



República Bolivariana de Venezuela  
Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria  
Universidad José Antonio Páez  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Odontología

**PROPUESTA DE UN MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE OCLUSIÓN  
PARA LA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. (2017-  
1CR)**

**Autora:** Katiuska Figueira

**Autor:** Jorge Martins

**Tutor:** Od. Prof. Óscar Martínez

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



República Bolivariana de Venezuela  
Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria  
Universidad José Antonio Páez  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Odontología

**PROPUESTA DE UN MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE OCLUSIÓN  
PARA LA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. (2017-  
1CR)**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo.

**Autora:** Katiuska Figueira

**Autor:** Jorge Martins

**Tutor:** Od. Prof. Óscar Martínez

San Diego, Junio 2017



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

**PROPUESTA DE UN MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE OCLUSIÓN PARA LA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. (2017-1CR)**

**ESTUDIANTES**

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 24.042.484

KATIUSKA FIGUEIRA

2. 19.756.722

JORGE MARTINS

Tutor Propuesto: OSCAR MARTINEZ

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

Cédula de Identidad N°:

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Firma



Fecha  
23/06/2017



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

SEMESTRE REGULAR \_\_\_\_\_

SEMESTRE EXTRAORDINARIO X

**PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO**

DATOS PERSONALES
<b>Autor(es)</b>
Nombre: Katuska Figueira C.I.: 24.042.484 TLF.: 0424 3699465
Nombre: Jorge Martins C.I.: 19.756.722 TLF.: 0414 4713283
DATOS ACADÉMICOS
Carrera: ODONTOLOGIA
Título del trabajo <b>PROPUESTA DE UN MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE OCLUSIÓN PARA LA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. (2017-1CR)</b>
Breve Explicación: Se trata de la propuesta de una hoja de oclusión que tiene como objeto el registro de las maloclusiones y problemas temporomandibulares en los pacientes que acuden a la clínica integral del adulto de la facultad de odontología de la UJAP para así precisar un diagnóstico y un posible tratamiento de los mismos.
Lugar donde se desarrollara el proyecto: Universidad José Antonio Páez
Tiempo de desarrollo: 4 meses
Tutor Académico Propuesto: Oscar Martínez

APROBADO

NO APROBADO \_\_\_\_\_

**COMITÉ DE EVALUACIÓN:**

COORDINACION DE PASANTIA Y TRABAJO DE GRADO

Nombre Erny Waffer

Firma

DIRECCION DE ESCUELA

Nombre Rodolfo Pao

Firma





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

San Diego, abril de 2017

**ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO**

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado:

**PROPUESTA DE UN MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE OCLUSIÓN  
PARA LA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. (2017-1CR)**

ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

 Nombre Tutor/ Metodológico	 Firma	04/04/17 Fecha
 Nombre Tutor Académico	 Firma	6.04.2017. Fecha





**COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**PLANILLA SOLICITUD**

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Figueira Nunes	Katiuska Laura	24.042.484
<b>Dirección:</b> Av Las Delicias, residencia el Bosque, Edif Bosque Dorado, apto 8, Maracay Edo Aragua		<b>Teléfono:</b> 04243699465
DATOS ACADÉMICOS		
<b>Escuela:</b> Odontologia	<b>Indice Académico</b>	15.00
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
<b>Autores:</b> Jorge Martins Katiuska Figueira		
<b>Título Del Trabajo:</b> PROPUESTA DE UN MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE OCLUSIÓN PARA LA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. (2017-1CR)		
<b>Breve Explicación:</b> Se trata de la propuesta de una hoja de oclusion que tiene como objeto el registro de las maloclusiones y problemas temporomandibulares en los pacientes que acuden a la clinica integral del adulto de la UJAP para asi precisar un diagnostico y un posible tratamiento de los mismos.		
<b>Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto:</b> UJAP		
<b>Tiempo De Desarrollo:</b> 4 meses		
<b>Tutor Académico Propuesto:</b> Oscar Martinez		

APROBADO:  NO APROBADO:

**COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO**

Erny Weffer                      [Firma]                      23/06/2017  
 NOMBRE                              FIRMA                              FECHA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE                              FIRMA                              FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA



Graig F. [Firma]                      26/6/17

## **AGRADECIMIENTOS**

Reconocemos la invaluable ayuda de los profesores y odontólogos que colaboraron para la realización de este trabajo.

Agradecemos a la profesora Ervy Weffer, por su gran dedicación, cariño, ayuda y colaboración en todo momento, a nuestra profesora experta en metodología, Graciela Carvallo por su completa disposición de ayudar y darnos las mejores ideas para alcanzar la excelencia.

A nuestro tutor, el profesor y odontólogo Oscar Martínez, por ser de gran ayuda y estar dispuesto en todo momento a involucrarse en el proceso, aportar ideas y darnos los mejores tips, siempre con una sonrisa.

Agradecemos a la profesora Ivettmar Gámez por ser pieza fundamental para la realización de este trabajo, además, por siempre demostrarnos su interés y apoyo con el mismo.

Queremos agradecer a la profesora, metodóloga y amiga Aixa González, por su gran ayuda y colaboración antes, durante y después de la realización de este trabajo.

Gracias infinitas a nuestros padres, familiares y amigos más cercanos que nos acompañaron en este proceso, sin su ayuda nada de esto hubiese sido posible.

## INDICE

RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPITULO I	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.3 OBJETIVO GENERAL	18
1.3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
1.4 JUSTIFICACIÓN	18
CAPITULO II	20
2.1 ANTECEDENTES	20
2.2 BASES TEÓRICAS	24
2.2.1 ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	25
2.2.2 MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN	28
2.2.3 FISIOLÓGÍA DE LA OCLUSIÓN	30
2.2.4 MALOCLUSIÓN	33
2.2.5 CLASIFICACION DE MALOCLUSION SEGÚN ANGLE	33
2.2.6 DESGASTE DENTAL	36
2.2.7 CONCEPTOS BÁSICOS A TOMAR EN CUENTA EN LA OCLUSIÓN DENTAL:	37
2.3 BASES LEGALES	39
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	42
CAPITULO III	44
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	44
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	45
3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.4.1 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	46
3.4.2 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	47
3.4.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS	50
CAPITULO IV	51

<b>4.1</b>	<b>Diagnóstico de la necesidad de una hoja de registro de oclusión</b>	<b>51</b>
<b>4.2</b>	<b>ANALISIS DE LOS DATOS</b>	<b>66</b>
<b>4.3</b>	<b>ESTUDIO DE FACTIBILIDAD</b>	<b>68</b>
	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>70</b>
	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>71</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>72</b>
	<b><i>CAPITULO V</i></b>	<b>74</b>
	<b>LA PROPUESTA</b>	<b>76</b>
<b>5.1</b>	<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>76</b>
<b>5.2</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>77</b>
<b>5.2.3</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>77</b>
<b>5.3</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>78</b>
<b>5.4</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>79</b>
<b>5.5</b>	<b>FACTIBILIDAD</b>	<b>81</b>
	<b>Factibilidad Académica:</b>	<b>81</b>
	<b>Factibilidad Institucional:</b>	<b>81</b>
	<b>Factibilidad Económica</b>	<b>81</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>84</b>
	<b>TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>85</b>
	<b>INSTRUMENTO APLICADO</b>	<b>86</b>



**PROPUESTA DE UN MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE OCLUSIÓN PARA LA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. (2017-1CR)**

**Autora:** Katiuska Figueira **Autor:** Jorge Martins

**Tutor:** Od. Prof. Oscar Martínez

Abril 2017

**RESUMEN**

El presente trabajo propone un diseño de hoja de registro de oclusión única para uso en la clínica del adulto de la Universidad José Antonio Páez. Se enmarca en una investigación descriptiva con modalidad de campo, con enfoque factible y un diseño transversal descriptivo. Se valoraron las historias de registro general de los pacientes de la facultad de odontología, así como los documentos bibliográficos existentes referidos al tema. Se emplearon los métodos de nivel teórico, como el análisis histórico- lógico, el inductivo-deductivo, y del nivel empírico. Fue aplicado una encuesta a los profesores, y la observación directa a las hojas de registro general. La propuesta es una herramienta que pretende resolver la necesidad existente de una hoja de registro única oclusal adecuada para el uso en la clínica del adulto y capaz de ofrecer la simplificación y puntualización del diagnóstico a realizar a pacientes, por los estudiantes cursantes de la facultad de odontología, ya que pretende identificar los problemas oclusales en los pacientes que asisten a las áreas clínicas de la UJAP. Se evidenció la necesidad de incorporar una hoja de registro de oclusión dirigida a impulsar el desarrollo del conocimiento de los estudiantes facilitando el diagnóstico y posible tratamiento de los pacientes, según sea la afección que presente. Por lo que se recomendó y elaboró el diseño de la misma, como propuesta de investigación.

**Palabras claves:** Diseño – registro- oclusión – articulación temporomandibular – modelo

## INTRODUCCIÓN

Considerando la importancia de los trastornos de la oclusión desde el punto de vista de la salud del aparato Estomatognático, ya que participa en las funciones principales del sistema, es necesario definir con claridad los aspectos que conduzcan al logro de una oclusión dentaria funcional y estable. Los trastornos de la oclusión se comienzan a manifestar en las primeras etapas de la vida, de ahí que su tratamiento en estos períodos, sean eficientes y con resultados más estables que en etapas posteriores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal.

A nivel mundial durante los últimos años se ha producido un incremento en la demanda de los tratamientos odontológicos en los servicios de salud pública y privada dental, sobre todo en países desarrollados, se ha dirigido una mayor atención a los problemas bucales como las maloclusiones. Es por ello que los epidemiólogos y los expertos en salud pública deben concentrar todos sus esfuerzos en el diseño y validación de métodos objetivos de registro y medida de lo referente a la oclusión y la maloclusión con el fin de conocer la necesidad real de tratamientos como por ejemplo ortodóncicos, protésicos u otros como terapéuticos hacia la población y los beneficios obtenidos con dichos tratamientos. Aunque existen métodos para la valoración objetiva de enfermedades como la caries dental o la enfermedad periodontal, no existe acuerdo y unanimidad sobre cuál o cuáles son los métodos más apropiados para el registro de la maloclusión. Un método objetivo de registro y medida es de vital importancia en epidemiología para poder establecer comparaciones entre distintas poblaciones.

Aunque se ha publicado un gran número de estudios de prevalencia de maloclusiones en distintas poblaciones, las diferencias en cuanto a los resultados de estos, no solamente estriban en las diferencias étnicas, los distintos tamaños muestrales o las diferencias en lo relativo a las edades de los grupos analizados, sino, también, en la gran diversidad de métodos de registro empleados. Un índice oclusal debe ser capaz de situar cada maloclusión en una categoría o grupo definido por un número que se corresponda con una posición relativa de dicha maloclusión en una escala finita con un límite superior y otro inferior. La escala debe estar graduada de forma progresiva desde cero (ausencia de enfermedad) hasta su punto más alto (enfermedad en su estadio terminal). Debe mostrarse igualmente sensible en todos los puntos de la escala. Su valor debe corresponderse estrictamente con el estadio de enfermedad al que representa. Debe poder ser estudiado estadísticamente y ser reproducible. Mínimo equipamiento e instrumental necesarios para su aplicación.

Al ver todos los problemas que una mala oclusión puede causar a los pacientes, es de interés odontológico incrementar un diagnóstico exhaustivo sobre la oclusión dentaria, empezando con el reconocimiento del tipo de oclusión según Angle que cada paciente presenta, al igual que señalar todos los problemas y quejas que el paciente puede tener, para proporcionar un diagnóstico y un tratamiento favorable para la solución de todas las disfunciones del paciente.

El procedimiento de examen debe requerir el mínimo número de exploraciones posible. Debe ser lo suficientemente fácil de aplicar como para permitir el estudio de grandes poblaciones en el menor tiempo posible y a bajo costo. Debe permitir la detección rápida de cualquier cambio o desviación de la maloclusión hacia una mejoría o empeoramiento y ser válido a lo largo del tiempo. La elaboración de una historia de registro para la dinámica de la fluidez en un tratamiento desde que ingresa el paciente al área de la clínica integral, y los pasos en su evolución hasta dada de alta es de imperiosa necesidad, ya que el registro que se lleva en estos momentos, a cada paciente debería contener paso los avances de dicha enfermedad y,

que contribuya a clarificar el proceso de saneamiento y salud bucal deseable.

El modelo de hoja de registro de oclusión que se propone para su diseño, pretende que el estudiante mejore su diagnóstico bucal, es por tal motivo, se ha de considerar, según sea el manejo de la historia clínica general, se anexe un registro de los signos y síntomas de la oclusión que sean recabados para el logro de un diagnóstico y plan de tratamiento según sean las necesidades de cada paciente, así como su análisis funcional de la oclusión.

Dada la necesidad de información sobre la prevalencia de maloclusiones aparecen métodos cualitativos y para la cuantificación objetiva de las mismas. En la actualidad los métodos cuantitativos o índices epidemiológicos son los más usados para determinar prioridades en el tratamiento odontológico, los cuales a través de la historia se han desarrollado. Un índice o registro oclusal debe reunir los requisitos necesarios que permita al estudiante y por ende al futuro profesional, una identificación amplia de la afección y expuestos en el presente trabajo, a fin de que puedan ser utilizados regularmente en estudios epidemiológicos.

Por consiguiente el trabajo de grado en su estructuración, presenta un resumen, una introducción, cinco capítulos desglosados de la manera siguiente: El contenido del capítulo I se refiere al planteamiento del problema que trata la problemática del diseño de una historia de registro, el capítulo II comprende el marco teórico y los antecedentes estudiados que dan apoyo teórico a la investigación, las bases legales y a la línea de investigación que corresponde, el capítulo III se refiere al marco metodológico direccionado al cómo se recogen todos los datos necesarios para la investigación, y el capítulo IV La presentación y análisis de los resultados, el capítulo V refleja las conclusiones y recomendaciones, de manera su cinta la importancia del diseño de una historia de registro de oclusión única, y por último se encuentra el aparte donde refleja las técnicas necesarias que se utilizaron en la recolección de los datos necesarios para el análisis de los estudios.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los trastornos temporomandibulares son un conjunto de entidades que afectan la articulación Temporomandibular o los músculos de la masticación y que por su frecuencia se han convertido en un problema crónico en los pacientes que acuden a la consulta odontológica en la clínica integral del adulto en la facultad y por diversos motivos, ya sea por dolores faciales, limitaciones en la apertura y dolor a nivel de la Articulación Temporomandibular (ATM) es importante la evaluación, el diagnóstico y el desarrollo de los tratamientos, procurando el logro del funcionamiento óptimo del sistema estomatognático que puede estar interfiriendo con el desempeño normal de las actividades diarias de cualquier paciente. De allí la importancia de la propuesta de un modelo de hoja de registro que se incorpore en la historia clínica general de la escuela de odontología para tratar efectivamente estos problemas.

La dinámica de vida que lleva el ser humano produce cambios a nivel fisiológico, funcional, emocional y anatómico que están asociados generalmente al estilo de vida que las personas llevan y que incluye el estrés diario, depresión, entre otros.

La propuesta de un modelo de hoja de registro de oclusión que se expone en este trabajo, pretende que el estudiante complemente el diagnóstico bucal, además que establezca, planes de tratamientos adecuados para las necesidades de cada paciente, para tal efecto se requerirá considerar, el análisis de los modelos de estudio, así como el análisis funcional tanto clínico y en el articulador, quedando cada uno de

los aspectos analizados, por consiguiente, en el análisis de modelos que considera el grado de apiñamiento de los dientes, la discrepancia entre el hueso y el diente, las simetrías de las arcadas, la relación de molares y caninos, la magnitud del resalte, las desviaciones dentales, las líneas medias. En un siguiente aparte pero en la misma hoja de registro se describe.

El análisis funcional de los modelos en el articulador, en el cual debe considerar la posición de reposo y la trayectoria del cierre, las relaciones caninas y molares, movimientos laterales, en relación céntrica y en protusiva, así como también se observa la presencia o no de anomalías de posición que puedan estar interfiriendo para lograr una buena oclusión, en donde se toma en cuenta a su vez la posición lingual en reposo, que va en íntima relación con la deglución, la fonación, entre otros.

Es importante señalar, que la Historia Clínica Integral del adulto de la UJAP presenta poca información para la recolección de datos en cuanto al área de oclusión, contando únicamente con la casilla de palpación muscular (tono muscular, dolor), articulación temporomandibular (ruidos articulares, movimientos patológicos mandibulares, dolor); oclusión (relación molar, proyección, perfil), esta información es escasa para poder desarrollar los problemas oclusales, maloclusiones que presentan los pacientes que acuden a la Clínica Integral del Adulto del quinto al noveno semestre; lo cual además es base para el estudio de las demás áreas de la facultad de odontología que se delimitan en requisitos en las áreas clínicas. Es decir, que se busca una relación clínica de las alteraciones oclusales que puede desarrollar otras alteraciones en otras áreas, como el área de endodoncia, el área protésica, el área periodontal, y el área restauradora.

No obstante, la importancia de realizar un análisis exhaustivo de la oclusión en los pacientes que acuden a la clínica integral de adultos en la UJAP, tal como se señaló anteriormente, se observa que, no existe una hoja de registro única para el proceso de recopilación de datos de estos aspectos oclusales tan relevantes para que

consolide el aprendizaje en esta institución académica lo que además implica, gran importancia para el diagnóstico de problemas o afecciones que presentan los pacientes implícitas en esta área del conocimiento, la cual es, fundamental para la comprensión y aplicabilidad de tratamientos en otras áreas del saber relacionadas o afines.

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A pesar que la Universidad José Antonio Páez conjuntamente con los profesores de la escuela de odontología hace énfasis en el logro de un registro de las afecciones bucales entre ellas las referentes al área de oclusión, no existe un registro u hoja específica y minuciosa para la recolección de la información en esta área del conocimiento. Es por ello que surgió la necesidad de este trabajo que es la creación de una hoja de registro de oclusión en la UJAP que garantiza, un registro detallado de las afecciones y que abarca el registro oclusal, y lo relacionado con los problemas temporomandibulares de una manera específica y amplia, con el fin de dar un posible diagnóstico de la afección del paciente y el posible tratamiento para la resolución del mismo.

A partir de la situación problemática anteriormente delimitada, se formuló el siguiente: **problema científico**. ¿Cuál será la factibilidad del diseño de una hoja de registro única que garantice la identificación de los procesos y afección de oclusión y problemas temporomandibulares en los pacientes adultos que asisten a la clínica integral de la facultad de odontología de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) desde el quinto (5to) hasta el noveno (9no) semestre de la carrera?.

Este problema científico ha estado enmarcado en el siguiente **objeto de estudio**: el diseño de una hoja de registro única de oclusión y de problemas temporomandibulares para el diagnóstico y tratamiento de los mismos. Como parte de

este objeto de estudio, se delimito el campo de acción a la clínica integral de la facultad de odontología de la UJAP.

Para dar respuestas al problema formulado se proponen los siguientes objetivos:

### **1.3 OBJETIVO GENERAL**

Proponer un modelo de hoja de registro de oclusión que garantice el registro de las maloclusiones y los problemas temporomandibulares que presentan los pacientes que asisten a la clínica integral del adulto en la facultad de odontología de la UJAP.

#### **1.3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Ø Diagnosticar la necesidad de una hoja de registro de oclusión para pacientes que asisten a la clínica integral del adulto en la facultad de odontología de la UJAP.
- Ø Establecer la factibilidad de un modelo de hoja de registro de oclusión en la clínica integral del adulto de la facultad de odontología de la UJAP.
- Ø Diseñar un modelo de hoja de registro de oclusión para la historia clínica integral del adulto de la facultad de odontología de la UJAP.

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo es de gran relevancia dado que sienta las bases para el diseño de un modelo innovador que garantiza el registro minucioso de las maloclusiones y los problemas temporomandibulares que presentan los pacientes que asisten a la clínica de adultos de la escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez (UJAP), y son recibidos por los estudiantes que realizan el diagnóstico

y van llevando el desarrollo evolutivo de los avances del tratamiento. Además el estudio es de gran importancia ya que la información en una hoja de registro en el área específica de oclusión cobra relevancia en las clínicas integrales del adulto de la UJAP, porque de esta manera se diagnostica y se puede realizar un buen plan de tratamiento que a su vez repercute en una buena atención para los pacientes, que acuden a la clínica integral del adulto de la facultad de odontología.

Con el diseño de la hoja de registro, se amplía la información a obtener de los pacientes que son recibidos en el área clínica, lo que conlleva al realce e importancia de un buen y detallado registro y llenado de historia clínica en los mismos, para la valoración integral del paciente y de esta manera generar un posible diagnóstico orientado siempre a la aplicación de tratamientos que sean eficaces, una vez obtenida la información suficiente para ello.

La importancia de esta investigación es que la propuesta, logra el registro necesario de la mal oclusión y los problemas Temporomandibulares, y la posibilidad de facilitar el trabajo de la comisión curricular de la institución, a fines de realizar los ajustes necesarios y posterior aplicabilidad en el área clínica para la atención adecuada de los pacientes.

## CAPITULO II

### MARCO TEÒRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

Es importante destacar que lo indagado sobre los estudios realizados, respecto al diseño de una hoja de registro para las clínicas odontológicas, que es el tema de este estudio, es poco lo que se encontró referente al tema propuesto en la investigación. Sin embargo, se han hechos estudios que se han desarrollados a partir de los supuestos ontológicos y gnoseológicos que direccionaron el trabajo investigativo, ya que permite, la comprensión de los procesos que se estudian intencional y sistemáticamente. La forma en que los investigadores entienden la realidad (la naturaleza del objeto sujeto a la investigación), como la examinaron posteriormente en el proceso investigativo y en general la concepción metodológica que se refleja en el siguiente capítulo referente a la metodología y métodos.

Es por esto que esta investigación direcciono su proceso investigativo de las afecciones de la oclusión y la pertinencia de la propuesta de un diseño de registro de oclusión única.

A continuación se mencionan, los distintos escritos, productos de investigaciones que se han realizado y que apoya la estructura teórica para la propuesta de investigación objeto de este trabajo.

**Sosa Rodríguez Jessica Estefanía** en su trabajo de grado **“Maloclusión (Clasificación según Angle) en alumnos de segundo y tercer semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, Quito – Ecuador, Marzo-Julio. 2012”** realizó un estudio en el cual se describió la frecuencia de maloclusiones según Angle en los alumnos de segundo y tercer

semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador en el periodo de III-VII-2012 en Quito- Ecuador, exponiendo así que existe una problemática de oclusión en dicha población y haciendo énfasis además de que los problemas oclusales y temporomandibulares van en aumento cada día más a nivel mundial gracias a diversos factores que el ser humano actual está expuesto.

En dicho trabajo de grado se determinó que el 47,16% del total de la muestra de estudiantes presentaba Clase I de Angle tanto en la Hemiarcada Derecha e Izquierda, el 16,99% presentaba Clase II de Angle en la Hemiarcada Derecha y en la Hemiarcada Izquierda, y el 7,55 % restante corresponde a Clase III de Angle en la Hemiarcada Derecha y en la Hemiarcada Izquierda, mientras que el 28,30% no coincide la Clase de Angle en ambas hemiarcadas. En resumen, la Maloclusión más prevalente fue la Clase I seguida de la Clase II y finalmente la Clase III, al comparar con otros estudios se puede observar que no hay mayor variabilidad.

**Ibarra Robert, Nicole** en su trabajo de grado **“Prevalencia de signos y síntomas de trastornos temporomandibulares según CDI/TTM, en adultos mayores de la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile, durante el año 2012”** realizó un estudio para determinar la prevalencia de signos y síntomas de los TTM según los Criterios Diagnósticos de Investigación para los Trastornos Temporomandibulares (CDI/TTM) en adultos mayores conformando una muestra de 100 pacientes que asisten a la clínica odontológica de la FOUCH y comparar con otras poblaciones estudiadas de 60 años y más.

En esta investigación se afirma que el 81% de los sujetos en su trabajo presentó dolor en respuesta al examen clínico y el 90% al menos un signo clínico. Las mujeres presentaron mayor frecuencia de signos síntomas en comparación con los hombres. El síntomas más prevalente fue dolor en apertura máxima (61%) y el signo más prevalente, sonido articular (78%). Exponiendo entonces que existe una gran número de signos y síntomas y gran variación en la forma como se manifiesta en cada paciente en la población chilena la cual es mayor en comparación a los

demás países estudiados y que es necesario un mayor estudio para lograr su prevención y tratamiento temprano de los TTM en el adulto mayor.

**De la Torre Rodríguez, Elizabeth, Aguirre Espinosa, Iris, Fuentes Mendoza, Viena, Peñón Vivas, Pedro Ángel, Espinosa Quirós, Desiderio, & Núñez Fernández, Jackeline. La Habana, Cuba (2013)** en su trabajo llamado **“Factores de riesgo asociados a trastornos temporomandibulares”**, hicieron un estudio para determinar cuáles eran los factores de riesgo para el sufrimiento de trastornos temporomandibulares, los cuales van en íntima relación con el tipo de oclusión y problemas dentales específicos que tienen los pacientes objeto de estudio. Dentro de los factores precipitantes en la investigación prevaleció el bruxismo, el cual es un microtrauma repetido intrínseco que al mantener y repetir cargas adversas sobre el sistema masticatorio tiene una relación directa con los TTM. Se observó un alto número de pacientes con hábitos para funcionales los cuales constituyen microtraumas repetidos extrínsecos, que al igual que el anterior, perpetuado en el tiempo puede producir TTM.

Los traumatismos faciales se manifestaron en menor medida, los mismos pueden ocasionar inflamación, distensión de ligamentos, hipermovilidad articular secundaria e incluso pudieran llegar a producir fractura de cóndilo. Se observó un gran número de pacientes con factores predisponentes, especialmente de trastornos oclusales. La oclusión dentaria, condiciona la posición de los cóndilos en la cavidad glenoidea de tal forma, que anomalías de la oclusión, incluso algunas sutiles, pueden provocar problemas articulares importantes. Los dientes ausentes no restituidos protésicamente, con el paso del tiempo conllevan a una reabsorción ósea, que deriva en una disminución de la dimensión vertical y repercute en el estado neuromuscular, propioceptivo y postural, quedando a expensas de la capacidad de adaptación de cada persona, lo que reporta una gran variabilidad de respuesta y predispone al individuo a presentar TTM.

En términos generales de este estudio, se llegaron a las conclusiones que el sexo predominante fue el femenino y el grupo de edades más representado el de 25-35 años. El factor predisponente que más se observó fueron los dientes ausentes no restituidos protésicamente. El factor precipitante que predominó fue el bruxismo y no se observaron factores perpetuantes.

**Taliaferro Alex y Ugarte Desiree**, en su trabajo de grado llamado **“Propuesta del diseño de un área de atención de trastornos temporomandibulares en la Universidad José Antonio Páez periodo Febrero Marzo 2012”** expusieron la necesidad que tiene la Universidad José Antonio Páez de la creación de un área clínica en la cual se manejen y atiendan pacientes con problemas oclusales y temporomandibulares debido a la ausencia de especialistas confinados a un área de tratamiento de este tipo, aunado a esto haciendo énfasis en que dicha universidad en sus clínicas integrales tiene una orientación endodóntica, protésica, siendo así casi inadvertida el área de oclusión como parte del tratamiento integral de los pacientes.

En esta investigación se expone la necesidad de un área de oclusión en las clínicas de la universidad, considerando el hecho de que hoy en día las maloclusiones y los problemas temporomandibulares son tan comunes que deben de ser atendidos en la medida de lo posible por los estudiantes que cursan las clínicas del adulto y en caso de alguna complejidad lograr referirlos a especialistas en este ámbito.

Es importante señalar que se ha observado en los pacientes que acuden a las áreas Clínicas de la Universidad José Antonio Páez la manifestaciones clínicas asociadas a los problemas oclusales y temporomandibulares de manera frecuente, lo cual hace énfasis en la importancia de este estudio, al trata de diseñar un modelo de hoja de registro oclusal, integrado a las historias clínicas generales, la que hasta ahora no existe y particularmente en el área de la clínica integral de adulto.

## 2.2 BASES TEÓRICAS

En 1918 es cuando comienzan a relacionarse la falta de los dientes posteriores con trastornos del crecimiento de las estructuras de la articulación y efectos de sobrecarga en la misma. Monson y Wright en 1920 en estudios realizados, refieren que al restablecer las relaciones armónicas entre maxilar y mandíbula, pacientes que padecían de sordera mejoraban los síntomas. Las causas y efectos de las afecciones de la articulación eran relacionadas con la pérdida de dientes. A partir de un artículo de James Costen en 1934 la profesión odontológica prestó atención por primera vez al campo de los Trastornos Temporomandibulares.

El doctor Costen quien era otorrinolaringólogo, sugirió basándose en el estudio de 11 casos que las alteraciones del estado dentario eran responsables de diversos síntomas del oído como otalgias, tinnitus, mareos, acufenos, oclusión auditiva, artritis, dolor de cabeza y desarrolló la teoría de la compresión mecánica inducida sobre la articulación. Posteriormente por estudios realizados, las propuestas de Costen fueron desautorizadas teniendo el valor histórico de ser las primeras referencias acerca de los disturbios de la oclusión.

A fines de los años 30 y la década de los 40 sólo algunos dentistas se interesaron por los problemas de estos trastornos dolorosos y los dispositivos más usados eran los de elevación de la mordida sugeridos y desarrollados por Costen. A finales de los años 40 y la década del 50 comienzan a cuestionarse los tratamientos, y a observarse con mayor detenimiento las interferencias oclusales, como el principal factor etiológico en las manifestaciones del Trastorno Temporomandibular. Los primeros estudios científicos surgieron en 1950 manifestando que el estado oclusal podía influir en la función de los músculos masticatorios. Para hacer la comprobación de las relaciones mencionadas se utilizó la electromiografía.

El sistema masticatorio es la unidad funcional del organismo que fundamentalmente se encarga de la masticación, el habla y la deglución. Sus componentes también desempeñan un importante papel en el sentido del gusto y en la respiración. El sistema está formado por huesos, articulaciones, ligamentos, dientes y músculos. Además existe un intrincado sistema de control neurológico que regula y coordina todos estos componentes estructurales.

La oclusión, es una condición que se produce cuando algo que suele estar abierto se encuentra bloqueado o cerrado. En el ámbito de la odontología, la oclusión se refiere a la forma en la que los dientes entablan contacto cuando la persona tiene su boca cerrada, es el estudio de las relaciones intermaxilares, es decir las diferentes posiciones y movimientos que realiza la mandíbula (hueso móvil) sobre el maxilar superior (hueso fijo), esto es posible, gracias a una serie de estructuras

El sistema masticatorio es una unidad compleja y muy sofisticada. Para estudiar la oclusión es esencial un sólido conocimiento de su anatomía funcional y biomecánica, las cuales se mencionan a continuación y que se desarrollaran en el trabajo.

Hay tres componentes esqueléticos principales que forman el sistema masticatorio: 1) el maxilar o maxilar superior, 2) la mandíbula o maxilar inferior, y 3) el hueso temporal. Los maxilares soportan los dientes y el hueso temporal aporta el maxilar inferior a través de su articulación con el cráneo. (Okeson Jeffrey P. 2003)

### **2.2.1 ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

El área en la que se produce la conexión cráneo mandibular se denomina articulación temporomandibular (ATM). Permite el movimiento de bisagra en un plano, y puede considerarse, por tanto, una articulación gínglimoide. Sin embargo, al mismo tiempo, también permite movimientos de deslizamiento, lo cual la clasifica

como una articulación artrodial. Técnicamente se la ha considerado una articulación gínglimoartrodial.

La ATM está formada por el cóndilo mandibular que se ajusta en la fosa mandibular del hueso temporal. Estos dos huesos están separados por un disco articular que evita la articulación directa. La ATM se clasifica como una articulación compuesta. Por definición, una articulación compuesta requiere la presencia de al menos tres huesos, a pesar de que la ATM tan sólo está formada por dos. Funcionalmente el disco articular actúa como un hueso sin osificar que permite los movimientos complejos de la articulación. Dada la función del disco articular como tercer hueso, a la articulación cráneomandibular se considera una articulación compuesta.

El disco articular está formado por un tejido conjuntivo fibroso y denso desprovisto de vasos sanguíneos o fibras nerviosas. Sin embargo, la zona más periférica del disco articular está ligeramente inervada. (Okeson Jeffrey P. 2003)

La disfunción de la ATM conlleva a generar síntomas en las personas que lo padecen y que son, por lo general, comunes durante la consulta odontológica. Entre los síntomas asociados con los trastornos de la articulación temporomandibular tenemos:

- Ø Dificultad o molestia al morder o masticar.
- Ø Chasquido o chirrido al abrir o cerrar la boca.
- Ø Dolor facial sordo en la cara.
- Ø Dolor de oído.
- Ø Dolor de cabeza.
- Ø Dolor o sensibilidad en la mandíbula.
- Ø Bloqueo de la mandíbula.

∅ Dificultad para abrir o cerrar la boca.

Los ruidos en la ATM, indican una anormalidad que por lo general suelen ser una indicación de alteraciones en la posición del disco articular y que se denominan como desplazamientos discales. Los ruidos en la ATM han sido clasificados en dos tipos principales: el chasquido o click y la crepitación.

El chasquido es un ruido especial de crujido o castaño. Diversos estudios demuestran una incidencia de entre el 14% y el 44% de las poblaciones estudiadas. La crepitación es otro tipo de sonido articular que se describe como una serie de ruidos de roce o raspadura y que están asociados a la osteoartritis, a la perforación discal, artritis reumatoide y condromatosis sinovial.

Los dolores presentes durante alguna afección se pueden diferenciar de la siguiente manera:

### **Dolor Espontáneo**

El dolor espontáneo es aquél que el paciente experimenta sin aplicar ningún estímulo ni realizar ningún tipo de maniobra. Se puede diferenciar así un dolor urente continuo (descrito como quemazón, escozor, fuego), un dolor continuo profundo (descrito como pesadez), un dolor lancinante o punzante (descrito como pinchazos, golpes), un dolor paroxístico tipo descarga eléctrica (latigazo, pinchazo), parestesias y disestesias.

### **Dolor Provocado**

El dolor provocado es el dolor que aparece en respuesta a estímulos aplicados a una zona determinada o tras realizar una determinada maniobra exploratoria, son ejemplos la hiperalgesia, la alodinia, la hiperpatía, el signo de Tinel, la maniobra de Laségue, etcétera. (Martínez-Salio A. 2017).

## 2.2.2 MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN

Los músculos de la masticación, los componentes esqueléticos de los cuerpos se mantienen unidos y se mueven gracias a los músculos esqueléticos. Los músculos esqueléticos se responsabilizan de la locomoción necesaria para la supervivencia del individuo además que sin ellos no se podrían llevar a cabo los diversos movimientos que realiza el aparato bucal. (Okeson Jeffrey P. 2003)

Los músculos pertenecientes a la masticación son los siguientes:

**Masetero:** El masetero es un músculo rectangular que tiene su origen en el arco cigomático y se extiende hacia abajo, hasta la cara externa del borde inferior de la rama de la mandíbula. Su inserción en la mandíbula va desde la región del segundo molar en el borde inferior, en dirección posterior, hasta el ángulo incisivo.

**Temporal:** Es un músculo grande, en forma de abanico, que se origina en la fosa temporal y en la superficie lateral del cráneo. Sus fibras se reúnen en el trayecto hacia abajo entre el arco cigomático y la superficie lateral del cráneo, para formar un tendón que se inserta en la apófisis coronoides y el borde anterior de la rama ascendente.

**Pterigoideo interno:** El músculo pterigoideo interno tiene su origen en la fosa pterigoidea y se extiende hacia abajo, hacia atrás y hacia fuera, para insertarse a lo largo de la superficie interna del ángulo mandibular. Junto con el masetero. Forma el cabestrillo muscular que soporta la mandíbula en el ángulo mandibular. Cuando sus fibras se contraen, se eleva la mandíbula y los dientes entran en contacto. Este músculo también es activo en la protrusión de la mandíbula. La contracción unilateral producirá un movimiento de medio protrusión mandibular.

**Pterigoideo externo:** Durante mucho tiempo se describió el músculo pterigoideo (externo) lateral con dos porciones o cuerpos diferenciados: 1) inferior y

2) superior. Dado que anatómicamente parecía que el músculo era todo uno en cuanto a su estructura y su función. (Okeson Jeffrey P. 2003)

**Pterigoideo externo inferior:** El músculo pterigoideo externo inferior tiene su origen en la superficie externa de la lámina pterigoidea externa y se extiende hacia atrás, hacia arriba y hacia fuera, hasta insertarse en el cuello del cóndilo. Cuando los pterigoideos externos inferiores, derecho e izquierdo, se contraen simultáneamente, los cóndilos son traccionados desde las eminencias articulares hacia abajo y se produce una protrusión de la mandíbula. (Okeson Jeffrey P. 2003)

**Pterigoideo externo superior:** El músculo pterigoideo externo superior es considerablemente más pequeño que el inferior y tiene su origen en la superficie infratemporal del ala mayor del esfenoides; se extiende casi horizontalmente hacia atrás y hacia fuera, hasta su inserción en la cápsula articular, en el disco y en el cuello del cóndilo. La inserción exacta del pterigoideo externo superior en el disco es algo discutida. Aunque algunos autores sugieren que no hay inserción, la mayoría de los estudios revelan la presencia de una unión entre músculo y disco. La mayoría de las fibras del músculo pterigoideo externo superior (del 60% al 70%) se insertan en el cuello del cóndilo, y sólo un 30% o un 40% se unen al disco. (Okeson Jeffrey P. 2003)

**Digástrico:** Aunque el músculo digástrico no se considera, por lo general, un músculo de la masticación tiene una importante influencia en la función de la mandíbula. Se divide en dos porciones o cuerpos. El cuerpo posterior tiene su origen en la escotadura mastoidea, a continuación, en la apófisis mastoidea; sus fibras transcurren hacia delante, hacia abajo y hacia dentro hasta el tendón intermedio, en el hueso hioides. El cuerpo anterior se origina en la fosa sobre la superficie lingual de la mandíbula, encima del borde inferior y cerca de la línea media, y sus fibras transcurren hacia abajo y hacia atrás hasta insertarse en el mismo tendón al que va a parar el cuerpo posterior.

Estos músculos a veces por distintas causas, relacionadas posiblemente por maloclusiones y trastornos temporomandibulares, pueden ocasionar dolor, el cual el paciente lo describirá como: sin dolor, dolor leve, moderado o severo; también puede ser de manera unilateral o bilateral, dependiendo del grado, duración y frecuencia con que transcurre. (Okeson Jeffrey P. 2003).

### **2.2.3 FISIOLÓGÍA DE LA OCLUSIÓN**

La oclusión ideal corresponde a aquella oclusión dentaria natural de un paciente, en el cual se establece una interrelación anatómica y funcional de las relaciones de contacto dentario con respecto al componente neuromuscular, articulaciones temporomandibulares y periodonto, con el objeto de cumplir con sus requerimientos de salud, función, comodidad y estética. En ella coexiste la normalidad tanto morfológica como fisiológica óptima, y por consiguiente, está asociada con una ausencia de sintomatología disfuncional en relación con cuadros o condiciones clínicas de trastornos desordenes temporomandibulares

La oclusión fisiológica se caracteriza por la existencia de un equilibrio funcional o un estado de adaptación fisiológico de las relaciones de contacto dentario con respecto a los otros componentes básicos del aparato estomatognático.

Se caracteriza por una condición de salud biológica del sistema y una comodidad funcional del mismo, asociada en mayor o menor grado con una maloclusión anatómica como apiñamiento, mordida profunda, mordida abierta, entre otros.

La oclusión no fisiológica se caracteriza por la pérdida del equilibrio o adaptación funcional de las relaciones de contacto dentario con respecto a los otros componentes fisiológicos básicos del sistema estomatognático, (articular, neuromuscular, periodontal). Este equilibrio o desadaptación funcional es básicamente el resultado de una sobrecarga o sobreesfuerzo funcional a que el

sistema es sometido, representadas por las demandas parafuncionales repetitivas o microtraumas a repetición, que superan la capacidad adaptativa del mismo.

Expresado en otros términos, es una Maloclusión de tipo funcional y no estrictamente de tipo anatómica, cuyo equilibrio funcional debe ser restablecido terapéuticamente, orientado hacia la mejoría funcional y estética del paciente, con el objeto de devolver al sistema estomatognático la pérdida de su estado de salud biológico. (Manns, Biotti, 2006).

### **Análisis de los movimientos mandibulares:**

Los movimientos excursivos de la mandíbula son 3: propulsión, lateralidad derecha y lateralidad izquierda. Todos deben ser examinados independientemente.

Las características morfológicas y propioceptivas de los dientes posteriores les facilita proteger a los anteriores en posición de máxima intercuspidación (PMI), pero ellos no están preparados para resistir las fuerzas tangenciales que se producen durante la función mandibular y entonces deben desempeñar su papel los dientes anteriores, provocando una desoclusión posterior inmediata. De esta forma los dientes posteriores protegen a los anteriores en PMI y los anteriores a los posteriores durante los movimientos mandibulares. Este constituye uno de los criterios básicos que encierra la filosofía de la Escuela Gnatológica o de Oclusión Mutuamente Protegida.

El término Guía Anterior incluye la guía canina y la incisiva, pero en la actualidad se le concede más importancia, desde el punto de vista funcional, a la primera, porque los movimientos laterales son mucho más frecuentes que los propulsivos durante la función y la parafunción. La mayoría de los movimientos son realmente lateroprotrusivos y el canino posee características especiales que lo dotan de una mayor capacidad para resistir las fuerzas exageradas generadas durante las excursiones mandibulares contactantes.

Al analizar los movimientos de lateralidad no siempre encontraremos al canino como guía, pueden sumarse otros dientes y entonces será una función grupal, que a su vez puede ser anterior, si el diente es anterior al canino, o posterior, si es uno posterior.

Resumiendo, la guía canina forma parte de la guía anterior, pero no es la única opción para la función lateral, que también puede ser grupal. Cualquier contacto que afecte el papel guía del canino u otros dientes involucrados en la función lateral, se considera una Interferencia en Lateralidad; Si el contacto interferente se encuentra en el lado hacia donde se mueve la mandíbula será Interferencia en el Lado de Trabajo (ILT) y si es en el lado de balanceo o de no trabajo será Interferencia en el Lado de Balanceo (ILB).

La Guía Incisiva comprende el trayecto que describen los bordes de los incisivos inferiores sobre las caras palatinas de los superiores y que debe ser lo más simétrico posible involucrando al menos los dos incisivos centrales superiores e inferiores. Esta guía es muy importante en los movimientos protusivos y oclusión mutuamente compartida el cual actúa protegiendo al sector posterior ya que desocluyen durante la protusión.

Si durante este trayecto uno de los incisivos predomina sobre los otros se considera una Interferencia en el Área de Trabajo (IAT) y si sucede algún contacto posterior la interferencia se clasifica como Interferencia en el Área de No Trabajo (IANT).

El análisis íntegro y total de la oclusión es indispensable al iniciar y al finalizar todo tratamiento estomatológico. Sin embargo, el análisis de la Relación Céntrica adquiere una notable importancia, porque tenemos que realizar las modificaciones dentarias de forma que ajustemos la oclusión a las posiciones articulares y no a la inversa. Precisamente, ignorar este punto, es una de las causas más frecuentes de problemas funcionales. (Guías Prácticas Clínicas de Oclusión.)

#### **2.2.4 MALOCLUSIÓN**

Las maloclusiones son definidas como alteraciones de carácter genético, funcional o traumático y dentario que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. La Maloclusión no es una variable discreta, sino, una suma mal definida de variación genética y de los efectos de factores intrínsecos y extrínsecos sobre el crecimiento de la cara, de los dientes y maxilares. Las maloclusiones severas son a menudo acompañadas por desproporciones de la cara y de los maxilares. (Menéndez, Leoncio 1998).

#### **2.2.5 CLASIFICACION DE MALOCLUSION SEGÚN ANGLE**

El que compete a este estudio es el sistema de clasificación de Edward H. Angle, que se basa en las relaciones anteroposteriores de los maxilares entre sí. Angle presentó su clasificación originalmente, sobre la teoría que el primer molar permanente superior estaba invariablemente en posición correcta y las clasificó en clase I, clase II y clase III. El énfasis en la relación de los primeros molares permanentes ha hecho que los clínicos ignoren el esqueleto facial y piensen solamente en términos de la posición de los dientes. A pesar de críticas a este sistema de clasificación, el método de Angle para clasificar casos es el más práctico y, por lo tanto, el más popular en uso actualmente.

**Clase I (Neutroclusión):** Se refiere a las oclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre maxilar superior e inferior. El vértice de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior, articula en el surco mesiobucal del primer molar permanente inferior. La base ósea que soporta la dentadura inferior está directamente por debajo del maxilar superior, y ninguna de los dos está demasiado adelante o atrás en relación con el cráneo.

**Clase II (Distoclusión):** Constituye esta clase las maloclusiones en las que hay relación distal del maxilar inferior respecto al superior. El vértice de la cúspide mesiobucal de la primer molar superior permanente, articula por delante del surco mesiobucal de la primer molar inferior permanente.

La clase II de Angle tiene dos subdivisiones, en las cuales tenemos las siguientes:

**Clase II División 1:** Gran resalte de los incisivos superiores. El maxilar superior suele estar adelantado y la mandíbula retruída, solo la cefalometría nos dará con exactitud la discrepancia ósea. Puede haber mordida abierta anterior.

Las arcadas son estrechas de forma triangulares y por tanto son frecuentes los apiñamientos dentarios. Los incisivos superiores pueden descansar sobre el labio inferior.

**Clase II División 2:** Cuando los incisivos superiores se encuentran inclinados hacia palatino, pudiendo dar lugar a apiñamiento en la zona de incisivos laterales y caninos de la arcada superior.

- Ø Gran sobremordida vertical
- Ø Vestibuloversión de los incisivos laterales superiores
- Ø Linguoversión de los incisivos centrales superiores
- Ø Suelen ser arcadas dentarias amplias, cuadradas.
- Ø Suelen tener la curva de Spee muy marcada. (USTRELL, Torrent, JOSEP M. Ortodoncia 2da Edición. Barcelona- España. Ediciones Universidad de Barcelona, pp. 109).

**Clase III (Mesioclusión):** Las maloclusiones en las que hay una relación mesial del maxilar inferior con respecto al superior. El surco mesiobucal del primer molar permanente inferior articula por delante de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior.

Se suelen caracterizar por:

- Ø Mesioclusión
- Ø Mordida cruzada anterior y puede haber mordida cruzada posterior.
- Ø En general mandíbulas grandes y maxilares superiores pequeños. Se llaman progenies y prognatismos mandibulares.
- Ø Son maloclusiones hereditarias. (USTRELL, Torrent, JOSEP M. pp. 110, tomado de Sosa Rodriguez Jessica Estefania en su trabajo de grado “Maloclusión (Clasificación según Angle) en alumnos de segundo y tercer semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, Quito – Ecuador, Marzo-Julio. 2012”).

### **CLASIFICACIÓN A NIVEL ANTERIOR**

- Ø **Sobremordida:** Pueden llegar a tapan los inferiores completamente. Si los superiores no tapan a los inferiores lo denominamos mordida abierta.
- Ø **Resalte u Overjet:** Es cuando el superior está más avanzado que el inferior sin haber contacto entre ellos. Se define también como sobremordida horizontal. Es el espacio que existe entre las superficies labiales de los incisivos inferiores y las superficies palatinas de los incisivos superiores.
- Ø **Overbite:** Se refiere a la sobremordida vertical. Es el sobrepase o traslape que existe de la superficie palatina de los incisivos superiores sobre las superficies labiales de los incisivos inferiores. (Apodaca Anselmo, 2004).
- Ø **Mordida borde a borde:** La observamos cuando los bordes incisales (las puntas) de los incisivos superiores e inferiores coinciden.

### **CLASIFICACIÓN EN SENTIDO TRANSVERSAL**

En oclusión normal los molares superiores deben sobrepasar en una cúspide (en la mitad de su diámetro) al inferior, es decir las piezas dentales superiores están más hacia el exterior (hacia mejilla y labios) que las inferiores.

Ø **Mordida cruzada:** Es cuando el molar inferior está situado más hacia el exterior que el superior. Existe mordida cruzada anterior y mordida cruzada posterior.

Las maloclusiones puede traer alteraciones en las unidades dentarias, o viceversa alteraciones dentales pueden provocar o agravar las maloclusiones, como son la pérdida de unidades dentarias, fracturas, enfermedad periodontal, caries dental, o enfermedades de desgaste de los dientes, anomalías de posición dentaria.

### **2.2.6 DESGASTE DENTAL**

Se define como cualquier pérdida gradual de sustancia dentaria caracterizada por la formación de superficies lisas pulidas, sin importar el posible mecanismo de esta pérdida. Las formas de desgaste son la erosión, abrasión y atrición.

**Erosión**, también llamada corrosión, es una depresión agudamente definida, con forma de cuña, en el área cervical de la superficie vestibular del diente. El eje longitudinal del área erosionada es perpendicular al eje vertical del diente. Las superficies son lisas, duras y pulidas. Se desconoce la etiología de la erosión. Las causas sugeridas incluyen descalcificación por bebidas ácidas o frutas cítricas y el efecto combinado de la secreción salival ácida y la fricción.

**Abrasión**, se refiere a la pérdida de sustancia dentaria inducida por el desgaste mecánico adicional al de la masticación. La abrasión produce indentaciones con forma de platillo o cuña con una superficie lisa y brillante. La abrasión empieza en las superficies cementarias expuestas más que sobre el esmalte y se extiende para afectar a la dentina de la raíz. Aparece una zona socavada alrededor de la unión amelocementaria debido a la superficie cementaria más blanda sobre la superficie dura del esmalte. El cepillado de dientes con dentífricos abrasivo y la acción de abrazadera son causas comunes de la abrasión.

**Atrición**, es el desgaste oclusal que se genera por contactos funcionales con dientes opuestos. Tales patrones de desgaste físico pueden darse en las superficies dentales incisivas, oclusales y circundantes. Cierta cantidad de desgaste dental es fisiológico, pero puede presentarse un desgaste acelerado cuando se presentan factores anatómicos anormales o factores funcionales inusuales. Se les llama facetas, son brillantes, lisas y curviplanas, suelen ser el mejor indicador de actividad de fricción en curso. Si se expone dentina, con frecuencia hay una decoloración café amarillenta. Varían de tamaño y ubicación dependiendo de si son producidas por un desgaste fisiológico o anormal.

**Abfracción** es otro mecanismo recientemente estudiado de desgaste dental que es el resultado de las cargas oclusales superficiales que producen la flexión dental, microfracturas mecánicas y pérdida de la sustancia dentaria en el área cervical.

Estos cuatro mecanismos de desgaste dental, pueden combinarse entre sí y generar un mayor grado de desgaste dental. (Carranza, 2014).

### **2.2.7 CONCEPTOS BÁSICOS A TOMAR EN CUENTA EN LA OCLUSIÓN DENTAL:**

#### **Curva de Spee:**

Es la curvatura de las superficies de oclusión de los dientes, desde el vértice del canino inferior y siguiendo las cúspides vestibulares inferiores hasta la cúspide distovestibular del último molar inferior.

#### **Curva de Wilson:**

Es la curva que pasa por las cúspides vestibulares y palatinas de premolares y molares inferiores y superiores.

**Dimensión Vertical:**

Es la distancia entre dos puntos seleccionados, nasal y mentoniano, cuando la mandíbula está en posición fisiológica postural (Albertini Alonso *oclusión y diagnóstico*).

**Dimensión Vertical de Oclusión:**

Se refiere a la distancia medida entre los puntos nasal y mentoniano, cuando los dientes están en contacto oclusal. Es la distancia que existe entre el punto nasal y la oclusión habitual.

**Oclusión Céntrica:**

Es la relación de máxima intercuspidad entre los dientes maxilares y mandibulares (Rey-Barghi). También se le conoce como oclusión intercuspil u oclusión máxima. (Vartan).

**Relación Céntrica:**

Este término ha sido manejado y definido por muchos expertos de la materia, sin embargo (Apodaca 2004), lo define como la posición más retruída de la mandíbula con respecto al maxilar, cuando los cóndilos están en la posición más superior, posterior y media en la cavidad glenoidea. Esta posición subsiste durante una apertura mandibular no mayor a 13 mm.

**Oclusión Dentaria**

Es la máxima intercuspidad de los dientes o mayor número de puntos de contacto entre ellos, pero independiente de la posición que estén ocupando los cóndilos en las cavidades glenoideas. (Echeverri, Enrique & Sencherman, Gisela.1988)

## **Posición fisiológica postural mandibular**

Es la posición asumida por la mandíbula cuando todos los músculos masticatorios están en un tono normal o equilibrio tónico, y el individuo está en posición erecta. Esta posición puede mantenerse indefinidamente, sin fatiga, porque las fibras musculares se contraen en forma alterna, por ello es inadecuado el término de “posición en reposo”. (Echeverri, Enrique & Sencherman, Gisela.1988)

### **2.3 BASES LEGALES**

Las bases legales que dan sustento a este trabajo de investigación que se desarrolla en la UJAP, involucrando directamente a las áreas clínicas integral para el adulto se manifiestan en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999, específicamente en el siguiente artículo:

**Artículo 83.** La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizara como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollara 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 necesarias y de saneamiento que establezca la ley, conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

**Artículo 84** Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del

Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

**Artículo 85** El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

**En los programas del Ministerio del Poder Popular para la Salud tenemos:**

<b>Plan de desarrollo</b>	Económico y social de la Nación 2001 – 2007  Ministerio de salud. Programa de salud oral
<b>Consideraciones legales:</b>	Inicio: 18/08/2005 (Gaceta Oficial 38.253, Resolución N° 329 de fecha 16/08/2005) Se designa los integrantes de la comisión de licitaciones para adquisición de equipos médicos y materiales odontológicos dirigidos a la Coordinación Nacional del Programa de Salud Bucal
<b>Equilibrio PDESN:</b>	2. Social: Alcanzar la justicia social/ Incorporación progresiva (Inclusión)
<b>Sub objetivos PDESN:</b>	2.1 Garantizar el disfrute de los derechos sociales de forma universal y equitativa

Así como también las normas que rigen al Colegio de odontólogos de Venezuela, **CAPITULO I del Ejercicio de la Odontología:**

**Artículo 1.** El Ejercicio de la odontología se regirá por la presente Ley y su Reglamento.

**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 podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley su Reglamento.

**Artículo 3.** El ejercicio de la odontología no podrá considerarse como comercio o industria, ni será gravado con impuestos de esta naturaleza. Al efecto el odontólogo no podrá utilizar su consultorio o clínica para desarrollar o ejercer ninguna clase de actividades ajenas y distintas a las propias de esos establecimientos.

El Código de deontología odontológica en sus artículos 1, 17 y 57 expresan lo siguiente:

#### **Capitulo Primero, de los deberes generales de los odontólogos**

**Artículo 1:** El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo.

## **Capítulo Segundo, de los Deberes hacia los Pacientes**

**Artículo 17:** El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan.

## **Capitulo Segundo, de las historias clínicas**

**Artículo 57:** Para los efectos de este Código la historia clínica comprende: a. Los elementos (subjetivos y objetivos) suministrados por el paciente. b. Las aportaciones del profesional tratante (identificación de los hallazgos, interpretaciones y correlaciones). c. Las contribuciones (anotaciones correspondientes) si es que existieren, de los profesionales que colaboran en el diagnóstico y tratamiento del paciente. d. La documentación relativa, a las explotaciones complementarias realizadas: exámenes de laboratorio, radiografías, estudios histopatológicos, informes, etc.

### **2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**A.T.M:** Articulación Temporomandibular en referencia a sus siglas, es la articulación que existe entre el hueso temporal y la mandíbula. En realidad se trata dos articulaciones, una a cada lado de la cabeza, que funcionan sincronizadamente. Es una de las pocas articulaciones móviles que hay en la cabeza.

**Clínica integral:** Área o espacio clínico establecido para tratar pacientes de un ámbito en específico.

**Diseño:** Actividad creativa que tiene por fin proyectar objetos que sean útiles y estéticos para un fin en específico.

**Maloclusión:** Se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, no solo interviene la herencia en el desarrollo de esta patología sino que intervienen otros factores especialmente los hábitos. Conociendo que los hábitos bucales pueden modificar la posición de los dientes y la relación o la forma de las arcadas dentarias de cada persona.

**Oclusión dental:** Se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y para función. Sin embargo el término no solo designa al contacto de las arcadas a nivel de una interfase oclusal, sino también a todos los factores que participan en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio y uso de los dientes en la actividad o conducta motora bucal.

**Trastorno:** Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.

**Registro:** Es una recolección de datos u hoja de registro para reunir y clasificar las informaciones según determinadas categorías de un evento o problema que se desee estudiar. Es importante recalcar que este instrumento se utiliza tanto para la identificación y análisis de problemas como de causas.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Este estudio se apoya en una investigación descriptiva con un enfoque factible y de campo como lo refiere Barrios M. (1990). Que dice que consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura.

Se tomó por un lado, las citas arriba mencionadas y por otro los criterios que esgriman los profesores asesores, expertos en el área de conocimiento de la clínica del adulto y por consiguiente están directamente relacionados, a las necesidades que se presentan en dicho espacio, por medio de una encuesta estructurada que se realizó en la facultad, para diagnosticar la realidad. Con respecto a la necesidad de la propuesta en el área de odontología para así someter a la evaluación requerida, al diseño de la hoja de registro de oclusión para la clínica de adultos de la UJAP ubicada en San Diego estado Carabobo.

#### **3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos en la investigación y por ende dar respuestas al problema planteado, el estudio se desarrolló en un **nivel teórico** el cual sugiere: análisis histórico lógico, para determinar las principales tendencias en el comportamiento de las categorías: oclusión o maloclusión y su evolución teórica, el análisis y síntesis se emplearon para valorar los principales problemas por la maloclusión así como los aspectos necesarios y suficientes para el diseño de la hoja de registro, se emplearon las técnicas de recolección de datos, la inducción -

deducción se utilizaron para las conclusiones parciales y generales del proceso investigativo, el método de modelación fue de importancia para el diseño de la hoja de registro.

Del nivel empírico se realizó una encuesta estructurada, con el propósito de conocer el criterio que tienen los profesores de la facultad, sobre la propuesta del diseño de la hoja de registro. Del nivel matemático-estadístico se utilizó para el procesamiento de datos obtenidos por medio de los métodos empíricos. De igual modo se emplearon el método de análisis de documentos para la consulta de bibliografía del sustento teórico, así como de documentos normativos.

### 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

(Sierra 2001). La población en términos precisos es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio. A continuación se detalla la población y la muestra de los odontólogos profesores que son responsables del funcionamiento académico de la clínica del adulto.

Población de profesores en la clínica del adulto:

<b>UJAP</b>	<b>Sujetos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Clínica del adulto	Profesores	36	100%

De esta población se le aplicó la encuesta a:

<b>UJAP</b>	<b>Sujetos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Clínica del adulto	Profesores	18	50%

Para la realización consecuente del diagnóstico y la caracterización del objeto de estudio; aquí el interés se centró en los hechos sobre la necesidad de la propuesta del diseño de una hoja de registro, objeto de estudio de la investigación. La delimitación de la propuesta de la hoja de registro se realizó observando la historia general utilizada en la clínica, y por medio de la encuesta realizada a los profesores que imparten clases en la facultad de odontología los cuales fueron los especialistas que expresaron sus opiniones sobre el diseño de la hoja única de registro oclusal.

### **3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Carlos Sabino (1994) lo define como “Un instrumento de recolección de datos es en principio cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse los fenómenos y extraer de ellos información, de este modo el instrumento sintetiza toda la labor previa de la investigación, resume los aportes del marco teórico al seleccionar datos que corresponden a los indicadores y por lo tanto a las variables o conceptos utilizados”.

Como técnica de recolección de datos aplicada a la población mencionada en el epígrafe anterior, se utilizó una encuesta estructurada con 14 preguntas o 14 ítems, las cuales daban respuestas cerradas, es decir, Si o No.

#### **3.4.1 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

Para la investigación referida a la propuesta de hoja de registro de oclusión se utilizó la encuesta estructurada, que se caracterizó por que todas las preguntas son iguales para los profesores especialistas que conforman la muestra, y fueron formuladas siguiendo un orden, previamente elaborado. La validez se consolidó a través de juicios de tres expertos en el área, los cuales luego de sus aportes, validaron el instrumento.

### **3.4.2 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La confiabilidad de consistencia interna, permitió determinar que el instrumento de medición presentado y aceptado por los expertos, de 14 preguntas o 14 ítems dio un resultado homogéneo en las respuestas.

De acuerdo con esto, los resultados de la prueba de confiabilidad, fueron de alto grado de consistencia interna, ante la respuesta que dio uno de los profesores, se puede predecir cómo serían las respuestas subsiguientes del profesor independientemente del contenido de las preguntas.

Ante la inexistencia de una hoja única de registro oclusal en la clínica del adulto de la Universidad José Antonio Páez, y los resultados obtenidos y demostrados en los cuadros y gráficas que se muestran en capítulo IV y que la modalidad de este trabajo se hizo por medio de una encuesta cerrada aplicada a los expertos.

A continuación se muestra la respuesta de éxito para cada uno de los ítems:

		DISTRIBUCIÓN DE ITEMS														TOT AL
Repuestas de éxito por ítem	SI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
		3	0	6	0	18	18	18	17	17	17	18	17	17	17	17
Repuestas de éxito por ítem	NO	15	18	12	18	0	18	0	1	17	1	0	1	1	1	103
		P	0,16	0	0,33	0	1	1	1	0,94	0,94	0,94	1	0,94	0,94	0,94
Repuestas de éxito por ítem	q(p-1)	0,83	1	0,66	1	0	0	0	0,05	0,05	0,05	0	0,05	0,05	0,05	
		P q	0,13	0	0,23	1	1	1	0,47	0,47	0,47	1	0,47	0,47	0,47	0,47

Se define la proporción de la muestra que acepta la distribución de la respuesta de éxito mostrada en el cuadro, aplicando

Kuder y Richardson (1937) desarrollaron varios modelos para estimar la confiabilidad de consistencia interna de una prueba, siendo uno de los más conocidos la denominada fórmula 20, el cual se representa de la siguiente manera:

$$r(K-R)_{20} = \frac{\sum p_i q_i}{\sum p_i \sum q_i}$$

N = número de ítems que contiene el instrumento.

Vt = varianza total de la prueba.

q = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Para calcular la confiabilidad por el método K-R20, se procede así: en primer lugar, para cada ítem se computa p, que es la proporción de sujetos que pasaron un ítem sobre el total de sujetos; luego, se computa q, que es igual a 1 - p; se multiplica pq; y finalmente se suman todos los valores de p q. El resultado obtenido es la sumatoria de la varianza individual de los ítem q; en segundo lugar, se calcula la varianza total de la distribución de calificaciones (V t); y, en tercer lugar, se aplica la fórmula correspondiente. El modelo de Kuder-Richardson es aplicable en las pruebas de ítems dicotómicos en los cuales existen respuestas correctas e incorrectas.

Entonces se tiene:

$$\frac{n}{n-1} \times \frac{\sum pq}{VT}$$

$$\frac{14}{14-1} = \frac{14}{14-1} = \frac{14}{13} = 0,92$$

$$\frac{14}{14-1} \times \frac{183-103}{183} = 0,92 \times 80 = 73,6$$

Luego de aplicada la estadística y observando los resultados, se concluye que es altamente confiable como demostración probable basándose en el modelo de Kuder-Richardson, el cual es aplicable en las pruebas de ítems dicotómicos, como lo fue el de este trabajo.

### **3.4.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Arias (2006) expresa que, las técnicas de procesamiento y análisis de datos, contienen las distintas operaciones a lo que serán sometidos, los datos que se obtengan como lo son: registro, tabulación y coordinación si fuera el caso”.

El análisis e interpretación de los datos recolectados se realizó a través de la aplicación de la estadística descriptiva, la cual permitió que los datos sean agrupados y ordenados en tablas y cuadros para su representación.

## CAPITULO IV

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A partir de la sistematización de los fundamentos teóricos que constituyen la apoyatura científica de la presente investigación, reflejados en los capítulos dos y tres, en este se presentan, en un primer epígrafe, los resultados del estudio diagnóstico; en el segundo epígrafe se fundamenta la propuesta y se exponen los resultados de la validación de la misma.

#### 4.1 Diagnóstico de la necesidad de una hoja de registro de oclusión

Para la realización del diagnóstico los investigadores en un primer momento observaron el registro general, y seguidamente preguntaron por medio de la aplicación de una encuesta a los profesores expertos en esta área del conocimiento sobre la necesidad de un diseño de la hoja de registro, para la recolección de la información en esta área del conocimiento, en la UJAP que abarque la oclusión y lo relacionado con los problemas temporomandibulares de una manera específica pero amplia, con el fin de dar un posible diagnóstico de la afección del paciente y un posible tratamiento para la resolución del mismo.

Los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta fueron los siguientes:

**Ítems 1.** Para el plan de estudio en la clínica del adulto de la UJAP ¿Cree Usted que la Historia Clínica Integral del Adulto suministra suficiente información para el registro de la oclusión del paciente?

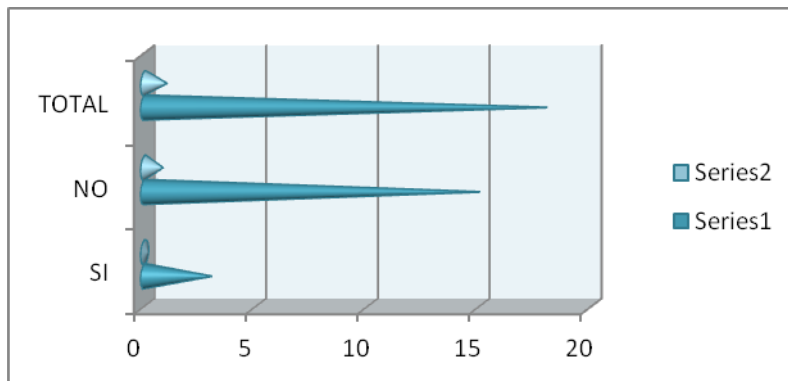
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Necesidad de elaboración.

**Cuadro 1 Plan de estudio**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	03	17%
<b>NO</b>	15	83%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** De acuerdo a las características que presenta la historia de clínica integral del adulto que presenta insuficiencia en la información detallada para el registro de oclusión del paciente. El 17% de los expertos encuestados manifestaron, que la historia clínica integral del adulto tiene la información suficiente para el registro de la afección de oclusión, y el 83% de los encuestado dice que la hoja en cuestión, presenta insuficiencia para la realización del registro minucioso de la afección oclusal, por tal motivo los investigadores según, los resultados que arrojo este ítems se puede determinaron que existe la necesidad de incorporar una hoja de registro que comprometa al estudiante en ser más acucioso en el diagnóstico de un paciente en la clínica integral del adulto.

**Ítems 2.** Para el plan de estudio en la clínica del adulto de la UJAP ¿Le parece que los estudiantes presentan los conocimientos teóricos suficientes para diagnosticar la oclusión del paciente y los diferentes trastornos temporomandibulares?

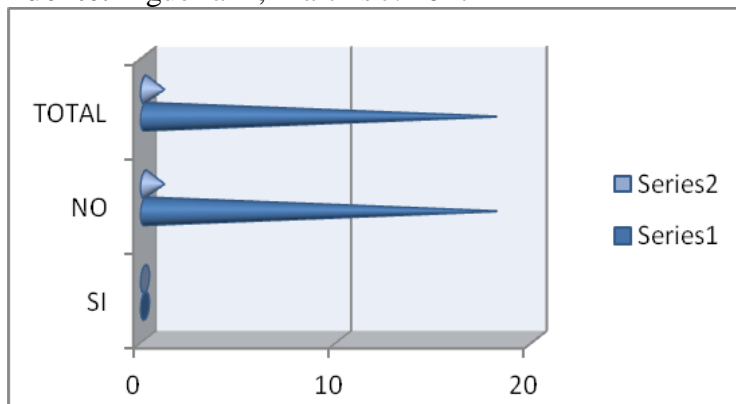
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Necesidad de elaboración.

**Cuadro 2 Plan de estudio**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	0	0
<b>NO</b>	18	100%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las respuestas para este ítem fue unánime, el 100% del profesorado experto en la materia, manifestaron que los estudiantes presentan debilidades en el conocimiento teórico suficiente para realizar un diagnóstico de la afección oclusal del paciente y los diferentes trastornos temporomandibulares.

**Ítems 3.** Para el plan de operatividad y el procedimiento en la clínica del adulto de la UJAP se le hizo la siguiente pregunta a los profesores expertos en la materia ¿Cree usted que la oclusión dental se toma en cuenta antes, durante y después de la atención de los pacientes en el área clínica de la UJAP?

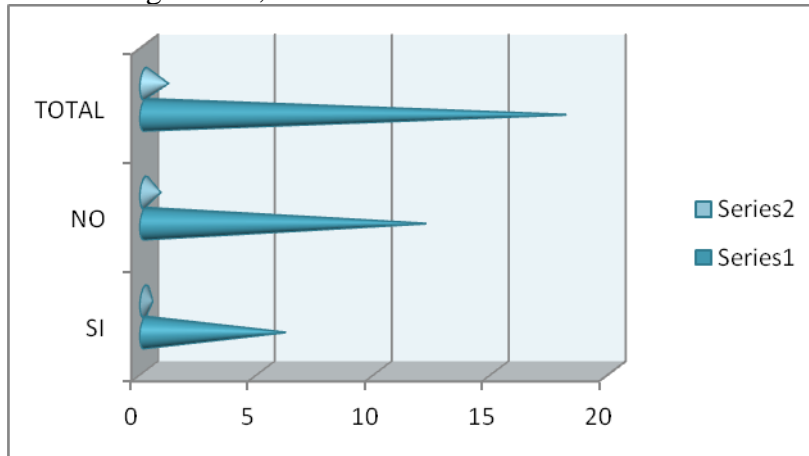
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Procedimiento clínico.

**Cuadro 3 Plan operativo y procedimiento**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	6	33%
<b>NO</b>	12	67%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Como se visualiza tanto en el cuadro como en el gráfico que se muestra los profesores expertos manifestaron lo siguiente: un 33% dicen que la oclusión se toma en cuenta antes, durante y después de la atención de los pacientes y el 67% restantes expresa que la oclusión no se toma en cuenta antes, durante y después en área de la clínica en la UJAP

**Ítems 4.** Para el plan de operatividad y el procedimiento en la clínica del adulto de la UJAP se le hizo la siguiente pregunta a los profesores expertos en la materia ¿Considera usted que los estudiantes reflejan con precisión y detalladamente todo lo relacionado a la oclusión y ATM en la historia clínica de cada paciente?

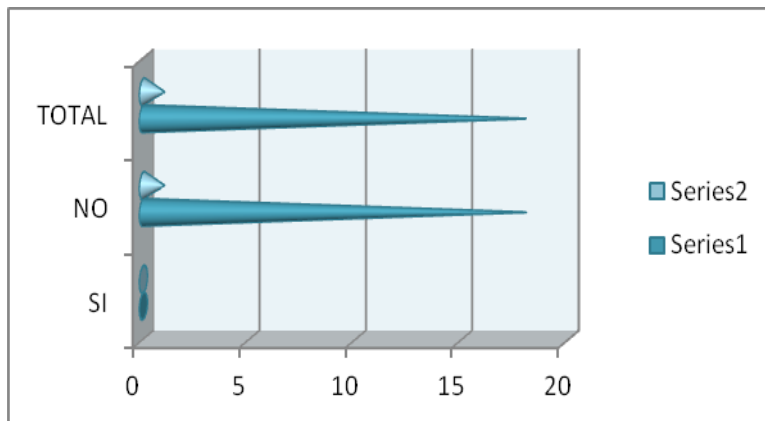
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Procedimiento clínico.

**Cuadro 4 Plan operativo y procedimiento**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	0	0%
<b>NO</b>	18	100%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las gráficas demuestran que los profesores expertos en un 100% de la muestra considerados en esta investigación, y representan el 50% de la planta profesoral, consideran que los estudiantes no reflejan con precisión y detalladamente todo lo relacionado a la oclusión y ATM en la historia clínica de cada paciente.

**Ítems 5.** Para el plan de operatividad y el procedimiento en la clínica del adulto de la UJAP se le hizo la siguiente pregunta a los profesores expertos en la materia ¿Cree usted que el implemento de una hoja de registro de oclusión contribuirá al desarrollo de los conocimientos teóricos prácticos del estudiante?

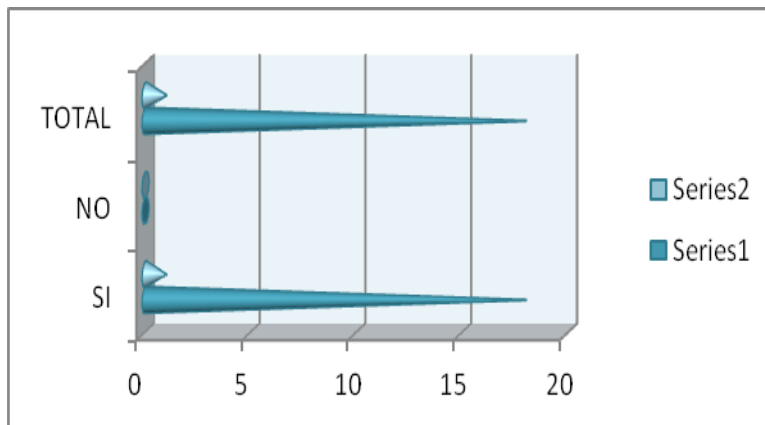
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Procedimiento clínico.

**Cuadro 5 Plan operativo y procedimiento**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	18	100%
<b>NO</b>	0	00%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las gráficas demuestran que los profesores expertos en un 100% de la muestra considerados en esta investigación, y representan el 50% de la planta profesoral, consideran que el implemento de una hoja de registro de oclusión si contribuirá al desarrollo de los conocimientos teóricos prácticos del estudiante.

**Ítems 6.** Para la consideración en el procedimiento de examen de la articulación temporomandibular en la clínica del adulto de la UJAP se les hizo la siguiente pregunta a los profesores expertos en la materia. ¿Usted está de acuerdo que la hoja de registro que se propone, haga énfasis en la recolección de datos precisa en cuanto a examen de ATM y los ruidos articulares?

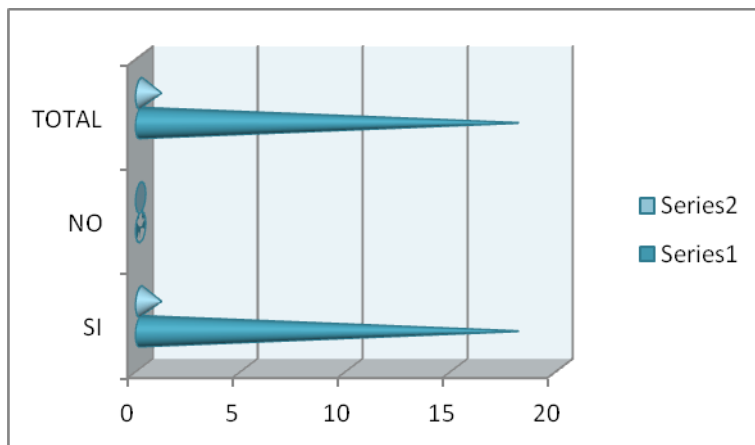
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Estructura.

**Cuadro 6 Consideración, procedimiento, examen**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	18	100%
<b>NO</b>	0	00%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las gráficas muestran que los profesores expertos en un 100% de la muestra considerado en esta investigación, y que representan el 50% de la planta

profesoral, están de acuerdo en que la hoja de registro haga énfasis en la recolección de datos preciso en cuanto examen de ATM y los ruidos articulares.

**Ítems 7.** Para la consideración en el procedimiento de examen en la articulación temporomandibular en la clínica del adulto de la UJAP se hizo la siguiente pregunta a los profesores expertos en la materia. ¿Estaría a favor que se incorpore a la hoja de registro de oclusión la palpación muscular de los pacientes para determinar así alguna patología en los mismos?

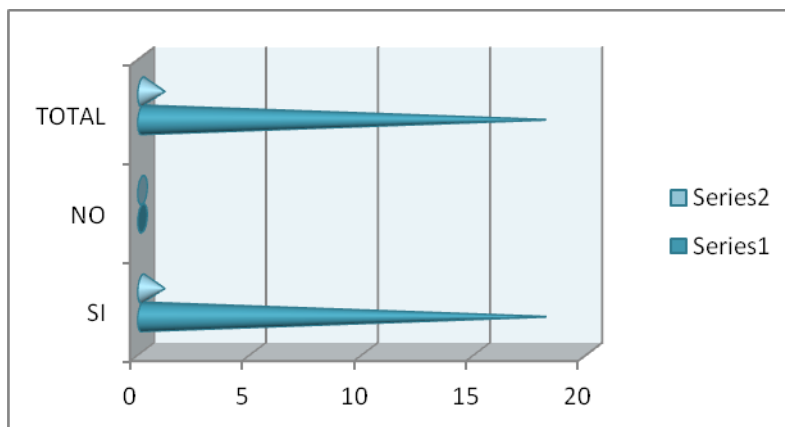
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Estructura.

**Cuadro 7 Consideración procedimiento examen**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	18	100%
<b>NO</b>	0	00%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las gráficas muestran que los profesores expertos en un 100% de la muestra considerado en esta investigación, y que representan el 50% de la planta

profesoral, están a favor que se incorpore en la hoja de registro de oclusión la palpación muscular de los pacientes que determine alguna patología que puedan presentar los pacientes.

**Ítems 8.** Para la consideración en el procedimiento de examen en la articulación temporomandibular en la clínica del adulto de la UJAP se hizo la siguiente pregunta a los profesores expertos en la materia. ¿Estaría a favor que se incorpore en la hoja de registro de oclusión el examen de los dientes y su relación en ambas arcadas?

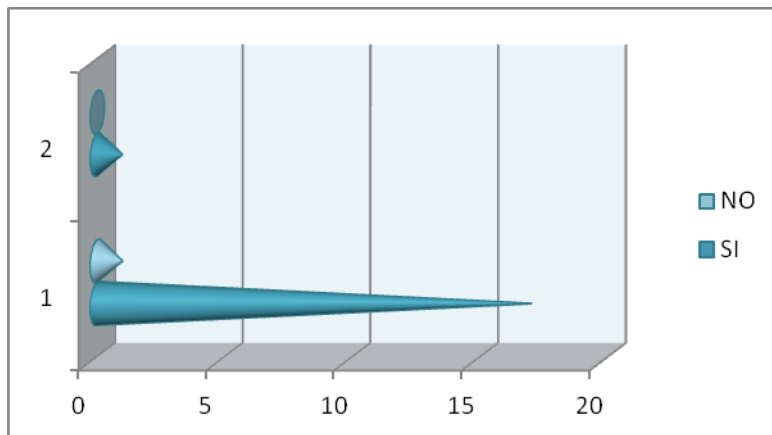
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Estructura

**Cuadro 8 Consideración, procedimiento, examen**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	17	99%
<b>NO</b>	01	01%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las gráficas muestran que los profesores expertos en un 99% de la muestra considerado en esta investigación, y que representan el 50% de la planta profesoral, están a favor que se incorpore en la hoja de registro de oclusión lo

referente al examen de los dientes y su relación en ambas arcadas, solo el 1% estuvo en desacuerdo que se incorporara el examen antes descrito.

**Ítems 9.** Para la consideración en el procedimiento del estudio de los modelos en la clínica del adulto de la UJAP se hizo la siguiente pregunta a los profesores expertos en la materia. ¿Usted considera importante el análisis de los modelos de estudio de cada paciente?

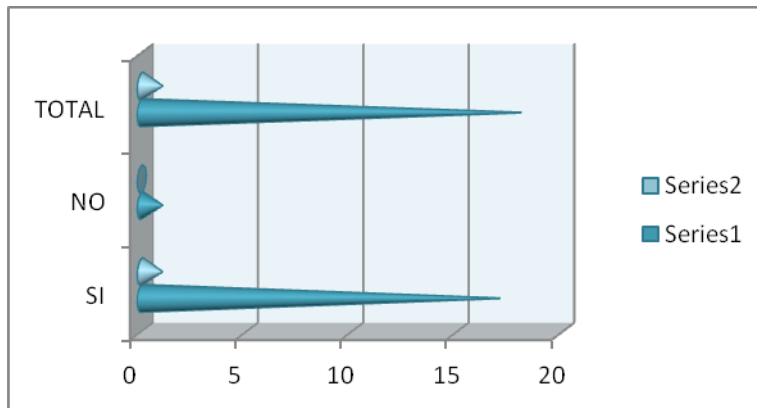
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Estructura.

**Cuadro 9 Procedimiento de estudio de modelos**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	17	99%
<b>NO</b>	01	01%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las gráficas muestran que los profesores expertos en un 99% están de acuerdo que se considere el análisis de los modelos de estudio de cada paciente, y

que solo el 01% de la muestra considera que no es importante el análisis del modelo de estudio de los pacientes.

**Ítems 10.** Para la consideración en el procedimiento del estudio de los modelos en la clínica del adulto de la UJAP se hizo la siguiente pregunta a los profesores expertos en la materia. ¿Usted estaría de acuerdo en la implementación del análisis de los modelos de estudio en la hoja de registro de oclusión?

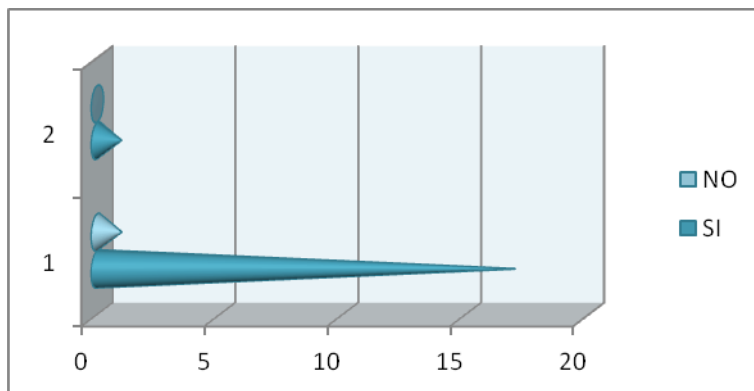
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Estructura.

**Cuadro 10 Procedimiento de estudios de modelo**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	17	99%
<b>NO</b>	01	01%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las gráficas muestran que los profesores expertos en un 99% de la muestra considerado en esta investigación, está de acuerdo en la implementación del

análisis de los modelos de estudio en la hoja de registro de oclusión y que solo el 1% no está de acuerdo.

**Ítems 11.** Para la consideración sobre el diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento se hizo la siguiente pregunta a los profesores expertos en la materia. ¿Cree usted que la ampliación de recolección de datos en cuanto a oclusión y ATM en la historia clínica facilitarían el diagnóstico y posible tratamiento de cada paciente?

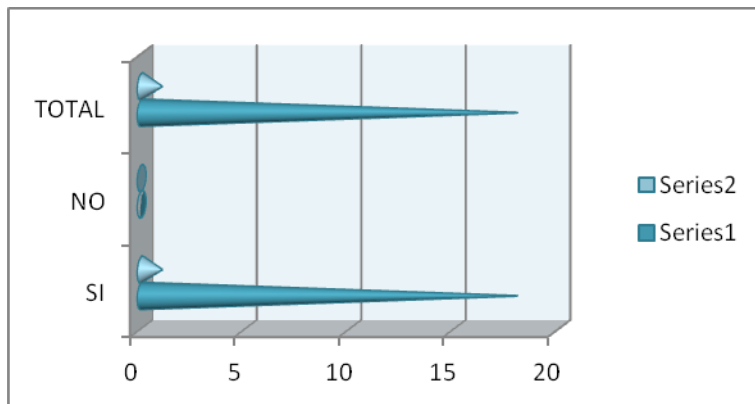
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Estructura.

**Cuadro 11 Consideración del diagnóstico y tratamiento**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	18	100%
<b>NO</b>	0	00%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las gráficas muestran que los profesores expertos en un 100% de la muestra considerado en esta investigación, y que representan el 50% de la planta profesoral, manifiestan que la ampliación de recolección de datos si facilitarían el diagnóstico y posible tratamiento de cada paciente

**Ítems 12.** Para la consideración en el aspecto económico se les hizo la siguiente pregunta a los profesores. En tal caso que se incorpore una hoja de registro de oclusión a la historia clínica general existente ¿Cree usted que el costo será accesible a los estudiantes de la clínica integral del adulto?

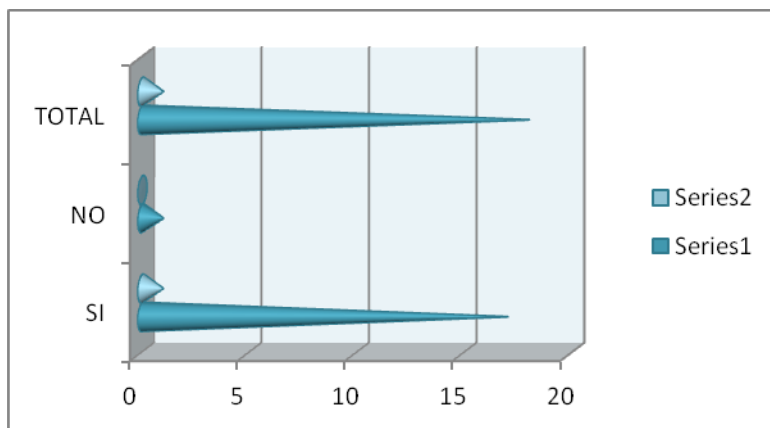
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Economía.

**Cuadro 12 Consideración aspecto económico**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	17	99%
<b>NO</b>	01	01%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las gráficas muestran que los profesores expertos en un 99% de la muestra manifiestan que la incorporación de una hoja más a la historia de registro no afectará económicamente a los estudiantes ya que su costo es mínimo, solo el 1% no

está de acuerdo que se incorpore una hoja más al registro de la historia integral de la clínica del adulto.

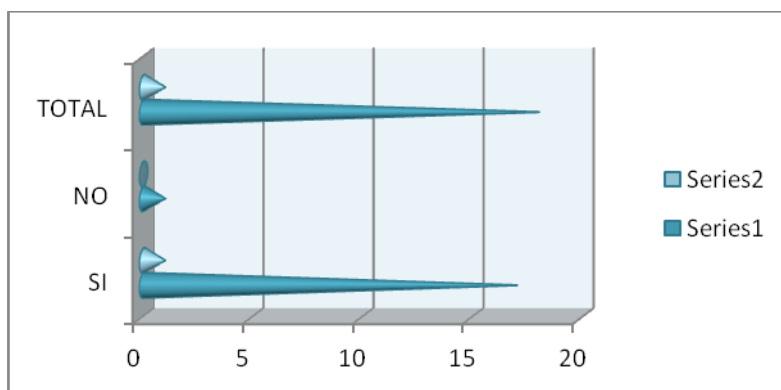
**Ítems 13.** Para la consideración en el aspecto académico se les hizo la siguiente pregunta a los profesores. En tal caso que se incorpore una hoja de registro de oclusión a la historia clínica general existente ¿Cree usted que será un aporte positivo para el desarrollo de las actividades de los estudiantes de la clínica integral del adulto?

**Variable:** Hoja de registro de oclusión.  
**Dimensión:** Factibilidad.

**Cuadro 13 Consideración aspecto académico**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	17	99%
<b>NO</b>	01	01%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las gráficas muestran que los profesores expertos en un 99% de la muestra manifiestan que la incorporación de una hoja más de registro sobre la afección de la oclusión en la historia de registro sería un aporte positivo para el

desarrollo de las actividades del estudiante en el área de la clínica del adulto, solo el 1% manifestó que la incorporación de una hoja más al registro de la historia integral de la clínica del adulto no contribuye a las actividades académicas.

**Ítems 14.** Para la consideración en el aspecto académico se les hizo la siguiente pregunta a los profesores. Usted como profesor ¿Apoyaría la incorporación de una hoja de oclusión que garantice el registro de las maloclusiones y los problemas temporomandibulares que presentan los pacientes que asisten a la clínica integral del adulto en la facultad de odontología de la Universidad José Antonio Páez?

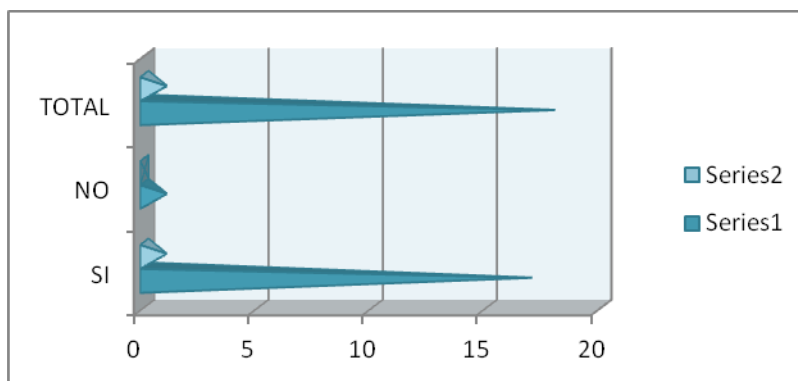
**Variable:** Hoja de registro de oclusión.

**Dimensión:** Factibilidad.

**Cuadro 14 Consideración aspecto académico**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	17	99%
<b>NO</b>	01	01%
<b>TOTAL</b>	18	100%

**Fuente:** Figueira K; Martins J. 2017



**Análisis:** Las gráficas muestran que los profesores expertos en un 99% manifiestan su apoyo a la incorporación de la hoja de registro de las maloclusiones y los problemas temporomandibulares para la identificación de la afección en los

pacientes que asisten a la clínica integral del adulto en la facultad de odontología, solo el 1% manifestó que la incorporación de una hoja más al registro de la historia integral de la clínica del adulto no apoya la incorporación de la hoja de registro de las maloclusiones y los problemas temporomandibulares.

## **4.2 ANALISIS DE LOS DATOS**

Luego de la aplicación del instrumento a los profesores expertos consultados en el área de la clínica del adulto, estos opinaron favorablemente con un alto grado de coincidencia, en relación con la pertinencia de la propuesta que se llevó a término en este trabajo de investigación, la cual es una hoja de registro única que refiera de manera minuciosa las maloclusiones y los problemas temporomandibulares para la identificación de la afección en los pacientes que asisten a la clínica integral del adulto en la Universidad José Antonio Páez. Es criterio de los autores por los resultados obtenidos y la literatura consultada, que se aprecia relación con respecto a los criterios relacionados con los resultados obtenidos y queda demostrado, la coincidencia en su mayoría como se reflejan en el desarrollo de cada uno de los ítems analizados que a continuación se expresan.

Sobre los cuadros 1 y 2 y sus gráficos respectivos dirigidos a la búsqueda de la opinión de los expertos sobre el Plan de estudio en la clínica del adulto, como lo manifiestan Taliaferro Alex y Ugarte Desiree, en su trabajo de grado llamado “Propuesta del diseño de un área de atención de trastornos temporomandibulares en la Universidad José Antonio Páez periodo Febrero Marzo 2012”, donde expusieron la necesidad que tiene la Universidad José Antonio Páez de la creación de un área clínica en la cual se manejen y atiendan pacientes con problemas oclusales y temporomandibulares debido a la ausencia de especialistas confinados a un área de tratamiento de este tipo, aunado a esto haciendo énfasis en que dicha universidad en sus clínicas integrales tiene una orientación endodóntica, protésica, siendo así casi inadvertida el área de oclusión como parte del tratamiento integral de los pacientes.

Es por ello que sustenta el diseño de la hoja de oclusión, es importante mencionar que en el 83% de los consultados opinaron que la historia de la hoja de registro actual no suministra suficiente información. En el ítem dos el 100% estuvo de acuerdo que los estudiantes no presentan suficiente información teórica para diagnosticar la oclusión del paciente y los diferentes trastornos temporomandibulares.

Con respecto a los cuadros 3,4 y 5 y sus respectivos gráficos, dirigidos a la búsqueda de opinión de los expertos sobre la operatividad y procedimiento de las afecciones oclusales y ATM, tal como lo mencionan Taliaferro y Ugarte (2012) y Torre Aguirre Espinosa, Fuentes, Viena, Peñón, Espinosa, Desiderio Núñez Fernández, Jackeline (2013), al realizar estudios acerca de los problemas oclusales y temporomandibulares los cuales, se presentan en las consultas de manera frecuente, de ahí la importancia para conocer, manejar y detectar dichas patologías, para un diagnóstico apropiado. Es por ello que se sustenta la conveniencia de la inclusión de la hoja de registro única en la historia integral.

Cabe destacar que, ante la inclusión de una hoja de registro en las historias de la institución, 92% estuvo de acuerdo sobre la pertinencia de la misma. Seguidamente analizando los cuadros 6,7 y 8 dirigidos sobre la pertinencia de que se registre en esa misma hoja la recolección de datos en cuanto a examen de ATM., examen de los dientes y su relación en ambas arcadas, al respecto Taliaferro y Ugarte (2012), al desarrollar una propuesta del diseño de un área de atención de trastornos temporomandibulares en la Universidad José Antonio Páez, mostraron la necesidad de un área de oclusión en las clínicas de esta universidad, donde consideraron el hecho de que hoy en día las maloclusiones y los problemas temporomandibulares son tan comunes que deben de ser atendidos en la medida de lo posible por los estudiantes que cursan las clínicas del adulto en esta institución. Lo cual está en concordancia con los datos visibles en los cuadros 9 y 10 y gráficos se puede observar claramente que el 99% de los profesores expertos manifiestan su acuerdo sobre la inclusión el estudio y análisis de los modelos en la hoja de registro.

En cuanto al cuadro 11 y su gráfico referido se observa que el 100% de los expertos profesores son de la opinión que la ampliación de datos en cuanto a la oclusión y el ATM, en la historia clínica facilita el diagnóstico. En cuanto al cuadro y gráfico 11 dirigido a la pertinencia económica se puede observar que el 99% de los expertos son del criterio que no afecta económicamente a los estudiantes. Y sobre los cuadros 13 y 14 se puede afirmar que el 99% de los expertos consideran de manera positiva la inclusión de la hoja de registro con los distintos aspectos mencionados, como lo afirman Taliaferro Alex y Ugarte Desiree, en su trabajo de grado llamado “Propuesta del diseño de un área de atención de trastornos temporomandibulares en la Universidad José Antonio Páez periodo Febrero Marzo 2012”, demostraron la necesidad que tiene la Universidad José Antonio Páez de la creación de un área clínica ya que es un aporte significativo para el desenvolvimiento de los estudiantes en sus actividades académicas elevando la calidad educativa, y que llevan al fortalecimiento del conocimiento de los futuros profesionales que egresa de la Universidad José Antonio Páez.

### **4.3 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD**

**Factibilidad Académica:** Resulta de suma importancia y viable el diseño de la hoja única de registro, en cuanto a contenido académico, ya que la información lograda por los autores de esta investigación, contribuye al desarrollo académico, del futuro profesional de la odontología, así mismo por la variedad de la biografía consultada sobre el tema objeto de estudio, y los aportes de las distintas fuentes que apoyaron la propuesta.

**Factibilidad Institucional:** Según los resultados obtenidos en la investigación, es evidente la necesidad que se tiene en la clínica del adulto de incluir una hoja de registro única que garantice el registro de las maloclusiones y los problemas temporomandibulares, que presenten los pacientes que asistan al servicio de odontología de la UJAP. Con el diseño de la hoja de registro, se amplía la

información a obtener de los pacientes que son recibidos en el área clínica, lo que conlleva al realce e importancia de un buen y detallado registro y llenado de historia clínica en los mismos para la valoración integral del paciente y de esta manera generar un posible diagnóstico orientado siempre a la aplicación de tratamientos que sean eficaces, una vez obtenida la información suficiente para ello.

**Factibilidad Económica:** Los resultados que arrojó la investigación en el ámbito económico fue que a los estudiantes no les afectaría, ya que los gastos de la hoja sería mínimo, que es lo que se paga por una fotocopia de rutina.

## CONCLUSIONES

A partir del trabajo de investigación realizado se llegó a las siguientes conclusiones:

- Ø El diseño de una hoja de registro única de oclusión que representa el objeto de estudio dirigida a registrar los problemas oclusales y temporomandibulares que presentan los pacientes que asisten a la clínica integral del adulto para el diagnóstico y tratamiento de los mismos es de vital importancia desde el punto de vista académico del futuro profesional de la carrera de odontología de la UJAP.
- Ø Partiendo de los resultados obtenidos y valorados en la fase de diagnóstico del problema, se evidencia la necesidad que hay sobre la incorporación de una hoja de registro minuciosa que debe estar dirigida a impulsar el desarrollo del conocimiento de los estudiantes facilitando el diagnóstico y posible tratamiento de los pacientes según sea la afección que presente.
- Ø Existe una adecuada conceptualización en el desarrollo de la investigación sobre el diseño de la hoja de registro única evidenciado el impulso que se daría en lo institucional y en lo académico, para fortalecer y facilitar la comprensión de los aspectos relacionados con la oclusión mediante el desarrollo de una hoja que abarque el tema y así permita el desarrollo de las actividades académicas en la clínica del adulto para registrar las afecciones oclusales y los problemas temporomandibulares, así como el análisis de los modelos de estudio.
- Ø Se demuestra a través de los resultados que los profesores especialistas en el área en su mayoría promueven la incorporación de la hoja de registro única a la historia general.
- Ø Se establece además que los estudiantes de odontología serían los más beneficiados, ya que , la hoja de registro brinda un reconocimiento de la afección

oclusal y temporomandibular de manera minuciosa, lo cual contribuye en el diagnóstico que este dará al paciente y un posible tratamiento, afianzando el criterio clínico en esta área del conocimiento.

- Ø Con el diseño de la hoja de registro, se amplía la información a obtener de los pacientes que son recibidos en el área clínica, lo que conlleva al realce e importancia de un buen y detallado registro y llenado de historia clínica en los mismos, para la valoración integral del paciente y de esta manera generar un posible diagnóstico orientado siempre a la aplicación de tratamientos que sean eficaces, una vez obtenida la información suficiente para ello.

### **RECOMENDACIONES**

A partir del trabajo investigativo desarrollado y de las conclusiones anteriormente expuesta se recomienda:

- Ø Se recomienda la incorporación de la hoja de registro única lo más pronto posible a la historia general usada en las clínicas de la facultad de odontología.
- Ø Promover todo lo relacionado a la importancia de una oclusión ideal en el paciente.
- Ø Se recomienda la creación de un área clínica en donde se ponga en práctica lo aprendido en teoría en la cátedra de oclusión dental impartida en los primeros semestres de la carrera de odontología.
- Ø Se propone la creación de un manual instructivo para el buen llenado de la hoja de registro de oclusión.

## BIBLIOGRAFIA

Apodaca Anselmo (2004), Fundamentos de Oclusión. Primera edición.

ASH, Major M. STANLEY, J. Nelson. Wheeler Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental. 8ª Edición. Editorial Elseiver. Barcelona- España, pp. 39- 47.

Cárdenas Rubén, Erosa, Celia Elena Zavala Mediburu, Carrillo David Cortes Universidad Autónoma de Yucatán, 2008 México IntraMed Journal Vol2 N°2) Recuperado en 25 de Marzo: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=89797>. Carranza, Fermín, Periodontología Clínica. Onceava edición.

De la Torre Rodríguez, Elizabeth, Aguirre Espinosa, Iris, Fuentes Mendoza, Viena, Peñón Vivas, Pedro Angel, Espinosa Quirós, Desiderio, & Núñez Fernández, Jackeline. (2013). Factores de riesgo asociados a trastornos temporomandibulares. *Revista Cubana de Estomatología*, 50(4), 364-373. Recuperado en 02 de abril de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072013000400004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000400004&lng=es&tlng=es). Echeverri, Enrique Sencherman, Gisela. (2008) *Neurofisiología de la Oclusión*. Ediciones Monserrate.

Manns Arturo, BIOTTI Jorge, Manual Práctico de Oclusión Dentaria Segunda Edición.

Manrique, J. (2015) Auditoria de registro y documentos odontológicos publicad en salud y medicina.

Martínez-Salio A. Anamnesis del paciente con dolor neuropático. Madrid (2007). Tratado de dolor neuropático, Serra J ed. Editorial Panamericana.

Londoño, A. M Tello. (2012) Comparación de la dimensión vertical del Maxilar en las clasificaciones esqueléticas maxilomandibulares Recuperado de <http://scholar.google.co.ve/scholar?start>.

Okeson Jeffrey P., Oclusión y Afecciones Temporomandibulares 5ta. Edición. Ed. Mosby Co. 2003

Okeson Jeffrey P., Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. Quinta edición (2003). España. Editorial Grafos, pp. 56.

Palastanga, Nigel. Field, Derik, Soames, Roger. (Anatomía y Movimiento Humano: Estructura y Funcionamiento. 3ª edición. Editorial Paidotribo. Barcelona-España, pp. 505- 508.

Saldiñas, M. Váldez J. Casas A. (2010) Anomalías de la Oclusión dentaria Asociadas a la difusión temporomandibular- Revista Médica Electrónica.

Ustrell, Torrent, Josep M. Ortodoncia 2da Edición. Barcelona- España. Ediciones Universidad de Barcelona, pp. 109.

## **CAPITULO V**

# **LA PROPUESTA**



República Bolivariana de Venezuela  
Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria  
Universidad José Antonio Páez  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Odontología

**PROPUESTA DE UN MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE OCLUSIÓN  
PARA LA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. (2017-  
1CR)**

**Autora:** Katiuska Figueira

**Autor:** Jorge Martins

**Tutor:** O.d Prof. Óscar Martínez

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

## **LA PROPUESTA**

### **5.1 PRESENTACIÓN**

El desarrollo teórico práctico que se ha venido trabajando en las áreas clínicas de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) para la cátedra de Clínica Integral del Adulto, ha sido favorable, pero hay una parte fundamental que aún no ha sido desarrollada de forma ampliada, como lo es, el análisis de la oclusión del paciente, el cual, es un tópico que se ha dejado de lado con el transcurso de los años y que resulta importante para la efectividad del diagnóstico y registro completo de los signos y síntomas a nivel del sistema estomatognático de los pacientes que acuden al área clínica, lo cual a sus vez va relacionado con otras áreas o especialidades involucradas durante los procedimientos clínicos odontológicos, y que es objeto de estudio del presente trabajo.

En base a esta premisa, a continuación se presenta una propuesta para contribuir con el buen desarrollo de las Clínicas Integral del Adulto, con el propósito de impulsar mejoramiento del aprendizaje en el área de oclusión, diseñado para los estudiantes que cursan dicha cátedra. En este sentido, el principal propósito es crear condiciones para permitir el fácil registro de la oclusión de los pacientes que ingresan a la clínica Integral del Adulto en la Universidad José Antonio Páez, en donde se desarrollan las prácticas clínicas de los semestres, que van desde el quinto hasta el noveno y así poder facilitar el diagnóstico clínico apropiado, sirviendo a su vez, como una guía de estudio.

Estos lineamientos contemplan además el desarrollo de unos objetivos, justificación, fundamentación de dicha propuesta, administración y factibilidad y la propuesta que se describirán en los epígrafes siguientes.

## **OBJETIVOS**

### **5.2 OBJETIVO GENERAL**

Proponer un modelo de hoja de registro de oclusión que garantice el registro de las maloclusiones y los problemas temporomandibulares que presentan los pacientes que asisten a la clínica integral del adulto en la facultad de odontología de la UJAP.

#### **5.2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Ø Ampliar la recolección de datos de la Historia Clínica general para el registro de oclusión del paciente en el Área Clínica Integral del Adulto de la facultad de odontología de la UJAP.
- Ø Facilitar la evaluación y diagnóstico de la oclusión del paciente en la Clínica Integral del Adulto de la facultad de odontología de la UJAP.
- Ø Desarrollar un mecanismo de aprendizaje en la Clínica Integral del Adulto en relación al registro de la oclusión del paciente que asiste a esta área de la facultad de odontología de la UJAP.
- Ø Diseñar la hoja de registro de oclusión a la Historia Clínica General del adulto de la facultad de odontología de la UJAP.

### **5.3 JUSTIFICACIÓN**

Con la propuesta de la hoja de registro de oclusión, la cual es el objeto de estudio de este trabajo, se sentaron las bases de un modelo innovador que garantiza el registro minucioso de las maloclusiones y los problemas temporomandibulares que presentan los pacientes que asisten a la clínica de adultos de la escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez, y son recibidos por los estudiantes que realizan el diagnóstico y van llevando el desarrollo evolutivo de los avances del tratamiento. Además el estudio es de gran importancia ya que la información en una hoja de registro en el área específica de oclusión cobra relevancia en las clínicas integrales del adulto de la UJAP, porque de esta manera se diagnostica y se puede realizar un buen plan de tratamiento que a su vez repercute en una buena atención para los pacientes, que acuden a la clínica integral del adulto de la facultad de odontología.

La importancia de esta investigación es que la propuesta, logra el registro necesario de la condición oclusión de los pacientes, detectando a través del análisis estructurado, los posibles problemas Temporomandibulares, y la posibilidad de facilitar el trabajo de la comisión curricular de la institución, a fines de realizar los ajustes necesarios y posterior aplicabilidad o incorporación del área clínica de la UJAP para la atención adecuada de los pacientes.

Con esta propuesta, se da por realizado o cumplido el tercer objetivo específico que se expuso en el capítulo I del presente trabajo, el cual es diseñar un modelo de hoja de registro de oclusión para la historia clínica integral del adulto de la facultad de odontología de la UJAP.

## 5.4 FUNDAMENTACION

El diseño de la presente hoja de registro de oclusión, se basó en la opinión de los expertos en el área clínica de la Universidad José Antonio Páez, recabada a través de la aplicación del instrumento, el cual fue una encuesta dicotómica, contentiva de una serie de preguntas. A través de este medio, y el respectivo análisis de resultados realizados se logró establecer los parámetros necesarios para desarrollar dicha hoja de registro de oclusión, además del respaldo generado gracias a las bases teóricas desarrolladas. Se busca extender la básica recolección de datos suministrada en la Historia Clínica General para el registro de la oclusión del paciente, con respecto a la evaluación de la ATM, el examen de los músculos que integran el sistema masticatorio, estudio de la oclusión y examen clínico dentario, y el análisis de los modelos de estudio; ya que, dicha historia consta de una pequeña parte de su desarrollo, la cual buscamos darle la respectiva importancia al ampliar datos cognitivos, los cuales, son fundamentales para dicho registro de oclusión, posterior diagnóstico y establecimiento de un tratamiento.

De acuerdo con este orden descrito para el diseño de la hoja de registro de oclusión, se debe desarrollar la evaluación de la ATM y el examen muscular, limitándose a conocer la presencia o no, de dolor, caracterizándolos y localizándolo; ampliando un poco más la evaluación de la articulación temporomandibular (ATM) con respecto a la presencia o no de ruidos articulares y dolor a la palpación, de igual forma caracterizándolos y localizándolos; además de detectar la presencia de hábitos parafuncionales que están íntimamente relacionados a alguna alteración de la articulación temporomandibular. Este espacio permitirá establecer qué relación existe entre la oclusión del paciente con respecto a la ATM y los músculos masticatorios, los cuales fueron desencadenantes para la alteración de la oclusión, o viceversa. En cuanto a la parte de la evaluación de la oclusión y examen clínico dental, se pretende establecer el tipo de oclusión del paciente de forma dinámica y/o

estática, para así concretar un tipo de mordida, la presencia o no mediante la observación de desviación patológica, la evaluación de los movimientos de lateralidad y movimientos límites; todo esto debido a que son parámetros que conforman el término de oclusión, reconocida su importancia hoy en día, dado que se trata de una relación mutua estática/dinámica, que se acompaña de distintos sistemas para lograr así la ejecución de los movimientos mandibulares complejos dentro de una oclusión armónica la cual, no siempre es así, puesto que depende de las características anatómo-funcionales del paciente y de sus condiciones particulares, por lo que su estudio es fundamental para establecer un diagnóstico y tratamiento acorde con las necesidades particulares.

A su vez, el análisis de los modelos, pretende lograr el registro de ambas arcadas, describiendo algún tipo de alteración dentaria que pueda inferir en la oclusión del paciente; se ha de tomar en cuenta dicho análisis, ya que con el montaje en relación céntrica de los modelos, en un articulador semiajustable, se logra un fiel respaldo de la oclusión del paciente, lo que facilita analizar la oclusión del mismo por medio del análisis articular de los modelos de trabajo. Además se propuso ampliar información acerca de la presencia o no de síntomas dolorosos tanto a nivel muscular como articular y hábitos parafuncionales los cuales en su conjunto, permiten establecer un criterio general de la condición del paciente y de los factores que condicionan el establecimiento de la patología oclusal.

El objetivo de recabar dicha información permite desarrollar mecanismos de aprendizaje para facilitar el manejo del paciente dentro de las Áreas Clínicas Integral del Adulto de la institución. Cabe destacar que esta modalidad de hoja de registro, se ha desarrollado en otras universidades a nivel nacional, por lo que se plantea la necesidad, de concretar su diseño como una propuesta de utilidad académica. Destacando además que, como toda hoja o anexo que se ha venido implementado en la UJAP, al final de la misma, se ha de especificar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del paciente.

## 5.5 FACTIBILIDAD

**Factibilidad Académica:** Resulta de suma importancia y viable el diseño de la hoja única de registro, en cuanto a contenido académico, ya que la información lograda por los autores de esta investigación, contribuye al desarrollo académico, del futuro profesional de la odontología, así mismo por la variedad de la biografía consultada sobre el tema objeto de estudio, y los aportes de las distintas fuentes que apoyaron la propuesta.

**Factibilidad Institucional:** Según los resultados obtenidos en la investigación, es evidente la necesidad que se tiene en la clínica del adulto de incluir una hoja de registro única que garantice el registro de las maloclusiones y los problemas temporomandibulares, que presenten los pacientes que asistan al servicio de odontología de la UJAP. Con el diseño de la hoja de registro, se amplía la información a obtener de los pacientes que son recibidos en el área clínica, lo que conlleva al realce e importancia de un buen y detallado registro y llenado de historia clínica en los mismos para la valoración integral del paciente y de esta manera generar un posible diagnóstico orientado siempre a la aplicación de tratamientos que sean eficaces, una vez obtenida la información suficiente para ello.

**Factibilidad Económica:** Los resultados que arrojó la investigación en el ámbito económico fue que a los estudiantes no les afectaría, ya que los gastos de la hoja sería mínimo, que es lo que se paga por una fotocopia de rutina.

A continuación se muestra el diseño de la Hoja de registro de oclusión a proponer:



UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
 ANEXO DE OCLUSION-HOJA DE REGISTRO DE OCLUSION

I. INFORMACION DEL PACIENTE.		FECHA	
		CIN	
		EDAD	
Nombres y Apellidos			

II. EXAMEN DE LA ATM

Ruidos Articulares					
Movimiento	Ninguno	Click	Crepitación	Derecha	Izquierda
En apertura					
En cierre					
En lat Der.					
En lat Izq.					
En protrusión					

Dolor						
Presenta dolor		Sí		No		
Tipo de dolor	Leve	Moderado	Severo	Agudo	Sordo	Pulsátil
Quando	Al levantarse	Quando come	Antes de dormir	Después de comer	Quando duerme	Al bostezar
Ubicación	Localizado	Difuso	Unilateral	Bilateral		
Frecuencia	Ocasional	Diario	Semanal	Mensual		
Duración	Minutos	Horas	Días	Siempre		
Severidad	Al inicio	Aumenta	Disminuye			

Hábitos parafuncionales				
Bruxismo	Degl. atípica	Succión pulg	Onicofagia	Queilofagia
Mord. carrillos	Morder objetos	Mascar chicle		

Observaciones:

III. EXAMEN MUSCULAR

Clave para determinar el tipo de dolor a la palpación:

Sin dolor	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor severo
0	1	2	3

Músculos	Derecho	Izquierdo
Temporal		
Masetero		
Digastrico		
Pterig. Lateral		
Pterig. Medial		

Observaciones:

**IV. OCLUSION Y EXAMEN CLINICO**

Clasificación de Angle	I	II	III	Modificación:	
Tipo de mordida	Abierta	Borde a borde	Cruzada		
Discrepancia entre RC/OC	Si	No			
Desviac. Línea media	Normal	Derecha/mm		Izquierda/mm	
Dimensión vertical	Normal	Aumentada	Disminuida		
Espacio libre mm	Overjet/mm		Overbite/mm		
<b>Movimientos de lateralidad</b>					
Guía canina	Derecha	Izquierda			
Función de grupo	Derecha	Izquierda	Total	Parcial	
Interferencias	Lado de trabajo		Lado de balance		
Guía anterior	Si	No			
Interferencia en protrusiva	Si	No	Anótelas:		
Facetas de desgaste	Atricción	Abrasión	Erosión	Abfracción	
Sensibilidad dentaria	Dientes:				
Fracturas dentarias	Dientes:				
<b>Movimientos Límites</b>					
Movimiento		Dolor			
Apertura máxima	mm.	Derecha	Izquierda		
Máxima lateralidad der.					
Máxima lateralidad izq.					
Máxima protrusión.					

**V. ANALISIS DE LOS MODELOS EN ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE.**

ARCADA	Forma	Tipo	Simétrica	Asimétrica	Completa	Parcial
SUPERIOR						
INFERIOR						
Dientes ausentes (anotar):						
Anomalías de posición	Migrados	Inclinados	Rotados	Versión	Apiñamiento	
	Diastemas:					
Dientes en infraoclusion:						
Dientes en supraoclusion:						
Rebordes marginales desiguales:						

Diagnostico presuntivo:
Diagnostico diferencial:
Diagnostico definitivo:

Pronostico:
Plan de tratamiento:

**VI. INFORMACION DEL ESTUDIANTE.**

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Semestre	Sección
---------------------	---------------------	----------	---------

**VII. INFORMACION DEL PROFESOR**

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Firma y sello
---------------------	---------------------	---------------

# **ANEXOS**



## INSTRUMENTO APLICADO

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Cree usted que la Historia Clínica Integral del Adulto suministra suficiente información para el registro de la oclusión del paciente?		
2. ¿Le parece que los estudiantes presentan los conocimientos teóricos suficientes para diagnosticar la oclusión del paciente y los diferentes trastornos temporomandibulares?		
3. ¿Cree usted que la oclusión dental se toma en cuenta antes, durante y después de la atención de los pacientes en el área clínica de la UJAP?		
4. ¿Considera usted que los estudiantes reflejan con precisión y detalladamente todo lo relacionado a la oclusión y ATM en la historia clínica de cada paciente?		
5. ¿Cree usted que el implemento de una hoja de registro de oclusión contribuirá al desarrollo de los conocimientos teórico-prácticos del estudiante?		
6. ¿Usted está de acuerdo en que la hoja de registro que se pretende proponer, haga énfasis en la recolección de datos precisa en cuanto a examen de ATM y los ruidos articulares?		
7. ¿Estaría a favor que se incorpore en la hoja de registro de oclusión, la palpación muscular de los pacientes para determinar así alguna patología en los mismos?		
8. ¿Estaría a favor que se incorpore en la hoja de registro de oclusión, el examen de los dientes y su relación en ambas arcadas?		
9. ¿Usted Considera importante el análisis de los modelos de estudio de cada paciente?		
10. ¿Estaría de acuerdo en la implementación del análisis de los modelos de estudio en la hoja de registro de oclusión?		
11. ¿Cree usted que la ampliación de recolección de datos en cuanto a oclusión y ATM en la historia clínica facilitarían el diagnóstico y posible tratamiento de cada paciente?		
12. En tal caso de que se incorpore una hoja de registro de oclusión a la historia clínica general existente, ¿Cree usted que el costo será accesible para los estudiantes de Clínica Integral del Adulto?		
13. En tal caso de que se incorpore una hoja de registro de		

<p>oclusión a la historia clínica general existente, ¿Cree usted que será un aporte positivo para el desarrollo de las actividades del estudiante en la clínica integral del adulto?</p>		
<p>14. Usted como profesor, ¿Apoyaría la incorporación de una hoja de oclusión que garantice el registro de las maloclusiones y los problemas temporomandibulares que presentan los pacientes que asisten a la clínica integral del adulto en la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez?</p>		

**Fuente:** Figueira, K y Martins, J (2017).



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

**FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los items que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

**TITULO DEL TRABAJO:**

PROPUESTA DE UN MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE OCLUSIÓN PARA LA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. (2017-1CR)

**AUTORES:** KATIUSKA FIGUEIRA Y JORGE MARTINS

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Convalidación)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adeuada	Inadecuada	Adeuada	Inadecuada	Adeuada	Inadecuada	dejar	modificar	quitar
Items									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: \_\_\_\_\_ NO APLICABLE: \_\_\_\_\_

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Profesión	Nivel Académico	Fecha



Universidad José Antonio Páez  
Facultad de ciencias de la salud  
Escuela de Odontología  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ portador (a) de la C.I. \_\_\_\_\_ A través de la presente declaro y manifiesto el buen uso de mis facultades mentales libre, espontáneamente y en consecuencia AUTORIZO al bachiller Profesor/es \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ y al/los

Más abajo identificado lo siguiente

1. He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por el/los especialista/s más abajo reseñado.
2. He sido informado/a de las alternativas posibles del tratamiento.
3. Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento médico Odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto en orden a las consecuencias de los fines proyectados y conocer el estado general de mi Salud.
4. Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos, y que en mi caso la duración de estos fenómenos, no está determinarla, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la medicina no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto de los tratamientos proyectados.
5. Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesaria y a criterio del Odontólogo.
6. Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al Cirujano Bucal a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.
7. Me he sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene Oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.
8. A continuación, me informan sobre las complicaciones que se pueden presentar en los procedimientos anestésicos: Dolor en los sitios de punción. Multipunciones vasculares. "Moretones" por punción vascular. Ruptura y/o extracción de piezas dentales. Lesión de las mucosas de la boca y/o nariz. Ronquera y/o dolor de garganta. Depresión respiratoria. Respuesta adversa a los medicamentos. Efectos secundarios. Adición de efectos indeseables. Imposibilidad para oxigenar adecuadamente al paciente. Aspiración de materiales contenidos en el estómago. Daño cerebral u orgánico, así como Complicaciones severas que pueden provocar el fallecimiento.

9. Doy mi consentimiento al Cirujano Bucal y al Alumno tratante de la Universidad José Antonio Páez que se designe a realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE SE QUE ES POR MI PROPIO INTERES, con el buen entendido que puede retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

**ACEPTO**

Nombre, Apellido  
Del paciente o  
Representante legal

Nombre, apellido del  
Alumno

sello  
Nombre, apellido del  
Profesor tutor

\_\_\_\_\_ C.I.

\_\_\_\_\_ C.I.

\_\_\_\_\_ C.I.

Valencia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_