



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**PREVALENCIA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES
RETENIDOS SEGÚN INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA
PANORÁMICA EN ESTUDIANTES DE 16 A 25 AÑOS,
ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DENTAL DE LA UNSA.
AREQUIPA 2017 – 2018**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR:

Bachiller Elba Marilu, Pineda Ticona

ASESOR:

Dr. Gino Aurelio, Sotomayor León

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública Y Preventiva En Estomatología

Huancayo – Perú

2022

DEDICATORIA

A mi querida familia, mi esposo y mis hijos, que son mi principal motor y motivo de superación y lucha constante.

A mis Padres Vicente y Cristina y a mis hermanos les dedico todo mi esfuerzo desarrollado en mi formación universitaria.

AGRADECIMIENTOS

En principio, doy las gracias a Dios por mi vida, por llenarme de sabiduría y felicidad.

Se que sin ti nada de esto sería posible, porque has hecho que lo que antes parecía imposible, ahora se vuelva factible como yo deseaba en obtener el grado profesional.

Quiero agradecer de manera especial a mi Asesor Dr. C.D. Esp. Gino Sotomayor León por su apoyo, entusiasmo, y haberme guiado en base a su experiencia, sabiduría y paciencia, direccionar mis conocimientos para culminar la presente tesis.

Al C.D. Edwin Vargas Céspedes odontólogo del Departamento Medico de Ingenierías de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, a quien hago llegar mi más sincero agradecimiento, por su asesoramiento académico, y por permitirme ser partícipe de uno de sus proyectos de investigación y por su entrega incondicional durante el desarrollo de este trabajo de investigación y acceder a la base de datos para la realización del presente estudio.

PÁGINA DEL JURADO

Mg. C.D. German Cirilo Maraví Maita

.....

.....

PRESIDENTE DEL JURADO

Mg. Esp. C.D. Francisco Antonio Vargas Corpancho

.....

.....

SECRETARIO DEL JURADO

Dr. Esp. C.D. Gino Aurelio Sotomayor León

.....

.....

VOCAL DEL JURADO

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

ELBA MARILU PINEDA TICONA identificada con DNI 29676040, estudiante del programa especial de titulación de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, domiciliada en Av. Arequipa N°1210 (2do piso), Alto Selva Alegre, Arequipa; declaro bajo juramento que:

- 1) La investigación que realizo para la elaboración de mi tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citar y referencias para las fuentes consultadas. Por lo tanto, la tesis no ha sido plagiada, ni total, ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada, es decir, no ha sido publicada, ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados y por lo tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificar la falta de fraude (datos falsos), plagios (información sin citar autores), auto plagio (presentación como, nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado). Piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mis acciones se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt.

18 de febrero del 2022



Elba Marilu Pineda Ticona

DNI: 29676040



ÍNDICE

CARÁTULA	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
PÁGINA DEL JURADO	iv
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	v
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2.1. Problema general.....	11
1.2.2. Problemas específicos	11
1.3. Objetivos de la investigación.....	12
1.3.1. Objetivo general.....	12
1.3.2. Objetivos específicos.....	13
1.4. Limitación del Estudio.....	13
1.5. Justificación e Importancia del Estudio.....	13
1.5.1. Teórica	13
1.5.2. Metodológica	13
1.5.3. Práctica	14
1.6. Aspectos Éticos	14
1.7. Antecedentes de la Investigación	14
1.7.1. Antecedentes Nacionales	14
1.7.2. Antecedentes Internacionales	15
1.8. Bases Teóricas	17
1.9. Marco Conceptual.....	24
1.10. Hipótesis	25
1.11. Variables e Indicadores	25
1.12. Operacionalización de las variables	26
II. METODOLOGÍA	28
2.1. Método de investigación	28

2.2.	Enfoque investigativo	28
2.3.	Tipo de investigación	28
2.4.	Diseño de la Investigación	28
2.5.	Nivel de investigación	28
2.6.	Población y Muestra	28
2.6.1.	Población	28
2.6.2.	Muestreo	29
2.6.3.	Muestra.....	30
2.7.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	31
2.7.1.	Técnica.....	31
2.7.2.	Descripción.....	31
2.7.3.	Validez	31
2.7.4.	Confiabilidad.....	31
2.8.	Procesamiento y análisis de datos.....	32
2.8.1.	Procesamiento de datos	32
2.8.2.	Análisis de datos	32
III.	RESULTADOS	33
IV.	DISCUSIÓN.....	47
V.	CONCLUSIONES.....	49
VI.	RECOMENDACIONES	50
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	54
Anexo 1.	Matriz de consistencia	54
Anexo 2.	Ficha de recolección de datos.....	55
Anexo 3.	Documentación sustentatoria.....	56
Anexo 4.	Validación de Instrumento por Juicio de Expertos I.....	57
Anexo 5.	Validación de Instrumento por Juicio de Expertos II	59
Anexo 6.	Formato de recolección de datos	61

RESUMEN

El estudio planteó como propósito central hallar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años, atendidos en el consultorio dental de la UNSA. Siguiendo una metodología de tipo básica de diseño no experimental, de corte transversal, de carácter cuantitativo y de nivel descriptivo; tomando como unidad de estudio 115 radiografías panorámicas digitales de estudiantes universitarios. La evaluación se efectuó mediante una ficha de recolección de datos a través del cual se realizó el análisis de Winter y de Pell y Gregory, obteniendo como principales resultados, que respecto a la clasificación predominó la clase II con 52.2%, en cuanto al tipo de posición destacó la A con 43.5%, conjuntamente el análisis Winter demostró una prevalencia de la posición mesioangular con 47% resaltando la posición vertical con 29.1%. Concluyendo que en las radiografías panorámicas prevaleció la clase II A, en cuanto a la clasificación de Pell y Gregory; referente a la clasificación de Winter predominó la posición mesioangular.

Palabras clave: Terceros molares, radiografías panorámicas, análisis Winter, análisis Pell y Gregory; posición mesioangular.

ABSTRACT

The central purpose of the study was to find the prevalence of retained lower third molars according to panoramic radiographic interpretation in students between 16 and 25 years of age, attended at the dental office of the UNSA. Following a basic methodology of non-experimental design of cross-sectional, quantitative and descriptive level; taking as a unit of study 115 digital panoramic radiographs of university students evaluated by means of a data collection form through which the analysis of Winter and Pell and Gregory was carried out. The main results obtained were that with respect to the classification, class II predominated with 52.2%, as for the type of position, A stood out with 43.5%, together the Winter analysis showed a prevalence of the mesioangular position with 47%, highlighting the vertical position with 29.1%. In conclusion, in the panoramic radiographs of the present study, class II prevailed in terms of the Pell and Gregory classification; with regard to the Winter classification, the mesioangular position predominated.

Key words: Third molars, panoramic radiographs, Winter analysis, Pell and Gregory analysis; mesioangular position.

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años, atendidos en el consultorio dental de la UNSA. Arequipa 2017 – 2018, en el que se evaluará con la clasificación de Winter, Pell y Gregory, las historias clínicas registradas, en el Departamento Médico del Área de Ingenierías de la UNSA.

La metodología aplicada es de una investigación básica, no experimental, transversal, retrospectiva, con enfoque cuantitativo, descriptivo y observacional; considerando como unidad muestral a 115 pacientes, teniendo en cuenta sus historias clínicas y radiografías panorámicas.

Resulta importante contribuir con el conocimiento sobre este tema, determinando la prevalencia los terceros molares retenidos en una población específica y grupo etario relativamente homogéneo, en una población estudiantil universitaria.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Dado que los terceros molares inferiores son una complicación común que enfrentan los cirujanos dentistas debido a su posición con el diente contiguo y la rama ascendente del hueso mandibular, lo que dificulta llegar a ellos, así como el limitado espacio aprovechable para la erupción y la alta probabilidad de retención; es fundamental aportar conocimientos sobre este tema en una población específica y un grupo de edad relativamente homogéneo (1).

Estos dientes son los últimos en erupcionar y experimentan cambios en su trayectoria de erupción, que es incompleta, lo que provoca una relación inadecuada con el segundo molar, dando lugar a una variedad de posiciones que, en gran parte de los casos, aumentan el riesgo de pericoronaritis, bolsas periodontales, caries dental, rizólisis, quistes y otras patologías (infecciosas, mecánicas, tumorales y nerviosas) . (2)

Por ello la presente investigación contribuirá a la comprensión de los cirujanos dentistas que laboran en esta institución con aporte estadístico, evaluación y

diagnostico radiográfico que contribuya a lograr una adecuada planificación quirúrgica de las terceras molares mandibulares retenidas y aportar al conocimiento científico en el área de la estomatología.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años, atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017 – 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA según la edad, Arequipa 2017 – 2018?
- ¿Cuál es la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA según el sexo, Arequipa 2017 – 2018?
- ¿Cuál es la relación existente entre la edad y el sexo según la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos mediante la interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017 – 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años, atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017 – 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA según la edad, Arequipa 2017 – 2018.
- Determinar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA según el sexo, Arequipa 2017 – 2018.
- Relacionar la prevalencia existente entre la edad y el sexo de terceros molares inferiores retenidos mediante la interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017 – 2018.

1.4. Limitación del Estudio

Para la obtención de las radiografías Panorámicas los exámenes tuvieron un costo económico asumido por los estudiantes universitarios para acceder al servicio por convenio con una Institución Privada, lo cual limitó el número de la muestra.

1.5. Justificación e Importancia del Estudio

1.5.1. Teórica

Los terceros molares mandibulares se constituyen como unas piezas difíciles de erupcionar debido a la falta de espacio, lo cual genera una gran dificultad de erupción y provocan diferentes complicaciones que afectan la salud bucal.

1.5.2. Metodológica

El estudio desarrollado pretendió determinar la prevalencia de los terceros molares retenidos con los parámetros de la investigación científica y la aplicación de metodologías, en el análisis y evaluación respecto a la clasificación de Winter y de Pell y Gregory.

1.5.3. Práctica

El estudio permitió determinar la clasificación de la posición de los terceros molares inferiores en una población específica, con la finalidad de brindar información estadística y conocimiento a cirujanos dentistas para contribuir a su desenvolvimiento profesional.

1.6. Aspectos Éticos

El estudio desarrollado cumple con las directrices demandados por el Comité de investigación de la casa de estudios Franklin Roosevelt.

1.7. Antecedentes de la Investigación

1.7.1. Antecedentes Nacionales

El presente trabajo esta reforzado por referentes de antecedentes nacionales.

Belizario, J. (2018). Arequipa, Perú (3); La finalidad del estudio fue determinar la prevalencia de terceros molares retenidos en pacientes de 18 a 35 años de acuerdo a la categorización de Winter y del Pell Gregory. Bajo un marco metodológico de tipo básica, de diseño no experimental, de corte transeccional y alcance descriptivo; considerando como unidad muestral 1920 radiografías concernientes al periodo 2015-2017, empleando la técnica de la observación documental. Obteniendo como resultado respecto a la clasificación de Pell y Gregory, la clase II A fue la de mayor prevalencia; mientras que, en el análisis de Winter la posición mayor frecuencia fue la mesioangular.

Tirado, P. (2015). Lima, Perú (4); El propósito de la pesquisa fue decretar la posición de mayor frecuencia de los terceros molares mandibulares de acuerdo a la categorización de Pell y Gregory en correspondencia con el componente género en pacientes que asisten al Departamento de Estomatología del Hospital Central FAP. Bajo un marco metodológico de tipo básica, de diseño no experimental, consideró como unidad muestral 130 radiografías panorámicas. Obteniendo como resultados que respecto a la categorización de Pell y Gregory, se determinó la predominancia de la clase II B en ambos géneros.

Valerio, H. (2012). Lima, Perú (5); En su estudio "Posiciones e inclusiones de terceros molares mandibulares en pacientes examinados en la clínica estomatológica de la UIGV, periodo 2011" formuló como propósito identificar la posición e inclusión de los terceros molares inferiores. El procedimiento consistió en seleccionar y revisar la totalidad de las historias clínicas de la clínica estomatológica, dando como resultado el descubrimiento de 1.000 radiografías panorámicas, de las cuales 507 eran varones y 493 mujeres, con una edad promedio de 24 años. Según Winter, el patrón más común era la mesioangular con 82,11 % y con la clasificación de Pell & Gregory, la mayor prevalencia fue la clase II con un 92,73%.

En conclusión, el género masculino tuvo una mayor prevalencia respecto al género femenino, no teniendo significación estadística. La mayor prevalencia fue la clase II nivel B y mayor frecuencia la posición mesioangular en esta investigación.

Jauregui, M. (2000). Lima, Perú (6); Examinó la frecuencia y nivel de estrechamiento antero inferior en 160 sujetos del Hospital FAP con terceros molares, identificando para la clasificación de Winter, la posición mesioangular en un 45,6% , vertical en un 43,1%, y horizontal en un 11,3%.Y respecto a la categorización de Pell y Gregory, la clase IA en un 60,3%, IIA en un 50,6%, IIB en un 16,9%, IIIA en un 14,4%, IIIB en un 5,6% y IIC en un 6,3%.

1.7.2. Antecedentes Internacionales

Chicarelli, M. (2012), Paraná, Brasil (7); Ejecutó el "Estudio radiográfico de la prevalencia de impactaciones dentarias de terceros molares y sus concernientes posiciones, ejecutadas en el División de Radiología de la Clínica Odontológica de la Univ. de Maringá, 2009- 2011", cuya metodología fue analizar 1004 radiografías ,teniendo como propósito hallar afectaciones de terceros molares, ordenando las posiciones según Winter, Pell y Gregory , tomando en cuenta la edad, género. En conclusión, la categorización de Winter, la posición vertical del diente 38 fue la que presentó más predominancia en las féminas, mostrando discrepancia estadísticamente significativa en cuanto a los varones; al mismo tiempo, en la categorización de Pell & Gregory la clase II fue la de mayor prevalencia en las féminas.

Ribeiro, E. (2012). Curitiba, Brasil (8); El investigador analizó la "prevalencia de las localizaciones de terceros molares inferiores retenidos en referencia a la categorización de Pell & Gregory en pacientes visitados en la Clínica Estomatológica de la Univ. de Curitiba, 2011". Analizando 430 radiografías, se encontró que los pacientes femeninos de entre 20 y 25 años sufrieron mayores perjuicios por la retención de terceros molares. En ambos lados, hubo una superioridad de la clase II A según la clasificación utilizada (derecha e izquierda). Finalmente se concluye que las féminas presentan mayor frecuencia de malas posiciones en los terceros molares inferiores.

Velásquez, J (2010). Caracas, Venezuela (9); El objetivo del estudio "Clasificación de Pell & Gregory de los terceros molares impactados en jóvenes de 18 a 20 años en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela en 2009", fue averiguar qué tan comunes son los impactos relacionados con los terceros molares inferiores. En vista de ello, se estudiaron 50 pacientes con terceros molares impactados de entre 18 y 20 años de edad. Como consecuencia, se descubrió que el 55% de los 100 dientes analizados pertenecían a hombres, siendo la posición más común la clase II tipo C (50%), en consecución de la clase III tipo C (26%) y, finalmente, la clase I tipo C (24%), siendo la edad más común los 19 años. Por último, la presente investigación descubrió una prevalencia significativa del sexo masculino, así como de terceros molares inferiores impactados de clase II y tipo C.

1.8. Bases Teóricas

Terceros molares inferiores

Se constituyen como piezas que se sitúan detrás de los segundos molares inferiores, estos corresponden con la dentición permanente. Se originan a los 36 meses, comienzan a calcificarse a los 9 años y erupcionan entre los 17 y los 25 años, el tercer molar erupciona y se completa la formación del ápice. Es habitual hallarlo con una variación de forma y tamaño, además de la corona como en la raíz; lo más conocido es la inconsistencia en su ubicación, que no hace oclusión en aproximadamente el 60% en su presentación, y no erupciona fuera de la encía en más de la mitad de los casos; esta condición se conoce como molares retenidos (10).

Dado que el tercer molar inferior es la última pieza dental en formarse y erupcionar, a menudo provoca cambios de posición debido al limitado espacio disponible para su correcta alineación, de modo que pueda mantenerse contra la cara distal del segundo molar inferior.

La retención del mismo se trata de una condición común que afecta a una amplia población y que frecuentemente requiere una intervención, con el tratamiento quirúrgico. Cuando se encuentra un tercer molar retenido, se extrae usualmente a través de la exodoncia para minimizar problemas posteriores. Los dientes retenidos son aquellos que no erupcionaron completamente en el arco dental como estaba previsto. Otros definen los dientes retenidos como aquellos que no erupcionaron debido a un obstáculo físico en la ruta de erupción (11).

Características anatómicas

El diente con más cambios anatómicos son los terceros molares. Su anatomía coronal y radicular, así como su tamaño y volumen, presentan diferencias. Su morfología oclusal varía mucho, con hasta cinco cúspides y una corona aún de mayor tamaño que la de los segundos molares inferiores (12).

En cuanto a la morfología de las raíces, en su conjunto, las raíces del tercer molar pueden asemejarse a un cono de base superior, que coincide con el cuello dentario.

Por lo general es birradicular, la raíz mesial puede ser bífida, es aplastada en sentido mesiodistal, y algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. Son frecuentes los molares de tres, cuatro y cinco raíces; correlativamente, resulta una disposición radicular diversa y heterogénea, pues escapa a toda norma particular.

Por último, es frecuente encontrar agenesia de estos dientes, y en otro porcentaje, se encuentran dientes supernumerarios, especialmente a la altura del maxilar superior, en función de las variaciones de número.

La falta de espacio como factor etiológico de los terceros molares inferiores retenidos, en la medición de la distancia entre el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar se presentan tres factores:

-La aposición del hueso sobre la cara externa de la mandíbula y del maxilar

-La resorción del borde anterior de la rama montante de la mandíbula que aumenta la longitud del arco dentario mandibular.

Considerando el aumento de longitud, es común que los terceros molares no tengan espacio para erupcionar; como los molares permanentes se desarrollan en un sitio más distal que el que deben ocupar en el arco, es frecuente que sus raíces muestren signos de desplazamiento, por la curvatura hacia distal de sus raíces.

En relación con lo anterior, la disparidad entre la zona aprovechable en los procesos alveolares a nivel mandibular y la suma de las medidas de los dientes resulta en un espacio limitado, por lo que los terceros molares se enfrentan a diversos retos para completar su erupción permaneciendo intraóseos (13).

Clasificación del Tercer molar inferior retenido

Para llevar a cabo la evaluación de las posibles localizaciones de los terceros molares inferiores, se pueden utilizar la categorización de Winter o la de Pell y Gregory.

Winter (1926) fue el primero en clasificar los dientes basándose en la angulación del eje superior del tercer molar en correspondencia con el eje superior del segundo molar, seguido por Pell y Gregory (1933) quienes clasificaron los dientes

asentándose en la analogía entre el nivel del molar y el plano oclusal del segundo molar, conjunto a la asociación entre la rama ascendente y la cara distal del segundo molar (14).

- **Clasificación de Winter**

Winter considera la posición del tercer molar en relación con el eje axial del segundo molar en sentido coronorradicular (14).

Vertical: Cuando los dos ejes son paralelos.

Horizontal: Cuando ambos ejes son perpendiculares

Mesioangular: Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anterosuperior

Cercano a los 45 °.

Disto angular: Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anteroinferior de

45°.

Invertido: Cuando la corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa, con un giro

De 180 °.

Vestíbulo versión: (Buco angular) Cuando los ejes oblicuos están hacia vestibular y sus raíces

hacia lingual.

Linguo versión: (Linguo angular) Cuando los ejes oblicuos van hacia lingual

(corona hacia la **lengua** y ápices hacia la tabla externa)

Ilustración 1.

Clasificación según Winter

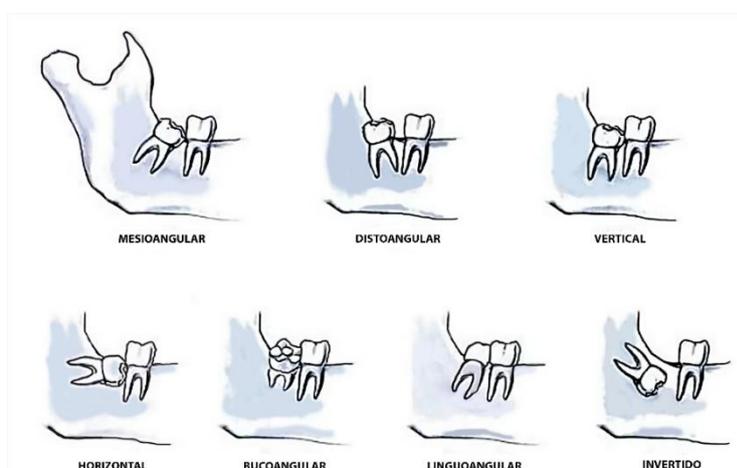


Figura 1. Clasificación de Winter - 1926 (Fuente: Raspall, 2007)

- **Clasificación de Pell y Gregory**

Pell y Gregory se basan en la profundidad del tercer molar en el hueso y la correspondencia de este con la cara del segundo molar y el margen antes de la rama ascendente de la mandíbula (15). Su clasificación permite:

Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular

Clase I El espacio anteroposterior es suficiente entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar para la erupción.

Clase II La rama mandibular cubre aproximadamente la mitad del tercer molar, dejando la otra mitad abierta a la erupción.

Clase III El tercer molar está totalmente dentro de la rama mandibular, por lo que en consecuencia ese tercer molar no tendrá espacio suficiente para su erupción.

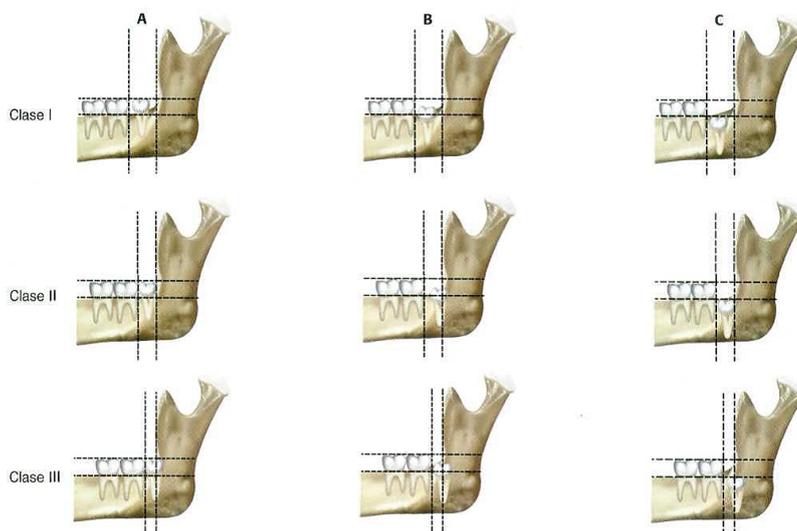
Nota. En la tabla anterior se aprecia la Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular de Reyes et al. (2021).

Profundidad relativa del tercer molar en el hueso

Posición A	La parte más alta del tercer molar está en el plano de la superficie oclusal del segundo molar, o por encima de él.
Posición B	La sección más alta del tercer molar está por debajo del plano oclusal, pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.
Posición C	La sección más alta del tercer molar está al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Nota. En la tabla anterior se aprecia la Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular de Reyes et al. (2021).

Clasificación según Pell y Gregory



Nota: Figura tomada de “Frecuencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell y Gregory (2014)

Complicaciones infecciosas del tercer molar inferior

Las infecciones de la zona, tales como la pericoronaritis, son las más comunes, así también las infecciones regionales, además de los diversos tipos de abscesos cervicofaciales, y las infecciones sistémicas pueden desarrollarse en el tercer molar (16).

Es así que las consecuencias regionales como las sistémicas suelen aparecer más tarde tras la pericoronaritis del tercer molar inferior, es decir, como resultado de un mal tratamiento, pérdida de las defensas del paciente, entre otras (16). Dentro de algunas complicaciones se encuentran:

- **Pericoronaritis:** La pericoronaritis es una infección de los tejidos blandos que envuelven la corona de un diente que en parte a erupcionado, con una inflamación aguda, subaguda o crónica como resultado (17). Esta condición inflamatoria puede afectar a cualquier diente en teoría, sin embargo, afecta más comúnmente al tercer molar inferior (18).
- **Pericoronaritis Aguda Serosa o Congestiva:** El dolor en la región retromolar se produce sin previo aviso y la masticación provoca molestias. Una mucosa rojiza y edematosa cubre parte de la corona del tercer molar inferior en la inspección intraoral. La mucosa pericoronaria aparece comprimida, lo que provoca la aparición de una serosidad nebulosa, seropurulenta o sanguinolenta. El dolor desaparece por sí solo o como resultado del tratamiento, y la pericoronaritis evoluciona hacia la remisión. A corto o largo plazo, puede surgir una nueva crisis (6-12 meses). Sin embargo, a partir de esta inflamación puede desarrollarse una pericoronaritis supurativa (18).
- **Pericoronaritis aguda supurada:** Se muestra el efecto antálgico del trismus, que no suele ser muy fuerte. La disfagia y la dificultad para masticar son signos de una inflamación que se extiende al paladar blando o a la zona amigdalara, los cuales están enrojecidos e hinchados. En el área del tercer molar hay supuración. El pus sale de la tapa de la mucosa cuando se aplasta, la gingiva está hinchada y desagradable, y puede haber ulceración o descamación en la franja del opérculo, que puede mostrar evidencias de hendidura del diente superior e incluso de mordedura (19).

- **Pericoronaritis crónica:** Ocurre cuando el absceso submucoso persiste y no hay drenaje, dando lugar a una pericoronaritis persistente con síntomas leves, aunque hay una molestia local, no un verdadero dolor, con irradiación en dirección al área auricular y ciertos momentos de limitación de la apertura bucal. Un dolor sordo o una molestia leve dura uno o dos días, con remisiones espaciadas durante varios meses. La impactación persistente de restos de alimentos y los traumatismos dentales al masticar o cerrar la boca desempeñan un papel fundamental en la pericoronaritis crónica (20).

Análisis radiográfico

El examen radiográfico del tercer molar, o más exactamente, del área específica de dicha pieza dental, debe proporcionar información útil para la correcta realización del tratamiento. Tomándose en consideración la profundidad del diente retenido, la inclinación con el eje del segundo molar adyacente, la correspondencia con la rama mandibular, la cantidad de raíces, medida radicular, forma, la orientación, el espacio del ligamento periodontal, el espacio correspondiente entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama, y la comparación de este espacio con la distancia mesio distal del tercer molar deben ser considerados (21).

Radiografías panorámicas

La técnica radiológica esencial para diagnosticar los terceros molares sigue siendo la ortopantomografía o radiografía panorámica. Este medio de diagnóstico nos permite capturar una imagen única de las distribuciones faciales, incluyendo las arcadas superior e inferior, así como las estructuras de soporte (22).

Se puede efectuar diagnósticos radiográficos de traumatismos, los terceros molares, las enfermedades importantes, el crecimiento de los dientes, especialmente en la dentición mixta, los dientes retenidos o los restos radiculares, las anomalías del desarrollo, las lesiones óseas o afecciones de tipo tumoral, etc. Asimismo, es fundamental comprender la ubicación del canal dental inferior, que se relaciona con las raíces de los dientes inferiores, el cual está protegido por una capa cortical separada que aparece en la radiografía como dos líneas radiopacas (23).

Para realizar un diagnóstico preciso y determinar la dificultad de extraer el tercer molar sin dificultades postoperatorias, es necesario conocer su posición, el espacio de erupción accesible, la orientación de erupción y las distribuciones que lo envuelven (24). Por ello, es necesario hacer una valoración radiológica previa al plan de tratamiento. Por lo cual determinar su posición y orientación aportará una serie de datos importantes en la intervención quirúrgica a realizar. (25).

En el Diagnóstico radiográfico se examinará la corona dentaria, así como el número y la ubicación de las raíces, estas consiguen estar fusionadas de manera cónica, separadas, convergentes, incurvadas, etc. También mostrará la ubicación, que será vertical, mesio y distoangular, horizontal o invertida. También indica si el ligamento periodontal está presente o no, así como la situación: submucosa o agujereando la mucosa (diente incrustado o impactado); intraósea alta o baja (incluso) ectópica (26).

La radiografía panorámica se utiliza para una mejor visión de conjunto y el diagnóstico de inclusiones múltiples, ectópicas o heterotópicas, o cuando el paciente no puede abrir la boca debido al trismus dental. (26).

1.9. Marco Conceptual

- **Prevalencia:** Determina el porcentaje de personas en una zona geográfica determinada que padecen una enfermedad a lo largo de un periodo de tiempo específico. Se debe tener en cuenta que, si se trata de una infección de duración prolongada en un tiempo determinado, es un parámetro útil (27).
- **Retención dental:** se refiere a un diente que está parcial o completamente bloqueado para erupcionar después de que haya pasado su período de erupción regular (28).
- **Inclusión dental:** Correspondiente al diente retenido en el maxilar o mandibular rodeado del saco pericoronario y de su lecho óseo intacto.

1.10. Hipótesis

H₁: Existe prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años, atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017 – 2018.

H₀: No existe prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años, atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017 – 2018.

1.11. Variables e Indicadores

Variable independiente

- Terceros Molares inferiores retenidos

Variable Dependiente

- Interpretación Radiográfica

Co variables

- Edad
- Sexo

1.12. Operacionalización de las variables

VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
(Variable Independiente) Terceros Molares Inferiores Retenidos.	Los terceros molares son las últimas piezas dentales en erupcionar y sufrir alteración en el trayecto de su erupción, el cual no se llega a completar determinándose una inadecuada relación al segundo molar, presentando diversas posiciones que en la mayoría de los casos incrementa la posibilidad de causar diversas patologías locales. Se considera retención dentaria a aquel momento en que el diente no completa su erupción, ya sea de manera parcial o total y se encuentra rodeada de saco pericoronario y de hueso	Clasificación de los Terceros molares retenidos: Clase: Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular. Tipo: Profundidad del tercer molar retenido con respecto a la superficie oclusal y la línea cervical de la segunda molar inferior.	PELL Y GREGORY	Clase I Clase II Clase III Posición: Tipo A Tipo B Tipo C	Cualitativo nominal
		Relación a su posición con respecto al eje longitudinal de la segunda molar	WINTER	Vertical Horizontal Mesioangular Distoangular Invertida Vestíbulo versión Linguo versión	Cualitativo nominal

(Variable dependiente) Interpretación radiográfica	La radiografía panorámica es una técnica radiológica, mediante la cual se obtiene una imagen bidimensional de las estructuras óseas faciales (maxilar, mandíbula, Articulación Temporo mandibular, piezas dentales)	Análisis radiográfico	Calibración y observación de la imagen radiográfica del tercer molar inferior retenido	Caracterización de: Clase Tipo Posición	Cualitativo nominal
(Covariable) Edad	Evolución biológica, física y psicológica de las personas	Cronológica	DNI	16-25	Cualitativo
(Covariable) Sexo	Características biológicas, anatómicas y fisiológicas de una persona	Antropomorfo	DNI	Masculino Femenino	Cualitativo nominal

II. METODOLOGÍA

2.1. Método de investigación

El método aplicado fue el observacional; puesto que a través de la observación se midió las variables.

2.2. Enfoque investigativo

Cuantitativa, dado que se analiza data de tipo cuantitativa.

2.3. Tipo de investigación

Básica, dado que el presente estudio únicamente buscó ampliar los conocimientos básicos sobre las variables de estudio.

2.4. Diseño de la Investigación

No experimental, por el hecho de que no se maniobraron las variables de estudio y corte transversal

2.5. Nivel de investigación

Descriptivo, puesto que refiere las características del fenómeno de estudio.

2.6. Población y Muestra

2.6.1. Población

La población considerada para el estudio fueron 135 educandos universitarios de ambos sexos, con edades entre de 16 a 25 años; quienes accedieron a la toma radiografías panorámicas vía convenio con el Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial CRANEX, en el transcurso del periodo de Setiembre del 2017 a diciembre del 2018, en el Departamento Medico (Área de Ingenierías) de la Universidad de la UNSA.

La unidad de estudio fueron las radiografías panorámicas digitales.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de Inclusión

Radiografías panorámicas digitales de pacientes que asistieron al servicio de Odontología del Departamento Médico (Área de Ingenierías) de la UNSA. Periodo 2017 – 2018.

Radiografías de pacientes con rango de edad de 16 – 25 años.

Que la radiografías muestren por lo menos 1 Tercer Molar inferior
Segundo molar inferior para realizar el estudio

Radiografías nítidas de la zona que se examina.

Criterios de Exclusión

Imágenes radiográficas que no muestren de forma clara la zona a examinar conjunto a la ausencia de segundo molar adyacente a la pieza a estudiar.

Radiografías que manifiesten evidencias patológicas en la zona a examinar.

Historias clínicas con casos de terceros molares mandibulares totalmente erupcionadas.

2.6.2. Muestreo

El tipo de muestreo empleado fue el no probabilístico por conveniencia puesto que estuvo compuesta por radiografías panorámicas digitales seleccionadas en base a los criterios de inclusión y exclusión

2.6.3. Muestra

En tanto, la muestra consideró 115 radiografías panorámicas digitales de estudiantes universitarios que asistieron al servicio de Odontología del Departamento Médico (Área de Ingenierías) de la UNSA.

2.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

2.7.1. Técnica

Se seleccionarán las radiografías de acuerdo con los criterios de inclusión. Posteriormente se consignó la data de las radiografías en una ficha de recolección de data según los objetivos del estudio en la ficha recolección de datos. (se adjunta en anexos)

El nombre, la edad, el sexo y el motivo de consulta de cada paciente se registraron en el formulario de recogida de datos en base a la historia clínica; después, se adjuntó la radiografía panorámica a la historia, y se rellenaron las tablas correspondientes a la clasificación de Pell y Gregory y de Winter de los terceros molares inferiores en ambos hemiarcos.

2.7.2. Descripción

El instrumento aplicado contempló datos generales; conjunto a ello se consideró el análisis radiográfico mediante el análisis de Winter y el análisis de Pell y Gregory con lado mandibular

2.7.3. Validez

El instrumento fue elaborado a través del juicio de expertos, tal como se puede apreciar en los anexos.

2.7.4. Confiabilidad

El instrumento mostró una confiabilidad de 0,96, el cual indica que el instrumento es confiable.

2.8. Procesamiento y análisis de datos

2.8.1. Procesamiento de datos

- Se remitió una solicitud hacia al director del Centro Médico Universitario del Área de Ingenierías de la UNSA.
- Documento de conformidad de la solicitud presentada.

2.8.2. Análisis de datos

Los datos recogidos a través de los formularios se codificaron para permitir un procesamiento de datos más eficiente. Conjuntamente, se utilizó un equipo Intel Core 5 con el sistema operativo Windows 7 y el programa IBM SPSS statistics v22, para la aplicación de la prueba estadística de Pearson.

III. RESULTADOS

Objetivo general: Determinar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años, atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017 – 2018.

Tabla 1. Prevalencia de terceros molares retenidos

		Prevalencia de tercer molar inferior retenido	
		n	%
Análisis de Pell y Gregory Clase	Sin retención	27	11,7
	I	66	28,7
	II	120	52,2
	III	17	7,4
Análisis de Pell y Gregory Tipo	Sin retención	27	11,7
	A	100	43,5
	B	88	38,3
	C	15	6,5
	Total	230	100,0
Análisis de Winter	Sin retención	27	11,7
	Mesioangular	108	47,0
	Horizontal	25	10,9
	Vertical	67	29,1
	Distoangular	3	1,3
	Total	230	100,0

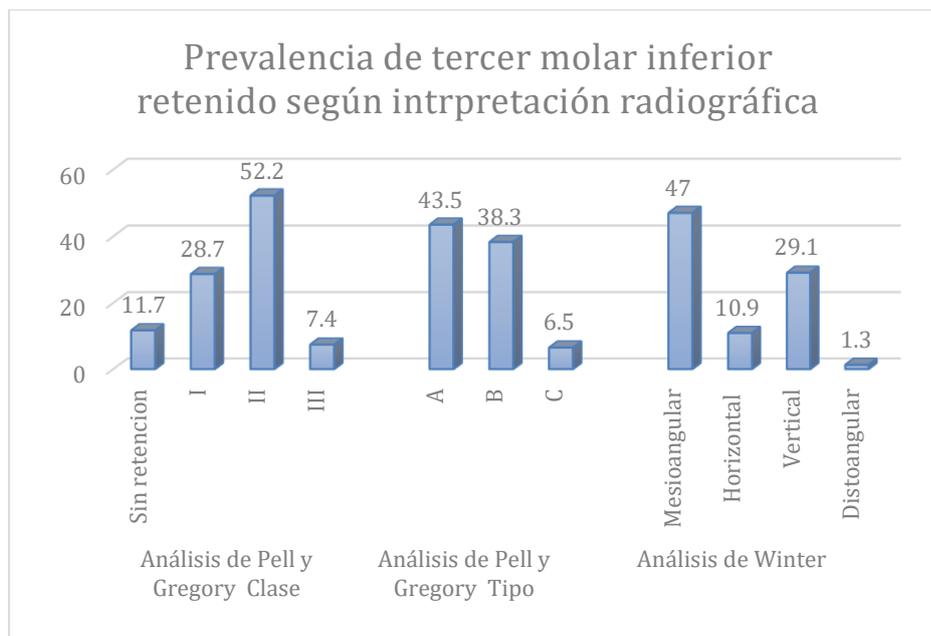


Gráfico 1. Prevalencia de terceros molares retenidos según interpretación radiográfica

En la tabla 1 y gráfico 1, se aprecia la predominancia de terceros molares inferiores retenidos de acuerdo a la interpretación radiográfica, se observó sin retención de 11,7% de las molares inferiores; según el análisis de Pell y Gregory 28,7% son de Clase I; 52,2% clase II y 7,4% clase III; 43,5% son de tipo A; 38,3% tipo B y 6,5% tipo C. De acuerdo al análisis de Winter el 47% se encuentra en posición mesioangular; 10,9% en posición horizontal; 29,1% en posición vertical y 1,3% en posición distoangular

Interpretación:

a) Según Pell y Gregory el espacio disponible, en la **Clase II** fue la más frecuente con un total de 120 casos que corresponde a un 52,2 % (el espacio disponible fue menor que el ancho mesio distal de la corona del tercer molar)

b) Según Pell y Gregory, para la profundidad relativa fue mayor para la clasificación **Tipo A** con 100 casos que corresponde a un 43,5 % (La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar)

c) Según la Clasificación de Winter la posición más frecuente fue la **mesioangular** con 108 casos que corresponde al 47 % seguido de la vertical con 64 casos que hacen un 29,1%.

Objetivo específico 1: Establecer la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA según la edad, Arequipa 2017 – 2018.

Tabla 2. Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según la edad

		Grupo etario								P*
		16 a 19 años		20 a 22 años		23 a 25 años		Total		
Análisis de		n	%	n	%	n	%	N	%	
Pell y Gregory	Sin retención	11	4,8	11	4,8	5	2,2	27	11,7	0,012
	I	27	11,7	32	13,9	7	3,0	66	28,7	
	II	68	29,6	46	20,0	6	2,6	120	52,2	
	III	14	6,1	3	1,3	0	0,0	17	7,4	
Análisis de Pell y Gregory	Sin retención	11	4,8	11	4,8	5	2,2	27	11,7	0,003
	A	42	18,3	49	21,3	9	3,9	100	43,5	
	B	54	23,5	30	13,0	4	1,7	88	38,3	
	C	13	5,7	2	0,9	0	0,0	15	6,5	
Análisis de Winter	Sin retención	11	4,8	11	4,8	5	2,2	27	11,7	0,100
	Mesioangular	60	26,1	42	18,3	6	2,6	108	47,0	
	Horizontal	13	5,7	12	5,2	0	0,0	25	10,9	
	Vertical	36	15,7	24	10,4	7	3,0	67	29,1	
	Distoangular	0	0,0	3	1,3	0	0,0	3	1,3	
	Total	120	52,2	92	40,0	18	7,8	230	100,0	

Fuente propia del autor

* Prueba Chi cuadrado de Pearson con nivel de significancia de 0,05.

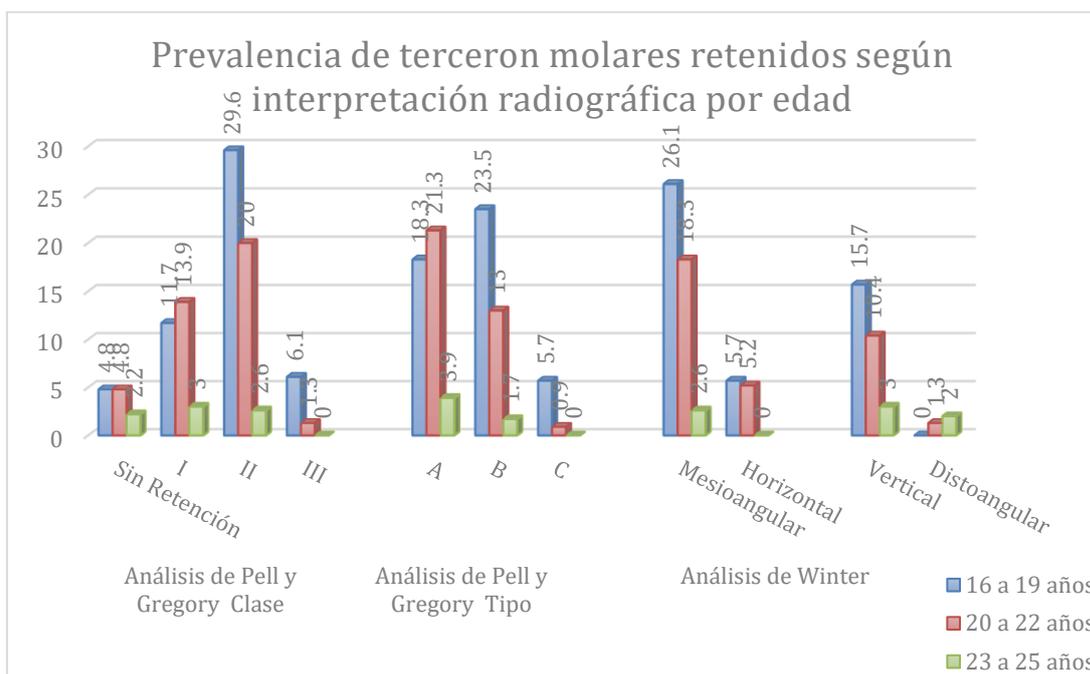


Gráfico 2. Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica por edad

En la tabla 2 y gráfico 2, se observa la predominancia de terceros molares inferiores de acuerdo con la interpretación radiográfica y según la edad, se observó que 52,2% de las piezas eran de pacientes de 16 a 19 años, 40% de 20 a 22 años y 7,8% de 23 a 25 años.

Se observó sin retención en 4,8% de las piezas de pacientes entre los 16 y 19 años, 4,8% de 20 a 22 años y 2,2% de 23 a 25 años.

Interpretación:

a) En el análisis de Pell y Gregory por **Clase**, se observa en la clase I con 11,7% de 16 a 19 años; 13,9% de 20 a 22 años y 3% de 23 a 25 años; con clase II 29,6% de 16 a 19 años; 20% de 20 a 22 años y 3% de 23 a 25 años; con clase III 6,1% de 16 a 19 años y 1,3% de 20 a 22 años.

Se demostró relación estadísticamente significativa entre la edad y el análisis de Pell y Gregory por clase al obtener un valor de $p=0,012$.

b) En el análisis de Pell y Gregory por **Tipo**, se observa de tipo A 18,3% de 16 a 19 años; 21,3% de 20 a 22 años y 3,9% de 23 a 25 años; de tipo B 23,5% de 16 a 19 años; 13% de 20 a 22 años y 1,7% de 23 a 25 años; de tipo C 5,7% de 16 a 19 años y 0,9% de 20 a 22 años.

Se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad y el análisis de Pell y Gregory por tipo al obtener un valor de $p=0,003$.

c) En el análisis de Winter, con relación al eje longitudinal, se observó en posición mesioangular a 26,1% de 16 a 19 años; 18,3% de 20 a 22 años y 2,6% de 23 a 25 años; en posición horizontal 5,7% de 16 a 19 años; 10,4% de 20 a 22 años y 3% de 23 a 25 años; en posición vertical 15,7% de 16 a 19 años, 10,4% de 20 a 22 años y 3% de 23 a 25 años; y en posición distoangular el 1,3% de los casos de 20 a 22 años.

No se halló relación estadísticamente significativa entre la edad y el análisis de Winter al obtener un valor de $p=0,100$.

Objetivo específico 2: Decretar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA según el sexo, Arequipa 2017 – 2018.

Tabla 3. Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según el sexo.

		Sexo						P*
		Femenino		Masculino		Total		
		n	%	n	%	N	%	
Análisis de Pell y Gregory Clase	Sin retención	15	6,5	12	5,2	27	11,7	0,004
	I	36	15,7	30	13,0	66	28,7	
	II	57	24,8	63	27,4	120	52,2	
	III	16	7,0	1	0,4	17	7,4	
Análisis de Pell y Gregory Tipo	Sin retención	15	6,5	12	5,2	27	11,7	0,000
	A	39	17,0	61	26,5	100	43,5	
	B	56	24,3	32	13,9	88	38,3	
	C	14	6,1	1	0,4	15	6,5	
Análisis de Winter	Sin retención	15	6,5	12	5,2	27	11,7	0,041
	Mesioangular	60	26,1	48	20,9	108	47,0	
	Horizontal	7	3,0	18	7,8	25	10,9	
	Vertical	39	17,0	28	12,2	67	29,1	
	Distoangular	3	1,3	0	0,0	3	1,3	
	Total	124	53,9	106	46,1	230	100,0	

Fuente propia del autor

* Prueba Chi cuadrado de Pearson con nivel de significancia de 0,05.

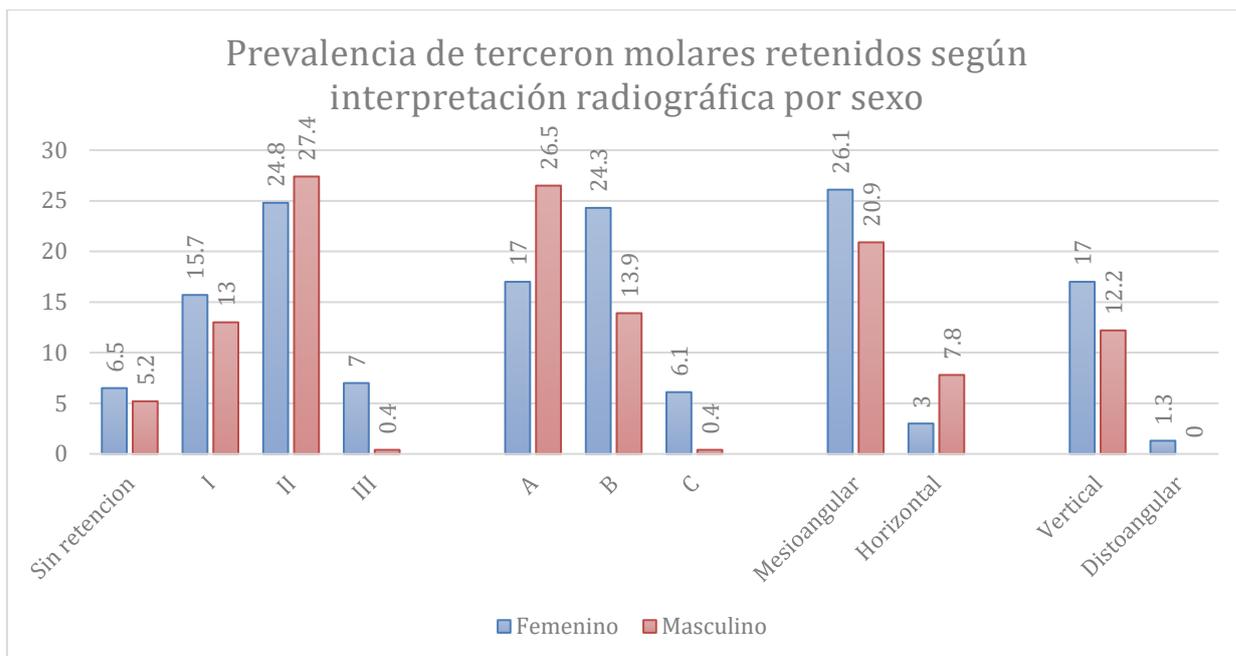


Gráfico 3. Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según el sexo.

En la tabla 3 y gráfico 3, se estima la predominancia de terceros molares inferiores retenidos de acuerdo a la interpretación radiográfica y el sexo, se aprecia que 53,9% de las piezas son de mujeres y 46,1% de varones.

Se observó sin retención en 6,5% de las piezas de mujeres y 5,2% de varones.

Interpretación:

a) Según el análisis de Pell y Gregory por **Clase**. Se observa con clase I en 15,7% de mujeres y 13% de varones; con clase II 24,8% de mujeres y 27,4% de varones; con clase III 7% mujeres y 0,4% de varones.

Se halló relación estadísticamente significativa entre el sexo y el análisis de Pell y Gregory por clase al obtener un valor de $p=0,004$.

b) Según el análisis de Pell y Gregory por **Tipo**, se observa de tipo A 17% de mujeres y 26,5% de varones; de tipo B 24,3% de mujeres y 13,9% de varones; de tipo C 6,1% de mujeres y 0,4% de varones.

Se halló relación estadísticamente significativa entre el sexo y el análisis de Pell y Gregory por tipo al obtener un valor de $p=0,000$.

c)En el análisis de Winter, en relación con el eje longitudinal, se observó en posición mesioangular a 6,5% de mujeres y 20,9% de varones; en posición horizontal 3% de mujeres y 7,8% de varones; en posición vertical 17% de mujeres y 12,2% de varones; y en posición distoangular el 1,3% de mujeres; y en varones 0 %.

Se encontró relación estadísticamente significativa entre el sexo y el análisis de Winter al obtener un valor de $p=0,041$.

Objetivo específico 3: Relacionar la prevalencia existente entre la edad y el sexo de terceros molares inferiores retenidos mediante la interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017 – 2018.

Tabla 4. *Relación entre la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según edad y sexo.*

		Grupo etario								P*	
		16 a 19 años		20 a 22 años		23 a 25 años		Total			
Análisis	Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%		
s Pell y Gregorio y Clase	Femenino	Sin retención	8	6,5	5	4,0	2	1,6	15	12,1	0,077
		I	19	15,3	16	9	1	0,8	36	29,0	
		II	37	29,8	19	3	1	0,8	57	46,0	
		III	14	11,3	2	1,6	0	0,0	16	12,9	
		Total	78	62,9	42	9	4	3,2	124	100,0	
		Masculino	Sin retención	3	2,8	6	5,7	3	2,8	12	
I	8	7,5	16	1	6	5,7	30	28,3			
II	31	29,2	27	2	5	4,7	63	59,4			
III	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,9			
Total	42	39,6	50	2	14	2	106	100,0			

Análisis Pell y Gregor y Tipo	Femenino	Sin retención	8	6,5	5	4,0	2	1,6	15	12,1	0,008
		A	18	14,5	19	3	2	1,6	39	31,5	
		B	39	31,5	17	7	0	0,0	56	45,2	
		C	13	10,5	1	0,8	0	0,0	14	11,3	
		Total	78	62,9	42	9	4	3,2	124	0	
Masculino		Sin retención	3	2,8	6	5,7	3	2,8	12	11,3	0,681
		A	24	22,6	30	3	7	6,6	61	57,5	
		B	15	14,2	13	3	4	3,8	32	30,2	
		C	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,9	
		Total	42	39,6	50	2	14	2	106	0	
Análisis de Winter	Femenino	Sin retención	8	6,5	5	4,0	2	1,6	15	12,1	0,090
		Mesioangular	37	29,8	22	7	1	0,8	60	48,4	
		Horizontal	6	4,8	1	0,8	0	0,0	7	5,6	
		Vertical	27	21,8	11	8,9	1	0,8	39	31,5	
		Distoangular	0	0,0	3	2,4	0	0,0	3	2,4	

	Total				33,				100,
		78	62,9	42	9	4	3,2	124	0
Masculi no	Sin retención	3	2,8	6	5,7	3	2,8	12	11,3
	Mesioangula r	23	21,7	20	18,	5	4,7	48	45,3
	Horizontal	7	6,6	11	10,	0	0,0	18	17,0
	Vertical	9	8,5	13	12,	6	5,7	28	26,4
	Distoangular	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	42	39,6	50	47,	14	13,	106	100,
					2	2		0	0,216

Fuente propia del autor

* Prueba Chi cuadrado de Pearson con nivel de significancia de 0,05.

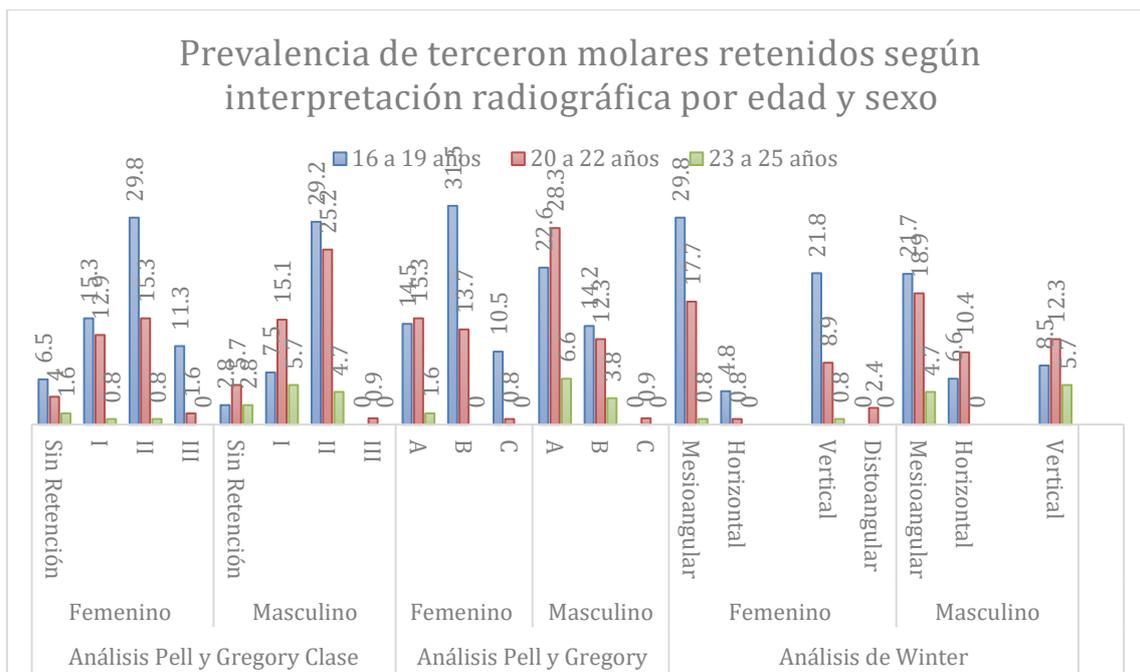


Gráfico 4. Relación entre la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según edad y sexo.

En la tabla 4 y gráfico 4, se manifiesta la relación entre la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica por edad y sexo; con relación al análisis de Pell y Gregory por clase.

Interpretación:

a) Según el análisis de Pell y Gregory por **Clase**. En el sexo femenino se observó:

Sin retención en 6,5% de las piezas de pacientes entre los 16 y 19 años, 4% de 20 a 22 años y 1,6% de 23 a 26 años.

Con clase I se observó en 15,3% de 16 a 19 años; 12,9% de 20 a 22 años y 0,8% de 23 a 25 años.

Con clase II 29,8% de 16 a 19 años; 15,3% de 20 a 22 años y 0,8% de 23 a 25 años;

Con clase III 11,3% de 16 a 19 años y 1,6% de 20 a 22 años.

Se halló relación estadísticamente significativa entre la edad, el sexo femenino y el análisis de Pell y Gregory por clase al obtener un valor de $p=0,077$.

b) Según el análisis de Pell y Gregory por **Clase**. En el sexo masculino se observó:

Sin retención en 2,8% de las piezas de pacientes entre los 16 y 19 años, 5,7% de 20 a 22 años y 2,8% de 23 a 26 años.

Con clase I se observó en 7,5% de 16 a 19 años; 15,1% de 20 a 22 años y 5,7% de 23 a 25 años.

Con clase II 29,2% de 16 a 19 años; 25,2% de 20 a 22 años y 4,7% de 23 a 25 años.

Con clase III 0,9% de 20 a 22 años

No se halló relación estadísticamente significativa entre la edad, y el sexo masculino y el análisis de Pell y Gregory por clase al obtener un valor de $p=0,194$.

c) Según el análisis de Pell y Gregory por **Tipo** en el género femenino, observó:

Con el tipo A 14,5% de 16 a 19 años; 15,3% de 20 a 22 años y 1,6% de 23 a 25 años.

Con el de tipo B 31,5% de 16 a 19 años y 13,7% de 20 a 22 años.

Con el tipo C 10,5% de 16 a 19 años y 0,8% de 20 a 22 años.

Se halló relación estadísticamente significativa entre la edad, el sexo femenino y el análisis de Pell y Gregory por tipo al obtener un valor de $p=0,008$.

d) Según el análisis de Pell y Gregory por **Tipo**. En el sexo masculino, observó:

Con el tipo A 22,6% de 16 a 19 años; 28,3% de 20 a 22 años y 6,6% de 23 a 25 años.

Con el tipo B 14,2% de 16 a 19 años; 12,3% de 20 a 22 años y 3,8% de 23 a 25 años.

Con el tipo C 0,9% de 20 a 22 años.

No se halló relación estadísticamente significativa entre la edad, el sexo masculino y el análisis de Pell y Gregory por tipo al obtener un valor de $p=0,681$.

e) En el análisis de Winter en relación al eje longitudinal. En el sexo femenino se observó: en posición mesioangular a 29,8% de 16 a 19 años; 17,7% de 20 a 22 años y 0,8% de 23 a 25 años; en posición horizontal – transversal 4,8% de 16 a 19 años y 0,8% de 20 a 22 años; en posición vertical 21,8% de 16 a 19 años, 8,9% de 20 a 22 años y 0,8% de 23 a 25 años; y en posición distoangular el 2,4% de los casos de 20 a 22 años.

No se halló relación estadísticamente significativa entre la edad, el sexo femenino y el análisis de Winter al obtener un valor de $p=0,090$.

f) En el análisis de Winter en relación al eje longitudinal. En el sexo masculino se observó en posición mesioangular a 21,7% de 16 a 19 años; 18,9% de 20 a 22 años y 4,7% de 23 a 25 años; en posición horizontal – transversal 6,6% de 16 a 19 años y 10,4% de 20 a 22 años; en posición vertical 8,5% de 16 a 19 años, 12,3% de 20 a 22 años y 5,7% de 23 a 25 años; no se observaron piezas en posición distoangular en los varones.

No se halló relación estadísticamente significativa entre la edad, el sexo masculino y el análisis de Winter al obtener un valor de $p=0,216$.

IV. DISCUSIÓN

En el presente estudio se evidenció la prevalencia de terceros molares inferiores según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años, atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017 – 2018; en el que se obtuvo la data indispensable del Departamento Médico Universitario, donde se estudiaron 115 radiografías panorámicas digitales.

Respecto al objetivo general de estudio se determinó que en la Clasificación de Pell y Gregory, la Clase II obtuvo un 52.2 %, siendo la más prevalente. La Clase I presentó 28.7 % y finalmente la clase III alcanzó un 7.4 %. Respecto al Tipo la Posición A obtuvo un 43.5%. el tipo B presentó 38.3% y finalmente la posición C alcanzó un 6.5 %. Mientras que, en el análisis de Winter se obtuvo que la posición mesioangular es la de mayor predominancia con un 47 %, la vertical con un 29.1 %, la horizontal 10.9 % y la distoangular 1.3%

Para la clasificación de Pell y Gregory estos resultados coinciden para la en la Clase IIA con la investigación de Belizario (2018) y Ribeiro (2012) y también reportada por Chicarelli (2012) para la posición Clase II.

Y por el contrario en otros estudios se estableció mayor frecuencia de la clase II B en Tirado P. (2015), Valerio (2012), Clase II C Velásquez (2010), Clase IA Jauregui (2000).

En cuanto a la clasificación de Winter los resultados de la presente investigación coinciden en la prevalencia de la posición mesioangular, con las investigaciones de Belizario (2018), Valerio (2020), Jauregui (2000) y por el contrario en el estudio de Chicarelli (2012) fue más prevalente la posición vertical.

En referencia al primer objetivo específico sobre la prevalencia de terceros molares inferiores según la edad en la clasificación de Pell y Gregory el grupo etario de mayor prevalencia fue el de 16 a 19 años con un 29.6 % de la clase II; mientras que un 23.5 % fue del tipo B. Además de acuerdo a la clasificación de Winter se coincide con la posición más prevalente que es la mesioangular con un 26.1 % en el grupo etario de 16 a 19 años.

Aproximándose a la investigación Velázquez (2010) en el que la clase II es más frecuente a los 19 años, solo difiriendo en el tipo C.

En relación con el segundo objetivo específico sobre la prevalencia de terceros molares inferiores según el sexo, los resultados para la clasificación de Pell y Gregory reflejaron una predominancia del género masculino para la clase II con un 27.4%; mientras que para el tipo B fue un 26.5%. Lo cual tendría coincidencia con lo establecido por Valerio (2012) determinando mayor prevalencia en el género masculino con la Clase II B. Así mismo tendría similar aproximación a lo referido en la investigación de Tirado (2015) en el que el género masculino fue el de mayor prevalencia con un 72.3 % en Clase II solo difiriendo en el tipo C.

Así mismo en la presente investigación en el género femenino se identificó un 24.8 % para la clase II en mujeres aproximándose en coincidencia con la investigación de Chicarelli, M. (2012), el cual determinó la mayor prevalencia de la Clase II en mujeres.

Respecto al tercer objetivo específico, que buscó relacionar prevalencia existente entre la edad y el sexo de terceros molares inferiores retenidos mediante la interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA, en lo que respecta al análisis de Pell y Gregory destacó el género femenino con un 29,8 % en la Clase II y un 31.5 % en el tipo B predominando el rango etario de 16 - 19 años; y en lo que respecta el análisis de Winter prevaleció el género femenino con un 29,8% en posición mesioangular perteneciente al grupo etario de 16 a 19 años.

En síntesis, se puede resaltar que los resultados obtenidos evidencian que la posición de mayor frecuencia en lo que respecta los terceros molares inferiores retenidos; evidencian que en la clasificación Pell Gregory predomina la clase II; mientras que, en la clasificación de Winter prevalece la posición mesioangular. Resultados que coinciden plenamente con los de nuestra investigación.

V. CONCLUSIONES

PRIMERO: Se evidencia la prevalencia de los terceros molares inferiores retenidos de acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory con un 52.2% para la Clase II y el tipo A con 43.5%. Mientras que, en la clasificación de Winter, se refleja la predominancia de la posición mesioangular con un 47 %.

SEGUNDO: Se evidencia la prevalencia de los terceros molares inferiores retenidos según la edad en nuestros resultados coincidentes con la clasificación de Pell y Gregory para la clase II con un 29.6 % fue el de mayor prevalencia en el grupo etario de 16 a 19 años y el tipo B con un 23.5% fue el de mayor prevalencia en el grupo etario de 16 A 19 años. Por su parte, la clasificación Winter refleja que la posición de mayor prevalencia es la mesioangular con un 26.1% en el grupo etario de 16-19 años.

TERCERO: Se evidencia con la clasificación de Pell y Gregory, en el sexo masculino prevaleció la clase II con un 27.4% y el tipo A con 26.5 %y en el sexo femenino prevalece la clase II con 24,8 % y el Tipo B con 24,3. Y según la clasificación de Winter en el sexo femenino fue más prevalente la posición mesioangular con un 26.1 % y en el sexo masculino la posición mesioangular fue de 20,9 %.

CUARTO: Se evidencia con la clasificación de Pell y Gregory en la Clase y Tipo que se encuentra relación estadísticamente significativa entre la edad y el sexo femenino y no existe relación estadísticamente significativa entre la edad y el sexo masculino. Predominando el grupo etario de 16 a 19 años el sexo femenino la clase II con un 29,8 % y el tipo B con un 31.5%.

QUINTO: Se evidencia con la clasificación de Winter con relación al eje longitudinal que no se encuentra relación estadísticamente significativa entre la edad y el sexo femenino y masculino. Predominando el grupo etario de 16 a 19 años el sexo femenino la posición mesioangular con 29,8 % respecto a un 21,7 % del sexo masculino.

VI. RECOMENDACIONES

PRIMERO: Se recomienda a los profesionales de estomatología tener en cuenta la clasificación de Pell y Gregory y Winter; en lo que respecta la intervención de los terceros molares retenidos con el propósito de reducir las complicaciones al momento del procedimiento.

SEGUNDO: Se recomienda implementar el servicio de ayuda de diagnóstico radiográfico en todos los consultorios dentales por la frecuencia de retención dentaria en las edades de 16 a 25 años.

TERCERO: Se recomienda a los educandos de la especialidad de estomatología proseguir con la línea de investigación desarrollando más información estadística con nuevas investigaciones que cobren una mayor población y muestra orientados estudios antropométricos, que midan el índice de grado de dificultad de la extracción quirúrgica de los terceros molares inferiores retenidos y su relación con el conducto dentario inferior.

CUARTO: Se recomienda que, para tratar la complejidad de la intervención de los terceros molares inferiores retenidas, los profesionales especialistas ejecuten un análisis oportuno de interpretación radiográfica panorámica para que en base a ello determinen el tratamiento más idóneo, para así avalar el éxito de los procedimientos a realizar.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz C, Martínez M, VH, Díaz M. Caracterización de terceros molares inferiores incluidos. Rev San Gregorio. 2019 octubre; 17(39, 42-58).
2. Pérez D, Alcolea J, Viltres G. Erupción de terceros molares inferiores. Rev. Multimed. 2017 marzo; 19(3, 102-118).
3. Belizario J. Prevalencia de terceros molares retenidos según la clasificación de Winter y Pell Gregory, en pacientes de 18 a 35 años [Tesis] , editor. Arequipa : UNSA; 2018.
4. Tirado P. Posición más frecuente de terceros molares en la FAP [tesis] , editor.: HMC FAP,; 2015.
5. Valerio H. Posición de terceros molares mandibulares en pacientes de la clínica estomatológica de la UIGV periodo 2011 [tesis] , editor. Lima: UIGV; 2012.
6. Jáuregui M. Frecuencia y gravedad del apiñamiento anteroinferior en pacientes con terceros molares de 17 a 40 años [Tesis] , editor. Lima : UNFV; 2000.
7. Chicarelli M. Estudio de la prevalencia de terceros molares y sus respectivas posiciones Clínica Odontológica- Univ. Estatal de Maringá [Tesis] , editor. Brasil: Univ. Estatal de Maringá; 2012.
8. Ribeiro E. Prevalencia de las posiciones de terceros molares inferiores retenidos en la categorización de Pell & Gregory [Tesis] , editor. Curitiba: UCB; 2012.
9. Velásquez J. Categorización de Pell & Gregory de terceros molares impactada en jóvenes de 18 – 20 años [Tesis] , editor. Venezuela: FOUCV; 2010.
10. Armand M. Terceros molares retenidos. Rev. Información Científica. 2015 Junio; 92(4).
11. Sthorayca R. Frecuencia de terceros molares inferiores retenidos de acuerdo a la categorización de Pell-Gregory y Winter. Et Vita. 2017 Diciembre; 12(2).

12. Velayos J. Anatomía de la cabeza para odontólogos Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2007.
13. Aparicio M. Incidência das posições anatômicas e agenesia dos terceiros molares em estudantes de São Luís Sao Luis ; 2018.
14. Crespo P, Farfán M, García A, Landi D. Frecuencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos según la categorización de Pell y Gregory Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
15. Reyes L, Interiano S, Barreda G, Matta J. Clasificación del tercer molar según la clasificación Pell y Gregory. Rev. Mex. Cirujía Bucal. 2021 abril ; 17(1, 4-10).
16. Belizario J. Prevalencia de terceros molares retenidos de acuerdo a la categorización de Winter y Pell Gregory, en pacientes de 18 a 35 años Arequipa: Universidad César Vallejo; 2017.
17. Brescó M. Susceptibilidad antibiótica de las bacterias causantes de infecciones odontogénicas Madrid; 2006.
18. Donado M. Cirugía bucal, patología y técnicas. 3rd ed. Barcelona; 2005.
19. Paredes. Predominancia de inclusión dental y patología México: Facultad de Odontología Mexicali de la UABC; 2005.
20. Rodríguez D. Cirugía bucal. Técnica España: Masson; 2005.
21. Ricketts R. Diagnosis and treatment of third molar enucleation. Journal California Dental Association ed. California; 1976.
22. Abramovich. Histología y Embriología dentaria. 2nd ed.: Ed. Médica Panamericana; 1999.
23. Gay C. Cirugía Bucal. Tomo II ed.: OCEANO; 1999.
24. Gibilisco J. Diagnóstico Radiológico en Odontología. 5th ed.: Ed. Médica Panamericana.

25. Chiapasco M. Cirugía Oral. 1st ed. Barcelona: Texto y Atlas en color ; 2004.
26. Herrera D. Predominancia de terceras molares mandibulares retenidas atendidas en el centro quirúrgico de una clínica especializada Lima: USMP; 2009.
27. Pérez L, De Armas A, Fuentes E, Rosell F, Urrutia D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Rev. Ciencias Médicas. 2011; 15(2, 53-64).
28. Proaño P, Sáenz J, Cazar M. Retención dentaria múltiple. Rev. Society. 2021; 10(6).

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>General: ¿Cuál es la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años, atendidos en el Consultorio dental de la UNAS, Arequipa 2017 – 2018?</p> <p>Específicos</p> <p>1. ¿Cuál es la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA según la edad?, Arequipa 2017 – 2018.</p> <p>2. ¿Cuál es la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA según el sexo?, Arequipa 2017 – 2018.</p> <p>3. ¿Cuál es la relación existente entre la edad y el sexo según la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos mediante la interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA? Arequipa 2017 – 2018.</p>	<p>General: Determinar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017 – 2018.</p> <p>Específicos:</p> <p>1.-Establecer la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA según la edad Arequipa 2017 – 2018.</p> <p>2.-Establecer la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA según el sexo Arequipa 2017 – 2018.</p> <p>3.-Relacionar la prevalencia existente entre la edad y el sexo de terceros molares inferiores retenidos mediante la interpretación radiográfica panorámica en estudiantes atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017 – 2018.</p>	<p>H₁: Existe prevalencia, de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años, atendidos en el consultorio dental de la UNSA, Arequipa 2017-2018</p> <p>H₀: No Existe prevalencia</p>	<p>Variable independiente: Terceros molares mandibulares retenidos</p> <p>Variable dependiente: Interpretación radiográfica</p> <p>Variable interviniente: -Edad -Sexo</p>	<p>1. Tipo y nivel de la Investigación.</p> <p>-Tipo de investigación: El método aplicado es de una investigación básica, transversal, retrospectiva, con enfoque cuantitativo, -Nivel de Investigación: Descriptivo y observacional.</p> <p>2. Diseño de la investigación.</p> <p>Diseño epidemiológico no experimental</p> <p>3. Técnica.</p> <p>La observación científica.</p> <p>4. Instrumento.</p> <p>Ficha de recolección de datos según la clasificación de Winter y Pell y Gregory.</p>	<p>Población: Se evaluarán todas las radiografías panorámicas registradas en el consultorio del Departamento Medico del Área de Ingenierías de la UNSA.</p> <p>Tipo: No probabilística</p> <p>Tamaño de la muestra: Está conformada por las radiografías panorámicas que fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación.</p>

Anexo 2. Ficha de recolección de datos

**“PREVALENCIA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN INTERPRETACIÓN
RADIOGRÁFICA PANORÁMICA EN ESTUDIANTES DE 16 A 25 AÑOS, ATENDIDOS EN EL
CONSULTORIO DENTAL DE LA UNSA, AREQUIPA 2017 – 2018”**



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

Marcando con una (“x”).

NÚM. HC:

FECHA:

EDAD:

SEXO: Femenino - Masculino

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO: POSICIÓN TIPO Y CLASE DE TERCER MOLAR INFERIOR.

ANÁLISIS DE WINTER

VERTICAL	HORIZONTAL	MESIOANGULAR	DISTOANGULAR	INVERTIDA	Pza.
Izquierda	Izquierda	Izquierda	Izquierda	Izquierda	38
Derecha	Derecha	Derecha	Derecha	Derecha	48

VESTIBULO VERSION	LINGUO VERSION	Pza.
Izquierda	Izquierda	38
Derecha	Derecha	48

ANÁLISIS DE PELL Y GREGORY CON LADO MANDIBULAR:

TERCER MOLAR INFERIOR PIEZA 48			
TIPO A		CLASE I	
TIPO B		CLASE II	
TIPO C		CLASE III	

TERCER MOLAR INFERIOR PIEZA 38			
TIPO A		CLASE I	
TIPO B		CLASE II	
TIPO C		CLASE III	

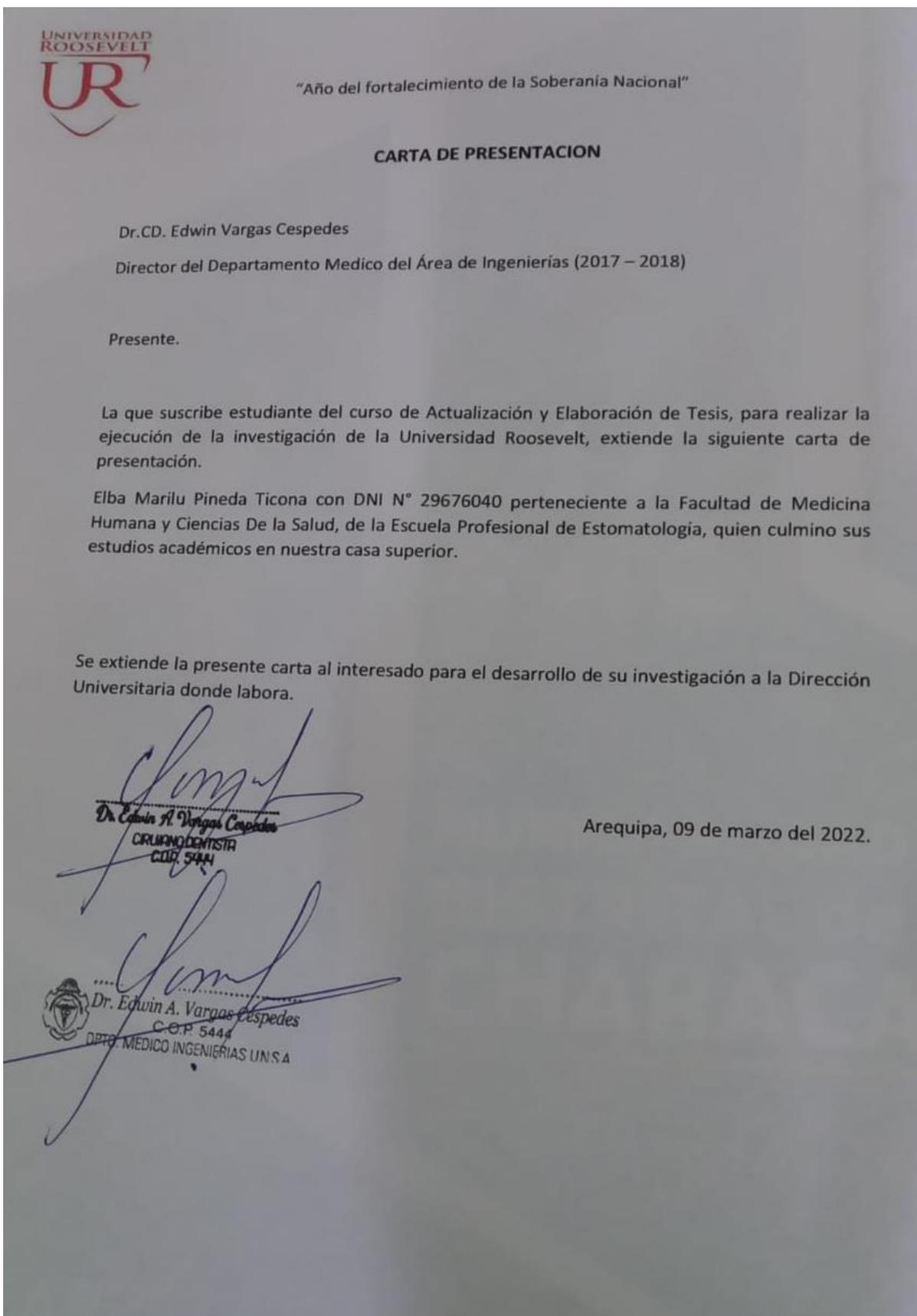
INFORME DE DIAGNÓSTICO

.....

.....

.....

Anexo 3. Documentación Sustentaría



Anexo 4. Validación de Instrumento por Juicio de Expertos I

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1.1 Título de la Investigación: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según interpretación radiográfica panorámica en estudiantes de 16 a 25 años, atendidos en el consultorio dental de la UNSA. Arequipa 2017 – 2018.

1.2 Autor(es) del Instrumento: Elba Marilu, Pineda Ticona

1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos de los terceros molares inferiores.

1.4 Apellidos y Nombres del Experto: Rios Tamo, Wilfredo Patricio

1.5 Cargo e Institución donde labora: DIAGNOCEF

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					x
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					x
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					x
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					x
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.					x
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				x	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					x
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					x
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				x	x
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					x
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		0	0	0	2	8
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 0.96$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 07 de abril del 2022



Wilfredo Patricio Rios Tamo
C.D. Esp. En Radiología Oral y Maxilofacial
COP : 19356 RNE: 612

Anexo 5. Validación de Instrumento por Juicio de Expertos II

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1.1 Título de la Investigación:

1.2 Autor(es) del Instrumento:

1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario). U OTRO

1.4 Apellidos y Nombres del Experto: IGLESIAS LINO, ANA JULIA

1.5 Cargo e Institución donde labora: ORAL RX

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					×
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					×
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					×
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					×
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.					×
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				×	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					×
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					×
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				×	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					×
		0	0	0	2	8
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = (1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E) = 50$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 07 de Abril.... del 2022



POST FIRMA
Cirujano - Dentista
COP
RNE

ORA. ANA JULIA IGLESIAS LINO
Especialista en Radiología Oral y Maxilofacial
C.C.P. 18154 R.N.E. 468

Anexo 6. Formato de recolección de datos



“PREVALENCIA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS SEGÚN INTERPRETACION RADIOGRAFICA PANORAMICA EN ESTUDIANTES DE 16 A 25 AÑOS, ATENDIDOS EN EL CONSULTRIO DENTAL DE LA UNSA, AREQUIPA 2017 – 2018”

FICHA DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES –

N ^o	EDAD	SEXO	ANÁLISIS DE WINTER							Pza.	
			V	H	MA	DA	I	VV	LV		
1	22	M								38	
			X							48	V
2	23	M			X					38	MA
					X					48	MA
3	17	M	X							38	V
			X							48	V
4	18	F			X					38	MA
					X					48	MA
5	19	M			X					38	MA
			X							48	V
6	17	M			X					38	MA
										48	
7	21	M		X						38	H
				X						48	H
8	19	F		X						38	H
					X					48	MA
9	18	F			X					38	MA
					X					48	MA
10	22	F	X							38	V
			X							48	V
11	23	M	X							38	V
										48	

12	22	F			X					38	MA
			X							48	V
13	17	M		X						38	H
				X						48	H
14	17	F	X							38	V
			X							48	V
15	20	F				X				38	DA
					X					48	MA
16	22	M			X					38	MA
			X							48	V
17	17	F	X							38	V
										48	
18	19	M			X					38	MA
				X						48	H
19	22	F			X					38	MA
										48	
20	24	F	X							38	V
										48	
21	22	M			X					38	MA
			X							48	V
22	19	M			X					38	MA
					X					48	MA
23	21	M								38	
			X							48	V
24	21	F			X					38	MA
					X					48	MA
25	23	M	X							38	V
					X					48	MA
26	24	M	X							38	V
					X					48	MA
	22	F			X				38	MA	

27					X					48	MA
28	20	M			X					38	MA
										48	
29	18	F			X					38	MA
										48	
30	22	F	X							38	V
										48	
31	21	M			X					38	MA
				X						48	H
32	19	M			X					38	MA
					X					48	MA
33	19	M								38	
					X					48	MA
34	23	F			X					38	MA
										48	
35	18	F			X					38	MA
					X					48	MA
36	20	F			X					38	MA
					X					48	MA
37	20	F			X					38	MA
					X					48	MA
38	19	F		X						38	H
			X							48	V
39	19	M		X						38	H
				X						48	H
40	18	M			X					38	MA
			X							48	V
41	17	M			X					38	MA
					X					48	MA

42	21	M		X						38	H
			X							48	V
43	17	F			X					38	MA
			X							48	V
44	18	M	X							38	V
										48	
45	21	M			X					38	MA
					X					48	MA
46	21	F			X					38	MA
					X					48	MA
47	24	M	X							38	V
										48	
48	21	M		X						38	H
					X					48	MA
49	22	M		X						38	H
										48	
50	20	M			X					38	MA
					X					48	MA
51	22	M			X					38	MA
					X					48	MA
52	20	M			X					38	MA
					X					48	MA
53	17	M			X					38	MA
					X					48	MA
54	17	M			X					38	MA
			X							48	V
55	23	M			X					38	MA

			X						48	V
56	24	M							38	
			X						48	V
57	18	M			X				38	MA
			X						48	V
58	20	M			X				38	MA
					X				48	MA
59	22	M		X					38	H
									48	
60	17	M			X				38	MA
					X				48	MA
61	17	F			X				38	MA
					X				48	MA
62	19	F		X					38	H
			X						48	V
63	17	F	X						38	V
				X					48	H
64	19	M		X					38	H
					X				48	MA
65	19	F			X				38	MA
					X				48	MA
66	20	F			X				38	MA
					X				48	MA
67	18	F	X						38	V
					X				48	MA
68	16	F			X				38	MA
					X				48	MA
69	21	M							38	
			X						48	V
70	20	M	X						38	V
			X						48	V
	21	M	X						38	V

71			X							48	V
72	20	M			X					38	MA
					X					48	MA
73	19	F	X							38	V
			X							48	V
74	20	F	X							38	V
			X							48	V
75	20	F			X					38	MA
					X					48	MA
76	22	F								38	
				X						48	H
77	17	F	X							38	V
										48	
78	16	F			X					38	MA
										48	
79	17	F	X							38	V
					X					48	MA
80	19	M			X					38	MA
					X					48	MA
81	18	F	X							38	V
			X							48	V
82	20	F								38	
					X					48	MA
83	21	M	X							38	V
					X					48	MA
84	22	M			X					38	MA
					X					48	MA
85	19	F	X							38	V
			X							48	V
	19	F			X					38	MA

86					X					48	MA
87	17	F	X							38	V
			X							48	V
88	21	F			X					38	MA
					X					48	MA
89	17	F		X						38	H
										48	
90	19	F			X					38	MA
					X					48	MA
91	21	M		X						38	H
				X						48	H
92	21	M		X						38	H
				X						48	H
93	18	M	X							38	V
			X							48	V
94	21	M	X							38	V
			X							48	V
95	20	F	X							38	V
										48	
96	18	M			X					38	MA
				X						48	H
97	19	F			X					38	MA
			X							48	V
98	17	F			X					38	MA
					X					48	MA
99	18	M			X					38	MA
					X					48	MA
100	16	F								38	
					X					48	MA
	17	F			X					38	MA

101					X					48	MA
102	16	F								38	
					X					48	MA
103	18	F			X					38	MA
					X					48	MA
104	17	F			X					38	MA
					X					48	MA
105	19	F			X					38	MA
			X							48	V
106	16	F		X						38	H
					X					48	MA
107	20	F	X							38	V
					X					48	MA
108	18	F	X							38	V
			X							48	V
109	18	F			X					38	MA
			X							48	V
110	19	F	X							38	V
			X							48	V
111	20	F	X							38	V
			X							48	V
112	18	F	X							38	V
			X							48	V
113	16	F			X					38	MA
					X					48	MA
114	20	M	X							38	V
					X					48	MA
115	20	F				X				38	DA

						X				48	DA
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	----	----

LEYENDA	VERTICAL (V)	INVERTIDO (I)
	HORIZONTAL (H)	VESTIBULOVERSION (VV)
	MESIOANGULAR (MA)	LINGUOVERSION (LV)
	DISTOANGULAR (DA)	

Anexo 7

“PERVALENCIA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS SEGÚN INTERPRETACION RADIOGRAFICA PANORAMICA EN ESTUDIANTES DE 16 A 25 AÑOS, ATENDIDOS EN EL CONSULTRIO DENTAL DE LA UNAS, AREQUIPA 2017 – 2018”



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES



N°	EDAD	SEXO	ANALISIS DE PELL Y GREGORY CON LADO MANDIBULAR										
			TERCER MOLAR INFERIOR PIEZA 48						TERCER MOLAR INFERIOR PIEZA 38				
			TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A		CLASE I			
1	22	M	TIPO B		CLASE II		IIB	TIPO B		CLASE II		IIB	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III			
			TIPO A		CLASE I			TIPO A		CLASE I			
2	23	M	TIPO B	X	CLASE II	X	IIB	TIPO B	X	CLASE II	X	IIB	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III			
			TIPO A		CLASE I			TIPO A		CLASE I			

3	17	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
4	18	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
5	19	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
6	17	M	TIPO A		CLASE I			TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
7	21	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

8	19	F	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
9	18	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
10	22	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
11	23	M	TIPO A		CLASE I			TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
12	22	F	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

13	17	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
14	17	F	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
15	20	F	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
16	22	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
17	17	F	TIPO A		CLASE I			TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

18	19	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
19	22	F	TIPO A		CLASE I			TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
20	24	F	TIPO A		CLASE I			TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
21	22	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
22	19	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

23	21	M	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A		CLASE I		
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
24	21	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
25	23	M	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
26	24	M	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
27	22	F	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I		IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

28	20	M	TIPO A		CLASE I			TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
29	18	F	TIPO A		CLASE I			TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
30	22	F	TIPO A		CLASE I			TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
31	21	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
32	19	M	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

33	19	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
34	23	F	TIPO A		CLASE I			TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
35	18	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
36	20	F	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A		CLASE I	X	IB
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B	X	CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
37	20	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

38	19	F	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A		CLASE I		IIIC
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C	X	CLASE III	X	
39	19	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
40	18	M	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
41	17	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
42	21	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

43	17	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
44	18	M	TIPO A		CLASE I			TIPO A		CLASE I	X	IB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
45	21	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
46	21	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
47	24	M	TIPO A		CLASE I			TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

48	21	M	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
49	22	M	TIPO A		CLASE I			TIPO A		CLASE I		IIIC
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C	X	CLASE III	X	
50	20	M	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
51	22	M	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
52	20	M	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A		CLASE I	X	IB
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B	X	CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

53	17	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
54	17	M	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
55	23	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
56	24	M	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A		CLASE I		
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
57	18	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

58	20	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
59	22	M	TIPO A		CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
60	17	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
61	17	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
62	19	F	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

63	17	F	TIPO A		CLASE I		IIC	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C	X	CLASE III			TIPO C		CLASE III		
64	19	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
65	19	F	TIPO A		CLASE I		IIC	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C	X	CLASE III			TIPO C		CLASE III		
66	20	F	TIPO A		CLASE I	X	IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
67	18	F	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

68	16	F	TIPO A		CLASE I		IIIC	TIPO A		CLASE I		IIIB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II		
			TIPO C	X	CLASE III	X		TIPO C		CLASE III	X	
69	21	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A		CLASE I		
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
70	20	M	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
71	21	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
72	20	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

73	19	F	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
74	20	F	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
75	20	F	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
76	22	F	TIPO A		CLASE I		IIIC	TIPO A		CLASE I		
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C	X	CLASE III	X		TIPO C		CLASE III		
77	17	F	TIPO A		CLASE I			TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

78	16	F	TIPO A		CLASE I			TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
79	17	F	TIPO A		CLASE I		IIIC	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II		
			TIPO C	X	CLASE III	X		TIPO C		CLASE III	X	
80	19	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
81	18	F	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
82	20	F	TIPO A		CLASE I		IIIB	TIPO A		CLASE I		
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

83	21	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
84	22	M	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
85	19	F	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A		CLASE I	X	IB
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
86	19	F	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
87	17	F	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

88	21	F	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
89	17	F	TIPO A		CLASE I			TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
90	19	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
91	21	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
92	21	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

93	18	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
94	21	M	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
95	20	F	TIPO A		CLASE I			TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
96	18	M	TIPO A	X	CLASE I		IIA	TIPO A		CLASE I	X	IB
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
97	19	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I	X	IB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

98	17	F	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
99	18	M	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
100	16	F	TIPO A		CLASE I		IIC	TIPO A		CLASE I		IIC
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C	X	CLASE III			TIPO C		CLASE III		
101	17	F	TIPO A		CLASE I		IIIC	TIPO A		CLASE I		IIIC
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C	X	CLASE III	X		TIPO C	X	CLASE III	X	
102	16	F	TIPO A		CLASE I		IIC	TIPO A		CLASE I		IIC
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C	X	CLASE III			TIPO C		CLASE III		

103	18	F	TIPO A		CLASE I		IIC	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B		CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C	X	CLASE III			TIPO C		CLASE III		
104	17	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I	X	IC
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C	X	CLASE III		
105	19	F	TIPO A		CLASE I		IIB	TIPO A		CLASE I		IIB
			TIPO B	X	CLASE II	X		TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
106	16	F	TIPO A		CLASE I		IIIC	TIPO A		CLASE I		IIIB
			TIPO B		CLASE II			TIPO B	X	CLASE II		
			TIPO C	X	CLASE III	X		TIPO C		CLASE III	X	
107	20	F	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

108	18	F	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I	X	IA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
109	18	F	TIPO A		CLASE I		IIIB	TIPO A		CLASE I		IIIB
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B	X	CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III	X		TIPO C		CLASE III		
110	19	F	TIPO A		CLASE I		IIIB	TIPO A		CLASE I		IIIC
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III	X		TIPO C	X	CLASE III	X	
111	20	F	TIPO A	X	CLASE I	X	IA	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B		CLASE II			TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
112	18	F	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A		CLASE I	X	IB
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B	X	CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		

113	16	F	TIPO A		CLASE I		IIIB	TIPO A		CLASE I		IIIB
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B	X	CLASE II		
			TIPO C		CLASE III	X		TIPO C		CLASE III	X	
114	20	F	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A	X	CLASE I		IIA
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B		CLASE II	X	
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III		
115	20	F	TIPO A		CLASE I	X	IB	TIPO A	X	CLASE I		IIIA
			TIPO B	X	CLASE II			TIPO B		CLASE II		
			TIPO C		CLASE III			TIPO C		CLASE III	X	