

Contenido

- Maloclusión de la población atendida en la red de clínicas del Colegio Odontológico - UNICOC 1

Reportes

- Comportamiento epidemiológico de la maloclusión en la población usuaria de las clínicas candelaria I y Chia de UNICOC (2-2012) 3
- Santiago de cali 5

Rector UNICOC

Alberto Carvajalino Slaghekke

Decano Colegio Odontológico - Bogotá

Dra. María Soledad Arango Mejía

Decano Colegio Odontológico - Cali

Dr. Roberto Jairo Jaramillo

Dirección de Investigación y Gestión del Conocimiento:

Dr. Jorge Pinzón Murcia

Dirección CICO - Bogotá

Dra. Carmenza Macías Gutierrez

Sub-Dirección CICO - Cali:

Dra. Paula C. Bermúdez Jaramillo

Epidemiología CICO:

Dra. Angela Suarez Castillo - Bogotá**Dr. Carlos H. Martínez Cajas** - Cali

Estadística CICO:

Mónica A. Pachón Rodríguez - Bogotá**Julián A. Tamayo Cardona** - Cali

Correspondencia:

Centro de Investigación
Colegio Odontológico - CICO

Dirección:

Autopista Norte Km. 20.
Bogotá D.C.Calle 13 No.3N-13
Santiago de Cali

Teléfonos:

PBX: 6612410 - 6613051

Ext: 21

Correo electrónico:

investigacioncali@unicoc.edu.co
investigacionbogota@unicoc.edu.co

Diagramación:

Dr. Carlos H. Martínez Cajas.

MALOCCLUSIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA RED DE CLÍNICAS DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO - UNICOC

La salud oral desde todas sus dimensiones constituye uno de los pilares fundamentales de la salud general. No es posible concebir la multiplicidad de los procesos vitales de manera aislada a la salud bucodental y al sistema craneofacial, motivo por el cual, la vigilancia epidemiológica de los diversos eventos y patologías orales resulta fundamental y necesaria dentro de los diferentes ejes y abordajes de la odontología (componente clínico-asistencial, investigativo y de salud pública) (1).

Como parte de los componentes esenciales en la integralidad biológica, funcional y estética del individuo y de las poblaciones, se encuentra la armonía y función oclusal (2). La oclusión hace referencia a la relación que guardan los arcos dentarios y el sistema estomatognático (óseo, muscular, articular), donde los tejidos en mención actúan de forma sinérgica. Las alteraciones de la oclusión pueden desencadenar desequilibrio en el complejo dentofacial, repercutiendo en funciones como la fonación, respiración y masticación, así como en la estética (3,4). La maloclusión se define como cualquier alteración de la oclusión ideal y se establece 'cuando la máxima intercuspidación entre los dientes se encuentra alterada y no se cumplen las relaciones y leyes establecidas de relación correcta y normal de los dientes superiores con los inferiores, tanto en sentido transversal, como antero-posterior y vertical' (4-8).

Históricamente, la literatura reporta diferentes clasificaciones de maloclusión. En el siglo XIX algunos autores sugirieron diferentes conceptos, donde Angle establece tres categorías que clasifican la maloclusión: Para la dentición permanente (Clase I, Clase II y Clase III), tomando el primer molar superior permanente como punto de referencia. Para la dentición temporal, tomando como referente la relación entre la superficie distal de los segundos molares superiores e inferiores, cuya clasificación hace referencia al plano terminal recto, escalón mesial y escalón distal. Las alteraciones de la oclusión pueden ocurrir en el plano vertical, sagital o transversal. Algunos autores han sugerido modificaciones a través del tiempo; sin embargo, la clasificación de Angle representa el referente de la clasificación de las maloclusiones (3,4).

1. Rodríguez A, Valiente C. Vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal. *Rev Cubana Estomatol* v.36 n.2 Ciudad de La Habana Mayo-ago. 1999; 36(2):158-70

2. Duque de E. Y, Rodríguez A, Coutin G, González N. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. *Rev Cubana Estomatol. Ciudad de La Habana ene.,abr. 2004; 41(1) versión On-line ISSN 1561-297X*

3. Botero P, Vélez N, Cuesta DP, Gómez E, González PA, Cossio M, Santos E. Perfil epidemiológico de oclusión dental en niños que consultan a la Universidad Cooperativa de Colombia. *Rev.CES Odont.* 2009; 22(1)9-13

4. Di Santi de Modano J, Vázquez B. Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria* 2003, 1-19. Versión on line, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art8.asp?print=true>

Las maloclusiones ocupan un lugar importante como parte de los hallazgos clínicos frecuentes en cavidad oral. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocupa el tercer lugar después de la caries y la enfermedad periodontal. El comportamiento global de la maloclusión es similar en las diferentes regiones geográficas; sin embargo, se presentan variaciones dependiendo del biotipo y la raza. En Europa, la prevalencia de maloclusión clase I se encuentra en el 79%, seguida de la maloclusión Clase II con un 18% y en último lugar, se encuentra la maloclusión clase III en un 3%. En Norteamérica se reportan cifras de maloclusión general cercanas al 75%, destacándose la maloclusión clase I en un 61.6%. En Latinoamérica, la literatura reporta prevalencias del 35 al 80%, siendo más frecuente también la maloclusión Clase I con un 93% (5,6).

Así mismo, en Colombia Thilander y cols, citado por Urrego P (5), reportan que la maloclusión clase I es la de mayor prevalencia: 62,7%, seguida de la Clase II: 20,8% y en último lugar se encuentra la maloclusión clase III en un 3,7%. Respecto a las alteraciones verticales y transversales en Colombia, el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III realizado en 1998) reporta, para la población infantil, prevalencia de oclusión cruzada anterior de 3,4%, oclusión abierta anterior 7,4% y oclusión cruzada posterior con predominio unilateral de 3,7%. La oclusión cruzada anterior y la posterior se presentan con mayor frecuencia en el género femenino (5,6).

Las alteraciones de la oclusión se hacen presentes en cualquier etapa de la erupción dental y/o posterior a la misma, debido a diferentes factores etiológicos. Su origen es multifactorial (2-4). La literatura demuestra que existen diferentes factores de riesgo para el desarrollo de la maloclusión. Dichos determinantes contemplan factores biológicos: genéticos-hereditarios, anatómico-funcionales, trastornos respiratorios; factores conductuales: hábitos parafuncionales como succión digital, empuje lingual, queilofagia, onicofagia, la introducción de objetos extraños en la cavidad oral, el uso del biberón y de chupete de entretención; factores ambientales: hábitos nutricionales y tipos de alimentación y factores relacionados con el acceso al servicio de salud: pérdida prematura de dientes,

experiencia de caries, oportunidad y calidad del acceso al servicio, como elementos fundamentales en la presencia de maloclusiones (4,7).

Si bien la maloclusión es un signo clínico de alta frecuencia y de gran importancia en salud pública, la mayor parte de la población afectada por los signos clínicos relacionados con este evento no recibe atención médico-odontológica de manera oportuna.

En Colombia, lo anterior se relaciona con la no inclusión de la ortopedia maxilar y de la ortodoncia correctiva como parte de los tratamientos descritos en el plan obligatorio de salud (POS – POSS) para la población general, incluso en casos donde la funcionalidad orofacial se ve comprometida y/o afectada. A pesar de que la literatura argumenta, que las condiciones socioeconómicas no representan un papel fundamental en los tratamientos orientados al control de las maloclusiones, se sugiere que las representaciones sociales se encuentran relacionadas con la actitud del individuo y las poblaciones hacia la maloclusión, lo cual puede afectar el acceso a los servicios de salud (8).

Louis, Hebling, Senado y Moreno, citados por Murrieta J (8), plantean que la condición socioeconómica no se encuentra directamente relacionada con la maloclusión. En contraposición, Arredondo y Nieto citados por el mismo autor (8), argumentan que independientemente del ingreso económico o de las condiciones socioeconómicas de un individuo, cuando éste se encuentra motivado por corregir la desarmonía oclusal, busca los medios para acceder al servicio y someterse a un tratamiento de ortodoncia.

Sin embargo, se deben tener en cuenta las condiciones propias de cada régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia e identificar las características que este factor tiene con las posibilidades de tratamiento de los diferentes eventos de la salud oral. En términos generales, los regímenes especiales, el régimen contributivo y con menor frecuencia el régimen subsidiado, ofrecen a los pacientes la posibilidad de recibir tratamiento ortodóncicos interceptivos y correctivos,

5. Urrego P, Jiménez M, Arroyave LP, Londoño MA, Zapata M, Botero P. Perfil epidemiológico de la oclusión dental en escolares de Envigado, Colombia. *Rev. salud pública.* 13 (6):

6. Solarte J, Rocha A, Agudelo A. Perfil epidemiológico de las alteraciones de la oclusión en la población escolar del corregimiento de Genoy, municipio de Pasto, Colombia. *Rev Fac Odontol Univ Antioq. Medellín July/Dec. 2011; 23 (1) Print version ISSN 0121-246X*

7. Petroviü D, Vukiü-üülaflü B, Ivic S, Djuriü, M, Milekiü B. Study of the risk factors associated with the development of malocclusion. *Vojnosanit Pregl* 2013; 70(9): 817-23.

8. Murrieta JF, Arrieta C, Juárez L, Linares C, González M, Meléndez A. Prevalencia de maloclusiones en un grupo de estudiantes universitarios mexicanos y su posible asociación con la edad, el sexo y el nivel socioeconómico, 2009. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2012; 24(1): 121-32.

desde temprana edad, a través de un profesional especializado por medio de convenios especiales de contratación; sin embargo, el costo es asumido por el paciente de forma particular, por lo cual, la prioridad en la atención se focaliza sobre los motivos de consulta y diagnósticos principales cubiertos por el POS y el POSS. (9)

La educación individual y colectiva, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y el acceso al servicio de salud, representan estrategias desde todos los niveles de prevención, que permiten dar alcance al manejo integral de las maloclusiones. Teniendo en cuenta la realidad nacional descrita anteriormente, el profesional de la salud, especialmente el profesional de la salud oral y su equipo de trabajo, debe dirigir especial atención a la prevención primaria, tendiente a informar, educar y sensibilizar a la comunidad sobre el control de los principales factores de riesgo relacionados con este signo clínico.

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MALOCLUSIÓN EN LA POBLACIÓN USUARIA DE LAS CLÍNICAS CANDELARIA I Y CHÍA DE UNICOC (antes Colegio Odontológico Colombiano) EN BOGOTÁ, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2012

El objetivo del estudio fue caracterizar la condición de oclusión en los usuarios en las clínicas de UNICOC-Bogotá, permitiendo identificar el comportamiento del evento a través del análisis de los diferentes componentes sociodemográficos, para comparar los hallazgos con los referentes nacionales y locales.

Se realizó el análisis de 161 registros. Se contempló el rango de edad comprendido entre los 14 a 85 años, controlando los valores extremos y analizando la variable en subgrupos, con el fin de comparar los resultados con los referentes locales y nacionales. El 73.9% de la población procede del área urbana. Según el género, la población estuvo conformada por el 62% de mujeres (n=100) y 37,8% de hombres (n=61).

Se encontró que el tipo de maloclusión con mayor frecuencia fue la clase I, evidenciando una distribución

homogénea respecto al género para este hallazgo (49% género masculino y 49% género femenino). Si bien existe controversia en la literatura en relación a la distribución de la maloclusión respecto al género (6), en el presente análisis no se evidenciaron diferencias.

El signo clínico predominante relacionado con la desarmonía oclusal fue el apiñamiento dental, el cual representó el 57% del total de los signos asociados, afectando de manera representativa a la población mayor de 20 años (84%). Los datos anteriores coinciden con los resultados evidenciados por diferentes autores (4-8).

Los datos obtenidos en el presente análisis no permitieron la comparación con los resultados arrojados por el Tercer estudio Nacional de salud bucal ENSAB III de 1999, debido a los rangos de edad contemplados en la muestra poblacional del estudio nacional; si bien el apiñamiento dental fue un hallazgo representativo para el estudio en mención (ENSAB III de 1998) para este signo clínico se tomó únicamente como población de referencia nacional el grupo de individuos de 15 a 19 años, reportando los siguientes datos: Incremento de apiñamiento dental con predominio en el maxilar inferior (36,6% a los 12 años y 38,2% en el grupo de 15 a 19 años). Se observó de igual manera aumento de mordidas cruzadas posteriores, hallazgo posiblemente asociado al mantenimiento y conservación de dientes permanentes en boca (11).

En el mismo sentido, no fue posible realizar el análisis comparativo de los hallazgos del presente documento con los resultados evidenciados en el último informe del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral (SISVESO) para la población de la Localidad La Candelaria (en Bogotá), debido a la no inclusión de la maloclusión en el análisis epidemiológico de la población sujeto de estudio en dicho subsistema (12).

En cuanto al tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la presencia de desarmonías oclusales, entendida como cualquier tipo de maloclusión, no se evidencian diferencias representativas en la población analizada. Lo anterior puede encontrarse asociado a la no inclusión de los tratamientos de orto-

9. Ministerio de salud y protección social. Ley 1438 de 2011 disponible en http://www.minsalud.gov.co/comunicadosPrensa/Documents/Reforma%20a%20la%20Salud/Reforma_a%20_la_Salud.pdf

10. Ministerio de salud. Oficina de Epidemiología. III Estudio nacional de salud bucal-ENSAB III. Informe Ejecutivo Semanal. No. 8. De 2000. Tomado de SIVIGILA

11. Alcaldía mayor de Bogotá. Secretaría distrital de salud. Hospital Centro oriente. Equipo ASIS local. Informe enero 2014 Comité de vigilancia epidemiológica – COVE localidad los mártires, santa fe y la Candelaria.

12. Institución Universitaria Colegios de Colombia UNICOC. Facultad de Odontología. Centro de investigaciones del colegio odontológico CICO. Primer boletín Observatorio Epidemiológico de salud oral. Marzo 2013: 1(1).

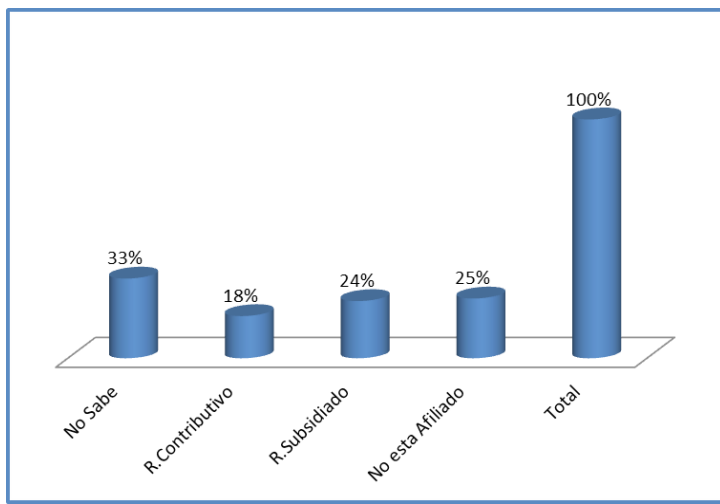


Figura 1. Distribución de la maloclusión según el régimen de afiliación

doncia correctiva por parte del Plan Obligatorio de Salud POS-POSS (contributivo y subsidiado) y a los costos relacionados con los tratamientos de ortodoncia en la consulta particular. Sin embargo, la población perteneciente al régimen contributivo presenta menor frecuencia de signos clínicos relacionados con desarmonía oclusal. (Figura 1)

Este hallazgo puede estar relacionado con características asociadas al régimen contributivo, donde los usuarios reciben algunos beneficios adicionales (asumiendo el costo), como los Planes Complementarios y la Medicina Prepagada, los cuales incluyen servicios de especialistas de las diferentes áreas disciplinares.

RELACIÓN ENTRE MOTIVOS DE CONSULTA, PRESENCIA DE MALOCLUSIÓN Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO.

Se indagó sobre la relación entre motivos de consulta, presencia de maloclusión y necesidad de tratamiento, encontrando que la población usuaria de las clínicas odontológicas de UNICOC sede Bogotá, refiere como motivo de consulta de mayor frecuencia: “Arreglar los dientes” (Tabla 1). El motivo de consulta no permite identificar la necesidad primaria de tratamiento, siendo ambiguo para definir el análisis de esta variable, comparado con los diagnósticos principales y la necesidad de tratamiento

Se sugiere plantear una especificidad mayor de este componente, teniendo en cuenta que la representación social sobre el concepto de una “Boca sana” planteada en la encuesta (Conocimientos actitudes y prácticas) CAPS incluida en el ENSAB III de 1998, se relaciona con el componente estético (11). Teniendo en cuenta los resultados

mencionados anteriormente, se considera necesario sensibilizar a los usuarios y operadores sobre la importancia del abordaje integral y multidisciplinario de las dimensiones de la salud oral. Así mismo, se hace necesario complementar la información anteriormente descrita a través de investigaciones y proyectos que propongan el estudio de índices que permitan identificar la necesidad de tratamiento periodontal, prostodóncico y ortodóncico, lo cual permitirá a futuro, establecer parámetros que orienten tratamientos integrales, en coherencia con las necesidades del paciente, apuntando a la interdisciplinariedad de los programas de pregrado y posgrado en odontología. Por lo anterior, se proponen jornadas de sensibilización donde los profesionales, docentes y estudiantes de odontología sean actores importantes en el manejo preventivo de las maloclusiones, promoviendo la lactancia materna, el desuso del hábito del biberón, el control de los hábitos parafuncionales en la primera infancia y la adolescencia, la preservación del tejido dental y la importancia del cuidado de los tejidos de sostén.

Respecto al principal hallazgo del estudio, se propone la socialización de las características de la maloclusión clase I, su diagnóstico y alternativas terapéuticas. Si bien, su pronóstico es favorable, sus variantes a largo plazo pueden desencadenar alteraciones en el sistema dento-facial y estomatognático, con mayor énfasis en edades tempranas; por lo tanto, la canalización al tratamiento preventivo y/o interceptivo de manera oportuna resulta fundamental (4).

Tabla 1. Motivos de consulta reportados por la población usuaria de las sede Candelaria I

| Motivo de consulta | n | % |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Arreglar los dientes | 48 | 33 |
| Valoración | 19 | 13 |
| Quiero una Prótesis | 18 | 12 |
| Dolor Dental | 17 | 12 |
| Terminar el tratamiento iniciado | 16 | 11 |
| Quiero Cambiarme la Prótesis | 8 | 5 |
| Limpieza | 5 | 3 |
| Me faltan Varios Dientes | 4 | 3 |
| Tengo Caries | 4 | 3 |
| Se me aflojo o cayo la prótesis | 3 | 2 |
| Dolor en la Encía | 2 | 1 |
| Se me están aflojando los dientes | 1 | 1 |
| Tengo sensibilidad | 1 | 1 |
| Total | 146 | 100 |

La red de Clínicas durante el año 2012-2013 atendió un total de 3174 pacientes en las clínicas de adultos. Al revisar la distribución por género predominó la población femenina con un 54,4%. Además, la cantidad de personas que proviene de la zona rural es reducida, presentándose en un 6,6% de los pacientes.

Durante la entrevista inicial el 50,1% de las personas consultantes reportaron haber asistido el último año a con-

Tabla 2. Características generales de los pacientes que ingresaron en el periodo 2012- 2013

| Variables | n | % |
|--|------|------|
| Género | | |
| Masculino | 1441 | 45,5 |
| Femenino | 1721 | 54,4 |
| Zona | | |
| Urbana | 2740 | 93,4 |
| Rural | 193 | 6,6 |
| Asistió el último año a consulta odontológica | | |
| Si | 1590 | 50.1 |
| No | 1584 | 49.9 |
| Motivo de consulta de última atención | | |
| Urgencia | 196 | 6,2 |
| Tratamiento | 2977 | 93.8 |

sulta odontológica, de ellos el 93.8.0% acudió por tratamiento odontológico (Tabla 2).

El rango de edad de los pacientes que consultaron durante el periodo 2012-2013 osciló entre 2 a 93 años con un promedio de 28.4 años y una desviación típica de 20.8 años. La distribución de las edades de los pacientes que ingresaron a la red de clínicas de la institución en el periodo 2012-2013. Se observa que el 7.6% de los pacientes tienen una edad menor a 6 años y un 28.4% de los pacientes tienen edades entre 6 y 11 años (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de las edades de los pacientes que ingresaron en el periodo 2012-2013

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|------------|------------|
| Menor a 6 años | 233 | 7.6 |
| 6 y 11 años | 875 | 28.4 |
| 12 y 14 años | 156 | 5.1 |
| 15 y 19 años | 122 | 4.0 |
| 20 y 24 años | 201 | 6.5 |
| 25 y 29 años | 164 | 5.3 |
| 30 y 34 años | 144 | 4.7 |
| 35 y 39 años | 130 | 4.2 |
| 40 y 44 años | 173 | 5.6 |
| 45 y 49 años | 228 | 7.4 |
| 50 y 54 años | 226 | 7.3 |
| 55 y 59 años | 176 | 5.7 |
| 60 y 64 años | 110 | 3.6 |
| 65 o más años | 146 | 4.7 |

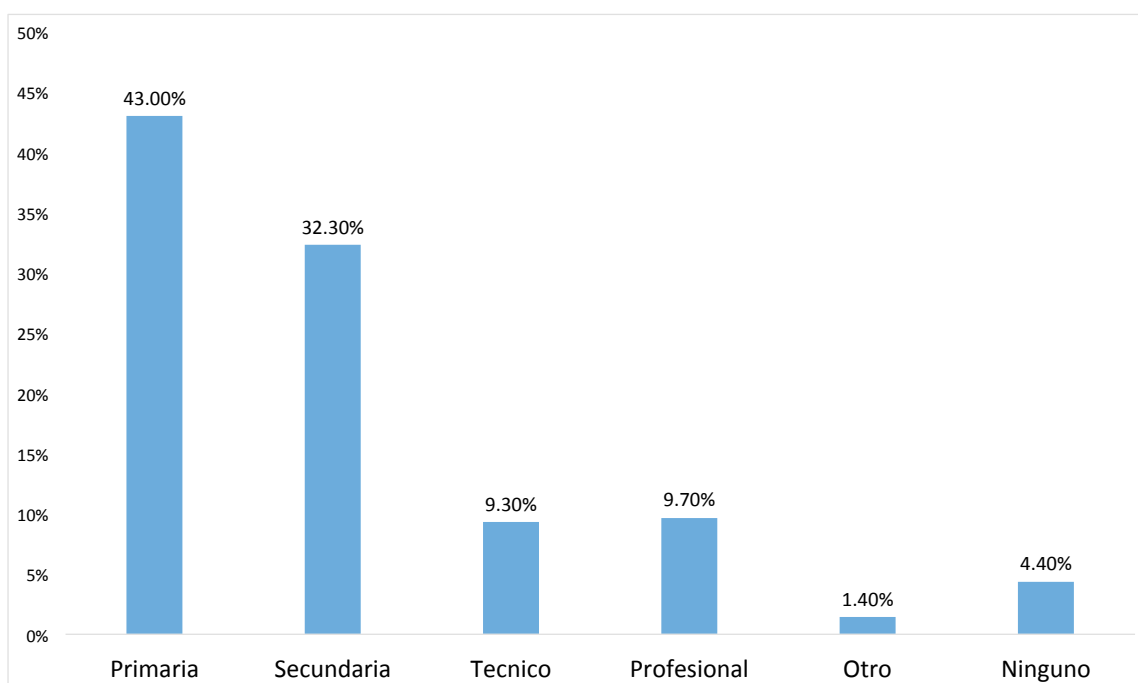


Figura 2. Nivel educativo de los pacientes que ingresaron en el periodo 2012-2013

La distribución del nivel educativo de los pacientes que ingresaron a tratamiento en la clínica de adultos de la Red de Clínicas de UNICOC, se evidencia que el 43% de los pacientes tienen un nivel de educación de primaria, seguido por secundario con un 32.3%; los niveles técnico y profesional presentaron porcentajes similares entre 9.3% y 9.7%, respectivamente (Figura 2).

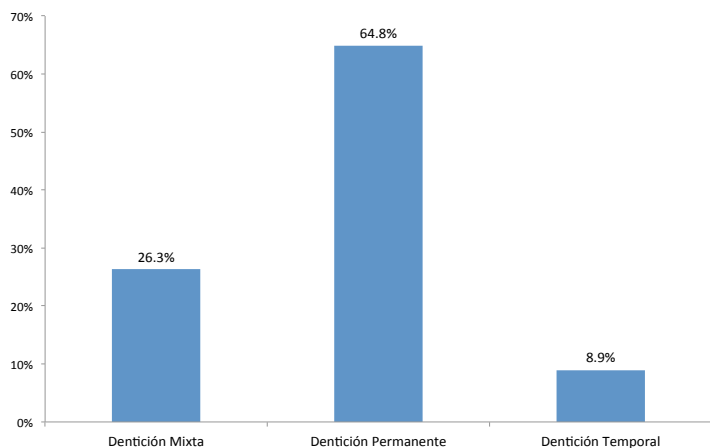


Figura 3. Distribución del tipo de dentición de los pacientes que ingresaron en el periodo 2012-2013

Con referencia el tipo de dentición de los pacientes atendidos en la institución, de aquí se evidencia que la mayor cantidad de pacientes tiene una dentición permanente (64.8%), seguido de un 26.3% de pacientes que tienen dentición mixta, mientras que el 8.9% presentan una dentición temporal (Figura 3).

Son calculadas y presentadas las frecuencias relativas para los diagnósticos de mordida abierta o cruzada, diastemas y apiñamientos en función del sexo y los grupos de edad (Tabla 4), complementados con la clasificación canina, molar de Angle y Relación Molar de los pacientes que ingresaron en el periodo 2012-2013 (Tabla 5).

Tabla 4. Frecuencia de Mordida abierta y cruzada, diastemas y apiñamientos de los pacientes que ingresaron en el periodo 2012-2013

| | Mordida Abierta Anterior % | Mordida Abierta Posterior % | Mordida Cruzada Anterior % | Mordida Cruzada Posterior % | Diastemas Anterior % | Diastemas Posterior % | Apiñamiento Anterior % | Apiñamiento Posterior % |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| Sexo | | | | | | | | |
| Hombre | 6.5 | 0.9 | 3.6 | 2.0 | 7.5 | 1.9 | 14.6 | 1.1 |
| Mujer | 6.2 | 0.8 | 1.4 | 2.3 | 6.1 | 2.4 | 12.3 | 1.2 |
| Grupos de Edad | | | | | | | | |
| Menor a 6 años | 5.4 | 0.0 | 4.3 | 1.6 | 5.9 | 1.6 | 8.1 | 0.0 |
| Entre 6 y 11 años | 11.6 | 0.7 | 3.2 | 2.1 | 4.9 | 0.7 | 15.4 | 1.0 |
| Entre 12 y 14 años | 17.2 | 2.2 | 2.2 | 3.7 | 6.7 | 0.0 | 24.6 | 3.7 |
| Entre 15 y 19 años | 4.3 | 0.0 | 3.6 | 1.4 | 5.1 | 0.7 | 19.6 | 0.7 |
| Entre 20 y 24 años | 5.1 | 0.9 | 1.9 | 2.3 | 6.1 | 0.9 | 15.9 | 0.5 |
| Entre 25 y 29 años | 5.8 | 0.6 | 1.9 | 3.9 | 7.1 | 2.6 | 21.9 | 2.6 |
| Entre 30 y 34 años | 2.3 | 0.0 | .8 | 1.5 | 7.6 | 2.3 | 14.5 | 1.5 |
| Entre 35 y 39 años | 4.6 | 0.8 | .8 | 3.1 | 5.4 | 3.1 | 14.6 | 0.8 |
| Entre 40 y 44 años | 5.2 | 1.9 | 2.4 | 3.3 | 9.5 | 6.2 | 12.8 | 2.8 |
| Entre 45 y 49 años | 3.4 | 1.3 | 3.4 | 2.1 | 7.6 | 3.4 | 11.3 | 0.8 |
| Entre 50 y 54 años | 4.6 | 1.2 | 1.2 | 2.3 | 6.2 | 4.2 | 12.0 | 0.4 |
| Entre 55 y 59 años | 3.3 | 0.9 | 1.4 | 1.9 | 8.8 | 2.8 | 9.3 | 0.5 |
| Entre 60 y 64 años | 1.4 | 0.0 | 1.4 | 2.9 | 10.9 | 4.3 | 7.2 | 2.2 |
| Más de 64 años | 1.7 | 1.1 | 0.0 | 0.6 | 6.9 | 0.6 | 1.1 | 0.6 |
| Total | 6.3 | 0.8 | 2.3 | 2.2 | 6.7 | 2.2 | 13.3 | 1.2 |

Tabla 5. Frecuencia de Clasificación canina, Angle y relación molar de los pacientes que ingresaron en el periodo 2012-2013

| | Canina Derecha % | | | Canina Izquierda % | | | Angle Derecha % | | | Angle Izquierda % | | | Molar Derecha % | | | Molar Izquierda % | | |
|-----------------------|------------------|----|-----|--------------------|----|-----|-----------------|----|-----|-------------------|----|-----|-----------------|----|----|-------------------|----|----|
| | I | II | III | I | II | III | I | II | III | I | II | III | PTR | ED | EM | PTR | ED | EM |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre | 62 | 27 | 11 | 64 | 26 | 10 | 57 | 33 | 10 | 53 | 32 | 15 | 42 | 14 | 44 | 42 | 10 | 48 |
| Mujer | 64 | 28 | 8 | 65 | 27 | 9 | 54 | 33 | 13 | 55 | 30 | 15 | 45 | 17 | 38 | 54 | 14 | 32 |
| Grupos de edad | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Menor a 6 años | 69 | 23 | 9 | 67 | 24 | 9 | 71 | 21 | 8 | 71 | 21 | 8 | 39 | 9 | 52 | 43 | 6 | 51 |
| Entre 6 y 11 años | 62 | 25 | 13 | 64 | 23 | 13 | 53 | 36 | 11 | 51 | 36 | 13 | 43 | 14 | 43 | 49 | 10 | 41 |
| Entre 12 y 14 años | 67 | 25 | 8 | 74 | 22 | 4 | 65 | 31 | 3 | 63 | 22 | 15 | 0 | 71 | 29 | 0 | 60 | 40 |
| Entre 15 y 19 años | 77 | 15 | 8 | 83 | 13 | 5 | 76 | 8 | 16 | 75 | 11 | 13 | 100 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 |
| Entre 20 y 24 años | 73 | 23 | 5 | 73 | 19 | 7 | 66 | 20 | 14 | 64 | 22 | 14 | 67 | 17 | 17 | 60 | 20 | 20 |
| Entre 25 y 29 años | 62 | 26 | 12 | 61 | 28 | 12 | 64 | 23 | 14 | 58 | 23 | 19 | 100 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 |
| Entre 30 y 34 años | 62 | 33 | 6 | 64 | 28 | 8 | 49 | 41 | 10 | 50 | 33 | 17 | 67 | 0 | 33 | 67 | 0 | 33 |
| Entre 35 y 39 años | 55 | 31 | 14 | 58 | 30 | 12 | 40 | 47 | 14 | 47 | 38 | 15 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| Entre 40 y 44 años | 65 | 32 | 3 | 67 | 29 | 4 | 43 | 49 | 9 | 42 | 49 | 9 | 75 | 25 | 0 | 75 | 25 | 0 |
| Entre 45 y 49 años | 44 | 53 | 4 | 43 | 52 | 5 | 43 | 41 | 16 | 34 | 45 | 22 | 50 | 0 | 50 | 50 | 50 | 0 |
| Entre 50 y 54 años | 59 | 34 | 7 | 57 | 34 | 9 | 39 | 44 | 16 | 53 | 28 | 19 | 40 | 60 | 0 | 40 | 60 | 0 |
| Entre 55 y 59 años | 70 | 19 | 12 | 71 | 22 | 7 | 59 | 33 | 9 | 59 | 31 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Entre 60 y 64 años | 45 | 41 | 14 | 48 | 43 | 10 | 41 | 36 | 23 | 36 | 36 | 27 | 50 | 25 | 25 | 50 | 25 | 25 |
| Más de 64 años | 58 | 33 | 8 | 62 | 31 | 8 | 56 | 33 | 11 | 50 | 30 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 63 | 28 | 9 | 64 | 27 | 9 | 55 | 33 | 12 | 54 | 31 | 15 | 43 | 16 | 41 | 47 | 12 | 41 |

PTR: Plano Terminal Recto. ED: Escalón Distal. EM: Escalón Mesial.