



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



TESIS

APIÑAMIENTO DENTARIO, RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO - 2019

Tesis presentada por:

Bach. Melina Fabiola Mamani Bustamante

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

ASESOR: Mtro. CD. Alhi Jordan Herrera Osorio

Cusco – Perú
2020



AGRADECIMIENTO

A DIOS porque tu amor y bondad es inmenso y me permite sonreír ante todos mis logros que van de la mano de tu ayuda y porque me permitió continuar con salud y con fuerzas durante todo el periodo de mi carrera profesional.

A mis PADRES Y HERMANOS por apoyarme en cada decisión, por su amor inmenso, verme crecer como profesional ahora es la mayor felicidad para ustedes y todo porque ustedes siempre me supieron guiar y llevar a lo más alto.

Al Mgt. Alhi Jordan Herrera Osorio por la confianza puesta en mí y por el apoyo que me brindo en el seguimiento, control y observaciones que son importantes para el desarrollo de mi tesis.

Al Mgt. CD. Sandra Velásquez Curo por siempre brindarme su apoyo, confianza y sobre todo por la experiencia y conocimiento que nunca me negó, durante el proceso del desarrollo de mi tesis.

A ti, porque a pesar de todo me ayudaste a ser más fuerte y tomar con mucha tranquilidad cada paso dado.

FAMILIARES Y AMIGOS a todos y cada uno de ellos por el apoyo brindado y por cada consejo que permitió la culminación de mí tesis.



DEDICATORIA

A DIOS, por ser el quien me guio por el buen camino, saber mi verdadero propósito, fue mi fortaleza para culminar satisfactoriamente la meta planeada que fue mi tesis.

A mis PADRES por todo su amor, comprensión, paciencia y los ánimos que nunca faltaron y sobre todo la confianza que ellos siempre me brindaron, permitió que me enfoque y concluya con éxito mi investigación, por eso todos mis logros son por y para ustedes siempre.



ÍNDICE

Agradecimiento.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Índice De Tablas.....	ix
Resumen.....	xii
Summary.....	xiv
Capítulo I	
Introducción.....	1
El Problema	
1.1 Planteamiento Del Problema.....	3
1.2 Formulación Del Problema	
1.2.1 Formulación Del Problema Específico.	
1.3 Objetivos De La Investigación	
1.3.1 Objetivo General	
1.3.2 Objetivos Específicos.....	5
1.4 Justificación	
1.4.1 Conveniencia	
1.4.2 Relevancia Social.....	7
1.4.3 Valor Teórico	
1.4.4 Utilidad Metodológica	8
1.5 Limitaciones De La Investigación	
Limitaciones Bibliográficas	
1.6 Aspectos Éticos.....	9



Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes De La Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales..... 10

2.1.2 Antecedentes Nacionales..... 13

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Apiñamiento Dentario, Recesión Gingival en el Sector Anterior

2.2.2 Maloclusiones Dentarias 14

2.2.3 Apiñamiento Dentario 15

2.2.4 Etiología

Factores Hereditarios o Genéticos 16

Factores Ambientales

2.2.5 Factores Causales

Factores Generales..... 17

Factores Locales

2.2.6 El Apiñamiento y su Clasificación..... 18

2.2.7 Recesión Gingival..... 20

2.2.8 Epidemiología

2.2.9 Etiología

A) Factores Predisponentes

Edad

Banda De Encía Adherida..... 21

Factores Anatómicos

Posición Anatómica



B) Factor Desencadenante

Cepillado..... 22

Placa Bacteriana

Movimiento De Ortodoncia

2.2.10 Clasificaciones De Las Recesiones Gingivales Según Miller..... 23

2.2.11 Clasificación De Las Recesiones Según Cairo..... 24

2.2.12. Placa Dentobacteriana

2.2.13 Índice De O’Leary..... 25

2.3 Marco Conceptual

Maloclusión

Apiñamiento Dentario

Recesión Gingival

Índice de Higiene Oral..... 26

2.4 Hipótesis

2.5 Variables De Estudio..... 27

2.5 Operacionalización De Variables 28

Capítulo III

3.1 Tipo De Investigación

3.2 Diseño Investigación..... 30

3.3 Población Y Muestra

3.3.1 Población

3.3.2 Muestra

3.3.3 Método De Muestreo..... 31

3.3.4 Criterios De Selección



3.4 Técnica E Instrumento De Recolección De Datos	
3.4.1 Técnica.....	32
3.4.2 Instrumentos	
3.4.3. Procedimientos Administrativos	
3.4.4. Acciones.....	33
3.5. Procedimientos Para La Recolección De Datos.....	34
3.6. Recursos Humanos	
3.6.1. Físicos	
3.6.2. Financieros	
3.6.3. Equipos, Instrumental Y Materiales.....	35
3.6.4. Campo De Investigación	
3.6.5. Validez Y Confiabilidad.....	37
Capítulo IV	
Resultados.....	38
Capítulo V	
Discusión.....	55
Conclusiones.....	60
Sugerencias.....	61
Bibliografía.....	62
Anexos.....	72
Anexo N°1 Ficha De Recolección De Datos.....	73
Anexo N°2 Consentimiento Informado.....	74
Anexo N°3 Validación Del Instrumento De La Investigación Juicio De Experto.....	75



Anexo N°4 Matriz De Consistencia.....	83
Anexo N°5 Solicitud Presentada Al Director De La Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni De La Universidad Andina Del Cusco.....	86
Anexo N°6 Respuesta A La Solicitud Presentada al Director de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni De La Universidad Andina Del Cusco	87
Anexo N°7 Datos Recolectados.....	88
Anexo N°8 Procedimientos.....	93
Anexo N.º 9 Tabla 16. Distribución Numérica Y Porcentual Según Recesión Gingival En El Sector Anterosuperior Según Pieza Dentaria En Pacientes De La Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni De La Universidad Andina Del Cusco – 2019.....	96
Anexo N.º 10 Tabla 17. Distribución Numérica Y Porcentual Según Recesión Gingival En El Sector Anteroinferior En Pacientes De La Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni De La Universidad Andina Del Cusco – 2019.....	97



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN SEXO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 201938

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN EDAD EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 201939

TABLA 3 DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....40

TABLA 4.DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERO SUPERIOR E INFERIOR SEGÚN CAIRO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....41

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERIOR SEGÚN SEXO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....42

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERIOR SEGÚN EDAD EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....43



TABLA 7. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR SEGÚN CAIRO DE ACUERDO SEXO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 201944

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR SEGÚN CAIRO DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....45

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN ÍNDICE DE O’LEARY EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....46

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL ÍNDICE O’LEARY SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....47

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL ÍNDICE O’LEARY SEGÚN EDAD EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....48

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL APIÑAMIENTO DENTARIO SEGÚN RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTEROSUPERIOR DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....49

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL APIÑAMIENTO DENTARIO SEGÚN RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERO INFERIOR



DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....50

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL ÍNDICE O’LEARY SEGÚN APIÑAMIENTO DENTARIO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....51

TABLA 15. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL ÍNDICE O’LEARY SEGÚN RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 201953

TABLA 16. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTEROSUPERIOR SEGÚN PIEZA DENTARIA EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....94

TABLA 17. DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTEROINFERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019.....95



RESUMEN

Objetivo: Establecer el apiñamiento dentario y recesión gingival en el sector anterior en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco - 2019.

Materiales y métodos: Este estudio es de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, prospectivo y de enfoque cuantitativo. La muestra está conformada por la selección de 200 pacientes mayores de 18 años, 97 varones y 103 mujeres, de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco, se evaluó la longitud del ancho mesio distal y la longitud de la arcada clínica de los dientes anteriores de canino a canino para determinar el grado de apiñamiento y se evaluó la RG haciendo uso del periodontograma y la clasificación de Cairo para determinar el tipo de recesión gingival.

Resultados: Se halló la frecuencia de apiñamiento dentario leve 59% superior, 63% inferior. Y en cuanto a recesión gingival en superior RT1 79%, inferior RT1 59%. La frecuencia de apiñamiento dentario, recesión gingival se observa en ambos sexos. La frecuencia de higiene oral deficiente en 67% Según la prueba estadística Tau C de Kendall no hay una asociación significativa del apiñamiento dentario y la recesión gingival.

Conclusión: La frecuencia de apiñamiento dentario y recesión gingival es mayor al 50% en nuestra población. Al usar la clasificación de Cairo se pudo precisar con mayor facilidad el diagnóstico para recesiones gingivales, el índice de O'Leary evidencia que si hay una relación significativa en cuanto a la acumulación de placa bacteriana



Palabras clave: Apiñamiento Dentario, Recesión Gingival, Índice de Higiene Oral.



SUMMARY

Objective: To establish dental crowding and gingival recession in the anterior sector in patients of the Luis Vallejos Santoni Stomatological Clinic of the Andean University of Cusco - 2019.

Materials and methods: This study is descriptive, correlational, cross-sectional, prospective and with a quantitative approach. The sample is made up of the selection of 200 patients older than 18 years, 97 men and 103 women, from the Luis Vallejos Santoni Stomatological Clinic of the Andean University of Cusco, the length of the distal mesial width and the length of the clinical arch were evaluated of the anterior teeth from canine to canine to determine the degree of crowding and GR was evaluated using the periodontogram and the Cairo classification to determine the type of gingival recession.

Results: The frequency of mild dental crowding was found to be 59% higher, 63% lower. And as for gingival recession in upper RT1 79%, lower RT1 59%. The frequency of dental crowding, gingival recession is observed in both sexes. The frequency of poor oral hygiene is 67%. According to Kendall's Tau C statistical test, there is no significant association between tooth crowding and gingival recession.

Conclusion: The frequency of dental crowding and gingival recession is greater than 50% in our population. By using the Cairo classification, the diagnosis for gingival recessions could be more easily specified, the O'Leary index shows that there is a significant relationship in terms of the accumulation of bacterial plaque

Key words: Tooth crowding, Gingival recession, Oral Hygiene Index



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones son de origen multifactorial que necesitan ser estudiadas para identificar la relación o impacto que causan a los tejidos periodontales.

El apiñamiento dentario viene afectando a la humanidad, Weigerberd señala una apariencia fea en consecuencia del apiñamiento dentario.

Está presente desde el inicio por la falta o pérdida de espacio donde tamaño del diente es mayor que el espacio requerido, su etiología es evidenciada por el conjunto de circunstancias en el desarrollo del diente donde se representa los factores asociados.

La recesión gingival está dentro de las deformidades y condiciones mucogingivales que van afectando a la humanidad y está relacionada a la hipersensibilidad dentinaria, lesiones cariosas, estética y tiene mayor frecuencia en personas mayores que aumentan con la edad y la presencia de placa bacteriana.

La mayoría de sistemas de clasificación no transmiten una información relevante como la presencia de recesión gingival en palatino y lingual, es importante para un adecuado diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

Son dos premisas preocupantes para los pacientes por que presentan un factor de riesgo que compromete la estética dental.

Razón por la cual el presente trabajo de investigación nos ayudara a establecer un mejor diagnóstico de las recesiones gingivales y el apiñamiento dentario realizadas en la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni, datos que estarán presentes estadísticamente para establecer la frecuencia que existe.



Es por eso que se da a conocer la tesis compuesta por cinco capítulos. En el Capítulo I, empezamos con la descripción del problema, justificamos el porqué de la investigación y que objetivo tenemos.

En el Capítulo II se describe los antecedentes relacionados con la investigación, el marco teórico donde se fundamenta cada una de las variables y la hipótesis.

En el Capítulo III se hace la operacionalización de la variable, el diseño metodológico, como también se describe que técnica se usará, cuál será el instrumento y como aboradas los procedimientos, recolección de datos, aspectos administrativos y recursos tanto económicos como materiales.

En el capítulo IV se evidencia los resultados de dicha investigación

En el capítulo V se hace la discusión, a que conclusiones se llegó y posteriormente las sugerencias.

Finalmente se incluye la bibliografía



EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La estética dental está enfocada en resolver la posición correcta de las piezas y el estado de salud periodontal, ambos en completa armonía. Pero no solo afecta la función bucal y la estética de los pacientes, sino que también tiene mucha relevancia en el aspecto psicosocial, y de esta manera acercar al paciente a un aspecto negativo de insatisfacción.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, según datos de la Organización Panamericana de la Salud refieren una situación preocupante de incidencia y prevalencia que supera el 85% de la población (1).

A menudo se pasa por alto posible factor predisponente para las recesiones gingivales que es el apiñamiento dentario, porque existe un ambiente pobre de higiene bucal que causa daño al tejido periodontal debido a la acumulación de placa.

Algunos autores refieren que los factores predisponentes como escasa encía adherida, malposición dentaria, apiñamiento dentario causan tracción del margen gingival. Otros autores afirmaron que condiciones como la posición dental en el arco, presión de la masticación cepillado desgasta la encía sin soporte y afectan a la frecuencia de las recesiones en boca (2).

Gorman evaluó 164 pacientes encontró que las frecuencias de recesiones gingivales acrecientan con la edad y se presenta más en los hombres, sin



embargo, los dientes con malposición y trauma por el cepillado son factores de riesgo asociados a recesiones gingivales (3).

La idea del presente trabajo de investigación surge en vista que los pacientes que acuden a la Clínica Estomatológica Luis Vallejo Santoni de la Universidad Andina del Cusco son de bajos recursos que ameritan tener atención odontológica y la mayoría presentan una deficiente higiene bucal, apiñamiento dentario y recesiones gingivales. Que debe ser establecido correctamente y lograr un mayor conocimiento sobre el diagnóstico de recesiones gingivales y apiñamiento dentario



1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA GENERAL

¿Cómo será el apiñamiento dentario y recesión gingival en el sector anterior en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019?

1.2.1 FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuál será el grado de apiñamiento dentario en el sector anterior más frecuente en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad?

¿Cuál será el tipo de recesión gingival en el sector anterior más frecuente en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad?

¿Cuál será el índice de higiene oral más frecuente en los pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

- Establecer el apiñamiento dentario y recesión gingival en el sector anterior en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar el grado de apiñamiento dentario en el sector anterior más frecuente en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos



Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad.

- Determinar el tipo de recesión gingival en el sector anterior más frecuente en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad.
- Determinar el índice de higiene oral más frecuente en los pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad.



1.4 JUSTIFICACIÓN

1.4.1 Conveniencia

La investigación tiene antecedentes nacionales e internacionales que muestran la importancia de la evaluación de los tejidos periodontales en los diferentes tipos de apiñamiento dentario y recesiones gingivales por lo que consideramos necesario realizar esta investigación en nuestra localidad para evaluar el apiñamiento dentario y recesiones gingivales en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco.

1.4.2 Relevancia Social

El beneficio de la investigación es mejorar el diagnóstico de las recesiones gingivales, al ofrecer información actualizada acerca del nuevo protocolo de diagnóstico según Cairo, es importante evaluar el apiñamiento dentario por que puede generar un ambiente pobre en higiene bucal y evaluar la recesión gingival porque genera hipersensibilidad dentinaria, lesiones cariosas evidenciada en la zona antero superior e inferior.



1.4.3 Valor Teórico

Se justifica porque existen estudios que hablan sobre la clasificación de Miller, pero con respecto a Cairo no, porque la literatura es reciente y fue aprobada en el 2018. Es de utilidad porque el estudio pretende que los resultados permitirán plantear y efectuar la nueva clasificación de Cairo más precisos para el diagnóstico de recesiones gingivales y evaluar el ancho mesio distal de cada pieza y compararlo con el ancho de la arcada clínica aplicado para el apiñamiento dentario.

1.4.4 Utilidad Metodológica

La investigación está motivada por la importancia que genera la actualización de nuevos conocimientos y el aporte a nuestra comunidad mediante el objetivo planteado establecer el apiñamiento dentario y recesión gingival en el sector anterior en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019.



1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Limitaciones Bibliográficas**

La presente investigación no cuenta con estudios previos por que la nueva clasificación de recesión gingival según Cairo fue aprobada en el conceso del año 2018 donde incluye información adicional sobre la gravedad de recesiones y la dimensión de la encía para el alcance de un buen análisis.

1.6 ASPECTOS ÉTICOS

- Se respetará los principios redactados en la declaración de Helsinki para todas las personas implicadas en el trabajo de investigación.
- Los pacientes que participaron no presentan daño en su integridad física, son informados de todos los procesos que se realizaran y que su participación es totalmente voluntaria en el transcurso de la investigación.



CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- Sisalima, J. (Ecuador - 2018), en su investigación “Prevalencia De Recesiones Gingivales Mediante La Clasificación De Cairo Y Miller En Estudiantes De Pregrado De La Facultad De Odontología De La Universidad De Cuenca En El Año 2018”. Permite determinar la prevalencia de la recesión gingival mediante la clasificación de Cairo y Miller en estudiantes de pregrado de la facultad de odontología de la universidad de cuenca. Y se obtiene que la prevalencia de recesión gingival fue de 47.21% con el diagnóstico de Miller y 50.16% con el diagnóstico de Cairo y la relación de recesiones con el grupo etario de 25 a 34 años ($p=0.004$ Miller y $p=0.02$ Cairo) ($OR=2.86$ Miller y $OR=3.41$ Cairo), género masculino ($p=0.028$ Miller y $p=0.11$ Cairo) ($OR=1.67$ Miller y $OR=1.45$ Cairo) y fenotipo periodontal ($p=0.05$ Miller y $p=0.04$ Cairo) ($OR=2.28$ Miller y $OR=2.42$ Cairo) (4).
- Tanqueño, M. (Ecuador – 2018), en su investigación “ Prevalencia De Recesiones Gingivales En Dientes Anteriores Según La Clasificación De Miller (1985) En Pacientes Mayores De 25 Años Que Acuden A La Clínica Integral De La Facultad De Odontología De La Universidad Central Del Ecuador, Periodo 2018” donde como objetivo principal fue determinar la prevalencia de las recesiones gingivales en dientes anteriores según la clasificación de Miller (1985) en pacientes mayores de 25 años que acuden a la Clínica Integral de



Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, se encontró los siguientes resultados donde se analizó 12 piezas dentales de 88 pacientes teniendo un total de 1056 piezas dentales, donde se encontró que la recesión según la clasificación de Miller clase I tiene mayor repercusión según la edad con un 74.3%, y la recesión según la clasificación de Miller clase II se presentó con 13.60%, la clase III se presentó con 12.10% pero se presentó en mayor número en pacientes con edades mayores a 50 años, la clase IV no se presentó en la investigación(5).

- Cuesta, J. (Ecuador – 2017), en su investigación “Prevalencia de recesión gingival y su asociación con el biotipo periodontal en adolescentes de la unidad educativa “Cardenal Carlos María de la Torre” del Quinche año 2017“se encontró los siguientes resultados en 328 estudiantes donde la recesión gingival según la clasificación de Miller tipo I con 39%, y se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino. También se estudió el tipo de biotipo que presenta cada estudiante donde la incidencia fue mayor en el biotipo fino que es el que tiene mayor vinculación con la presencia de recesiones gingivales con un 69% (6)
- Quezada K. (Ecuador – 2016) en su investigación “Prevalencia de recesiones gingivales en pacientes periodontalmente afectados clínica de periodoncia UCSG A- 2016” tiene como objetivo analizar la prevalencia de recesiones gingivales presentes en pacientes periodontalmente afectados, estudio a 70 pacientes que acudieron a la clínica de Periodoncia de la UCSG, donde el tipo de periodontitis más prevalente según su localización fue periodontitis crónica generalizada con 53%, y periodontitis generalizada severa con 67% el cual tuvo mayor rango y en periodontitis crónica localizada los tres parámetros mostraron un porcentaje de 33%. Pero en recesión gingival se evidencia la clase I de Miller



con 43% la mayor parte de la muestra fue de sexo masculino y donde hubo mayor desarrollo en cuanto a la edad fue de 55 a 65 años. Las piezas más afectadas en la arcada superior por recesión gingival clase I de Miller fue en las piezas 16 y 26 y en la arcada inferior fue en la pieza 31 (7).

- Balseca, M. (Ecuador – 2011) en su investigación “Estudio de la prevalencia de apiñamiento dentario anterior en la dentición permanente de adolescentes comprendido entre 15 – 18 años de edad en el colegio nacional Ligdano Chávez de la ciudad de Quito en el año 2011” tiene como objetivo evaluar el apiñamiento dentario anterior de la dentición permanente de los adolescentes entre los 15 y 18 años porque existe una diferencia de la longitud Inter canino en superior e inferior y los diámetros mesiodistales de los dientes anteriores en superior e inferior. La frecuencia de apiñamiento dentario superior fue de 64.5% y en inferior de 80.5%. El resultado en apiñamiento superior en cuanto a la edad de 15 años fue de 60%, a los 16 años fue de 64%, a los 17 años fue de 66% y a los 18 años fue de 67%. Los resultados del apiñamiento inferior en cuanto a la edad de 15 años fueron de 79%, a los 16 años fue de 80%, a los 17 años fue de 79% y a los 18 años fue de 84%. El resultado en cuanto al género en maxilar superior para mujeres fue de 69% y 60% para varones. Y en el maxilar inferior para mujeres fue de 81% y para varones 79%. El apiñamiento es evidenciado por los diferentes tamaños de los dientes el espacio interdental necesario que se necesita para que estén alineados. Se evidencia que el apiñamiento es un problema bucodental (8).



2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

- Gómez, F. (Chachapoyas – 2017) en su investigación “Prevalencia de apiñamiento dentario en estudiantes, Institución Educativa Emblemática secundaria “Blas Valera Pérez” Lamud, Amazonas- 2017. Como objetivo tiene estimar la prevalencia del apiñamiento dentario constituida por 46 estudiantes, utilizo una ficha de recolección de datos para su análisis teniendo un 95% de nivel de confianza y un 5% con margen de error. La prevalencia de apiñamiento en el maxilar superior fue de 393.16 x 1000 de los estudiantes, 188.03 x 1000 fue leve, 170.94 x 1000 moderado y 34.16 x 1000 severo. En el maxilar superior se evidencia un 393.16 x 1000 en estudiantes donde 222.22 x 1000 fue leve 153.85 x 1000 fue moderado 17.09 x 1000 fue severo. Y la prevalencia de ambos maxilares fue de 35.61 x 1000 es leve 68.67 x 1000 moderado y 12.72 x 1000 severo (9).
- Naranjo M., (Lima – 2016) en su estudio “Prevalencia de recesión gingival en dientes antero inferiores según el biotipo periodontal en pacientes con apiñamiento dental en la Universidad de las Américas” se evidencia que el biotipo delgado tiene mayor probabilidad de sufrir recesión gingival que el biotipo grueso, dependiendo de la calidad de encía queratinizada hallada, La prevalencia de RG en la muestra de este estudio fue de 41, 25% (p-33), muy similar a los resultados de kassab y cohen quienes encontraron que el 50% de la población estudiada presento RG de 1 mm o más, Las mujeres tienden a desarrollar un biotipo delgado, mientras que los hombres un biotipo grueso, sin embargo esto no puede ser generalizado(10).



2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 APIÑAMIENTO DENTARIO, RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR

Existen varios factores predisponentes anatómicos y asociados a la recesión gingival. En lo anatómico se incluye factores como malposición dentaria, apiñamiento, posición de los dientes en el arco, la curvatura mesiodistal de la superficie de los dientes, porque dientes rotados inclinados o desplazados a vestibular es evidente que la tabla ósea sea más delgada o que su altura disminuya producirá recesiones gingivales (2).

Una incorrecta técnica de cepillado, deficiencia higiene en el sector anterior superior e inferior afectaran al periodonto produciendo cambios en las fibras periodontales y tejidos gingivales por una alta acumulación de placa bacteriana que puede conllevar a alteraciones como recesión gingival (11).

2.2.2 MALOCLUSIONES DENTARIAS

Maloclusión es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos musculares del sistema estomatognático (12).

Las maloclusiones dentarias son una variación en la oclusión, que es un aspecto que hoy en día no es tolerable para el paciente que afecta en factores de su estética dentofacial, además de las funciones masticatoria, deglución, respiración, que viene a ser considerado como un problema de salud por una alta incidencia (13).



El factor asociado a la recesión gingival es la malposición dentaria por su posición del margen gingival por que determinara su prominencia en bucal o lingual de la pieza dentaria (14).

Los factores predisponentes para el deterioro de la salud bucal son malposición dental y la higiene dental deficiente el acumulo de biopelícula nos creara un ambiente para un desarrollo próximo de caries y ocasionar la irritación química en el borde libre de la encía (15).

2.2.3. APIÑAMIENTO DENTARIO

Apiñamiento dentario definido como la malposición a falta de pérdida de espacio. Es una discrepancia entre los dientes y el tamaño de los maxilares porque se observa un diente encima de otro, por lo que existe una diferencia de tamaños y el espacio que hace para que estén alineados (15).

El apiñamiento dentario es la discrepancia que se evidencia en la suma de mesial a distal de los dientes y la longitud clínica de la arcada, donde la primera supera a la segunda (16).

El apiñamiento dentario es un dilema que se presenta desde el inicio de la dentición decidua hasta la dentición permanente en donde el espacio disponible o espacio requerido en las bases óseas, poseen un menor tamaño que el de los dientes (16).

El apiñamiento incisivo aumenta a lo largo de la vida y es más frecuente, su ancho mesiodistal de los dientes permanentes son más anchos que los dientes temporales (17).

El apiñamiento dental es la malposición por falta o la pérdida de espacio por diferentes análisis se presenta en dos formas:

- Todos los dientes hacen erupción, pero se anteponen en vez de entrar en contacto con los puntos proximales.
- Se observa que varios dientes están imposibilitados para hacer erupción por la falta de espacio o lo hacen ectópicamente lejos del alineamiento de la arcada (16).

Sanin y Savara en 1973 definieron el apiñamiento dentario como la discrepancia entre la sumatoria de los diámetros mesiodistales de los incisivos permanentes con su respectivo espacio disponible en el proceso alveolar (18).

2.2.4. ETIOLOGÍA

Apiñamiento es el resultado de la discrepancia del tamaño de los dientes y el espacio disponible de los dientes para obtener un alineamiento normal. Se desconoce la naturaleza precisa porque es la interacción de un conjunto de circunstancias durante el desarrollo de la persona, pero los factores genéticos y ambientales son posibles etiologías del apiñamiento dentario (19).

- **FACTORES HEREDITARIOS O GENÉTICOS**

Es evidenciada en la morfología craneofacial y dental que es una influencia genética poligénica es decir el gen del esbozo que se asemeja a las expresiones de la característica genética. La maloclusión clase II existe como patrón hereditario del déficit del desarrollo mandibular y la clase III donde es evidente el excesivo desarrollo mandibular pero



también puede influir en tamaño y forma de los dientes número cronología y erupción. El control genético será evidenciado en el control de histogénesis del esmalte y dentina y la especificación de tipo tamaño y posición dental (20).

- **FACTORES AMBIENTALES**

Los factores externos afectan al equilibrio de las estructuras dentales y esqueléticas. Por qué los factores ambientales dependerán de su duración y no de su intensidad; quiere decir que el tipo de fuerza empleada que no sea constante, no tendrá implicación alguna sobre los dientes. Causas ambientales que constituyen la larga duración alteran la función como los hábitos de presión que interfieren el crecimiento y la función como: succión digital, interposición lingual, succión labial, respiración bucal. El factor ambiental sistémico afectado por tetraciclinas, flúor y en el factor ambiental local los procesos inflamatorios, traumatismos alteraciones nerviosas, circulatorias.

La pérdida prematura de dientes o caries dental, traumatismos patologías tumorales o quísticas también influyen en el factor ambiental como en la longitud del maxilar o mandibular, relación molar y canina (20)

2.2.5. FACTORES CAUSALES

- **FACTORES GENERALES:** Es la relación basal con la relación dentoalveolar, y asociados también los factores musculares masticatorios, músculos de la expresión, músculos de la lengua y factores dentales (21).



- **FACTORES LOCALES:** Se evidenciará las anomalías de las piezas dentarias en cuanto a número, forma, pérdidas ya sea por caries dental, hábitos anómalos, etc. (21).

2.2.6. EL APIÑAMIENTO Y SU CLASIFICACIÓN

Van der Linden distingue el apiñamiento:

- Apiñamiento primario de causa genética: desarmonía que se dará por dientes grandes o maxilares muy pequeños (existe una discrepancia hereditaria de la medida de los dientes y el espacio disponible).
- Apiñamiento secundario o sintomático cuando se debe a factores ambientales: producido por pérdida prematura de dientes temporales, donde habrá una mesialización de los dientes, evidenciado por factores ambientales.
- Apiñamiento terciario por la erupción de las muelas de juicio: se da en la última fase del desarrollo maxilar, se presenta después de la adolescencia consecuencia de los fenómenos dentoalveolares y de cambios del crecimiento (por la erupción de los terceros molares) (16) (17).

Janson y colaboradores, realizaron un estudio enfocado en verificar la relación entre la longitud mandibular y el apiñamiento dental, encontrando que la disminución de la longitud de la mandíbula constituye un factor importante asociado al apiñamiento dental (22).

Moyers establece una distinción entre apiñamiento simple y complejo. El primero es por alteraciones funcionales; constituye solo una desarmonía



en el tamaño de dientes y espacio disponible. El segundo es el causado por un desequilibrio esquelético, funcionamiento anormal de labios y lengua, así como una discrepancia ósea dentaria.

- Leve expresado por desplazamiento o la rotación de un diente (de 0 a 4 mm) corrección que se puede lograr a lo largo del crecimiento.
- Moderado se observa una evidente irregularidad donde falta espacio de (4 a 7 mm)
- Severo se evidencia falta de espacio es (más de 7 mm) es cuando un diente se encuentra ya fuera de la arcada.

Otros consideran apiñamiento elevado cuando es mayor de 9 mm (23).

En relación a la longitud mandibular, estudios cefalométricos han probado que ante una mandíbula cuyo crecimiento fue deficiente y que muestra un cuerpo reducido en longitud, hay mayor retro inclinación y verticalización de los incisivos, lo que conlleva a un aumento en el apiñamiento anteroinferior (24).

El apiñamiento anteroinferior tiene una etiología multifactorial donde interviene hábitos orales, alteraciones funcionales, succión digital, onicofagia (12).

Onicofagia: es un hábito oral resultado del nerviosismo inquietud que presentan los niños según Bosnjak en su estudio encontró un 28% y Montiel un 34% (12) (25) (26).

Succión digital: aparece como resultado de conductas regresivas frente a trastornos emocionales, es como un deseo de llamar la atención la



repercusión del hábito lleva la lengua una posición baja sobre el paladar, el musculo buccinador tiende a comprimirse por la fuerza que ejerce el dedo sobre el paladar (27).

Respirador bucal: la posición baja de la lengua produce cambios en su apertura bucal evidenciando la hipotonicidad labial, crecimiento transversal de la maxilar elevación de la bóveda palatina (paladar ojival) (12).

2.2.7. RECESIÓN GINGIVAL

Está caracterizada por el desplazamiento del margen gingival que va hacia apical desde la unión cemento-adamantina. Puede ser evidenciada en una superficie o en varias que podría llevar a sensibilidad y caries radicular. Al estar los dientes apiñados la relación de contacto es más apicalmente (28).

La recesión gingival es definida como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento esmalte con la exhibición de la superficie radicular a la cavidad oral (29).

La recesión gingival, será de instalación lenta, progresiva y destructiva en la cual la encía adherida de uno o varios dientes, involucra a la unión mucogingival y a la mucosa alveolar adyacente, la hipersensibilidad en la superficie radicular expuesta dificulta la remoción mecánica de la placa bacteriana, favorece la formación de cálculo y caries en la zona afectada (30).

2.2.8 EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de las recesiones varía en niños y adultos y va ser aumentado después de cumplir los 50 años vinculado con el envejecimiento. La recesión gingival es un padecimiento patogénico a nivel de la encía. Las recesiones asociadas a factores mecánicos (31).

2.2.9. ETIOLOGÍA

Con respecto a las causas que lo producen tenemos los factores predisponentes donde se evidencia la edad, cepillado, biotipo gingival, poca encía queratinizada, inserción alta de frenillos y como factores desencadenantes tenemos a la placa dental, cepillado traumático (32).

a) Factores Predisponentes

- **Edad**

Albandar y Kingman indican que la prevalencia de recesiones se da en individuos de 30 a 90 años. Existe una prevalencia de recesiones gingivales después de la quinta década vinculado con el envejecimiento. Sin embargo, aún no se presentan pruebas convincentes sobre un cambio fisiológico de la inserción gingival (32) (33).

- **Banda de encía adherida**

La formación de recesión gingival se dará si existe un proceso inflamatorio en la encía fina que va a implicar la totalidad del volumen del tejido gingival y si conlleva a la formación de recesión gingival (34).



- **Factores anatómicos**

Los factores anatómicos que se relacionan con las recesiones gingivales son fenestración y dehiscencias de hueso alveolar, posición anormal del diente en el arco dental, forma o erupción (35).

- **Posición Anatómica**

La malposición dentaria es un factor de riesgo frecuentemente asociado a la recesión gingival por que la ubicación del margen gingival esta alterada y la textura de la encía varía, hay tendencia a una lámina delgada del alveolo y menos cantidad de encía insertada, asimismo la remoción de placa bacteriana predispone a recesión gingival (36).

b) Factor Desencadenante

- **Cepillado**

Pacientes con buena higiene dental, asociados a mal posiciones dentarias y cepillo con cerdas duras pueden ocasionar recesiones gingivales, que incluso se evidencia en pacientes con buena higiene dental (37).

En un estudio epidemiológico evidencia la relación de recesión gingival y la frecuencia del cepillado. La recesión también se da en pacientes que tienen buena higiene oral (35).

- **Placa Bacteriana**

Cuando la inflamación está presente produce la proliferación en el epitelio de surco y la adherencia epitelial, que se anastomosan y aíslan vascularmente al conectivo gingival inflamado (38)

- **Movimiento de ortodoncia**

La recesión gingival surge después del tratamiento de ortodoncia se debe seguir una conducta interesada.

Es frecuente que después de un tratamiento de ortodoncia se evidencie la recesión gingival culminado el tratamiento o meses después (14).

- No existe ninguna evidencia de que el trauma oclusal, ya sea primario o secundario, pueda producir este tipo de lesión (2)

2.2.10. CLASIFICACIONES DE LAS RECESIONES GINGIVALES SEGÚN MILLER

Miller propone, en 1985, una clasificación en la que tiene en cuenta el tipo de recesión y la predictibilidad de cobertura de la misma.

- **CLASE I:** Recesión del tejido marginal que no sobre pase la línea mucogingival. No hay pérdida de hueso o tejido blando interdentario.
- **CLASE II:** Recesión del tejido marginal que sobre pasa la línea mucogingival o va más allá. No hay pérdida de hueso o tejido blando interdentario.



- **CLASE III:** Recesión del tejido marginal que sobre pasa la línea mucogingival o va más allá. La pérdida de hueso o tejido blando interdentario es apical al a la línea amelo-cementaría.
- **CLASE IV:** Recesión de tejido marginal que sobre pasa la línea mucogingival. La pérdida de hueso interdentario se extiende a un nivel apical a la extensión de la recesión del tejido marginal. También influye incluye una malposición dental severa (39).

2.2.11. CLASIFICACIÓN DE LAS RECESIONES SEGÚN CAIRO

Tipo 1 (RT1)

- Se observa la recesión gingival por bucal mas no en interproximal
- Recesión gingival sin pérdida de inserción interproximal
- La UCE por interproximal no es visible tanto en mesial como en distal de la pieza dentaria.

Tipo 2 (RT2)

- Recesión gingival está vinculada a la perdida de inserción interproximal y bucal.
- La cantidad de inserción interproximal perdida se puede medir desde la UCE a la profundidad del surco interproximal.
- La pérdida interproximal es menor o igual que la perdida de inserción bucal.

Tipo 3 (RT3)

- Recesión gingival está vinculada a la perdida de inserción interproximal que es mayor que la recesión gingival por bucal.

- La cantidad perdida de inserción bucal se puede medir desde la UCE a la profundidad del surco (40)

2.2.12. PLACA DENTOBACTERIANA

Es una entidad estructural originada al crecimiento de microorganismos en la superficie del diente es una película incolora y pegajosa que se forma en pocas horas varia de un individuo a otro. Si la placa dental se calcifica puede dar lugar a aparición de cálculos o sarro tártaro (41).

2.2.13. ÍNDICE DE O'LEARY (IP) 1972

Describe dos tipos de índices:

- Recoge la presencia de placa
- Valora su ausencia.

Se utiliza reveladores de placa observando de los cuatro segmentos donde se representa la superficie mesial, distal, vestibular, lingual o palatina de cada diente y respectivamente se señala en la ficha la presencia de placa y los dientes ausentes deben de ser anulados. (42).

$$IP = \frac{\text{N}^\circ \text{ DE SUPERFICIES}}{\text{N}^\circ \text{ DE DIENTES X 4}} \times 100$$

La localización de placa bacteriana es considerable en la práctica estomatológica, establece una herramienta que medirá la placa bacteriana acumulada en los dientes lo cual resulta efectivo para la higiene bucal (43).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

MALOCCLUSION

Maloclusiones son variaciones bucodentales de etiología variada de acuerdo a la OMS ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, que como resultado se tiene la anormalidad morfológica y la funcionalidad de los componentes óseos, musculares, dentarios y tiene gran influencia en aspecto psicosocial (1).

APIÑAMIENTO DENTAL

Es la malposición a falta de espacio por diversas causas, o puede ser la discrepancia entre el tamaño de los maxilares y de los dientes montados unos encima de otro porque puede existir diferencia entre el tamaño y el espacio faltante para cada pieza dentaria (15).

El apiñamiento dentario es la alteración producida por la posición de los dientes se complica por desequilibrios esqueléticos o neuromusculares (44).

RECESION GINGIVAL

Es el desplazamiento del margen gingival desde la unión cemento esmalte y puede observarse en una solo pieza o en varias piezas dentarias, la exposición radicular no es estética y puede conllevar a sensibilidad o caries radicular (11).

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

Los índices de higiene oral o de medición de placa dental se han desarrollado desde la década de 1960 con el fin de evaluar la higiene oral

de las personas, evaluar la efectividad de programas de promoción de la salud oral y la eficacia de métodos terapéuticos entre otros (45).

2.4 HIPÓTESIS

H₁ Existe relación entre el apiñamiento dentario y la recesión gingival en el sector anterior en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad del Cusco 2019

H₀ No Existe relación entre el apiñamiento dentario y la recesión gingival en el sector anterior en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad del Cusco 2019

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO

Variables Principales:

- Variable de Estudio 1: Apiñamiento Dentario
- Variable de Estudio 2: Recesión Gingival

Co - Variables:

- Edad
- género
- Higiene Dental



2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR	NATURALEZA	ESCALA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Variable de estudio 1	APIÑAMIENTO DENTARIO	Discrepancia negativa entre el tamaño de bases óseas y la masa dentaria resultando un espacio insuficiente en los arcos para la correcta ubicación de las piezas dentarias	Suma de los diámetros mesio distales de los dientes y la longitud clínica de la arcada disponible, donde la primera supera a la segunda	Tipo de apiñamiento dentario	Sin Apiñamiento	0	Cuantitativo	Ordinal	Técnica: observación directa
					Leve (menos de 4 Mm)	1			
					Moderado (4 A 7 Mm)	2			
					Severo (De 7 Mm a más)	3			
Variable de estudio 2	RECESIÓN GINGIVAL	La recesión gingival consiste en la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía	Migración del margen gingival en dirección apical exponiendo la superficie radicular.	Clasificación Recesión según Cairo	RT1 (Recesión gingival por bucal mas no en interproximal)	1	Cuantitativo	Ordinal	Instrumento: Ficha de recolección de datos
					RT2 (Recesión gingival en bucal e interproximal. Donde interproximal es menor o igual que la bucal)	2			
					RT3 (Recesión gingival perdida de inserción en interproximal la perdida es mayor que la bucal, perdida se puede medir desde la UCE de bucal hasta la profundidad de surco)	3			



Co Variables	GÉNERO	Variable biológica y genérica que divide a los seres humanos en mujer y hombre.	Dato que se obtiene en el momento de la entrevista.	Género del paciente	Femenino	1	Cualitativo	Nominal	Técnica: observación directa Instrumento: Ficha de recolección de datos
					Masculino	2			
	EDAD	Duración de vida de un individuo desde su nacimiento hasta la fecha que señala.	Dato que se obtiene en el momento de la entrevista.	Edad en años cumplidos	18 a 29	1	Cuantitativo	Ordinal	
					30 a 40	2			
					41 a mas	3			
	HIGIENE ORAL	Conservación de la boca saludable y limpia.	Presencia de placa bacteriana	Según el índice de O`Leary.	Aceptable (0 a 30%)	0	Cuantitativo	Ordinal	
					Cuestionable (31 a 50 %)	1			
					Deficiente (51 a 100%)	2			

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

DESCRIPTIVO CORRELACIONAL. - Los datos son registrados y descritos de acuerdo a la relación que tienen el apiñamiento dentario y la recesión gingival donde se observa la frecuencia y cuáles son los factores que están asociados en todas sus dimensiones en el objeto de estudio de acuerdo a edad, sexo e higiene oral.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

CUANTITATIVO. -Porque el objetivo es recopilar y analizar los resultados con tablas estadísticas y la observación clínica que hay entre el apiñamiento dentario y recesión gingival.

PROSPECTIVO. - Porque los datos se obtienen en la medida que va ocurriendo el fenómeno o los hechos para observar.

TRANSVERSAL. – Describe a las variables y analiza su comportamiento en un solo momento

SEGÚN EL GRADO DE CONTROL DE LAS VARIABLES

No experimental u Observacional. - Las variables de estudio no fueron manipuladas. Permite al investigador adquirir la información por medio de la observación directa.



SEGÚN EL LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

De campo. - El trabajo de investigación se realizó en un ambiente natural; en la Clínica Estomatológica Luis Vallejo Santoni de la Universidad Andina Del Cusco.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

La población está formada por los pacientes asistentes, de ambos sexos, mayores de 18 años a la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco ubicada en la prolongación de la Av. De la Cultura en la localidad de Qollana, en el distrito de San Jerónimo en la ciudad del Cusco.

Unidad de Análisis o de muestreo: Pacientes

3.3.2. MUESTRA

La muestra está conformada por la selección de 200 asistentes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco en el periodo del 2019-II

Se eligió pacientes que cumplan con los criterios de selección del trabajo de investigación.

3.3.3 MÉTODO DE MUESTREO

- El método de muestreo es no probabilístico por conveniencia de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión



3.3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Paciente que deseen participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes completamente dentados en el sector antero superior e inferior.
- Pacientes que presenten apiñamiento dentario o recesión gingival en el maxilar superior o inferior.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que usan prótesis totales.
- Pacientes que usan prótesis parciales en el sector anterior.
- Pacientes que consumen medicamentos como anticonvulsivos (fenitoína), los inmunosupresores (ciclosporina A).
- Pacientes que padecen enfermedades sistémicas u otras condiciones que modifiquen el periodonto.
- Pacientes con tratamiento ortodóntico
- Pacientes que no acepten el consentimiento informado

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. LA TÉCNICA

La técnica utilizada en la investigación fue de tipo observacional clínica intraoral en las piezas dentarias de canino a canino antero superior e



inferior para obtener la información sobre el estado de salud bucal, identificando el tipo de apiñamiento y tipo de recesión gingival.

3.4.2. INSTRUMENTOS

- Para la investigación el instrumento fue la ficha de recolección de datos validado por el juicio de 03 expertos (Anexo N° 1)
- Consentimiento informado. (Anexo N° 2)

Instrumentos para la observación clínica intraoral:

- Espejos
- Zonda periodontal
- Regla milimétrica
- Alambre de cobre
- Vernier digital

3.4.3. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Se presentó una solicitud de permiso al director Mtro. Alhi Jordan Herrera Osorio encargado de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco, para la realización del trabajo de investigación, en la solicitud se detalló los pasos a seguir para la recolección de datos y el propósito de la investigación para así lograr la autorización (Anexo 6)

3.4.4. ACCIONES

Se comunicó y coordinó con los jefes de cada área de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni asimismo se recolectaron los datos de los pacientes que se encuentren en la Clínica.



3.5. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Los exámenes clínicos se realizaron a todos los pacientes que cumplieron los criterios de selección.

La técnica que se uso fue la observacional y examen con pruebas clínicas,

Paso1: Se pide al paciente que abra la boca

Paso 2: Tomamos el vernier calibrado y medimos el ancho de cada pieza dental de mesial a distal de caninos e incisivos superior e inferior y cada valor obtenido se pasan a la ficha

Paso 3: Tomamos un pedazo de alambre para hacer la medida del ancho intercanino de la arcada y medimos con el vernier la longitud.

Paso 4: Seguidamente se evaluó la profundidad de sondaje, margen gingival de canino e incisivos superiores e inferiores con la sonda periodontal Ozun y los datos obtenidos se pasaron a la ficha.

Paso 5: Y por último con la pastilla reveladora de placa se le pide al paciente que mantenga en boca por 1 minuto y de esta manera observar las superficies pintadas y anotamos en la ficha de recolección de datos

Paso 6: Se brinda al paciente un cepillo de regalo y se le enseña como cepillar posterior a la evaluación que se le realizo y se le explica el diagnostico que se observó y como debe de cuidar su salud bucal.

Por ende, el examen clínico es llevado a cabo en un ambiente con buena iluminación y la disponibilidad de un sillón odontológico. Cabe indicar que estas evaluaciones fueron realizadas con todas las medidas de bioseguridad que ameritaron.



Luego los datos que se obtuvieron fueron registrados en las fichas que se diseñaron para este estudio, llevamos la sabana de datos para procesarlo en el programa Excel y posteriormente en el programa SPSS.

3.6. RECURSOS HUMANOS

- Investigador:
 - Tesista Bach. Melina Fabiola Mamani Bustamante
- Docente Asesor:
 - Mtro. CD. Alhi Jordan Herrera Osorio
 - Docente de la Escuela Profesional de Estomatología
- Pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco

3.6.1. FÍSICOS

- Universidad Andina del Cusco
- Clínica Estomatológica Luis vallejos Santoni
- Laptop con internet

3.6.2 FINANCIEROS

Propios del tesista.

3.6.3. EQUIPOS, INSTRUMENTAL Y MATERIALES

Material de Examen:

- Mandil blanco
- Barbijo
- Gorro



- Cajas de Guantes
- Paquetes Campos de trabajo
- Gasas o algodones estériles
- Unidad Dental
- Vernier digital
- Abrebocas
- Espejos dentales
- Sonda periodontal ozun
- 03 frasco de patillas reveladoras
- Alambre de cobre
- Regla milimetrada
- Alcohol
- Glutaraldehído o Gluconato de Clorhexidina
- Cepillos

Material de Escritorio:

- Fichas de recolección de datos
- Ficha de consentimiento informado
- Folder
- lapiceros
- Corrector

Material de Cómputo e Impresión

- PC portátil DELL inspiron 14R Intel I5
- Microsoft Excel



- Impresora Epson L210
- Cámara

3.6.4. CAMPO DE INVESTIGACIÓN

Área general	:	Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni
Área específica	:	Estomatología
Especialidad	:	Ortodoncia, Periodoncia
Tópico	:	Apiñamiento dentario y recesión gingival

3.6.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

EL instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos, el cual fue validado por juicio de tres expertos con la finalidad de validar la estructura según los objetivos planteados, se utilizó para determinar la validez una hoja de validación de 9 ítems con una escala de valoración de 1-5 donde:

- Representa una ausencia de elementos que absuelven, la interrogante planteada Representa una absolución escasa de la interrogante.
- Significa la absolución del ítem en términos intermedios
- Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada

CAPÍTULO IV**RESULTADOS****CUADRO N° 1**

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN SEXO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019

Género	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	97	48.5%
FEMENINO	103	51.5%
Total	200	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En el cuadro se observa la distribución numérica y porcentual del género donde, el mayor porcentaje fue para el sexo femenino con (51.5%) en relación al género masculino que fue del 48.5%.

CUADRO N° 2**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN EDAD EN PACIENTES
DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA
UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019**

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
18 - 29 AÑOS	101	50.5%
30 - 40 AÑOS	76	38.0%
41 AÑOS A MAS	23	11.5%
Total	200	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra la distribución numérica y porcentual según edad donde, el mayor porcentaje fue para el grupo de edad de 18 a 29 años 50.5%, seguida del grupo de edad de 30 a 40 años 38%, el menor porcentaje fue para el grupo de edad de 41 años 11.5%.

CUADRO N° 3**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019**

APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERIOR		Frecuencia	Porcentaje
APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERO SUPERIOR	SIN APIÑAMIENTO	64	32.0%
	LEVE	118	59.0%
	MODERADO	18	9.0%
	SEVERO	0	0.0%
	Total	200	100.0%
APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERO INFERIOR	SIN APIÑAMIENTO	0	0.0%
	LEVE	126	63.0%
	MODERADO	58	29.0%
	SEVERO	16	8.0%
	Total	200	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra la distribución numérica y porcentual del apiñamiento dentario donde, respecto al sector anterosuperior el mayor porcentaje fue para el apiñamiento leve (59%) y el menor porcentaje fue para el apiñamiento moderado (9%).

Para el sector anteroinferior el mayor porcentaje fue el apiñamiento leve (63%) y el menor porcentaje fue para el apiñamiento severo con el 8%.

Como se observa el apiñamiento dentario tanto en el sector antero superior e inferior fue leve.

CUADRO N° 4**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERO SUPERIOR E INFERIOR SEGÚN CAIRO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019**

RECESIÓN GINGIVAL CAIRO		F	%
SUPERIOR	SIN RECESIÓN	14	7.0%
	RT1	158	79.0%
	RT2	28	14.0%
	Total	200	100.0%
INFERIOR	SIN RECESIÓN	3	1.5%
	RT1	118	59.0%
	RT2	69	34.5%
	RT3	10	5.0%
	Total	200	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra la distribución numérica y porcentual de la recesión gingival según Cairo, respecto al sector antero superior el mayor porcentaje presentó un tipo RT1 (79%) y el menor porcentaje presentó un tipo RT2 (14%). Respecto al sector anteroinferior el mayor porcentaje presentó un tipo RT1 (59%) y el menor porcentaje presentó un tipo RT3 (5%).

Como se observa la recesión gingival tanto en el sector antero inferior como el superior fue el tipo RT1.

CUADRO N° 5**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERIOR SEGÚN GÉNERO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019**

APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERIOR		Género					
		MASCULINO		FEMENINO		Total	
		F	%	F	%	F	%
APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERO SUPERIOR	SIN APIÑAMIENTO	32	16.0%	32	16.0%	64	32.0%
	LEVE	55	27.5%	63	31.5%	118	59.0%
	MODERADO	10	5.0%	8	4.0%	18	9.0%
	SEVERO	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Total	97	48.5%	103	51.5%	200	100.0%
APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERO INFERIOR	SIN APIÑAMIENTO	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	LEVE	55	27.5%	71	35.5%	126	63.0%
	MODERADO	37	18.5%	21	10.5%	58	29.0%
	SEVERO	5	2.5%	11	5.5%	16	8.0%
	Total	97	48.5%	103	51.5%	200	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra el apiñamiento dentario antero superior de acuerdo al género, presento apiñamiento dentario leve en el sector antero superior con un porcentaje de 27.5% masculino, el género femenino presento apiñamiento dentario leve en el sector antero superior con un porcentaje de 31.5% siendo el mayor.

En el apiñamiento dentario antero inferior de acuerdo al género, apiñamiento dentario leve en el sector antero inferior con un porcentaje de 27.5% masculino, el género femenino presento apiñamiento dentario leve en el sector antero inferior con un porcentaje de 35.5% siendo el mayor.

CUADRO N° 6

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERIOR SEGÚN EDAD EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019

APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERIOR		EDAD							
		18 - 29 AÑOS		30-40 AÑOS		41 AÑOS A MAS		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERO SUPERIOR	SIN APIÑAMIENTO	34	17.0%	24	12.0%	6	3.0%	64	32.0%
	LEVE	58	29.0%	48	24.0%	12	6.0%	118	59.0%
	MODERADO	9	4.5%	4	2.0%	5	2.5%	18	9.0%
	SEVERO	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Total	101	50.5%	76	38.0%	23	11.5%	200	100.0%
APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERO INFERIOR	SIN APIÑAMIENTO	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	LEVE	57	28.5%	51	25.5%	18	9.0%	126	63.0%
	MODERADO	40	20.0%	16	8.0%	2	1.0%	58	29.0%
	SEVERO	4	2.0%	9	4.5%	3	1.5%	16	8.0%
	Total	101	50.5%	76	38.0%	23	11.5%	200	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra el apiñamiento dentario anterior según edad, en todos los grupos de edad el mayor porcentaje presentó un apiñamiento leve en el sector anterosuperior leve 29%, moderado 24% y severo 6%, en inferior leve 28.5%, moderado 25.5% y severo 9%.

CUADRO N° 7**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR SEGÚN CAIRO DE ACUERDO GÉNERO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019**

RECESIÓN GINGIVAL SEGÚN CAIRO		Género					
		MASCULINO		FEMENINO		Total	
		F	%	F	%	F	%
SUPERIOR	SIN RECESIÓN	8	4.0%	6	3.0%	14	7.0%
	RT1	75	37.5%	83	41.5%	158	79.0%
	RT2	14	7.0%	14	7.0%	28	14.0%
	Total	97	48.5%	103	51.5%	200	100.0%
INFERIOR	SIN RECESIÓN	0	0.0%	3	1.5%	3	1.5%
	RT1	61	30.5%	57	28.5%	118	59.0%
	RT2	31	15.5%	38	19.0%	69	34.5%
	RT3	5	2.5%	5	2.5%	10	5.0%
	Total	97	48.5%	103	51.5%	200	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra la recesión gingival en el sector anterior según Cairo de acuerdo género, donde en el género masculino como en el femenino la recesión gingival fue de tipo RT1 en el sector anterosuperior para el género masculino 37.5%, en el sector anterosuperior para el género femenino 41.5%. En el sector anteroinferior para el género masculino 30.5%, en el sector anteroinferior para el género femenino 28.5%.

Como se observa la recesión gingival en ambos géneros fue de tipo RT1 en su mayor porcentaje tanto en el sector anterosuperior como en el inferior.

CUADRO N° 8**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR SEGÚN CAIRO DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019**

RECESIÓN GINGIVAL SEGÚN CAIRO		EDAD							
		18 - 29 AÑOS		30-40 AÑOS		41 AÑOS A MAS		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
SUPERIOR	SIN RECESIÓN	7	3.5%	5	2.5%	2	1.0%	14	7.0%
	RT1	85	42.5%	53	26.5%	20	10.0%	158	79.0%
	RT2	9	4.5%	18	9.0%	1	0.5%	28	14.0%
	Total	101	50.5%	76	38.0%	23	11.5%	200	100.0%
INFERIOR	SIN RECESIÓN	2	1.0%	1	0.5%	0	0.0%	3	1.5%
	RT1	68	34.0%	40	20.0%	10	5.0%	118	59.0%
	RT2	27	13.5%	31	15.5%	11	5.5%	69	34.5%
	RT3	4	2.0%	4	2.0%	2	1.0%	10	5.0%
	Total	101	50.5%	76	38.0%	23	11.5%	200	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En el cuadro muestra recesión gingival en el sector anterior según Cairo de acuerdo a edad la recesión gingival fue de tipo RT1 en el sector anterosuperior de 18 a 29 años con un porcentaje mayor de 42.5%, de 30 a 40 años con un porcentaje de 26.5% y de 41 años a más con un porcentaje de 10.0%.

En el sector anteroinferior de 18 a 29 años con un porcentaje mayor de 34.0%, de 30 a 40 años con un porcentaje de 20%, para el grupo de edad de 41 años a más el mayor porcentaje fue el tipo RT2 5.5%

Como se observa la recesión gingival en todos los grupos de edad fue de tipo RT1 en su mayor porcentaje tanto en el sector anterosuperior como en el inferior a excepción del grupo de 41 años a más donde fue el tipo RT2 en el sector anteroinferior.

CUADRO N° 9**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL SEGÚN ÍNDICE DE O'LEARY
EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS
SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019**

INDICE O'LEARY	Frecuencia	Porcentaje
ACEPTABLE	12	6.0%
CUESTIONABLE	54	27.0%
DEFICIENTE	134	67.0%
Total	200	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra la distribución numérica y porcentual de índice de O'Leary, el mayor porcentaje presentó un nivel deficiente con el 67%, seguida del nivel cuestionable con el 27%, el menor porcentaje fue para el nivel aceptable 6%. Como se observa el nivel de higiene oral fue deficiente en su mayor porcentaje.

CUADRO N° 10**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL ÍNDICE O'LEARY SEGÚN EL GÉNERO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019**

INDICE O'LEARY	Género				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	F	%	F	%	F	%
ACEPTABLE	4	2.0%	8	4.0%	12	6.0%
CUESTIONABLE	27	13.5%	27	13.5%	54	27.0%
DEFICIENTE	66	33.0%	68	34.0%	134	67.0%
Total	97	48.5%	103	51.5%	200	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra índice O'Leary de acuerdo género donde, el género masculino como femenino presentan mayor porcentaje en el nivel deficiente, en el género masculino presenta nivel deficiente con 33%, y en el género femenino presenta nivel deficiente con 34%.

Como se observa el índice O'Leary fue deficiente tanto para el género masculino como el femenino.

CUADRO N° 11**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL ÍNDICE O'LEARY SEGÚN EDAD EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019**

INDICE O'LEARY	EDAD						Total	
	18 – 29 AÑOS		30-40 AÑOS		41 AÑOS A MAS			
	F	%	F	%	F	%	F	%
ACEPTABLE	11	5.5%	1	0.5%	0	0.0%	12	6.0%
CUESTIONABLE	23	11.5%	20	10.0%	11	5.5%	54	27.0%
DEFICIENTE	67	33.5%	55	27.5%	12	6.0%	134	67.0%
Total	101	50.5%	76	38.0%	23	11.5%	200	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra índice O'Leary de acuerdo a edad donde, el mayor porcentaje presentó un nivel deficiente en edades de 18 a 29 años con 33.5%, en edades de 30 a 40 años con 27.5% y de 41 años a más con 6%

Como se observa el índice de O'Leary fue deficiente en todos los grupos de edad.

CUADRO N° 12

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL APIÑAMIENTO DENTARIO SEGÚN RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTEROSUPERIOR DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019

RECESIÓN GINGIVAL ANTEROSUPERIOR	APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERO SUPERIOR						Total	
	SIN APIÑAMIENTO		LEVE		MODERADO			
	F	%	F	%	F	%	F	%
SIN RECESIÓN	2	1.0%	9	4.5%	3	1.5%	14	7.0%
RT1	54	27.0%	94	47.0%	10	5.0%	158	79.0%
RT2	8	4.0%	15	7.5%	5	2.5%	28	14.0%
Total	64	32.0%	118	59.0%	18	9.0%	200	100.0%

Tau C de Kendall: $p=0.851$

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra el apiñamiento dentario según la recesión gingival en el sector anterosuperior donde, los que tuvieron un apiñamiento leve con recesión de tipo RT1 47% y los que no tuvieron apiñamiento leve presentaron un tipo de recesión RT2 7.5%.

Según la prueba estadística Tau C de Kendall esta asociación no fue significativa ($p=0.851$) quiere decir que el apiñamiento dental no se asocia a la recesión gingival en el sector anterosuperior

CUADRO N° 13**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL APIÑAMIENTO DENTARIO SEGÚN RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERO INFERIOR DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019**

RECESIÓN GINGIVAL ANTEROINFERIOR	APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERO INFERIOR						Total	
	LEVE		MODERADO		SEVERO			
	F	%	F	%	F	%	F	%
SIN RECESIÓN	0	0.0%	2	1.0%	1	0.5%	3	1.5%
RT1	78	39.0%	30	15.0%	10	5.0%	118	59.0%
RT2	41	20.5%	23	11.5%	5	2.5%	69	34.5%
RT3	7	3.5%	3	1.5%	0	0.0%	10	5.0%
Total	126	63.0%	58	29.0%	16	8.0%	200	100.0%

Tau C de kendall: $p=0.882$

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra el apiñamiento dentario según la recesión gingival en el sector anteroinferior donde, los que tuvieron un apiñamiento leve 39%, moderado 15% y severo 5% presentaron en su mayor porcentaje una recesión de tipo RT1. Según la prueba estadística Tau C de Kendall esta asociación no fue significativa ($p=0.882$) quiere decir que el apiñamiento dental no se asocia a la recesión gingival en el sector anteroinferior

CUADRO N° 14

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL ÍNDICE O'LEARY SEGÚN APIÑAMIENTO DENTARIO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019

APIÑAMIENTO DENTARIO		INDICE O'LEARY								TAU C KENDALL
		ACEPTABLE		CUESTIONABLE		DEFICIENTE		Total		
		F	%	F	%	F	%	F	%	
APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERO SUPERIOR	SIN APIÑAMIENTO	7	3.5%	19	9.5%	38	19.0%	64	32.0%	P= 0.187
	LEVE	5	2.5%	28	14.0%	85	42.5%	118	59.0%	
	MODERADO	0	0.0%	7	3.5%	11	5.5%	18	9.0%	
	Total	12	6.0%	54	27.0%	134	67.0%	200	100.0%	
APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERO INFERIOR	LEVE	8	4.0%	43	21.5%	75	37.5%	126	63.0%	P= 0.002
	MODERADO	4	2.0%	9	4.5%	45	22.5%	58	29.0%	
	SEVERO	0	0.0%	2	1.0%	14	7.0%	16	8.0%	
	Total	12	6.0%	54	27.0%	134	67.0%	200	100.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra el índice de O'Leary según el apiñamiento dentario, apiñamiento dentario anterosuperior leve y moderado tuvieron en su mayor porcentaje un nivel deficiente (42.5% y 5.5%). Según la prueba estadística Tau c de Kendall esta asociación no fue significativa $p = 0.187$ quiere decir que el apiñamiento dentario superior no se asocia al índice de O'Leary.

Respecto al apiñamiento dentario anteroinferior los que tuvieron un apiñamiento leve 37.5%, moderado 22.5% y severo 7% presentaron en su mayor porcentaje un nivel deficiente.



Según la prueba estadística Tau c de Kendall esta asociación fue significativa $p = 0.002$ quiere decir que el apiñamiento dentario inferior se asocia al índice de O'Leary.

CUADRO N° 15

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL ÍNDICE O'LEARY SEGÚN RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019

RECESIÓN GINGIVAL SEGÚN CAIRO		ÍNDICE O'LEARY								TAU C DE KENDALL
		BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL		
		F	%	F	%	F	%	F	%	
SUPERIOR	SIN RECESIÓN	0	0.0%	7	3.5%	7	3.5%	14	7.0%	P=0.044
	RT1	10	5.0%	44	22.0%	104	52.0%	158	79.0%	
	RT2	2	1.0%	3	1.5%	23	11.5%	28	14.0%	
	RT3	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	TOTAL	12	6.0%	54	27.0%	134	67.0%	200	100.0%	
INFERIOR	SIN RECESIÓN	0	0.0%	1	0.5%	2	1.0%	3	1.5%	P=0.001
	RT1	12	6.0%	38	19.0%	68	34.0%	118	59.0%	
	RT2	0	0.0%	12	6.0%	57	28.5%	69	34.5%	
	RT3	0	0.0%	3	1.5%	7	3.5%	10	5.0%	
	Total	12	6.0%	54	27.0%	134	67.0%	200	100.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

El cuadro muestra el índice de O'Leary según la recesión gingival donde, recesión de tipo RT1 52% Y RT2 11.5% en el sector anterosuperior tuvieron en su mayor porcentaje un nivel deficiente. Según la prueba estadística Tau C de Kendall esta asociación fue significativa $p = 0.044$ quiere decir que recesión gingival se asocia al índice de higiene oral en el sector anterosuperior.

Respecto a la recesión gingival en el sector anteroinferior los que tuvieron una recesión gingival RT1 34%, RT2 28.5% y RT3 3.5% presentaron en su mayor porcentaje un nivel deficiente. Según la prueba estadística Tau C de Kendall esta



asociación fue significativa $p = 0.001$ quiere decir que la recesión gingival se asocia al índice de higiene oral en el sector anteroinferior.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El estudio se realizó con la participación de 200 pacientes 97 varones y 103 mujeres, mayores de 18 años asistentes a la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco con presencia de apiñamiento dentario y recesión gingival en el sector anterosuperior e inferior, determinando así la frecuencia de apiñamiento dentario y recesión gingival en el sector anterior de acuerdo al sexo, edad e higiene oral.

Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos, previamente validada, en el cual se incluyó, la clasificación de Cairo para recesiones gingivales y para el índice de higiene oral se usó el índice de O'Leary.

✚ Se encontró que respecto al apiñamiento dentario obtuvo un mayor porcentaje de apiñamiento leve en el sector antero superior 68% e inferior 100%, en apiñamiento inferior leve 63%, apiñamiento moderado 29% y se encontró en menor porcentaje apiñamiento severo 8%. En cuanto al sexo presentaron un apiñamiento leve al igual que en todos los grupos de edad.

1. Los resultados son comparables con **Balseca (8)**, quien encontró la frecuencia de apiñamiento dentario superior 64.5% y en inferior de 80.5%. en cuanto al sexo 69% para femenino y 60% para masculino en el maxilar superior, y 81% femenino y 79% masculino en el maxilar inferior, **Gómez (9)**, también encontró apiñamiento inferior leve 56,5% apiñamiento inferior moderado 39.1% apiñamiento inferior severo 4.3%. El apiñamiento dentario, es



predominante en el maxilar inferior, ubicándose por encima del 50%. De acuerdo con los estudios mencionados el apiñamiento leve tiene un mayor porcentaje que las moderadas y severas, pero pueden variar significativamente de acuerdo a la población estudiada (8,9).

2. Nuestro estudio concuerda con **Naranjo (10)** en cuanto al tipo de apiñamiento al no encontrar datos estadísticamente significativos en cuanto a la recesión gingival, puede deberse a que se encontraron apiñamiento leve en su gran mayoría y no presentar apiñamiento severo en mayor cantidad. Pero se demostró en su estudio que las piezas vestibularizadas presentaron recesión gingival en 18.6% en la pieza 4.1 y 17.4% en la pieza 3.1. generando así una relación directa a una recesión gingival.

Naranjo (10)

- ✚ Se encontró con Respecto a la recesión gingival con mayor porcentaje en superior 93% e inferior 98.5%, y se evidencia que la recesión gingival RT1 presento un mayor porcentaje en superior 79% inferior 59%, en ambos géneros se encontró recesión gingival RT1 en mayor porcentaje, se observa la recesión gingival en todos los grupos de edad fue de tipo RT1 en su mayor porcentaje tanto en el sector anterosuperior como en el inferior a excepción del grupo de 41 años a más donde fue el tipo RT2 en el sector anteroinferior.

1. Los resultados concuerdan con **Sisalima (4)**, donde obtiene que la prevalencia de recesiones gingivales según el diagnostico de Cairo



es 50.16% inferior 63.24%, **Tanqueño (5)** en su estudio obtiene una prevalencia de 63% de recesiones gingivales. En relación a la distribución de las recesiones gingivales el maxilar inferior tiene la mayor frecuencia probablemente esté relacionada con las características del fenotipo periodontal, que es más ancha y gruesa en el maxilar que en la mandíbula. Sin embargo, no hay evidencia clínica suficiente para apoyar la relación porque para determinar el fenotipo periodontal se estudia más el maxilar que en el mandibular (49).

2. Los resultados son comparables con **Tanqueño (5)** donde la mayor prevalencia es la clase I de Miller 74.3%, **Sisalima (4)** donde según la clasificación de Cairo se encontró que la clase RT1 es la más prevalente. Por otra parte, **Cuesta (6)**, en su estudio evalúa la recesión clase I según Miller con un 99%. **Quezada (7)**, analiza la prevalencia de recesiones gingivales presentes en pacientes donde la clase I según la clasificación de Miller tiene un 43% En nuestro estudio al tratarse de una población joven no se encontró clases más avanzados de recesión gingival.
3. En cuanto al género en nuestro estudio se encontró recesión gingival RT1 en mayor porcentaje, **Naranjo (10)** demuestra que es más predominante en el sexo femenino por que tienden a desarrollar un biotipo delgado. Congruente con **Cuesta (6)** al estudiar 328 estudiantes se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino. También se estudió el tipo de biotipo que presenta cada estudiante



donde la incidencia fue mayor en el biotipo fino que es el que tiene mayor vinculación con la presencia de recesiones gingivales con un 69%. Es probable que exista mayor recesión gingival en mujeres debido a que presentan un biotipo delgado que tiende a ser delicado según **Naranjo (10)**.

4. En cuanto a la edad **Tanqueño (5)** refiere que en se encontró según la clasificación de Miller clase III 12.10% en mayores a 50 años donde no concuerda con **Quezada (7)**, que en su estudio presentaron recesión gingival según la clasificación de Miller clase I edades de 55-65 años. Sin embargo, nuestro estudio concuerda con, **Sisalima (4)**, que mediante el método de diagnóstico de Cairo para las recesiones se encontró (81.05%) en el grupo menor a 25, 17.65%) en el grupo de 25 a 34 años y (1,31%) en el grupo de 35 a más. **Albandar y cols.** Encontraron severidad de la recesión más frecuente fue de hasta 1mm (40.98%) en el grupo de edad de 30-39 años (33).
5. De acuerdo a las piezas más afectadas nuestro estudio concuerda con **Quezada (7)**, se evidencia que en la arcada inferior las piezas más afectadas son 3.1 y 4.1. **Marini y Toker (46,47)** Son afectados debido a los efectos acumulativos de la edad y la enfermedad periodontal que influenciaría en la aparición de la recesión. No existe literatura con respecto a los dientes más frecuentemente afectados por la recesión gingival. La mayor prevalencia se evidencia en las superficies libres porque son más susceptibles al entrar en contacto



con el cepillado o tratamiento ortodóntico. Sin embargo, no hay evidencia científica que apoye la asociación (49).

✚ Respecto al índice de higiene oral es deficiente en 67%, en cuanto al género tanto en masculino 33% y femenino 34% es deficiente, en todos los grupos de edad la higiene oral es deficiente.

1. En el estudio de **Naranjo (10)** el índice de placa es poco determinante con un 42.11% que presentaron recesión gingival, sin embargo, en nuestro estudio la prueba estadística asocia al apiñamiento dentario y recesión gingival en el maxilar inferior con el índice de higiene oral. **Novaes (48)** considera que la principal causa de las recesiones gingivales son la placa bacteriana y el traumatismo mecánico; sin embargo, se considera que la etiología es multifactorial y siempre resulta de la interacción de varios de ellos: anatómicos (dehiscencia del hueso alveolar, maloclusiones, apiñamiento dentario, biotipo gingival), inflamatorios (enfermedad periodontal destructiva, presencia de placa dental y cálculo supra infragingival, inadecuado cepillado dentario (48).

CONCLUSIONES

PRIMERO Se demostró que la frecuencia de Apiñamiento Dentario es en el sector anteroinferior. La frecuencia de Recesión Gingival según el método de diagnóstico de Cairo en mayor porcentaje es en el sector anteroinferior. Se encuentran por encima del 50%. Apiñamiento dental no se asocia a la recesión gingival en el sector anterosuperior e inferior.

SEGUNDO El apiñamiento dentario fue leve es en el sector anteroinferior, al igual que en ambos géneros y en todos los grupos de edad.

TERCERO La recesión gingival en el sector antero inferior como el superior fue RT1. En ambos géneros y en todos los grupos de edad fue RT1 a excepción del grupo de 41 años a más donde fue RT2 en el sector anteroinferior. Las piezas dentarias afectadas 2.1 por vestibular 1.3 por palatino en el maxilar superior 4.1 por vestibular y 4.2 por lingual en el maxilar inferior. La recesión gingival es multifactorial y depende más de un factor para manifestarse.

CUARTO Se demostró que la frecuencia de higiene oral es deficiente, En ambos géneros el índice de higiene oral fue deficiente como también en todos los grupos de edad. Apiñamiento dentario inferior se asocia al índice higiene oral, Recesión gingival se asocia al índice de higiene oral en el sector anterosuperior e inferior.



SUGERENCIAS

1. Al Director de la Clínica Estomatología Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco realizar programas de salud oral preventiva en relación a su higiene oral ya que existe un elevado déficit.
2. Se recomienda a los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología seguir investigando sobre la influencia del apiñamiento dentario en las recesiones gingivales considerando la placa bacteriana como un factor predisponente dentro de estas dos alteraciones.
3. Se recomienda a los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología profundizar la nueva clasificación de Cairo para un mejor diagnóstico en las recesiones gingivales por ser un método simple, eficaz y rápido.



BIBLIOGRAFÍA

1. Mercado, S., Mamani, L., Mercado, J., Tapia, R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. KIRU,2018 abri-jun;15(2):94-98 Disponible en: <https://doi.org/10.24265/kiru.2018.v15n2.06>
2. Gelvez, M., Martínez, M., Ferro, M., Velosa, J. Relación de la oclusión traumática con las recesiones traumáticas con las recesiones gingivales: revisión sistemática de la literatura. Univ Odontol. [Internet].2009. [consultado 20de octubre del 2019]28(61):101-107
3. Gorman, W. Prevalence and etiology of gingival recession, J Periodontol.1967 jul-aug; 38(4):316-22
4. Sisalima, J. Prevalencia De Recesiones Gingivales Mediante La Clasificación De Cairo Y Miller En Estudiantes De Pregrado De La Facultad De Odontología De La Universidad De Cuenca En El Año 2018. [Tesis de postgrado]. Ecuador: Universidad De Cuenca Facultad De Odontología; 2018. Recuperado a partir de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31579/1/Tesis.pdf>
5. Tanqueño, M. "Prevalencia de recesiones gingivales en dientes anteriores según la clasificación de Miller (1985) en pacientes mayores de 25 años que acuden a la clínica integral de la facultad de odontología de la universidad central del ecuador, período 2018." [Tesis en Internet]. [Ecuador]. Universidad Central del Ecuador; 2018 [citado 26 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16157/1/T-UCE-0015-ODO-016.pdf>



6. Cuesta, J. "Prevalencia de recesión gingival y su asociación con el biotipo periodontal en adolescentes de la unidad educativa "cardenal Carlos maría de la torre" del quinche año 2017." [Tesis en Internet]. [Ecuador]. Universidad Central del Ecuador; 2017. [Citado 26 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13750/1/T-UCE-015-830-2017.pdf>
7. Quezada, K. Prevalencia de recesiones gingivales en pacientes periodontalmente afectados clínica de periodoncia UCSG - A 2016. [Tesis de Grado]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016
8. Balseca, M. "Estudio De La Prevalencia De Apiñamiento Dentario Anterior En La Dentición Permanente De Adolescentes Comprendidos Entre 15-18 Años De Edad En El Colegio Nacional Ligdano Chavez De La Ciudad De Quito En El Año 2011" [Tesis en Internet]. [Ecuador.]. Universidad Central de Ecuador.2011. [Citado 30 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/604/3/T-UCE-0015-8.pdf>
9. Gómez, F. "Prevalencia de apiñamiento dentario en estudiantes, Institución Educativa Emblemática secundaria "Blas Valera Pérez" Lamud, Amazonas- 2017. [. Tesis en Internet]. [Perú]. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. 2017. [Citado 26 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1160/INFORME>



- %20FINAL%20FANY%20DEL%20PILAR%20G%C3%93MEZ%20GAON
A.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Naranjo, M. "Prevalencia de recesión gingival en dientes antero inferiores según el biotipo periodontal en pacientes con apiñamiento dental en la Universidad de las Américas" [Tesis en Internet]. [Perú]. Universidad de las Américas. 2016. [Citado 30 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/5081/1/UDLA-EC-TOD-2016-27.pdf>
 11. Peña, C., López, D. Consecuencia periodontales después del tratamiento de ortodoncia en pacientes adultos con apiñamiento severo. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. 2017 dic; 49. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/art-49/>
 12. García, V., Ustrell, J., Sentis, J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar Tarragona y Barcelona. *Avances en odontoestomatología*. 2011; 27(2):75-84.
 13. Pino, I., Véliz, O., García, P. Maloclusiones, según el índice de estética dental, en estudiantes de séptimo grado de Santa Clara. *Medicentro Electrónica [Internet]*. 2014 dic [citado 2019 Abr 27]; 18(4): 177-179. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400007&lng=es.
 14. Afrashtehfar, K. Cirugía Periodontal Aplicada a La Ortodoncia. *Rev. Acad. Mex. Odon. Ped.* 2012; 24(2):68-72



15. Lao, W., Araya, H., Mena, D., Prevalencia de apiñamiento dental en la población costarricense que consulta los servicios de odontología de la CCSS, 2017; *Odontología Vital* [Internet]. 2019. 30:39-44
16. Comas, R., De la Cruz, J., Díaz, E., Carreras, C., Ricardo, M. Relación entre los métodos clínicos y de Myers-Jenkins para la evaluación del apiñamiento dentario. *MEDISAN* [Internet]. 2015 nov [citado 2019 Jun 10]; 19(11): 1309-1316. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100002&lng=es
17. Olmos, V., Olmos, I., Olmos, V., Olmos, J. Apiñamiento incisivo. *Gaceta dental*. 2012. nov; 241:128-138.
18. Sanin C, Savara BS. Factors that affect the alignment of the mandibular incisors: a longitudinal study. *Am J Orthod* 1973; 64: 248-57. En Turkkahraman H, Ozgur M. Relationship between mandibular anterior crowding and lateral morphology in the early mixed dentition. *Angle Orthod* 2004; 74: 759-64.
19. Rimachi, M. Vela, W. Apiñamiento Anteroinferior Asociado A La Presencia De Terceras Molares En Estudiantes De La Facultad De Odontología De La Universidad Nacional De La Amazona Peruana, Iquitos – 2017. [Tesis de Grado]. Iquitos. Universidad Nacional De La Amazona Peruana, Iquitos; 2017.
20. Sakkal, R. Importancia de la interacción genética ambiente en la etiología de las maloclusiones. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. 2004.



21. Di Santi, J., Betancourt, O. Tratamiento ortodóntico-quirúrgico de los dientes supernumerarios: Presentación de un caso clínico. *Acta odontol. venez* [Internet]. 2008 Mar [citado 2019 Abr 22]; 46(1): 88-91. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000100019&lng=es.
22. Janson G, Goizueta OE, Garib DG, Janson M. Relationship between maxillary and mandibular base lengths and dental crowding in patients with complete Class II malocclusions. *Angle Orthod*. 2011; 81 (2): 217-221.
23. Fernández R. Apiñamiento dental. 2013. [citado 14 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.clinicadentalblanconieta.es/apinamiento-dental/>
24. Gonzales, M., Rodríguez, L. Prevalencia, Tipos y Factores Etiológicos De Apiñamiento Mandibular Tardío En Pacientes De Ortodoncia En Tabasco, México 2015-2016. *Revista Mexicana de Ortodoncia*. 2018; 6(1):22-27. D.
25. Montiel, ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. *ADM*. 2004; 61:209-14.
26. Bosnjak, A. Vucicevic, V. Miletic, I. Bozic, D Vukelja, M. Incidence of oral habits in children with mixed dentición. *J oral Rehabil* 2002; 29:902-5.
27. Gonzales, M. Guida, G. Herrera, D. Quiros, O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*



- Año 2012; 28 Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/>
28. Castro, Y., Grados, S. Movimiento dentario ortodrómico y su asociación con la presencia de recesiones gingivales. ELSEVIER [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Jun 10]; 21 (1) 6-60 Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-movimiento-dentario-ortodontico-su-asociacion-S1870199X17300022?referer=buscador>
29. Vargas, A., Mendoza, B., Borgues, S. Comparación clínica del uso del colgajo de avance coronal e injerto de tejido conectivo subepitelial con o sin proteínas derivadas de la matriz del esmalte para la cobertura de recesiones gingivales. Caso clínico. ELSEVIER [Internet]. 2015 Mar [citado 2019 Jun 10]; 19(4) 214-268 Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-comparacion-clinica-del-uso-del-S1870199X15000476?referer=buscador>
30. Bracho, R., Hernández, N., Elejalde, L., Zambrano, O., Paz, M., Contreras, J., "Recesión gingival de incisivos inferiores en adolescentes, su asociación con factores de riesgo". Acta odontol. Venez [Internet]. 2003 ago. [Citado 2019 ago. 11]; 41(3): 211-214. Disponible en:
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000300005&lng=es.](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000300005&lng=es)
31. Medina, A. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Av Periodon Implantol. 2009;21,2:35-43



32. Rocha, A., Ferrus, J. tratamiento de recesiones múltiples localizada: a propósito de un caso. Avances en periodoncia [Internet].2007 Abr [citado 2019 ago. 11]: 19 (1): 19-28 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852007000200003&lng=es.
33. Albadar, J. Kingman, A. Gingival recession, gingival bleending, and dental calculus in adults 30 years of age an older in the United States. 1988-194. J. Periodontol 1999; 70:30-43.
34. Cartagena, A., Ruiz, I., Dos Santos, F., Pilatti, G. ¿Qué es más importante en la salud periodontal, ancho o volumen de la encía adherida? Revista ADM 2013; 70 (5): 233-238.
35. García, A., Bujaldón, A., Rodríguez, A. Recesión gingival: diagnóstico y tratamiento. Avances en Periodoncia [Internet]. 2015 abr [citado 2019 mayo 27]; 27(1): 19-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852015000100003&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4321/S1699-65852015000100003>.
36. Tortella, J. Prevalencia y distribución de la recesión gingival vestibular en adultos chilenos de 35-44 años” [Tesis en Internet]. [Chile]. Universidad de Chile.2014. [Citado 30 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137706/Prevalencia-y-distribuci%C3%B3n-de-la-recesi%C3%B3n-gingival-vestibular-en-adultos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



37. Checchi L, Daprile G, Gatto MRA, Pelliccioni GA. (1999) Gingival recession and toothbrushing in an Italian School of Dentistry: a pilot study. *Journal Clinical Periodontology*, 26: 276-280.
38. Salazar, R., Paz de Gudiño, M. Factores precipitantes en el desarrollo de recesión Gingival. *Acta Odontol. Venez* [Internet]. 2002 jun [citado 2019 mayo 27]; 40(2): 129-136. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000200006&lng=es.
39. Sanz, I. Bascones, A. Otras enfermedades periodontales. II: lesiones endo-periodontales y condiciones o deformidades del desarrollo o adquiridas. *Av Periodon Implantol*. 2008; 20; 1:67-77.
40. Cairo, F., Nieri, M., Cincinelli, S., Mervelt, J., Pagliaro, U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol* 2011; 38: 661–666. doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01732. x.
41. Poveda, J. Higiene oral y problemas bucodentales de los niños de la escuela Dr. Edmundo Carbo de Jipijala 2011 [Tesis de Grado]. Ecuador: Universidad De San Gregorio; 2011.
42. Aguilar, M., Cañamas, M., Ibañez, P., Gil, F. Importancia del uso de índices en la práctica periodontal diaria de higienista dental. *Rev Dialnet plus* [Internet]. 2003 [citado 2019 May 18]; 13 (3) págs. 233-244. Disponible en: http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/13-3_05.pdf



43. Chaple, G., Gispert E. "Amar" el índice de O'Leary. Rev cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 2019 May 18]; 56(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2154>
44. Macías G., Quesada L., Benítez B., González A. Frequency of the dental crowding in adolescents of the Health Area Masó. 2008. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 dic [citado 2019 mayo 20]; 8(Suppl 5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500011&lng=es
45. Corchuelo, J. Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. Colomb Med. 2011; 42: 448-57
46. Marini MG, Greggi SLA, Passanezi E, Sant'Ana ACP. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. J Appl Oral Sci. 2004 Sep;12(3):250– 5
47. Toker H, Ozdemir H. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a university dental hospital in Turkey. Int J Dent Hyg. 2009 May;7(2):115–20.
48. Novaes A, Novaes Jr. Cirugía periodontal con finalidad protésica. Brasilia. 1.a ed. Artes médicas; 2001. p. 96.
49. Pascual A, Barallat L, Santos A, Levi P, Vicario M, Nart J, et al. Comparison of Periodontal Biotypes Between Maxillary and Mandibular Anterior Teeth: A Clinical and Radiographic Study. Int J Periodontics Restorative Dent. 2017 Aug;37(4):533– 9.
50. Rajapakse PS, McCracken GI, Gwynnett E, Steen ND, Guentsch A, Heasman PA. Does tooth brushing influence the development and



progression of noninflammatory gingival recession? A systematic review.

J Clin Periodontol. 2007 Dec;34(12):1046–61.



ANEXOS

ANEXO N°1



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

Acreditada Internacionalmente
Universidad Paradigmática
Licenciada por SUNEDU

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTO

Ficha N°...

APIÑAMIENTO DENTARIO, RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO 2019

EDAD ()

SEXO (F) (M)

1. APIÑAMIENTO DENTARIO

1.1. Leve

1.2. Moderado

1.3. Severo

0

1

2

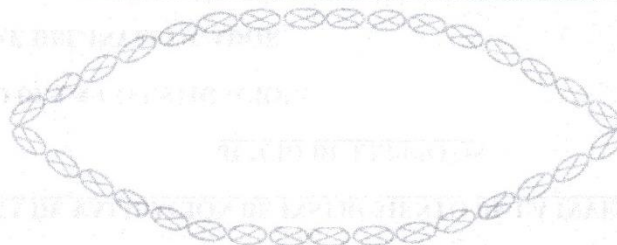
2. PERIODONTOGRAMA:

APIÑ							
NIC							
PS							
MG							
DERECHA	BUCAL						
	PALATINO						
	MG						
PS							
NIC							

APIÑ							
NIC							
PS							
MG							
IZQUIERDA	BUCAL						
	PALATINO						
	MG						
PS							
NIC							

3. INDICE DE O'Leary

0	1	2
0-30%	31-50%	51-100%



$$\frac{\text{N}^\circ \text{ DE SUPERFICIES}}{\text{N}^\circ \text{ DE DIENTES X 4}} \times 100$$

ANEXO N°2UNIVERSIDAD
ANDINA DEL CUSCOAcreditada Internacionalmente
Universidad Paradigmática
Licenciada por SUNEDU**CONSENTIMIENTO INFORMADO****INVESTIGADORA: MELINA FABIOLA MAMANI BUSTAMANTE****TITULO DEL PROYECTO:****APIÑAMIENTO DENTARIO, RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO 2019**

Por medio del presente documento hago constar que acepto voluntariamente participar en la investigación designada. Propósito del estudio y procedimiento. Se ha explicado que se procederá a realizar una breve recolección de datos en una ficha para dicho fin y posterior a ello si usted cumple con los criterios del estudio, se procederá a realizar un examen clínico de los tejidos que rodean a cada uno de sus dientes en el sector anterior, para ello deberá recostarse en el sillón dental, todo este procedimiento durará alrededor de 20 minutos. Cabe resaltar que este examen no generará ningún tipo de riesgo, ni dolor a nivel de sus encías y dientes. Se evaluará todas las piezas dentarias, se le brindará un diagnóstico de su salud periodontal y asesoramiento para el cuidado de la salud bucal.

Riesgos. No se presentará un nivel de riesgo para los participantes en el estudio. El procedimiento a realizar no es invasivo, por ende, no generará ningún tipo de riesgo, ni dolor a nivel de sus encías y dientes.

Beneficios. Usted se beneficiará de una evaluación clínica y de un asesoramiento para el cuidado de su salud bucal. Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de los exámenes realizados.

Derechos del paciente. Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

NOMBRES Y APELLIDOS.

DNI

FIRMA

ANEXO N.º 3

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTOS

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE:

CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA:

Fecha:

Nota para cada ítem se considera la escala de 1 al 5 donde:

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Los ítems de los instrumentos miden lo que pretende medir?	1	2	3	4	5
2. La cantidad de ítems consignados en este instrumento son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio	1	2	3	4	5
3. Los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa de la materia de estudio.	1	2	3	4	5
4. Los conceptos utilizados en este instrumentos son todos y cada uno de ellos propios de la variable de estudio	1	2	3	4	5
5. Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos datos también similares	1	2	3	4	5
6. Todos los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos	1	2	3	4	5
7. El lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro sencillo.	1	2	3	4	5
8. La estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento	1	2	3	4	5
9. las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio.	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse, para mejorar el instrumento?

.....
.....

Ficha y Sello del Profesional

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD DEL CUSCO
FACULTAD DE EDUCACIÓN

PROFESOR TITULAR
D. [Nombre]



CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

El docente.....del área de.....de la Escuela
Profesional.....
.....

Hace constar:

Que la ficha de recolección de datos
presentada.....

....., cumple con los requisitos necesarios para la recolección de datos que
indica en el proyecto de la investigación titulada:

.....
Por lo cual se le otorga validez de dicho instrumento.

Se expide la presente solicitud del interesado, para los fines convenientes.

Cusco.....

.....

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “APIÑAMIENTO DENTARIO, RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO 2019”

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: MELINA FABIOLA MAMANI BUSTAMANTE

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE: MG. EDGARDO GUILLERMO RIVERA MEDINA

CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Docente de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco

Fecha: 22 de noviembre 2019

Nota para cada ítem se considera la escala de 1 al 5 donde:

Preguntas	Escala de validación				
1. ¿Los ítems de los instrumentos miden lo que pretende medir?	1	2	3	4	X
2. La cantidad de ítems consignados en este instrumento son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio	1	2	3	X	5
3. Los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa de la materia de estudio.	1	2	3	X	5
4. Los conceptos utilizados en este instrumentos son todos y cada uno de ellos propios de la variable de estudio	1	2	3	4	X
5. Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos datos también similares	1	2	3	4	X
6. Todos los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos	1	2	3	4	X
7. El lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro sencillo.	1	2	3	4	X
8. La estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento	1	2	3	X	5
9. las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio.	1	2	3	4	X

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse, para mejorar el instrumento?

.....
.....
.....

CLUB - UAC
E. RIVERA M.
COP 6150

Ficha y Sello del Profesional



CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

El **MG. EDGARDO GUILLERMO RIVERA MEDINA** docente del área de periodoncia de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina Del Cusco.

Hace constar:

Que la ficha de recolección de datos presentada por el bachiller en estomatología Melina Fabiola Mamani Bustamante, cumple con los requisitos necesarios para la recolección de datos que indica en el proyecto de la investigación titulada:

“APIÑAMIENTO DENTARIO, RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO 2019”

Por lo cual se le otorga validez de dicho instrumento.

Se expide la presente solicitud del interesado, para los fines convenientes.

Cusco 22 de noviembre 2019



CLUBS - UAC
E. RIVERA M.
COP. 611

MG. EDGARDO GUILLERMO RIVERA MEDINA

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “APIÑAMIENTO DENTARIO, RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO 2019”

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: MELINA FABIOLA MAMANI BUSTAMANTE

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE: MTRA. SANDRA VELASQUEZ CURO

CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Docente de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco

Fecha: 22 de noviembre 2019

Nota para cada ítem se considera la escala de 1 al 5 donde:

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Los ítems de los instrumentos miden lo que pretende medir?	1	2	3	4	5
2. La cantidad de ítems consignados en este instrumento son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio	1	2	3	4	5
3. Los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa de la materia de estudio.	1	2	3	4	5
4. Los conceptos utilizados en este instrumentos son todos y cada uno de ellos propios de la variable de estudio	1	2	3	4	5
5. Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos datos también similares	1	2	3	4	5
6. Todos los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos	1	2	3	4	5
7. El lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro sencillo.	1	2	3	4	5
8. La estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento	1	2	3	4	5
9. las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio.	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse, para mejorar el instrumento?

.....
.....
.....

Ficha y Sello del Profesional

CLUBS UAC
S. Velasquez C
COP 22784

R.M.E. 1506.



CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

El **MTRA. SANDRA VELASQUEZ CURO** docente del área de periodoncia de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina Del Cusco.

Hace constar:

Que la ficha de recolección de datos presentada por el bachiller en estomatología Melina Fabiola Mamani Bustamante, cumple con los requisitos necesarios para la recolección de datos que indica en el proyecto de la investigación titulada:

“APIÑAMIENTO DENTARIO, RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO 2019”

Por lo cual se le otorga validez de dicho instrumento.

Se expide la presente solicitud del interesado, para los fines convenientes.

Cusco 22 de noviembre 2019

MTRA. SANDRA VELASQUEZ CURO

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “APIÑAMIENTO DENTARIO, RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO 2019”

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: MELINA FABIOLA MAMANI BUSTAMANTE

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE: CD. VLADIMIR KRISTIAM OBLITAS CUBA

CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Docente de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco

Fecha: 22 de noviembre 2019

Nota para cada ítem se considera la escala de 1 al 5 donde:

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Los ítems de los instrumentos miden lo que pretende medir?					5
2. La cantidad de ítems consignados en este instrumento son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio	1	2	3	4	5
3. Los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa de la materia de estudio.	1	2	3	4	5
4. Los conceptos utilizados en este instrumentos son todos y cada uno de ellos propios de la variable de estudio	1	2	3	4	5
5. Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos datos también similares	1	2	3	4	5
6. Todos los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos	1	2	3	4	5
7. El lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro sencillo.	1	2	3	4	5
8. La estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento	1	2	3	4	5
9. las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio.	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse, para mejorar el instrumento?

.....
.....
.....

Ficha y Sello del Profesional



CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

El **C.D. VLADIMIR KRISTIAM OBLITAS CUBA** docente del área de ortodoncia de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina Del Cusco.

Hace constar:

Que la ficha de recolección de datos presentada por el bachiller en estomatología Melina Fabiola Mamani Bustamante, cumple con los requisitos necesarios para la recolección de datos que indica en el proyecto de la investigación titulada:

“APIÑAMIENTO DENTARIO, RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO 2019”

Por lo cual se le otorga validez de dicho instrumento.

Se expide la presente solicitud del interesado, para los fines convenientes.

Cusco 22 de noviembre 2019

.....
C.D. VLADIMIR KRISTIAM OBLITAS CUBA



**ANEXO N°4
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TITULO: APIÑAMIENTO DENTARIO, RECESIÓN GINGIVAL EN EL SECTOR ANTERIOR EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2019				
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cómo será el apiñamiento dentario y recesión gingival en el sector anterior en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS ¿Cuál será el grado de apiñamiento dentario en el sector anterior más frecuente</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Establecer el apiñamiento dentario y recesión gingival en el sector anterior en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019</p>	<p>HIPOTESIS DE INVESTIGACION H₁ Existe relación entre el apiñamiento dentario y la recesión gingival en el sector anterior en pacientes de la Clínica Estomatológica</p>	<p>VARIABLE DE ESTUDIO 1 APIÑAMIENTO DENTAL Indicadores: Grado de apiñamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin Apiñamiento • Leve • Moderado • Severo <p>VARIABLE DE ESTUDIO 2 Recesión gingival Indicadores: Tipo de recesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT1 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo - Correlacional. <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativo. • Prospectivo • Transversal <p>POBLACION La población está formada por los pacientes asistentes, de ambos sexos, mayores de 18 años de la Clínica</p>



<p>en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad?</p> <p>¿Cuál será el tipo de recesión gingival en el sector anterior más frecuente en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad?</p> <p>¿Cuál será el índice de higiene oral más frecuente en los pacientes de la Clínica</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el grado de apiñamiento dentario en el sector anterior más frecuente en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad. - Determinar el tipo de recesión gingival en el sector anterior más frecuente en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la 	<p>Luis Vallejos Santoni de la Universidad del Cusco 2019</p> <p>H₀ No Existe relación entre el apiñamiento dentario y la recesión gingival en el sector anterior en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RT2 • RT3 <p>CO - VARIABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Higiene oral 	<p>Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco en el periodo del 2019-II</p> <p>Unidad de Análisis o de muestreo: Pacientes MUESTRA</p> <p>La muestra está conformada por la selección de 200 asistentes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco en el periodo del 2019-II</p>
--	--	--	---	--



<p>Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad?</p>	<p>Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el índice de higiene oral más frecuente en los pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 de acuerdo a género y edad. 	<p>Universidad del Cusco 2019</p>		<p>Se eligió pacientes que cumplan con los criterios de selección del trabajo de investigación.</p> <p>MÉTODO DE MUESTREO No probabilístico por conveniencia</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTO TÉCNICAS Observacional, Clínica intraoral</p> <p>INSTRUMENTOS: Ficha de recolección de datos Consentimiento Informado</p>
---	---	-----------------------------------	--	---