



**PREVALENCIA DE LA DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL DISMINUIDA  
EN PACIENTES EDENTULOS PARCIALES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA  
DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ  
ANTONIO PÁEZ**

**AUTORAS:**

MARINA HERNÁNDEZ C.I.25.923.538

JULIA RIBEIRO C.I. 26.667.372

**TUTOR METODOLÓGICO:**

OD. NEREIDA CASTRILLO

**TUTOR DE CONTENIDO:**

OD. MARTIN CORREA

Urb. Yuma II, calle N° 3, Municipio San Diego  
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LA DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL DISMINUIDA  
EN PACIENTES EDENTULOS PARCIALES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA  
DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ  
ANTONIO PÁEZ**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial optar al título de Odontólogo

**AUTORAS:**

MARINA HERNÁNDEZ C.I. 25.923.538

JULIA RIBEIRO C.I. 26.667.372

**TUTOR METODOLÓGICO:**

OD. NEREIDA CASTILLO

**TUTOR DE CONTENIDO:**

OD. MARTIN CORREA

**SAN DIEGO, 14 DE AGOSTO DE 2018**



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA



PREVALENCIA DE LA DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL DISMINUIDA  
EN PACIENTES EDENTULOS PARCIALES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA  
DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ  
ANTONIO PÁEZ

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. C.I: V-25.923.538

Marina Sol Gernary, Hernández Gutiérrez

2. C.I: V-26.667.372

Julia Marian Catalina, Ribeiro Rivas

Tutor Propuesto: Martin Correa

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N°: 6.138.509

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello



Fecha

03/08/18



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**PLANILLA SOLICITUD**

DATOS PERSONALES		
<b>Apellidos</b>	<b>Nombres</b>	<b>Cedula De Identidad</b>
Hernández, Gutiérrez	Marina Sol Gernary	C.I: V-25.923.538
<b>Dirección:</b> Av. Don Julio Centeno, conjunto residencial Montemayor, San Diego.		<b>Teléfono:</b> 0414-5108797
DATOS ACADÉMICOS		
<b>Escuela:</b> Odontología	<b>Indice Académico</b>	<b>14,44</b>
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
<b>Autor</b>		
<b>Nombre</b>	Hernández Marina Ribeiro Julia	<b>Teléfono:</b> 04145108797 04161400320
<b>Título Del Trabajo:</b> PREVALENCIA DE LA DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL DISMINUIDA EN PACIENTES EDENTULOS PARCIALES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ		
<b>Breve Explicación:</b> Determinar la Prevalencia de la Dimensión Vertical Oclusal disminuida en pacientes edéntulos parciales en la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez.		
<b>Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto:</b> Universidad José Antonio Páez.		
<b>Tiempo De Desarrollo:</b> 8 meses.		
<b>Tutor Académico Propuesto:</b> Martin Correa		

APROBADO:  NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO

Erny Weffer [Firma] 03/08/18  
NOMBRE FIRMA FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE FIRMA FECHA  
DIRECCION DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_







## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe Martin Correa portador de la Cedula de Identidad N° 6.138.509 en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por la ciudadana Marina Hernández C.I.- 25.923.538 titulado Prevalencia de la dimensión vertical oclusal disminuida en pacientes edéntulos parciales que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 14 días del mes de agosto del año dos mil dieciocho.

---

(Firma autógrafa)  
Martin Correa  
V- 6.138.509



## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe Martin Correa portador de la Cedula de Identidad N° 6.138.509, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por la ciudadana Julia Ribeiro C.I.- 26.667.372 titulado Prevalencia de la dimensión vertical oclusal disminuida en pacientes edéntulos parciales que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 14 días del mes de agosto del año dos mil dieciocho.

---

(Firma autógrafa)  
Martin Correa  
V- 6.138.509



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO**

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado Prevalencia de la dimensión vertical oclusal disminuida en pacientes edéntulos parciales que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez, realizado por Hernández, Marina C.I V-25.923.538. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA.

DE: buena (20) PUNTOS.

[Signature]  
Tutor Académico  
(Coordinador)  
Nombre: Ervy Wefer  
C.I.:

[Signature]  
Jurado  
Ju Nombre: Od. Delvia Duran  
N C.I.: 7.089.070

[Signature]  
Jurado  
Ju Nombre: Od. Leonard Bustamante  
N C.I.: 13.663.369

Fecha: San Diego, 14 de agosto de 2018.




UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA





ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado Prevalencia de la dimensión vertical oclusal disminuida en pacientes edéntulos parciales que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez, realizado por Ribeiro Julia C.I V-26.667.372. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.

  
Tutor Académico  
(Coordinador)  
Nombre: Od. Ervy Wefer  
C.I.:

  
Jurado  
Nombre: Od. Delvia Duran  
C.I.: 7.089.070

  
Jurado  
Nombre: Od. Leonard Bustamante  
C.I.: 13.663.369

Fecha: San Diego, 14 de agosto de 2018.

## DEDICATORIA

A Jesucristo mi Dios, por darme la oportunidad de vivir y soñar cosas aparentemente inalcanzables, por estar conmigo en cada paso que he dado desde el inicio hasta el final de esta etapa, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre Marisol Gutiérrez, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y por siempre apoyarme. Gracias por siempre hacerme saber tu orgullo hacia mí y recalcarme en todo momento que querer es poder. Eres uno de los más lindos motivos por el cual luche cada día.

A mi Padre Gerardo Hernández por cada una de las palabras de motivación, superación, sacrificios, preocupación, apoyo, por darlo todo hasta más no poder. Por ser el principal motivo de inspiración para lograr esta meta, por enseñarme la importancia de los estudios y por estar siempre cuando lo necesito.

A Marina Hernández por ser la mejor hermana del mundo, la mejor amiga, la mejor compañía, la mejor mamá, y el motor que me impulsó y apoyó desde el día uno hasta el último día de este camino hacia lo que ha sido hasta ahora mi mayor logro, gracias por ese inmenso corazón lleno de amor que se desborda y llena de alegría a todo aquel que te rodea, eres una mujer excepcional, gracias por creer en mí, gracias porque sin ti no fuese sido posible este anhelado logro. A ti te debo lo que soy hoy en día como persona y ahora como profesional.

A mi Cuñado Denis Bernal a quien admiro y aprecio con todo mi corazón, gracias por ser parte fundamental de este logro que no es posible obtenerlo sino es con el apoyo de personas grandiosas, llenas de amor, sabiduría, como lo eres tú,

Gracias por ser mi segundo Padre, gracias por creer en mí, gracias por tu apoyo en los momentos más difíciles, nunca tendré como agradecer tanto cariño.

A toda mi familia por brindarme mucho cariño, apoyo, compañía y a todas aquellas personas que Dios colocó en mi vida durante este proceso y que fueron importantes para lograr este uno de tantos sueños por alcanzar.

*Marina Hernández*

## **DEDICATORIA**

A Dios por el don de la vida y haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre Katty Rivas por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, un ejemplo de madre y mujer, la principal promotora de mis sueños, es gracias a su esfuerzo, sacrificio y exigencia hoy cumpla esta anhelada meta, gracias mama por estar las veinticuatro horas del día para mí y ser mi apoyo incondicional siempre, no ha sido fácil pero nunca he escuchado un no de tu parte, tu amor ha sido mi mayor motivación.

A mi hermano Pedro Arturo quien es la persona más importante de mi vida, de quien me acordaba en los momentos difíciles y me daba fuerza para seguir, con el único propósito hacerlo sentir orgulloso de su hermana mayor y ser un ejemplo para él. Te amo Pedro, siempre estaré para ti.

A mi nona Ramona, mi segunda madre, un ser lleno de amor y de sabiduría, un ejemplo de ser humano, quien solo ha tenido palabras dulces y consejos para darme, ella me llena de inspiración para luchar por cada una de mis metas, sueños y anhelos.

A mi familia, a mis tías y primos personas trabajadoras, luchadoras emprendedoras, exitosas, llenos de logros y virtudes, quienes me han apoyado en cada decisión y proyecto, y siempre han creído en mí y han orado por mi éxito. ¡Que orgullosa me siento de ser Rivas!

Por ultimo agradezco por las personas hermosas que Dios coloco en mi vida durante esta maravillosa etapa de pregrado, entre ellas mi novio Juan Pablo, quien además de mi amor es mi mejor amigo, el saca mis mejores sonrisas, es una gran alegría para mi compartir este logro contigo. Y a ángeles en mi camino, amigas grandiosas que alegraron este recorrido, espero que nuestra amistad perdure por siempre.

*Marian Ribeiro*

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>CAPÍTULO I</b> .....	5
<b>EL PROBLEMA</b> .....	5
1.1 Planteamiento del Problema.....	5
1.2 Formulación del problema .....	8
1.3 Objetivos de la Investigación .....	8
1.3.1 Objetivo General .....	8
1.3.2 Objetivos Específicos.....	8
1.4 Justificación de la investigación.....	9
Limitaciones.....	10
<b>CAPÍTULO II</b> .....	11
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	11
2.1 Antecedentes de la investigación .....	11
2.2 Bases teórica .....	13
2.3 Bases legales .....	24
2.4 Definición de términos básicos .....	27
<b>CAPITULO III</b> .....	30
<b>MARCO METODOLÓGICO</b> .....	29
3.1 Tipo de Investigación.....	29
3.2 Diseño de la Investigación: .....	30
3.4 Instrumentos y Recolección de datos .....	31
3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos .....	31
3.6 Validez y Confiabilidad .....	32
<b>CAPITULO IV</b> .....	33
4.1 PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	33
<b>CAPITULO V</b> .....	39
5.1 Conclusiones .....	39

5.2 Recomendaciones.....	40
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>45</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico N° 1.** Distribución por sexo de los pacientes parcialmente edéntulos que asisten a la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2018-2. ....**¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico N° 2.** Distribución por grupo etario de los pacientes parcialmente edéntulos que asisten a la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2018-2. .... 34
- Gráfico N° 3.** Distribución según el espacio interoclusal de los pacientes parcialmente edéntulos que asisten a la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2018-2. .... 35
- Gráfico N° 4.** Distribución según la condición oclusal de los pacientes parcialmente edéntulos que asisten a la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2018-2.....36
- Gráfico N° 5.** Prevalencia de la dimensión vertical oclusal disminuida según edad y sexo, en pacientes edéntulos parciales que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2018-2. ....37



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**

**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON EL ESPACIO INTERMAXILAR  
REDUCIDO EN LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA III  
DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**Autor(es):**

**Marina Sol Germary Hernández Gutiérrez**

**Julia Marian Catalina Ribeiro Rivas**

**RESUMEN**

En la actualidad la rehabilitación protésica fija es el tratamiento de primera elección para la sustitución de unidades dentarias perdidas, puesto que, ofrece muchísimos beneficios tales como mayor comodidad, mejor estética, no cambia de color, no se desgasta entre otros. Sin embargo, todo lo que engloba una rehabilitación protésica fija comprende mucho más que la estética, es cierto que, la comodidad y satisfacción del paciente siempre será el objetivo del odontólogo, pero no es posible dejar a un lado todos los principios biológicos y mecánicos que deben ser cumplidos ante la elaboración del tratamiento, no todas las brechas edéntulas están indicadas para prótesis fija, existen factores que predisponen al fracaso del tratamiento rehabilitador, la dimensión vertical oclusal, es uno ellos, la cual se conoce como el espacio biológico existente en un plano de oclusión, al disminuir este espacio desaparece el equilibrio existente, lo que conlleva a la aparición de múltiples consecuencias que afectan al ATM y los tejidos periodontales. La presente investigación busca determinar la prevalencia de la dimensión vertical oclusal disminuida en pacientes que requieren prótesis fija en la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez.

**Descriptor:** Rehabilitación protésica, Puente fijo, Corona, Muñón, Dimensión Vertical Oclusal.

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

**PREVALENCE OF PATIENTS WITH REDUCED INTERMAXILAR SPACE  
IN THE PROSTHETIC REHABILITATION CLINIC III OF THE  
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**Autor(es):**

**Marina Sol Germary Hernández Gutiérrez**

**Julia Marian Catalina Ribeiro Rivas**

**SUMMARY**

Fixed prosthetic rehabilitation is nowadays the treatment of choice for the replacement of lost dental units, since it offers many benefits; such as greater comfort, better aesthetics, unchanged color and nevertheless, it does not wear out. However, everything that includes a fixed prosthetic rehabilitation involves much more than aesthetics, it is true that the comfort and satisfaction of the patient will always be the goal of the dentist, but it is not possible to leave aside all the biological and mechanical principles that must be complied with before the elaboration of the treatment, not all the edentulous gaps are indicated for fixed prosthesis. Furthermore there are some factors that predispose the failure of the rehabilitative treatment. For example: the vertical occlusal dimension, which is known as the biological space existing in a Occlusion plane. As this space diminishes, the existing balance disappears, which leads to the appearance of multiple consequences that affect the TMJ and the periodontal tissues. This investigation seeks to determine the prevalence of the diminished vertical occlusal dimension in patients that require fixed prosthesis in the prosthetic rehabilitation clinic III of the José Antonio Páez University.

**Key words:** prosthetic rehabilitation, dental bridge, crown, Trunk, Occlusal Vertical Dimension.

## INTRODUCCIÓN

El éxito de los tratamientos con prótesis fija en la práctica clínica diaria está directamente asociado a una planificación correcta y con criterio, que debe ser individualizada y ejecutada con el fin de atender las necesidades de cada paciente, orientándola para la determinación de un correcto plan de tratamiento.

El sistema estomatognático es un sistema íntimo, estrecho y mutuamente relacionado de cuya interacción, sincronía y armoniosa correlación depende la capacidad funcional y salud de las actividades funcionales de la masticación, habla, deglución, respiración y expresión facial. Existen numerosos factores que conspiran contra el buen desenvolvimiento de este sistema, entre ellas y una de las más resaltantes son las restauraciones protésicas no conservadoras.

La oclusión dental tiene una enorme influencia en la odontología clínica, todos los estomatólogos realizan intervenciones diagnósticas y terapéuticas que repercuten en la oclusión de los pacientes. La rehabilitación protésica adecuada no se obtiene solo obteniendo un estética agradable, es indispensable la evaluación minuciosa de las relaciones maxilo mandibulares, las cuales sin duda alguna, repercuten en el resultado final del tratamiento. El odontólogo no debe tratar los dientes como entidades independientes, sino como pertenecientes a una integridad funcional que debe tener armonía.

El componente base de una prótesis fija son los dientes pilares, los cuales durante el tallado deben darse una serie de condiciones técnicas que permitan la confección buscando siempre obtener una anatomía dentaria en menor dimensión. Para ello se requieren condiciones que permitan la instalación del material y así

proporcionar retención, la resistencia y estabilidad a la corona dental. Estas condiciones dependen de una dimensión vertical óptima.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del Problema.**

La rehabilitación a través de una prótesis fija es un procedimiento clínico cuyo principal objetivo es el restablecimiento de la correcta función del aparato estomatognático, este está dirigido a restituir dientes ausentes mediante una aparatología fija, unida permanentemente a algunos dientes naturales que quedan en la boca o a implantes osteointegrados.

Un puente es un tipo de prótesis fija que sustituye un espacio edéntulo de al menos un diente, los dientes pilares dentro del campo odontológico se definen como las estructuras naturales o artificiales, que se les prepara o programa para soportar algún tipo de estructura protésica, en ellos se basa el éxito del trabajo.

Según Shillingbur, H. (2002) “El diseño de una preparación para una restauración colocada y su ejecución depende de cinco principios que son: preservación de la estructura dentaria, retención y resistencia, durabilidad estructural, integridad marginal y preservación del periodonto”. El éxito absoluto de una restauración protésica fija dependerá de estos factores.

El espacio intermaxilar es la relación que guarda entre sí el hueso maxilar superior con la mandíbula, estableciéndose relaciones en dos áreas, una en presencia o no de unidades dentarias y otra a nivel del ATM. Al disminuir este espacio biológico desaparece el equilibrio existente, lo que conlleva a la aparición de múltiples consecuencias que afectan ambas áreas y a los tejidos subyacentes.

No obstante, durante el proceso de rehabilitación en los pacientes que eligen como opción de tratamiento la rehabilitación protésica fija queda en evidencia un conflicto de alta prevalencia a la hora de realizar el tallado del muñón que soportará al puente fijo, conflicto que lleva el nombre de; dimensión vertical oclusal disminuida, la cual es la disminución del espacio biológico existente en un plano de oclusión, trayendo consigo muchas consecuencias, tales como, lesión al periodonto, trastornos temporomandibulares y por su puesto una baja longevidad de estos tratamientos.

El hecho de que exista una disminución de la dimensión vertical oclusal es un factor muy importante a considerar al momento de realizar el tallado de los dientes pilares, puesto que se busca que estos cumplan los principios anteriormente mencionados, ya que soportaran las distintas fuerzas de la prótesis y que a su vez serán transmitidas al periodonto de inserción, y de no cumplirse dichos principios con el paso del tiempo la integridad de los tejidos periodontales se verán afectados, causando diversas consecuencias biológicas, las cuales disminuirán las ventajas que la prótesis fija ofrece.

Además de reemplazar la estructura dentaria perdida, una restauración debe preservar la estructura dentaria remanente, sin embargo, ante la falta de espacio interoclusal, no es posible cumplirlo, ya que el desgaste de la unidad dentaria debe realizarse de tal manera que proporcione el espacio requerido para el ajuste de la prótesis y que por ende termina desencadenando una serie de consecuencias como una hipersensibilidad, desalojamiento de la prótesis, baja retención y resistencia del diente pilar, siendo este el protagonista de la prótesis fija. Por el contrario, al no realizar un desgaste excesivo para evitar todas las consecuencias ya nombradas quedan como resultado interferencias oclusales que ocasiona de igual forma diferentes problemas que alcanzan a afectar hasta la articulación temporomandibular (ATM).

La alternación de la relación maxilomandibular causada por la disminución de la dimensión vertical oclusal, excede la capacidad adaptativa funcional del sistema estomatognático, desencadenando una patología disfuncional, puesto que el término de trastornos temporomandibulares no solo se refiere a afecciones relacionadas con las articulaciones sino en trastornos funcionales del sistema masticatorio, por ello es indispensable estudiar este factor al momento de evaluar al paciente que será candidato para una restauración protésica fija y así corregir aquellos factores contribuyentes que sean predisponentes, y que puedan haber desencadenado la patología o estén perpetuando su evolución. En este sentido los factores oclusales constituyen un factor a considerar en los trastornos temporomandibulares (TTM).

La oclusión dental tiene una enorme influencia en la odontología clínica, todos los estomatólogos realizan intervenciones diagnósticas y terapéuticas que repercuten en la oclusión de los pacientes. Muchos autores consideran a las desarmonías oclusales como un factor importante en la etiología de los padecimientos de las Articulaciones Temporomandibulares, en la prótesis fija estas desarmonías vienen dadas por el desgaste inadecuado del diente pilar, como consecuencia a la presencia de un espacio biológico disminuido entre el maxilar y la mandíbula.

Las consecuencias de que el profesional no tome en cuenta la relación maxilomandibular durante la realización de cada uno de los procedimientos previos a la instalación de la estructura protésica fija, son apreciables por el paciente debido a la aparición de signos molestos como lo son dolor de oídos, vértigo, hipertrofia de la musculatura masticatoria, con el paso del tiempo apertura bucal limitada, alteraciones oclusales, chasquidos o crepitaciones en las articulaciones, y otros problemas que no deberían presentarse de haberse considerado importantes factores, los cuales deben resaltarse durante la evaluación del caso, por lo que es esencial un enfoque completo, para la rehabilitación de prostodoncia fija que no debe ser independiente de otras disciplinas de la Odontología ya que el éxito de los

tratamientos con prótesis fija en la práctica clínica diaria está directamente asociado a una planificación correcta y con criterio, que debe ser individualizada y ejecutada con el fin de atender las necesidades de cada paciente, orientándola para la determinación de un correcto plan de tratamiento.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál será la prevalencia de la dimensión vertical oclusal disminuida en pacientes edéntulos parciales que acuden a la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez?

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de la dimensión vertical oclusal disminuida en pacientes edéntulos parciales que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

Evaluar la dimensión vertical en los pacientes edéntulos parciales que asisten a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez.

Determinar la cantidad de pacientes edéntulos parciales con dimensión vertical disminuida que asisten a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez.

Establecer la prevalencia, según sexo y edad, de los pacientes edéntulos parciales con dimensión vertical oclusal disminuida que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez.

#### **1.4 Justificación de la investigación**

La importancia de esta investigación radica en el hecho de que en los últimos años acuden una importante cantidad de pacientes a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez con indicaciones de prótesis presentando una dimensión vertical oclusal disminuida. Esta condición implica que al momento de realizar el tallado, se deba producir un alto desgaste del muñón que recibirá al elemento encargado de brindar retención y soporte al puente fijo, debido a que la disminución del espacio intermaxilar no permite el adecuado encaje de la corona por no poseer el espacio mínimo necesario para ello.

Dado lo anterior, con este trabajo se busca enfatizar la importancia de una minuciosa evaluación para así asegurar el éxito en el tratamiento protésico rehabilitador, puesto que no todas las brechas edéntulas son candidatas para ser rehabilitadas mediante una prótesis fija, del mismo modo instruir a los estudiantes para que posean un mayor basamento teórico del cómo abordar el tratamiento y lograr la mejor rehabilitación posible. De igual manera el personal docente esté en conocimiento de esta problemática y se encuentre preparado para emprender junto a los estudiantes la recuperación de los pacientes y lograr el equilibrio entre integridad del sistema estomatognático y la estética, teniendo en cuenta que, el uso correcto de las técnicas reduce los ajustes intraorales y por lo tanto el tiempo operatorio, así como también el confort del paciente, manteniendo una relación músculo esquelética estable.

## **Limitaciones**

“Las limitaciones vienen a constituirse en factores externos al equipo de investigadores que se convierten en obstáculos que eventualmente pudieran presentarse durante el desarrollo del estudio y que escapan al control del investigador mismo.” Fidias, Arias (2006). En la presente investigación las limitaciones están dadas debido a la falta de registro de historias clínicas por parte de los estudiantes, antes de iniciar el tratamiento, lo que limita la población de estudio, puesto que un porcentaje considerable de casos no pudieron reflejarse en la investigación debido a lo anteriormente mencionado.

Otro factor importante fue el tiempo, ya que al momento de aplicar el instrumento un número de estudiantes ya habían finalizado el tratamiento, y no fue posible realizar la medición debido a que ya estaban rehabilitados protésicamente.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

El marco teórico se puede entender como la correlación de teorías, categorías, conceptos que despliegan una vinculación con el problema planteado en la investigación, donde se relacionan de manera ordenada todos los contenidos pertinentes con el estudio. En este orden de ideas, Sabino (2007) señala: “El marco teórico o marco referencial tiene el propósito de dar a la investigación un sistema coordinado y coherentes de conceptos y proposiciones que permitan abordar el problema”

#### 2.1 Antecedentes de la investigación

Según Arias, F (2004) “Los antecedentes reflejan los avances y el estado actual del conocimiento en un área determinada y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones.”

En primer término, tenemos la investigación realizada por Espinosa, S. (2017), intitulada “**Protocolo clínico para rehabilitación oral**”, y fue un estudio de tipo descriptivo no experimental y observacional, cuyo objeto fue el de elaborar una guía de rehabilitación oral para tratamiento de prótesis totales, prótesis removibles y prótesis fijas. Se tomó en cuenta esta investigación por cuanto se trata de un documento en el cual se encuentran una serie de pasos que deben ser ejecutados de forma precisa por el estudiante, para de esta manera poder lograr un tratamiento de rehabilitación oral apropiado, la cual resultara de gran ayuda al futuro profesional para poder realizar todos los procesos que un procedimiento eficaz requiere. En esta

investigación se obtiene información necesaria para determinar y evaluar las técnicas del registro de las relaciones intermaxilares, procedimiento relevante en rehabilitación oral, para la obtención de una oclusión precisa.

Xavier,J (2013) en su trabajo de grado titulado **“Registro de Relaciones Intermaxilares en Prótesis Fija”** presentado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca-Ecuador, para optar por la especialización en rehabilitación oral, establece como objetivo general fundamentar las técnicas, materiales e instrumentos necesarios para realizar el registro de las relaciones intermaxilares. Estableciendo como conclusión que el objetivo de un registro interoclusal correcto, es permitir observar todas las condiciones entre la relación de ambas arcadas, para así conocer las alteraciones existentes y que puedan ser tomadas en cuenta al momento de realizar cada procedimiento en la rehabilitación oral.

En prótesis fija el registro interoclusal juega un papel sumamente relevante, puesto que el registro de la adecuada relación entre el hueso maxilar con la mandíbula permitirá la realización de un procedimiento rehabilitador altamente funcional, evitando la realización de una restauración protésica no conservadora. En la rehabilitación protésica oral uno de los métodos más eficaces para llegar a un correcto diagnóstico, es el registro interoclusal, el cual revela las disfunciones existentes en la oclusión, gracias a ello el odontólogo puede conocer cuáles serán las limitaciones al momento de realizar un tratamiento protésico, para así evitar la elaboración de una aparatología no adecuada para el paciente.

Marquina S. (2013) realiza un proyecto de investigación titulado **“Determinantes estéticos claves a considerar en el diseño de prótesis parcial fija, realizados por los estudiantes de la clínica integral V y VI de la escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez”** trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de odontólogo en mencionada universidad.

Donde se refiere que el éxito de los tratamientos con prótesis fija en la práctica clínica diaria está directamente asociado a una planificación correcta y con criterio, que debe ser individualizada y ejecutada con el fin de atender las necesidades de cada paciente, orientándola para la determinación de un correcto plan de tratamiento.

El ámbito de un tratamiento de prótesis fija abarca desde la restauración de un único diente hasta la rehabilitación de toda la oclusión, los dientes ausentes serán remplazados mejorando así la comodidad y la capacidad masticatoria del paciente, conservando la salud y la integridad de las arcadas dentarias. Es por ello que esta investigación está relacionada debido al énfasis que se le otorga a la correcta evaluación de las relaciones intermaxilares al momento de elaborar un plan de tratamiento protésico rehabilitador, puesto que conocer todas las variables de la brecha edéntula y sus antagonistas evitara resultados erróneos, parafuncionales o antiestéticos, debido a que frecuentemente, los problemas que tienen lugar durante el tratamiento o posterior a este se pueden atribuir a errores u omisiones al realizar la historia clínica y la exploración inicial.

## **2.2 Bases teóricas**

Bavaresco (2006) establece que las bases teóricas o referencias bibliográfica corresponde a la fase de apoyo en la investigación o estudio, ya que aportan las teorías necesarias donde se sustente el tema tratado.

### **Prótesis fija**

La prótesis fija es una rama de la prótesis dental a la que concierne la restauración de los dientes por sustitutos artificiales que no se pueden extraer o sacar de la boca. La prótesis fija puede estar cementada, o bien, retenida de forma segura en los dientes naturales, raíces dentarias o pilares de implantes dentales. Sin embargo,

para obtener resultados óptimos tanto funcionales como estéticos, es necesaria una importante reducción en la cantidad de estructura dentaria lo que predispone complicaciones endodónticas, periodontales y estructurales. Concha, N, (2012).

Cuando la prótesis recubre la corona clínica de un solo diente hablamos de una prótesis fija unitaria y cuando abarca más de un diente, hablamos de una prótesis fija plural. El diente que sirve de soporte a la restauración se denomina pilar (o inserción). En las prótesis plurales que sustituyen dientes ausentes, el diente artificial suspendido entre dientes pilares se denomina intermediario y al elemento que une las inserciones a los intermediarios se le denomina conector.

Para rehabilitar a un paciente mediante Prótesis Fija es necesario realizar una correcta evaluación, diagnóstico y planificación que permita tener un control de los posibles errores. Esta evaluación está compuesta de diversas etapas que deben cumplirse acabadamente de principio a fin, como lo son; historia clínica, examen intra y extraoral, modelos de estudio, montaje en articulador, evaluación radiográfica e interconsultas o derivación a otros especialistas.

### **Indicaciones y contraindicaciones de la prótesis fija**

El objetivo principal de la rehabilitación oral es devolver o mejorar la funcionalidad del sistema estomatognático de los pacientes que han sufrido disfunciones oclusales y musculares, causadas por la pérdida de unidades dentarias. Castro Rodríguez (2017).

Muchos pacientes no toleran una prótesis removible por sentir que no es parte de ellos, pero una prótesis fija, en general, es aceptada rápidamente como parte de la dentadura natural. Tal y como lo expreso Cedeño, E. (2011) “En el caso de un paciente con probabilidades de sufrir pérdidas repentinas de conciencia o espasmos, como en la epilepsia, cualquier tipo de aparato removible está contraindicado por el

temor a su desplazamiento, fractura e inhalación durante un ataque”. En estos casos y cuando el reemplazo de uno o más dientes ausentes es importante, debe colocarse una prótesis fija. También cuando los dientes presentan algún grado de movilidad o tienden a migrar, la manera ideal para estabilizarlos es la colocación de una férula fija o de un puente fijo. El puente fijo es una indicación importante, especialmente en el grupo dentario anterior.

Los individuos que por lo general no son candidatos para este tipo de restauración protésica son pacientes jóvenes, con dientes poco erupcionados, con la calcificación incompleta, en ellos no es prudente este tipo de prótesis, ya que un tallado severo podría lesionar la pulpa dental, ni el joven ni el anciano se adecuan, en el paciente joven el pronóstico es malo a causa de las coronas clínicas cortas las cámaras pulpares grandes, la gran actividad de caries y la mayor probabilidad de traumatismo. También se contraindica en tramos desdentados muy largos donde los pilares no tendrán resistencia para soportar los pósticos, en pacientes con enfermedad gingival o periodontal.

Los trabajos de prótesis fija son laboriosos y requieren sesiones clínicas largas; por lo tanto, habrá dificultades en pacientes inestables, nerviosos, con náuseas, temblores o neuropatías, pacientes con determinadas enfermedades, disminuidos físicos o psíquicos, etc. En esos casos será precisa una preparación previa, de acuerdo con el especialista que corresponda la incapacidad del paciente para cooperar. Hay dos razones principales por las cuales un paciente puede no ser capaz de soportar las maniobras operatorias prolongadas necesarias para realizar un puente: psicológicas y médicas.

### **Edentulismo parcial**

Para López, J. (2009) “El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca. Las causas son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal ”El hecho de perder una unidad dentaria representa múltiples consecuencias que muchas veces no son observables por el paciente, se produce una reducción del área de la mucosa adherida, una reducción del hueso alveolar, debido a que este necesita una estimulación para mantener su densidad y su forma, la estimulación se pierde al no tener la raíz del diente, de igual modo sucede la pérdida de propioceptores del ligamento periodontal que controlan la intensidad de las fuerzas masticatorias, con el tiempo, al no estimular el hueso alveolar, se acabará perdiendo y se verá afectada la base de la mandíbula, que también se reabsorbe. Por este motivo en muchos pacientes edéntulos, se ve disminuida la distancia que hay entre la nariz y la barbilla (perdida de la dimensión vertical), perdiendo así la estética y la funcionalidad. Todas las alteraciones causadas por el edentulismo pueden ir evolucionando según el tiempo del edentulismo, edad, género, hábitos, salud, trastornos de enfermedades. (Carlsson, 1998)

### **Muñones dentales**

Los muñones también llamados pilares dentro del campo odontológico se definen como las estructuras naturales o artificiales, que se prepara o programa para soportar algún tipo de estructura protética. También se puede decir que es la unidad dentaria a la cual se le ha realizado un desgaste de tejido dentario, conservando su misma forma anatómica. En ausencia de estos, pero conservando la raíz sería por medio de pernos (muñón metálico o cerámico). Si tampoco existiera la raíz el soporte de la prótesis se haría sobre implantes, es por ello que los muñones dentales se clasifican en vitales y no vitales. Pegoraro (2001).

Los dientes pilares van a tener la función de soportar la prótesis y van a recibir las fuerzas de oclusión de piezas dentales ausentes. Mendoza (2012) Razón por la que

el pilar debe reunir ciertas condiciones favorables para impedir complicaciones del tratamiento. La valoración del diente pilar consta de observar si el diente tiene vitalidad pupar o esta endodonciado, tejidos sanos, periodonto sano y restauraciones correctamente realizadas. Rosenstiel (2009).

Por consiguiente, el diente pilar debe presentar una adecuada proporción corana-raíz, según Mendoza (2012). La proporción optima de una pieza dental como pilar para una prótesis dentosoportada es de 2:3, en secuencia otro factor importante a considerar es el grado de movilidad dentaria de los pilaresCohen, S. (1994) ya que, de existir movilidad, las fuerzas laterales ocasionan un fulcrum en el tercio apical del pilar haciendo que el estrés trasmitido al hueso alveolar sea mayor y tenga una distribución irregular a lo largo de las crestas ósea alveolar. También debe valorarse la longitud del espacio edéntulo, cuando la extensión de la prótesis fija es considerable será expuesta a una flexión bajo cargas oclusales pudiendo ocasionar fracturas o desprendimiento de la porcelana, fractura del conector, pobre cementación de cualquiera de los retenedores y una respuesta desfavorable de los tejidos periodontales. Y por último, pero no menos importante a considerar es la ley de Ante, que indica según Jhonston y Col (1971) que “el área de la superficie de las raíces de los pilares debe ser igual o superior a las de las piezas a reemplazar por pónicos”

### **Principios de tallado**

El éxito de las restauraciones protésicas, se garantiza por un adecuado protocolo clínico; donde comprende una correcta secuencia de tallado, valorando los principios y terminaciones cervicales empleadas para contribuir a una correcta restauración, es por ello que Shillingburg, H. (2000)puntualiza lo siguiente: “El diseño de una preparación para una restauración colocada y su ejecución depende de cinco principios que son: preservación de la estructura dentaria, retención y resistencia,

durabilidad estructural, integridad marginal y preservación del periodonto”. El éxito absoluto de una restauración protésica fija dependerá de estos factores.

La retención es la cualidad de una preparación en impedir el dislocamiento de la prótesis en el sentido contrario a su patrón de inserción o del eje longitudinal de la preparación dentaria, por otro lado, la resistencia impide el desalojo de la restauración por medio de fuerzas dirigidas en dirección apical u oblicua y evita cualquier movimiento de la misma bajo las fuerzas oclusales.

La resistencia o estabilidad es la cualidad de la preparación para evitar el dislocamiento de la restauración frente a las fuerzas oblicuas desarrolladas durante la función, la forma de resistencia o estabilidad conferida al tallado previene el dislocamiento de la restauración cuando es sometida a fuerzas oblicuas, que pueden provocar la rotación de la restauración.

La integridad marginal se basa en que, la restauración únicamente puede sobrevivir en el medio ambiente biológico de la cavidad oral, si sus márgenes están perfectamente adaptados a la línea de terminación del tallado, la calidad de la adaptación cervical es determinante en la durabilidad de la restauración. El objetivo es obtener un sellado con una línea de cemento mínima para que, junto con la adaptación de las medidas de control de las caries y de la enfermedad periodontal, se pueda asegurar un pronóstico de longevidad. En cuanto a la rigidez estructural el tallado debe ser ejecutado de tal forma que la restauración presente un espesor suficiente de metal, para resistir las fuerzas masticatorias y no comprometer la estética y el tejido periodontal.

### **Relación céntrica**

El concepto de relación céntrica se introdujo en odontología con el objetivo de reproducir la posición de la mandíbula con respecto al maxilar para confeccionar las

prótesis de la manera más adecuada posible y que pudieran desarrollar sus funciones en armonía con el resto de componentes del sistema estomatognático.

Christensen, G. (2004), define la relación céntrica como “la localización posterior más confortable de la mandíbula cuando es manipulada suavemente hacia atrás y arriba en una posición retrusiva.” Para autores como Neff (1981) “la relación céntrica es una posición funcional, no forzada que se presenta en la deglución y masticación. Es una posición terminal que permite hacer registros y trasladarla a un articulador, es la única reproducible de forma sistemática.” Por otro lado, Jankelson y cols. (1990) definen el término miocéntrica como “posición céntrica generada por la musculatura, es decir, el cierre isotónico de la mandíbula desde una posición fisiológica de reposo hasta un contacto dentario con la musculatura en mínima actividad eléctrica.”

Es importante destacar que la relación céntrica se refiere únicamente a la posición de los cóndilos, es una definición postural independientemente de los contactos dentarios. Es así como entre un 10 y un 20 % aproximadamente de la población tienen discrepancias de más de 2 mm entre la posición de máxima intercuspidad y la de relación céntrica. Es en este tipo de pacientes en donde se presentan más dificultades para tomar los registros de relación céntrica.

## **Dimensión vertical**

Es un concepto clínico por medio del cual se indica la altura o longitud del segmento inferior de la cara. Es un término que comúnmente se ha definido como aquella medición de la altura facial anterior determinada por dos puntos arbitrariamente seleccionados y convencionalmente ubicados, uno en el maxilar superior (generalmente en la punta de la nariz, o en la base de ésta) y el otro en la mandíbula (frecuentemente en el mentón), ambos coincidentes con la línea media.

La dimensión vertical (DV) puede ser variable de acuerdo a las diferentes posiciones que puede adoptar la mandíbula en el plano vertical. Sin embargo, en ese plano se establecen dos dimensiones importantes de considerar en rehabilitación: una es la dimensión vertical de reposo o postural (DVP) que corresponde a la altura facial determinada cuando los dientes se encuentran separados y la mandíbula está en una posición de reposo fisiológico o posición postural habitual, estando el paciente en una posición vertical cómoda y relajada.

La posición postural mandibular varía de una persona a otra, así como también en una misma persona día a día o de un momento a otro. Los cambios en la DVP son frecuentes y pueden ser considerados después de movimientos debidos a la locución, deglución, el dormir, la edad, ejercicio, tensión emocional, dolor, alteración de la postura corporal (cuerpo, cabeza o cuello), presencia o ausencia de piezas dentales, interferencias oclusales, disfunción temporomandibular, parafunción, estrés, variación diurna, obstrucción nasal y tiempo de registro.

Los ejemplos anteriores son eventos espontáneos, pero ciertos cambios en la DVP pueden ser inducidos por el odontólogo, es decir, cambios irreversibles en la oclusión dental debido a la introducción de prótesis fija o removible. Una alteración inmediata se ve después de la colocación de estos elementos o de la introducción de un plano de relajación.

## **Dimensión Vertical Oclusal**

La Dimensión Vertical Oclusal es una relación estática, definida como la altura del tercio facial inferior cuando existe contacto de los dientes de la arcada superior con la inferior. Definida también como la altura facial inferior medida entre dos puntos cuando los miembros de la oclusión están en contacto guarda relación directa con la oclusión céntrica.

Estas dos posiciones, la DVO (dimensión vertical en oclusión) y la DVR (dimensión vertical en reposo) no son coincidentes existiendo entre ellas un espacio conocido como Espacio libre interoclusal (ELI) o espacio libre que viene a ser la diferencia entre la DVO y la DVR cuando no hay contacto oclusal. Imprescindible para el éxito protético mientras no lo invadamos, y de hacerlo sería de forma mínima. La valoración y establecimiento de la DVO es importante en todos los aspectos de la rehabilitación protésica. Es una posición en la que se alcanza el máximo de eficiencia masticatoria, ya que a este nivel los músculos elevadores se hallan en su mejor longitud de contracción. Según (Milano, 2011) la mandíbula está separada del maxilar a una distancia interoclusal de 8 a 10 mm, en esta posición se produce una menor actividad electromiografía tónica.

La dimensión vertical en oclusión o su máxima intercuspidación es aproximadamente 1 o 2mm menos que la dimensión vertical en reposo o posición fisiológica postural. (Alfonso, Albertini, Bechelli, 1999). La resta de ambas medidas corresponde al espacio interoclusal o también conocido como el espacio libre de interoclusión (ELI), (Golf. T, 2006). Lo que corresponderá a un determinante para conocer el estado de dimensión vertical oclusal de los pacientes.

Es necesario un espacio entre ambas arcadas para permitir que los músculos estriados del sistema gnático pudieran trabajar con periodos de actividad y descanso.

Es una posición de referencia para cada individuo; es donde comienzan y terminan los movimientos mandibulares. Cuando los músculos se relajan después de la función, vuelve a adquirirse la posición postural. En esta situación, los dientes no están en contacto, aunque los labios sí, desprovistos de contracción muscular. La distancia que separa las caras oclusales se denomina 'espacio libre de inoclusión.

El registro adecuado de la DVO se constituye como uno de los procedimientos más críticos, desde el punto de vista clínico, es uno de los temas más controvertidos en la rehabilitación protésica. Esta etapa es considerada indispensable en el tratamiento rehabilitador protésico; tanto en pacientes desdentados como en pacientes portadores de dientes naturales, el no establecimiento adecuado de la misma llevara al fracaso de todo trabajo protésico, incurriendo en alteraciones fisiológicas, fonéticas y estéticas. Las dimensiones faciales tienen que ser restauradas cerca de los estados pre edéntulos para proveer prótesis eficientes y funcionales.

La dimensión vertical se pierde cuando se pierde la altura de la mordida ya sea esta por extrusión de los dientes o por pérdida de los mismos. (Golf. T, 2006)

### **Disminución de la Dimensión Vertical Oclusal**

Según (Apollonia & Milano, 2011) La pérdida de dimensión vertical que suele ocurrir como consecuencia de atrición generalizada por bruxismo, o pérdida dentaria parcial, se diagnostica mediante la medición de los tercios faciales, con el paciente en oclusión; medición del espacio libre con el paciente en posición de postura o de reposo clínico mandibular, el cuál no debe ser menor de 2mm.

Los conceptos fisiológicos de las relaciones maxilares y oclusión están basados en estudios de fisiología dental y oral, el espacio intermaxilar se define como el espacio biológico existente entre los huesos maxilares superior e inferior, cuando este

espacio biológico disminuye su longitud, se denomina espacio intermaxilar disminuido, existiendo así fuerzas masticatorias reducidas, esto es causado debido a disminución de la dimensión vertical oclusal.

El sistema estomatognático es una unidad morfofuncional integrada al sistema cráneo cervico facial, una alteración en uno de sus componentes que puede traer una respuesta alterada o patológica al sistema de la articulación temporomandibular, porque al existir una disminución de la dimensión vertical oclusal el recorrido del cóndilo en la cavidad articular es mayor. El éxito en un tratamiento no solo depende de la correcta alineación y función de los dientes, sino también en dejar una estética agradable y estabilidad en el resultado oclusal. El odontólogo no debe tratar los dientes como entidades independientes, sino como pertenecientes a una integridad funcional que debe tener armonía.

La necesidad de cambiar la dimensión DVO significa considerar varios factores que incluyen: medida de la fuerza de mordida, la DV, efectos de la carga a la unión temporomandibular, efectos de la carga a los dientes, adaptación y estabilidad neuromuscular, se debe considerar también la estética.

Una prótesis fija requiere un espacio edéntulo con un plano de inserción recto, que tenga un buen tejido blando y dientes distales a la zona edéntulo en buen estado o que soporten al diente a reemplazar (Shillingburg, 2002)

Durante el tallado de los dientes pilares deben darse una serie de condiciones técnicas que permitan la confección de coronas y puentes integrados a la anatomía dental de los tallados. Estas condiciones son la existencia de espacio suficiente para la instalación del material y la forma del tallado proporcione retención, la resistencia y estabilidad a la corona dental. Este espacio depende de una dimensión vertical óptima.

## **Paciente**

Se ha definido al paciente como la persona que recibe atención sanitaria, y a la atención sanitaria como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Se utiliza el término paciente en lugar de cliente, residente o consumidor, si bien se admite que es posible que muchos receptores de atención sanitaria, como una embarazada sana o un niño al que se vacuna, no sean considerados pacientes o no se vean a sí mismos como tales. La atención sanitaria incluye el cuidado de la salud por uno mismo. La Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

### **2.3 Bases legales**

Las bases legales son el conjunto de leyes, reglamentos, normas, decretos. Etc., que establecen el basamento jurídico sobre el cual se sustenta la investigación. Pérez (2009).

### **Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela**

**Artículo 112:** “Todas las personas pueden dedicarse libremente a la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las previstas en esta Constitución y las que establezcan las leyes, por razones de desarrollo humano, seguridad, sanidad, protección del ambiente u otras de interés social. El Estado promoverá la iniciativa privada, garantizando la creación y justa distribución de la riqueza, así como la producción de bienes y servicios que satisfagan las necesidades de la población, la libertad de trabajo, empresa, comercio, industria, sin perjuicio de su facultad para dictar medidas para planificar, racionalizar y regular la economía e impulsar el desarrollo integral del país”

El artículo 112 trata sobre el derecho al libre ejercicio de la actividad económica por parte de las personas dentro de las regulaciones establecidas por la carta magna y las leyes que derivan de ella, así como el rol del estado en este ejercicio, velando por la planificación y regulación de la economía y el impulso del desarrollo nacional en forma integral.

**Artículo 83:** “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”.

En este sentido la salud es un derecho fundamental de los venezolanos donde el estado garantizará, este velará por todos y cada una de las políticas encaminadas a establecer la promoción, defensa, y cumplimiento de las medidas que conlleve a una elevación y mejora de la calidad de vida, siendo el mejor tratamiento de cualquier enfermedad su prevención. Todas las enfermedades pueden prevenirse y diagnosticarse precozmente, para minimizar sus consecuencias y simplificar su tratamiento.

En Venezuela, la salud se reconoce como un derecho social y su cobertura se ha universalizado, es por ello que la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud establece en el Artículo 3 y 4 lo siguiente:

**Artículo 3:** El Sistema Nacional de Salud garantizará la protección de la salud a todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna naturaleza

**Artículo 4:** El objeto del Sistema Nacional de Salud es la prestación de servicios en atención a la salud, encaminados no solo a procurar la ausencia de enfermedad, sino a promover el mayor bienestar físico, mental y social de los habitantes del país.

En la presente investigación es importante resaltar que, bajo el escenario de la práctica odontológica, su ejercicio no sólo implica el conocimiento científico clínico sino también el desempeño basado en un trato humano, respetando la ética, cumpliendo con leyes, normas establecidas y aceptadas de manera global. Debido a esto el Congreso de la República de Venezuela bajo la Gaceta Oficial N° 29.288 en agosto de 1970, decreta la Ley Del Ejercicio de la Odontología para no dejar de lado los componentes ético y legal que complementan la formación del profesional y permiten que éste pueda brindar una atención integral a su paciente.

En tal sentido, la profesión odontológica percibe formar odontólogos integrales, con conocimientos científicos, técnicos y humanísticos y con un alto sentido ético y social. Para ser un buen profesional de la Odontología, es necesaria la Ética e todas las actividades que se realicen. Esto hace que se gane el respeto y la confianza de los pacientes, el respeto y la cordialidad hay que brindarlos para merecerlos.

La odontología desde un contexto ético y legal se puede analizar desde diversas ópticas, es por ello que el Artículo 2 de esta ley sostiene lo siguiente:

**Artículo 2:** Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrá delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley y su Reglamento”.

Aunque la formación científica es la base del ejercicio de la odontología, el factor de mayor consideración es el compromiso que adquieren los odontólogos durante su formación para aplicar sus capacidades con integridad, con la prioridad de

respetar los intereses del paciente y su salud oral, es por eso que el Artículo 16 se esta misma ley, establece:

**Artículo 16:** “Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades bucodentarias, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran.”

Cada odontólogo debe tomar determinaciones sobre si tiene o no competencia para realizar un diagnóstico oportuno o para llevar a cabo tratamientos específicos en determinadas circunstancias clínicas, es de suma importancia crear conciencia entre los profesionales de la salud y las instituciones formadoras, acerca del riesgo de pérdida de credibilidad ante la sociedad, así como estar informados de las principales causas de inconformidad de los pacientes derivadas de la ausencia de preceptos éticos.

En relación a todo lo anteriormente mencionado, la odontología como ciencia nos compromete moralmente y obliga a investigar en beneficio de la salud bucal de las personas; como técnica reconoce los avances y aplicaciones terapéuticas en beneficio de sus pacientes; como arte permite establecer relaciones de respeto, conscientes y responsables de sus actos, con vocación de servicio y dignificando su profesión odontológica. El dentista debe ser un profesional dedicado a promover la salud bucal y general de la población. Mediante su labor preventiva lleva a cabo acciones encaminadas a conservar la salud en general, con la promoción de campañas de salud bucal e importantes hábitos higiénicos y alimenticios.

## **2.4 Definición de términos básicos**

Al respecto, Holmes, A (2005) señala. La Definición de términos en los estudios e investigaciones son líneas elementales sobre aspectos teóricos puntuales de un problema.

**Axial:** La palabra axial es usada como adjetivo que hace referencia a relativo a un eje, relacionado con el eje o que tiene forma de eje, en odontología, se refiere al eje longitudinal del diente.

**Bisel:** Es un corte de un diente con un ángulo distinto de 90 grados respecto a la pared de una cavidad en la preparación de una cavidad dental

**Corona:** También llamada funda dental es una prótesis dental que se coloca de manera fija y cubre el área de un diente previamente preparado o desgastado para ser viable de llevar una corona que conserve o mejore su anatomía.

**Fulcrum:** Es el eje de giro de un diente ante una fuerza tangencial. Es decir no a las que vienen en forma paralela al eje del diente (axiales) sino de las que vienen desde oclusal.

**Máxima intercuspidación:** Es definida como la completa intercuspidación entre dientes opuestos independientemente de la posición condilar.

**Paralelismo:** Se dice que dos elementos son paralelos cuando mantienen una distancia constante entre sí. Esto significa que nunca se cortarán y, por tanto, no contienen ningún punto en común.

**Prevalencia:** Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

**Póntico:** En prótesis fija es el diente artificial suspendido entre los dientes pilares.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

Tamayo y Tamayo (2003) explica el marco metodológico como un proceso que, mediante el método científico, procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento, dicho conocimiento se adquiere para relacionarlo con las hipótesis presentadas ante los problemas planteados.

En función de lo expresado por los autores, a continuación, se presenta el tipo de investigación, nivel, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de información, así como las técnicas y análisis de información correspondiente, que se tomaron en consideración para determinar la prevalencia de la dimensión vertical oclusal disminuida en pacientes edéntulos parciales que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez.

#### **3.1 Tipo de Investigación.**

Los tipos de investigación definen el enfoque del estudio, ya que son los que determinan los pasos a seguir del mismo, así como las técnicas y métodos que se emplean. Arias, F. (2012). Es así como, el diseño de la presente investigación es de campo, los datos e información se recolectarán directamente de la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez, municipio San Diego estado Carabobo. La misma también posee un basamento legal ya que se apoya en la revisión de fuentes especializadas, artículos específicos, trabajos de grado, internet y otros.

### **3.2 Diseño de la Investigación:**

Según Kerlinger (1979) "La investigación no experimental es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones, es decir, consiste en observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos".

Al respecto, esta investigación es de tipo cuantitativa enmarcada en una modalidad descriptiva y no experimental, debido que, se lograra el objetivo a través de la obtención de datos primarios provenientes de la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez, se mantuvo una postura en donde hubo un enfoque completo, planificado y secuencial en cada caso de estudio, con un abordaje diagnóstico y preventivo, determinando la prevalencia de esta problemática, con la finalidad de garantizar el éxito en la rehabilitación protésica fija.

El carácter descriptivo de esta investigación se fundamenta en los conocimientos previos sobre la problemática, por otros investigadores, la información escrita en publicaciones especializadas, trabajos científicos, bibliografías en internet, además de entrevistas no estructuradas manejadas en las consultas. De tal manera que el carácter descriptivo está dirigido hacia la observación, el diagnóstico y la descripción de los acontecimientos de esta problemática para interpretarlos objetivamente.

### **3.3 Población y muestra**

El termino población según Arias (2006) se refiere: "cualquier conjunto de elementos de lo que se quiere conocer e investigar alguna o algunas de sus características"

La población para esta investigación está constituida por los pacientes que asisten la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez, durante el período 2018-2. Correspondiente a 100 pacientes.

Balestrini (2006) señala que una muestra “es una parte representativa de una población, cuyas características deben reproducirse en ellas lo más exactamente posible”. Para la presente investigación la muestra está representada por 23 pacientes que representan el 23% de la población.

### **3.4 Instrumentos y Recolección de datos**

Según Fidias, Arias (2012) un instrumento de recolección de datos es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información.

Con la finalidad de cumplir los objetivos de nuestra investigación, los datos se obtuvieron a través de la medición de la dimensión vertical de los pacientes parcialmente edéntulos que asisten a la clínica III de rehabilitación protésica de la Universidad José Antonio Páez, utilizando el Vernier como instrumento de medición, de las cuales se extrajo las variables en estudio a través de una guía de observación siguiendo las especificaciones de la tabla de Operacionalización de variables.

### **3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Según Fidias, Arias (2012) “en este punto se describen las distintas operaciones a las que serán sometidas los datos que se obtengan: clasificación, registro, tabulación y codificación si fuere el caso”.

Los datos obtenidos son presentados para el análisis de información en tablas de frecuencias y gráficos, para cada variable. Sometidos a un proceso de tabulación

para agrupar, ordenar y clasificar los datos que hemos obtenido, aplicando el diagrama circular para lograr el análisis y la interpretación, realizando un procedimiento cuantitativo de carácter descriptivo- correlacional.

### **3.6 Validez y Confiabilidad**

Según Fidias, Arias (2012) “En este caso, lo fundamental es comprobar si el instrumento mide lo que se pretende medir, además de cotejar su pertinencia o correspondencia con los objetivos específicos y variables de la investigación. Esta operación puede ser realizada a través del juicio de expertos”.

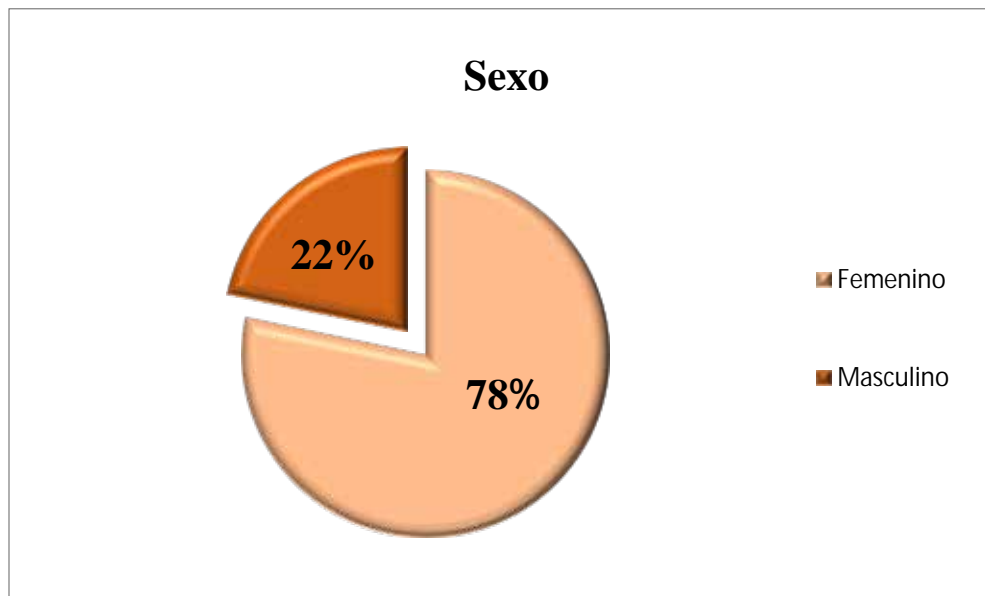
En el caso de este proyecto, se utilizó como instrumento el vernier, el cual es un calibrador utilizado para tomar dimensiones lineales por contacto, este permite realizar mediciones precisas entre dos puntos.

## CAPITULO IV

### 4.1 PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### VARIABLE: PACIENTES EDENTULOS PARCIALES

**Grafico Nro. 1: Distribución por sexo de los pacientes parcialmente edéntulos que asisten a la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2018-2.**



*Fuente: Hernández, Ribeiro (2018)*

De acuerdo con el estudio realizado, el sexo que predomina en pacientes parcialmente edéntulos que asisten a la clínica III de la Universidad José Antonio

Páez, es el femenino con un 78% de prevalencia. Lo cual nos arroja que el sexo femenino es más proclive a presentar edentulismo parcial.

Todas las alteraciones causadas por el edentulismo pueden ir evolucionando según el tiempo del edentulismo, edad, género, hábitos, salud, trastornos de enfermedades. (Carlsson, 1998). Esto es mencionado en la investigación Xavier, J (2013) en su trabajo de grado titulado “Registro de Relaciones Intermaxilares en Prótesis Fija”

**Grafico Nro. 2: Distribución por grupo etario de los pacientes parcialmente edéntulos que asisten a la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2018-2.**



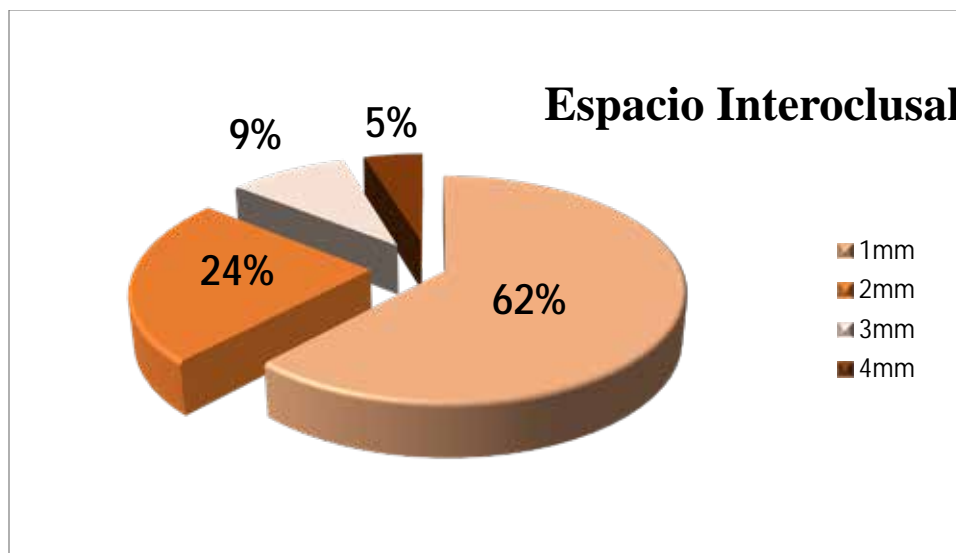
*Fuente: Hernández, Ribeiro (2018)*

Los resultados del presente gráfico, demuestran que existe predominio en edades comprendida entre 31-60 años, y en menor escala entre los 61-75 años. Por

consecuente podemos concluir que es en la adultez donde se presenta mayormente el edentulismo parcial. (C. W. Douglass, A. Shih, and L. Ostry, 2009) Demuestran mediante estudios que existe una relación directa entre edad y edentulismo, es decir las personas que portan prótesis son en esencia personas de edad avanzada. Como se señala en la investigación de Xavier, J (2013) en su trabajo de grado titulado “Registro de Relaciones Intermaxilares en Prótesis Fija”

**VARIABLE: DIMENSION VERTICAL**

**Grafico Nro. 3: Distribución según el espacio interoclusal de los pacientes parcialmente edéntulos que asisten a la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2018-2.**



*Fuente: Hernández, Ribeiro (2018)*

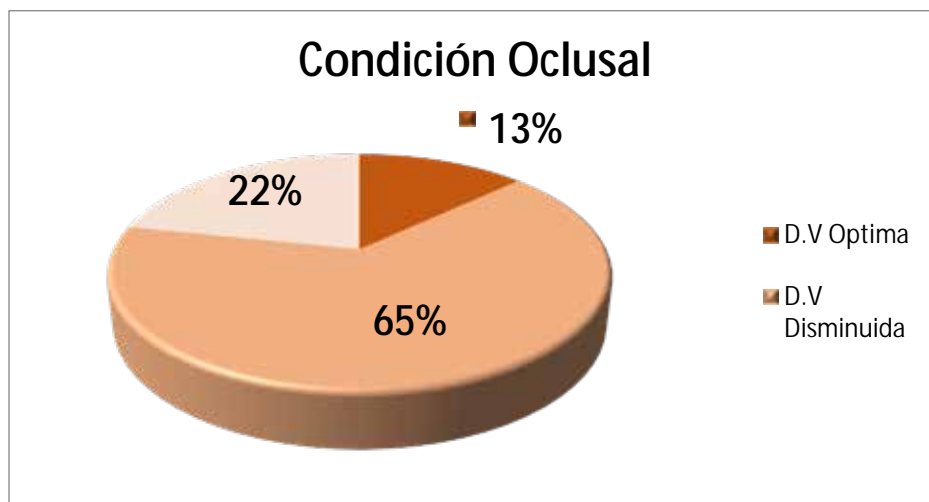
A través de este gráfico se demuestra como un porcentaje significativo de la muestra (62%) presento un espacio interoclusal de 1mm, por otro lado un (24%) de la muestra presento un espacio interoclusal de 2mm; una minoría de la muestra

representada por un (9%) presento un espacio interoclusal de 3mm, y tan solo un (5%) de la muestra presento un espacio interoclusal de 4mm. Obteniendo como resultado que 1mm es el espacio interoclusal predominante los pacientes parcialmente edéntulos que asisten a la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez.

Este grafico se fundamenta con la investigación de Espinosa, S. (2017), intitulada “Protocolo clínico para rehabilitación oral” Donde se menciona que la DVO (dimensión vertical en oclusión) es aproximadamente 1mm o 2mm menos que la DVR (dimensión vertical en reposo) y la resta de ambas corresponde a la dimensión vertical oclusal. (Alonso, Albertini, Bechelli, 1999)

**VARIABLE: PREVALENCIA**

**Grafico Nro. 4: Distribución según la condición oclusal de los pacientes parcialmente edéntulos que asisten a la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2018-2.**

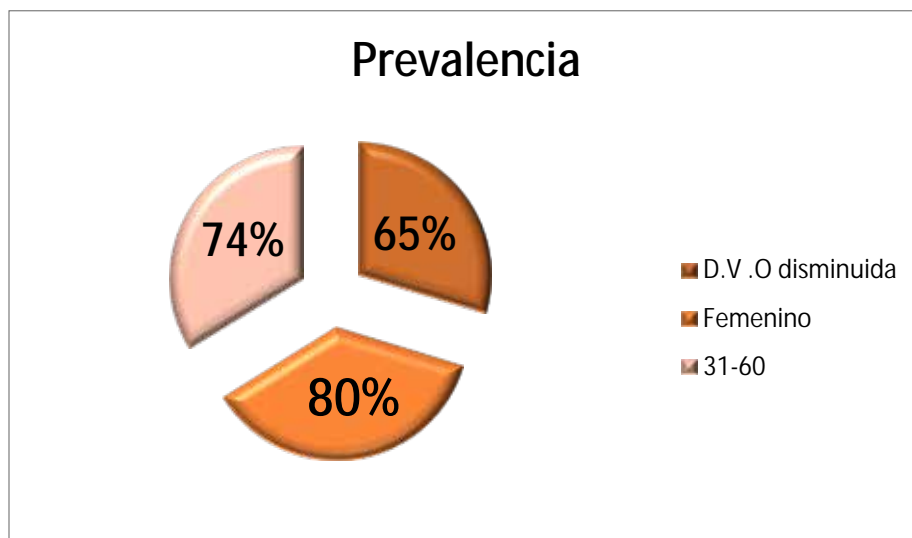


**Fuente: Hernández, Ribeiro (2018)**

A través del gráfico antes expuesto se puede determinar que gran parte de la muestra estudiada, representada como un 65%, presentan dimensión vertical disminuida, un 22% de la muestra presentan dimensión vertical aumentada y tan solo un 13% de la muestra presentan una dimensión vertical óptima.

Este resultado se correlaciona con el estudio realizado por Xavier, J (2013) titulado “Registro de Relaciones Intermaxilares en Prótesis Fija”, En el cual indica que las relaciones intermaxilares son tridimensionales y los registros deben ser capaces de reproducirlas, puesto que estas poseen gran repercusión en el resultado final del tratamiento. La dimensión vertical se pierde cuando se pierde la altura de la mordida ya sea esta por extrusión de los dientes o por pérdida de los mismos. (Golf. T, 2006)

**Gráfico Nro. 5: Prevalencia de la dimensión vertical oclusal disminuida según edad y sexo, en pacientes edéntulos parciales que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica III de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2018-2.**



*Fuente: Hernández, Ribeiro (2018)*

En este grafico se representa el 100% (23 pacientes) de la muestra total evaluada. A través de este gráfico se observa el predominio de la dimensión vertical oclusal disminuida, puesto que el 65% de la muestra la presento, estando representada en un 80% por el sexo femenino y un 74% eran adultos en edades comprendidas entre 31 y 60 años.

## CAPITULO V

### 5.1 Conclusiones

La rehabilitación protésica fija representa uno de los temas más atractivos y con un desarrollo más acelerado en la odontología de las últimas décadas; actualmente supone como una alternativa clara y viable para el tratamiento rehabilitador.

A pesar de ello, es frecuente observar con determinada periodicidad a pacientes que acuden a la consulta con tratamientos protésicos fijos fracasados, debido a la carencia de un eficaz método de diagnóstico e inadecuada planificación de un plan de tratamiento. Un alto porcentaje de los casos en los que fracasa el tratamiento protésico fijo, los pacientes presentan una dimensión vertical oclusal disminuida. Dentro de este contexto, esta investigación fue realizada con la finalidad de obtener la prevalencia de los pacientes edéntulos parciales que asistieron a la clínica de rehabilitación protésica III de la Universidad José Antonio Páez presentando dicha condición.

En base a los objetivos propuestos en la presente investigación, concluimos que después de evaluar el espacio interoclusal en los pacientes edéntulos parciales que asisten a la Clínica de Rehabilitación Protésica III, se determinó que la mayor parte de la población presenta un espacio interoclusal de 1mm, y el segundo porcentaje más alto estuvo representado por un espacio interoclusal de 2mm.

A través de los estudios realizados se demostró que entre la población estudiada predomina la dimensión vertical oclusal disminuida, demostrando así la presencia de la problemática expuesta en esta investigación, sin embargo, un porcentaje significativo de la población presento una dimensión vertical oclusal óptima.

Así mismo se logró identificar que existe una mayor prevalencia de pacientes con dimensión vertical oclusal disminuida en el sexo femenino y en edades comprendidas entre los 31-61 años, siendo en la adultez donde se presenta mayormente el edentulismo parcial. También se identificó al sexo masculino como menos susceptible a presentar esta condición.

Al analizar las condiciones oclusales en una población de 100 pacientes se determinó que el 65% de ellos pudieran fracasar en el tratamiento protésico fijo, debido a que no reúnen los requerimientos adecuados para el correcto tallado de las unidades dentarias que servirán de pilares a la prótesis fija, puesto que la presencia de una dimensión vertical oclusal óptima es un factor determinante para el éxito del tratamiento protésico fijo rehabilitador.

## **5.2 Recomendaciones**

Teniendo en cuenta la importancia diagnóstica que tuvo esta investigación y ante la problemática encontrada se recomienda hacer énfasis en la evaluación minuciosa de cada caso estudio, debido a que, los problemas que tienen lugar durante el tratamiento o posterior a este se pueden atribuir a errores u omisiones al realizar la historia clínica y la exploración inicial.

En este contexto, se recomienda la incorporación de la evaluación de las condiciones oclusales a la historia clínica utilizada en la universidad, puesto que esta representaría una herramienta de gran ayuda en los casos estudiados. Así como también se espera que esta investigación sea un punto de partida para otras investigaciones que establezcan un protocolo de atención para los pacientes que presentan esta condición oclusal y serán rehabilitados en las áreas clínicas de la universidad José Antonio Páez.

Así como también se recomienda la elaboración de una guía la cual indique varias alternativas de tratamiento para tratar diferentes condiciones y necesidades al paciente en la rehabilitación oral, el cual funcione como un instrumento técnico-normativo estandarizado, que logre acciones integradas de salud, con seguridad, calidez y de buena calidad para el paciente tratado.

De igual forma, es importante el compromiso de la constante renovación de conocimientos que les ofrezcan mayores instrumentos a los profesionales al momento de realizar el diagnóstico, para que a través de ello se puedan ofrecer distintas opciones de tratamiento que preceden a la rehabilitación protésica fija.

En los pacientes edéntulos parciales es ideal realizar una ferulización no transcurrido mucho tiempo de la pérdida de unidades dentarias, puesto que esto evitara el movimiento de unidades dentarias antes de la rehabilitación protésica, lo que facilitara considerablemente el tallado de los dientes pilares en prótesis fija.

Finalmente se recomienda continuar con la investigación anteriormente expuesta ya que sin duda alguna es un tema muy importante y amplio, siendo así este trabajo un punto de partida para ello.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alves, R., & E., N. (2003). Estética dental nueva generación. México: Artes Médicas Latinoamericanas.
- Arias, F. (2006). Proyecto de investigación: introducción a la metodología científica. Caracas: Editorial Espíteme.
- Ballestrini Acuña, M. (2002). Como se elabora el proyecto de investigación (6ta. ed.). Caracas: BL Consultores Asociados.
- Becerra. (2005). Fundamentos biomecánicos en la rehabilitación oral. Recuperado el 29 de Enero de 2018, de Revista Facultad de odontología Antioquia: <http://www.Od.Losandes.OralRehabilitacion.com.co>
- Castañeda, C. (2016). Análisis radiográfico de pilares protésicos en el sector posterior y su relación con la ley de Ante. Tesis, Universidad Central de Santiago de Chile, Facultad de Estomatología, Santiago de Chile.
- Christensen, G. (2004). Is occlusion becoming more confusing? Journal of American Dental Association, 135(6), 767-770.
- Espinosa, S. J. (2017). Protocolo clínico para rehabilitación oral. Tesis, Universidad de las Américas, Facultad de Odontología, Quito.
- Fonseca, Issa, & Sirica. (Julio - Diciembre de 2017). Respuesta de los tejidos periodontales al tratamiento protésico. (U. d. Carabobo, Ed.) Recuperado el 15

de Febrero de 2018, de Revista ODOUS CIENTIFICA:  
[www.http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia](http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia)

Galarza, A. (2014). Manejo clínico de la dimensión vertical en pacientes edéntulos totales. Tesis, Guayaquil.

Jankelson, R. (1990). Neuromuscular dental diagnosis and treatment. Ishiyaku Euroamericana.

Lavandero, F. (2012). Características de dientes pilares en relación a Prótesis Fija. Recuperado el 10 de Febrero de 2018, de seminarioprotesis:  
<http://www.seminarioprotesis.blogspot.com>

López Olivera, J. V. (2009). revalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Orozco, Arroyo, & Martínez. (2008). Relación céntrica: revisión de conceptos y técnicas para su registro. (U. d. Sevilla, Ed.) Avances en odontoestomatología.

Pérez, E. (2008). Verificación de las Medidas Faciales establecidas por el Método de Willis para determinar la Dimensión Vertical de Oclusión, en una muestra seleccionada de adultos parcialmente desdentados con Referencia Oclusiva Estable. Tesis, Universidad de Chile, Facultad de Odontología, Santiago de Chile.

Shillingburg, H. T., Whitsett, L., Jacobi, R., & Brackett, S. (2000). Fundamentos esenciales en prótesis fija. (Tercera ed.). Barcelona: Edit. Quintessence S.L.

Tamayo y Tamayo, M. (2003). El Proceso de la Investigación Científica. México: Editorial Limusa.

Watanabe, R., Salcedo, D., Ochoa, J., Horna, H., Herrera, M., & Paz, J. J. (2008). Rehabilitación oral con prótesis fija. *Odontología Sanmarquina*, 11(2), 96-99.

## ANEXOS

### Sistema de Variables

Cuadro N° 1. Identificación y Definición de las Variables

Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual
Evaluar la dimensión vertical en los pacientes edéntulos parciales.	Dimensión vertical	Se define como la disminución del espacio biológico existente entre los huesos maxilares superior e inferior.
Determinar la cantidad de pacientes edéntulos parciales con dimensión vertical disminuida.	Paciente	En la medicina y en general en las ciencias de la salud, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar. En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.
Establecer la prevalencia, según sexo y edad, de los pacientes edéntulos parciales con dimensión vertical oclusal disminuida.	Prevalencia	Dentro del ámbito de la medicina, se habla de la prevalencia para nombrar al índice de individuos que padecen una cierta enfermedad dentro del total de un grupo de personas en estudio.

**Fuente: Hernández, Ribeiro (2018)**

Cuadro N° 2. Operalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>ITEMS</b>
Dimensión Vertical	Espacio interoclusal	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dimensión vertical fisiológica –</li> <li>· Dimensión vertical oclusal</li> </ul>	1
Pacientes edéntulos parciales	Dimensión vertical optima  Dimensión vertical disminuida	<ul style="list-style-type: none"> <li>· N° de pacientes que presentan una dimensión vertical óptima.</li> <li>· N° de pacientes que presentan disminución de la dimensión vertical</li> </ul>	3
Prevalencia	Edad Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>· De 18-30, 31-60, 61-75 años</li> <li>· Femenino. Masculino</li> </ul>	2

**Fuente: Hernández, Ribeiro (2018)**





UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**GUÍA DE OBSERVACIÓN**

CANTIDAD		1) CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS					2) ESPACIO INTEROCLUSAL			3) CONDICION OCLUSAL					
		SEXO		EDAD			INDICADORES								
							DIMENSION VERTICAL			PX. EDENTULOS PARCIALES					
Numero Paciente	Numero Historia	Femenino	Masculino	18-30 años	31-60 años	61-75 años	D.V.P	D.V.O	Resultado	D.V.O	Disminuida	D.V.O	Óptima	D.V.O	Aumentada
							D.V.P- D.V.O								
1															
2															
3															
4															
5															
6															