



## **UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

### **PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN PRESENCIA DE HÁBITOS BUCALES NO FISIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.**

**ENERO - ABRIL 2017.**

**Autores:**

Lugo María José C.I 25.164.761  
Pacheco Zuleidy C.I 23.545.164

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego.  
Teléfono: (0241) 8714240 (Master) - Fax: (0241) 871239.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR.  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA.



**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN PRESENCIA DE  
HÁBITOS BUCALES NO FISIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES DE LA  
CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ  
ANTONIO PÁEZ.**

**ENERO - ABRIL 2017.**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
ODONTÓLOGO**

**Tutor Metodológico:**

Graciela Carvallo

**Tutor de Contenido**

Rodriguez Sandra

**Autores:**

Lugo María José C.I 25.164.761

Pacheco Zuleidy C.I 23.545.164



San Diego, Marzo 2017

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

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN PRESENCIA DE  
HÁBITOS BUCALES NO FISIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES DE LA  
CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ  
ANTONIO PÁEZ.**

**ESTUDIANTES**

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos:

1. 25.164.761

María José Lugo Escalante

2. 23.545.164

Zuleidy Marina Pacheco Sandoval

Tutor Propuesto: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Firma

Sello

Fecha



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

**PLANILLA DE SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE  
TRABAJO DE GRADO.**

<b>DATOS PERSONALES</b>		
<b>Apellidos:</b> Lugo Escalante <b>Apellidos:</b> Pacheco Sandoval	<b>Nombres:</b> María José <b>Nombres:</b> Zuleidy Marina	<b>CI:</b> V- 25.164.761 <b>C.I:</b> V-23.545.164
<b>DATOS ACADÉMICOS</b>		
<b>Escuela:</b> Odontología.		
<b>DATOS DEL PROYECTO</b>		
<b>Autores:</b> Lugo María José y Pacheco Zuleidy		
<b>Título del trabajo:</b> Prevalencia de maloclusiones en presencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes de la clínica del niño y adolescente de la Universidad José Antonio Páez.		
Objetivo: Determinar la prevalencia de maloclusiones en presencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes de la Clínica de Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Enero – Abril 2017.		
<b>Lugar donde se desarrollará el proyecto:</b> Universidad José Antonio Páez.		
<b>Tiempo de desarrollo:</b> 4 meses.		
<b>Tutor propuesto:</b> Rodríguez Sandra		

**APROBADO** \_\_\_\_\_ **NO APROBADO** \_\_\_\_\_

**COMITÉ DE EVALUACIÓN: COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y  
TRABAJO DE GRADO**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**DIRECCION DE ESCUELA**





**Rodríguez Sandra**

**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**  
**COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO**  
**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**  
**CARRERA 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 “**Prevalencia de maloclusiones en presencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez**”, realizado por **María Lugo C.I 25.164.761** y **Zuleidy Pacheco C.I 23.545.164** Cursantes de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) PUNTOS.

\_\_\_\_\_  
Tutor Académico (Coordinador)

Nombre:

C.I.:

\_\_\_\_\_  
Jurado

Nombre:

C.I.:

\_\_\_\_\_  
Jurado

Nombre:

C.I.:

Fecha: \_\_\_\_\_

## **DEDICATORIA**

A Dios por haberme brindado salud y caminar junto a mí a lo largo de la carrera guiándome siempre por el camino del bien.

A mi madre Blanca

Por ser mi apoyo primordial, mi ejemplo a seguir, mi guía, mi motor, por brindarme palabras de aliento en los momentos que más necesitaba, por mantenerme siempre firme para nunca desistir y siempre seguir adelante. Nada de esto podría haber sido igual sin ella, mi compañera se siempre. Gracias, Te amo.

A mi padre Nestor

Por ser mi gran amor, el que siempre estuvo ahí para hacerme reír cuando más quería llorar, sacando siempre de lo negativo lo positivo. Esto no podría haber sido realidad sin él, porque sé que dio todo por mantenerme aquí y verme cumplir mi sueño, nuestro sueño. Gracias, Te amo.

A mi hermana Stephanie

Mi pequeña, en la cual siempre pensé y trate de hacer las cosas lo mejor posible para darle un buen ejemplo de hermana mayor y que siempre tuviese en cuenta que por muy difícil que se torne el camino con constancia y perseverancia siempre de llega a la meta.

A mi compañera de tesis.

Zule, gracias por siempre estar, por ayudarme a tener paciencia y por hacerme ver que por más fuerte que sea la tormenta siempre vendrá la calma. Hemos estado juntas desde el principio hasta el final de este sueño y estoy más que agradecida con Dios

por haberme puesto en el camino a una persona tan excelente, para luchar juntas por el mismo sueño. Gracias amiga.

A mis abuelitas Olga y Nina

Por acompañarme con sus oraciones para que todo siempre marchara bien y de mi lado. Las amo.

A mis tíos y primos

Por estar presente a pesar de la distancia, en cada paso dado nunca faltaron sus palabras de aliento y orgullo. Los quiero mucho

A mis amigos

Por ser pilares fundamentales en este tiempo, por aportarme tantas cosas positivas, por corregirme lo malo y a pesar de las adversidades siempre estar ahí brindándome su amistad.

**María José Lugo Escalante.**

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo primeramente a Dios Todopoderoso, a quien le agradezco eternamente por brindarme salud e infinitas bendiciones, él ha permitido que este gran logro sea posible, guiando cada uno de mis pasos por el mejor camino, colmándome de su amor, haciéndome sentir su presencia, su protección, tengo mis brazos abiertos para él, para sus planes, deseando que se haga siempre su voluntad.

A la mujer que más admiro, mi querida madre Zuleyma, mi mejor amiga, agradecida por tanto amor que me das, por ser tu prioridad, por tu dedicación, tu apoyo incondicional y compañía sobre todo en los momentos más difíciles, por escucharme y darme hermosas palabras de aliento que me impulsan a seguir con la mayor de mis fuerzas, por invitarme a soñar siempre en grande, demostrándome que en esta vida todo es posible, me enseñaste a no rendirme, a cambiar de perspectiva para ver el lado positivo de cada cosa, por hacerme entender que el tiempo de Dios es sumamente perfecto, por creer en mí, por todo el esfuerzo que haces para que mis sueños se hagan realidad. Te amo.

A mi gran amor, mi padre Luis, te agradezco por amarme tanto, por tu atención, apoyarme y cuidarme siempre, por tus sabios consejos, me enseñaste el significado de ser paciente, a ser más fuerte, a ver más allá de lo que veo, a ser constante, que debo ser una profesional pero sobre todo una mujer muy feliz, admiro lo trabajador que eres desde pequeño, un gran ejemplo para tus tres hijos, gracias porque todo tu esfuerzo es siempre pensando en nosotros, ayudándonos a cumplir nuestras metas, por ser un excelente padre y educarnos con tanto amor. Te amo.

Mis padres son el pilar fundamental en todo lo que soy, son mi inspiración, les dedico todo mi esfuerzo en reconocimiento a todo el sacrificio que han hecho por mí, cada uno de mis logros ha sido posible gracias a ustedes, se merecen esto y mucho más. No fue fácil estar lejos de mis seres queridos durante todo este tiempo, aquí está la recompensa, valió la pena.

A mis hermanos Luisana y Luis Manuel, quienes son el incentivo para lograr todos mis objetivos, siempre buscando ser el mejor ejemplo y un orgullo para ustedes, gracias por ser tan especiales, tan unidos a mí y hacerme saber lo importante que soy en sus vidas, por aprovechar cada segundo que tuve libre para compartir conmigo, gracias por llenar de alegría mi vida desde el momento en que supe que venían en camino. Los amo.

A mis abuelos Apolinar, Marina y Carmen por tener la dicha de abrazarlos y compartir junto a ustedes, seres luchadores, ejemplares, a quienes la perseverancia, constancia los caracterizan, por los valores que me han inculcado, por incluirme junto a mis compañeros en sus oraciones para que todo nos salga bien, por su apoyo y los mejores consejos llenos de experiencia que me serán útiles durante toda mi vida. Los amo.

A María José no sólo por ser mi compañera de tesis sino mi mejor amiga, la persona que ha estado para mí incondicionalmente, con quien he luchado, he reído y he llorado, quien ha alegrado mis días con su forma de ser tan única, gracias a ti he aprendido a superar mis miedos, a dar lo mejor de mí, le agradezco a Dios por colocarte en mi camino, por tener la dicha de vivir esta maravillosa experiencia desde el principio hasta el final junto a ti y celebrar este gran triunfo juntas! Te quiero amiga, lo logramos!

A mis tíos, primos y amigos quienes siempre me han hecho saber lo orgullosos que están de mí, apoyándome y acompañándome desde la distancia, siempre deseándome el mayor de los éxitos, gracias, los quiero.

A mis Ángeles de la Guarda, mi abuelito Manuel y mi tío Guillermo, a quienes tengo presente en mi día a día, dedicándoles cada uno de mis triunfos, mis guardianes que me protegen de noche y de día, guiándome, alejándome de todo mal, los llevo siempre en mi corazón. Los amo.

**Zuleidy Marina Pacheco Sandoval.**

### **AGRADECIMIENTO**

A Dios por protegernos y guiarnos siempre en la toma de tantas decisiones, por permanecer en nuestros corazones dándonos fortaleza y aliento en todas las situaciones, a nuestras familias por apoyarnos en la distancia y nunca dejar de confiar en nosotras, creyendo e impulsándonos cada día más a ser las mejores a pesar de tantas adversidades.

Mayormente a nuestra profesora Ervy Weffer por ser pilar fundamental en este último semestre donde nos trazamos una meta para muchos difícil o imposible de lograr, pero junto a su ayuda, fue la mejor decisión que pudimos tomar y el mejor camino que pudimos recorrer, este trabajo de grado no podría ser realizado sin la ayuda, el apoyo y el compromiso que nos brindó ella a cada uno de nosotros, se quedan cortas las palabras de agradecimiento que sentimos hacía ella , quien apostó todo por ver cumplir este sueño, por su vocación como docente, la admiramos enormemente.

A nuestros amigos y muy pronto colegas por brindarnos su apoyo y su amistad siempre, ayudándonos mutuamente, cuidándonos como a una familia.

## ÍNDICE GENERAL

PLANILLA DE SOLICITUD DE TRABAJO DE GRADO.....	iv
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	v
ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO .....	vi
DEDICATORIA.....	vii
RECONOCIMIENTO.....	x
ÍNDICE.....	xii
RESUMEN .....	xiii

### CAPÍTULO I

#### 1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema .....	14
1.2 Objetivos de la investigación.....	17
1.2.1 Objetivo General .....	17
1.2.2 Objetivos Específicos.....	18
1.3 Justificación.....	18

### CAPÍTULO II

#### 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	20
2.2 Bases Teóricas .....	24

### CAPÍTULO III

#### 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	35
3.2 Población y Muestra.....	35
3.3 Técnica e Instrumento de recolección de datos.....	36
3.4 Validez y Confiabilidad.....	37

### CAPÍTULO IV

#### 4. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados.....	38
-------------------------------------	----

4.2 Interpretación de Resultados.....	40
---------------------------------------	----

## **CAPÍTULO V**

5. Conclusiones.....	54
Recomendaciones.....	55
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>59</b>



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN PRESENCIA DE  
HÁBITOS BUCALES NO FISIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES DE LA  
CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ  
ANTONIO PÁEZ. ENERO - ABRIL 2017.**

**Autoras: Lugo María José y Pacheco**

**Fecha: San Diego, Marzo 2017**

### **RESUMEN**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. En Latinoamérica se tiene una situación preocupante al respecto, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85 % de la población. Los hábitos bucales no fisiológicos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas, ya que si una no ejerce su presión normal, permite que otra en su intensidad habitual produzca una deformación, dental u ósea. Es por esto que el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de maloclusiones en presencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes de la Clínica de Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Fue un estudio de tipo descriptivo, de campo, transversal y la población se conformó por los pacientes que asistieron a la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el período Enero – Abril 2017; los datos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes mediante la observación estructurada y la implementación de una guía de observación en la cual

se registraron los datos referentes a las variables y dimensiones descritas. Con los resultados obtenidos se concluyó que existe mayor prevalencia de maloclusiones en presencia de hábitos no fisiológicos en los pacientes que acuden a dicha clínica. El presente trabajo servirá de sustento como marco referencial para futuras investigaciones. Es recomendable proveer información sobre los diferentes hábitos, sus consecuencias, su erradicación, así como los diagnósticos y posibles tratamientos para las maloclusiones que pueden estar o no asociadas con algún tipo de hábito.

**Palabras Claves:** Maloclusiones, Hábitos Bucales, Prevalencia, Niños.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto. También implica el análisis de cualquier relación de contacto entre los dientes: relaciones de protrusión, en lateralidad o céntrica. Según Angle, sería las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto.

Es así como, esta comprende no sólo la relación y la interdigitación de los dientes, sino también las relaciones de éstos con los tejidos blandos y duros que los rodean. También comprende la relación que existe entre las dos bases apicales, así como con los otros huesos del cráneo, y a través de ellos con el resto del esqueleto. También incluye los factores dinámicos que se asocian con el crecimiento y el desarrollo, y los componentes funcionales derivados de la contracción de los músculos asociados y los movimientos de la articulación temporomandibular. Finalmente, deben considerarse los factores estéticos resultantes de las relaciones de las distintas partes del aparato masticatorio entre sí y con la cara como conjunto. (Hollenberg; 1995)

De acuerdo a esto, no hay duda de que la oclusión contribuye a la individualidad de una persona, y su alteración o la necesidad de modificación o tratamiento de la misma debe ser el resultado de una consideración equilibrada de todos los factores involucrados: funcionales, anatómicos y psicológicos.

A tal sentido, la oclusión normal es aquella que es equilibrada y permite cumplir la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición a lo largo de

la vida en armonía con el conjunto estructural del aparato estomatognático. (Canut; 1989)

Al contrario, la maloclusión es, por su propia naturaleza, difícil de definir. Algunos autores la describen como aquellas variaciones en la oclusión, que no son aceptables desde un punto de vista estético y funcional. Así mismo, se puede explicar cómo una alteración del equilibrio de cualquier componente del aparato estomatognático: dientes, huesos y el factor neuromuscular. Estas pueden ser consideradas como un problema de salud, por presentar alta prevalencia, posibilidad de prevención y tratamiento, además de provocar impacto social por interferir en la calidad de vida de los individuos afectados. (Martín; 2008)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal (OMS; 2012). En Latinoamérica se tiene una situación preocupante al respecto, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85 % de la población. (Mafla y cols; 2011)

El factor etiológico de las maloclusiones es de origen multifactorial, donde se superponen unos con otros existiendo una interconexión entre la predisposición genética y los factores exógenos. Dentro de estos últimos encuentran los factores ambientales, en los cuales se describen las desviaciones de procesos funcionales normales como los hábitos, anormalidades de tejidos musculares periorales, presión por defectos de posición, amígdalas hipertrofiadas, imitación, actitudes mentales.

En este sentido, se describen los hábitos como las costumbres o prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto. Los hay que se consideran fisiológicos, como son la respiración nasal, masticación, deglución y existen también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión no nutritiva (que puede

ser de dedo, chupete, labio, biberón), la respiración bucal, la interposición lingual, bruxismo o apretamiento dentario, entre otros.

Es así como, los malos hábitos o hábitos bucales no fisiológicos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas, ya que si una no ejerce su presión normal, permite que otra en su intensidad habitual produzca una deformación, dental u ósea. Otras veces se suman fuerzas que normalmente no están presentes, como la ejercida por un dedo o chupete. (Paredes y Paredes; 2005)

Por consiguiente, estos hábitos bucales anómalos modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial causando maloclusiones dentales.

De hecho, investigaciones realizadas en el país por Saturno L. (1980) en las características de la oclusión de 3.630 escolares entre 7 y 13 años del área metropolitana de Caracas y en el estudio epidemiológico de las maloclusiones en dos zonas rurales Venezolanas de Betancourt, O. (1986) coinciden en una relación entre las maloclusiones y la presencia de hábitos en los pacientes estudiados.

Por su parte, Fundacredesa ha reportado como por ejemplo, en el estudio la política de salud bucal para la prevención y atención oportuna del preescolar; las maloclusiones, las necesidades odontológicas nacionales y las políticas sanitarias; hábitos, costumbres, aptitudes de higiene bucal, tratamientos odontológicos realizados en la actualidad, donde han reflejado las relaciones que tienen los hábitos bucales con la maloclusión dentaria, entre los principales destacan la succión digital, la succión del labio y la deglución atípica, entre otros. (Mijares A; 1983) (Méndez H y Mijares A; 1987)

Por estas razones, y en vista de las diversas investigaciones en el área, así como por la experiencia clínica diaria en la que se observan gran cantidad de niños y

adolescentes con maloclusiones y hábitos bucales no fisiológicos presentes, se puede inferir que existen en un gran porcentaje desde temprana edad, así como cierta tendencia de una correlación de las mismas.

Específicamente, esto se observa en el área de la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez; dónde día a día son atendidos, pacientes con presencia de maloclusiones, así como hábitos no fisiológicos que pueden ser los causales de las mismas; esto es preocupante ya que se debe diagnosticar cada caso y conocer si existe conexión entre la maloclusión y el hábito presente para referir de ser el caso al especialista.

Por tal circunstancia se plantea la necesidad de este estudio sobre maloclusiones en presencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez y así poder dar respuesta a la siguiente interrogante:

### **1.1.2 Formulación del Problema**

¿Cuál será la prevalencia de maloclusiones en presencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez?

## **1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de maloclusiones en presencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes de la Clínica de Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Enero – Abril 2017.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el tipo de maloclusión según edad y sexo en los pacientes que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Enero – Abril 2017.
- Determinar la presencia y tipo de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes con maloclusión, que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Enero – Abril 2017.
- Establecer la prevalencia de maloclusiones con respecto a la presencia de hábitos bucales no fisiológicos de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Enero – Abril 2017.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Previamente se ha descrito como los hábitos bucales pueden modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla. En la escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, resulta alarmante la cantidad de niños y adolescentes que asisten a consulta y presentan algún tipo de maloclusión y hábito no fisiológico, siendo tratados por otras enfermedades de la cavidad bucal sin dar la importancia necesaria a estos factores, realizar un diagnóstico acertado, educar al paciente para retirar el hábito y referir a especialistas para su tratamiento.

Por lo cual, a través de esta investigación se busca concientizar a estudiantes y docentes de la Escuela sobre la frecuencia en la que se presentan estos casos para así a futuro crear programas educativos-preventivos para padres y pacientes sobre estos hábitos y sus consecuencias en busca de la erradicación de los mismos.

A tal modo, los profesionales de la salud como los pediatras, odontólogos generales u odontopediatras al valorar a sus pacientes infantiles deben identificar dichos hábitos de manera precoz y canalizarlos para evitar en lo posible el desarrollo de maloclusiones, es por esto que a través de esta investigación se aportan conocimientos básicos sobre la temática que el odontólogo debe dominar para poder realizar dichos diagnósticos.

Así mismo, en base a los resultados que se obtengan en este estudio se pueden establecer programas preventivos- educativos hacia la salud bucal que involucren estos conocimientos acerca de las implicaciones y consecuencia de los hábitos bucales en el desarrollo de la oclusión. De esta forma los niños y representantes tomarían conciencia y se pudieran erradicar dichos hábitos.

Por otra parte, estos resultados aportarían un dato estadístico que serviría de referencia y sustento para futuras investigaciones en el área de estudio dentro de la Universidad José Antonio Páez y a nivel regional y nacional.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

A continuación, se presenta un resumen de los trabajos publicados relacionados con las variables de estudio, los cuales dan sustento a la presente investigación. Se realiza recuento de los mismos en orden cronológico y ordenado comenzando por los más recientes.

Para comenzar, Meneses y cols (2016) publican un artículo sobre “Perfil epidemiológico de la oclusión estática y hábitos orales en un grupo de escolares de la ciudad de Medellín”. El objetivo de este fue describir el perfil epidemiológico de la oclusión dental estática y algunos hábitos orales de un grupo de escolares en la ciudad de Medellín. Este se realizó de forma descriptiva transversal en una muestra a conveniencia de 420 escolares; se evaluaron en el plano vertical: la sobremordida vertical, mordida borde a borde y mordida abierta anterior. Transversal: mordida cruzada posterior y mordida en tijera y en el plano sagital mordida cruzada anterior, sobremordida horizontal y las relaciones molares y caninas permanentes según la clasificación de Angle. Se evaluaron hábitos como la onicofagia, succión digital y queilofagia.

Entre los resultados obtenidos en este estudio resaltan que la edad promedio fue de 8,7 años ( $\pm 1,8$ ); 50,2% (211) eran mujeres; el 26,4% (111) y el 24,5% (103) presentaron relación canina clase I derecha e izquierda respectivamente; 63,6% (267) relación molar Clase I derecha y 61,2% (257) izquierda. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis segmentado por sexos para las variables. La mordida cruzada posterior se relaciona posiblemente y de manera significativa con el hábito de succión digital ( $p = 0,010$ ).

Seguidamente, Estrada y cols (2015) titulan su investigación “Factores de riesgo de maloclusiones en niños de 5 años con dentición temporal”. El objetivo se enfoca en determinar los factores de riesgo preestablecidos en niños de 5 años con dentición temporal. Se realizó un estudio observacional descriptivo, donde el universo estuvo constituido por 61 infantes y la muestra quedó conformada por 52 niños (21 varones y 31 hembras) que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó el método de observación directa y como medidas se utilizaron la frecuencia relativa y el resumen de la información en porcentos.

Como resultados encontraron que el 3.8% de los niños examinados presentaban un escalón distal, un espacio de crecimiento ausente en un 42.3% y el espacio de primate ausente en un 63.5%. El índice de bogue menor de 30 en un 48.1% y se encontraron 16 niños con caries para un 30.8%. El 78.8% de los niños examinados practican hábitos deformantes. Esto da la posibilidad de predecir el tipo de oclusión que se puede establecer en estos niños en la dentición permanente y así poder trabajar para evitar las maloclusiones desde edades tempranas.

Se concluye que, aunque existen programas de atención al menor de 19 años, la atención al grupo de los menores de 5 años no es suficiente, por lo que en esta población es necesario realizar tratamientos preventivos y curativos para disminuir la incidencia de las maloclusiones y elevar la calidad de vida del individuo

Continuando, durante el año 2014, se presenta el trabajo de Catarí, P el cual, se titula: “Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta de odontopediatría”. El objetivo de este estudio fue describir los hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños con dentición mixta que asisten a la consulta de Odontopediatría II del área de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el periodo 2012-2013. Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo no experimental transversal, población 190 historias clínicas, muestra no probabilística 110 historias clínicas.

La detección de los diferentes hábitos bucales no fisiológicos se realizó en 2 etapas: 1) llenado de la historia clínica de la FOUC y 2) Aplicación de una lista de cotejo con los datos obtenidos en la Historia Clínica. El total de pacientes sanos fue de 29, los pacientes con maloclusión dieron un valor de 81; el hábito bucal de mayor frecuencia fue la onicofagia con un valor de 40 pacientes, con respecto a las maloclusiones se observó mayor frecuencia el apiñamiento con 22 pacientes, clase II subdivisión 2 con 21 pacientes, mordida abierta con 14 pacientes, por último, los pacientes que presentaron hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión fue de 51.

Se concluye que existe evidencia significativa con respecto a la influencia de los hábitos bucales no fisiológicos sobre la maloclusión, es necesaria la identificación oportuna de estos hábitos, si es posible disminuir o erradicarlos durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares. Estos datos sirven como sustento teórico y referencial para discutir los resultados que arroje esta investigación.

De igual forma, Vergara y cols (2014) investigaron sobre la “Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años”. Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 106 escolares de 5 a 6 años de la escuela primaria “José de la Luz y Caballero”, del municipio de Contramaestre, con vistas a valorar la influencia de la lactancia materna en la aparición de maloclusiones, para lo cual se analizaron variables de interés para la investigación. En la serie

predominaron el sexo femenino, la lactancia materna combinada, así como la lengua protáctil y la succión digital como hábitos bucales deformantes.

Se concluye que la lactancia materna combinada ocasionó la aparición de dichos hábitos, lo que unido al poco desarrollo transversal de los maxilares podría relacionarse con el origen de las maloclusiones.

Siguiendo con Moran y Zamora (2013) los cuales titulan su trabajo “Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela”. Este estudio se realizó con la finalidad de determinar las anomalías de las maloclusiones y hábitos orales más frecuente en pacientes infantiles de una escuela pública en el Edo. Miranda, entre edades comprendidas de 6 a 7 años, de ambos sexos.

El método de recolección de datos fue la observación directa. La clase I de la clasificación de Angle es la más predominante, la clase II división 1 es la que sigue y por último la clase III tipo 1. En cuanto a los hábitos el más frecuente es la succión digital, tanto del pulgar como del dedo índice, seguidamente de morder o comerse las uñas y por último la deglución atípica. Adicionalmente, se observó que el índice de higiene bucal de dichos pacientes es muy bajo. Contando así, que la manifestación de maloclusiones es mayor en niños que niñas mientras que la higiene es mala en ambos sexos. Datos que sirven como base y soporte para este estudio por relacionarse directamente con los objetivos planteados.

Para finalizar, González y cols (2012) realizan una revisión bibliográfica sobre las “Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura”. El propósito de esta revisión bibliográfica fue señalar la importancia de detectar los hábitos a temprana edad, señalando los más comunes que presentan los niños, y así evitar que se instale una maloclusión.

Dicha revisión proporciona información sobre la etiología, diagnóstico, efectos bucofaciales y esqueléticos de cada uno de los hábitos, como también las posibles opciones de tratamiento para su corrección; contenido que sirve como referencia para las bases teóricas de la presente investigación.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **Oclusión**

Según la real academia española define la palabra oclusión como a la acción y

equilibrio o su adaptación funcional con respecto a los otros componentes fisiológicos básicos del sistema (articular, muscular, periodontal) en respuesta a las demandas parafuncionales o microtraumas a repetición. Por consiguiente, es una maloclusión funcional, y se asocia a la presencia de contactos prematuros y / o interferencias oclusales, bruxofacetas y sintomatología o disfunción temporomandibular. (Biotti y cols; 2006)

Esta puede producirse por:

1- mal posición dentaria y/o alteración en el número, forma y tamaño de los dientes.

2- mala relación y/o mal desarrollo de las estructuras basales de los arcos dentarios.

3- mal posición y/o malformación de la mandíbula.

4- mal desarrollo del maxilar superior.

5- alteración muscular (maloclusión aguda)

En una mal posición dentaria los dientes puede encontrarse en supra o infraoclusión (es decir extruido o intruido), en giroversión, lingualizados, distalizados, mesializados, vestibularizados, protruidos y retruidos.

A través del diagnóstico semiológico y radiológico podemos clasificar a los pacientes en:

a- **Normocefálicos:** armonía morfofuncional de las estructuras óseas y dentarias.

b- **Braquicefálicos:** predominio de lo ancho sobre lo alto, con un crecimiento mandibular más horizontal o contra-horario.

c- **Dolicocefálicos:** predominio de lo alto sobre lo ancho, con un crecimiento mandibular más vertical u horario (como las esferas del reloj).

Al respecto, Edward Angle (1899) clasifica las maloclusiones tomando como referencia a la relación anteroposterior de los primeros molares incorporando posteriormente los caninos. Hoy a pesar de los años se sigue usando esta clasificación que es estrictamente dentaria. Divide las maloclusiones en tres clases:

**Clase I:** La cúspide mesio vestibular del 1er. Molar superior ocluye en el surco mesio vestibular del 1er. Molar inferior y el canino superior ocluye por distal del canino inferior, entre el canino inferior y el primer premolar inferior.

En este caso la maloclusión no estaría enfocada de acuerdo a la posición de los molares y caninos, ya que esta clasificación es llamada normoclusión, sino a la posible mal posición de los otros elementos elementos (giroversión, mordida cruzada, rotación, entre otros) que en ella habría.

**Clase II:** La cúspide mesiovestibular superior ocluye por mesial del surco mesio vestibular del 1er. molar inferior, y los caninos superiores por delante de los inferiores, y las cúspides mesiopalatinas superiores por delante de la fosa central del elemento antagonista, o bien que todo el maxilar inferior este distalizado (retruído) con respecto al superior. Esta clase se denomina también Distoclusión.

**Clase III:** La cúspide mesiovestibular del 1er. Molar superior ocluye por distal del surco mesiovestibular del 1er, molar inferior y los caninos inferiores muy por delante de los caninos superiores. Por encontrarse los primeros molares y caninos inferiores por mesial con respecto al superior esta clase se denomina también Mesiooclusión. (Planas P; 1994)

### **Hábitos Bucales**

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

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

Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de stress, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparece por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. (Aristigueta; 1989) (Bordoni; 2010)

A continuación, se presentan dos tipos de hábitos:

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

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

Estos hábitos no fisiológicos pueden generar:

1. Mordida abierta anterior y de laterales
2. Protrusiones dentarias
3. Protrusiones dento-alveolares
4. Linguoversiones dentarias, etc.

### **Succión Digital**

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

La succión digital se inicia en el primer año de vida, y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño. (Bordoni; 2010)

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

El efecto de la succión digital depende de la duración, frecuencia e intensidad de habito, del número de dedos implica dos, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfo genético.

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

La intensidad del hábito es otro factor que hay que analizar. Hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral. La posición del dedo también influye, siendo más nociva la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el suelo de la boca y por último, el patrón morfo genético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito. Si el niño presente un patrón de crecimiento mandibular vertical, tendera a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravara dicha tendencia. (Aristigueta; 1989) (Canut J; 2004)

### **Consecuencias de la succión digital**

1. Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema)
2. Retroinclinación de los incisivos inferiores
3. Mordida abierta anterior
4. Prognatismo Alveolar Superior
5. Estrechamiento del arcada superior (Debido principalmente a la acción del musculo buccinador)
6. Mordida cruzada posterior
7. Dimensión vertical aumentada

**La succión del pulgar:** Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa.

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

**Succión del dedo índice:** Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

**Succión del dedo índice y medio:** Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

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

**Succión de varios dedos:** Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión. (Aristigueta; 1989) (Canut J; 2004)

### **Succión del Chupete**

La succión del chupete empieza sobre los primeros 6 meses de vida. Es el hábito de succión no nutritiva más frecuente. Hay mucha controversia sobre la edad a la que se debe quitar el chupete. Hay estudios que sugieren que es posible disminuir el peligro de estas malposiciones pidiéndoles a los padres que reduzcan el tiempo de chupete al niño, ya que, al cesar el hábito, con menos de tres años, se curan espontáneamente. (Aristigueta; 1989)

### **Succión Labial**

Este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica, ya que este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado overjet.

Efectos bucofaciales de la interposición labial

1. Protrusión dentoalveolar superior.
2. Retroinclinación de incisivos inferiores.
3. Labio superior hipotónico.
4. Labio inferior hipertónico.
5. Incompetencia labial.
6. Hipertrofia del musculo mentoniano.

7. La presión excesiva del labio inferior que impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.
8. Mordida profunda.
9. Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
- 10. Retrognatismo mandibular. (Rodríguez y col; 2007)**

### **Deglución Atípica**

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impele el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo. (Aristigueta; 1989) (Canut J; 2004)

Esta se puede deber a:

- Amígdalas hipertróficas
- Macroglosia (la cual es poco frecuente)
- Alimentación prolongada por medio de tetero
- Pérdida prematura de los dientes temporales anteriores

### **Consecuencias de la deglución atípica**

- Mordida abierta en la región anterior y posterior
- Protrusión de incisivos superiores

- Presencia de diastema antero superiores
- Labio superior hipotónico
- Incompetencia labial
- Hipertonicidad de la borda del mentón

### **Respiración Bucal**

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

- **Por obstrucción funcional o anatómica:** es la respiración bucal de vida a qué nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.
- **Por hábito:** el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre. (Aristigueta; 1989) (Canut J; 2004)

**Características faciales y dentarias de da respiración bucal** (Aristigueta; 1989) (Canut J; 2004)

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

- Retrognatismo del maxilar inferior
- Labio superior corto e hipotónico.
- Labio inferior hipertónico
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- Vestibuloversión de incisivos superiores, mesogresión de posteriores (Clase II Div 1ª)
- Maxilar superior estrecho.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.
- Incompetencia Labial.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados
- Perfil convexo.

### **Otros hábitos no fisiológicos**

#### **El Bruxismo**

Otro de los hábitos no fisiológicos, voluntario o involuntario que se realiza diurno o nocturno con manifestaciones de rechinar o apretamiento ocasional o habitual de los dientes, ambas manifestaciones actúan en dos estados de conciencia diferentes.

El cual puede aparecer modificado bajo la forma de masticación excesiva de chicles, morder nueces o dulces, morder cadenas y mantenerse toda la vida, la mayoría de las investigaciones coinciden en que aumenta durante la dentición mixta (7 y 10 años) estando relacionado con interferencias oclusales y déficit de protección canina y luego disminuye con la edad, el mismo no progresa en niños con la misma

gravedad que en los adultos gracias a su aumentada capacidad de reparación. Entre las manifestaciones orales reportadas están la atrición, lesión periodontal, alteración de la mordida, disminución de la dimensión vertical. (Mosby; 2009)

### **La Onicofagia**

Se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas con los dientes. Como hábito es muy frecuente en niños en edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años de edad, y no guarda relación con el nivel mental de la persona. (Mosby; 2009)

### **Queilofagia**

Se define como la costumbre de morderse los labios o carrillos. Se presenta tanto en niños como en adolescentes sin predisposición de sexo. (Mosby; 2009)

### **Interposición Lingual o Empuje Lingual:**

Aparece como sustituto de la succión digital. La posición lingual en dicho hábito puede favorecer el desarrollo de una disto-oclusión (con resalte superior, tendencia a mordida abierta anterior, protrusión excesiva) al igual que la succión digital. Si la lengua es proyectada hacia abajo puede llegar a producir una maloclusión clase III. Ha sido considerada por algunos como una etapa transitoria de cambio funcional entre la deglución infantil y la deglución madura, mientras que otros la señalan como causa de maloclusiones. (Mosby; 2009)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

El marco metodológico es considerado esencial en una investigación, este guía los objetivos del mismo a través de distintas herramientas y pasos con el fin de alcanzarlos; por lo que Arias (2012) plantea que la metodología del proyecto incluye el tipo o tipos de investigación, las técnicas y los instrumentos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación. Es el cómo se realizó el estudio para responder al problema planteado.

#### **3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se trata de una investigación descriptiva, de campo transversal, en donde se busca describir o caracterizar un hecho, fenómeno con el fin de establecer su estructura o comportamiento, esta se realizó en la realidad donde ocurren los hechos, tomando los datos directamente de los sujetos investigados en un momento dado. En este sentido la investigación tuvo por objetivo determinar la prevalencia de maloclusiones en presencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes de la Clínica de Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Enero – Abril 2017.

### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2014) establecen que la población o universo “Es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p. 65).

Por consiguiente, la población de esta investigación estuvo conformada por los pacientes que asistieron a la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el período Enero – Abril 2017 con un total 325 historias clínicas registradas durante dicho período.

Por su parte, según Arias (2012), la muestra representa un “subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (p. 83). Esta se seleccionó al azar simple ya que todos los integrantes de la población tienen las mismas posibilidades de ser seleccionados.

En este sentido, como muestra de estudio se recolectaron los datos de 98 historias clínicas que equivalen al 30% de los pacientes que asistieron a la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo Enero-Abril 2017.

### **3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Arias (2012) explica que la técnica es el procedimiento o forma de obtener los datos o información necesaria para la investigación; así mismo, define un instrumento de recolección de datos como cualquier recurso, formato en papel o digital, que se utiliza para obtener y registrar la información.

En este orden de ideas, para realizar la presente investigación se utilizó la observación estructurada mediante la implementación de una guía de observación en la cual se registraron los datos referentes a las variables y dimensiones descritas,

obtenidos de datos de las historias clínicas de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo Enero-Abril 2017.

### **3.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

La validez se refiere al grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir; por su parte la confiabilidad indica que un instrumento puede ser aplicado varias veces sobre diferentes sujetos y los resultados serán correctos; sin embargo en el caso de esta investigación por tratarse de un guía de observación para registrar datos obtenidos de una Historia clínica, no se requirió realizar validez ni confiabilidad, por ser la Historia Clínica un documento médico legal previamente validado y autorizado.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

Una vez realizada la recolección de datos de las Historias Clínicas de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez del periodo Enero-Abril 2017, se procedió al procesamiento de los mismos mediante la estadística descriptiva, a través de la cual se caracterizan y presentan la información obtenida de un conjunto de datos a fin de descubrir en la forma apropiada las diversas características de ese conjunto.

En este sentido, los datos son presentados de acuerdo a los objetivos, variables y dimensiones preestablecidos presentados en el cuadro de operacionalización de variables.

Así mismo, es importante resaltar el hecho de que en la muestra de estudio se tomaron los datos de 98 historias clínicas de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez del Periodo Enero-Abril 2017; sin embargo, para efectos de esta investigación, los resultados se presentan en base al número o cantidad de maloclusiones y hábitos bucales no fisiológicos ya que un mismo paciente puede presentar varios tipos de maloclusión, así como varios tipos de hábitos bucales no fisiológicos.

### CUADRO 1

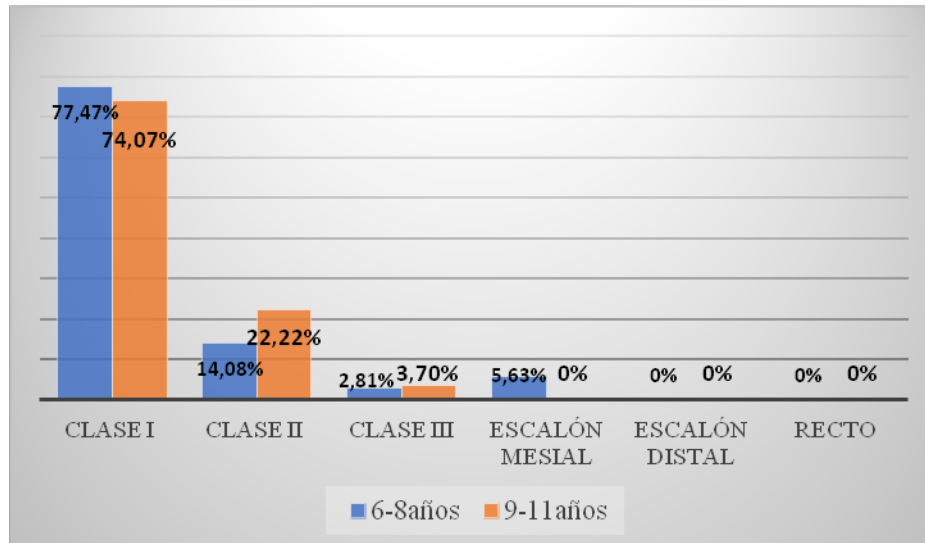
**Tipo de maloclusión según clasificación de Angle por edad de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**

Clasificación de Angle	Edad 6 – 8 años		Edad 9 – 11 años	
	N	%	N	%
Clase I	55	77.47%	20	74.07%
Clase II	10	14.08%	6	22.22%
Clase III	2	2.81%	1	3.70%
Escalón mesial	4	5.63%	0	0%
Escalón Distal	0	0%	0	0%
Recto	0	0%	0	0%
TOTAL pacientes por edad	71	100%	27	100%

Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

### GRÁFICO 1

**Tipo de maloclusión según clasificación de Angle por edad de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**



Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

### Análisis Cuadro 1:

En relación al tipo de oclusión molar según la clasificación de Angle por edad, se puede evidenciar que la clase I prevalece con un 77.47% en el grupo etario de 6 a 8 años y con un 74.07% en el grupo etario de 9 a 11 años; seguidamente se encuentra la relación molar clase II con un 22.22% en el grupo de 9 a 11 años y un 14.08% en el grupo de 6 a 8 años. Por su parte, la clase III se presentó en un 3.70% en el grupo de 9 a 11 años y en un 2.81% en el grupo de 6 a 8 años y en dentición temporal solo se evidencio el escalón mesial en el grupo de 6 a 8 años con un 5.63%.

Se concluye que del total de pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez durante el período Enero-Abril 2017 asistieron 71 en edades comprendidas de 6 a 8 años y 27 en edades comprendidas de 9 a 11 años, de los cuales la relación molar que prevalece es la clase I de Angle, la cual es considerada como normo/oclusión, en ambos grupos.

Morán y Zamora (2013) en su estudio publicado sobre tipos de maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre

6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela, concuerdan con estos resultados, donde presentan que en un porcentaje considerable la Clase I (49.0%) de la clasificación de Angle, es la más prevalente, la Clase II (33.9%) y por último la Clase III con 16.9%, siendo el más bajo de los porcentajes.

Así mismo, en el estudio de Meneses y cols (2016), la edad promedio fue de 8,7 años ( $\pm 1,8$ ), y analizaron las oclusiones según los planos espaciales, en donde en el plano sagital la mayoría de los escolares presentó relación clase I de Angle igual que en el presente estudio.

## CUADRO 2

**Tipo de maloclusión según clasificación de Angle por sexo de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez.**

**Periodo Enero-Abril 2017.**

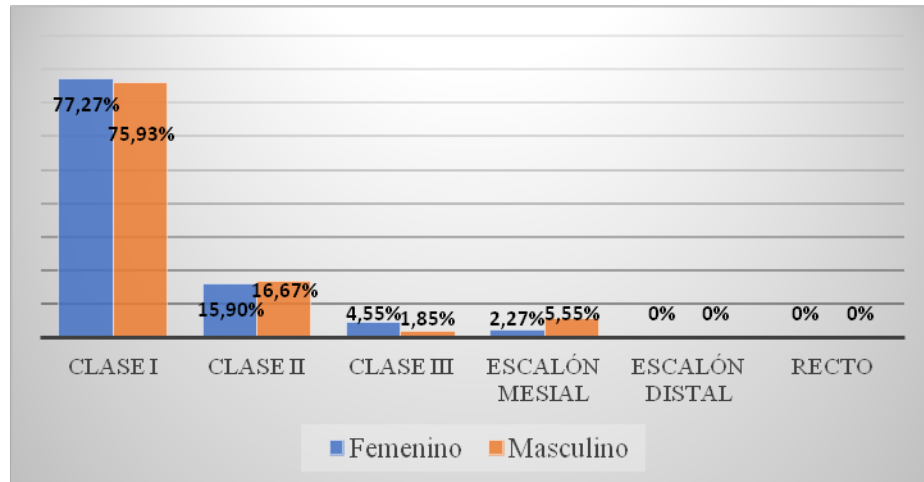
Clasificación de Angle	Sexo Femenino		Sexo Masculino	
	N	%	N	%
Clase I	34	77.27%	41	75.93%
Clase II	7	15.90%	9	16.67%
Clase III	2	4.55%	1	1.85%
Escalón mesial	1	2.27%	3	5.55%
Escalón Distal	0	0%	0	0%
Recto	0	0%	0	0%
<b>TOTAL pacientes por sexo</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

## GRÁFICO 2

**Tipo de maloclusión según clasificación de Angle por sexo de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez.**

**Periodo Enero-Abril 2017.**



Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

### Análisis Cuadro 2:

En términos generales, en relación al sexo se evidencia predominio del sexo masculino con 54 pacientes mientras que en el femenino fueron 44 pacientes.

Sin embargo, de estos, se observa prevalencia de la clase I de Angle con un 77.27% en el sexo femenino y un 75.93% en el sexo masculino.

Siguiendo con la clase II de Angle en la cual se registró un 16.67% en el sexo masculino y un 15.90% en el sexo femenino. En la clase III de Angle en el sexo femenino se presentaron 4.55% casos, mientras que en el sexo masculino 1.85%.

Referentes a la relación molar en dentición temporal, solo se registró el escalón mesial con 5.55% del sexo masculino y 2.27% del sexo femenino.

Al respecto, de los escolares evaluados en el estudio de Meneses y cols (2016) un 50,2% correspondientes a 211 pacientes fueron del sexo femenino, datos que difieren de los presentados en este estudio.

Por su parte, Morán y Zamora (2013) encontraron que los pacientes son mayormente masculinos con un 62.2% y femenino con 37.7%.

### CUADRO 3

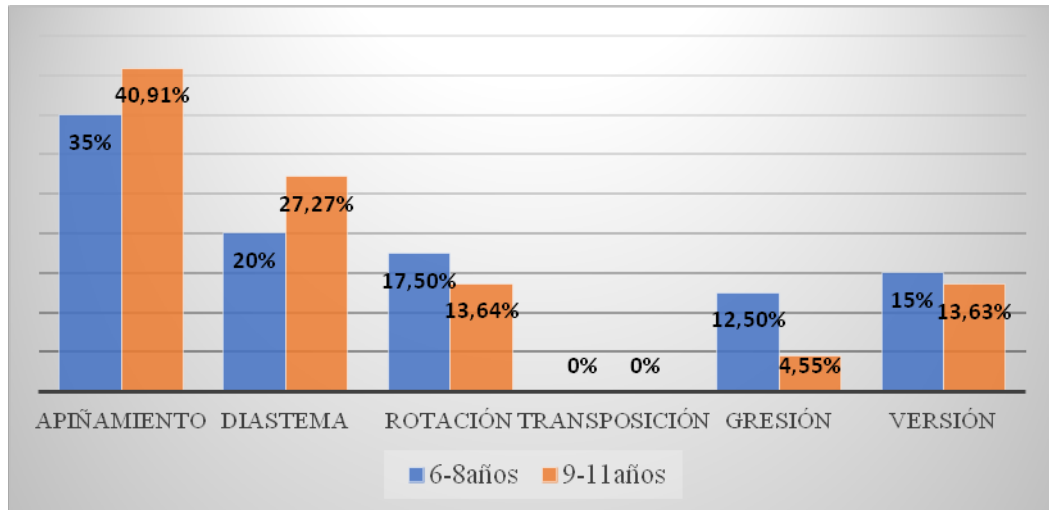
**Tipo de maloclusión según alteraciones de posición por edad de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**

Alteraciones de Posición	Edad 6-8 años		Edad 9-11 años	
	N	%	N	%
Apiñamiento	14	35%	9	40.91%
Diastema	8	20%	6	27.27%
Rotación	7	17.5%	3	13.64%
Transposición	0	0%	0	0%
Gresión	5	12.5%	1	4.55%
Versión	6	15%	3	13.63%
TOTAL maloclusiones por edad	40	100%	22	10%

Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

### GRÁFICO 3

**Tipo de maloclusión según alteraciones de posición por edad de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**



Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

### Análisis Cuadro 3:

A continuación, se reflejan las maloclusiones que se presentan en los pacientes por edades, destacando que cada paciente pudo haber presentado más de una maloclusión, los datos obtenidos fueron los siguientes:

Se evidencia mayor prevalencia de maloclusiones en el grupo etario de 6 a 8 años con 40 maloclusiones en total, donde se presentó el apiñamiento en un 35%, seguido por los diastemas en un 20%, la rotación 17.50%, la versión 15% y gresión 12.50%.

Por su parte, en el grupo etario de 9 a 11 años se presentaron 22 maloclusiones, de las cuales un 40.91% fue el apiñamiento, seguido por un 27.27% los diastemas, 13.64% la rotación, 13.63 la versión y 4.55% la gresión.

En ningún grupo se presentó la transposición como maloclusión.

Catari y cols (2014) explican que el apiñamiento se considera como un criterio de inclusión como maloclusión ya que el mismo, altera la forma y desarrollo de los

arcos dentarios, y por consiguiente se desarrollará la maloclusión, en su estudio esta maloclusión fue la más prevalente.

#### CUADRO 4

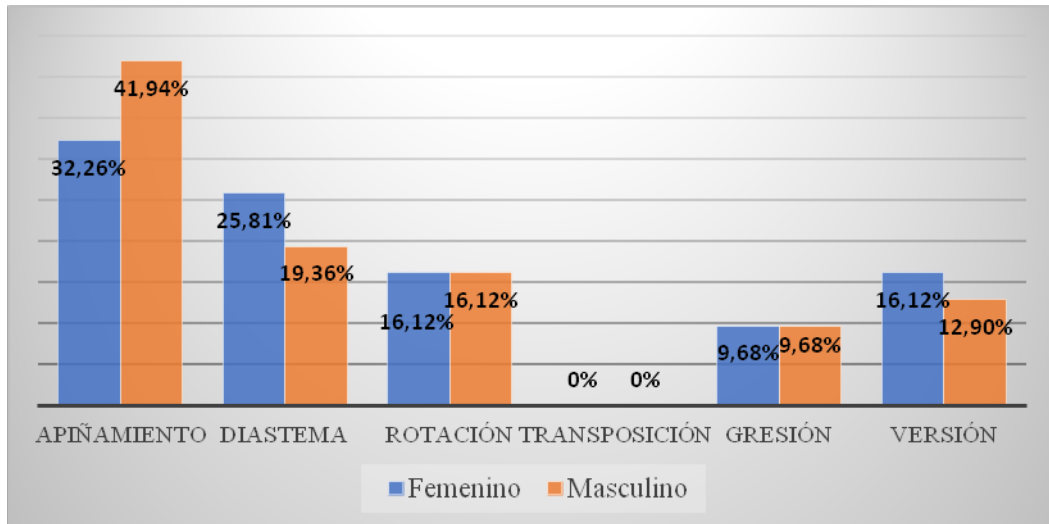
**Tipo de maloclusión según alteraciones de posición por sexo de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**

Alteraciones de Posición	Sexo Femenino		Sexo Masculino	
	N	%	N	%
Apiñamiento	10	32.26%	13	41.94%
Diastema	8	25.81%	6	19.36%
Rotación	5	16.12%	5	16.12%
Transposición	0	0%	0	0%
Gresión	3	9.68%	3	9.68%
Versión	5	16.12%	4	12.90%
TOTAL maloclusiones por sexo	31	100%	31	100%

Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

#### GRÁFICO 4

**Tipo de maloclusión según alteraciones de posición por sexo de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**



Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

#### Análisis Cuadro 4:

A continuación, se refleja las maloclusiones que se presentan en los pacientes por sexo, destacando que cada paciente pudo haber presentado más de una maloclusión, los datos obtenidos fueron los siguientes:

Tanto en el sexo femenino como en el masculino se presentaron 31 maloclusiones respectivamente. Lo que quiere decir que no se evidencia prevalencia por sexo en los pacientes con maloclusiones.

En el apiñamiento hubo prevalencia en el sexo masculino con un 41.94% mientras que el sexo femenino esta se presentó en un 32.26%.

Los diastemas se presentaron con un 25.81% en el sexo femenino y un 19.36% en el sexo masculino.

La rotación se presentó con un 16.12% en ambos sexos.

Luego, la versión se presentó en un 16.12% en el sexo femenino y un 12.90% en el sexo masculino.

Por último, la gresión se presentó con un 9.68% en ambos sexos.

No se evidenció la transposición como maloclusión en el grupo estudiado.

Al respecto, Menese y cols (2016) en sus resultados explican que en relación al sexo no se encontraron diferencias estadísticas significativas para las variables.

#### **CUADRO 5**

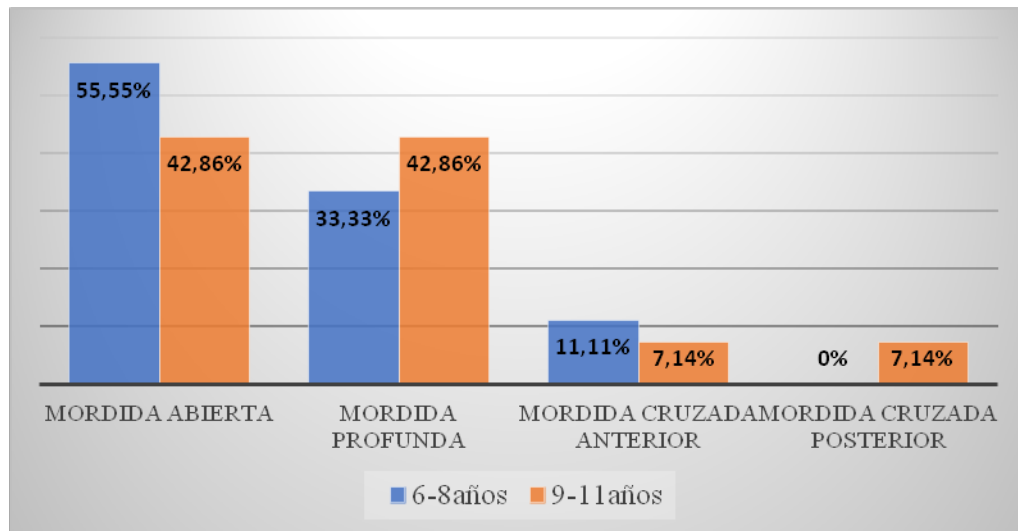
**Tipo de maloclusión según alteraciones de mordida por edad de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**

Alteraciones de Mordida	Edad 6-8 años		Edad 9-11 años	
	N	%	N	%
Mordida Abierta	10	55.55%	6	42.86%
Mordida Profunda	6	33.33%	6	42.86%
Mordida Cruzada Anterior	2	11.11%	1	7.14%
Mordida Cruzada Posterior	0	0%	1	7.14%
TOTAL alteraciones de mordida por edad	18	100%	14	100%

Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

#### **GRÁFICO 5**

**Tipo de maloclusión según alteraciones de mordida por edad de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**



Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

#### **Análisis Cuadro 5:**

Según el tipo de mordida los datos obtenidos mostraron 18 casos con alteraciones de mordida en el grupo etario de 6 a 8 años y 14 casos en el grupo etario de 9 a 11 años.

Al respecto, la alteración de mordida que se presentó con mayor prevalencia fue la mordida abierta en el grupo de 6 a 8 años con un 55.55% y en el grupo de 9 a 11 años con un 42.86%.

Seguida por la mordida profunda con un 42.86% en el grupo de 9 a 11 años y un 33.33% en el grupo de 6 a 8 años.

La mordida cruzada anterior se presentó en un 11.11% en el grupo de 6 a 8 años y en un 7.14% en el grupo de 9 a 11 años; mientras que la mordida cruzada posterior se presentó con un 7.14% en el grupo de 9 a 11 años.

#### **CUADRO 6**

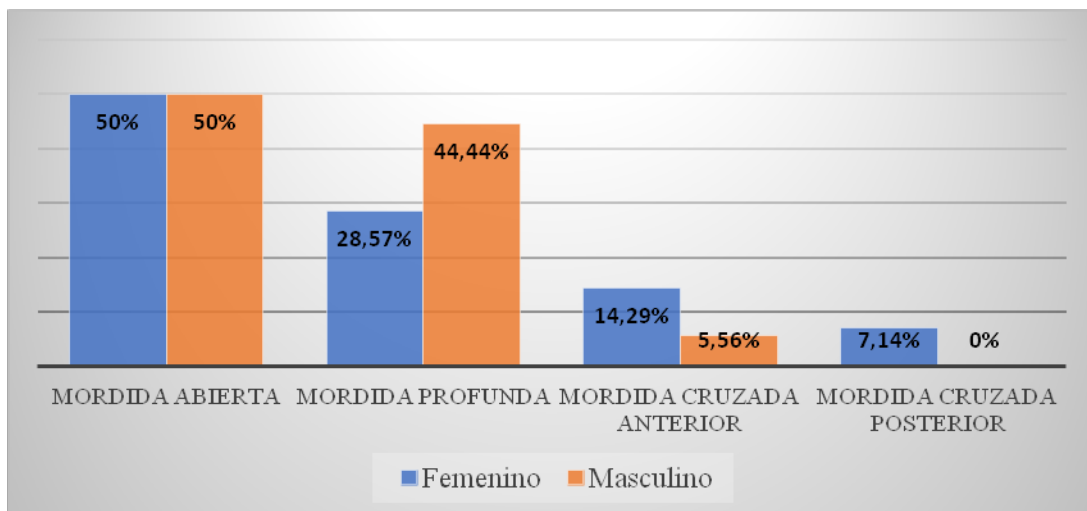
**Tipo de maloclusión según alteraciones de mordida por sexo de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**

Alteraciones de Mordida	Sexo Femenino		Sexo Masculino	
	N	%	N	%
Mordida Abierta	7	50%	9	50%
Mordida Profunda	4	28.57%	8	44.44%
Mordida Cruzada Anterior	2	14.29%	1	5.56%
Mordida Cruzada Posterior	1	7.14%	0	0%
TOTAL alteraciones de mordida por sexo	14	100%	18	100%

Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

**GRÁFICO 6**

**Tipo de maloclusión según alteraciones de mordida por sexo de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**



Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

**Análisis Cuadro 6:**

Con respecto al sexo según las alteraciones de mordida, se muestran 18 alteraciones en el sexo masculino y 14 en el sexo femenino, de las cuales se evidencia un 50% tanto en el sexo femenino como en el masculino de la mordida abierta, 44.44% en el sexo masculino y 28.57% en el sexo femenino de la mordida profunda, 14.29% en el sexo femenino y 5.56% en el masculino de la mordida cruzada anterior y por último la mordida cruzada posterior 7.14% del sexo femenino.

#### **CUADRO 7**

**Presencia y tipo de hábito bucal no fisiológico de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**

Tipo de hábito bucal no fisiológico	N	%
Succión Digital	10	7.93%
Succión del chupete o biberón	6	4.76%
Respiración bucal	26	20.63%
Onicofagia	30	23.80%
Queilofagia	9	7.14%
Ninguno	45	35.71%
TOTAL Hábitos	126	100%

Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

#### **GRÁFICO 7**

**Presencia y tipo de hábito bucal no fisiológico de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**



Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

#### **Análisis Cuadro 7:**

Al establecer la prevalencia de la presencia por tipos de hábitos bucales no fisiológicos de los pacientes se pudo evidenciar como 36% no reporto ningún tipo de hábitos, y de los hábitos presentes el más prevalente fue la onicofagia con un 24%, seguida por la respiración bucal con un 20%, la succión digital 8%, la queilofagia 7% y la succión del chupete o biberón 5%.

En relación a los hábitos bucales no fisiológicos más frecuentes, en el estudio presentado por Cataldi y cols (2014) obteniendo el porcentaje de incidencia de cada hábito, en los cuales se obtuvo con mayor incidencia la onicofagia con un valor de 40 pacientes que practican este hábito y representa 58%, seguido por el uso de biberones con un valor de 18 pacientes que practicaron este hábito que equivale a 26%, así mismo, el hábito de succión digital estuvo presente en 8 pacientes que presentaron este hábito que corresponde al 12%, y por último, el uso de chupetes con una frecuencia de 3 pacientes que presentaron este hábito el cual corresponde a 4 %.

En el estudio de Meneses (2016) se presentan los hábitos bucales que representan un factor de riesgo en la incidencia de maloclusiones, en los cuales la onicofagia de presentó con mayor prevalencia.

### **CUADRO 8**

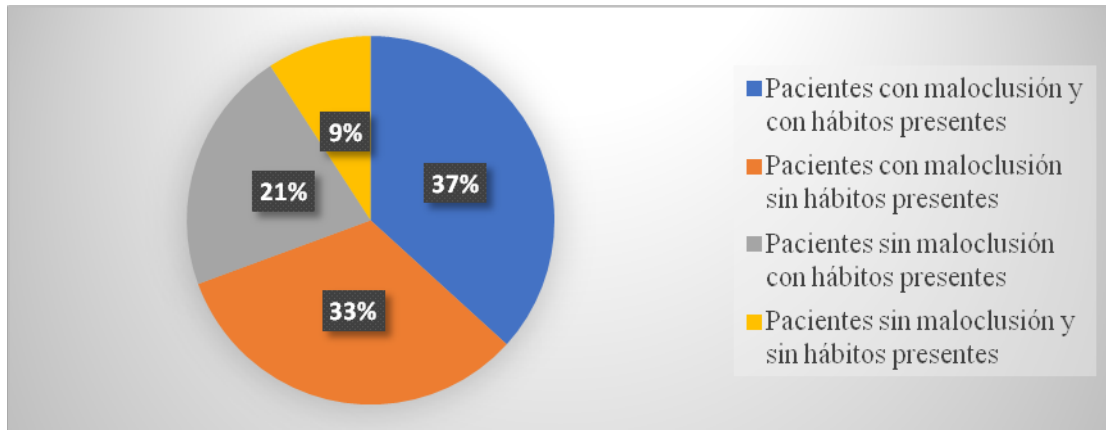
**Prevalencia de pacientes con maloclusiones con respecto a la presencia de hábitos bucales no fisiológicos de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**

Maloclusión con respecto a hábitos	N	%
Pacientes con maloclusión y con hábitos presentes	36	36.74%
Pacientes con maloclusión sin hábitos presentes	32	32.65%
Pacientes sin maloclusión con hábitos presentes	21	21.43%
Pacientes sin maloclusión y sin hábitos presentes	9	9.18%
TOTAL pacientes	98	100%

Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

### **GRÁFICO 8**

**Prevalencia de pacientes con maloclusiones con respecto a la presencia de hábitos bucales no fisiológicos de los pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Periodo Enero-Abril 2017.**



Fuente: Lugo y Pacheco 2017.

### Análisis Cuadro 8

Al establecer la prevalencia en relación a la presencia de maloclusiones con respecto a la presencia de hábitos bucales no fisiológicos en estos pacientes se evidencia que un 37% presentó maloclusiones en presencia de hábitos, mientras que 33% de estos presentó maloclusiones pero sin hábitos bucales.

Por su parte, de los pacientes sin maloclusiones un 21% reportó presencia de hábitos y un 9% sin hábitos bucales presentes.

Es importante destacar que se consideran sin maloclusión aquellos que presentaron una relación molar de Angle Clase I o normo/oclusión sin alteraciones en la posición de los dientes ni alteraciones en la mordida.

En relación a estos resultados, se presentan los obtenidos por Cataldi y cols (2014) en donde igualmente establecieron la relación de los pacientes que presentan hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión con 51 pacientes que corresponde a 47%, seguido de 29 pacientes que no presentaron hábitos bucales no fisiológicos ni

maloclusiones que equivale a 26%, luego se presenta una frecuencia de pacientes que no practicaban hábitos bucales no fisiológicos pero si existía la presencia de maloclusiones equivalente a 20 pacientes que corresponde a 18%, y por último, se presentaron 10 pacientes con hábitos bucales no fisiológicos que no presentaron maloclusión, correspondiente a 9%.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Conclusiones**

Se puede concluir que del total de pacientes de la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo Enero-Abril 2017 asistieron 71 en edades comprendidas de 6 a 8 años y 27 en edades

comprendidas de 9 a 11 años, de los cuales la relación molar que prevalece es la clase I de Angle, la cual es considerada como normo/oclusión, en ambos grupos. Además, en términos generales, en relación al sexo se evidencia predominio del sexo masculino con 54 pacientes mientras que en el femenino fueron 44 pacientes. Sin embargo, de estos, se observa prevalencia de la clase I de Angle con un 77.27% en el sexo femenino y un 75.93% en el sexo masculino.

Por su parte, se evidencia mayor prevalencia de maloclusiones en el grupo etario de 6 a 8 años con 40 maloclusiones en total, donde se presentó el apiñamiento en un 35%, seguido por los diastemas en un 20%, la rotación 17.50%, la versión 15% y gresión 12.50%. Tanto en el sexo femenino como en el masculino se presentaron 31 maloclusiones respectivamente. Lo que quiere decir que no se evidencia prevalencia por sexo en los pacientes con maloclusiones.

Según el tipo de mordida los datos obtenidos mostraron 18 casos con alteraciones de mordida en el grupo etario de 6 a 8 años y 14 casos en el grupo etario de 9 a 11 años. Con respecto al sexo según las alteraciones de mordida, se muestran 18 alteraciones en el sexo masculino y 14 en el sexo femenino.

Al establecer la prevalencia de la presencia por tipos de hábitos bucales no fisiológicos de los pacientes se pudo evidenciar como 36% no reporto ningún tipo de hábitos, y de los hábitos presentes el más prevalente fue la onicofagia con un 24%, seguida por la respiración bucal con un 20%, la succión digital 8%, la queilofagia 7% y la succión del chupete o biberón 5%.

La prevalencia en relación a la presencia de maloclusiones con respecto a la presencia de hábitos bucales no fisiológicos en estos pacientes se evidencia que un 37% presentó maloclusiones en presencia de hábitos, mientras que 33% de estos presentó maloclusiones pero sin hábitos bucales.

## **Recomendaciones**

- Dicho trabajo servirá de sustento como marco referencial para futuras investigaciones.
- Se recomienda proveer información necesaria a padres y representantes sobre las consecuencias de los hábitos bucales no fisiológicos, y la importancia de erradicarlos tempranamente.
- Se recomienda la detección oportuna de dichos hábitos ya que algunos casos ameritarán de la remisión a un médico especialista para el correcto diagnóstico e implementación de un tratamiento oportuno que favorezca el correcto desarrollo de la oclusión.
- Se recomienda la disminución o erradicación de los mismos aplicando además terapias en casa de restricciones. Sobre todo, ante el chupete o biberón, el cual no debe implementarse antes de los 6 meses de edad, y debe retirarse y suplir por vasos de entrenamiento una vez que el niño (a) así lo amerite.
- Realizar consultas odontopediátricas desde la aparición de la dentición primaria e incluso antes de ella y un control periódico. Estas serán preventivas y educativas para los padres y niños.
- Inducir el desarrollo de los maxilares mediante una alimentación blanda, semiblanda y sólida de acuerdo al grupo etario. No prolongar la dieta blanda más tiempo del debido. Acudir al pediatra para recomendaciones de dieta.
- Así mismo, se recomienda la detección temprana de maloclusiones en los niños comenzando la edad escolar para así poder intervenir a través de tratamientos ortopédicos u ortodónticos interceptivos.
- Se propone que los pacientes que asistan a la Clínica del Niño y del Adolescentes de la Universidad José Antonio Páez y presenten algún tipo de maloclusión sean remitidos al área de ortopedia para que sean tratados integralmente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias F (2012). . Sexta Edición. Editorial Episteme.
- Aristigueta, Ricardo. (1989). 2da. Edición. Ediciones  
Monserate LTDA. Bogotá Colombia.
- Betancourt,O. (1986). Estudio epidemiológico de las maloclusiones en dos zonas  
rurales Venezolanas. [ , Facultad de Odontología,  
Universidad Central de Venezuela.
- Biotti y cols. (2006).  
Editorial Amolca.
- Bodorni; Rojas, E; Mercado, C. (2010).  
(1er edición) Buenos Aires: Médica  
Panamericana.

- Canut JA. (1989). . En: Canut JA. Ortodoncia clínica. Salvat. Barcelona
- Canut, Jose A. (2004). . Editorial Masson. Barcelona España.
- Catari P y cols (2014). Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta de odontopediatría. . Volumen 52, N°2.
- Estrada y cols (2015). Factores de riesgo de maloclusiones en niños de 5 años con dentición temporal. ; Vol. 21 No.1
- Gonzalez y cols (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica.
- Hernández, Fernández y Baptista (2014). . Quinta Edición. Mc. Graw Hill.
- Hollenberg RW. (1995). Prevention of dental malocclusions in children. ; 66 (9); 43.
- Lugo y Toyo (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones.
- Mafla AC, Barrera DA, Muñoz GM. (2011) Maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de Pasto, Colombia. Univ Antioq;22(2):173-85.
- Martín Cid Gutiérrez C. (2008). Estudio epidemiológico de maloclusiones en niños de 6 a 15 años de la comunidad de Madrid de acuerdo con el índice estético dental: comparación entre dos grupos [ ]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Mendez H, Mijares A. (1987). . Fundacredesa. Caracas.
- Meneses y cols (2016) Perfil epidemiológico de la oclusión estática y hábitos orales en un grupo de escolares de la ciudad de Medellín. . Vol. 12, Núm. 22
- Mijares A. (1983). . Fundacredesa. Caracas.

- Moran y Zamora (2013) Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela.
- Mosby. (2009). . (2da edición). España: Elsevier Mosby.
- OMS. (2012). . Nota Informativa N° 318.
- Paredes A, Paredes C. (2005). Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. (Barc);62(3):261-5.
- Planas, P.: (1994) 2da Edición. Barcelona, España, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Rodríguez Yañez E., Casasa Araujo R., Natera A. C. (2007). . 1 edición Venezuela. Amolca.
- Saturno, L. (1980) Características de la oclusión de 3630 escolares del área metropolitana de Caracas. :18 N° 2.
- Vallejo y cols (2011). Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol ; 27 (3): 137-145.
- Vergara y cols (2014). Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. ;18(8):1091

# ANEXOS

### 2.3 Sistema de Operacionalización de las Variables

Objetivo General	VARIABLES	Definición de la Variable	Dimensiones	Indicadores	Items
Determinar la prevalencia de maloclusiones en presencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes de la Clínica de Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Enero – Abril 2017.	Maloclusiones	Categorización de las alteraciones en la oclusión fisiológica o normal de las personas	Clasificación de Angle.	Clase I, Clase II y Clase III, Borde a Borde (Dentición Permanente) Escalon Recto, Mesial o Distal (Dentición Temporal)	1
			Alteraciones de posición	Apiñamiento, diastema, rotación, transposición, gresión, versión	2
			Alteraciones de mordida	Mordida abierta, profunda, cruzada anterior, cruzada posterior.	3

	Hábitos bucales no fisiológicos	Costumbre o práctica adquirida por repetición consciente o inconsciente que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos	Succión Digital Succión del chupete o biberón Respiración Bucal Onicofagia Queilofagia	Presencia o Ausencia	4
--	------------------------------------	---	---	----------------------------	---



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR.  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA.  
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
GUÍA DE OBSERVACIÓN

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN PRESENCIA DE HÁBITOS BUCALES NO FISIOLÓGICOS EN  
LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.  
ENERO - ABRIL 2017.**

**Autoras: Lugo Ma. José. Pacheco Zuleidy.**



c) Número de embarazos: \_\_\_\_\_  
 d) Tiempo de embarazo: \_\_\_\_\_  
 e) Parto: \_\_\_\_\_  
 f) Peso y medida del recién nacido: \_\_\_\_\_

✓ Lactancia: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ meses.  
 a) Materna: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ meses.  
 b) Artificial: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ meses.  
 c) Ablactación: Desde \_\_\_\_\_ meses.

✓ Paciente:  
 a) Padece de alguna enfermedad como:  
 ( ) Alergias ( ) Asma ( ) Convulsión ( ) Fractura ( ) Hernia  
 ( ) Traumatismo ( ) Alteración respiratoria ( ) Alteración neurológica  
 ( ) Alteración ocular ( ) Alteración auditiva ( ) Alteración dental  
 ( ) Alteración dermatológica ( ) Cirugía, Hospitalización ( ) Otros.

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

b) ¿Esta bajo tratamiento médico en la actualidad?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

c) Visita al Odontólogo Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Motivo de consulta: \_\_\_\_\_  
 Comportamiento en la consulta: \_\_\_\_\_

d) Inmunizaciones:  
 ( ) BCG ( ) Antineumococo ( ) Antiamarilica  
 ( ) Polio ( ) Antivaricela ( ) Antiinfluenza  
 ( ) Pentavalente ( ) Triple Bacteriana ( ) Trivalente viral  
 ( ) Hepatitis A ( ) Hepatitis B ( ) Antimeningitis  
 ( ) Toxide tetánico ( ) Antirotavirus ( ) Bivalente viral  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

e) Desarrollo Psicomotor:  
 Sedestación: \_\_\_\_\_ meses. Bipedestación: \_\_\_\_\_ meses.  
 Caminó: \_\_\_\_\_ meses. 1<sup>er</sup> diente: \_\_\_\_\_ meses.  
 1<sup>er</sup>a palabra: \_\_\_\_\_ meses.

f) Hábitos:  
 ( ) Succión Digital ( ) Respirador bucal ( ) Biberón  
 ( ) Chupón ( ) Onicofagia ( ) Queilofagia  
 ( ) Geofagia ( ) Enuresis ( ) Golosinas  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

g) Dieta: Balanceada ( ) Hidrocarbonada ( ) Deficiente ( )  
 Meriendas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	Normal		Alterada	
Linea Media Relación Camina	Der.	Izq.	Der.	Izq.

Overjet	
Overbite	

✓ Análisis de la Oclusión:

Dentición Temporal:

	Derecha	Izquierda
Escalón Recto		
Escalón Mesial		
Escalón Distal		

Dentición Permanente:

	Clase I	Clase II	Clase III	Borde a Borde
Derecha				
Izquierda				

Observaciones:

IHOS

16/55	11/51	26/65	16/55	11/51	26/65
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46/85	41/81	36/75	46/85	31/81	36/75
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMA

IC

IHOS

CONDUCTA DEL PACIENTE SEGÚN WRIGHT:

Cooperador ( )

Con capacidad potencial de cooperar ( )

- ( ) Timido
- ( ) Agresivo
- ( ) Miedoso
- ( ) Desafiante
- ( ) Llorosos

Incapaz de cooperar ( )

TIPO DE PADRES:

Cooperador ( )

No cooperador ( )

- ( ) Despreocupado
- ( ) Sobreprotector
- ( ) Regañoso
- ( ) Débiles

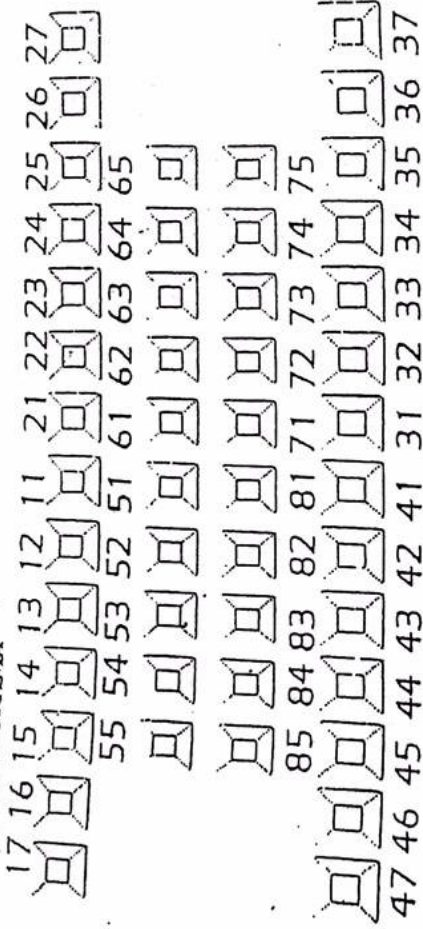
edad, C.I.: V.  
 niño (a),  
 Pérez, doy mi  
 diagnósticas, el  
 rias, exámenes  
 ue permita la  
 ue presenta mi  
 realizado por el  
 so clínico a los  
 itivo y darle la

ria y que puedo  
 alia. Así mismo  
 por el bachiller

línico me serán  
 bre mis derechos

ODONTODIAGRAMA  
 Dentición: ( ) Temporal ( ) Permanente ( ) Mixta

ODONTODIAGRAMA



CPOD E      Ei      O      S      c      el      o     

Observaciones:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

- Radiografías:
  - Periapical Completo ( )
  - Coronales Interproximales ( )
  - Oclusal ( )
  - Panorámica ( )
  - Cefálica Lateral ( )
  - Otra ( )
- Laboratorio:
  - Tipo: \_\_\_\_\_
  - Observaciones: \_\_\_\_\_

	UD
Caries interproximal	
Comunicación pulpar	
Alteraciones periapicales	
Ausencias congénitas	
Reabsorciones internas	
Reabsorciones externas	
Supernumerarios	
Lesión de furca	
Otros	

- Tipo de Mordida:
  - ( ) Abierta ( ) Cubierta ( ) Cruzada anterior ( ) Cruzada posterior
- Anomalías de Posición:
  - ( ) Apilamiento ( ) Diastema ( ) Rotación ( ) Transposición ( ) Gresión
  - ( ) Versión ( ) Otro
  - Observaciones: \_\_\_\_\_