



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**ASOCIACIÓN ENTRE PERFIL ANTEROPOSTERIOR, FORMA DE
ARCO DENTARIO SUPERIOR Y MALOCLUSIONES EN NIÑOS
QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS
PERUANAS 2018-I.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: PALOMINO MARINO, KATHERINE MARGARET

ASESOR: DR. ESP. AGUILAR PASAPERA, JUAN EDUARDO

LIMA – PERÚ

2018

TESIS

ASOCIACIÓN ENTRE PERFIL ANTEROPOSTERIOR, FORMA DE ARCO DENTARIO SUPERIOR Y MALOCLUSIONES EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS 2018-I.

PRESENTADO POR:

BACHILLER: PALOMINO MARINO, KATHERINE MARGARET

ASESOR: DR. ESP. AGUILAR PASAPERA, JUAN EDUARDO

ÁREA DE INTERÉS: DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO CLÍNICOS EN LAS DIVERSAS DISCIPLINAS EN ESTOMATOLOGÍA

EJE TEMÁTICO: APLICACIÓN Y ANÁLISIS CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO EN ESTOMATOLOGÍA

LIMA - PERÚ

2018

A mi madre Nelly por apoyarme en todo y enseñarme a nunca rendirme para alcanzar mis sueños.

A mi padre Fredy por guiarme y aconsejarme en todos estos años y demostrarme que con perseverancia todo puede ser superado.

A mis hermanos Cindy y Francis por insistir en que nunca me rindiera para alcanzar mis metas.

A Dios que siempre me da la fe para seguir avanzando en la vida y a mi familia por su amor incondicional e infinito.

A mi asesor Dr. Aguilar Pasapera, Juan Eduardo, maestro y amigo.

A la Dra. Vasquez Segura Miriam del Rosario por sus exigencias y apoyo.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como principal objetivo determinar si existe una asociación entre el perfil anteroposterior, la forma de arco dentario superior y las maloclusiones en niños de 6 a 12 años que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018-I. El presente estudio fue un diseño de investigación no experimental, tipo descriptivo con diseño transversal, correlacional. La población estuvo constituida por 350 historias clínicas de pacientes.

De los resultados se obtuvo que el perfil anteroposterior más prevalente fue el convexo con un 48,3%, el recto con un 33,0% y el cóncavo con un 18,7%. Dentro de los cuales el perfil convexo fue el más prevalente, presentó una forma de arco dentario del tipo ovoide con un 88,8% con prevalencia de la maloclusión del tipo I según Angle con un 81,6%. En cuanto al género el 53,2% fue el sexo masculino y el 46,8% fue el sexo femenino. De los cuales el sexo masculino obtuvo mayor prevalencia de presentar maloclusión clase I con un perfil anteroposterior convexo y una forma de arco dentario ovoide. Se realizó la prueba de chi cuadrado y se obtuvo que no existe relación entre las variables. Se concluye que no existe asociación entre el perfil anteroposterior, la forma del arco dentario superior y las maloclusiones además la maloclusión más prevalente fue la clase I, el perfil anteroposterior más prevalente fue el convexo y la forma de arco dentario superior más prevalente fue el ovoide.

Palabras clave: Sistema estomatognático, maloclusiones, perfil anteroposterior, forma de arco dental superior.

ABSTRACT

The main objective of the present investigation was to determine if there is an association between the anteroposterior profile, the upper dental arch shape and the malocclusions in children from 6 to 12 years of age who attend the Pediatric Clinic of Alas Peruanas University in 2018-I . The present study was a non-experimental research design, descriptive type with transversal, correlational design. The population consisted of 350 patient records. From the results it was obtained that the most prevalent anteroposterior profile was the convex with 48.3%, the rectum with 33.0% and the concave with 18.7%. Within which the convex profile was the most prevalent, presented a dental arch shape of the ovoid type with 88.8% with prevalence of type I malocclusion according to Angle with 81.6%. Regarding gender, 53.2% were male and 46.8% were female. Of these, the male sex had a higher prevalence of presenting class I malocclusion with an anteroposterior convex profile and an ovoid dental arch shape. The chi-squared test was performed and it was found that there is no relationship between the variables. It is concluded that there is no association between the anteroposterior profile, the shape of the upper dental arch and the malocclusions. In addition, the most prevalent malocclusion was class I, the most prevalent anteroposterior profile was convex and the most prevalent form of the upper arch was the ovoid .

Keywords: Stomatognathic system, malocclusions, anteroposterior profile, superior dental arch shape

ÍNDICE

Pag.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

12

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

14

1.1. Descripción de la realidad problemática

14

1.2. Formulación del problema

16

1.2.1. Problema principal

17

1.2.2. Problemas específicos

17

1.3. Objetivos de la investigación

17

1.3.1. Objetivo principal

17

1.3.2. Objetivos específicos

18

1.4. Justificación de la investigación

18

1.4.1. Importancia de la investigación

19

1.4.2. Viabilidad de la investigación

19

1.5. Limitaciones del estudio

20

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

21

2.1. Antecedentes de la investigación

21

2.1.1. Antecedentes internacionales

21

2.1.2. Antecedentes nacionales	24
2.2. Bases teóricas	27
2.2.1. Perfil anteroposterior	27
2.2.2. Forma de arco dental	30
2.2.3. Oclusión dental	31
2.2.4. Maloclusión dental	32
2.3. Definición de términos básicos	34
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	36
3.1.1. Hipótesis principal	36
3.1.2. Hipótesis nula	36
3.2. Variables, definición conceptual y operacional	36
3.2.1. Variables	36
3.2.2. Definición conceptual	36
3.2.3. Operacionalización de las variables	38
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	39
4.1. Diseño de la investigación	39
4.1.1. Tipo y nivel de investigación	39
4.2. Diseño de muestra	39
4.2.1. Población	39
4.2.2. Criterio de selección	39

4.2.3. Muestra	40
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
4.3.1. Técnica de recolección de datos	40
4.3.2. Instrumento de recolección de datos	41
4.3.3. Procesamiento de recolección de datos	41
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	42
4.5. Aspecto ético	42
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	45
5.1. Análisis descriptivo	45
5.2. Comprobación de hipótesis	59
5.3. Discusión	61
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
FUENTES DE INFORMACIÓN	69
ANEXOS	
ANEXO 01: Carta de presentación	
ANEXO 02: Constancia de desarrollo de la investigación	
ANEXO 03: Matriz de consistencia	
ANEXO 04: Ficha de recolección de datos	
ANEXO 05: Fotografías	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Asociación entre el perfil anteroposterior, forma de arco dentario superior y las maloclusiones en niños de 6 a 12 años.	45
Tabla N°2 Perfil anteroposterior más prevalente según el género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	48
Tabla N°3 Perfil anteroposterior más prevalente según la edad en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	50
Tabla N°4 Forma de arco dentario superior más prevalente según el género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	52
Tabla N°5 Forma de arco dental superior más prevalente según la edad en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	54
Tabla N°6 Maloclusión de Angle más prevalente según género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	56
Tabla N°7 Maloclusión de Angle más prevalente en los niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas; según la edad.	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 Asociación entre el perfil anteroposterior, forma de arco dentario superior y las maloclusiones en niños de 6 a 12 años.	47
Gráfico N°2 Perfil anteroposterior más prevalente según el género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	49
Gráfico N°3 Perfil anteroposterior más prevalente según la edad en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	51
Gráfico N°4 Forma de arco dentario superior más prevalente según el género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	53
Gráfico N°5 Forma de arco dentario superior más prevalente según la edad en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	55
Gráfico N°6 Maloclusión de Angle más prevalente según género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.	57
Gráfico N°7 Maloclusión de Angle más prevalente en los niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas; según la edad.	59

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las maloclusiones representan mayor prevalencia de las alteraciones más frecuentes en la cavidad bucal después de la caries dental y las enfermedades periodontales, por esto es importante conocer las características de la oclusión normal que deben presentarse en un individuo para diferenciarlas de la maloclusión.¹

Las maloclusiones son alteraciones producidas en la cavidad bucal definiéndose como el mal alineamiento de los dientes tanto superiores como los inferiores en una oclusión ideal, además intervienen otros componentes del sistema estomatognático que cuando son alterados producen la maloclusión dental. Por ello es necesario realizar un correcto diagnóstico para prevenir incomodidades futuras como también enfermedades que se producen por presentar maloclusiones.

Es necesario tener mayor conocimiento sobre los factores que se requieren para obtener el diagnóstico correcto y así brindar un mejor tratamiento para los pacientes, se hace hincapié en que el profesional de salud debe intervenir a temprana edad debido a que un niño está en etapa de crecimiento y los componentes del sistema estomatognático tienen capacidad de adaptación en cuanto a la intervención del tratamiento.

Dentro de los factores a definir un mejor tratamiento para alcanzar la oclusión ideal y tratar las maloclusiones se encuentran el perfil anteroposterior y la

forma de arco dentario las cuales son usadas en el análisis del tratamiento ortodónticos que se aplica para tratar las maloclusiones.

Actualmente se busca diagnosticar las maloclusiones a temprana edad con el fin de identificarlas para prevenir futuras alteraciones y a su vez las enfermedades que conllevan al padecerlas como la caries dental, gingivitis, trastornos en la articulación temporomandibular y otros. Es por ello que se planteó la investigación para determinar si existe una relación entre el perfil anteroposterior, la forma del arco dentario superior y su relación con las maloclusiones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Las maloclusiones dentarias son un problema muy frecuente en los tratamientos dentales de la consulta diaria de los profesionales odontólogos. Se denomina maloclusión a la alteración de una oclusión normal la cual consiste en el correcto alineamiento de los dientes superiores con los inferiores además del desarrollo craneofacial y otros, que puede ser producida por múltiples causas como alteraciones en el desarrollo óseo y muscular del sistema estomatognático, pérdida prematura de dientes y otros. El tratamiento de las maloclusiones consiste en realizar un correcto estudio y análisis para obtener un buen diagnóstico. Dentro de los factores que se deben estudiar están el perfil anteroposterior que analiza si los maxilares se encuentran en posición proporcional en sentido horizontal. Otro de los factores es la forma de arco dentario que presentan los pacientes, varios investigadores afirman que con la forma de arco dentario se puede determinar el biotipo facial que presenta un paciente y a su vez se relaciona con las alteraciones de la oclusión que presentan.^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que las maloclusiones son la tercera alteración en la cavidad oral con mayor prevalencia después de la caries dental y enfermedades periodontales, obteniendo un 70% de prevalencia en la población.^{1,2} Esto significa que debemos prestar mayor

atención a esta alteración ya que es vista en la consulta diaria. Para los profesionales de salud al ser un problema muy frecuente es de su necesidad, tener mayor información sobre este tema ya que así se puede mejorar el diagnóstico de un paciente para poder darle el mejor tratamiento posible y así que este se sienta satisfecho, cabe resaltar que las diferentes especialidades que se encargan de este estudio deben realizar un trabajo conjunto como sería en este caso el odontopediatra y el ortodoncista ya que esta investigación está enfocada en pacientes niños.

El presentar una oclusión alterada puede producir afecciones en los pacientes como el dolor neuromuscular, mal posición dentaria, incluso afectar en el autoestima de las personas por la estética. Por ello la gran mayoría de pacientes al llegar a cierta edad buscan resolver estos problemas que en gran parte pueden solucionarse a temprana edad. Un niño al estar en desarrollo y por tanto en crecimiento tiene mayor posibilidad de disminuir las probabilidades de presentar maloclusiones que lo afecten a lo largo de su vida, mediante el análisis de los factores ya mencionados. Además el crecimiento craneofacial y mandibular tienen capacidad de adaptación lo cual al ser estudiado y manejado por los profesionales puede llegar a prevenirse las maloclusiones y las enfermedades que producen estas.³

Es beneficioso determinar este tipo de alteraciones a edad temprana ya que el desarrollo máximo del sistema estomatognático recién se alcanza a la mayoría de edad, por tanto en el transcurso del crecimiento del niño, se puede intervenir a tiempo, estudiando y modificando las variables que sean oportunas para

prevenir futuras alteraciones que ocasionen mayores molestias tanto a los niños como a sus padres.

Por lo dicho en los anteriores párrafos se realizará esta investigación cuyo objetivo es identificar la asociación entre el perfil anteroposterior, forma de arco dentario superior y las maloclusiones en niños de 6 a 12 años. Ya que se necesita realizar este estudio para que los estudiantes de pregrado y profesionales de postgrado tengan una mejor visualización sobre los tratamientos que se le debe realizar a cada niño, cabe resaltar que al obtener un análisis correcto de este tratamiento se podría disminuir las afecciones que presentarían estos futuros adultos. Mediante esta investigación se busca aumentar el conocimiento de nuestros profesionales odontólogos para los futuros tratamientos a realizar en sus consultas diarias, como también brindar una mejor información a los padres de familia para que puedan tomar la mejor decisión con respecto a la salud bucal de sus hijos. Ya que muchos padres de familia desconocen sobre el cuidado y la prevención de las patologías y alteraciones de la salud bucal tanto personal como en sus hijos. Con este estudio podríamos prevenir y brindar un mejor tratamiento a seguir en los niños, a su vez se podría evitar un mayor gasto económico así como también incomodidades futuras para los niños debido a que estas alteraciones afectan en gran medida la autoestima de ellos.

1.2. Formulación del problema

En la práctica diaria de la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas pude observar que los pacientes que acuden a consulta presentan diferentes

tipos de perfiles faciales además de la forma de arco dentario superior y las maloclusiones, es así donde nace mi interrogante.

1.2.1. Problema General

¿Existe asociación entre el perfil anteroposterior, forma de arco dentario superior y las maloclusiones en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el perfil anteroposterior más prevalente en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad?
- ¿Cuál es la forma de arco dentario superior más prevalente en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad?
- ¿Cuál es la maloclusión de Angle más prevalente en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Identificar la asociación entre el perfil anteroposterior, forma de arco dentario superior y las maloclusiones en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el perfil anteroposterior más prevalente en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad.
- Determinar la forma de arco dentario superior más prevalente en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad.
- Determinar la maloclusión de Angle más prevalente en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad.

1.4. Justificación de la investigación

La presente investigación se enfocará en estudiar las maloclusiones y su relación con el perfil anteroposterior y la forma de arco dentario en la Clínica Pediátrica Estomatológica de la Universidad Alas Peruana ya que debido a los últimos estudios se observa una mayor prevalencia de maloclusiones en los pacientes que son atendidos en la consulta frecuente. Debido a que estas maloclusiones pueden ser prevenidas mediante el análisis de las variables ya mencionadas además de otros factores, entonces esta investigación permitirá determinar si la intervención en estas variables que son el perfil anteroposterior y la forma de arco dentario podrá prevenir las maloclusiones o tratarlas para evitar futuras enfermedades en la cavidad oral. La estudio descriptivo permitirá obtener resultados que sirvan para realizar estudios epidemiológicos.

1.4.1. Importancia de la investigación

La investigación realizada es importante para los profesionales de odontología y de pregrado, porque ayuda a aumentar el conocimiento y visualizar el diagnóstico de las maloclusiones que se presentan en la consulta diaria. Además de realizar un mayor análisis sobre los diferentes tratamientos que se pueden implementar cuando se presenten las alteraciones de la maloclusión a temprana edad en los pacientes y así evitar las enfermedades que producen estas maloclusiones en la salud bucal.

Esta investigación también es importante para los padres de familia porque así tendrán mayor conocimiento sobre las maloclusiones y su repercusión en la salud bucal de sus hijos, a su vez darles un tratamiento guiado por los profesionales de odontología que brindarán una intervención temprana frente a estas maloclusiones también se puede disminuir el gasto económico que se produce cuando los niños alcanzan su mayoría de edad, es decir, que alcanzan el máximo crecimiento esquelético y muscular, ya que un niño está en desarrollo y pueden realizarse tratamientos que guíen un correcto crecimiento del aparato estomatognático porque este tiene una alta capacidad de adaptación para alcanzar una oclusión ideal.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Esta investigación es viable porque cuenta con los recursos para realizarlo como el ambiente de estudio que fue la disponibilidad de la Clínica Pediátrica Estomatológica y el departamento de archivo de la Universidad Alas Peruanas

En el aspecto económico no afecta debido a que no proporciona ninguna dificultad para la investigación y es accesible a los gastos que produce esta.

Así al obtener la información de esta investigación podremos prevenir afecciones futuras durante el desarrollo y crecimiento del sistema estomatognático del niño hasta su etapa adulta, ya que el correcto análisis de las variables que se analizaran en esta investigación brindan información relevante para un mejor tratamiento conllevado por un odontopediatra y un ortodoncista, buscando la mejor opción de tratamiento para el niño y satisfacción a su vez por los padres de familia.

1.5. Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones de esta investigación fue el contar con las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas a su vez cumplan con los criterios de inclusión para el estudio. Otro de las limitaciones fue el no encontrar muchos artículos científicos actuales relacionados con el tema de la investigación. En cuanto al aspecto temporal se realizó el estudio en el año 2018-I. Además contar con la ayuda y el permiso del área administrativa de la clínica para ingresar al departamento de archivo para la revisión de las historias clínicas de cada paciente que se tomó y recolectó la información pertinente para realizar la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

REYES. (2014). México. “Asociación de maloclusiones clase I, II y III y su tratamiento en población infantil en la ciudad de Puebla, México”. Su objetivo fue determinar la asociación de maloclusiones en niños y su tratamiento, es de tipo no experimental descriptivo transversal, cuya población fue de 1826 fichas de pacientes de las cuales 796 contaban con los criterios de inclusión para la realización de la investigación. Cuyo, obteniendo como resultado maloclusión clase I (20.1%), clase II (52.5%) y clase III (27.4%). Concluyeron que de los expedientes analizados se pudo observar que la maloclusión más frecuente es la clase II en el sexo femenino de la población infantil y para su tratamiento fue más frecuente el uso de aparatología en movimientos de tipo transversal.¹

VANEGAS. (2015) Nicaragua. “Maloclusión dental en escolares de 6 a 12 años del Colegio Guardabarranco. Segundo semestre del año 2014”. Su objetivo fue establecer las prevalencias de maloclusiones dentales en escolares de 6 a 12 años, es de tipo descriptivo, de corte transversal y cuantitativo, cuya población fue de 395 niños de 6 a 12 años de ambos sexos de los cuales se obtuvo una muestra de 193 niños que cumplieron con los criterios de inclusión, obteniendo como resultado que las maloclusiones dentarias se presentaron en un 86.5%, en cuanto la relación molar se encontró que la clase I de Angle fue

ampliamente la más predominante con un 65.8% (127), seguida de clase II sub 1 con un 9.3% (18) y un 8.8% (17) clase III en cuanto a la edad los niños de 9 a 12 años tuvieron mayor prevalencia de presentar maloclusión dental.⁴

BERNAL. (2016). Colombia. “Análisis de Carrea en niños con dentición temporal completa en el municipio de Mocoa (Putumayo)”. Su objetivo fue establecer la relación entre las discrepancias transversales y sagitales de las arcadas dentales mediante los índices de Carrea, facial morfológico y masa corporal. Este estudio es de tipo descriptivo, transversal y se realizó en niños de 3 a 5 años de un total de 70 niños, Los resultados fueron una prevalencia del plano terminal recto izquierdo (65.5%), derecho (68.6%). la forma del arco dentario ovoide (50%), triangular (5.7%) y cuadrado (2.9%). Concluyendo que la característica principal del índice de Carrea se basa en medidas propias para cada paciente entonces es un índice individualizado y la forma de la arcada dentaria más prevalente fue la ovoide.⁵

BEDOYA. (2016). Colombia. “Forma y tamaño del arco dental en poblaciones de tres ascendencias étnicas colombianas”. Cuyo objetivo fue describir la forma y tamaño de los arcos dentales de tres poblaciones colombianas (Mestiza, Indígena, Afrodescendientes) en condiciones de oclusión normal. Esta investigación es de tipo descriptivo, transversal, se realizó en Colombia. Obteniendo como resultados que la forma más predominante de los arcos en las tres etnias fue la ovoide.⁶

AGUIRRE. (2018). Ecuador. “Prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años de la Parroquia Machángara en la ciudad de Cuenca”. Su objetivo fue

determinar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años, que tuvo como muestra 182 fichas de niños atendidos de los cuales se obtuvo que el 81% tenía maloclusión, teniendo un mayor porcentaje en las mujeres, los porcentajes de las maloclusiones fueron la clase I (38%), la clase II (29%) y la clase III (26%). Con respecto a los perfiles se obtuvo el perfil recto (48%), perfil convexo (45%), perfil cóncavo (7%). Concluyendo que la prevalencia de maloclusiones fue en el sexo femenino, con el perfil recto y relación molar clase I más prevalente.³

FLORES. (2018). México. “Comparación tridimensional del arco dental maxilar en las maloclusiones de clases I y II”. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las dimensiones de la arcada, la profundidad y la distancia anterior en el maxilar superior, en maloclusiones de clases I y II, fue una investigación cuantitativa, no experimental, transversal, y se usaron los modelos de estudio de 100 pacientes con dentición permanente, donde se halló que existían diferencias características en las dimensiones del arco dental y las arcadas más angostas fueron las que presentaron maloclusión clase II.⁷

PATIÑO. (2018). Ecuador. “Prevalencia de maloclusiones dentarias en escolares de 12 años de la parroquia San Blas-Cuenca”. Tuvo como objetivo determinar las prevalencias de las maloclusiones según clasificación de Angle, además de identificar el tipo de perfil anteroposterior además de relación canina y overbite, fue un estudio descriptivo no experimental de corte transversal cuya muestra fue de 236 fichas epidemiológicas, en las cuales el 56% representa a el sexo masculino y el 44% representa a el sexo femenino.

Además la prevalencia de maloclusiones son Clase II 45%, clase I 43% y por último la Clase III 12%, teniendo como prevalencia la clase II, de acuerdo a la maloclusión clase I y II con respecto al género la mayor prevalencia fue el sexo masculino, en cuanto a la frecuencia del perfil anteroposterior dio como resultado que el 64% presentó perfil convexo, el 30% presentó perfil recto y el 6% perfil cóncavo siendo de mayor prevalencia el convexo. Concluyendo que la maloclusión más prevalente fue la clase I y II en el género masculino con una ligera diferencia del femenino además el perfil anteroposterior más prevalente fue el convexo.⁸

2.1.2. Antecedentes nacionales

PÉREZ. (2015). Cusco. “Prevalencia de maloclusiones según Angle en niños de la Institución Educativa Viva el Perú del nivel primario, Santiago-Cusco, 2015”. Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de maloclusiones según clasificación de Angle, el presente estudio es de tipo cualitativo, transversal, exploratorio y descriptivo, , cuya muestra fue de 207 niños de 7 a 12 años de los cuales 109 fueron del sexo femenino y 98 del sexo masculino, que cumplen con los criterios de inclusión para el presente estudio ,se pudo observar que el 68.1% corresponde a la maloclusión dentaria clase I , el 21.7% a la maloclusión dentaria clase II ,el 4.3 % a la maloclusión dentaria clase III y el 5.8 % representa la oclusión normal (normoclusión).⁹

FLORES. (2015). Cusco. “prevalencia de maloclusiones según la clasificación de Angle en niños de 6 a 12 años en la Institución Educativa N° 50271 Horacio Zevallos Gamez de la provincia de La Convencion - Maranura, 2015” Cuyo

objetivo fue determinar la prevalencia de maloclusiones según clasificación de Angle, la presente investigación es de tipo descriptiva, observación cuya muestra fue de 207 niños de 6 a 12 años de ambos sexos obteniendo como resultado que de acuerdo a la clasificación de Angle, el 81.2% presentaba maloclusión clase I, el 11.1% maloclusión clase II, el 7.2% maloclusión clase III y el 0.5% presentaba oclusión aceptable. El estudio concluye que el 99.5% presenta algún tipo de maloclusión.¹⁰

JAIMES. (2015). Ica. “Maloclusión de Angle clase I, con el perfil recto en jóvenes universitarios” cuyo objetivo es establecer la relación entre la clase I molar de Angle y el perfil facial recto en jóvenes de 20 a 25 años, el presente estudio es de tipo descriptivo, transversal observacional, , identificando la frecuencia entre los jóvenes que presentan un perfil facial recto. La población estuvo conformada por 29 personas con clase I molar. Concluyeron que el 62% pertenece a la población femenina, la cual presenta mejor proporción de crecimiento facial, con un perfil recto y el 38% es del sexo masculino.¹¹

PASCUAL. (2015). Cerro de Pasco. “Tipo de arcada y plano terminal molar en la dentición temporal y su correlación con las clases de maloclusión de la dentición permanente”. El objetivo de este estudio fue establecer cuál es la relación del tipo de arcada y el plano terminal molar en la dentición temporal con las clases de maloclusión de Angle en niños de 5 años. La investigación fue un diseño descriptivo longitudinal prospectivo cuya muestra estuvo conformada por 40 niños, se realizó en Cerro de Pasco, Perú. Hicieron la evaluación clínica de la forma de arco y el plano terminal molar en dentición

decidua y luego al erupcionar las primeras molares permanentes se determinaron la correlación con las clases de maloclusión de Angle. Se concluyó que el tipo de plano de la dentición temporal se relaciona con mayor frecuencia con la normoclusión y la Clase I de maloclusión.¹²

PADILLA. (2016). Iquitos. “Relación entre el biotipo facial y los tipos de arcos dentarios en estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAP”. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el biotipo facial y los tipos de arcos dentarios, el tipo de investigación fue cuantitativa; el diseño no experimental, correlacional y transversal cuya muestra estuvo conformada por 75 pacientes, obteniendo como resultados un arco dentario ovoide (58,67%), cuadrado (4%) y triangular (37,33%). Además el sexo no influyó en el biotipo facial pero si en el arco dentario y existe prevalencia del arco ovoide en el maxilar superior e inferior.¹³

MIMBELA. (2017). Chiclayo. “Relación entre morfología craneofacial y la forma del arco dentario en niños” Cuyo objetivo determinar la relación entre la morfología craneofacial y la forma del arco dentario, este estudio fue de tipo transversal, observacional, prospectivo y analítico, se realizó en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú., contó con una población de 80 niños de 6 a 9 años. Se obtuvo como resultado que la mayor frecuencia fue la morfología braquicefalica y dolicofacial con prevalencia de arcos dentarios ovoides presentándose en su gran mayoría en el sexo femenino.¹⁴

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Perfil anteroposterior

Es el estudio de la relación que existe entre el maxilar y la mandíbula de forma horizontal. Este perfil nos ayuda a observar como es el crecimiento anteroposterior facial del niño además nos brinda información sobre los problemas que se puedan manifestar en caso no exista una armonía o simetría facial. Para determinar el tipo de perfil de un niño se realiza el análisis de tres puntos y a su vez se hacen trazos uniéndolos, estos formaran ángulos y de acuerdo a sus valores se realizará la clasificación. Existen tres tipos de perfiles anteroposteriores los cuales son: convexo, cóncavo y recto.^{2, 5, 24}

- La unión de la frente con la nariz, formándose un punto llamado glabella.
- La unión más profunda por encima del labio superior y debajo de la nariz llamado subnasal.
- La parte más sobresaliente del mentón llamado pogonion.

El perfil anteroposterior permite determinar si la posición de los maxilares está situada de forma proporcional en sentido antero posterior. A su vez ayuda a determinar el tratamiento a realizar siempre y cuando se presente alguna alteración o asimetría en el niño, ya que los diferentes tipos de perfiles que pueda presentar el paciente tienen diferentes patologías es necesario realizar un buen diagnóstico. Además este análisis permite ver en qué posición se hallan los labios y también la inclinación de los incisivos.^{4,24}

El estudio de la relación anteroposterior es muy usado en la ortodoncia así como en la odontopediatría para poder observar si hay un correcto crecimiento en el perfil facial como en la mandíbula y el maxilar, también determinar el tipo de maloclusión de Angle tanto esquelética como dental que presenta el niño.^{1,6} Varias investigaciones afirman que existe gran relación entre las clases de maloclusión con los tipos de perfiles faciales, no obstante esto puede presentar una alteración dependiendo de las características que tengan los pacientes al ser atendidos. Un buen examen clínico con uso de exámenes auxiliares ayuda a saber con exactitud los tipos de alteraciones de un individuo y así determinar el tipo de tratamiento que puede ser usado.



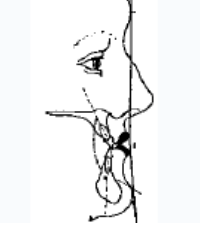
-Tipos de perfiles

- Perfil convexo: Es cuando los trazos de unión entre la glabella y el subnasal y a su vez del subnasal al pogonion forman un ángulo convexo este debe ser menor a 165° para ser considerado perfil anteroposterior convexo. Lo cual se puede entender como que el maxilar superior se encuentra por delante de la mandíbula. Esto puede significar que el crecimiento de la mandíbula no fue suficiente o que el maxilar es muy grande a nivel esquelética.^{10, 12}

- Perfil recto: Es cuando la línea de unión trazada entre la glabella y el subnasal y a su vez el subnasal con el pogonion forman una línea casi recta el grado del ángulo debe estar entre 165° a 175° para ser considerado perfil anteroposterior recto. En este tipo de perfil se considera que tanto la maxila

como la mandíbula han crecido adecuadamente y se han posicionado de manera correcta presentando una asimetría o armonía facial.^{10,24}

- Perfil cóncavo: Es cuando el ángulo formado por las líneas trazadas de la glabella al subnasal y del subnasal al pogonion es mayor de 175° , el cual se puede observar como el lado contrario del ángulo formado por el perfil convexo. Esto puede significar que el maxilar superior se encuentra por detrás en relación a la mandíbula, lo que supondría que el crecimiento del maxilar es menor que el de la mandíbula o en todo caso que la mandíbula tuvo un mayor crecimiento en relación al maxilar.^{5, 12, 19}

CONVEXO	RECTO	CÓNCAVO
		

Fuente: Manual de procedimientos clínicos de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad

Alas Peruanas 2018.¹⁶

2.2.2. Forma de arco dentario

La forma del arco dentario y su tamaño ha sido objeto de estudio desde hace años, en dichas investigaciones se ha concluido que tienen relación con el tipo de raza, el sexo y el tipo de maloclusión esquelética o dental del ser humano.¹¹

Cuando aumenta el tamaño de los maxilares para los dientes permanentes, ocurre un cambio en la forma y tamaño de los arcos dentales debido a que antes de su erupción quedan espacios entre los dientes temporales conocidos como diastemas. El ancho del arco de los permanentes se mide por tres partes: uno que va de canino a canino que es el sector anterior y otros dos en dirección hacia atrás de cada canino llamados sectores posteriores.^{6,7}

Este análisis determina la forma y el ancho del arco dental, cabe recalcar que también influirá en esto el apiñamiento de los dientes. Es frecuente en la consulta diaria que los padres y sus hijos acudan por el apiñamiento dental que se está produciendo en el desarrollo de la cavidad oral de sus hijos, además afecta en la estética, función y autoestima. De acuerdo con ciertas investigaciones, algunas formas del arco dentario tienen relación con el sexo y con algunos hábitos, además de otros aspectos.^{16,17,19}

Según Leighton aparentemente la forma del arco dentario se determina a temprana edad durante la vida fetal a su vez que el tamaño de la mandíbula alcanza su máximo crecimiento cuando erupcionan los incisivos centrales y las primeras molares.¹¹ Existen múltiples estudios que buscan determinar la relación con respecto a raza, sexo o la clase de maloclusión, además en sus resultados definen que los maxilares de los hombres son más anchos que de las mujeres. Y que las mujeres tienen mayor prevalencia de presentar arcos

ovoides a diferencia de los hombres que presentan arcos cuadrados. La forma del arco dentario tiene varias clasificaciones como la de León Williams que la clasificó en ovoide, cuadrado y triangular.^{11, 19}

TRIANGULAR	CUADRADO	OVOIDE
		

Fuente: Manual de procedimientos clínicos de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad

Alas Peruanas 2018.¹⁶

Existen diversos estudios que afirman que la forma de arco dentario puede determinar la forma craneal de un individuo como la triangular que se asocia a un dolicocefalo, la cuadrada a un braquicefalo y la ovoide a un mesocéfalo. Pero esto no quiere decir que del mismo orden se puede dar en todos los casos ya que existen diversos factores que alteran la forma del arco dentario.

13,14

2.2.3. Oclusión dental

Se denomina oclusión al contacto de los dientes superiores con los inferiores cuando la boca está cerrada.^{1,2}

- Oclusión normal:

Es la relación funcional, fisiológica y anatómica entre los componentes del sistema masticatorio o también llamado estomatognático. Dentro del cual está incluido los dientes, tejidos de soporte sistema neuromuscular, la articulación temporomandibular y el esqueleto craneofacial.^{8,9,10}

La oclusión dentaria es el alineamiento correcto de los dientes superiores con los inferiores, tanto en dentición decidua como en la permanente, cabe resaltar que durante la dentición mixta que es la etapa de recambio dentario se producen ciertas modificaciones en la oclusión. Las alteraciones en la oclusión normal del individuo se denominan maloclusiones.

2.2.4. Maloclusión

La maloclusión dental es cuando nuestra mordida no está correctamente alineada. Esto puede deberse a múltiples factores desde la mal posición dentaria, maloclusión dental, perfil facial, forma de arco dental, alteración en la articulación temporomandibular, apiñamiento dentario, hábitos bucales y otros.^{13,16}

Las maloclusiones con el pasar de los años han tenido diversas clasificaciones para su estudio pero la más relevante y usada en la odontología es la clasificación de Edward H. Angle en 1899, el cual observó que el primer molar superior se encontraba debajo del contrafuerte lateral del arco cigomático, también llamada cresta llave del maxilar superior, y concluyó que esta relación es invariable y se basó en esto para su clasificación.^{12, 13,14}

Los primeros molares se relacionan con los inferiores de forma que la cúspide mesiovestibular del molar superior ocluye con el surco bucal del molar inferior.

Por tanto clasificó las maloclusiones en tres grupos.

- Relación molar según Angle

Maloclusión de clase I

La relación entre los primeros molares es normal, consiste en que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.^{1, 12,13}

Maloclusión de clase II

Esta consiste en que la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye por delante del surco mesiovestibular de la primera molar inferior, produciendo que el maxilar se desplace hacia adelante o que la mandíbula se desplace hacia atrás con respecto al maxilar. Esta maloclusión produce el denominado retrognatismo o sobremordida.^{1, 12,13}

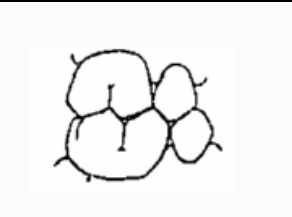
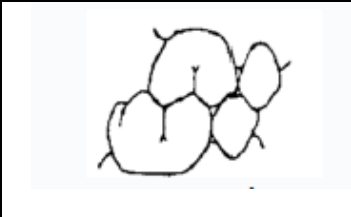
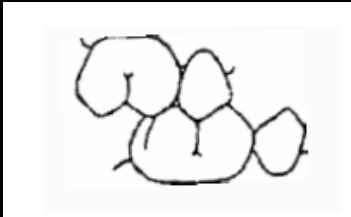
Maloclusión de clase III

La cúspide del primer molar superior se encuentra por detrás del surco mesiovestibular de la primera molar inferior, produciendo que el maxilar se desplace hacia atrás o que la mandíbula se desplace hacia adelante con respecto al maxilar. Esta maloclusión produce el prognatismo o también llamada submordida.^{1, 12,13}

Las maloclusiones traen muchas consecuencias alterando desde la posición del maxilar y la mandíbula, como también repercutir en la mal posición dentaria y la afección de la articulación temporomandibular. Al producirse esto hay mayor susceptibilidad a los traumatismos, hipersensibilidad dental por la

fricción de la mal posición dental produciendo desgaste de esmalte, enfermedad periodontal y caries por la incorrecta higiene dental.

Es importante conocer que la posición de los primeros molares permanentes es transitoria debido a que durante la erupción de estos dientes se utiliza el espacio deriva que es el espacio producido por las segundas molares deciduas y sus homólogos, el cual servirá para la migración y reposición del primer molar permanente. Debido a esto es importante hacer un seguimiento sobre el tipo de maloclusión que aparece en el individuo desde la erupción del primer diente permanente para prevenir a interceptar el tipo de maloclusión que se producirá en el niño.

Relación Molar		
Clase I	Clase II	Clase III
		

Fuente: Manual de procedimientos clínicos de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad

Alas Peruanas 2018.¹⁶

2.3. Definición de términos básicos

- Oclusión: Es el contacto de los dientes superiores con los inferiores en un correcto alineamiento impidiendo el ingreso de algo hacia la boca.

- Maloclusión: El mal alineamiento de los dientes puede producirse a medida que estos aparecen o a partir de hábitos de la niñez, como la succión del pulgar. La causa más común es cuando la mandíbula es demasiado pequeña en comparación con el tamaño de los dientes.

- Perfil anteroposterior: Permite determinar la posición antero-posterior de los maxilares y poder comprobar si están situados en forma proporcional en sentido horizontal.

- Articulación temporomandibular: Es la articulación que existe entre el hueso temporal y la mandíbula.

- Sistema estomatognático: También conocido como aparato masticatorio, es el conjunto de órganos, músculos y tejidos que comprenden el cráneo y el tercio superior del cuello, unidos funcional y anatómicamente, que está encargado de diferentes funciones como la masticación y el habla.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLE DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas

3.1.1. Hipótesis General

Si existe asociación entre el perfil anteroposterior, la forma del arco dentario superior y las maloclusiones en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I.

3.1.2. Hipótesis nula

H_0 No existe asociación entre el perfil anteroposterior, la forma del arco dentario superior y las maloclusiones en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I.

3.2 Variables; definición conceptual y operacional

3.2.1. Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE
Maloclusiones	Perfil anteroposterior Forma de arco dental

3.2.2. Definición conceptual

- **Maloclusiones:** Es una oclusión alterada que consiste en el incorrecto alineamiento de los dientes superiores con los inferiores además del crecimiento craneofacial y de otros factores.

- **Perfil anteroposterior:** Es el estudio de la relación que existe entre el maxilar y la mandíbula de forma horizontal.

- **Forma de arco dental:** Es la forma en la cual los dientes deben ir correctamente alineados en las arcadas dentarias se clasifica en tres tipos ovoide, triangular, y cuadrado.

3.2.3. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	TIPO	ESCALA	INSTRUMENTO DE MEDIDA
Maloclusiones	Clasificación de Angle	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III 	Cualitativo	Ordinal	Ficha de recolección
Perfil anteroposterior	Puntos de referencia: Nación Subnasal pogonion	<ul style="list-style-type: none"> • Convexo • Recto • Cóncavo 	Cualitativo	Nominal	Ficha de recolección
Forma de arco dental	Borde incisal de los 4 incisivos Cúspides de los caninos, premolares y molares	<ul style="list-style-type: none"> • Triangular • Cuadrado • Ovoide 	Cualitativo	Nominal	Ficha de recolección
COVARIABLE		INDICADORES	TIPO	ESCALA	INSTRUMENTO DE MEDIDA
Género		Femenino Masculino	Cualitativo	Nominal	Ficha de recolección
Edad		6-7años 8-9años 10-12años	Cuantitativo	Ordinal	Ficha de recolección

Fuente: Elaborada por el investigador

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

Tipo de la investigación

La siguiente investigación es de tipo no experimental, es aquella que consiste en la no manipulación de las variables, es decir el investigador no interviene ni altera el objetivo del estudio, es basada en la observación tal y como se desenvuelve un fenómeno en su contexto natural para luego analizarlo.

Diseño y nivel de la investigación

La presente investigación es de tipo asociativa este diseño describe la asociación entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. En función de relación causa – efecto. A su vez es descriptiva pues describe tal cual se manifiesta el fenómeno de estudio.

4.2. Diseño de muestra

4.2.1. Población

La población del estudio está conformada por 350 historias clínicas de ambos sexos entre 6 a 12 años de edad que son atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

4.2.2. Criterios de selección

Criterio de inclusión

- Historias clínicas de pacientes de 6 a 12 años.

- Historias clínicas de pacientes de ambos sexos.
- Historias clínicas de pacientes atendidos en el año 2018-I

Criterio de exclusión

- Historias clínicas de pacientes que no cuenten con el llenado del examen clínico extraoral e intraoral.
- Historias clínicas de pacientes que no tengan fotografías extraorales ni intraorales.

4.2.3. Muestra

Historias clínicas de pacientes niños de 6 a 12 años de edad, género femenino y masculino que acudan a la Clínica Pediátrica Estomatológica del niño I y II que cuenten con los criterios de inclusión; contando con 203 historias clínicas para la observación y descripción del perfil anteroposterior, forma de arco dental y su relación con las maloclusiones en niños de 6 a 12 años que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I.

Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018-I que cumplan con los criterios de inclusión.

4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos

4.3.1. Técnica de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos que se usará en la presente investigación es la observación que consiste en el registro sistemático, válido y confiable de

comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías. Mediante una ficha de recolección de datos que consta de edad, sexo, forma de arco dental, perfil anteroposterior y la relación molar.

4.3.2. Instrumento de recolección de datos

La presente investigación no requiere de un instrumento de recolección debido a que la información que se requiere para la investigación está plasmada en las historias clínicas de los pacientes atendidos en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas y solo se usará una ficha de recolección de datos para obtener todos los datos que requiere este trabajo para su realización.

4.3.3. Procesamiento de recolección de datos

Se realizó una solicitud pidiendo el permiso para realizar la recolección de datos luego de presentar el proyecto de la investigación, la solicitud fue dirigida a la directora de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Se obtuvo la carta de presentación dirigida a la administradora de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Sede – Surco pidiendo autorización para ingresar al área de archivo para la revisión de historias clínicas.

Se autorizó el ingreso al área de archivo en el horario de viernes y sábados de 16:00 a 18:30 hrs, bajo supervisión de las encargadas del área de archivo.

Como protección de bioseguridad se ingresó al área de archivo uniformado con gorro blanco de tela, pantalón y chaqueta blanca, zapatos blancos, guardapolvo blanco, guantes de latex y mascarilla N95.

Solo hubo un observador quien fue la encargada de esta investigación para la recolección de datos de las historias clínicas.

Se revisó cada historia clínica y se usó la ficha de recolección de datos y también se observó las fotografías extraorales para el estudio del perfil anteroposterior y sus medidas con una regla milimetrada y un transportador.

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados con una computadora AMD Fx 8150, Windows 10 utilizando los siguientes programas:

SPSS 23 para el análisis estadístico descriptivo.

- Se realizó el almacenamiento y gestión de datos en la hoja de cálculo del paquete estadístico de los datos obtenidos.
- Se asignó valores numéricos a cada variable
- Se realizó análisis de frecuencia
- Análisis por tabla de frecuencia, tablas de barras para ver el resultado de frecuencia y gráfico de barras para el resultado en porcentajes de cada variable.
- Se realizó Chi cuadrado para poder establecer la correlación Word 2013 para la elaboración de la interpretación de los datos obtenidos en el análisis descriptivo

4.5 Aspectos éticos

El estudio que se realizó sobre la asociación entre el perfil anteroposterior, forma de arco dentario y su relación con las maloclusiones en niños de 6 a 12

años que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I", constó de una muestra de 203 historias clínicas de pacientes entre 6 a 12 años de edad, se usó una ficha de recolección de datos que se precisó para el estudio obteniéndose de las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en el año 2018-I en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas. En este estudio no se requiere un consentimiento informado dirigido a los padres debido a que será una recopilación de datos indirecta. Cabe recalcar que la ficha de recolección no será una aplicación que cause daño por la información que se pueda extraer de las historias clínicas de los niños ya que estos datos serán netamente confidenciales y solo serán de uso estadístico para ayuda de la investigación.

A su vez se realizará una carta de aceptación y permiso que será entregada a la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas en la sede Surco donde se encuentra en el departamento de archivo en el cual se ubican todas las historias clínicas de los pacientes que son atendidos en la clínica pediátrica de estomatología, teniendo en cuenta para este trabajo de investigación los principios de maleficencia, benevolencia, justicia y autonomía de acuerdo al código de Núremberg y declaración de Helsinki.

Con esto quiero dar a entender que este trabajo nos ayudará a determinar la relación que existe entre el perfil anteroposterior, forma de arco dental en las maloclusiones, mediante la recolección de datos con la ficha de recolección que será netamente observacional mediante el uso de las historias clínicas que

son guardadas en el departamento de archivo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

La investigación en salud está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales así como la confidencialidad de sus datos personales.

De forma que solo requiere de las historias clínicas que cuenten con los criterios de inclusión se usarán los datos necesarios específicamente para la investigación más no para otro fin, teniendo en claro que debemos considerar las normas y estándares éticos, legales, y jurídicos para la investigación en personas humanas en nuestro país, como es el caso de la que estipulan en la Universidad Alas Peruanas.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo

TABLA N°1

Asociación entre el perfil anteroposterior y la forma de arco dentario superior y las maloclusiones en niños de 6 a 12 años

Perfil anteroposterior			Forma de arco dentario superior			Total
			Ovoide	Cuadrado	Triangular	
Convexo	Maloclusión	Clase I	71	7	2	80
		(RM)	72.4%	7.1%	2.0%	81.6%
		Clase II	10	2	0	12
		(RM)	10.2%	2.0%	0.0%	12.2%
		Clase III	6	0	0	6
	(RM)	6.1%	0.0%	0.0%	6.1%	
Total			87	9	2	98
			88.8%	9.2%	2.0%	100.0%
Cóncavo	Maloclusión	Clase I	21	3	1	25
		(RM)	55.3%	7.9%	2.6%	65.8%
		Clase II	3	4	0	7
		(RM)	7.9%	10.5%	0.0%	18.4%
		Clase III	4	2	0	6
	(RM)	10.5%	5.3%	0.0%	15.8%	
Total			28	9	1	38
			73.7%	23.7%	2.6%	100.0%
Recto	Maloclusión	Clase I	51	3	2	56
		(RM)	76.1%	4.5%	3.0%	83.6%
		Clase II	6	2	1	9
		(RM)	9.0%	3.0%	1.5%	13.4%
		Clase III	2	0	0	2
	(RM)	3.0%	0.0%	0.0%	3.0%	
Total			59	5	3	67
			88.1%	7.5%	4.5%	100.0%

Fuente propia de investigador

Se observa que el 81,6% (80 niños) presentaron un perfil anteroposterior convexo, con maloclusión de Angle clase I y forma de arco superior ovoide 72,4% (71 niños); y cuadrado con 7,1% (7 niños). Asimismo, la maloclusión de Angle clase II en los niños, estaba representada por 12,2% (12 niños) con forma de arco dental superior ovoide 10,2% (10 niños).

También se observa que el 65,8% (25 niños) presentaron un perfil anteroposterior cóncavo, con maloclusión de Angle clase I y forma de arco dental superior ovoide 55,3% (21 niños).

Por otra parte, el perfil antero posterior recto de los niños se encontró en un 83,6% (56 niños), con maloclusión de Angle clase I y forma de arco dental superior ovoide 76,1% (51 niños); y cuadrado con 4,5% (3 niños).

GRÁFICO N°1

Asociación entre el perfil anteroposterior, forma de arco dentario superior y las maloclusiones en niños de 6 a 12 años

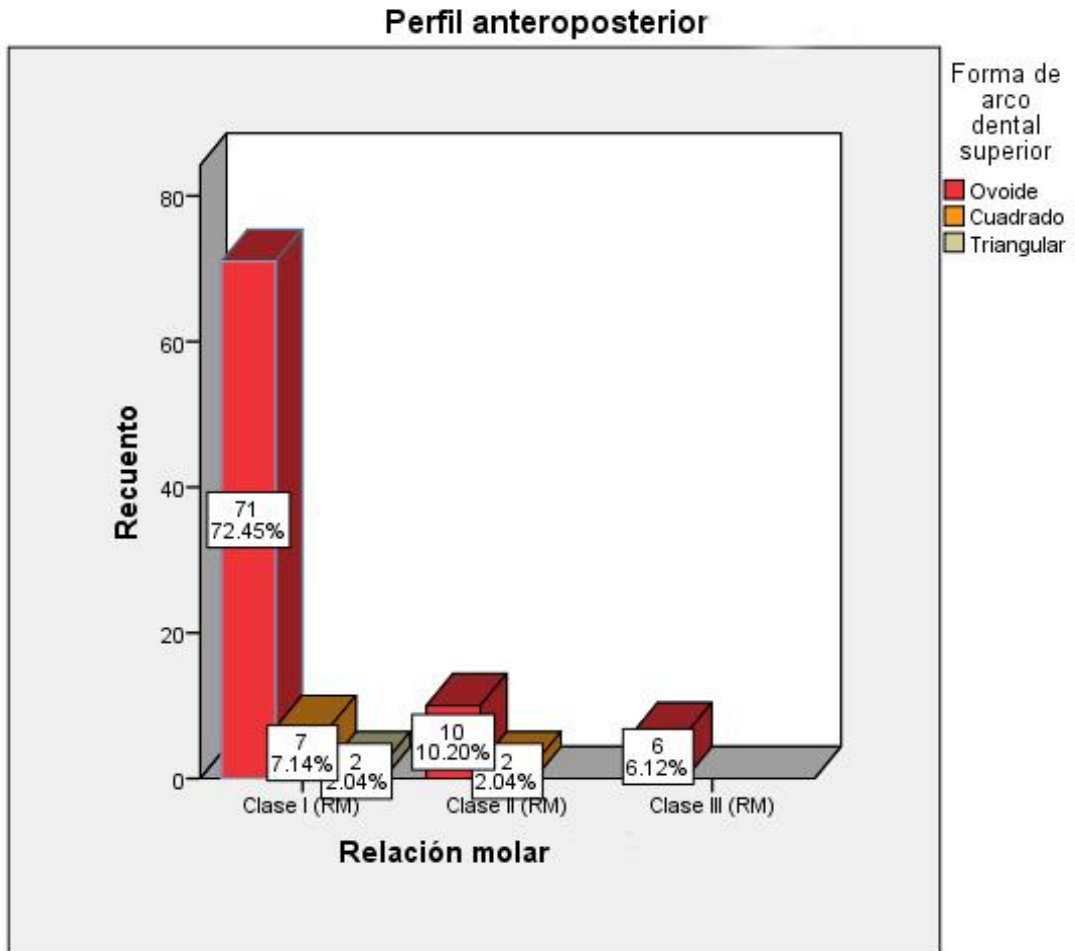


TABLA N°2

Perfil anteroposterior más prevalente según el género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas

		Género		
		Masculino	Femenino	Total
Perfil anteroposterior	Convexo	51 25.1%	47 23.2%	98 48.3%
	Cóncavo	19 9.4%	19 9.4%	38 18.7%
	Recto	38 18.7%	29 14.3%	67 33.0%
Total		108 53.2%	95 46.8%	203 100.0%

Fuente propia del investigador

Se observa que el perfil antero posterior más prevalente es el convexo con 48,3% (98 niños), con mayor tendencia en el género masculino 25,1% (51 niños), a diferencia de género femenino que se encontró un 23,2% (47 niñas).

En cambio, en el perfil recto estuvo representado con 33% (67 niños); donde la mayor prevalencia estuvo en el género masculino 18,7% (38 niños), mientras que el género femenino alcanzó una frecuencia de 14,3% (29 niñas); que tenían perfil recto.

Por último, los niños que presentaron un perfil antero posterior cóncavo con 18,7% (38 niños); en ambos géneros se presentaron porcentajes similares con 9,4% en género masculino (19 niños) y femenino (19 niñas).

GRÁFICO N°2

Perfil anteroposterior más prevalente según el género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas

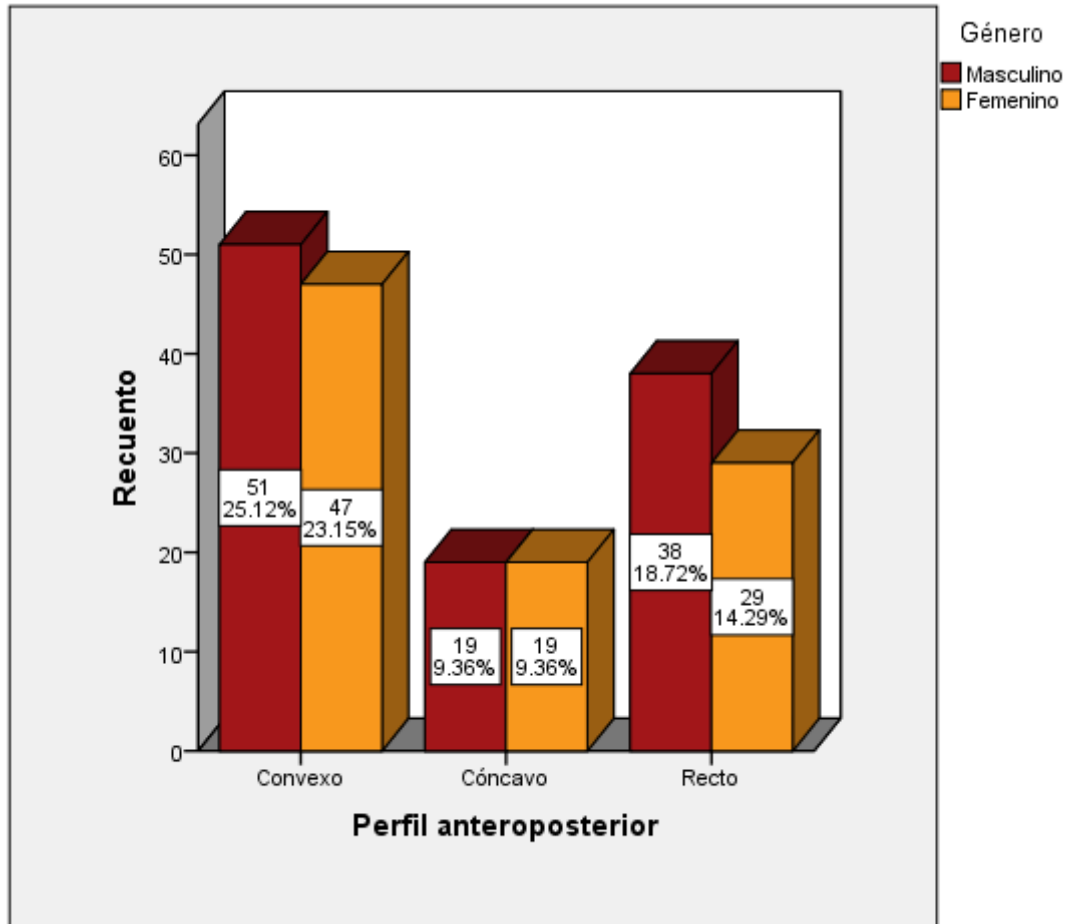


TABLA N°3

Perfil anteroposterior más prevalente según la edad en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas

		Edad de los niños			Total
		6 a 7 años	8 a 9 años	10 a 12 años	
Perfil anteroposterior	Convexo	52 25.6%	30 14.8%	16 7.9%	98 48.3%
	Cóncavo	15 7.4%	13 6.4%	10 4.9%	38 18.7%
	Recto	25 12.3%	22 10.8%	20 9.9%	67 33.0%
Total		92 45.3%	65 32.0%	46 22.7%	203 100.0%

Fuente propia del investigador

Se observa que el perfil antero posterior más prevalente es el convexo con 48,3% (98 niños), encontrándose mayor tendencia en los niños de 6 a 7 años con perfil convexo 25,6% (52 niños), seguido de los niños de 8 a 9 años con 14,8% (30 niños).

Mientras que en los niños con perfil recto estuvo representado con 33% (67 niños); donde los niños de 6 a 7 años tuvieron mayor tendencia de tener un perfil recto 12,3% (25 niños); seguido de los niños de 8 a 9 años con 10,8% (22 niños); de la misma manera los niños de 10 a 12 también presentaron un perfil recto 9,9% (20 niños).

Por último, los niños que presentaron un perfil antero posterior cóncavo con 18,7% (38 niños); la mayor tendencia se encontraba en los niños de 6 a 7 años con 7,4% (15 niños); seguido de niños de 8 a 9 años 6,4% (13 niños).

GRÁFICO N°3

Perfil anteroposterior más prevalente según la edad en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas

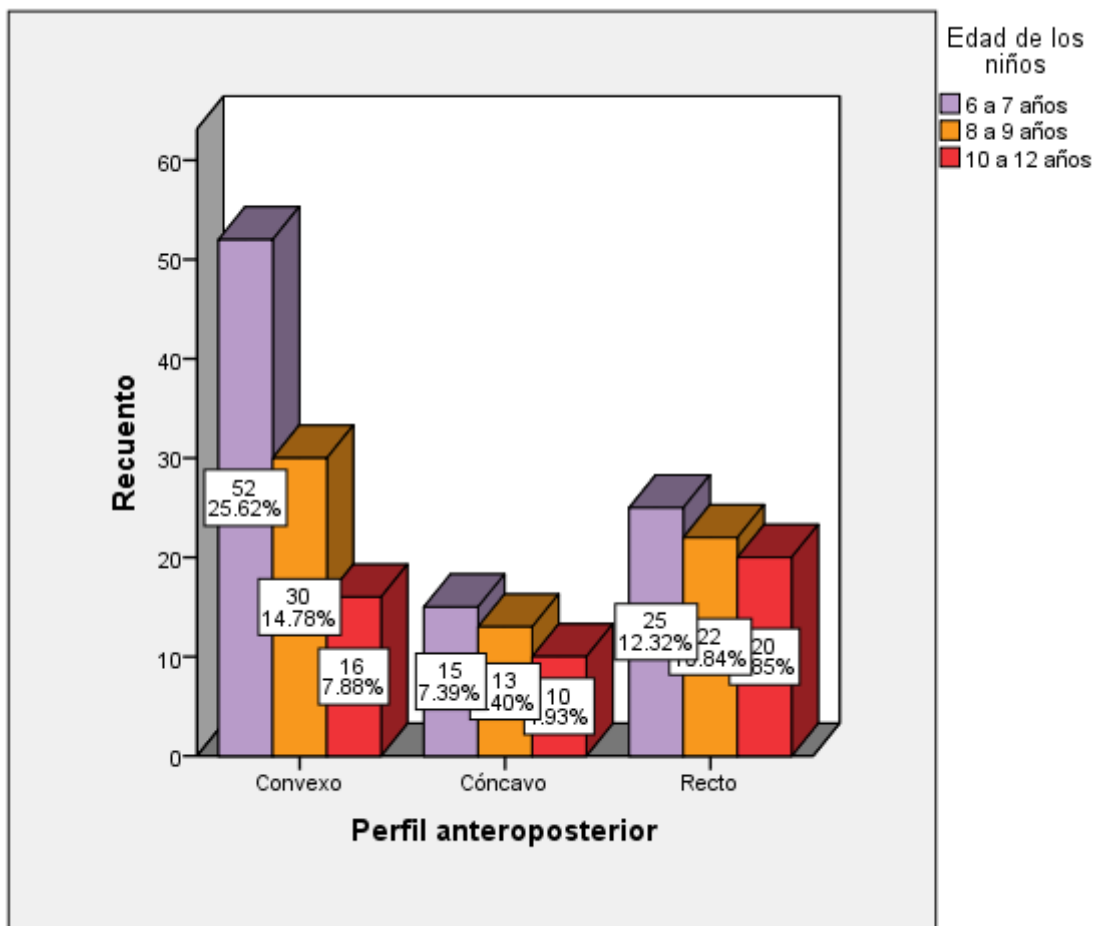


TABLA N°4

Forma de arco dentario superior más prevalente según género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas

		Género		
		Masculino	Femenino	Total
Forma de arco dental superior	Ovoide	91 44.8%	83 40.9%	174 85.7%
	Cuadrado	13 6.4%	10 4.9%	23 11.3%
	Triangular	4 2.0%	2 1.0%	6 3.0%
Total		108 53.2%	95 46.8%	203 100.0%

Fuente propia del investigador

Se observa que el arco dentario superior más prevalente es el ovoide con 84,7% (174 niños), con mayor tendencia en el género masculino 44,8% (91 niños), a diferencia del género femenino que se encontró un 40,9% (83 niñas).

Sin embargo, en el arco dentario superior cuadrado se encontró un 11,3% (23 niños); donde la mayor prevalencia estuvo en el género masculino 6,4% (13 niños), mientras que en el género femenino alcanzó un 4,9% (10 niñas).

En cambio, la forma de arco dentario superior triangular solo alcanzó 3% (6 niños), con mayor prevalencia en el género masculino 2% (4 niños); y el femenino 1% (2 niñas).

GRÁFICO N°5

Forma de arco dental superior más prevalente según género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

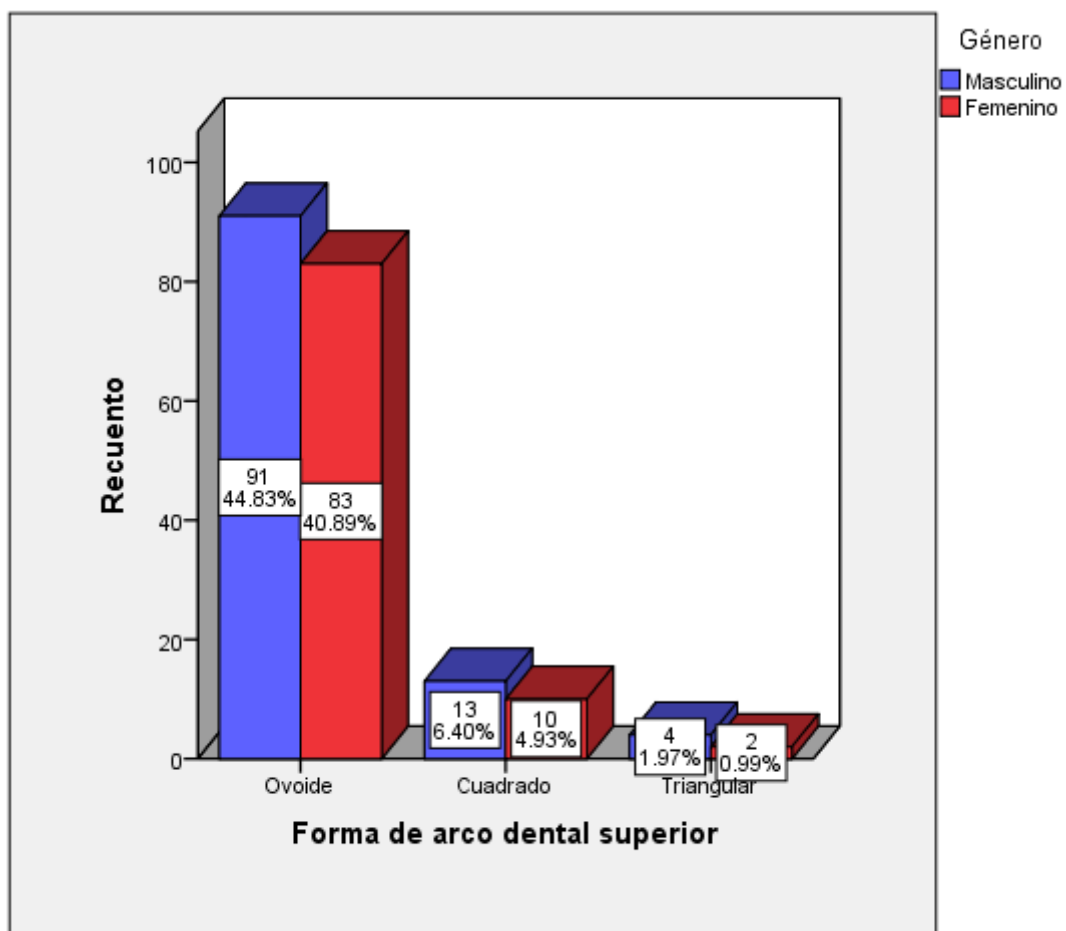


TABLA N°5

Forma de arco dentario superior más prevalente según la edad en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas

		Edad de los niños			Total
		6 a 7 años	8 a 9 años	10 a 12 años	
Forma de arco dentario superior	Ovoide	83 40.9%	53 26.1%	38 18.7%	174 85.7%
	Cuadrado	7 3.4%	11 5.4%	5 2.5%	23 11.3%
	Triangular	2 1.0%	1 0.5%	3 1.5%	6 3.0%
Total		92 45.3%	65 32.0%	46 22.7%	203 100.0%

Fuente propia del investigador

Se observa que el arco dentario superior más prevalente es el ovoide con 85,7% (174 niños), con mayor tendencia en los niños de 6 a 7 años 40,9% (83 niños), seguido de los niños de 8 a 9 años 26,1% (53 niños) y los niños de 10 a 12 años 18,7% (38 niños).

A diferencia del arco dentario superior cuadrado que se encontró un 11,3% (23 niños); donde la mayor prevalencia estuvo en los niños de 8 a 9 años 5,4% (11 niños), mientras que en los niños de 6 a 7 años alcanzó una prevalencia de 3,4% (7 niños).

En cambio, la forma de arco dental superior triangular solo alcanzó 3% (6 niños), con mayor prevalencia en los niños de 10 a 12 años 1,5% (3 niños).

GRÁFICO N°5

Forma de arco dentario superior más prevalente según la edad en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas

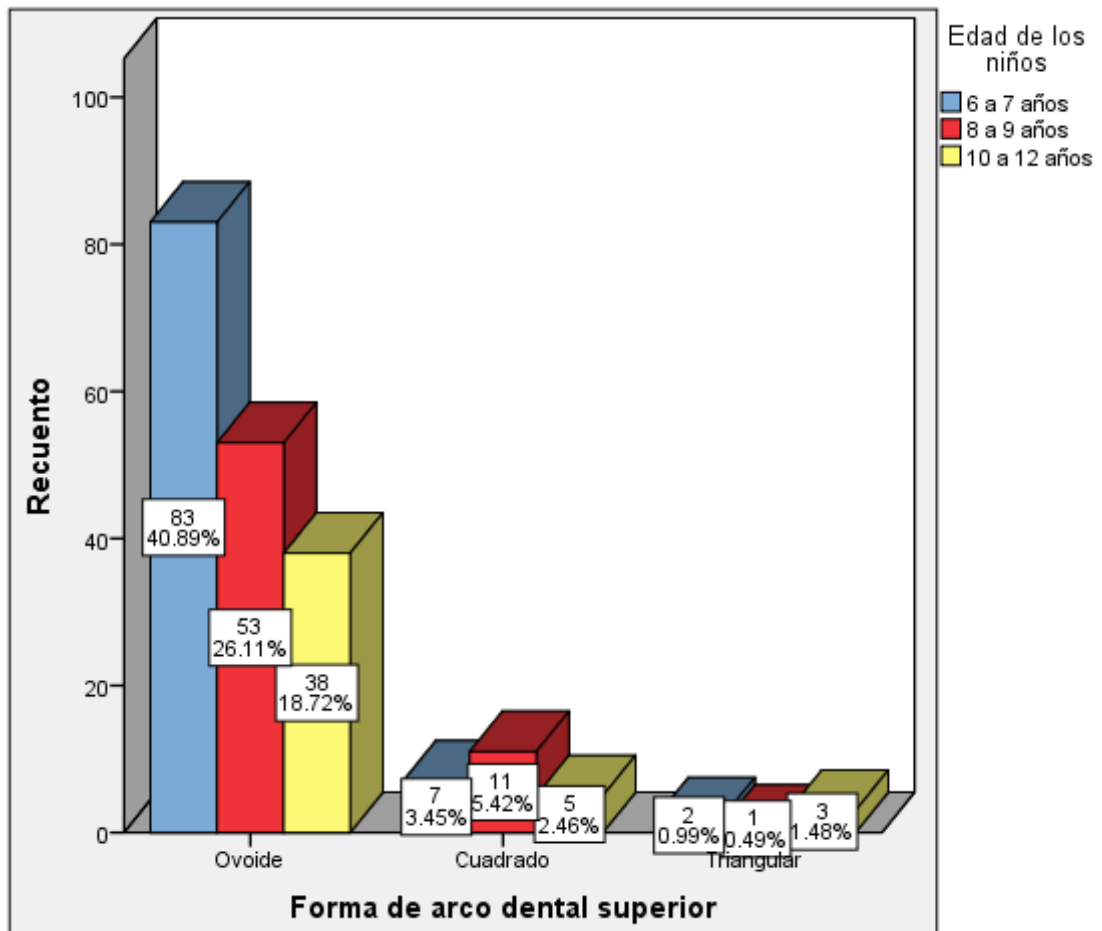


TABLA N°6

Maloclusión de Angle más prevalente según género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas

		Género		
		Masculino	Femenino	Total
Maloclusión de Angle	Clase I (RM)	86	75	161
		42.4%	36.9%	79.3%
	Clase II (RM)	16	12	28
		7.9%	5.9%	13.8%
	Clase III (RM)	6	8	14
		3.0%	3.9%	6.9%
Total		108	95	203
		53.2%	46.8%	100.0%

Fuente propia del investigador

Se observa que la maloclusión de Angle más prevalente es la clase I; con 79,3% (161 niños); presentando mayor tendencia en el género masculino con 42,4% (86 niños) a diferencia del femenino 36,9% (75 niñas).

También los niños presentaron una maloclusión de Angle clase II, con prevalencia en el género masculino 7,9% (16 niños) y el femenino 5,9% (12 niñas).

Mientras que la maloclusión Angle clase III; presentó una prevalencia de 6,9% (14 niños); encontrándose más en el género femenino 3,9% (8 niñas); que el masculino 3% (6 niños).

GRÁFICO N°6

Maloclusión de Angle más prevalente según género en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas

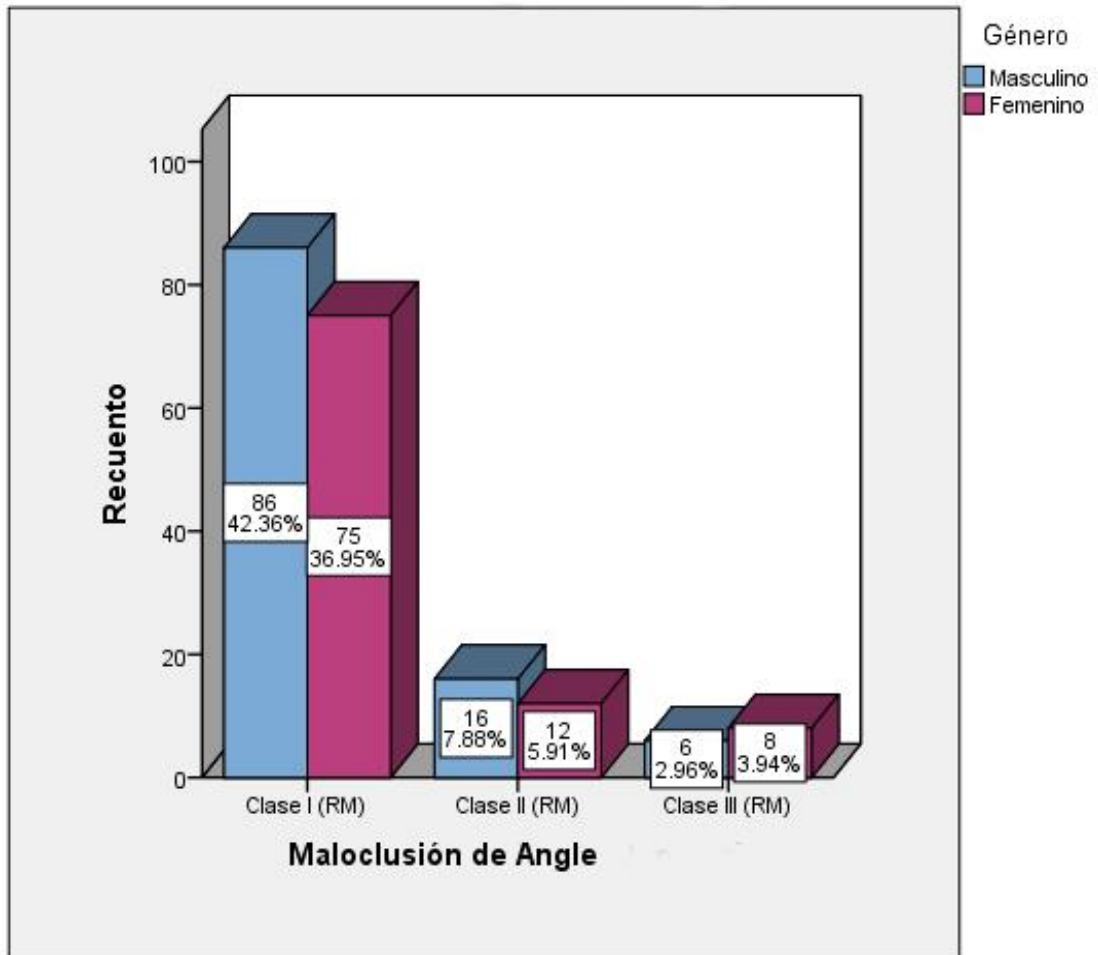


TABLA N°7

Maloclusión de Angle más prevalente en los niños que acuden a la Clínica
Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas; según la edad

		Edad de los niños			Total
		6 a 7 años	8 a 9 años	10 a 12 años	
Maloclusión de Angle	Clase I (RM)	76 37.4%	51 25.1%	34 16.7%	161 79.3%
	Clase II (RM)	11 5.4%	10 4.9%	7 3.4%	28 13.8%
	Clase III (RM)	5 2.5%	4 2.0%	5 2.5%	14 6.9%
Total		92	65	46	203
Fuente propia del investigador		45.3%	32.0%	22.7%	100.0%

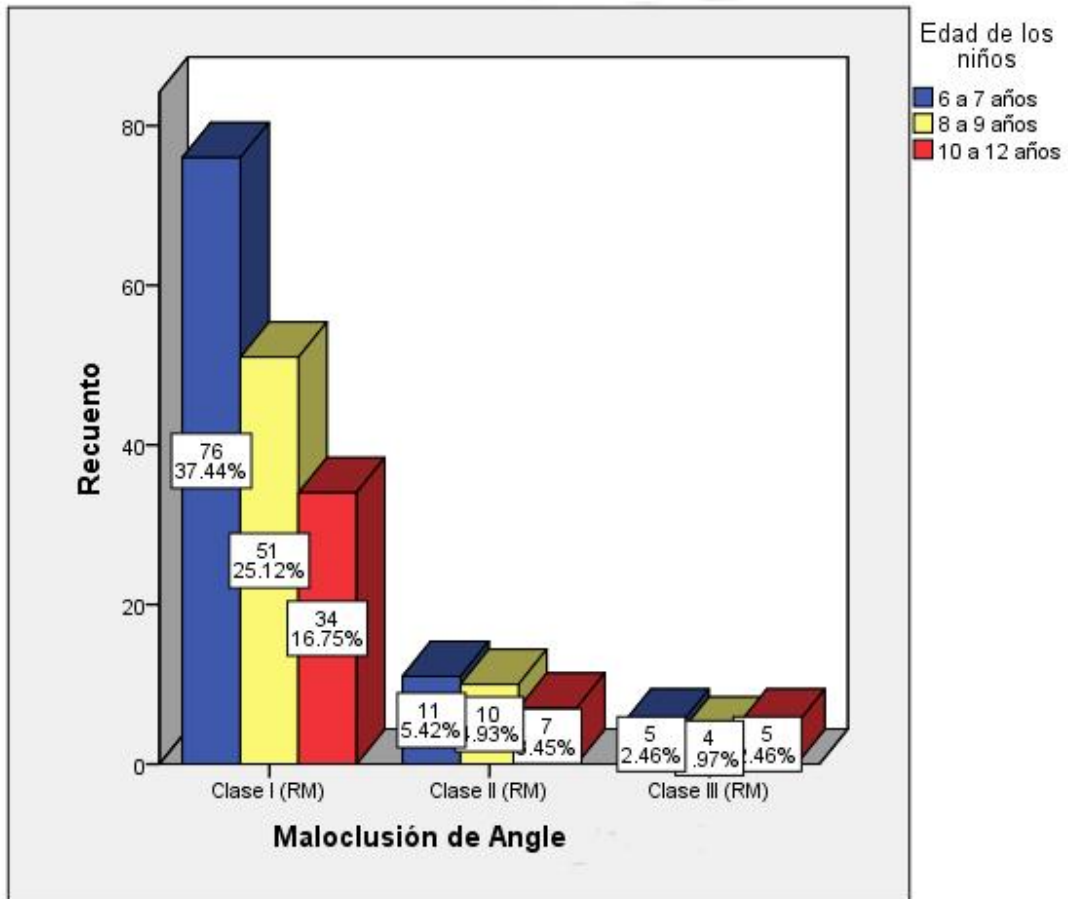
Se observa que la maloclusión de Angle más prevalente en los niños es la clase I con 79,3% (161 niños); encontrándose mayor tendencia en los niños de 6 a 7 años 37,4% (76 niños); seguido de los 8 a 9 años 25,1% (51 niños) y los de 10 a 12 años 16,7% (34 niños).

Mientras que la maloclusión de Angle clase II; alcanzó un 13,8% (28 niños); con tendencia en los niños de 6 a 7 años 5,4% (11 niños); seguido de los niños de 8 a 9 años 4,9% (10 niños) y los de 10 a 12 años con 3,4% (7 niños).

Algunos niños también presentaron maloclusión de Angle clase III con 6,9% (14 niños); encontrándose más en los niños de 6 a 7 años 2,5% (5 niños) y los de 10 a 12 años 2,5% (5 niños); y en los niños de 8 a 9 años tan solo 2% (4 niños).

GRÁFICO N°7

Maloclusión de Angle más prevalente en niños de 6 a 12 años que acuden a la
Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas



5.2. Comprobación de hipótesis y técnicas de estadísticas empleadas

Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna (H_1): Existe asociación entre el perfil anteroposterior, la forma del arco dentario y las maloclusiones.
- Hipótesis nula (H_0): No existe asociación entre el perfil anteroposterior, la forma del arco dentario y las maloclusiones.

Pruebas de chi-cuadrado				
Perfil anteroposterior		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Total	Chi-cuadrado de Pearson	8.919^a	4	.063
	Razón de verosimilitud	7.961	4	.093
	Asociación lineal por lineal	.473	1	.492
	N de casos válidos	203		

Conclusiones:

- Como el valor $p=0.063 > 0.05$, se afirma que no existe asociación estadísticamente significativa entre el perfil anteroposterior, la forma de arco dentario superior y las maloclusiones.

5.3. Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue determinar si existe asociación entre el perfil anteroposterior, la forma del arco dentario superior y las maloclusiones en niños de 6 a 12 años que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018-I.

Las maloclusiones son el resultado de alteraciones del sistema estomatognático como también una alteración en la oclusión normal, estas causan enfermedades en la cavidad bucal, las cuales podrían ser prevenidas si se detectan a temprana edad las maloclusiones, es decir en la niñez del individuo, debido a que se encuentra en crecimiento y durante esta etapa los maxilares tanto superior como inferior tienen capacidad de adaptación.^{1,2}

Las maloclusiones dentarias según Angle se basan en la posición anteroposterior del primer molar permanente, el cual erupciona a partir de los 6 años, cabe resaltar que esta posición es transitoria durante el desarrollo y crecimiento del niño debido a que durante su erupción este diente ocupa el espacio deriva producido por la posición de los segundos molares deciduos y sus homólogos, debido a la migración que tendrá el primer molar permanente. Por tanto al ser transitoria es importante hacer un seguimiento al niño además de detectar las maloclusiones para prevenirlas e interceptarlas antes de que se produzcan para evitar futuros problemas y enfermedades orales.

La población de esta investigación fue de 350 historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, sólo 203 historias clínicas cumplieron con los criterios de inclusión para la investigación,

debido a que las demás se encontraban incompletas en cuanto a la información del paciente, de las cuales el 53,2% fue el sexo masculino y el 46,8% fue el sexo femenino.

En los resultados se observa que el 81,6% (80 niños) presentaron un perfil anteroposterior convexo, con maloclusión de Angle clase I y forma de arco superior ovoide 72,4% (71 niños); y cuadrado con 7,1% (7 niños). Asimismo, la maloclusión de Angle clase II en los niños, estaba representada por 12,2% (12 niños) con forma de arco dental superior ovoide 10,2% (10 niños).

También se observa que el 65,8% (25 niños) presentaron un perfil anteroposterior cóncavo, con maloclusión de Angle clase I y forma de arco dental superior ovoide 55,3% (21 niños).

Por otra parte, el perfil antero posterior recto de los niños se encontró en un 83,6% (56 niños), con maloclusión de Angle clase I y forma de arco dental superior ovoide 76,1% (51 niños); y cuadrado con 4,5% (3 niños). Esto concuerda con el estudio realizado por Aguirre S. cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de maloclusiones en niños de 12 años obteniendo como resultado que la clase I fue de 38%, la clase II fue de 29% y la clase III fue de 26% referido al total de niños que fueron revisados en su estudio concluyendo así que la clase I fue la más prevalente con un 38% pero difiere en el resultado con respecto al perfil anteroposterior ya que obtuvieron que la mayor prevalencia fue del perfil recto con un 48% a diferencia del estudio realizado que obtuvo como resultado que el perfil anteroposterior más frecuente fue el perfil convexo con una maloclusión de Angle clase I.

Con respecto a la forma del arco dentario, la investigación realizada concuerda con el estudio de Padilla N., Rimachi K. y Pérez G. que estudiaron la forma del arco dental y el biotipo facial obteniendo como resultado que el arco dental más prevalente fue el ovoide con un 58,67%, el 4% cuadrado y el 37,33% triangular concluyendo que la forma del arco dental más prevalente fue la ovoide. A su vez el estudio realizado por Bernal J. et. al. el cuál tuvo como objetivo establecer la relación entre las discrepancias transversales y sagitales de las arcadas dentales en niños del ICFB de Municipio de Cocoa el cual tuvo como resultado que la forma de arco dentario más prevalente fue el ovoide con un 50% seguida de la triangular con un 5,7% y la forma cuadrada con un 2,9% que por tanto también coincide con la investigación realizada en la cual se presenta mayor prevalencia de la forma de arco ovoide.

La investigación realizada por Vanegas sobre la prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 12 años obtuvo como resultado que la clase I de Angle fue ampliamente la más predominante con un 65.8% (127) la cual concuerda con la investigación realizada que también obtuvo mayor prevalencia de la clase I pero difiere en cuanto a la prevalencia según la edad ya que Vanegas concluyó que la edad más prevalente para las maloclusiones fue de 9 a 12 años a diferencia de la investigación realizada que obtuvo que los niños de 6 a 7 años fueron los que presentaron mayor prevalencia de maloclusiones dentarias.

En el estudio de Patiño J. sobre la prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años tuvo como resultado la maloclusión clase II con un 45%, clase I con un 43% y la clase III con un 12% por tanto la maloclusión más prevalente fue la clase II la cual difiere de la investigación realizada debido a que en esta la

clase I fue más prevalente, en cuanto al perfil anteroposterior más prevalente obtuvo que el 64% fue el perfil convexo seguido del perfil recto con un 30% y el perfil cóncavo de 6% por tanto concluyó que el perfil más prevalente fue el convexo el cual concuerda con la investigación realizada que obtuvo el perfil convexo con mayor prevalencia.

Se observó que el perfil antero posterior más frecuente es el convexo con 48,3% (98 niños), encontrándose mayor tendencia en los niños de 6 a 7 años con perfil convexo 25,6% (52 niños), seguido de los niños de 8 a 9 años con 14,8% (30 niños), esto significa dentro de los 6 a 12 años en los pacientes se encontró la mayor prevalencia en el intervalo de edad de 6 a 7 años de edad. En cuanto al perfil anteroposterior según la edad también se observó que el perfil antero posterior más frecuente es el convexo con 48,3% (98 niños), con mayor tendencia en el género masculino 25,1% (51 niños), a diferencia de género femenino que se encontró un 23,2% (47 niñas).

En cambio, en el perfil recto estuvo representado con 33% (67 niños); donde la mayor frecuencia estuvo en el género masculino 18,7% (38 niños), mientras que el género femenino alcanzó una frecuencia de 14,3% (29 niñas); que tenían perfil recto.

En el estudio realizado se obtuvo que el arco dental superior más frecuente fue el ovoide con 85,7%, con mayor tendencia en los niños de 6 a 7 años 40,9%, seguido de los niños de 8 a 9 años 26,1% y los niños de 10 a 12 años 18,7%.

En cuanto al género se observó que el arco dental superior más frecuente es el ovoide con 84,7% (174 niños), con mayor tendencia en el género masculino 44,8% (91 niños), a diferencia del género femenino que se encontró un 40,9% (83 niñas).

Padilla N., Rimachi K. y Pérez G. refiere en su estudio sobre relación entre el biotipo facial y los tipos de arcos dentarios realizado en 75 pacientes que el sexo influye en el arco dentario, pues el arco dentario ovoide aparece en el 38,67% de los estudiantes del sexo masculino y en el 25,33% de sexo femenino, para el arco cuadrado la ocurrencia fue de 10,67% es masculino y 5,33% en femenino y para el triangular fue 4% en el sexo masculino y 16% en el femenino, que concuerda con la investigación realizada en la cual se obtuvo que la forma de arco dental más frecuente es el ovoide con 84,7%, con mayor tendencia en el género masculino 44,8%, a diferencia del género femenino que se encontró un 40,9%.

En cuanto a las maloclusiones según género se observa que la maloclusión de Angle más frecuente es la clase I; con 79,3% (161 niños); presentando mayor tendencia en el género masculino con 42,4% (86 niños) a diferencia del femenino 36,9% (75 niñas). También los niños presentaron una maloclusión de Angle clase II, con frecuencia en el género masculino 7,9% (16 niños) y el femenino 5,9% (12 niñas). Mientras que la maloclusión Angle clase III; presentó una frecuencia de 6,9% (14 niños); encontrándose más en el género femenino 3,9% (8 niñas); que el masculino 3% (6 niños).

Aguirre B. refiere en su estudio realizado con una muestra de 184 fichas clínicas obtuvo que la maloclusión más prevalente fue la clase I con un 58% de los cuales el sexo femenino presento un 83% y el sexo masculino 79% con una mínima diferencia más comprobando que el sexo con mayor predominio es el sexo femenino en cuanto a las maloclusiones, lo cual difiere con el estudio realizado en cuanto al género mas no con la maloclusión, ya que la maloclusión de Angle más frecuente es la clase I; con 79,3%; presentando mayor tendencia en el género masculino con 42,4% a diferencia del femenino 36,9%.

Se observa que la maloclusión de Angle más frecuente en los niños es la clase I con 79,3% (161 niños); encontrándose mayor tendencia en los niños de 6 a 7 años 37,4% (76 niños); seguido de los 8 a 9 años 25,1% (51 niños) y los de 10 a 12 años 16,7% (34 niños). Mientras que la maloclusión de Angle clase II; alcanzó un 13,8% (28 niños); con tendencia en los niños de 6 a 7 años 5,4% (11 niños); seguido de los niños de 8 a 9 años 4,9% (10 niños) y los de 10 a 12 años con 3,4% (7 niños).

Algunos niños también presentaron maloclusión de Angle clase III con 6,9% (14 niños); encontrándose más en los niños de 6 a 7 años 2,5% (5 niños) y los de 10 a 12 años 2,5% (5 niños); y en los niños de 8 a 9 años tan solo 2% (4 niños).

CONCLUSIONES

- Se concluye que no existe asociación estadísticamente relevante entre el perfil anteroposterior, la forma de arco dentario superior y las maloclusiones, más si existe una prevalencia en cuanto al perfil anteroposterior convexo, forma de arco dentario superior ovoide y maloclusión de Angle clase I.
- Se concluye que el perfil anteroposterior más prevalente es el convexo en niños de 6 a 7 años en el género masculino.
- Se concluye que la forma de arco dentario superior más prevalente es la ovoide en niños 6 a 7 años en el género femenino.
- Se concluye que la maloclusión más prevalente la clase I en niños de 6 a 7 años en el género masculino.

RECOMENDACIONES

- Incentivar a la colaboración entre docentes y alumnos al momento de atender a los pacientes en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas con respecto a la inclusión de mayor información sobre las maloclusiones y la salud bucal de los niños priorizando expandir el conocimiento en los padres para así prevenir futuras afecciones en la salud bucal.
- Brindar mayor información a los padres de familia con respecto a la importancia de detectar las maloclusiones a temprana edad para prevenir futuras alteraciones en la cavidad bucal que causen enfermedades bucales.
- Con respecto a la investigación realizada se recomienda realizar mayor investigación en relación al perfil anteroposterior y la forma de arco dentario debido a la gran importancia que tienen en el diagnóstico y tratamiento de las maloclusiones y su repercusión en los niños, además de aumentar la población de estudio para así obtener un estudio epidemiológico en el Perú.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Reyes R, Etcheverry D, Sarabia J, Muñoz Q. Asociación de maloclusiones clase I, II y III y su tratamiento en población infantil en la ciudad de Puebla, México [En línea]. Rev. Tamé. 2014 [fecha de acceso 14 de Febrero del 2018]. 2(6): 175-179. URL Disponible: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_6/Tam136-03.pdf
2. Mendoza S, Gutierrez J. Forma de arco dental en ortodoncia [En línea]. Rev. Tamé. 2015 [fecha de acceso 14 de Febrero del 2018]. 3(9): 327-333. URL Disponible: <http://dspace.uan.mx:8080/jspui/handle/123456789/232>
3. Aguirre S. Prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años de la Parroquia Machángara en la ciudad de Cuenca [en línea]. Rev Oactiva UC Cuenca. 2018. [fecha de acceso Marzo-Mayo 2018] Ene-Abr; 3(1): 7-12. URL Disponible: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/124/179>
4. Vanegas A, Gema M, Arce A, Mayesling F. Maloclusión dental en escolares de 6 a 12 años del Colegio de Guardabarranco. Segundo semestre del año 2014. [Tesis] Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Escuela Profesional de Estomatología. 2015.
5. Bernal G, Arroyave R, Díaz B, Sanabria C, Vargas A, Fernando C, et. al. Análisis de Carrea en niños con dentición temporal completa en el municipio de Mocoa (Putumayo) [en línea]. Rev. Act. Odont. Col. 2016 [fecha de acceso 14 de Marzo del 2018]. 6(1): 69-82. URL Disponible: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/58847>

6. Bedoya R, Montoya G, Gonzáles B, Tamayo C, Martínez C. Forma y tamaño del arco dental en poblaciones de tres ascendencias étnicas colombianas [en línea]. Rev. CES Odont. 2016 [fecha de acceso 14 de Mayo del 2018]. Ene-Jun; 29(2). URL Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-971X2016000200004&script=sci_abstract&tlng=en
7. Flores C, Gutiérrez R. Comparación tridimensional del arco dental maxilar en las maloclusiones de clases I y II [en línea]. Rev. Medisan. 2018. [fecha de acceso Marzo-Mayo 2018] 22(2): 174-180. URL Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192018000200008&script=sci_arttext&tlng=pt
8. Patiño J. Prevalencia de maloclusiones dentarias en escolares de 12 años de la parroquia San Blas-Cuenca. Ecuador 2018. [Tesis] Perú. Universidad Católica de Cuenca. Unidad Académica de Salud y Bienestar. 2018.
9. Pérez R. Prevalencia de maloclusiones según Angle en niños de la Institución Educativa Viva el Perú del nivel primario, Santiago-Cusco, 2015. [Tesis] Cusco. Universidad Andina del Cusco. Escuela Profesional de Estomatología. 2015.
10. Flores M. Prevalencia de maloclusiones según la clasificación de Angle en niños de 6 a 12 años en la Institución Educativa N°50271 Horacio Zevallos Gamez de la provincia de La Convención - Maranura. [Tesis] Cusco. Universidad Andina del Cusco. Escuela Profesional de Estomatología. 2015.
11. Lorena J, Alberto M, Salvador C. Maloclusión de Angle clase I, con el perfil recto en jóvenes universitarios [En línea]. Rev. Send. Univ. 2015 [fecha de acceso 14 de Marzo del 2018]. Jul.-Dic; 3(2): 32-35. URL Disponible: <http://rsu.unica.edu.ni/index.php/senderos/article/view/40>

12. Pascual S, López P. Tipo de arcada y plano terminal molar de la dentición temporal y su correlación con las clases de maloclusión de la dentición permanente [En línea]. Rev. Cienc. Soc. 2015 [fecha de acceso 14 de Febrero del 2018]. 5(2): 310-315. URL Disponible: <http://journals.continental.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/340>
13. Padilla D, Rimachi H, Pérez M. Relación entre el biotipo facial y los tipos de arcos dentarios en estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAP [en línea]. Rev. Conoc.amaz. 2016 [fecha de acceso 14 de Mayo del 2018]. 7(1): 53-59. URL Disponible: <http://revistas.unapiquitos.edu.pe/index.php/Conocimientoamazonico/article/view/164>
14. Mimbela P. Relación ente la morfología craneofacial y la forma del arco dentario en niños [en línea]. Rev. Salud & Vida Sipanense. 2017. [fecha de acceso Marzo-Junio 2018] 4(1): 28-32. URL Disponible: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/689>
15. Holguín A. Asociación entre la maloclusión según Angle y el patrón facial según Capelozza en el diagnóstico ortodóntico de alumnos mayores de 12 años de la I.E.S. “Pedro José Villanueva Espinoza” en el Centro Poblado Porción Alto, Cajamarca-Perú en el año 2017. [Tesis] Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología. 2018.
16. Tejada G. Prevalencia de las maloclusiones según Angle en estudiantes de 17 años de la academia particular Aprea Chachapoyas – 2017. [Tesis] Perú. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Escuela Profesional de Estomatología. 2017.
17. Herrera L. Prevalencia de maloclusión dental y su relación con la desnutrición crónica en niños escolares de 8 a 13 años de la Institución

- Educativa Primaria N°71011 Ayaviri, Puno 2016. [Tesis] Perú. Universidad Nacional del Altiplano. Escuela Profesional de Odontología. 2016.
18. Adanque M. Prevalencia del plano terminal molar en prescolares de la Institución Educativa Inicial 021 Los Ficus I, Piura 2017. [Tesis] Perú. Universidad César Vallejo. Escuela Profesional de estomatología. 2017.
 19. Consejo D, Bali C, Peña R. Aproximación al patrón craneofacial por edad en una serie radiográfica de jóvenes mexicanos [en línea]. Rev. Mex. Ortod. 2016 [fecha de acceso 14 de Marzo del 2018]. Oct.-Dic; 4(4): 213-218. URL Disponible: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68636>
 20. Céspedes J. Manual de procedimientos clínicos Clínica Estomatológica Pediátrica I y II. Perú. 2018.
 21. Rodríguez G, Cambrón Z, Vargas R. Relación entre la proporción áurea facial y la maloclusión en pacientes mexicanos con criterios faciales estéticos evaluados con la máscara de Marquardt que acudieron a la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Tecnológica de México durante el 2009 [En línea]. Rev. Mex. Ort. 2014 [fecha de acceso 14 de Junio del 2018] Ene-Mar. 2(1): 9-17. URL Disponible: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=47088>
 22. López N, Marichi J, Flores A, Ibarra D, Canseco J, Cuairán V. Pronunciación de fonemas en relación con el grado de maloclusión y posición de bordes incisales-borde bermellón del labio [En línea] Rev. Mex. Ort. 2016 [fecha de acceso 14 de Junio del 2018] Oct-Dic. 4(4): 219-226. URL Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S239592151730003X>

23. Grageda N. El dilema del prognatismo mandibular [En línea]. Rev. Mex. Ort. 2016 [fecha de acceso 14 de Junio del 2018] Abr-Jun. 4(2): 80-83. URL Disponible:
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65295>
24. Canut J. Ortodoncia Clínica. 1ra ed: Masson-Salvat; 2000
25. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones en seres humanos [en línea] 2013 [fecha de acceso 18 de Mayo del 2018]. URL Disponible:
<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-ammprincipios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
26. Comisión nacional de Bioética. Código de Nuremberg. Normas de éticas sobre experimentación en seres humanos [en línea] 2014 [fecha de acceso 18 de Mayo del 2018]. URL Disponible:
<http://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/7590/C%C3%93DIGO%20D E %20N%C3%9CREMBERG.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
27. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta ed: McGraw-Hill; 2014.

ANEXOS

Anexo 01: Carta de presentación



Pueblo Libre, 13 de junio de 2018

CD. DAMARIS CANDELARIA LOYOLA ZEGARRA
Administradora de la Clínica Estomatológica

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada **PALOMINO MARINO, KATHERINE MARGARET**, con código **2009150575**, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "ASOCIACIÓN ENTRE PERFIL ANTEROPOSTERIOR, FORMA DE ARCO DENTARIO SUPERIOR Y MALOCCLUSIONES EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS 2018-I"

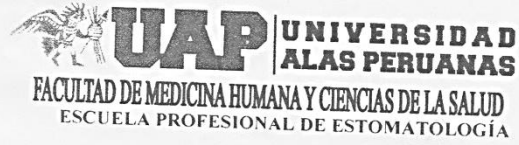
A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VÁSQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Anexo 02: Constancia de desarrollo de la investigación



Pueblo Libre, 13 de junio de 2018

CD. DAMARIS CANDELARIA LOYOLA ZEGARRA
Administradora de la Clínica Estomatológica

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada **PALOMINO MARINO, KATHERINE MARGARET**, con código **2009150575**, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "ASOCIACIÓN ENTRE PERFIL ANTEROPOSTERIOR, FORMA DE ARCO DENTARIO SUPERIOR Y MALOCLUSIONES EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS 2018-I"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

D. DAMARIS CAN DELARIA LOYOLA ZEGARRA
Administradora de la Clínica Estomatológica

UAP UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
CLÍNICA DOCENTE ESTOMATOLOGICA
ADMINISTRACION
PROVEIDO
Para a: *Historias clínicas*
Para: *Rosabel y Joanna*
Fecha: *02/07/2018* Firma: *[Signature]*

Horario

VIERNES y SABADO

16:00 - 18:30.

Anexo 03: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÒTESIS	VARIABLES E INDICADORES	Marco Teórico / Base teórica	METODOLOGÍA TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Problema Principal</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Existe asociación entre el perfil anteroposterior, forma de arco dentario superior y las maloclusiones en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I?. <p>Problemas Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es el perfil anteroposterior más prevalente en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad? ¿Cuál es la forma de arco dentario superior más prevalente en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad? ¿Cuál es la maloclusión de Angle más 	<p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar la asociación entre el perfil anteroposterior, forma de arco dentario superior y la maloclusión en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar el perfil anteroposterior más prevalente en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad. Determinar la forma de arco dentario superior más prevalente en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad. Determinar la maloclusión de Angle más prevalente en niños que acuden a la 	<p>Hipótesis General</p> <ul style="list-style-type: none"> Si existe relación entre el perfil anteroposterior, la forma del arco dentario y las maloclusiones. 	<p>Variable</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad -Sexo -Perfil anteroposterior -Forma de arco dental -Relación molar 	<p>2.1. Antecedentes de la investigación</p> <p>2.2. Bases teóricas</p> <p>2.2.1. Perfil anteroposterior</p> <ul style="list-style-type: none"> -Convexo -Cóncavo -Recto <p>2.2.2. Forma del arco dentario</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ovoide -Cuadrado -Triangular <p>2.2.3. Maloclusiones</p> <ul style="list-style-type: none"> -Clase I -Clase II -Clase III <p>2.3. Definición de términos básicos</p>	<p>Niveles de investigación: Correlacional</p> <p>Tipo de Investigación: No experimental</p> <p>Población: Historias clínicas de pacientes de la Clínica Pediátrica I y II 350</p> <p>Muestra: 203 Historias clínicas de pacientes de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica I y II</p> <p>Instrumento: No requiere, solo se usará una ficha de recolección de datos</p>

<p>prevalente en niños que acuden a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad?</p>	<p>Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018-I, según el género y la edad.</p>				
--	--	--	--	--	--

Anexo 04: Ficha de recolección de datos

“ASOCIACIÓN ENTRE PERFIL ANTEROPOSTERIOR, FORMA DE ARCO DENTARIO SUPERIOR Y LAS MALOCLUSIONES EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS 2018-I”.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La presente información tiene carácter de confidencialidad y solo será usada con fines estadísticos.

N° H C	N° ORDE N	EDAD	GÉNE RO		PERFIL ANTEROPOSTERIOR			FORMA DE ARCO DENTARIO SUP.			RELACIÓN MOLAR		
			M	F	Convex o	Cóncav o	Recto	Ovoid e	Triangular	Cuadrad o	Clase I	Clase II	Clas e III

Anexo 05: Fotografías



Fotografía 01: Clasificación de las historias clínicas para su revisión.



Fotografía 02: recopilación de datos mediante una ficha de recolección de datos en el área de archivo.