuperación total.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Por medio de este estudio se pudo determinar que maloclusión con mayor incidencia fue la clase II, la cual va depender de factores extrínsecos e intrínsecos, como lo son el uso de la aparatología o la fractura del mismo, compromiso, cooperación o factores genéticos, además de las características y gravedad de la maloclusión que se presente. Es por ello, que el éxito del tratamiento ortopédico preventivo va a variar de paciente a paciente, por ende, el diagnóstico y tratamiento correctivo a temprana edad es crucial para lograr un correcto desarrollo y evolución del paciente, seguido de esto el incentivar tanto a pacientes, padres y alumnos para el seguimiento de los casos es un factor determinante para el éxito del tratamiento.

Recomendaciones

En relación con lo analizado en esta investigación es recomendable

- Se le recomienda a la universidad José Antonio Páez tomar en consideración el seguimiento de los casos para garantizar el éxito y avance de los mismos.
- Informar a los padres de familia por medio del odontólogo al que lleven a sus hijos sobre los tratamientos de prevención en ortodoncia y ortopedia para evitar las patologías o alteraciones en la dentición permanente.
- Es de suma importancia que desde temprana edad se lleven a chequeos permanentes con el odontólogo para así poder erradicar los posibles hábitos que desencadenan maloclusiones

- Los padres deben colaborar con el uso y cuidado de la aparatología empleada en el tratamiento de ortodoncia y ortopedia ya que se debe seguir una rutina de controles por parte del profesional de manera que se obtengan beneficios favorables en la dentición mixta y permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo. A, Catarí. P. Hábitos Bucales no Fisiológicos y Maloclusión en Niños que Asisten a la Consulta de Odontopediatría. [Trabajo final de Grado] Línea: Epidemiología. Universidad de Carabobo; 2016.
2. Clínico C, Jurisira A, Rodríguez C, Karin E, Mercado C, Justo U, et al. Tratamiento ortodóntico-quirúrgico de maloclusión clase III con apiñamiento severo: reporte de un caso. Rev Mex de Ortod [Internet]. 2020. [Citado marzo 2022];8(1);41-49. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2020/mo201f.pdf>.
3. Ponce M, Nava J, Gonzales J. Maloclusión principal motivo de consulta, su frecuencia y distribución en pacientes que asisten a la Clínica de Estomatología Pediátrica de la Facultad de Estomatología de la UASLP en México. Rev Latinoa de Ortop y Ortod. [Internet]. 2022 [citado 7 marzo 2022]; 13. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2016/art-6/>.
4. Delgado I, Caballero M. Necesidad de Tratamiento Ortodóntico y Prevalencia de Maloclusiones en Niños de una Institución Educativa de Huancayo. Línea: Salud y Gestión de la Salud. [Tesis de Pregrado] Lima: Universidad Peruana Los Andes. [Internet]. 2021. [citado 12 abril 2022]. Disponible en <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2991/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. Rosales-Vega G, Roa-González S, Rodríguez-López D, et al. Relación de la Lactancia Materna y Maloclusiones. Rev Mex Med Forense [Internet]. 2020 [citado 12 abril 2022];5(suppl 3);177-180. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2020/mmfs203zs.pdf>.
6. Pérez-coronel J. Maloclusiones y Hábitos Orales en Niños de Cinco a Doce Años de Edad de la Institución Educativa Particular Manuel Antonio Rivas, 2019. Línea: Epidemiología. [Trabajo final de Investigación] Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo. [Internet]. 2019. [citado 12 abril 2022]. Disponible en:

https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/4073/1/TL_PerezCoronelJuan.pdf.

7. Zambrano de Ceballos R, Añez C. Rivera Velázquez L. et al. Prevalencia de maloclusiones en la dentición primaria. Rev Cien Odonto [Internet]. 2020. [citado 12 abril 2022]; 11 (1); 66-74. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/cienciao/article/view/33837>.
8. Dede L, Yépez F, Quiros O. et al. Prevalencia de Maloclusiones transversales originadas por desequilibrios masticatorios en pacientes atendidos durante jornada odontológica. Las Adjuntas-Macarao. Octubre de 2019. Rev Latinoa de Ortop y Ortod [Internet]. 2019. [citado el 23 de abril de 2022].9. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-8/>.
9. Salles A, Cotrim F. Clasificación de las maloclusiones. En Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica [Internet]. Sao Paulo: Artes Médicas Latinoamericana. 2002. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/0B4eGdsnRiakIWIVXOUgwTUINY1k/view>.
10. Netto M. Etiología de las maloclusiones dentarias. En Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Sao Paulo: Artes Médicas Latinoamericana;2002.482pp. [Internet] Disponible en <https://drive.google.com/file/d/0B4eGdsnRiakIWIVXOUgwTUINY1k/view> }
11. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela gaceta oficial, extraordinaria n° 36.860 de fecha 30 de diciembre de 1999, [Internet]. 2011. [citado 27 abril 2022]. Disponible en https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf
12. El congreso de la República de Venezuela ley de ejercicio de la odontología, 15 de julio de 1943 [Internet]. [citado 27 abril 2022]. Disponible en <https://www.elcov.org/ley1.htm>.
13. Código de deontología odontológica venezolano, agosto de 1992 [Internet]. [citado 27 abril 2022]. Disponible en <https://www.elcov.org/ley2.htm>

14. Mosby diccionario de odontología [Internet]. academia. 2009 [citado 27 abril 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/36154979/Mosby_Diccionario_de_Odontolog%C3%ADa_2a_Edicion
15. UPEL. Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales. Caracas (Venezuela): FEDEUPEL; 2016.
16. Fidias G. El Proyecto de Investigación. 6ta. Caracas, Venezuela. Epistema. 2012
17. Tamayo M. El Proceso de la Investigación Científica. 4ta. México. Noriega Editores. 2003
18. José Antonio García-García, Arturo Reding-Bernal, Juan Carlos López-Alvarenga. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. Rev Sci Analy [Internet]. 2013 [11 de agosto de 2022]. 2(8). 3-4. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000400007.