



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ANOMALÍAS  
DENTOMAXILOFACIALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA  
Y ORTODONCIA I DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autor(es):

Karla María García Saab

C.I. 21.476.403

María Alejandra Ostos Moreno

C.I. 26.162.742

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego  
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



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



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ANOMALÍAS DENTOFACIALES EN  
PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA I DE LA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo.

Autor(es):

Karla María García Saab

C.I. 21.476.403

María Alejandra Ostos Moreno

C.I. 26.162.742

Tutor(a): Od. Nora de Fraino



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



San Diego, Mayo de 2019.

### ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado:  
**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA I DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**, ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Nombre Tutor Académico

*Nora del Tronco*

*[Firma]*  
Firma

Fecha



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



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ANOMALÍAS  
DENTOMAXILOFACIALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA  
Y ORTODONCIA I DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**ESTUDIANTES**

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

21.476.403

Karla María García Saab

26.162.742

María Alejandra Ostos

Tutor Propuesto: Nora de Fraino

Firma:

Cédula de Identidad N° 3.990.402

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Firma

Sello

Fecha



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



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

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cédula De Identidad
Direccion:		Teléfono:
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Indice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Nora de Fraino	Teléfono:
<b>Titulo Del Trabajo: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ANOMALÍAS DENTOFACIALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA I DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ</b>		
<b>Breve Explicación:</b> Este trabajo tiene como finalidad determinar e identificar los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de las anomalías dentomaxilofaciales de pacientes de la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez, así como también el poder determinar las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes.		
<b>Lugar Donde Se Desarrollará El Proyecto: Universidad José Antonio Páez.</b>		
<b>Tiempo De Desarrollo: 9 meses.</b>		
<b>Tutor Académico Propuesto: Nora de Fraino</b>		

APROBADO: \_\_\_\_\_ NO APROBADO: \_\_\_\_\_  
COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO

_____	_____	_____
NOMBRE	FIRMA	FECHA
_____	_____	_____
NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



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

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cédula De Identidad
Dirección:		Teléfono:
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre		Teléfono:
<b>Título Del Trabajo: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ANOMALÍAS DENTOFACIALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA I DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ</b>		
<b>Breve Explicación:</b> Este trabajo tiene como finalidad determinar e identificar los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de las anomalías dentomaxilofaciales de pacientes de la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez, así como también el poder determinar las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes.		
<b>Lugar Donde Se Desarrollará El Proyecto: Universidad José Antonio Páez.</b>		
<b>Tiempo De Desarrollo: 9 meses.</b>		
<b>Tutor Académico Propuesto: Nora de Fraino</b>		

**APROBADO: \_\_\_\_\_ NO APROBADO: \_\_\_\_\_**  
**COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO**

NOMBRE	FIRMA	FECHA
NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_



## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Nora de Fraino, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 3.990.402, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Karla María García Saab, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 21.476.403, titulado Factores de riesgo asociados a anomalías dentomaxilofaciales en pacientes de clínica de ortopedia y ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez 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 19 días del mes de Octubre del año dos mil dieciocho

(firma autógrafa)

Nombres y apellidos

C.I. 3990402



## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Nora de Fraino, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 3.990.402, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) María Alejandra Ostos, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 26.162.742, titulado Factores de riesgo asociados a anomalías dentomaxilofaciales en pacientes de clínica de ortopedia y ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez 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 19 días del mes de Octubre del año dos mil dieciocho.

(firma autógrafa)

Nombres y apellidos

C.I. 3990402



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



Escuela de Odontología  
UJAP

**ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO**

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA I DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**”, realizado por Karla María García Saab C.I 21.476.403. Cursante 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.

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

Nombre: *Nora de Franco*  
C.I.: *393042*

\_\_\_\_\_  
Jurado  
Nombre:  
C.I.:

\_\_\_\_\_  
Jurado  
Nombre:  
C.I.:

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



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO**

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA I DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**”, realizado por María Alejandra Ostos C.I 26.162.742. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

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

Nombre: *María Alejandra Ostos*  
C.I.: *3350402*

\_\_\_\_\_  
Jurado  
Nombre:  
C.I.:

\_\_\_\_\_  
Jurado  
Nombre:  
C.I.:

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

## **DEDICATORIA**

A mis padres, Fanny Saab y Guillermo García, quienes me brindaron en todo momento su apoyo incondicional, comprensión, constante motivación y el ánimo para poder seguir adelante en este camino.

*Karla García*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios primero que nada y la Virgen de Coromoto por la fortaleza y salud para lograr culminar con éxito este importante trabajo y guiarme a culminar esta etapa de mi carrera.

A mis Padres, Fanny Saab y Guillermo García. Gracias por su confianza, amor y dedicación, sin su ayuda no sería posible este gran logro.

A mis familiares por su apoyo durante el transcurso de mi carrera, cuando más los necesite.

A la profesora Nora de Fraino, tutora de contenido, que siempre nos asesoró con total disposición, le agradezco su ayuda, sugerencias, la cual fueron de gran ayuda para la realización del trabajo.

*Karla García*

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, a Dios por siempre guiarme, darme mucha paciencia y sabiduría durante toda esta etapa.

A mis padres por siempre creer en mí, por darme todo su cariño, amor y sacarme adelante. Gracias por todas esas palabras de aliento sobre todo en los momentos más difíciles de la culminación de esta etapa, por enseñarme a luchar y alcanzar nuestros sueños a pesar de las adversidades, por ser mi inspiración, mi guía y hacer de mí una mujer de bien, hoy puedo decir que gracias a ustedes veo realizada esta meta.

A mi hermana por su apoyo, entendimiento y por permitirme ser su ejemplo a seguir

A toda mi familia por haber fomentado en mí el deseo de superación, en especial a mis tíos Edgar e Isabel por todo su apoyo durante el transcurso de esta hermosa carrera, pese a la distancia.

A nuestra tutora de contenido la Dra Nora de Fraino por su paciencia, orientación y apoyo brindado para la realización de este trabajo.

A todos los profesores por impartir todos sus conocimientos, sin ustedes esto no hubiese sido posible.

**María A. Ostos M.**

## **DEDICATORIA**

A mis padres María Moreno y Víctor Ostos por todas sus enseñanzas, valores, amor incondicional. Por apoyarme en cada paso de mi vida, por siempre querer lo mejor para mí y por ayudarme tanto a alcanzar esta meta, este logro también es de ustedes han sido mi pilar fundamental.

A mi hermana María Angelica Ostos por todo su apoyo, consejos y por siempre estar presente en cada paso.

A mis tíos Edgar e Isabel por el apoyo que me brindaron, por haber estado siempre presente a pesar de la distancia. Que Dios les bendiga siempre

**María A. Ostos M.**

## ÍNDICE

	<b>Pág</b>
<b>ÍNDICE DE CUADROS</b> .....	
18	
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	18
<b>RESUMEN</b> .....	19
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	21
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
Planteamiento del Problema.....	23
Objetivos de la Investigación.....	24
Objetivo General.....	24
Objetivos Específicos.....	24
Justificación.....	24
Alcances.....	25
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
Antecedentes de la Investigación.....	28
Marco Teórico.....	28
Factor de Riesgo.....	28
Herencia.....	29
Lactancia.....	29
Hábitos bucales.....	29
Succión Digital.....	30
Etapas.....	30
Maloclusión por Succión digital.....	31
Succión de Chupete o Biberón.....	31
Onicofagia.....	32
Causas psicológicas.....	32
Causas psicosomáticas.....	32
Consecuencias.....	32
Deglución Atípica.....	33
Causas.....	33
Anomalías dentomaxilofaciales.....	34
Clasificación según Angle.....	34
Clase I.....	34
Clase II.....	35
Clase II, división 1.....	35
Clase II, división 2.....	35

Clase III.....	35
Clasificación según Simon.....	36
Anomalías Anteroposteriores.....	36
Anomalías Transversales.....	36
Diastemas.....	37
Apiñamiento.....	37
Anomalías Verticales.....	37
Mordida Abierta.....	37
Mordida Profunda o Sobremordida.....	38
<b>TABLA OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>39</b>
<b>CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO</b>	
3.1 Consideraciones Generales.....	40
3.2 Tipo y Diseño de Investigación.....	41
3.3 Población y Muestra.....	41
3.3.1 Población.....	41
3.3.2 Muestra.....	42
3.4 Técnicas para la recolección de datos.....	42
3.5 Instrumento para la recolección de datos.....	42
3.6 Técnicas de análisis de datos.....	42
<b>CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1 Análisis de los Resultados.....	51
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1 Conclusiones.....	52
5.2 Recomendaciones.....	52
<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO</b>	
Tabla de Operacionalización de Variables.....	55
Instrumento.....	57
Validación del Instrumento.....	58
Lista de Cotejo.....	69

## ÍNDICE GRÁFICO

	<b>Pág</b>
1. Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según sexo .....	44
2. Antecedentes familiares de maloclusión .....	45
3. Presencia de hábitos bucales como factores de riesgo de desarrollo de anomalías dentomaxilofaciales .....	46
4. Presencia de lactancia .....	47
5. Presencia de anomalías en sentido sagital según la clasificación de angle.....	48
6. Presencia de anomalías transversales relacionadas con diastema y apiñamiento dentario .....	49
7. Presencia de anomalías verticales relacionadas con mordida profunda y mordida abierta .....	50



## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA I DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

Autora: Karla María García Saab

Autora: María Alejandra Ostos

Tutora: Nora de Fraino

Fecha: Abril de 2019

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar factores de riesgo asociados a las anomalías dentomaxilofaciales de pacientes de la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo correlacional, con tipo de diseño transversal descriptiva, el cual se recopiló con una población de 90 historias clínicas, y una muestra de 27 historias clínicas pertenecientes a los pacientes que acuden a clínicas de Ortopedia y Ortodoncia I en la Universidad José Antonio Páez. La detección de los diferentes factores de riesgo y anomalías dentomaxilofaciales se realizó a través de la aplicación de una lista de cotejo con los datos obtenidos en las historias clínicas. **Resultados:** El total de pacientes presentó anomalías dentomaxilofaciales siendo más frecuente en el sexo femenino, el hábito bucal de mayor frecuencia fue la onicofagia con un valor de 6 pacientes, con respecto a las anomalías transversales se observó con mayor frecuencia el apiñamiento dentario en 20 pacientes, así mismo las anomalías sagitales de mayor frecuencia fue la Clase I de angle en 16 pacientes y las anomalías verticales más predominante fue la mordida profunda en 14 pacientes. **Conclusiones:** Se encontró evidencia significativa con respecto a la influencia de los hábitos bucales no fisiológicos sobre las anomalías dentomaxilofaciales, es por esto que es necesaria la disminución o erradicación de estos hábitos durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares, así como también inducir el desarrollo de los maxilares mediante una alimentación adecuada de acuerdo al grupo etario

**Descriptores: Factores de Riesgo, Anomalías Dentomaxilares**



JOSE ANTONIO PAEZ UNIVERSITY  
GRADE WORK COORDINATION  
HEALTH FACULTY SCIENCES  
SCHOOL DENTISTRY



## **RISK FACTORS ASSOCIATED WITH DENTOMAXILLOFACIAL ANOMALIES IN PATIENTS OF THE ORTHOPEDICS AND ORTHODONTICS CLINIC I OF THE JOSE ANTONIO PAEZ'S UNIVERSITY**

Author: Karla María García Saab

Author: María Alejandra Ostos

Tutor: Nora de Fraino

Date: May, 2019

### **ABSTRACT**

**Objective:** To determine risk factors associated with dentomaxillofacial anomalies of patients from the Orthopedics and Orthodontics clinic I of the Jose Antonio Paez's University. **Methodology:** A correlational descriptive study was carried out, with descriptive cross-sectional design type, which was compiled with a population of 90 clinical histories, and a sample of 27 clinical histories belonging to the patients who attend Orthopedics and Orthodontics I clinics in the Jose Antonio Paez University. The detection of the different risk factors and dentomaxillofacial anomalies was carried out through the application of a checklist with the data obtained in the clinical histories. **Results:** The total number of patients presented dentomaxillofacial anomalies being more frequent in the female sex, the oral habit of greater frequency was the onychophagia with a value of 6 patients, with respect to the transversal anomalies the dental crowding was observed with greater frequency in 20 patients. Likewise, the sagittal anomalies of greater frequency were class I of angle in 16 patients and the most predominant vertical anomalies were deep bites in 14 patients. **Conclusions:** Significant evidence was found regarding the influence of non-physiological oral habits on dentomaxillofacial anomalies, that is why it is necessary to decrease or eradicate these habits during the growth and development of the jaws, as well as to induce the development of the maxillae through adequate nutrition according to the age group.

**Descriptors: Risk factor, Dentomaxillofacial anomalies**

## INTRODUCCIÓN

Hay múltiples factores de riesgo que pueden causar las deformidades dentomaxilofaciales, entre ellas se encuentran la herencia, la lactancia materna la cual si el bebé no recibe lactancia por algún tiempo exclusivo podría afectar el crecimiento y el desarrollo de los maxilares y dientes, los hábitos bucales son una de las causas y responsables de una mayor cantidad de maloclusiones, dependerán del grado de las alteraciones producidas de la duración, intensidad y frecuencia del hábito bucal.

Adicionalmente, entre los hábitos bucales se encuentran la succión digital es un reflejo innato que poseen todos los niños y que en mayor o menor medida se presenta en casi todos los lactantes y niños, que esta necesidad se puede satisfacer con la lactancia materna. El hábito onicofagia el cual la necesidad de morder y comer incluso las uñas se vincula con un estado de ansiedad. Otro de los hábitos se encuentra la deglución atípica presenta presión de la lengua contra las arcadas dentaria cual puede producirse una mordida abierta.

Por otro lado, otra de las variables son las anomalías dentomaxilofaciales se dividen en: Clasificación según Angle, la cual dividió en tres grupos o clases de maloclusiones: Maloclusión Clase I, Clase II que presenta subdivisiones 1, 2 y la Clase III y las clasificaciones según Simon se divide en Anomalías anteroposteriores, las Anomalías transversales y por ultimo las Anomalías verticales

En consideración es que se plantea desarrollar la investigación, la cual tendrá como objetivo fundamental determinar factores de riesgo asociados a las anomalías dentomaxilofaciales de pacientes de la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez.

Capítulo I, El problema, desarrolla la parte del planteamiento del problema, Objetivos de la investigación, se dividen en Objetivo General, los Objetivos Específicos, la Justificación y el Alcance de la investigación.

Capítulo II, Marco Teórico, se desarrollan las investigaciones de los diferentes estudios relacionados con el tema, los antecedentes de la investigación y las definiciones de los términos básicos para poder comprender y entender dicho estudio.

Capítulo III, Marco Metodológico, es el capítulo donde se desglosan el tipo de diseño de la investigación, población y muestra, técnicas para la recolección de datos, los instrumentos para la recolección de los datos y la técnica de análisis de los datos.

Capítulo IV, en este capítulo se desarrollará el análisis detallado y presentación resultados, el cual se recopilan datos.

Finalmente, se presentan las conclusiones a la que han llegado los investigadores del estudio y las recomendaciones.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las anomalías dentomaxilofaciales son alteraciones del crecimiento, desarrollo y fisiologismo de los componentes anatómicos del sistema estomatognático, ocasionan un desarreglo de la dentición, la ATM, las estructuras craneofaciales, neuromusculares u otros tejidos blandos, lo cual crea un problema funcional; ocupando un lugar importante dentro de las alteraciones bucales en la población infantil. (1)

El origen de la anomalía dentomaxilofacial es multifactorial; sin embargo, grosso modo se puede esgrimir tres grandes factores generales: una fuente de causa original, un huésped vulnerable y un ambiente propicio. A esos grandes elementos se le puede añadir el tiempo, el cual juega un rol importante en el desarrollo de la gravedad de esta epidemiología y que puede llegar a cambiar el diagnóstico de los odontólogos. La severidad de la anomalía varía no sólo en función del tiempo sino también de acuerdo a la vulnerabilidad propia de cada paciente (1)

Son múltiples factores de riesgo que influyen y afectan en el desarrollo de anomalías dentomaxilofaciales en la dentición temporal, mixta y permanente, estos son los siguientes: herencia, ausencia de lactancia materna, enfermedades nasofaríngeas, traumas dentales, hábitos orales y la presencia de caries dental.

Los factores de riesgo son de tipo local el cual involucran aspectos dentales, dentoalveolares, maxilares o faciales y factores de riesgo general cuando hay una predisposición a presentar anomalías dentomaxilofaciales por alteraciones sistémicas o disfuncionales.

La predisposición genética es una fuente de origen determinante en este tipo de anomalías; en la medida en que la transmisión de información genética se puede ver afectada en las

etapas pre y post natal. En el caso de los niños recién nacidos, la carencia de alimentación materna directa puede producir un primer paso hacia la fisiología de la oclusión dado que, el ser humano viene con el instinto de mamar y al no encontrar satisfecha esa necesidad por la madre, el bebé desarrolla malos hábitos que propician las alteraciones de crecimiento maxilofaciales.

Las enfermedades nasofaríngeas pueden traer como consecuencia respiración bucal y el desarrollo de anomalías como cierre labial incompetente, vestibuloversión, micrognatismo transversal, apiñamiento dentario, resalte y sobrepase anterior aumentado.

La caries dental puede ser responsable de la pérdida prematura de dientes temporales, convirtiéndose en un factor de riesgo local.

Los hábitos no fisiológicos son factores que dan origen a maloclusiones o deformaciones dentó esqueléticas, que pueden afectar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es a edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse (2)

Las anomalías que se pueden presentar en la dentición permanente la cual son el producto de las alteraciones tempranas de la oclusión, en la temporal siendo los factores de riesgo los mayores responsables; así es conveniente la identificación de aquel predominante en la variación y alteración de las condiciones morfofuncionales propicia de la dentición en desarrollo.

Los factores de riesgo dependerán de las condiciones ambientales, alimentación, nivel sociocultural, correlación entre la edad cronológica, ósea, dental y mental.

A objeto de la prevención de las anomalías dentomaxilofaciales y de favorecer el crecimiento y desarrollo estomatognático, nos sentimos motivados para realizar la descripción del comportamiento de todas las variables en estudio desde la perspectiva cuantitativa.

### **Formulación del problema**

Mediante este estudio se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante. ¿Qué asociación existe entre los factores de riesgo y las anomalías dentomaxilofaciales?

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo General**

Determinar factores de riesgo asociados a las anomalías dentomaxilofaciales de pacientes de la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez

### **Objetivos Específicos**

1. Determinar las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes según sexo.
2. Identificar los factores de riesgo que inciden el desarrollo de las anomalías dentomaxilofaciales.
3. Establecer la relación entre los factores de riesgo y anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes.

## **JUSTIFICACIÓN**

Este estudio de investigación se realiza debido a que nos interesa conocer la importancia en salud pública, la cual pretende determinar, establecer, identificar y describir la asociación entre los factores de riesgos y anomalías dentomaxilofaciales, que se apliquen medidas preventivas en esta población en estudio.

Además, este trabajo aborda un tema innovador, que pocos estudios se han desarrollado en Venezuela. Por otro lado, beneficia a los niños y niñas atendidos en clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez, la cual ayudara minimizar problemas de asociadas a los factores de riesgo y anomalías dentomaxilofaciales

También se puede aportar beneficios para brindar una mejor calidad de vida y apariencia estética al paciente que sean diagnosticados a tiempo ya que las exigencias estéticas en el mundo actual son motivo de preocupación de los individuos, al ser la sonrisa la puerta de

entrada a las relaciones humanas, razón por la cual se le está dando mucha importancia al cuidado.

Otro beneficio que se pretende brindar con este estudio de investigación es asegurar una adecuada salud bucal, al buscar motivar a los representantes del paciente Ortopedia a permanecer en control constante con el especialista Ortopedia, para corregir estas alteraciones en edades pertinentes y así se asegure un resultado idóneo. De igual forma con dicha investigación se asegura la posibilidad de evitar problemas futuros, como los trastornos psicológicos, estéticas y funcionales que puedan presentar los pacientes

Referente al aporte metodológico se espera que dicha investigación constituya un aporte para futuras investigaciones que se desarrollen en el área de salud.

## **ALCANCES**

El alcance de esta investigación está limitado en aplicar medidas preventivas en la población en estudio, así como también minimizar los problemas asociados a los factores de riesgo y anomalías dentomaxilofaciales de pacientes asistentes a la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En 2016 se desarrolló en la Universidad Andrés Bello de Chile un trabajo de investigación titulado “Prevalencia de malos hábitos orales y su asociación de Anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años, comuna Dalcahue”, se planteó en dicho estudio como objetivo general, determinar la prevalencia de malos hábitos orales y la asociación de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años, efectuando para ello un estudio transversal y probabilístico a 89 niños, el cual se seleccionó una muestra con el propósito de saber cuáles son los hábitos orales que prevalecen o predominan en anomalías dentomaxilares.

Para ello los investigadores obtienen dichos resultados, la cual determinó que el 78,3% de los niños presentaron malos hábitos orales, la mayor frecuencia fue la respiración bucal (48,3%), seguido por malos hábitos orales onicofagia (36%), Interposición labial (30,3%), succión digital (24,7%), Interposición de objetos ((5,6%) y finalmente mal hábito oral succión de chupete (3,3%).

Concluye señalado que este estudio obtuvo una elevada prevalencia de anomalías dentomaxilares en estrecha relación con malos hábitos deformantes.

Esta investigación tiene mucha importancia porque tiene una relación con el estudio relacionado, es necesario conocer las características en presencia de anomalías dentomaxilofaciales en niños la cual acuden a la clínica de ortopedia y ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez (3)

Otro de los estudios recientes desarrollado en la Universidad Central de Venezuela un trabajo de investigación titulado “Relación entre un período de lactancia materna exclusiva de 6 meses y presencia de hábitos parafuncionales en un grupo de niños y adolescentes venezolanos”, como objetivo general relacionar un período de la lactancia materna exclusiva a 6 meses con la presencia de hábitos parafuncionales en un grupo de niños y adolescentes, la cual fue realizado en el Servicio de odontología del Hospital pediátrico San

Juan de Dios en Caracas en el período Julio-Octubre de 2016. Se realizó un estudio de corte transversal, correlacional de 183 niños y adolescentes entre 7 a 12 años, muestra no probabilística de análisis de frecuencia, correlación de Pearson.

Para ello los investigadores obtuvieron que el sexo femenino ocupó un 56,3%, el promedio de edad fue de  $8,4 \pm 1,29$  años. El 100% de los niños recibieron lactancia materna por algún tiempo exclusivamente; el 53% fue de 0-3 meses y en el 47% de 4-5 meses. 131 pacientes (71,58%) exhibieron uno o más hábitos parafuncionales, de los cuales, 83 pacientes (63,36%) fueron amamantados de forma exclusiva de 0 a 3 meses y 48 pacientes (36,64%) de 4 a 5 meses con una significancia estadística de 25,30%. En esta población, un período de lactancia materna exclusiva menor de 6 meses se relacionó con la presencia de succión digital (18,10%), succión de cuerpo extraño (24,70%), deglución atípica (10,80%) y respiración bucal (33,10%).

Concluye señalando y destacando que un período de lactancia materna que sea menor de los 6 meses que es lo más apropiado, habrá una gran probabilidad de la presencia de los hábitos parafuncionales (4)

Asimismo, trabajo de investigación titulado “Prevalencia de las Anomalías dentofaciales en escolares de 8 a 12 años con dentición mixta de la escuela Pedro Vicente Maldonado en la Ciudad de Guayaquil en el periodo 2014”, realizado en clínicas de odontopediatría de la facultad de odontología en Guayaquil Ecuador, se planteó como objetivo general identificar la prevalencia de las anomalías dentofaciales en escolares de 8 a 12 años con dentición mixta en el período 2014, realizando un estudio transversal de 179 niños el cual se realizó un diagnóstico de las anomalías.

Se determinó que 30 escolares presentaron más de una anomalía dentofacial 56 escolares presentaron una sola anomalía dentofacial y que la distribución según sexo fue considerablemente homogénea un 56% en niños, 43% niñas presentaron alguna anomalía dentofaciales.

Concluye señalando que el estudio efectivamente los niños en gran porcentaje presentaron una o más anomalías dentofaciales (5)

Desarrollaron en la Universidad de Carabobo un trabajo de investigación titulado “Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta Odontopediatría”, se planteó como objetivo general describir los hábitos bucales no fisiológicos y

maloclusiones en niños de dentición mixta que asisten a la consulta de Odontopediatría, la cual se realizó en la Facultad de Odontología. Para ello realizaron estudio epidemiológico descriptivo no experimental transversal en 190 historias clínicas y nuestra no probabilística 110 historias clínicas la cual acuden a consulta.

Los investigadores obtienen como resultado, entre ellos 29 niños no presentaron ninguna maloclusión, 81 niños presentan maloclusiones, de ellos 22 niños presentaron como maloclusión el apiñamiento, seguido de 21 niños con presencia de clase II subdivisión 2 y por último 14 niños presentaron mordida abierta. Por otro lado 40 niños presentaron el hábito no fisiológico de onicofagia y 51 niños presentaron las dos variables, la maloclusión y hábitos no fisiológicos.

Concluyen señalando que la influencia de los hábitos bucales no fisiológicos sobre la maloclusión es por esto que es necesaria la identificación de los hábitos, si es posible la disminución o erradicación de los hábitos del crecimiento y desarrollo de maxilares (6)

## **MARCO TEÓRICO**

### **Factor de Riesgo**

El riesgo puede ser definido como la probabilidad de que exista un hecho, dentro de un periodo o momento de tiempo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), lo define “como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”.

No constituyen las causas, son atributos asociados con el evento; dado que se pueden presentar desde una perspectiva probabilística que se puede medir, representan un valor de predicción a nivel individual, grupal o comunitario.

Los factores etiológicos, genéticos o ambientales actúan sobre la evolución dental alterando diversos aspectos de los dientes: dimensiones, colorido, cantidad o incluso la estructura. Los trastornos en dicha evolución traen consigo la presencia de patologías conocidas estas como anomalías del desarrollo dentario o anomalías dentarias; su etiología no es conocida con exactitud (7)

## **Herencia**

De acuerdo con (8) diversos tipos de maloclusión son hereditarios. Podemos citar el prognatismo mandibular en el cual interaccionan varios genes lo cual altera el desarrollo anatómico de dicha condición. Por su parte, (9) mantuvo que también se pueden heredar la maloclusión Clase II, la mordida cruzada y en tijera.

## **Lactancia**

Desarrolla adecuadamente el aparato estomatognático y evita maloclusiones y hábitos bucales que acarrear deformaciones. Su ausencia trae consigo la succión y la deglución inadecuadas. (10)

El niño nace con un reflejo innato de succionar, es por ello que el recién nacido por propio instinto busca el pecho de la madre para mamar y alimentarse. Pero si la alimentación no es satisfactoria porque la succión se ve frustrada y el niño por instinto buscará sustituto como: chuparse el dedo, la lengua, el labio, actos que si persiguen como hábitos incorrectos pueden afectar el adecuado desarrollo y crecimiento de los maxilares, dientes. (11)

La función de la lactancia materna es de vital importancia ya que no sólo tiene beneficios nutritivos, inmunológicos y emocionales para el bebé, sino que ayuda a favorecer el correcto funcionamiento de las arcadas dentarias proporcionando una buena oclusión, acto que no podría compararse con ningún biberón puesto que no son capaces de replicar las características de succión del seno materno.

## **Hábitos bucales**

Los hábitos bucales son prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto pueden alterar el adecuado proceso de crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático, siendo una de las principales causas de anomalías musculares, óseas y dentales. Y de acuerdo con la edad del paciente, frecuencia y tiempo de duración de estos hábitos se pueden dar diferentes consecuencias a nivel dentomaxilar (12)

## **Succión Digital**

El hábito de succión es un reflejo innato que poseen todos los niños al nacer cuya necesidad se puede satisfacer con la lactancia materna o la artificial. Pero en muchas ocasiones queda una necesidad no satisfecha de succión que el niño trata de completar de otra manera a través de los hábitos deformantes como el hábito de succión digital siendo el más común en el periodo de infancia y considerado normal desde el punto de vista clínico hasta los 3 años de edad. (13)

En dentición primaria tiene efectos escasos o nulos a largo plazo, pero si persisten después de que los dientes permanentes hayan empezado a erupcionar dependiendo de su frecuencia, intensidad, duración y posición del dedo en la boca producen maloclusiones y deformaciones faciales, caracterizada por incisivos superiores, incisivos inferiores desviados lingualmente, mordida abierta anterior, hundimiento palatino y un arco superior estrecho. La presencia de este hábito después de los 4 años genera igualmente cambios en la tonicidad muscular de los labios y bucinador, retarda su maduración, dificulta la deglución normal y crea mecanismos nocivos que llevan a desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución, todo lo cual también puede afectar otras funciones como la fonación y la respiración entre otras (13)

Así mismo el problema aparece cuando el hábito se prolonga en el tiempo, según la duración en el cual se realice dicho acto y no de la magnitud del chupeteo y que las consecuencias dependerán del momento de inicio y culminación del mismo. (14)

### **Etapas**

Etapa I (Succión normal del pulgar, no significativa en el punto de vista clínico)

1. Se presenta a partir el nacimiento hasta los 3 años como aproximado.
2. En la gran mayoría de los niños, se presenta en el tiempo de destete.
3. Por lo general esta etapa de succión se elimina de manera natural.

Etapa II (Succión del pulgar clínicamente significativo):

1. En la mayoría de los casos de esta etapa comienza de los 3 a los 6 o 7 años.
2. Es indicativo que el niño presente ansiedad clínicamente significativa.
3. Es la etapa más adecuada para poder tratar los problemas dentarios.

4. Definir programas de corrección.

Etapa III (Succión del pulgar no tratada):

1. Luego de los cuatro años de vida, la succión continua puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple Maloclusión.
2. Requiere tratamientos ortodrómicos y psicológicos (15)

### **Maloclusión por Succión digital**

1. Proclinación y protrusión de los dientes superiores
2. Los incisivos inferiores pueden o no estar desplazados en sentido lingual debido al hábito anómalo de succión
3. Mordida cruzada posterior debido a la sobreactividad del buccinador que comprime el maxilar
4. Mordida anterior abierta.

### **Succión de Chupete o Biberón y sus Consecuencias**

1. Mediante la succión se altera el crecimiento de la boca y el centrado dental.
2. Según la Academia Dental Pediátrica Americana, el uso constante de los chupones produce una vestibularización de las piezas dentales debido a la presión ejercida.
3. Posterior a los 6 o 7 años, la succión puede alterar la forma de los dientes y de la boca por lo que el niño tendrá la necesidad del tratamiento de ortodoncia (16)

### **Onicofagia**

Se refiere al hábito de morderse las uñas caracterizado por el acto repetitivo, autodestructivo y agresivo. Es muy común tanto en niños como en adultos; en el caso de los niños cuyas edades están comprendidas entre 4 y 6 años, estabilizándose dicho hábito entre los 7 y 10 aumentando considerablemente durante la etapa de la adolescencia y reduciendo la incidencia con la edad.

Se le asocia al ámbito de la succión del pulgar el cual suele abandonarse cuando el niño alcanza los tres años de vida, asimismo se le relaciona con un estado psicoemocional de ansiedad (17)

### **Causas psicológicas**

Estados obsesivos, compulsivos, agresividad, nervios, ansiedad, angustia, entre otros, de manera inconsciente actúan induciendo impulsos desenfrenados de comerse las uñas. De la misma manera, el estrés y dificultades de cualquier índole en la solución de problemas rutinarios: sociales, laborales, escolares, desencadenan este mal hábito (17)

### **Causas psicósomáticas**

Establecer patrones debido a estas causas y su agrupamiento no es un proceso fácil de realizar, no obstante, en aquellos casos severos de personas con lesiones autoinfligidas, se puede distinguir rasgos que favorecen actitudes negativas y que influyen emocionalmente en el comportamiento de la persona durante las etapas de la niñez, adolescencia y adulta (17)

### **Consecuencias**

1. En los dientes: La fricción entre los incisivos producido por la mordedura de las uñas, ocasiona desgaste en estos, perjudicando el esmalte, ocasionando fracturas con la consecuente eventual caída de las piezas dentales, úlceras en la encía, protrusión de incisivos superiores, modificación en la posición

2. Destrucción periodontal y reabsorción de las raíces de los incisivos superiores

3. En las uñas: Mordisquear continuamente produce inflamación, dolor evitando el crecimiento de la uña. Se deja a la exposición la zona herida, lo cual se infecta por la acción de las bacterias.

4. En articulación temporomandibular: trastornos, ruidos, articulaciones, intenso dolor de cabeza, limitaciones de los movimientos de la mandíbula y problemas posturales de la cabeza (18)

## **Deglución Atípica**

La Deglución Atípica consiste en la postura y uso de manera inadecuada de la lengua al momento de realizar la deglución. Se define como la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcas dentarias. La lengua la cual se posiciona entre los dientes incisivos o con un apoyo contra cara posterior al acabar la fase de masticación y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución.

### **Causas**

Tipo I no causa ninguna deformación.

Tipo II con presión lingual anterior: La lengua en el proceso de la deglución, ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual.

Las deformaciones en la deglución atípica Tipo I y Tipo II son:

1. Mordida abierta anterior, la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.

2. Mordida abierta y vestibuloversión, la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior ejerce también una presión anterior y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores presenten una severa inclinación vestibular.

3. Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior, el mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior unilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco dental, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes de ambos arcos dentales, superiores e inferiores.

Las deformaciones en la deglución atípica Tipo III son:

1. Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula, y la lengua es retenida en la región de los premolares.

2. Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada a la ruptura del equilibrio muscular de ese lado.

Tipo IV con presión lingual anterior y lateral:

Las deformaciones resultantes en la deglución atípica Tipo IV son:

1. Mordida abierta anterior y lateral.
2. Mordida abierta anterior y lateral, con vestibuloversión.
3. Mordida abierta anterior y lateral, con vestibuloversión y mordida cruzada posterior (19)

### **Anomalías dentomaxilofaciales**

Dichas anomalías son las modificaciones que se presentan en las relaciones espaciales entre las piezas dentarias y a su vez de estas con los maxilares; clínicamente establecidas como maloclusiones, corresponden a la fluctuación del crecimiento y de la morfología. En muchos de los casos resaltan de una discrepancia relativa entre el tamaño de los dientes y de los huesos, o de una desarmonía en el desarrollo de las bases óseas maxilares, a lo que se le agregan los factores ambientales y la carga genética, que matizan la expresión final de la oclusión.

### **Clasificación según Angle**

La clasificación de Angle es utilizada para evaluar la relación oclusal existente entre los primeros molares permanentes, la cual dividió en tres grupos o clases de maloclusiones: Maloclusión Clase I, II que presenta subdivisiones 1 y 2 por último se encuentra, la Clase III (20)

## **Clase I**

Se caracteriza una relación anteroposterior normal entre de los primeros molares permanentes, el cual se diferencia, cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar permanente superior, ocluye con el surco mesio-vestibular del primer molar permanente inferior, presenta un perfil recto (20)

## **Clase II**

Se caracteriza por una relación anormal, en donde el surco vestibular del primer molar permanente esta por dista de las cúspides mesio-vestibular del molar superior. Pacientes con clase II presentan un perfil facial convexo (20)

### **Clase II, división 1**

Es aquella caracterizada por el aumento del resalte aumentado excesivo y proinclinación de los incisivos superiores, la cual el paciente presenta una mordida con alta probabilidad que sea profunda (20)

### **Clase II, división 2**

El over jet se encuentra reducido y el over bite aumentado, en la corona de los incisivos laterales superiores presenta una inclinados hacia lingual. Se caracteriza por anormal de la mordida, labioversión de los incisivos laterales superiores (20)

## **Clase III**

Definido según Angle como el surco vestibular del primer molar permanente inferior está por mesial de la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior. La arcada dentaria mandibular esta adelantada, el maxilar retruida (20)

## **Clasificación según Simón**

División de carácter tridimensional de los diferentes planos que utilizó son el de Frankfurt, medio sagital y orbitario. (21)

### **Anomalías Anteroposteriores**

Presenta desplazamiento la cual se desplaza hacia delante de todo el arco dentaria que denominó Simon protracción. Tiene como referencia orbitaria.

### **Anomalías Transversales**

Se relacionan con el plano sagital medio, y contracción cuando hay acercamiento de un diente o segmento del arco y distracción para el alejamiento con relación al plano.

### **Anomalías Verticales**

Se denomina atracción cuando se acercan al plano. Intrusión de dientes maxilares o extrusión de dientes mandibulares y en cambio se llama abstracción cuando se alejan. Se relaciona al plano de Frankfort.

## **Anomalías en sentido Transversales**

### **Apiñamiento**

El apiñamiento puede definirse cuantitativamente como una discrepancia entre la suma de los diámetros mesiodistales de un grupo de dientes y la longitud clínica de la arcada disponible

Existen dos formas básicas del apiñamiento, una en la que todos los dientes erupcionan, se solapan en lugar de coincidir las zonas de contacto con los puntos de contacto anatómicos, el segundo en la que uno o varios dientes están incapacitados para hacer erupción, en consecuencia, la falta de espacio, o lo hacen ectópicamente alejados del normal alineamiento de la arcada.

## **Diastema**

Se llama diastema al pequeño espacio entre dos dientes. Comúnmente se utiliza este término para referirse a la separación de los incisivos superiores. Sucede cuando hay una desproporción entre el tamaño de los dientes y la mandíbula, aunque en ocasiones puede estar provocado por hipertrofia fibrosa del frenillo, o su baja inserción, alteraciones musculares o neuromusculares en la lengua (22)

## **Anomalías en sentido Vertical**

### **Mordida Abierta**

“La mordida abierta responde a una falta de contacto evidente entre los dientes anteriores e inferiores, que se manifiestan a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores de las arcadas” (p.63) (23)

La definición de mordida abierta depende de los autores. Carabelli, “mordida abierta la maloclusión en el que uno o más dientes no alcanza la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas” (p.465) (24)

La mordida abierta generalmente se presenta en la mayoría de los casos en la región anterior, también se encuentra con menor frecuencia en la región posterior. Puede presentarse desde temprana edad.

### **Mordida Abierta Dentoalveolar**

Es cuando únicamente están proinclinadas las piezas dentarias sin la alteración de sus bases óseas, generalmente no se extiende más allá de los caninos. Esta se va a asociar a un problema exclusivamente dental, es decir la causa del problema son los dientes, su hueso de soporte.

### **Mordida Abierta Esquelética**

En la mordida abierta esquelética existe ya una deformidad en la apófisis alveolar y va aunando a ello las características dolicofaciales, se va a asociar a un problema esquelético, es decir los huesos de soporte se encuentran afectados en su crecimiento.

### **Sobremordida o Mordida Profunda**

La sobremordida como “el solapamiento de los dientes superiores sobre los inferiores en el plano terminal” pág 490 (24)

La mordida profunda, se refiere a una sobremordida vertical aumentado en la que la dimensión entre los márgenes incisales superiores e inferiores es excesiva”, Van a presentar una discrepancia vertical y sagital de la relación de ambas arcadas tanto en superiores como inferiores.

### Tabla Operacionalización de Variables

**Objetivo General:** Determinar factores de riesgo asociados a las anomalías dentomaxilofaciales en pacientes de la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez.

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Factor de Riesgo	Factor causal de alteraciones craneofaciales en pacientes expuestos	Herencia	Madre Padre	1
		Lactancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Lactancia materna</li> <li>· Biberón</li> <li>· Mixta</li> </ul>	2-6
		Hábitos bucales no fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Succión digital</li> <li>· Succión de chupete</li> <li>· Onicofagia</li> <li>· Deglución atípica</li> </ul>	7-9
Anomalías Dentomaxilofaciales	Alteraciones de crecimiento, desarrollo, fisiologismo de componentes anatómicos que conforman sistema estomatognático	Clasificación según Angle	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Clase I</li> <li>· Clase II:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clase II, División 1</li> <li>2. Clase II, División 2</li> </ol> </li> <li>· Clase III</li> </ul>	10
		Clasificación de Simon	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Anomalías Anteroposteriores</li> <li>· Anomalías Transversales</li> <li>· Anomalías Verticales</li> </ul>	11-12

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **CONSIDERACIONES GENERALES**

Toda investigación se fundamenta en un marco metodológico, el cual se define como un conjunto de acciones destinada a describir y analizar el problema planteado a través de procedimientos específicos.

Así mismo explica el marco metodológico como el “Conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas” (25)

#### **TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación se llevó a cabo con la finalidad del poder determinar los factores de riesgo asociados a anomalías dentomaxilofaciales en pacientes que acuden a la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez, dicha investigación es de tipo descriptiva con un diseño de campo transversal.

El tipo de investigación descriptiva se argumenta teóricamente como: “Aquel tipo de investigación que busca especificar la propiedad importante de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea a análisis. Mide o evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del objetivo de estudio. Desde el punto de vista científico describir es medir. En este, se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellos independientemente para así describir lo que se investiga” (26)

En el presente estudio, la investigación se consideró descriptiva ya que la misma buscó recolectar informaciones relacionadas con el estado real de las personas en estudio. Donde a través de la presente investigación se pudo identificar, las características clínicas, hábitos no fisiológicos, anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes que presentaron los pacientes según sexo a objeto de determinar o identificar los factores de riesgos que inciden en el desarrollo de las anomalías dentomaxilofaciales de pacientes que acuden a la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez.

Adicionalmente el diseño de la investigación es de campo definida como: “Aquella investigación que permite el análisis sistemático del problema en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, implementarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos o predecir su ocurrencia, haciendo uso característico de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. La fuente principal de datos es el sitio donde se presenta el problema, los datos de interés son recogidos de forma directa de la realidad, en este sentido se trata de investigación de datos originarios o primarios” (27)

En consecuencia, la investigación de campo transversal es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variables, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las consideraciones existentes.

En cuanto al tipo de investigación la misma es correlacional como “Aquella que tiene como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más variables o conceptos” (28)

Por lo tanto, en este caso se recopiló información de los pacientes que acudieron a la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez, a través de la historia clínica, donde presentaron maloclusión, clase II, maloclusión clase III, malposición dentaria a objeto de establecer la correlación con hábitos bucales no fisiológicos, u otros factores de riesgo existentes en estos pacientes.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **Población**

La población es “Un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales se harán extensivas conclusiones de la investigación. Esta queda determinada por el problema y por los objetivos del estudio” (p.81) (25)

En el presente estudio la población estuvo conformada por aquellos niños en edades comprendidas de 6 a 10 años que asistieron a la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez. En el presente caso la población comprendía fue de 90 niños en total que presentan anomalías dentomaxilofaciales.

## **Muestra**

La muestra es “Un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (p.83) (25)

En este estudio se tiene una muestra del 30% del total de la población, en el caso de esta investigación la muestra será constituida por 27 niños edades comprendidas de 6 a 10 años.

## **TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica de recolección de datos puede definirse como cualquier recurso del que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información.

Expresado como “las distintas formas o maneras de obtener información” (p.53) (25)

## **INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la realización de este estudio, se eligió como instrumento la observación de las historias clínicas, el fin de aplicar instrumento radico fundamentalmente en poder conocer y centralizar la información sobre los principales antecedentes familiares que pudieron ser un factor de riesgo determinante para la presencia de anomalías dentomaxilofaciales, las enfermedades nasofaríngeas asociadas a las mismas, así como también nos permitió evaluar los hábitos no fisiológicos y las distintas anomalías y malposiciones dentarias en aquellos niños que asisten a la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez.

## **TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez aplicado el instrumento los sujetos de estudio y recogidos los datos, se procedió a su ordenación y análisis a través de la estadística descriptiva, la cual “es un conjunto de tecinas y medidas que permiten caracterizar y condensar los datos obtenidos” (p.79) (25)

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Este capítulo de la investigación, comprende el procesamiento de información obtenido a través de las técnicas e instrumentos utilizados en la investigación hacia el logro de los objetivos específicos conducentes al objetivo general de la misma, estableciendo así los ‘Factores de riesgo asociados a anomalías dentomaxilofaciales en pacientes de la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez en el Periodo 2019-I’. Se vació la información obtenida mediante una guía de observación a objeto de recopilar todos los datos necesarios para su análisis e interpretación.

En esta parte del trabajo investigativo, se grafican e interpretan los resultados obtenidos de la muestra seleccionada con el fin de tener una mayor visión sobre el tema objeto de estudio.

#### **Cuadro N°01: Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según sexo**

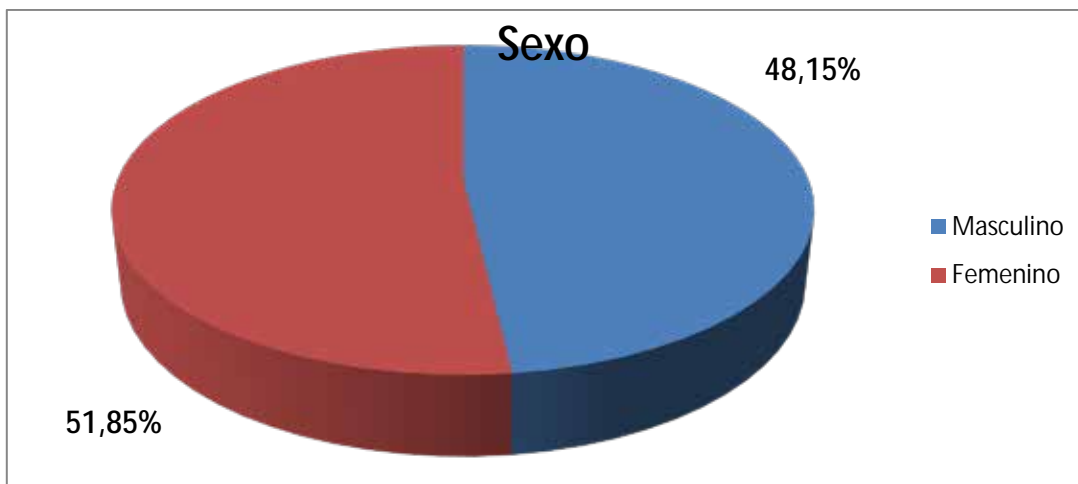
Sexo	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Relativa
Femenino	14	51,85%
Masculino	13	48.15%

**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

Se estudiaron 27 pacientes entre ambos sexos, en edades comprendidas de 6 a 11 años que acudieron a la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I.

De acuerdo a la presencia de anomalías dentomaxilofaciales según el sexo de los pacientes, se observó que se encuentra presente dichas anomalías en 14 (51,85%) pacientes del sexo femenino y en 13 (48,15%) pacientes del sexo masculino. Siendo más frecuente en el género femenino.

#### **Gráfico N°01: Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según sexo**



**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

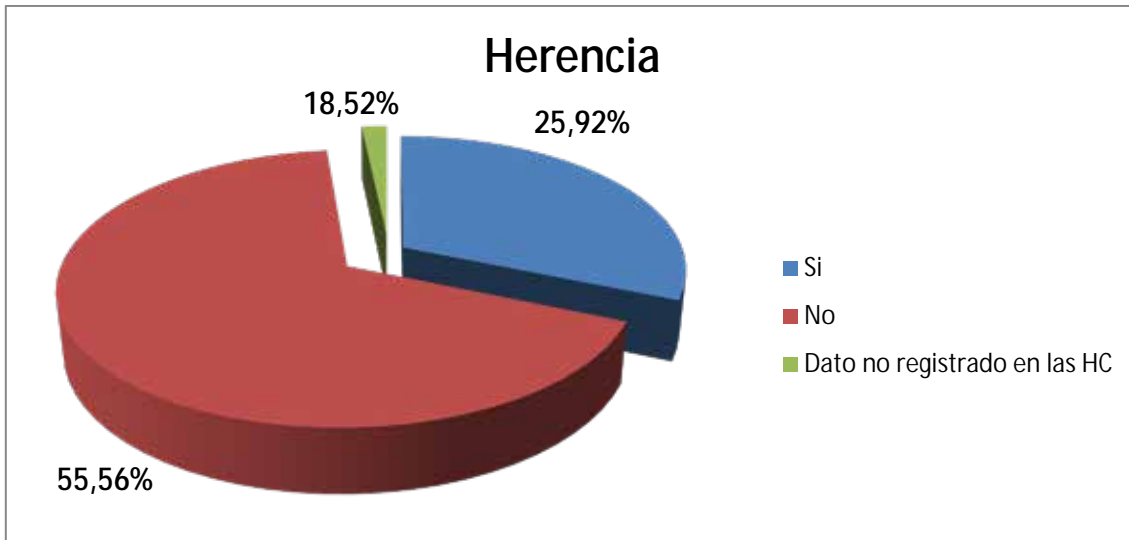
**Cuadro N°02: Antecedentes familiares de maloclusión**

Herencia	Antecedentes de maloclusión	Porcentaje
Si	7	25,92%
No	15	55,56%
Dato no registrado en la HC	5	18,52%

**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

De esta manera se observó, que, de los 27 pacientes a objeto de estudio, 7 (25,92%) pacientes presentan antecedentes familiares de maloclusión, 15 (55,56%) pacientes no presentan antecedentes de maloclusión y no se registró este dato en las historias clínicas de los 5 (18,52%) pacientes restantes

**Gráfico N°02: Antecedentes familiares de maloclusión**



**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

**Cuadro N°03: Presencia de hábitos bucales como factores de riesgo de desarrollo de anomalías dentomaxilofaciales**

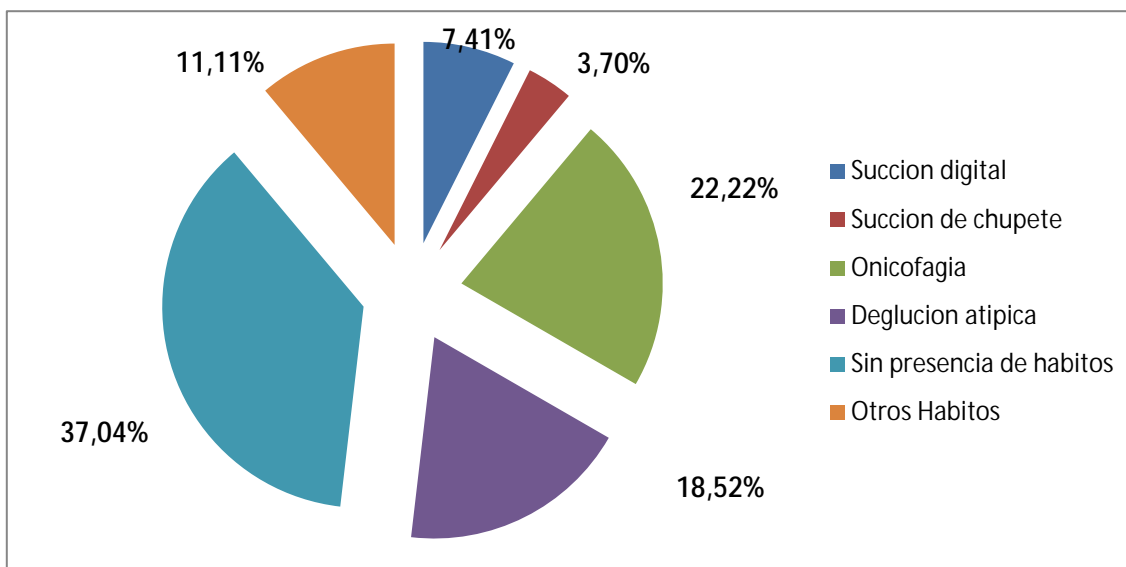
Hábitos Bucales	Presencia	Porcentaje
Succión Digital	2	7,41%
Succión de Chupete o Biberón	1	3,70%
Onicofagia	6	22,22%
Deglución Atípica	5	18,52%
Otros Hábitos	3	11,11%
Sin presencia de Hábitos	10	37,04%

**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

Así mismo, se evaluaron los hábitos bucales deformantes (Succión digital, succión de chupete o biberón, onicofagia, deglución atípica) donde 17 (62,96%) de 27 pacientes presentan hábitos deformantes. De los cuales 2 (7,41%) pacientes presentan hábito de succión digital, 1 (3,70%) pacientes presentan hábito de succión de chupete o biberón, 6 (22,22%) pacientes presentan hábito de onicofagia, 5 (18,52%) pacientes presentan hábito

de deglución atípica, 3 (11,11%) pacientes presentan otros hábitos bucales (Respiradores bucales) y los 10 (37,04%) pacientes restantes no presentan hábitos bucales deformantes.

**Gráfico N°03: Presencia de hábitos bucales como factores de riesgo de desarrollo de anomalías dentomaxilofaciales**



**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

**Cuadro N°04: Presencia de lactancia**

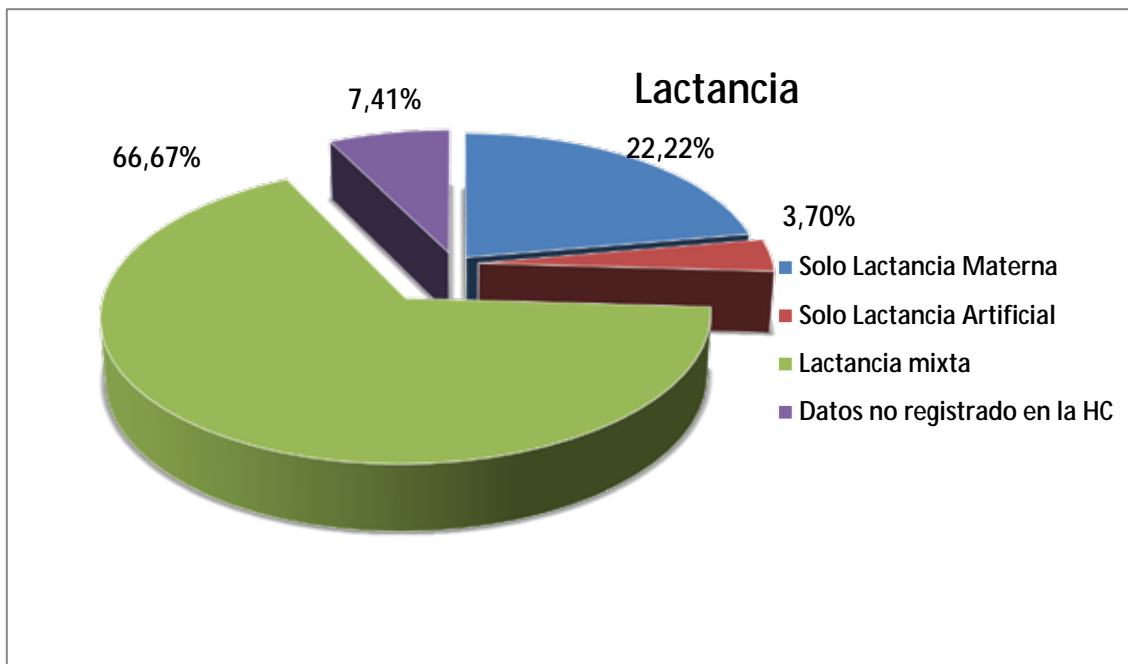
Lactancia	Presencia	Porcentaje
Solo Lactancia Materna	6	22,22%
Solo Lactancia Artificial	1	3,70%
Lactancia Mixta	18	66,67%
Dato no registrado		
En la HC	2	7,41%

**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

De la misma manera se observó, que de los 27 pacientes de la muestra 6 (22;22%) pacientes recibieron solo lactancia materna, 1 (3,70%) paciente recibió solo lactancia artificial, 18 (66,67%) pacientes recibieron lactancia mixta y solo 2 (7,41%) pacientes

restantes no registraron haber recibido ya que los datos no fueron encontrados en la historia clínica.

**Gráfico N°04: Presencia de lactancia**



**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

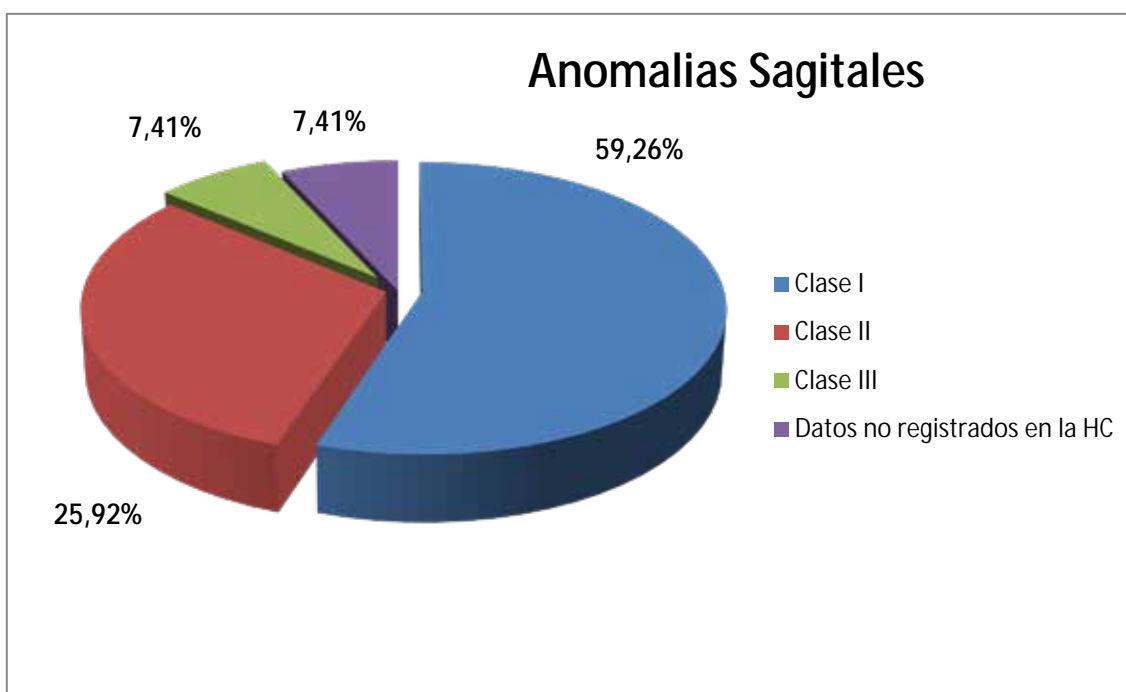
**Cuadro N°05: Presencia de anomalías en sentido sagital según la clasificación de angle**

Anomalías Sagitales	Presencia	Porcentaje
Relación molar Clase I	16	59,26%
Relación molar Clase II	7	25,92%
Relación molar Clase III	2	7,41%
Datos no registrados en la HC	2	7,41%

**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

Para continuar, se observó la presencia de anomalías en sentido sagital donde de 27 pacientes de la muestra 16 (59,26%) pacientes presentan relación molar clase I, 7 (25,92%) pacientes presentan relación molar clase II y 2 (7,41%) pacientes presentan relación molar clase III. Los 2(7,41%) pacientes restantes no presentaron registrado estos datos en sus historias clínicas respectivas.

**Gráfico N°5: Presencia de anomalías en sentido sagital según la clasificación de angle**



**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

**Cuadro N°06: Presencia de anomalías transversales relacionadas con diastema y apiñamiento dentario**

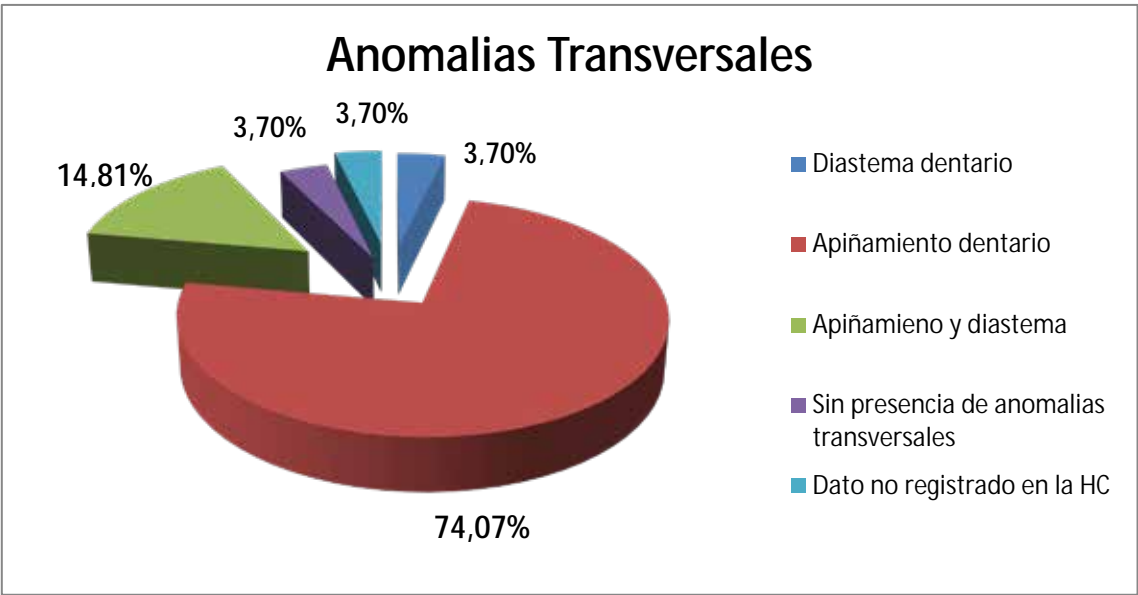
Anomalías Transversales	Presencia	Porcentaje
Diastema dentario	1	3,70%
Apiñamiento dentario	20	74,07%
Apiñamiento y diastema	4	14,81%
Sin presencia de anomalías		
Transversales	1	3.70%
Dato no registrado		

en la HC	1	3,70%
----------	---	-------

**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

Así mismo, se observó la presencia de anomalías transversales de dicha muestra donde 1 (3,70%) paciente presentan diastema dentario, 20 (74,07%) pacientes presentan apiñamiento dentario, 4 (14,81%) pacientes presentan en conjunto diastema y apiñamiento dentario, 1 (3,70%) paciente no presenta anomalías en sentido transversal, mientras que 1(3.70%) paciente restante no registro este dato en su historia clínica.

**Gráfico N°06: Presencia de anomalías transversales relacionadas con diastema y apiñamiento dentario**



**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

**Cuadro N°07: Presencia de anomalías verticales relacionadas con mordida profunda y mordida abierta**

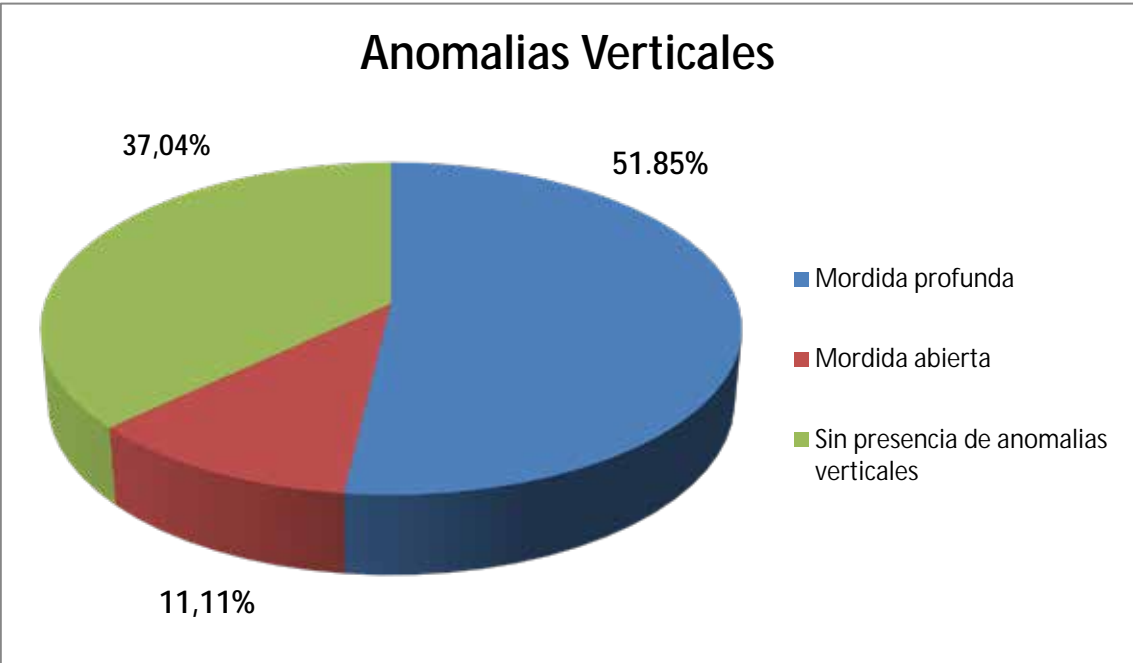
Anomalías Verticales	Presencia	Porcentaje
Mordida Profunda	14	51,85%
Mordida Abierta	3	11,11%
Sin presencia de anomalías		

Verticales	10	37,04%
------------	----	--------

**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

Para concluir con el análisis de los resultados, se observó la presencia de anomalías verticales relacionadas con mordida profunda y mordida abierta. Tenemos que de los 27 pacientes objeto de estudio, 14 (51,85%) pacientes presentan mordida profunda y los 3 (11,11%) pacientes restantes presentan mordida abierta. Mientras que 10(37,04%) pacientes no presentaron anomalías en sentido vertical.

**Gráfico N°07: Presencia de anomalías verticales relacionadas con mordida profunda y mordida abierta**



**Fuente:** Ostos M. y García K. (2019)

**Análisis de los resultados**

Luego de analizar cada uno de los resultados arrojados por la guía de observación realizada a muestra de estudios, constituido por los pacientes que acudieron a la clínica de ortopedia y ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez, se evidencia los factores de riesgo asociados a anomalías dentomaxilofaciales. En pacientes femeninos se observó en prevalencia un 51,85%, en el caso de los masculinos un 48,15%, comparando (7) señala contrariamente que la mayor prevalencia es en el sexo masculino que en el femenino.

En cuanto a la herencia se observó mayor prevalencia, paciente que no presentan antecedentes familiares un 55,56%, mientras que los pacientes que presentan antecedentes familiares un 25,92%

Ahora bien, respecto a la presencia de hábitos bucales deformantes, se observó que prevalece con mayoría el hábito bucal de onicofagia un 22,22% (6). Causando alteración en la oclusión y desarrollo dentario ya que ocasiona daño en el esmalte por el roce constante de un incisivo con el otro, al morderse las uñas, además de presentar cambios en su posición, rotación, fracturas y protrusión de incisivos superiores.

En cuanto a la lactancia, se pudo observar que la mayor cantidad de pacientes recibió lactancia materna exclusiva, como escribe estudio (4)

Se pudo observar también que las anomalías transversales con mayor prevalencia en la muestra de objeto de estudio, siendo el apiñamiento dentario un 74,07% el más destacado en la mayor cantidad de pacientes, siendo similar (6)

El tipo de maloclusión, se obtuvo que la clase I, la de mayor prevalencia 59,26%, el cual es similar al estudio de maloclusión (26)

Finalmente, en cuanto a las anomalías verticales se evidencio en mayor prevalencia, mordida profunda un 51,85%

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

Posterior a la interpretación y análisis de los resultados de los 27 pacientes de la muestra a objeto de estudio podemos concluir:

- El mayor porcentaje de anomalías dentomaxilofaciales se pudo observar el en sexo femenino.
- La mayor cantidad de pacientes no presento antecedentes de maloclusión.
- La mayor parte de la muestra presentan hábitos bucales deformantes no fisiológicos siendo el más predominante el habito de onicofagia.
- Del mismo modo pudimos observar que la mayor cantidad de pacientes recibió lactancia materna exclusiva.
- En cuanto al tipo de maloclusión, se obtuvo que la clase I fue la más frecuente.
- Se observo que en las anomalías transversales fue mas frecuente el apiñamiento dentario.

#### Recomendaciones

- Realizar consultas odontopediatricas desde la aparición de la dentición primaria.
- Inducir el desarrollo de los maxilares mediante una alimentación adecuada de acuerdo al grupo etario.
- Erradicar principalmente el habito de onicofagia entre otros hábitos deformantes durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares.
- Del mismo modo, se indica ampliar el proyecto basándose en los resultados que pueden obtenerse si se logra la detección de estos problemas a temprana edad, para lograr así demostrar los beneficios de un correcto diagnóstico

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Valdés Z, Díaz A (2012). Caracterización de las anomalías dentomaxilofaciales.  
Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156131942013000500010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942013000500010)
2. Lugo C y Toyo. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
3. Accardi K (2016). Prevalencia de malos hábitos orales y su asociación de Anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años, comuna Dalcahue. Chile
4. Rondón R, Zambrano G, Guerra M, Rodríguez B (2016). Relación entre un periodo de lactancia materna exclusiva de 6 meses y presencia de hábitos parafuncionales en un grupo de niños y adolescentes venezolanos. Caracas, Venezuela.
5. Vera M (2014). Prevalencia de las Anomalías dentofaciales en escolares de 8 a 12 años de dentición mixta de la escuela Pedro Vicente Maldonado en la Ciudad de Guayaquil en el periodo 2014.
6. Carrillo A y Catari P (2013). Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta Odontopediatría. Valencia, Venezuela.
7. Proffit W (2008) Ortodoncia Contemporánea. Edición 4. Editorial S.A Elsevier. Madrid España
8. Koch y Poulsen (2011) Odontopediatría, Abordaje Clínico. Edición 2. Editorial Almoca. Reino Unido
9. González F, Guida G y Herrera D (2012) Maloclusiones asociadas a Hábitos de succión digital, hábitos de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábitos de postura.
10. Romagosa, Pérez y Estrada (2014) Influencia del tipo y tiempo de lactancia materna en la aparición de los hábitos deformantes. Cuba
11. Proffit (2000) Ortodoncia Contemporánea. Edición 3. Edición S.A. Elsevier. Madrid España.

12. Romero M y Romero O (2015) Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n1/clinico1.PDF>
13. Torreveja y Asunta (2015) Uso del biberón y chupete beneficios y riesgo
14. Ocampo P, García y Álvarez L (2013) Hábitos orales comunes revisión de literatura. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/434/435>
15. Ojeda L, Espinoza R y Biotti P (2014) Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. Disponible en: [http://scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071901072014000100009](http://scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071901072014000100009)
16. Alarcón, R. (2008). Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento. Lima: Editorial Universidad Ricardo Palma
17. Vellini F (2002). Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Artes Médicas.
18. Canut (2001) Clínica y terapéutica. Editorial Masson. Madrid España
19. Canut. Editorial Clínica y terapéutica. Editorial Masson, Madrid España
20. Arias (2006) El proyecto de investigación. Ediciones Episteme. Valencia Venezuela
21. Hernández y Col (2006) Metodología de la Investigación. Edición 4. Editorial ultra S.A. México
22. José Cegarra Sánchez (2004). Metodología de la investigación científica y tecnológica. Ediciones Diaz de Santos. Madrid- España
23. Hernández (2003) Metodología de la Investigación. Edición 3. México D.F
24. Arias (2009) El proyecto de Investigación. Edición 6. Editorial Episteme. C.A Caracas Venezuela

## ANEXOS

### Tabla Operacionalización de Variables

**Objetivo General:** Determinar factores de riesgo asociados a las anomalías dentomaxilofaciales en pacientes de la clínica de Ortopedia y Ortodoncia I de la Universidad José Antonio Páez.

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Factor de Riesgo	Factor causal de alteraciones craneofaciales en pacientes expuestos	Herencia	Madre Padre	1
		Lactancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Lactancia materna</li> <li>· Biberón</li> <li>· Mixta</li> </ul>	2-6
		Hábitos bucales no fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Succión digital</li> <li>· Succión de chupete</li> <li>· Onicofagia</li> <li>· Deglución atípica</li> </ul>	7-9
Anomalías Dentomaxilofaciales	Alteraciones de crecimiento, desarrollo, fisiologismo de componentes anatómicos que conforman sistema estomatognático	Clasificación según Angle	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Clase I</li> <li>· Clase II:</li> <li>3. Clase II, División 1</li> <li>4. Clase II, División 2</li> <li>· Clase III</li> </ul>	10
		Clasificación de Simon	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Anomalías Anteroposteriores</li> <li>· Anomalías Transversales</li> <li>· Anomalías Verticales</li> </ul>	11-12

--	--	--	--	--

### **Instrumento**

1. ¿Se toma en cuenta la herencia como factor de riesgo de desarrollo en anomalías dentomaxilofaciales?  
Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
2. ¿Se determina en la historia clínica los hábitos bucales como factores de riesgo de desarrollo en anomalías dentomaxilofaciales?  
Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
3. ¿Está presente el hábito bucal de succión digital como factor de riesgo de desarrollo en anomalías dentomaxilofaciales?  
Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
4. ¿Valora la historia clínica el hábito bucal de succión de chupete o biberón como factor de riesgo de desarrollo en anomalías dentomaxilofaciales?  
Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
5. ¿Está presente el hábito de onicofagia como factor de riesgo de desarrollo en anomalías dentomaxilofaciales?  
Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
6. ¿Se toma en cuenta el hábito de deglución atípica como factor de riesgo de desarrollo en anomalías dentomaxilofaciales?  
Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
7. ¿Se registra en la historia clínica la lactancia materna?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

8. ¿Está presente el uso de la lactancia artificial como factor de riesgo?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

9. ¿Está presente el uso de la lactancia mixta?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

10. ¿La historia clínica le da importancia a la relación del molar superior con el inferior de oclusión en sentido sagital?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

11. ¿Se determina en la historia las anomalías transversales relacionadas con diastema dentario?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

12. ¿Se determina en la historia clínica las anomalías transversales relacionadas con apiñamiento denario?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

13. ¿Se determina en la historia clínica las anomalías verticales relacionadas con mordida profunda o mordida abierta?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

14. ¿La historia clínica permite verificar la relación entre la anomalía dentomaxilofacial y el sexo?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**Instrumento I**

OBSERVACIONES

---

---

---

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

APLICABLE  NO APLICABLE

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	CI	Firma
Belitza Boggio	3097559	Belitza Boggio
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontóloga - Psicóloga	Especialista	Mayo 8, 2019

**Instrumento I**

OBSERVACIONES

---

---

---

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

APLICABLE  NO APLICABLE

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	CI	Firma
Maria C. Vazquez	7028944	Maria C. Vazquez
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Ortopedista - Perforfacial	especialista	3-5-2019

**Instrumento I**

OBSERVACIONES

---

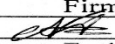
---

---

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

APLICABLE  NO APLICABLE

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	CI	Firma
Mora de Fuen	3 9 9 0 4 0 2	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontólogo	• Especialista en Ortodoncia y Ortognatol • Especialista en Diseño y educción Ornialos	

## Lista de Cotejo

N HC	Factores de Riesgo										Anomalías Dentomaxilofaciales						
	Sexo		Herencia	Solo Lactancia Materna	Solo Biberón	Mixta	Succión Digital	Succión de Chupete	Onicofagia	Deglución atípica	Otros	Según Angle			Según Simón		
	F	M										Clase I	Clase II	Clase III	AS	AV	AT
4248		X	No	No	No	No	No	X	No	No	X	No	No	No	No	MP	A
4249	X		X	No	No	X	X	No	No	No	No	X	No	No	No	No	A
4250		X	No	No	No	X	X	No	No	No	No	X	No	No	X	No	A,D
4235		X	No	X	No	No	No	No	No	No	X	No	No	X	X	MA	A
4256		X	No	No	No	X	No	No	No	X	No	X	No	No	X	MP	A
4252	X		No	No	No	X	No	No	No	X	No	X	No	No	No	MP	A
4258	X		No	No	No	X	No	No	X	No	No	X	No	No	No	MP	A
4259	X		No	X	No	No	No	No	No	X	No	X	No	No	No	MP	A
4243	X		No	X	No	No	No	No	No	No	No	X	No	No	X	MP	A
4247		X	X	No	No	X	No	No	No	No	X	X	No	No	X	MA	A,D
4245	X		No	No	No	X	No	No	No	No	No	X	No	No	X	MP	A,D
4246		X	No	No	No	X	No	No	No	No	No	X	No	No	X	No	A
4244		X	X	No	No	X	No	X	No	No	No	No	No	X	X	MP	A
4144	X		No	No	No	X	No	No	No	No	No	X	No	No	X	MP	A
4145	X		No	No	No	X	No	No	No	No	X	X	No	No	X	No	A
4146	X		_____	No	No	X	No	No	No	No	No	X	No	No	X	No	A
4147	X		No	_____	X	No	No	No	X	No	No	X	No	No	No	No	A
4148	X		X	X	No	No	No	No	X	No	No	_____	_____	_____	X	No	A
4167		X	_____	X	No	No	No	No	X	No	No	No	X	No	X	MP	A
4169	X		X	No	No	X	No	No	No	No	No	X	No	No	No	No	A
4171		X	_____	No	No	X	No	No	No	No	No	No	X	No	X	MP	A, D
4179	X		X	No	No	X	No	No	X	No	No	X	No	No	No	No	A
4276	X		X	No	No	No	No	No	No	No	No	X	No	No	X	No	A
4178		X	No	No	No	X	No	No	No	No	No	No	X	No	X	MP	No
4182		X	No	No	No	X	No	No	No	X	No	X	No	No	X	MP	_____
4184		X	_____	X	_____	No	No	No	No	X	No	_____	_____	_____	No	MA	A
4186		X	_____	No	No	X	No	No	No	No	No	X	No	No	No	MP	D

