



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Escuela de Post Grado

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

“PREVALENCIA DE MALPOSICIONES DENTARIAS EN
LOS ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS PROFESIONALES
DE ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
HUÁNUCO - 2017”

**Para optar el Grado Académico de:
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD
MENCION EN ODONTOESTOMATOLOGÍA**

AUTOR
CD. BALDEON VALLADARES, LUIS ALBERTO

ASESOR
Mg. C.D. Jubert Torres Chávez.

HUÁNUCO – PERÚ

2018



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

JEFA DE LA UNIDAD DE POST GRADO- FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los seis días del mes de marzo del año dos mil dieciocho, siendo las _____ horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Silvia Lina Bacilio Cruz, Presidenta, Mg. Amalia Leiva Yaro, Secretaria, y Mg. Luz Idalia Angulo Quispe, Vocal respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 047-2018-D-EPG-UDH, de fecha veintidós de febrero del año dos mil dieciocho y la aspirante al Grado Académico de Maestro, Bach. **Luis Alberto BALDEON VALLADARES**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó al graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: **"PREVALENCIA DE MALPOSICIONES DENTARIAS EN LOS ESTUDIANTES DE LAS E.P. ENFERMERIA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN – HUÁNUCO - 2017"**; para optar el Grado Académico de Maestro en Ciencias de la Salud, mención Odontoestomatología.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobado Por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 18 y cualitativo de Muy Bueno (Art. 54).

Siendo las 16.00 horas del día 06 del mes de Marzo del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. Silvia Lina Bacilio Cruz

SECRETARIA

Mg. Amalia Leiva Yaro

VOCAL

Mg. Luz Idalia Angulo Quispe

DEDICATORIA.

A Dios por todas las cosas que me ha dado, por estar siempre conmigo y guiar cada paso que doy. A la memoria de mi padre por su constante preocupación, por enseñarme a no detenerme jamás y confiar en mí. A mi madre por depositar sus sueños en mí, por su incansable esfuerzo, empeño y dedicación para hacer de mí lo que soy. A mis Esposa Lessly y mis hijos Franchesca, Nicole, Pierre y Luciana que son mi motivación para seguir adelante. A mis hermanos(as) por estar a mi lado en los momentos difíciles, por compartir mis logros, por su paciencia y por todo el amor que me dan.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata de las maloclusiones que son problemas cotidianos y de salud pública que se presentan en la práctica diaria. Según la OMS ocupan el tercer lugar como problemas de salud bucal, luego de la caries y de la enfermedad periodontal.

Se han realizado muchos trabajos a nivel mundial sobre éstas mal oclusiones, sin ser ajeno también en nuestro país hay trabajos. En el medio local no encontramos registros en el Minsa, Es salud, etc. para fortalecer nuestro trabajo. Sin embargo nuestro interés y preocupación como Docente y profesional dedicado a la práctica clínica, en el presente estudio averiguamos el porcentaje de personas con mala oclusión, y empezamos con estudiantes de las Escuelas Profesionales de salud de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán – Huánuco.

Este trabajo realizado en la Universidad, se tuvo muestra a los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Odontología, Obstetricia y Enfermería, con los respectivos criterios de inclusión en la selección de la muestra, haciendo un total de 450 estudiantes seleccionados por conveniencia.

El propósito del trabajo es obtener datos verídicos, y con una perspectiva de ser alternativa de solución, ya sea trabajando a

nivel preventivo-promocional o interceptivo en el futuro, de acorde al avance de la ciencia.

Agradecimiento

Doy gracias a quien a dirigido mi camino por el sendero correcto, a Dios, el que está en todo momento a mi lado ayudándome a aprender de mis errores y no cometerlos otra vez. Te lo agradezco padre mío.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	9
1.2. Formulación del problema.....	10
1.3. Objetivo general.....	10
1.4. Objetivos específicos.....	10
1.5. Trascendencia de la investigación.....	11
1.6. Limitaciones de la investigación.....	11
1.7. Viabilidad de la investigación.....	11

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	13
2.2. Bases teóricas.....	17
2.3. Definiciones conceptuales.....	37
2.4. Sistema de variables.....	38
2.5. Operacionalización de variables.....	39
2.6. Sistema de Hipótesis.....	41

3. MARCO METODOLOGICO

3.1. Nivel de investigación.....	42
3.1.1 Básico.....	42

3.1.2.	Tipos de investigación.....	42
3.1.3	Diseño.....	42
3.2.	Población y muestra.....	43
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
3.4.	Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	
	Plan de actividades.....	45
4.	RESULTADOS	
4.1.	Análisis e interpretación de resultados.....	46
5.	DISCUSION	58
6.	CONCLUSION	61
	RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
	ANEXOS	
	MATRIZ DE CONSISTENCIA	

RESUMEN

Esta investigación se basó en hallar la prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las Escuela Profesional Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017 y específicamente se describió la prevalencia de malposiciones dentarias según el género, edad y según la pieza dentaria de las dichas escuelas profesionales. El nivel de la investigación es de descriptivo y de tipo transversal; de diseño transeccional descriptivo. Para la selección de la muestra se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, resultando 150 estudiantes por escuela profesional de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco, que harían un total de 450 estudiantes y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión propuestos. Para el procesamiento se usó el programa Excel y el SPSS V 22.0. Para el análisis de los datos se usó las medidas de tendencia central como la media, porcentaje y la frecuencia absoluta. Obteniendo como resultado que existe una alta prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las tres carreras profesionales; tales como: Enfermería, Obstetricia y Odontología, el género que predomina en las malposiciones dentales fue el femenino y los estudiantes de (17-20 años) fueron los más prevalentes en malposiciones dentarias.

Palabras claves: Malposición dentaria, Prevalencia, Posición, Oclusión.

SUMMARY

This research was based on finding the prevalence of dental malpositions in the students of the Professional School Nursing, Obstetrics and Dentistry of the National University Hermilio Valdizán-Huánuco 2017 and specifically the prevalence of dental mal positions was described according to gender, age and according to the piece of the said professional schools. The level of the research is descriptive and transversal; of descriptive transectional design. For the selection of the sample, a non-probabilistic sampling was conducted for convenience, resulting in 150 students from a professional school of Nursing,

Obstetrics and Odontology of the National University Hermilio Valdizán - Huánuco, which would make a total of 450 students and taking into account the criteria of proposed inclusion and exclusion. The Excel program and the SPSS V 22.0 were used for processing. For the analysis of the data, the central tendency measures such as the mean, percentage and absolute frequency were used. Obtaining as a result that there is a high prevalence of dental malpositions in the students of the three professional careers; such as: Nursing, Obstetrics and Dentistry, the gender that predominates in dental malpositions was female and students (17-20 years) were the most prevalent dental malpositions.

Key words: Dental malposition, Prevalence, Position, Occlusion.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema.

Durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, este experimenta cambios en su dentición; pues pasa de una dentición temporal a una permanente. Durante el cambio de dentición el ser humano se ve influenciado por múltiples factores, como: tipo de alimentación, higiene oral, pérdida prematura de dientes temporales y otros. Todos estos factores influyen en la posición que tomarán los dientes permanentes durante su erupción en los arcos maxilares.

Las malposiciones dentarias son alteraciones que se presentan a cualquier edad y en cualquier persona, por diferentes causas; producen un efecto directo sobre la oclusión dentaria, afectando funcionalmente como estéticamente. Se presenta en una o varias piezas dentarias, con diferentes particularidades en su aparición.

Henostroza¹ en 2001, mencionó que “la malposición dentaria (apiñamiento) ha sido el motivo por el cual las personas se excluyen de su círculo social y causa en ellos la inseguridad de realizar sus actividades cotidianas.”

Según Chaconas, la malposición dentaria ha sido una complicación común que se da en las personas, por falta de espacio en la cavidad bucal que repercuten en la morfología oclusal y salud oral.²

Como Cirujano Dentista se evidencia un aumento de alumnos con brackets, en casi todas las Facultades de la Universidad, pero en mayor cantidad en los estudiantes de las carreras profesionales de salud; el incremento se debe a que se busca una mejora el aspecto estético facial y el autoestima personal, hoy en día el aspecto estético de la persona se ha vuelto fundamental; lo que llevo entonces a conocer la prevalencia de mal posiciones dentarias, y para luego hacer un estudio de cómo influye ello en la persona, en su vida cotidiana, estética facial, proceso de masticación,

patología que puede conllevar, autoestima, apariencia física , desarrollo o represión del área social, del estudiante.

Con ésta tesis se impulsa a tener un diagnóstico preciso, plantear alternativas de solución y trabajar multidisciplinaria como el caso lo requiere, y pues se evidencia la necesidad es necesario. La prevención es muy importante para este tipo de alteración ya que se pueden interceptar, corregir y guiar el crecimiento los huesos faciales, debido a que después del desarrollo de un individuo el tratamiento sería más complicado.

1.2 Formulación del problema.

1.2.1 Problema general:

1. ¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la universidad nacional Hermilio Valdizán- Huánuco 2017?

1.2.2 Problemas específicos:

1. ¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias según el género, en los estudiantes sujetos a estudio de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017?
2. ¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias según la edad, en la población uestral considerada en el estudio de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán -Huánuco 2017?
3. ¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias según la pieza dentaria, en los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017?

1.3. Objetivo general

1. Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017.

1.4 Objetivos específicos:

1. Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias según el género, en los estudiantes que se estudiaron según la población y la muestra de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017.
2. Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias según la edad, en los estudiantes que estuvieron sujetos al estudio, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017.
3. Establecer la prevalencia de malposiciones dentarias según la pieza dentaria, en los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017.

1.5 Trascendencia de la investigación/justificación.

1.5.1 Teórica

La elaboración de esta investigación fue relevante ya que el mismo constituyó una actualización y contextualización sobre el tema de prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Así como se verificó y comparó los resultados obtenidos por otros investigadores.

1.5.2 Práctica

La investigación fue trascendente, porque tenía como visión la identificación de un problema social en salud de carácter mundial, nacional, local.

Las malposiciones dentarias alteran tanto psicológica como socialmente de la persona; por tal motivo deben ser interceptados a una edad temprana, lo que hace que la intervención del Cirujano Dentista tiene importancia, evitando problemas graves en el futuro.

1.5.3 Académica

La prevalencia de malposiciones dentarias que se observa en la población fue un buen motivo para investigar el tema, considerando que existe un buen porcentaje de adolescentes y jóvenes con este problema, y que las malposiciones dentarias se encuentran relacionados con la herencia, los malos hábitos bucales, apiñamiento dentario, problemas en la articulación temporo-mandibular.

1.6 Limitaciones

La investigación tuvo limitaciones como no contar registros estadísticos precisos, no contar con tesis similares, de no poder disponer de profesionales para aplicar la tesis de forma transdisciplinaria y tener un diagnóstico holístico.

1.7 Viabilidad

La investigación fue factible; asumiendo nuestros conocimientos previos (factibilidad académica), los gastos para su ejecución fueron asumidos por el investigador (factibilidad económica), y hubo facilidad para la autorización de parte de la institución para la ejecución del proyecto (factibilidad institucional).

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Internacional

Ecuador (2017), Viteri J. . Nivel de autoestima en pacientes entre 12 a 18 años de edad con mal posición dentaria en el sector anterior que acuden a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas.³

El objetivo del estudio realizado, fue la de determinar el grado de autoestima concerniente con la mala postura de la dentadura en la parte delantera que presentaron los jóvenes de las edades comprendidas entre los doce y los dieciocho años y como objetivos específicos presentaron la identificación de la presencia de las prácticas en relación a la salud bucal que tengan correspondencia con las patologías de la mala posición dental y de la misma forma realizar la diferenciación del nivel que afecta a la autoestima de las personas de acuerdo a la edad y al género.

Para recolectar datos se usó encuestas diseñadas y se tomó en la Clínica de Atención Odontológica de las Universidad de las Américas, la muestra fue de 85 adolescentes (40% mujeres y 60% hombres), entre 12 a 18 años de edad que fueron escogidos aleatoriamente y que acudían a la atención odontológica. Con los resultados se percibió que el hábito más frecuente fue morder esferas

(42.4%), y se realizaba “a veces”, con un porcentaje de 31.8%; en cuanto a la autoestima relacionada a la edad, los adolescentes obtuvieron autoestima positiva alta, la mayoría de mujeres presentaron una autoestima positiva alta. Concluye que la malposición dentaria afecta la autoestima de las personas, produce caries dental, gingivitis, periodontitis, halitosis, entre otras.³

El Salvador (2015), Bonilla T, Molina B, Moys S, Ramírez A. Complicaciones de la segunda molar inferior producidas por la mal posición anatómica de la tercera molar inferior en jóvenes de 17 a 24 años de edad.

El objetivo fue establecer la prevalencia de todo tipo de complicaciones más usuales a nivel del segundo molar inferior, originadas por la postura anatómica del tercer molar inferior en los jóvenes estudiantes que se encontraron al momento del estudio, entre los diecisiete a veinticuatro años de la Facultad de Odontología de la Universidad del Salvador durante los meses de marzo a junio del año dos mil catorce.

Fue un estudio de tipo descriptivo y nivel correlacional, con una muestra de 202 estudiantes, se evaluaron las segundas y terceras molares inferiores usando un examen clínico y radiografía panorámica. Los resultados obtenidos indican que la tercera molar con mesioangulación con el 59.9 % fue de mayor prevalencia. Según la clasificación de Pell y Gregory la clase II A (29%) con más prevalencia. Según clasificación de Pitts la caries distal fue una complicación prevalente con 23.3%. La reabsorción de la cresta ósea alveolar fue de 20.1% en tercio medio; la profundidad de bolsa periodontal de 4 a 6 mm fue de 35.0%, la reabsorción radicular externa de la raíz distal del segundo molar fue de 10 %. Se concluye que la malposición anatómica mesioangular de la tercera molar inferior y la falta de espacio para su erupción, provocan afecciones estadísticamente significativas en el segundo molar adyacente como: caries en superficie distal, reabsorción de cresta ósea, enfermedad periodontal y reabsorción radicular.⁴

Ecuador (2015), Sornoza E. Mal posiciones dentales y su relación con hábitos bucales en niños (as) de 7 a 11 años en la Escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la parroquia Colón, perteneciente al cantón Portoviejo de la provincia de Manabí, en el periodo marzo-julio 2015.

El presente trabajo tuvo como propósito investigar sobre las mal posiciones dentales y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años en la Escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la parroquia Colón, el objetivo fue determinar la relación que hay entre los hábitos y las mal posiciones

dentales. La investigación fue de campo, de corte transversal, para la recolección de datos se realizaron fichas de observación a los escolares, también encuestas aplicadas a los padres de familia. Con muestra de 129 niños (as) seleccionados con criterios de inclusión y exclusión. Aplicó a los padres la encuesta para constatar algunas variantes de conocimiento sobre hábitos. Se concluyó una prevalencia de hábitos y de mal posición dental, siendo el hábito de mayor frecuencia la onicofagia y diastema.⁵

Ecuador (2013), Bajaña V. Estudio de la mal posición dentaria y sus efectos sobre los parámetros funcionales de la oclusión.

El objetivo fue determinar los efectos de la mal posiciones dentarias sobre los parámetros funcionales de la oclusión. La investigación es de tipo descriptiva ya que se irá describiendo paso a paso la malposición dentaria y sus efectos sobre los parámetros funcionales de la oclusión. El estudio pretendió mostrar un diseño para poder establecer los tipos de oclusión como: natural, normal, ideal, maloclusión funcional, maloclusión anatómica, terapéutica (dada en las rehabilitaciones), y que podrían cambiar de acuerdo a cada individuo. Concluye que las mal posiciones dentarias en relaciones con los parámetros de la oclusión son causadas por la herencia, defectos congénitos, la influencia de factores ambientales, enfermedades predisponentes, malos hábitos bucales y aberraciones funcionales.⁶

Ecuador (2012), Pacheco L. Malposición dentaria de premolares en la oclusión dentaria en alumnos de décimo año de la Unidad Educativa Experimental “Manuela Cañizares” período 2011- 2012.

La investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de malposición dentaria de premolares en la oclusión dentaria en estudiantes de décimo año de la Unidad Educativa Experimental “Manuela Cañizares”, período 2011- 2012. La muestra estuvo conformada por

La investigación tuvo como objetivo establecer la prevalencia de la mala postura de los dientes premolares en la oclusión dental en los alumnos

del décimo de la Unidad Educativa Experimental “Manuela Cañizares”, período 2011- 2012. Referente a la población muestral estuvo constituida por 163 estudiantes entre 14 y 16 años de edad, la muestra se obtuvo por muestreo sistemático teniendo como referencia la presencia o no de tratamiento de ortodoncia. Los resultados determinaron que la prevalencia de malposición dentaria en premolares fue de 75%, que las malposiciones dentarias se producen por factores etiológicos como la herencia, los hábitos dentales, y otros; además de, causas postnatales como la lactancia materna del niño, su alimentación los cuidados dentales por parte de sus padres y de su Odontólogo, etc. Según la relación con el género se presenta con mayor prevalencia en mujeres con un 68%. Con relación a la edad hay mayor prevalencia en estudiantes de 14 años de edad. El premolar inferior izquierdo es el más frecuente con respecto a las malposiciones dentarias que en un orden descendente se ubican así: Distoversión 76(31%), linguoversión 55(23%), otras 37(15%), mesioversión 35(14%), palatoversión 23(10%), y vestibuloversión 17(7%).⁷

2.1.2 Nacional

Carhuapoma A. Perú (2016). Influencia de las malposiciones dentarias individuales más frecuentes en la recesión gingival, en el ancho de la encía adherida, en el ancho de la encía queratinizada y en el nivel de inserción en pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María 2015.

El objetivo fundamental de este estudio fue determinar la influencia de la malposición dentaria más frecuente en la recesión gingival, en el ancho de la encía adherida, en el ancho de la encía queratinizada y en el nivel de inserción. La investigación es un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, comparativo, de campo y de nivel relacional. El método de investigación fue la observación clínica. Se midió la recesión gingival desde el límite amelo-cementario hasta el margen gingival residual. La clasificación de la recesión fue mediante la nomenclatura de Miller y la subclasificación mediante la nomenclatura de Atkin y Sullivan. Las mediciones

fueron realizadas en 12 dientes para definir cada tipo de malposición dentaria individual (vestíbuloversión, palatoversión, linguoversión, mesioversión y distoversión). Los resultados mostraron que fue la vestíbuloversión la que influyó más que las otras malposiciones dentarias individuales en la recesión gingival y en la alteración del ancho de la encía adherida y queratinizada y el nivel de inserción.⁸

2.1.3 Regional

No se encontraron estudios similares dentro de la región Huánuco.

2.2 Bases teóricas

La mal oclusión tal como hoy la concebimos es la protagonista del tratamiento ortodóncico y su concepto ha variado a lo largo del tiempo más por defecto en la aplicación del término que por el sentido que al término se le debe y se le sigue dando.

La relación Oclusal normal se usa como patrón de referencia óptima en las relaciones oclusales.

La ortodoncia partió como arte dental dirigido a alinear los dientes, y pronto se inició la consideración de las relaciones interdentarias, fue Carabelli uno de los primeros autores que introdujo una nomenclatura para calificar en 1942 las relaciones oclusales basándose en los incisivos y caninos.

Durante las últimas décadas del siglo XX se comenzaron a estimar, no simplemente la relación existente entre cúspides y fosas antagonistas, sino también el de la dentadura que tengan bases óseas así como de sustentación y de ambos maxilares recíprocamente.

Fue Edwar Angle quien basándose en el estudio y observación de cráneos humanos e individuos vivos en la década de 1980 dio paso muy importante en el desarrollo de la ortodoncia ya que no sólo subclasificó los principales tipos de mal oclusión, sino que acuñó además la primera definición clara y sencilla de la oclusión normal en la dentición natural.

Angle demandaba que los primeros molares superiores e inferiores deberían relacionarse de forma que las cúspides mesiobucal del primer molar superior ocluya con el surco bucal del primer molar inferior. Si existe esta relación entre los molares y los dientes estuviesen dispuestos en una línea de oclusión imperceptiblemente curvada, se ocasionaría una oclusión normal, esta aseveración que 100 años de práctica han corroborado, simplifica admirablemente el conocimiento de oclusión normal.

Ulteriormente descubrió tres tipos de maloclusiones en las relaciones oclusales de los primeros molares:

Maloclusión de Clase I: Esta se ocasiona con la presencia de una relación normal de los molares, sin embargo la línea de oclusión es errónea originado a la postura incorrecta del diente, también debido a la rotación, o a anomalías en las relaciones verticales, transversales o a causa de una desviación sagital de los dientes incisivos.

Maloclusión de Clase II:

División I. Los incisivos céntricos superiores se hallan en protrusión, hallándose el resalta aumentado. El sobre mordido consigue estar aumentada, normal o reducida.

División II. Los incisivos centrales superiores están retroinclinados, los incisivos laterales proinclinados, el resalte está rebajado y el sobre mordido aumentado.

Maloclusión de Clase III: Esta se da cuando el surco vestibular del primer molar inferior ocluye por mesial de la cúspide vestibular del primer molar superior.

Cuando la Clase II o la Clase III se encuentran solamente en un lado se llama mordida u oclusión unilateral.

Maloclusiones transversales

Mordidas cruzadas unilaterales: Son aquellas que suelen ir asociadas a una desviación de la línea media ligeramente hacia un lado de la mordida cruzada.

Mordidas cruzadas bilaterales: Estas no suelen ir asociadas a ninguna desviación.

Signo de Brody: Esta mordida presenta las características de la mordida anterior pero de forma bilateral, es decir, en las dos zonas de la arcada dental. La arcada superior cubre por completo la arcada inferior.

Maloclusiones verticales

Sobremordida: Un paciente presenta sobre mordida cuando el entrecruzamiento incisivo supera los 2,5mm, es mayor a 1/3 o mayor del 25-30%.

Mordida borde a borde: Caso de sobre mordida 0 donde hay contacto entre incisivo en algún momento del movimiento dentario.

Mordida abierta: Cuando hay sobre mordida cero sin contacto entre incisal. Se ve en mordidas abiertas compensadas y en denticiones desgastadas.

2.2.1 Diente

Rouvière H. Delmas A. citados por Aravena P. (2012) indican que la palabra “diente” proviene del latín *dens*, *dentis* y “odontología” del griego antiguo *odon*. Se le describe como un órgano de solidez muy dura y de color blanco humo, ocupando los alveolos dentales del maxilar y la mandíbula, órgano porque está formado por tejidos que se originan de distintas capas embrionarias, siendo una de las estructuras más completas y complejas de nuestro organismo.⁹

Dauber W. citado por Aravena P. (2012) indican que la Real Academia de la Lengua Española la define como un cuerpo duro que, engastado en las mandíbulas del hombre y de muchos animales, queda

descubierto en parte, para servir como órgano de masticación o de defensa.⁹

En la última edición de Nomenclatura Anatómica Ilustrada se clasifica al órgano dentario según su cronología en dientes deciduos (antiguamente llamados dientes caducos, temporales o dientes de leche) y dientes permanentes; y según su forma y función en dientes incisivos, caninos, premolares y molares.⁹

2.2.2 Cronología de erupción dentaria

Clemente K. et al. Citado por Menéndez M. (2010) indica que la “emisión de las muelas presentan un elemento genético, descendientes de papás que les nacieron los dientes prematuramente, tienden a salirles los dientes también tempranamente; por lo que la cronología de la erupción dental es sólo referencial, existen recién nacidos que ya presentan dientes y hay otros bebés que todavía les tienden a brotar las primeras dentaduras cuando tiene un año.

La cronología de los dientes temporales o de leche es:¹⁰

- Edad brote
 - 5-6 meses, incisivo central inferior
 - 5-6 meses, incisivo lateral inferior
 - 7-8 meses, incisivo central superior
 - 8-9 meses, incisivo lateral superior
 - 14 meses, Primer premolar superior
 - 18 meses, canino superior
 - 24 meses, segundo premolar superior
 - 12 meses, primer premolar inferior
 - 16 meses, canino inferior
 - 20 meses, segundo premolar inferior

Los dientes temporales se completan hacia los 2 años de edad presentando un total de 20 dientes. Aunque estos dientes avulsionan para dar pasó a los dientes permanentes, es muy importante su cuidado, puesto que, si se presenta caries en los dientes de leche, es muy probable que los dientes permanentes broten con caries también. La cronología promedio de los dientes permanentes es:¹⁰

- Edad brote
 - 6-7 años, incisivo central inferior.
 - 6-7 años, primer molar superior
 - 6-7 años, primer molar inferior
 - 7-8 años, incisivo central superior
 - 7-8 años, incisivo lateral inferior • 8-9 años, incisivo lateral superior.
 - 9-10 años, canino inferior.
 - 10-11 años, primer premolar superior
 - 10-12 años, segundo premolar superior
 - 10-12 años, primer premolar inferior • 11-12 años, segundo premolar inferior
 - 11-12 años, canino superior.
 - 11-13 años, segundo molar inferior
 - 12-13 años, segundo molar superior
 - 17-21 años, tercer molar inferior o Muelas del juicio.
 - 17-21 años, tercer molar superior o Muelas del juicio.

A los 12 a 13 años de edad los niños cuentan con 28 dientes definitivos, cambiando las piezas temporales por permanentes y brotando piezas que antes no tenían (primer molar, segundo molar y tercer molar). Las muelas del juicio pueden aparecer hacia los 17 años, como tardarse mucho apareciendo en edades superiores cuando se completarán 32 dientes definitivos.¹⁰

2.2.3 Posición normal de las piezas dentarias

Weinmann JP. citado por Sivina M. (2001) señala que las fuerzas funcionales de los grupos dentales difieren en su dirección. Los elementos posteriores y los dientes antero-inferiores tienen fuerzas funcionales dirigidas sobre sus ejes longitudinales. Las fuerzas de los dientes anteriores superiores se dirigen hacia vestibular principalmente. El hecho de que los dientes reciben las fuerzas distribuidas a lo largo de su eje longitudinal hace que el grupo de fibras periodontales oblicuas sea el más abundante. Es razonable entonces esperar que los dientes posteriores como grupo funcionen de manera de soportar la dimensión vertical de la oclusión. Los dientes anteriores superiores como grupo no están preparados para soportar dicha dimensión vertical, pero en cambio sirven para desarticular los dientes posteriores durante los movimientos de excursión mandibular (protrusiva y lateralidades).¹¹

Cuando se pierde la dimensión vertical por pérdida parcial o total del sector posterior, los dientes anteriores son ahora utilizados para soportar la dimensión vertical siendo sometidos a una mayor fuerza, que puede producir la migración de los elementos a una nueva posición.¹¹

Thilander B. citado por Silvina M. (2001) opina que la migración continua que se produce en los dientes es un proceso fisiológico causado por modificaciones en los tejidos periodontales iniciadas por fuerzas tales como las oclusales y la atrición proximal. La pérdida de dientes y / o tejidos periodontales afecta la migración fisiológica dentaria y puede conducir a la mala oclusión o mal alineamiento, alteraciones que pueden ser agravadas por el traumatismo oclusal y/o los hábitos bucales, tales como la interposición lingual o el morderse las uñas.¹¹

La migración patológica es definida como un cambio en la posición de los dientes producida por la alteración de las fuerzas que mantienen al diente en una posición normal con respecto al cráneo.⁷⁶ Además, puede producir rotación y/o volcamiento de premolares y molares con colapso de la oclusión posterior y generar así una reducción en la altura de la mordida. Dicha migración patológica puede ser muy desfigurante y las

observaciones clínicas indican que la etiología es compleja y multifactorial. Si bien son pocos los trabajos científicos que determinan la real importancia de las causas relacionadas con la migración dentaria, ellas pueden ser: pérdida de inserción periodontal, inflamación de tejidos, factores oclusales, hábitos, pérdida de dientes sin reemplazo, frenillo labial e iatrogenia odontológica. Los comportamientos asociados a la migración patológica incluyen el bruxismo, la interposición lingual, los hábitos labiales, hábitos de succión y utilización de instrumentos de viento.¹¹

2.2.4 Malposición Dentaria

La malposición dentaria es un término frecuentemente utilizado en ortodoncia para referirse más que a las anomalías de sitio a las anomalías de dirección de los dientes en los arcos mandibular y maxilar. Las anomalías de posición involucran la inclinación axial anómala del eje coronario o del eje longitudinal del diente, así como las variaciones posicionales regidas por el plano oclusal y las rotaciones dentarias. Las anomalías de sitio se llaman también ectopías o heterotopías dentarias. Ectopía significa fuera de la posición normal o mal ubicación, y refiere erupción de un diente en un área que no le corresponde, comúnmente fuera o dentro del reborde alveolar. Los dientes pueden ocupar una posición anormal en los límites del arco dental o situarse fuera del mismo. La disposición atípica de los dientes, en más de las veces, indica desarrollo insuficiente de los huesos maxilar o mandibular.⁸

2.2.5 Etiología de la malposición dentaria:

I. Componentes etiológicos primarios: ¹²

- a. Sistema neuromuscular: Es uno de los componentes principales en la etiología de la deformidad dentofacial, se adaptan a los desequilibrios esqueléticos o las malposiciones dentarias.
- b. Hueso: Como los huesos de la cara, sirve como base

para los arcos dentarios (principalmente el maxilar superior y la mandíbula) las aberraciones en su morfología o crecimiento puede alterar la relación y el funcionamiento oclusal. Muchas de las malposiciones graves son el resultado de desequilibrios esqueléticos craneofaciales.

- c. Dientes: la etiología se podría deber a muchas formas. Las variaciones marcadas en tamaño, forma, número o posición de los dientes, pueden todas producir malformación.

- d. Partes blandas: Los tejidos blandos, no son tan esencial como el de los tres sitios discutidos previamente, la malposición, sin embargo, puede resultar de la edad periodontal o la pérdida del aparato de inserción, y de las variedades de lesiones de los tejidos blandos.¹²

II. Causa entidades clínicas

II. 1 Herencia:

La herencia ha sido desde mucha señalada como una causa de malposición. Los errores de origen genético pueden aparecer antes del nacimiento o después de hasta muchos años (por ejemplo, patrones de erupción dentaria). El papel de la herencia en el crecimiento craneofacial y en la etiología de las deformidades dento faciales ha sido un tema de muchos estudios, pero, sorprendentemente, se conoce realmente pocos detalles específicos. Frecuentemente se ve interesantes parecidos familiares pero el modo de transmisión, o hasta el sitio en que actúa el gen, no se entiende; excepto los estudios sobre los gemelos mostraron que los factores genéticos desempeñan un papel bastante importante en determinación de diferentes características de la oclusión.¹² II.2. Modo de acción de los factores genéticos

Las combinaciones inarmónicas de las variables son probablemente factores importantes en la etiología de la malposición dentaria. Dientes grandes en maxilar pequeño y una mandíbula grande o pequeña comparada con el maxilar son ejemplos de tales combinaciones. Sin embargo, existen anomalías que, si bien parecen determinadas por la herencia, en realidad no explican de esta forma como el caso de los miembros de familia de parentesco cercano que presentan caninos retenidos de inclinación anormal. Aquí se presume la presencia de influencia genética anormal.¹²

II.2 Defectos de desarrollo de origen desconocido

Probablemente originados en una falla de diferenciación en un periodo crítico en el desarrollo embrionario. Los ejemplos a veces citados incluyen la ausencia congénita de algunos músculos, micrognasia, hendiduras faciales y ciertos casos de oligodoncia y anodoncia. Algunos síndromes craneofaciales corresponden a esta categoría, mientras otro tiene factores genéticos conocidos.¹²

II.3. Traumas

Tanto el trauma prenatal al feto, como los daños postnatales, pueden resultar en deformidad dentofacial.⁸

II.4. Agentes Físicos:

En este aspecto pueden producir malposición dentaria la exodoncia prematura de dientes deciduos. La naturaleza del alimento también puede influir, ya que las dietas fibrosas y duras estimulan la función muscular y oclusal favoreciendo el crecimiento uniforme de los arcos y la alineación ulterior de los dientes.⁸

II.5. Hábitos:

Los hábitos anormales que más interfieren en el patrón normal del crecimiento de los maxilares son los implicados en la etiología de la maloclusión y malposición dentaria. Así, los patrones habituales de conducta muscular a menudo están asociados a crecimiento óseo pervertido o impedido y malposiciones dentarias; entre otros. Los hábitos perniciosos más conocidos en este sentido son ⁸.

- Succión del pulgar y de otros dedos, empuje lingual, succión y mordedura de labio, postura corporal defectuosa, mordedura de uñas.

II.6. Enfermedades:

a) Enfermedades sistémicas:

Se sabe que las enfermedades febriles alteran el horario de desarrollo de la dentición durante formación de los dientes deciduos., en su mayor parte es probablemente que la enfermedad sistémica tenga un efecto sobre la calidad más sobre la cantidad de crecimiento del diente. ¹³

b) Trastornos endocrinos:

Los trastornos endocrinos prenatales pueden manifestarse en la hipoplasia de los dientes. Después del nacimiento estos trastornos podrían retardar o acelerar, pero habitualmente no distorsiona la dirección del crecimiento facial, puede afectar la velocidad de osificación de los huesos, la época de erupción dentaria y la velocidad de reabsorción de los dientes primarios, la membrana periodontal y las encías son extremadamente sensibles a algunas disfunciones endocrinas

y los dientes son entonces afectadas indirectamente. No se conoce alguna malposición dentaria grave que sea patognomónica de ningún trastorno endocrino específico.¹¹

c) Enfermedades locales.

Cualquier situación que interfiera con la fisiología respiratoria normal puede afectar al crecimiento de los maxilares y la fisiología de la oclusión; enfermedad gingival y periodontal: Diversas gingivitis y periodontitis pueden causar pérdida de dientes, migración patológica de piezas dentarias y malposición de éstas; tumores: Los tumores en la zona dentaria pueden producir malposición y maloclusión; caries: La caries es responsable de la pérdida temprana de dientes primarios, corrimiento de dientes permanentes, erupción precoz y malposición dentaria.⁸

2.1.2 Nomenclatura de las malposiciones dentarias Individuales

El sistema de Lischer denomina las malposiciones unidentarias anteponiendo al radical “versión” los diferentes prefijos que indican la dirección desde de la posición normal:¹⁴

- Mesioversión: mesial a la posición normal.
- Distoversión: distal a la posición normal.
- Linguoversión o palatoversión: lingual o palatino a la posición normal.
- Labioversión, bucoversión o vestibuloversión: hacia vestibular.
- Infraversión: alejado de la línea de oclusión.
- Supraversión: pasando la línea de oclusión.

- Axiversión: inclinación axial equivocada.
- Torsiversión o giroversión: rotado sobre su eje largo.
- Transversión: orden equivocado en el arco, transposición.¹⁴

2.1.3 Anomalías de posición de dientes y arcos

I. Anomalías de posición dentaria

A veces es difícil decir si la posición anormal de dientes aislados es de naturaleza primaria o secundaria. En este último caso podría parecer como consecuencia de otra anomalía tal como desplazamiento en conjunto, inclinación o rotación debidos a falta de espacio.¹¹

II. Anomalías de forma de los arcos

No existe diferencia neta entre el arco dentario estrecho, alargado, la forma intermedia, y el arco dentario amplio y corto. Esto aplica por que no se dispone de cifras de incidencia basadas en límites de clase exactamente definidos para estas formas de variación. Aun cuando la oclusión es suficientemente adecuada, la forma del arco varía considerablemente.¹¹

III. Anomalías de espacio

Es raro hallar dos arcos dentarios perfectamente regulares con todos los dientes en contacto adecuado.¹¹

IV. Anomalías de la relación entre los arcos

Las anomalías en sentido sagital se observan tanto en la región anterior en forma de resalte, cuanto en los segmentos del canino, premolares o molares.

2.1.4 Prevención de la Malposición dentaria

- **Evitar la extracción prematura**

Clemente K, et al. citado por Menéndez M. (2010) Señala que es aconsejable antes de hacer una exodoncia de dientes deciduos por caries, realizar estudio minucioso de la longitud de arco para determinar la necesidad del uso del mantenedor de espacio de allí la importancia la importancia de este para evitar la malposición de los dientes que van a erupcionar.¹⁰

- **Radiografía**

Kurol J. referido por Menéndez M. (2010) menciona que a partir del informe del radiólogo, conjuntamente con los signos y síntomas que presenta el paciente, el médico puede realizar el diagnóstico de la enfermedad o problema de salud. En algunos casos, la radiografía es el primer paso antes de indicar otras pruebas diagnósticas de mayor coste, riesgo o dificultad de realización, ya que permite o bien realizar el diagnóstico, o descartar otras causas.¹⁰

Las radiografías permiten descartar o diagnosticar fracturas óseas, tumores, quistes, o infecciones entre otras causas de enfermedad que pueden ocasionar la malposición de los caninos.¹⁰

- **Visitar al odontólogo**

Kuroi J. también hace referencia en que es de mucha importancia visitar al odontólogo periódicamente para de esta manera evitar posibles problemas, o diagnosticar cualquier problema y empezar su tratamiento ya que al dejarlo pasar podría llevar a problemas más graves en la cavidad bucal. Sin embargo a muchas personas les da vergüenza visitar el odontólogo por el estado de su boca y temor a reproches por el descuido.¹⁰

Si la visita es motivada por dolor, también es necesario efectuar lo anterior y después nos avocamos al problema en cuestión.¹⁰

2.1.5 Posibles consecuencias de las malposiciones dentarias

Generalmente cuando se encuentra una malposición dental, se sugiere la necesidad de tratamiento ortodóncico para mejorar la estética.¹⁵

I.1 Alteraciones psicosociales

El auto concepto se precisa como la forma que tiene el individuo de verse a sí mismo, en cuanto a sus características físicas, psicológicas, intelectuales, sociales y afectivas. Además tiene un rol importante en la formación de la personalidad, afectándolo tanto positiva como negativamente.^{13,16-17}

Una mayor intuición del impacto de la maloclusión en los aspectos psicológicos de los individuos y en su desarrollo psicosocial es de gran importancia para realizar un conveniente diagnóstico y tratamiento, donde el tratamiento ortodóncico sea un instrumento para perfeccionar la calidad de vida.^{18,19}

I.2 Bull ying (matoneo)

Los adolescentes que han sido intimidados por presentar algún tipo de maloclusión han reportado un impacto negativo en su autoestima y calidad de vida.²¹

Concluyéndose que el procedimiento de ortodoncia puede tener un predominio positivo en los jóvenes- adolescentes que están siendo víctimas de bullying relacionado con su maloclusión.¹⁵

I.3 Alteraciones cardiacas

Una malposicion deentaria podría causar un estrés intenso, dando como resultado una variación del ritmo cardiaco. Este concepto fue evaluado por Ekuni, et al. En 2011, quienes hallaron una asociación entre la maloclusión y la variabilidad del ritmo cardiaco, ya que estos pacientes presentaban una alteración en la posición dentaria.

Indicando que el tratamiento de ortodoncia puede ayudar no sólo a mejorar problemas orales, estéticos y funcionales, sino también a corregir los índices de estrés.²¹

I.4 Dolores de cabeza

Estos se presentan debido a que los músculos del cuello y cuero cabelludo exhiben una tensión elevada, en la cual pueden intervenir factores de origen oclusal y también el esfuerzo excesivo por parte del paciente. ¹⁵

Lambourne, et al. En 2007 hicieron estudios en 50 niños y adolescentes que presentaban dolores de cabeza, hallando una asociación estadísticamente significativa entre los dolores de cabeza con la mordida cruzada posterior y un overbite mayor a 5mm, finalizando que estos hallazgos son un factor de riesgo para producir los dolores de cabeza de tipo tensional al aumentar la contracción de los músculos del cuello. ²²

I.5 Ojos

Armando Silvestrini, et al. El 2013 evaluaron una agrupación entre la maloclusión y defectos de convergencia visual. Dichos investigadores estudiaron las ocurrencias de la mala oclusión y de los trastornos de convergencia,

, descubriendo que aquellos pacientes con mordida abierta mostraban el ojo derecho dominante en un 47,58% a diferencia con los pacientes que presentaron la mordida profunda en los que la dominancia del ojo izquierdo encontrado estuvo en el 66,6%, los cuales con respecto a la oclusión normal. ²³

Igualmente, Monaco, et al. El 2012, hallaron la prevalencia de la miopía, en pacientes con problemas de oclusión dental. ²⁴

I.6 Otitis

Los pacientes con otitis pueden indicar un factor anatómico o disfunción fisiológica de la trompa de Eustaquio (TE).²⁵

McDonnell, et al. el 2001 hicieron estudios sobre asociación entre los pacientes con mordida profunda y disfunción de la TE, evaluaron 105 pacientes, donde hallaron que los niños con mordida profunda muestran que existen 2,8 veces más probabilidad de padecer disfunción en la TE. ²⁶

I.7 Cuerdas vocales

Steve An Xue, et al. 2011 hallaron que los adolescentes con maloclusión clase III esquelética pueden tener distintas configuraciones del tracto vocal y diferencias acústicas en comparación con pacientes clase I esquelético. Es importante evaluar la forma de la cavidad oral y el tipo de malposición en aquellos pacientes que presenten una alteración durante la fonación, para realizar un adecuado enfoque en el momento de su tratamiento. ²⁷

I.8 Postura

Estudios recientes han manifestado que las desviaciones en la columna se muestran en un 41,5% en pacientes con mordida profunda y un 59,2% con overjet aumentado, sugiriendo que las desviaciones de la morfología de las vértebras cervicales superiores se asocian con diferentes maloclusiones. ²⁸

Hicieron investigaciones donde se muestran diversas posturas cervicales de acuerdo al tipo de maloclusión, donde la maloclusión clase II adquiere una posición de la cabeza más elevada con una extensión anterior de la columna cervical y una pérdida de su lordosis fisiológica, en los pacientes con maloclusión clase III la postura de la cabeza es más baja. ²⁹ Al presentar sintomatología en las diversas posiciones se puede tratar con analgésicos. ³⁰

I.9 Grasa localizada

La prevalencia del aumento de grasa corporal y enfermedades subyacentes representa una amenaza importante a la salud pública mundial; este aumento de peso puede originarse por factores endocrinos, hereditarios y metabólicos.³¹

La textura de los alimentos es esencial y está influido por una percepción sensorial a estímulos físicos resultantes de los contactos de los dientes, tejidos blandos y tipos de alimentos durante la masticación.³² Los pacientes con un alteraciones dentarias y dificultad para masticar, pueden evitar alimentos dificultosos de masticar, prefiriendo alimentos ricos en carbohidratos que son ricos en calorías y bajo consumo de fibra y proteína que conduce a un incremento de peso.³³

En esta investigación se concluyó que los pacientes con insuficiencia en la capacidad masticatoria, por edentulismo parcial y/o malposición dental, están en riesgo de incrementar la masa corporal.³⁴

I.10 Alteraciones respiratorias

Una de estas alteraciones es la apnea obstructiva del a causa de una posición mandibular alterada.³⁵ sueño se produce por una combinación de anomalías neuromotoras y estructurales, donde encontramos los trastornos craneofaciales que cambian las dimensiones en las vías respiratorias

I.11 Alteraciones gastrointestinales

En general las malposiciones causan trastornos en la eficiencia masticatoria, afectando negativamente la habilidad de procesar y descomponer alimentos.³⁶

Proff P. en 2010, en su estudio se observa que la eficiencia masticatoria de pacientes con oclusión normal es alto que en pacientes que presentan malposicion..³⁷

Se obtiene un resultado similar en Japón en 2009 estudio realizado por Togawa,³⁸

Takeda, et al. El 2009 presento un estudio donde evaluaron a 10 pacientes con maloclusión clase III esquelética a los que se les realizó cirugía para la corrección del prognatismo mandibular y hallaron que la corrección de esta maloclusión inducía a una corrección del patrón masticatorio.³⁹

I.12 Infección con helicobacter pylori

La infección por helicobacter pylori (H pylori), es un problema frecuente a nivel mundial por causar ocasionar problemas médicos graves que van desde una gastritis simple hasta un carcinoma gástrico.⁴⁰ La cavidad bucal se considera un componente potencial de infección y reinfección gástrica.⁴¹ Sin embargo, Kilmartin en su estudio en 2002 indica que una mala higiene oral o una malposicion severa que no permita una adecuada limpieza Puede ser un factor desencadenante para la aparición de H. pylori y posterior reinfección.⁴²

2.1.6 Planeación del tratamiento y las extracciones

I. Objetivos del tratamiento ortodóncico

En consecuencia, los objetivos de la atención ortodóncica son producir una oclusión estable, funcionalmente adecuada y estéticamente satisfactoria. ¹¹

II. Principios de la planeación terapéutica

✓ Arco inferior

En general, se recomienda considerar primero el arco inferior. En todos los casos tiene que aceptarse el tamaño y la forma de la arcada inferior porque la zona de equilibrio de los tejidos blancos es limitada y es muy probable que haya recidiva de los cambios en la forma del arco. ¹¹

- Decisión de extraer dientes en el arco inferior

Incisivos y caninos:

Es necesario resistir la tentación de extraer un incisivo o canino para eliminar el apiñamiento del segmento labial inferior, excepto en algunos casos bien definidos. Después de perder el canino inferior, rara vez es satisfactoria la relación de contacto entre el incisivo lateral y el primer premolar por la forma de sus coronas. En general, solo extraerse cuando está en posición ectópica. ¹¹

Las circunstancias en que puede extraerse un incisivo inferior son: Cuando el diente tiene un pronóstico desfavorable por un traumatismo, caries o recesión gingival.

Siempre que sea posible se debe remitir al ortodoncista estos casos difíciles, por las complejidades en la planeación del tratamiento, los problemas técnicos y la inseguridad relativa a la estabilidad a largo plazo. Premolares: ¹¹

Los primeros premolares son las piezas dentarias que se prefiere extraer para aliviar el apiñamiento moderado a extremos en el segmento labial inferior. Cuando los caninos se inclinan hacia mesial, por lo general luego ocurre el mejoramiento espontaneo en la alineación de los incisales inferiores.

✓ Arco superior

El arco superior debe formarse en relación con el inferior. En la mayoría de los casos, el objetivo es alinear a los dientes superiores con sobremordidas vertical y horizontales entre los incisivos. ¹¹

- Decisión de extraer dientes en el arco superior

La extracción de los dientes superiores puede ser necesario para aliviar el apiñamiento reducir el sobre- mordido horizontal Incisivos y caninos superiores: Los caninos permanentes son dientes importantes y deben conservarse cuando sea posible.

Premolar superior: ¹¹

Los primeros premolares son los dientes que se extraen en forma más común para disminuir el apiñamiento considerable del segmento labial superior o permitir la reducción de la sobre mordida horizontal moderada o extensa.

2.2 Definición conceptual.

- Malposición dentaria: Una Malposición dentaria es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. ⁴³

- Prevalencia: f. Med. En epidemiología, porcentaje de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio. ⁴⁴
- Posición: f. Postura, actitud o modo en que alguien o algo está puesto. ⁴⁵
- Oclusión: f. Fon. Cierre completo del canal vocal de una articulación. ⁴⁶
- Apiñamiento: m. Acción y efecto de apiñar. tr. Juntar o agrupar reducidamente personas o cosas. ⁴⁷
- Erupción: f. Aparición y desarrollo en la piel, o en las mucosas, de granos, manchas o vesículas. ⁴⁸
- Alteración: tr. Cambiar la particularidad o forma de algo. ⁴⁹
-

2.3 Sistema de variables

2.3.1 Variables:

La variable principal es:

Mal posiciones dentarias.

Las variables intervinientes son:

- Piezas dentarias.
- Edad.
- Género.

2.5.-Operacionalización de variables.

VARIABLE	CONCEPTUALDEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE /ESCALA DE MEDICION
V. DE ESTUDIO					
Malposiciones dentarias	Cualquier desviación de la "oclusión ideal".	El diente no se encuentra bien ubicado, en la posición correcta dentro de su arcada.	Mala posición	Vestibuloversión Palatoversión Linguoversión Mesioversión Distoversión Giroversión Axiversión Transversión	CUALITATIVA Nominal Politòmica.
V.INTERVINIENTES					
Piezas dentarias	Órgano del aparato digestivo	Estructura mineralizada de color blanquecina amarillenta	Diente	Incisivo Canino Premolar Molar	CUALITATIVA Nominal Politòmica.
	Sexo determinadas	Diferencias físicas entre el varón y la	.	Femenino	CUALITATIVA Nominal.

Género	por los genitales externos.	mujer	Fenotipo	Masculino	Dicotómica.
Edad	Medida del tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Años cumplidos por una persona.	Tiempo	17 a 22 años 23 a 28 años 28 a 33 años >33 años	CUANTITATIVA Continua.

2.6. Sistema de hipótesis

Según Hernández (2014) las investigaciones de un alcance de estudio descriptivo no llevan hipótesis, a no ser que la investigación pretenda pronosticar un dato o u hecho. La investigación realizada es de nivel descriptivo y no se planteó hipótesis.⁵⁰

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel de investigación

3.1.1 Básico

Este tipo de estudio busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se investigue. Detalla tendencias de un grupo o población. Es decir, únicamente se encargan de medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.⁵⁰

3.1.2 Tipos de investigación

- **Básica:** según la finalidad del investigador.
- **Descriptivo:** Porque solo se describen las variables, el investigador no aplicará estímulo alguno , no manipulará variables
- **Transversal:** Porque la medición será en un solo momento.
- **Prospectivo:** La medición será realizada en el futuro.

3.1.3 Diseño metodológico:

Diseño transeccional descriptivos:

Los diseños transeccionales descriptivos tienen como fin analizar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El metodo consiste en ubicar en una o

diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc., y proporcionar su descripción. Son, por tanto, estudios únicamente descriptivos incluso cuando se establecen hipótesis (de pronóstico de una cifra o valores).⁵⁰

Diseño:



Dónde:

M: Representa la muestra del estudio.

O: Observación de la muestra.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población de investigación

La población estuvo conformada por todos los estudiantes de las escuelas profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.

3.2.2 Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, resultando 150 estudiantes por escuela profesional de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco, que harían un total de 450 estudiantes y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

a) Criterios de Inclusión:

- ✓ Estudiantes de ambos géneros de las carreras profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017.
- ✓ Estudiantes de 17 a 32 años de edad.
- ✓ Pacientes sin tratamiento ortodóntico.

b) Criterios de exclusión

- ✓ Estudiantes que no pertenezcan a las carreras profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017. ✓ Pacientes con tratamiento ortodóntico.
- ✓ Menores de 17 años.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica que se emplearon para la recolección de datos fue la observación clínica y se hizo uso de la ficha de observación como instrumento para recolectar la información de los estudiantes de las tres carreras profesionales.

La validación de los instrumentos de recolección de datos, fueron sometidos a juicio de expertos; con el afán de realizar la validez de contenido. Para lo cual se procedió tal como se detalla continuación: La validación fue realizada a través de la apreciación de 3 expertos, los cuales deberían contar con las siguientes características: ser expertos en investigación y Cirujanos Dentistas.

Se necesitó la autorización de las autoridades de las escuelas profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

La recopilación de la información se obtuvo a través del examen clínico intrabucal de las diferentes piezas dentarias de la cavidad bucal. En primer lugar, se evaluó la edad y género de cada paciente, seguido se procedió a identificar los diferentes tipos de 40
las posiciones dentarias según la clasificación de Lisher.

3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información, plan de actividades

Se utilizó el programa estadístico Excel y SPSS V 22.0. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva para la presentación de las variables en la población de estudio.

Se realizó una estadística descriptiva en la que se hallan valores medios, desviación estándar, máximos, mínimos y promedios. Los resultados se presenta en tablas y gráficas.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Análisis e Interpretación de Resultados

CUADRO N° 1

Prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017.

PREVALENCIA DE MALPOSICIÓN DENTARIA							
ESCUELAS PROFESIONALES	MALPOSICIÓN N DENTARIA		SIN MALPOSICIÓN DENTARIA		TOTAL		
	fi	%	fi	%	fi	%	
	ENFERMERÍA	127	84.7	23	15.3	150	100
OBSTETRICIA	149	99.3	1	0.7	150	100	
ODONTOLOGIA	150	100	0	0	150	100	
TOTAL	426	94.7	24	5.3	450	100	

Elaboración Propia

Fuente: Ficha de observación.

ANÁLISIS

En el cuadro N° 1 se observa una alta prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las tres carreras profesionales; tales como: Enfermería (**84,7%**), Obstetricia (**99,3%**) y Odontología (**100%**)

CUADRO N° 2

Prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de-Huánuco 2017

PREVALENCIA DE MALPOSICIÓN DENTARIA					
ESCUELAS PROFESIONALES	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
ENFERMERÍA	150	0	25	4,43	3,681
OBSTETRICIA	150	1	22	8,06	4,047
ODONTOLOGÍA	150	0	16	7,41	3,059
TOTAL	450				

Elaboración Propia

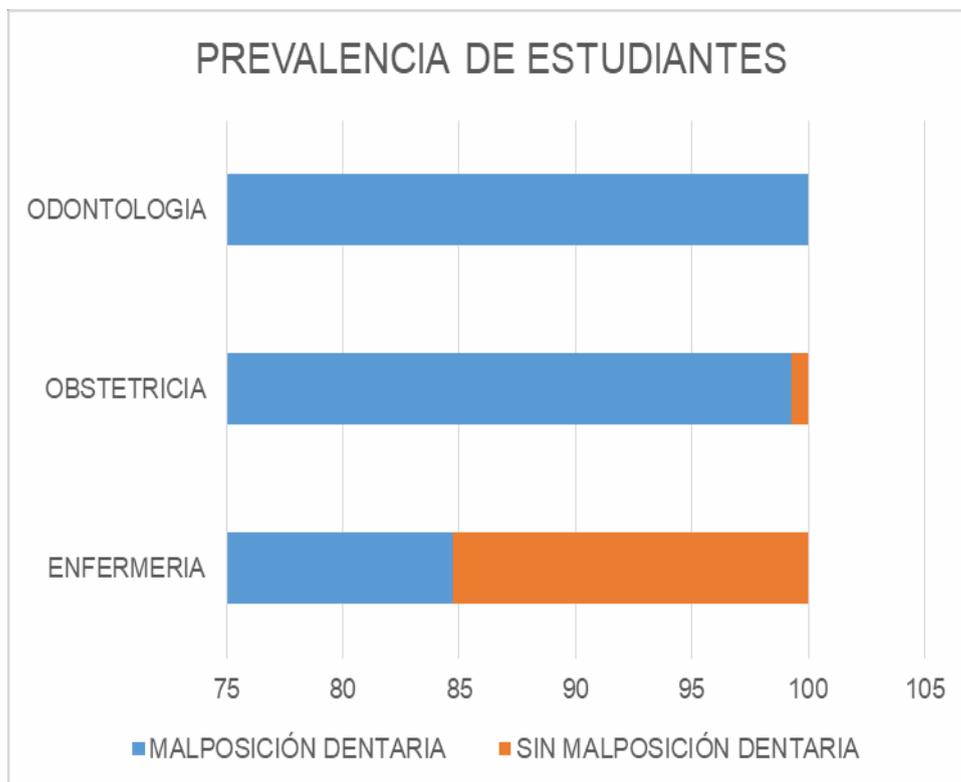
Fuente: Ficha de observación.

ANÁLISIS

En el cuadro N° 2 los datos encontrados de prevalencia de malposiciones dentarias, indican que cada estudiante de las tres carreras profesionales, presenta una **media** de **4,43**; es decir, que por cada estudiante evaluado se encontró 4 piezas dentarias en mal posición. Siendo el mínimo encontrado 1 y el máximo 25 piezas dentarias en malposición dentaria.

GRÁFICO N° 1

Prevalencia de Malposiciones Dentarias en los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017.



Elaboración Propia

Fuente: Ficha de observación.

INTERPRETACIÓN:

Observando el gráfico, se deduce que la Escuela profesional de odontología es la que mayor prevalencia de malposicion dentaria presenta (**100%**), y esto puede ser consecuencia de una deficiente atención en el sector sanitario, además, de la poca accesibilidad a tratamientos odontológicos que por lo regular son costosos.

CUADRO N° 3

ncia de malposiciones dentarias según el género, en los
ntes de las Escuelas Profesionales de Enfermería, Obstetricia y
Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco
2017.

MALPOSICIÓN DENTARIA SIN MALPOSICIÓN DENTARIA										
TOTAL										
ESCUELAS PROFESIONALES	FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		MACULINO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
ENFERMERÍA	90	60	38	15.3	16	10.7	6	4	150	100
OBSTETRICIA	112	74.7	37	24.7	1	0.6	0	0	150	100
TOTAL	285	63.3	142	31.6	17	3.8	7	1.3	450	100

Elaboración Propia

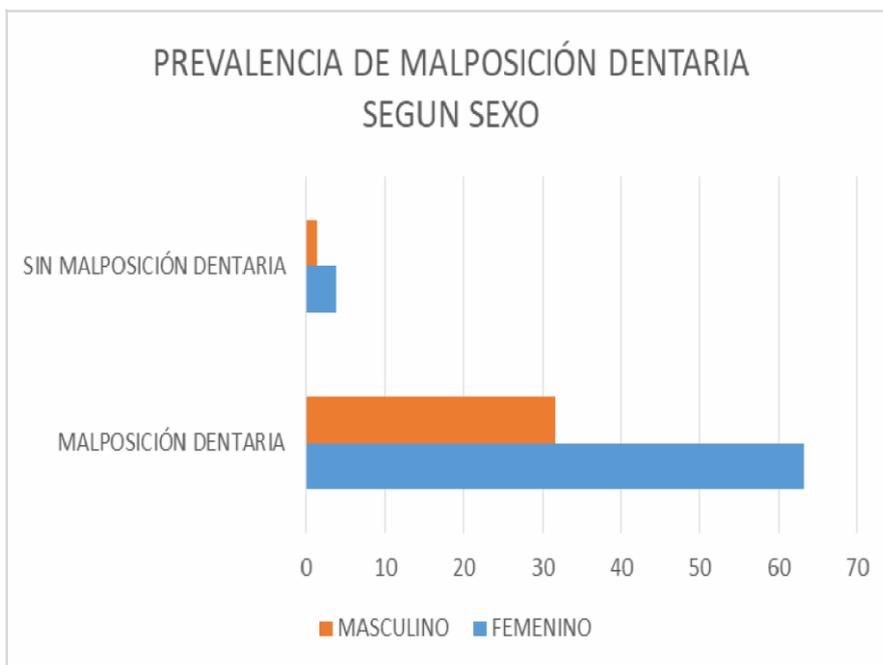
Fuente: Ficha de observación.

ANÁLISIS

En el cuadro N° 3 se observa que en Enfermería las mujeres (90) son las que mayor prevalencia de malposiciones dentarias presentan, siendo un **60%**, en Obstetricia también las mujeres (112) fueron las que mayor prevalencia de malposiciones dentarias presentaron, como **74.7%**. Por último, en Odontología nuevamente las mujeres (83) resultaron más prevalentes en malposición dentaria, con **55.3%**.

GRÁFICO N° 2

Prevalencia de malposiciones dentarias según el género, en los estudiantes de las Escuela Profesional Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco 2017.



Fuente: Ficha de observación.

INTERPRETACIÓN

En la muestra se encontraron más estudiantes de sexo femenino, y la diferencia entre ambos no es significativa; sin embargo, la diferencia porcentual entre ambos en las Escuelas profesionales de Enfermería y Obstetricia es notoria.

CUADRO N° 4

Prevalencia de malposiciones dentarias según la edad, en los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

ESCUELAS PROFESIONALES	MALPOSICIÓN DENTARIA						SIN MALPOSICIÓN DENTARIA						TOTAL	
	17 -20		21-26		27-36		17-20		21-26		27-36			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
ENFERMERÍA	81	54	46	30.7	2	1.3	12	8	6	4	3	2	150	100
OBSTETRICÍA	66	44	80	53.3	3	2	1	0.7	0	-	0	-	150	100
ODONTOLOGÍA	76	50.7	65	43.3	9	6	0	-	0	-	0	-	150	100
TOTAL	223	49.6	191	42.4	14	3.1	13	2.9	6	1.3	3	0.7	450	100

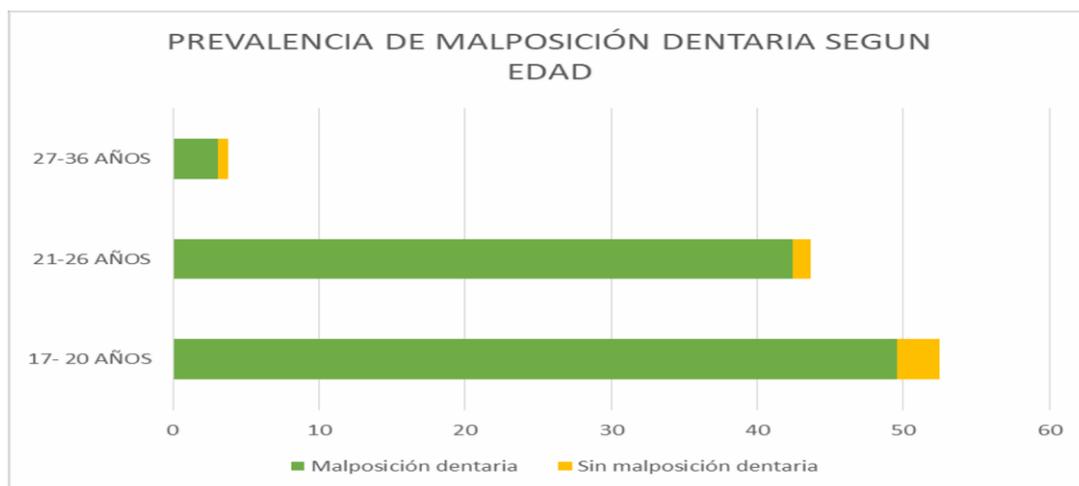
Fuente : Ficha de observacion

ANÁLISIS

En el cuadro N° 4 se observa que en Enfermería los estudiantes de 17–20 años (81) son los que mayor prevalencia de malposiciones dentarias presentan, siendo un **54%**, en Obstetricia por el contrario los estudiantes de 21–26 años (80) fueron los que mayor prevalencia de malposiciones dentarias presentaron, con **53.3%**. Por último, en Odontología los estudiantes de 17–20 años (76) resultaron más prevalentes en malposición dentaria, con **50.7%**.

GRÁFICO N° 3

Prevalencia de malposiciones dentarias según la edad, en los estudiantes de las Escuelas Académicas de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco 2017.



Elaboración Propia

Fuente: Ficha de observación.

INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 3 se observa que el rango de edad de mayor prevalencia es de 17–20 años, que equivale al **49,6%**; sin embargo, el rango de edad de 21 – 26 años también tiene una fuerte prevalencia (**42.4%**). Por lo que se indicaría comenzar una evaluación previa a la ortodoncia.

CUADRO N° 5

Prevalencia de malposiciones dentarias según la pieza dental, en los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco 2017.

PIEZAS DENTALES	PREVALENCIA DE MALPOSICION DENTARIA					
	MALPOSICIO		SIN MALPOSICION		TOTAL	
	N		DENTARIA			
	DEN fi	TARIA %	fi	%	fi	%
1.1	168	37.3	282	62.7	450	100%
1.2	204	45.3	246	54.7	450	100%
1.3	129	28.7	321	71.3	450	100%
1.4	59	13.1	391	86.9	450	100%

1.5	46	10.2	404	89.8	450	100%
1.6	41	9.1	409	90.9	450	100%
1.7	49	10.9	401	89.1	450	100%
2.1	125	27.8	325	72.2	450	100%
2.2	183	40.7	267	59.3	450	100%
2.3	97	21.6	353	78.4	450	100%
2.4	38	8.4	412	91.6	450	100%
2.5	39	8.6	411	91.3	450	100%
2.6	44	9.6	406	90.2	450	100%
2.7	52	11.6	398	88.4	450	100%

3.1	229	50.9	221	49.1	450	100%
3.2	220	48.9	230	51.1	450	100%
3.3	150	33.3	300	66.7	450	100%
3.4	81	18	369	82	450	100%
3.5	72	16	378	84	450	100%
3.6	53	11.8	397	88.2	450	100%
3.7	55	12.2	395	87.8	450	100%
4.1	213	47.3	237	52.7	450	100%
4.2	198	44	252	66	450	100%
4.3	148	32.9	302	67.1	450	100%
4.4	68	15.1	382	84.9	450	100%
4.5	92	20.4	358	79.6	450	100%
4.6	60	13.3	390	86.7	450	100%

4.7	72	16	378	84	450	100%
------------	----	----	-----	----	-----	------

Elaboración Propia

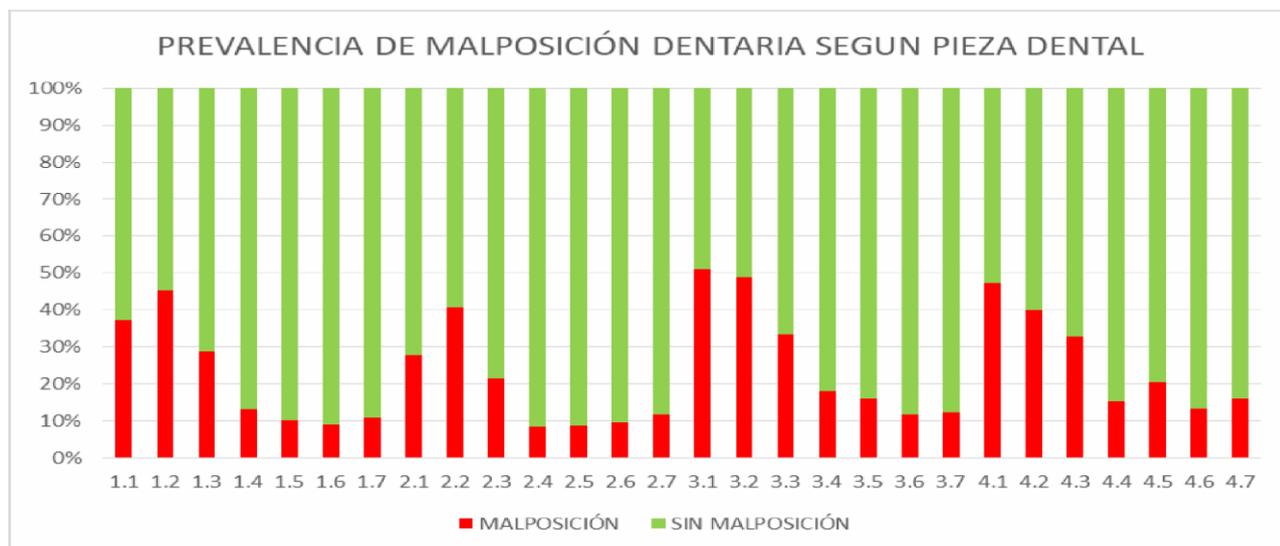
Fuente: Ficha de observación.

ANÁLISIS

En el cuadro N° 5 los resultados indican que las piezas dentales con mayor prevalencia de malposición son el incisivo lateral derecho superior (204) con **45.3%**, el incisivo lateral izquierdo superior (183) con **40.7%**, el incisivo central izquierdo inferior (229) con **50.9%**, el incisivo lateral izquierdo inferior (220) con **48.9%**, el incisivo central derecho inferior (213) con **47.3%**, y el incisivo lateral derecho inferior (198) con 44%.

GRÁFICO N° 5

Prevalencia de malposiciones dentarias según la pieza dental, en los estudiantes de las Escuelas Académicas de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco 2017.



Elaboración Propia

Fuente: Ficha de observación

INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 4 se observa que la pieza dental de mayor prevalencia es el incisivo central izquierdo inferior (229) con **50.9%** y la de menor prevalencia dental es el primer premolar izquierdo superior (38) con **8.4%**.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación nos indican una alta prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las tres carreras profesionales; tales como: Enfermería (84,7%), Obstetricia (99,3%) y Odontología (100%).

Los datos encontrados de prevalencia de malposiciones dentarias, indican que cada estudiante de las tres carreras profesionales, presenta una media de 4,43; es decir, que por cada estudiante evaluado se encontró 4 piezas dentarias en mal posición. Siendo el mínimo encontrado 1 y el máximo 25 piezas dentarias en malposición dentaria. Pacheco A. Ecuador (2012), hizo un estudio para evaluar si hay presencia o no de malposicion dentaria donde examinaron a 163 estudiantes, y en los resultados obtuvieron que el 75% presenta alguna malposición dentaria y el 25% restante no.

En esta investigación la prevalencia de malposiciones dentarias según el género, predominaron las mujeres, este resultado se podría deber a que se encontraron más estudiantes de sexo femenino en la muestra y la diferencia entre ambos no es significativa; sin embargo, la diferencia porcentual entre ambos en las escuelas profesionales de Enfermería (60%) y Obstetricia (74.7%) es notoria. Según Pacheco A. Ecuador (2012), la malposicion dentaria en relación con el género se presenta mayormente en las mujeres con un 68% y el restante en hombres. En un estudio realizado por Carhuapoma A. Perú (2016). En los pacientes del sexo masculino predominó la linguoversión, siendo menos frecuente la mesioversión; en cambio, en pacientes del sexo femenino, la mesioversión fue la malposición dentaria más frecuente, y la linguoversión, fue la malposición dentaria menos frecuente.

En cuanto a la prevalencia de malposiciones dentarias según la edad, en los estudiantes se observa que el rango de edad de mayor prevalencia es de 17–20 años, que equivale al 49,6%; sin embargo, el rango de edad de

21 – 26 años también tiene una fuerte prevalencia (42.4%). En el estudio de Carhuapoma A. Perú (2016). La malposición dentaria individual según edad indicó que en los pacientes de 21 a 30 años predominó la mesioversión, en tanto que en los pacientes de 31 a 40 años predominó la vestibuloversión. En dientes con vestibuloversión y palatoversión, predominaron los pacientes de 31 a 40 años. En dientes con linguoversión y distoversión igualaron sus frecuencias al 50%, tanto los pacientes de 21 a 30 años como los de 31 a 40 años. Contrariamente a lo expuesto, los dientes con mesioversión predominaron los pacientes de 21 a 30 años.

La mayor prevalencia de malposiciones dentarias según la pieza dental, en esta investigación fue el incisivo central izquierdo inferior (229) con 50.9% y la de menor prevalencia dental es el primer premolar izquierdo superior (38) con 8.4%. Según Pacheco A. Ecuador (2012), la prevalencia de alguna malposición dentaria en premolares fue de 75% y piezas con ninguna malposicion dentaria fue en un 25%, que se producen por diversos factores etiológicos como son la herencia, los hábitos dentales, los trastornos funcionales, extracciones dentarias prematuras, defectos esqueléticos de los huesos maxilar y mandíbula, etc. Otro estudio semejante realizado por Carhuapoma A. Perú (2016). según tipos de malposición dentaria individual se obtuvo como resultado que la vestibuloversión se ubicó mayormente en la pieza dentaria 43; la palatoversión se localizó mayormente en la pieza 12; la linguoversión afectó más a la pieza 32; la mesioversión y la distoversión se ubicaron mayor y similarmente en la pieza 11.

CONCLUSIONES

Al culminar la investigación y realizando un análisis de los resultados se llega a las siguientes conclusiones:

- Se encontró una alta prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las tres escuelas profesionales, de **94.7%**, de un total de 450 estudiantes.
- La Escuela profesional de odontología obtuvo un **100%** de prevalencia de malposiciones dentarias.
- Las mujeres fueron más prevalentes en malposicion dentaria con **63.3%**.
- El rango de edad de 17-20 obtuvo una prevalencia de malposición dentaria de **49.6%**.
- La pieza dental con mayor prevalencia de malposición fue el incisivo central izquierdo inferior con **50.9%**, con un total de 229 piezas.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Al observar los resultados obtenidos de la investigación, se recomienda:

- A los estudiantes de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, acudir a la clínica dental de la Escuela Profesional de odontología para realizar una evaluación completa. De manera que se pueda interceptar a tiempo y prevenir futuras malposiciones.
- A las autoridades de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, publicitar la atención odontológica de la universidad, de manera que la población en general pueda acudir y obtener atención oportuna.
- Al gobierno central y nacional, se le sugiere crear campañas de prevención y promoción de la salud oral, de modo que se pueda crear una cultura de prevención en la población.
- Los organismos de salud deben preocuparse por la implementación de las postas médicas, que en el área de odontología tengan un profesional y equipos adecuados para brindar servicios de calidad con mayor cobertura en especialidades para la mejor atención.
- Que se continúe realizando estudios que investiguen la causa- efecto para poder prevenir una prevalencia tan alta de las malposiciones dentarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Henostroza G. Caries dental: Principios y procedimientos para el diagnóstico. Perú. Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
2. Chaconas J. Ortodoncia. México D.F. Editorial Manual moderno S.A.; 1982.
3. Viteri J. Nivel de autoestima en pacientes entre 12 a 18 años de edad con mal posición dentaria en el sector anterior que acuden a la clínica odontológica de la universidad de las américas. [Tesis Pregrado]. Universidad de las Américas. Quito. 2017.
4. Bonilla T, Molina B, Moys S, Ramírez A. Complicaciones de la segunda molar inferior ocasionadas por la mal posición anatómica de la tercera molar inferior en jóvenes de 17 a 24 años de edad. [Tesis Pregrado]. Universidad de El Salvador. 2016.
5. Sornoza E. Mal posiciones dentales y su relación con hábitos bucales en niños (as) de 7 a 11 años en la Escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la parroquia Colón, perteneciente al cantón Portoviejo de la provincia de Manabí, en el periodo marzo-julio 2015. [Tesis Pregrado]. Universidad San Gregorio de Portoviejo. Ecuador. 2015.
6. Bajaña V. Estudio de la mal posición dentaria y sus efectos sobre los parámetros funcionales de la oclusión. [Tesis Pregrado]. Universidad de Guayaquil. 2013.
7. Pacheco L. Malposición dentaria de premolares en la oclusión dentaria en estudiantes de décimo año de la unidad educativa experimental “manuela cañizares” período 2011- 2012. [Tesis Pregrado]. Universidad Central del Ecuador. 2012.

8. Carhuapoma A. Influencia de las malposiciones dentarias individuales más frecuentes en la recesión gingival, en el ancho de la encía adherida, en el ancho de la encía queratinizada y en el nivel de inserción en pacientes de la clínica odontológica de la universidad católica de santa maría 2015. [Tesis Pregrado]. Universidad Católica de Santa María. Perú. 2016.
10. Aravena P. ¿Diente o pieza dentaria? Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 5(1); 46, 2012.
11. Menéndez M. Malposición de caninos permanentes y su influencia en la autoestima de las estudiantes de primero de bachillerato A y B, del Colegio Nacional <<Portoviejo>>. Periodo Octubre 2009 – Febrero 2010. [Tesis pregrado]. Universidad San Gregorio de Portoviejo. Ecuador; 2010.
12. Silvina M. Tratamiento periodontal invasivo y no invasivo combinado con tratamiento ortodóncico en pacientes con enfermedad periodontal y malposición dentaria. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba; 2001.
13. Cárdenas D. Malposición dentario en dientes permanentes en edades de 7 a 13 años en centros educativos. [Tesis Pre-grado]. La Paz. Universidad Mayor de San Andrés; 2000.
14. Zhang M, McGrath C, Hägg U. The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. Int J Paediatr Dent. 2006; 16 (6):381-387.
15. MOYERS, Robert. Manual de Ortodoncia. 4ta edición. Edit. Mundi. S.A.I.C. y F. Buenos Aires. 2004.

16. Cossio-Escobar M, Lema-Álvarez MC. Como pide nuestro cuerpo la ortodoncia. *Rev CES Odont.* 2014; 27(1): 91-103.
17. Marques LS, Filogônio CA, Filogônio CB, Pereira LJ, Pordeus IA, Paiva SM, et al. Aesthetic impact of malocclusion in the daily living of Brazilian adolescents. *J Orthod.* 2009; 36 (3):152-159.
18. Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. *J Orthod.* 2001; 28(2):152-158.
19. Bernabé E, Sheiham A, de Oliveira CM. Condition-specific impacts on quality of life attributed to malocclusion by adolescents with normal occlusion and Class I, II and III malocclusion. *Angle Orthod.* 2008; 78(6):977-982.
20. Olsen JA, Inglehart MR. Malocclusions and perceptions of attractiveness, intelligence, and personality, and behavioral intentions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011; 140(5):669-679.
21. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry.* 1994; 35(7):1171-1190.
22. Ekuni D, Takeuchi N, Furuta M, Tomofuji T, Morita M. Relationship between malocclusion and heart rate variability indices in young adults: a pilot study. *Methods Inf Med.* 2011; 50(4):358-363.
23. Lambourne C, Lampasso J, Buchanan WC Jr, Dunford R, McCall W. Malocclusion as a risk factor in the etiology of headaches in children and adolescents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007; 132(6):754-761.
24. Silvestrini-Biavati A, Migliorati M, Demarziani E, Tecco S, Silvestrini-Biavati P, Polimeni A, et al. Clinical association between teeth malocclusions, wrong posture and ocular

- convergence disorders: an epidemiological investigation on primary school children. *BMC Pediatr.* 2013; 13:12.
25. Monaco A, Sgolastra F, Cattaneo R, Petrucci A, Marci MC, D'Andrea PD, et al. Prevalence of myopia in a population with malocclusions. *Eur J Paediatr Dent.* 2012; 13(3 Suppl):256-258.
26. Monsell EM, Harley RE. Eustachian tube dysfunction. *Otolaryngol Clin North Am.* 1996; 29(3):437-444.
27. McDonnell JP, Needleman HL, Charchut S, Allred EN, Roberson DW, Kenna MA, et al. The relationship between dental overbite and eustachian tube dysfunction. *Laryngoscope.* 2001; 111(2):310-316.
28. Xue SA, Lam CW-Y, Whitehill TL, Samman N. Effects of Class III malocclusion on young male adults' vocal tract development: a pilot study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 69(3):845-852.
28. Arntsen T, Sonnesen L. Cervical vertebral column morphology related to craniofacial morphology and head posture in preorthodontic children with Class II malocclusion and horizontal maxillary overjet. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011; 140(1): e1-7.
29. Díaz MC. Estudio de las vértebras cervicales en pacientes con maloclusiones usando la posición natural de cabeza. *ODOUS [Internet].* 2004[citado 26 de mayo de 2013]; 58(1) Recuperado a partir de: <http://www.servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/>
30. Martínez Medina IA, Blero A, Navarro Montes CS, Ratia Martínez F, Sánchez Aguilera F. El dolor de espalda causado por malposiciones dentarias (quinesiología dental, posturología y odontología del deporte). *Gaceta Dental: industria y profesiones.* 2003;(135):68-88.

31. Machado H, Quiros O, Maza P, Fuenmayor D, Jurisic A, Alcedo C, Ortiz M. Correlación de la huella plantar y las Maloclusiones en niños de 5 a 10 años que asisten a la Escuela Arturo Uslar Pietri en Maturín, Edo. Monagas [Internet]. [citado 26 de mayo de 2013].

Recuperado a partir de:

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art11.asp>

32. Ramachandrapa S, Farooqi IS. Genetic approaches to understanding human obesity. *J Clin Invest.* 2011; 121(6):2080-2086.

33. Spiegel TA. Rate of intake, bites, and chews-the interpretation of lean-obese differences. *Neurosci Biobehav Rev.* 2000; 24(2):229-237.

34. Pirelli P, Saponara M, De Rosa C, Fanucci E. Orthodontics and obstructive sleep apnea in children. *Med Clin North Am.* 2010; 94(3):517-529. *Rev. CES Odont* 2014; 27(1) 91-103.

35. Schütz TCB, Dominguez GC, Hallinan MP, Cunha TCA, Tufik S. Class II correction improves nocturnal breathing in adolescents. *Angle Orthod.* 2011; 81(2):222-228.

36. English JD, Buschang PH, Throckmorton GS. Does malocclusion affect masticatory performance? *Angle Orthod.* 2002; 72(1):21-27.

37. Proff P. Malocclusion, mastication and the gastrointestinal system: a review. *J Orofac Orthop.* 2010; 71(2):96-107.

38. Togawa R, Ohmure H, Sakaguchi K, Takada H, Oikawa K, Nagata J, et al. Gastroesophageal reflux symptoms in adults with skeletal Class III malocclusion examined by questionnaires. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2009; 136(1):10. e1-6.

39. Takeda H, Nakamura Y, Handa H, Ishii H, Hamada Y, Seto K.

Examination of masticatory movement and rhythm before and after surgical orthodontics in skeletal Class III patients with unilateral posterior cross-bite. J Oral Maxillofac Surg. 2009; 67(9):1844-1849.

40. Cittelly DM, Huertas MG, Martínez JD, Oliveros R, Posso H, Bravo

MM, et al. [Helicobacter pylori genotypes in non atrophic gastritis are different of the found in peptic ulcer, premalignant lesions and

gastric cancer in Colombia]. Rev Med Chil. 2002; 130(2):143-151.

41. Czesnikiewicz-Guzik M, Bielanski W, Guzik TJ, Loster B, Konturek SJ. Helicobacter pylori in the oral cavity and its implications for gastric infection, periodontal health, immunology and dyspepsia. J Physiol Pharmacol. 2005; 56 Suppl 6:77-89.

42. Kilmartin CM. Dental implications of Helicobacter pylori. J Can Dent Assoc. 2002; 68(8):489-493.

43. Estomatología comunitaria. Malposición dentaria. ed. [Internet]. 2017. [citado el 26 de agosto del 2017]. Disponible desde: <http://romina1988arce.blogspot.pe/2011/10/mal-posicion-dentaria.html>

44. Real Academia Española. Prevalencia. Diccionario de la lengua española. ed. [Internet]. 2017. [citado el 26 de agosto del 2017].

Disponible desde:

<http://dle.rae.es/?id=U8xd4iz>

45. Real Academia Española. Posición. Diccionario de la lengua española. ed. [Internet]. 2017. [citado el 26 de agosto del 2017].

Disponible desde:

<http://dle.rae.es/?id=TnRDF3S>

46. Real Academia Española. Oclusión. Diccionario de la lengua española. ed. [Internet]. 2017. [citado el 26 de agosto del 2017].

Disponible desde:

<http://dle.rae.es/?id=QsATEIj>

47. Real Academia Española. Apiñamiento. Diccionario de la lengua española. ed. [Internet]. 2017. [citado el 26 de agosto del 2017].

Disponible desde:

<http://dle.rae.es/?id=3AWXSYI>

48. Real Academia Española. Erupción. Diccionario de la lengua española. ed. [Internet]. 2017. [citado el 26 de agosto del 2017].

Disponible desde:

<http://dle.rae.es/?id=G4Lzael>

49. Real Academia Española. Alteración. Diccionario de la lengua española. ed. [Internet]. 2017. [citado el 26 de agosto del 2017].

Disponible desde:

<http://dle.rae.es/?id=26cHVTU>

50. Hernández R. Metodología de la investigación. 6ta edición. México D.F: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V; 2014.

ANEXOS



ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PREVALENCIA DE MALPOSICIONES DENTARIAS EN LOS ESTUDIANTES DE LAS E.P. ENFERMERIA, OBSTETRICIA Y ODONTOLOGIA DE LA UNHEVAL – HUÁNUCO 2017”

Doy constancia de haber sido informado (a) y haber entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la obtención de más conocimiento en área de Odontología. Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y solo para fines de estudios y no existiendo ningún riesgo; acepto ser examinado por el responsable del trabajo.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL PROFESIONAL

FICHA DE OBSERVACIÓN

SEXO M F

EDAD 17 A 20 AÑOS 21 A 26 AÑOS

27 A 36 AÑOS

Tiene mal posición dentaria

Marque según corresponda

SI NO

PIEZAS DENTARIAS	MALPOSICIÓN	
	SI	NO
1.1		
1.2		
1.3		
1.4		
1.5		
1.6		
1.7		
2.1		
2.2		
2.3		
2.4		
2.5		
2.6		

2.7		
3.1		
3.2		
3.3		
3.4		
3.5		
3.6		
3.7		
4.1		
4.2		
4.3		
4.4		
4.5		
4.6		
4.7		



MATRIZ DE CONSISTENCIA

	JUSTIFICACION	OBJETIVOS	HPOTESIS	VARIABLES	METODOS Y POBLACION Y TECNICAS MUESTRA
<p>General:</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las E. P. Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017?</p> <p>Específicos:</p> <p>1.-¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias según el género, en los estudiantes de las E. P. Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán- Huánuco 2017?</p> <p>2.- ¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias según la edad,</p>	<p>Y ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD</p> <p>Esta investigación tiene relevancia para la odontología ya que al determinar la Malposición dentaria se tendrá datos para diagnóstico y futuro plan de tratamiento, y posteriormente</p>	<p>General:</p> <p>Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las E. P. Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017.</p> <p>Específicos</p> <p>1.-Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias según el género, en los estudiantes de las E. P. Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán U- Huánuco 2017.</p>	<p>Los estudios</p>	<p>HERMILIO VALDIZAN</p> <p>V. principal</p> <p>Malposiciones dentarias</p>	<p>Nivel: Básico</p> <p>Tipo: Según</p> <ul style="list-style-type: none"> La finalidad del investigador: Básica o pura El número de mediciones de la variable de estudio: Transversal. <p>Población</p> <p>La población estará conformada por todos los estudiantes de las escuelas profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.</p> <p>Muestra</p> <p>Se realizará por muestreo</p>

<p>en los estudiantes de las E. P. Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán- Huánuco 2017?</p> <p>3.- ¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias según la pieza dentaria, en los estudiantes de las E. P. Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017?</p>	<p>investigar más sobre el tema, además al contrastar con la literatura veremos si varía o no la información por el grupo étnico de la persona, ya que no hay estudios locales sobre el tema y consecuencias.</p>	<p>2.- Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias según la edad, en los estudiantes de las E. P. Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017.</p> <p>3.-Establecer la prevalencia de malposiciones dentarias según la pieza dentaria, en los estudiantes de las E. P. Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán-Huánuco 2017.</p>	<p>descriptivos no lleva n hipótesis.</p>	<p>V. intervinientes: Pieza dentaria Edad Género</p>	<ul style="list-style-type: none"> La medición será en un solo momento descriptivo Solo describirá las características de la variable Prospectivo. <p>La aplicación será en el futuro</p>	<p>no probabilístico por conveniencia, siendo 150 estudiantes por escuela profesional de Enfermería, Obstetricia y Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco, que harían un total de 450 estudiantes y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.</p>
--	---	--	---	--	---	---

