



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**ELABORACIÓN DE UN ANEXO A LA HISTORIA CLÍNICA
PARA EL REGISTRO DE LOS AJUSTES DE LAS
INTERFERENCIAS OCLUSALES POST-TRATAMIENTO**

Autoras
Olga Luciani
Stefhany Dávila

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



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



**ELABORACIÓN DE UN ANEXO A LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL
REGISTRO DE LOS AJUSTE DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES
POST-TRATAMIENTO**

Trabajo de Grado que se presenta para optar al título de
ODONTÓLOGO

Autoras:

Dávila T. Stefhany A.

Luciani G. Olga M.

Tutor:

Dr. Martín Correa

San Diego, marzo 2020



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



**ELABORACIÓN DE UN ANEXO A LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL
REGISTRO DE LOS AJUSTE DEL LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES
POST-TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA I DE
REHABILITACIÓN PROTÉSICA, UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°	Nombres y apellidos
1. 26.067.822	Dávila T. Stefhany A.
2. 25.098.702	Luciani G. Olga M.
Tutor Propuesto: Dr. Martín Correa	Firma: _____

Cédula de Identidad N° _____

COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha



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



San Diego, _____

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado: **ELABORACIÓN DE UN ANEXO A LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL REGISTRO DE LOS AJUSTE DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES POST-TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA I DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA, UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ** ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Tutor Académico: Martín Correa

Firma

Fecha



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



ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“ELABORACIÓN DE UN ANEXO A LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL REGISTRO DE LOS AJUSTES DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES POST-TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA I DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA, UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ”**, realizado por Dávila T. Stefhany A., C.I. N°: V-26.067.822, cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, que reúne los méritos suficientes para su aprobación

Jurado
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Tutor Académico
Nombre:
C.I.:

Fecha: .



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



ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“ELABORACIÓN DE UN ANEXO A LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL REGISTRO DE LOS AJUSTES DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES POST-TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA I DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA, UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ”**, realizado por Luciani G. Olga M., C.I. N°: V-25.098.702, cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, que reúne los méritos suficientes para su aprobación

.

Jurado
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Tutor Académico
Nombre:
C.I.:

Fecha: .

Agradecimientos

Primeramente, gracias a Dios, por iluminar mí camino. A mis padres Lobeidi Torrealba, Johanan Dávila y José Durán, por apoyarme, ayudarme y levantarme cada vez que fuera necesario, solo con su amor y confianza pude salir adelante y cumplir mi meta.

A mis hermanos Joaquín Dávila y Alana Durán, por ser un impulso en mi vida, para salir adelante y darlo todo por y para ellos.

A mi compañero de vida Edixon Méndez, por su apoyo incondicional durante toda la carrera, por llenarme de sus conocimientos y hacerme entender que todo con amor se logra.

A los profesores, quienes se volvieron amigos, y más que eso, familia: Orlando Moreno, Livia Segovia, Martín Correa, Alba López. Gracias por toda su ayuda y comprensión.

A Rebeca Maitín, por su ayuda desde el principio de mi carrera y el apoyo para formarme en esta hermosa profesión.

¡Gracias a todos! Sin ustedes nada de esto habría sido posible. Simplemente los amo.

Stefhany Dávila

Quiero agradecer primero que nada a Dios, por haberme dado la fortaleza para continuar y haberme puesto en este camino.

A mi gran amor, mi padre Carlos Luciani, por haberme apoyado en todo y hacer que siguiera formándome como profesional, a mi madre Olga García por ser mi mejor amiga y saber orientar en cada circunstancia de mi vida.

A mis hermanos Leslie Levy, Marco Tulio Luciani, por haberme apoyado en cualquier momento, desde el principio hasta el final, y a quienes amo inmensamente, y Carlos Félix Luciani por siempre saber aconsejarme, aunque sea menor que yo.

También quiero agradecer a esas personas que se volvieron importante para mí. Gracias a esta hermosa carrera mi gran profesor Orlando Felidelfo Moreno, que es un ser único y excepcional, con un gran corazón, con los mejores consejos siempre. Livia Segovia y Erika González, por haberme enseñado y hacerme saber cuál es el camino más bello de la odontología. Mi profe Martin Correa, por haber sido nuestro mentor y tutor para este trabajo y por su paciencia.

Gracias a todos, porque sin ustedes no hubiese sido posible lograr una de mis metas y alcanzar uno de mis más grandes sueños.

Olga Luciani

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	IX
RESUMEN.....	XI
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I.....	8
EL PROBLEMA	8
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Objetivos de la investigación	12
1.2.1 Objetivo general	12
1.2.3 Objetivos específicos	12
1.3 Justificación de la investigación.....	13
1.4 Alcance y delimitación de la investigación.....	14
CAPÍTULO II	15
MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Antecedentes de la investigación	15
2.2 Bases Teóricas.....	20
2.2.1 Historia Clínica	20
2.2.2 Interferencias Oclusales	23
CAPÍTULO III	44
MARCO METODOLÓGICO.....	44
3.1. Diseño y Tipo de Investigación	44
3.1.1. Diseño de Investigación	44
3.1.2. Tipo de Investigación.....	45
3.2 Población y muestra	45
3.2.1 Población.....	45
3.2.2 Muestra.....	46

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	46
3.4 Técnicas de análisis de datos	46
CAPÍTULO IV.....	48
ANÁLISIS DE RESULTADOS	48
CAPÍTULO V	75
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
ANEXOS	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91



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



ELABORACIÓN DE UN ANEXO A LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL REGISTRO DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES POST- TRATAMIENTO

Autoras: Dávila Stefhany
Luciani Olga
Tutor: Martín Correa
Fecha: Marzo 2020

RESUMEN

Introducción: La historia clínica constituye una herramienta indispensable en la praxis odontológica, pues permite no sólo conocer los antecedentes salud-enfermedad del paciente y realizar un adecuado diagnóstico y plan terapéutico, sino también monitorear su evolución, sin dejar de lado su significado desde la perspectiva médico legal, todo lo cual indica la importancia de su perfeccionamiento y adecuación constante. **Objetivo General:** Elaborar un anexo a la historia clínica para el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento en los pacientes de la Clínica I de Rehabilitación Protésica, Universidad José Antonio Páez. **Metodología:** Se realizó un estudio con diseño descriptivo no experimental, transversal, a partir de un trabajo tipo de campo y modalidad proyecto especial, seleccionando una muestra probabilística de 35 estudiantes del VI Semestre de Odontología y un muestreo censal por conveniencia de cuatro docentes en la Clínica I de Rehabilitación Protésica, a quienes se aplicaron dos cuestionarios diseñados para diagnosticar la necesidad de la propuesta, comprobar su factibilidad y explorar ideas en cuanto a contenido. **Resultados:** Se obtuvo como resultado que para 69% deben presentarse interferencias oclusales en el lado de trabajo, con desoclusión en el lado de balance; el 80 % reconoce cómo se presenta un contacto prematuro en el papel articular y el 86 % considera que la actual estructura no permite establecer la interferencia oclusal post tratamiento. **Palabras claves:** Anexo, historia clínica, interferencias oclusales, prótesis parcial removible.



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



PREPARATION OF AN ANNEX TO THE CLINICAL HISTORY FOR THE RECORD OF POST-TREATMENT OCCLUSAL INTERFERENCES

Authors: Dávila Stefhany
Luciani Olga
Tutor: Martín Correa
Date: March 2020

ABSTRACT

Introduction: The clinical history is an indispensable tool in dental practice, because it allows not only to know the patient's health-disease history and to make an adequate diagnosis and therapeutic plan, but also to monitor its evolution, without neglecting its meaning from the perspective legal doctor, all of which indicates the importance of its improvement and constant adaptation. **Objective General:** Prepare an annex to the clinical history for the registration of post-treatment occlusal interferences in patients of the Clinic I of Prosthetic Rehabilitation, José Antonio Páez University. **Methodology:** A study was carried out with a non-experimental, transversal descriptive design, based on a field-type work and special project modality, selecting a probabilistic sample of 35 students of the VI Semester of Dentistry and a census sampling for the convenience of four teachers in the Clinic I of Prosthetic Rehabilitation, to whom two questionnaires designed to diagnose the need of the proposal, check its feasibility and explore ideas regarding content were applied. **Results:** It was obtained as a result that for 69% occlusal interferences must be present on the work side, with desocclusion on the balance side; 80% recognize how premature contact occurs in the articular role and 86% consider that the current structure does not allow establishing occlusal interference after treatment. **Keywords:** Annex, clinical history, occlusal interferences, removable partial dentures.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica, además de ser un documento de carácter médico-legal, constituye un importante recurso para la praxis sanitaria pues contiene toda la información referida a los antecedentes del paciente, procedimientos diagnósticos, tratamientos recibidos y su evolución; de allí, la importancia de su capacidad para registrar todos y cada uno de los datos requeridos para identificar, tratar y hacer seguimiento del estado de salud-enfermedad del individuo.

En tal escenario, el historial del paciente parcialmente edéntulo debe aportar la información requerida no sólo para diagnosticar las necesidades protésicas y configurar la terapia rehabilitadora, sino también para evaluar a lo largo del tiempo el desempeño de la prótesis parcial removible a fin de identificar y dar solución oportunamente a cualquier anomalía o aspecto negativo en cuanto a función, estética e incluso la satisfacción del paciente.

Alrededor de tales argumentos gira el presente trabajo de investigación, cuyo objetivo fue elaborar un anexo a la historia clínica para el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento en los pacientes de la Clínica I de Rehabilitación Protésica, Universidad José Antonio Páez, estructurado en capítulos, como sigue:

Capítulo I. Se desarrolla el planteamiento sobre aspectos inherentes al edentulismo y la importancia de la historia clínica en prostodoncia, hasta llegar a la descripción del problema de estudio, formulación de interrogantes, objetivos, justificación, alcance y delimitación del trabajo investigativo.

Capítulo II. Destinado a la revisión de antecedentes vinculados a la problemática de estudio y de los fundamentos teóricos que sustentan la investigación, así como la definición de términos básicos y el desarrollo del sistema de variables.

Capítulo III. Descripción de los aspectos metodológicos, tales como tipo, nivel y diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección, técnicas de análisis de datos.

Capítulo IV. Exposición de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de instrumentos con sus respectivos análisis y discusión, procediendo luego a la elaboración de las conclusiones y recomendaciones del diagnóstico.

Capítulo V. Desarrollo de la propuesta, estructurada en secciones específicas: introducción, justificación, objetivos, factibilidad y diseño del Anexo a la historia clínica para el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento en los pacientes de la Clínica I de Rehabilitación Protésica, Universidad José Antonio Páez.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Entre las consecuencias de la caries, patología infecciosa que persiste pese a los esfuerzos realizados para su prevención y los avances en técnicas restauradoras, ocupa un lugar destacado el edentulismo parcial, es decir, la pérdida de una o más órganos dentales que no es posible mantener en boca debido a la destrucción de los tejidos o la afectación irreversible de la pulpa dental, evento que también tiene lugar a consecuencia de las enfermedades periodontales y traumatismos (1).

Tan es así, que a nivel mundial la Organización Mundial de la Salud informa que las enfermedades bucodentales más comunes siguen siendo la caries dental y las periodontopatías, lo cual sugiere que a corto, mediano y largo plazo millones de individuos requerirán rehabilitación protésica a fin de disfrutar de un adecuado funcionamiento estomatognático y un apropiado aspecto estético, destacándose el hecho de que la pérdida dental no es una característica exclusiva del proceso natural de envejecimiento(2).

En el caso de Venezuela, según el último Anuario de Morbilidad emitido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, siete de cada diez personas mayores de 25 años presenta edentulismo parcial o total, mientras en el ámbito regional se calcula

que un quinto de la población carabobeña es al menos parcialmente edéntula o se encuentra en riesgo de serlo, de acuerdo a los patrones de morbilidad bucal(3,4).

En este orden de ideas, el abordaje odontológico del paciente parcialmente edéntulo asume dos vertientes: la primera de índole preventiva, dirigida a evitar la pérdida de la dentición remanente, en tanto la segunda, de carácter rehabilitador, implica la colocación de un dispositivo protésico removible o fijo, que además de reponer las unidades dentales perdidas debe preservar y proteger las estructuras remanentes, restaurar las funciones masticatoria/fonética y proveer una sonrisa lo más estética posible, mejorando por tanto la salud integral, el confort y la calidad de vida del paciente(5-8).

Para lograr dichos propósitos, uno de los principales condicionantes está representado por la minuciosa elaboración de la historia clínica, documento médico legal donde se plasman los resultados del interrogatorio realizado al paciente, hallazgos de exámenes físicos y radiográficos, planificación terapéutica, tratamientos realizados y evolución del caso; se trata, entonces, de integrar en dicho documento el pensamiento lógico dirigido a evaluar el problema de salud, las soluciones terapéuticas previstas para resolverlo y el seguimiento de éstas, con la finalidad de detectar cualquier complicación o situación adversa que impida el logro de los objetivos pautados.(9,10)

En este particular, se sostiene que la odontología basada en la evidencia es un enfoque de la atención de salud bucal que requiere la integración juiciosa de evaluaciones sistemáticas de los datos clínicamente relevantes, estrechamente vinculada a la condición de salud e historial médico-oral del paciente, la experiencia

del profesional y las necesidades y preferencias de tratamiento del sujeto que acude a consulta (11).

Por todo lo anterior, se advierte cómo la historia clínica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención estomatológica y en la interrelación entre los diferentes niveles de prestación de servicios de salud; se menciona en la literatura, que los problemas en relación a su contenido son atribuibles al profesional cuando omite consignar todos los datos de interés, o bien a fallas en su diseño que impiden a aquel registrar adecuadamente todos y cada uno de los elementos de anamnesis, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. (12,13)

En este punto, es necesario señalar que siendo el logro de la oclusión funcional uno de los principales propósitos del tratamiento protésico, las evaluaciones de control en el caso de las prótesis en general y de la prótesis parcial removible (PPR) en particular, son indispensables a objeto de identificar cualquier anomalía y, por ende, su debido registro en el historial clínico del usuario a fin de consignar cada uno de los problemas y su resolución; vale destacar que en prostodoncia, la normocclusión se define como la oclusión mutuamente protegida con guía canina en laterotrusión y anterior en protrusión, coincidiendo la máxima intercuspidadación con la relación céntrica condilar en posición musculoesquelética, patrón este que posibilita prevenir algún tipo de patología oclusal, siendo por ello el más estable y relativamente predecible a lo largo del tiempo (14).

De hecho, la oclusión en portadores de PPR está determinada por el patrón oclusal presente y la influencia de la propiocepción que entrega dicho dispositivo; por ello, el

análisis que se haga de la oclusión que trae el paciente es clave en la elección de un esquema terapéutico acertado pues permitirá predecir cómo se integrará el aparato protésico a la función del sistema estomatognático y cuáles problemas se podrían presentar en el futuro mediano e inmediato, como sería el caso de las interferencias oclusales, es decir, cualquier contacto dentario que impide a las demás superficies lograr una relación estable y entorpece la armonía en los movimientos mandibulares excéntricos, lo cual puede dar lugar a dolor y, espasmos musculares durante la función masticatoria e incluso el desarrollo de trastornos en la articulación temporomandibular (15,16).

En atención a lo expuesto, los controles posteriores a la colocación y diseño de la PPR son indispensables para identificar posibles interferencias oclusales, corregirlas oportunamente y garantizar tanto el éxito de la rehabilitación como la satisfacción del paciente, siendo por tanto indispensable consignar toda esa información en su historia clínica, teniendo en cuenta que cualquier omisión en dicho documento puede acarrear consecuencias médico-legales a nivel personal y/o institucional (10,17).

A propósito de lo expuesto, en la Clínica de Rehabilitación Protésica I de la Universidad José Antonio Páez se atiende un importante número de pacientes con edentulismo parcial; los practicantes, anotan en las respectivas historias clínicas los datos obtenidos mediante la anamnesis y la evaluación intra-extra oral, para proceder luego al diseño y confección de un aparato protésico que les provea una oclusión estable y armoniosa.

Sin embargo, el problema está en que dicho historial carece de un espacio específico para registrar la presencia de interferencias oclusales durante las visitas de control una vez culminada la rehabilitación protésica, lo cual podría ser un obstáculo para realizar las correcciones requeridas a fin de prevenir sus secuelas y garantizar la satisfacción del paciente en términos de función masticatoria, ya que el discomfort generado al utilizar una prótesis incorrectamente ajustada a sus características oclusales puede inducirle a no utilizarla, generando el riesgo de comprometer su bienestar biopsicosocial. En atención a dicha problemática, surgió la idea del presente proyecto de investigación y la pregunta que enmarca sus objetivos: ¿Cuál será la pertinencia de elaborar un anexo a la historia clínica de la Clínica de Rehabilitación Protésica I en la Universidad José Antonio Páez?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Elaborar un anexo a la historia clínica para el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento en los pacientes de la Clínica I de Rehabilitación Protésica, Universidad José Antonio Páez.

1.2.3 Objetivos específicos

- Diagnosticar la necesidad de un anexo a la historia clínica para el registro de interferencias oclusales post-tratamiento protésico.

- Comprobar la factibilidad de un anexo a la historia clínica para el registro de interferencias oclusales una vez finalizada la rehabilitación protésica.
- Confeccionar un anexo a la historia clínica para el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento en los pacientes de la Clínica I de Rehabilitación Protésica, Universidad José Antonio Páez.

1.3 Justificación de la investigación

La investigación aquí proyectada se considera una contribución relevante desde diversas perspectivas: en lo sociosanitario, pues al registrarse detalladamente en la historia clínica las interferencias oclusales relacionadas con la PPR se mejorará el control post-tratamiento, beneficiando al paciente tanto en su salud estomatognática como en sus interrelaciones personales y laborales, al facilitarle sonreír, hablar y alimentarse con confianza (6).

De igual manera, se trata de un aporte novedoso para la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad José Antonio Páez por diversas razones: en lo temático, es el primero en proponer un anexo a la historia clínica para registrar las interferencias oclusales luego de realizado el tratamiento protésico, razonamiento que también aplica a su importancia legal teniendo en cuenta que de aplicarse la propuesta, se evitarán riesgos penales por perjuicios al paciente, sin dejar de lado su valor deontológico, acorde con los principios bioéticos de la profesión odontológica (11).

En paralelo, la investigación contribuirá con la formación profesional de los estudiantes de Odontología de dicha casa de estudio, pues en su desarrollo se pondrá de manifiesto la importancia de documentar las condiciones oclusales y relaciones

neuromusculares que lleva implícito el ajuste de la oclusión dental del paciente y de la PPR y de esta forma evitar complicaciones de trauma por oclusión que puedan generarse, como es el caso de las interferencias oclusales.(7)

Por último pero no por ello menos importante, el valor disciplinario, científico, teórico y metodológico del estudio, pues además de aportar evidencias sobre la necesidad de registrar las interferencias oclusales post-tratamiento protésico en pacientes parcialmente edéntulos, podrá servir como antecedente y fuente de consulta en la realización de investigaciones semejantes e incluso, estimular la formulación de propuestas dirigidas a perfeccionar los historiales clínicos en toda institución universitaria, a nivel nacional o local, donde se preste servicio odontológico a las comunidades.

1.4 Alcance y delimitación de la investigación

El alcance de la investigación se encuentra representado por la Clínica I de Rehabilitación Protésica en la Universidad José Antonio Páez, tomando como población los docentes de dicha cátedra; asimismo, se delimita a las áreas de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud Odontología Clínica, Odontología Correctiva, en los temas de acción Clínica de atención integral al adulto y Rehabilitación protésica según su abordaje conceptual, respectivamente, así como a la línea Odontología Legal y Forense por tratarse de una propuesta dirigida al perfeccionamiento de la historia clínica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

La actualización y búsqueda de evidencias que contribuyan a incrementar el conocimiento en materias que competen al perfeccionamiento de la atención sanitaria, han dado lugar a numerosos estudios que en términos metodológicos son considerados como antecedentes, los cuales son útiles al investigador para conocer qué se ha hecho, cuáles son los avances científicos involucrados en su estudio, todo lo cual le sirve como plataforma cognitiva para analizar e interpretar los resultados que obtenga en su propia indagación.(18)

De manera que, atendiendo a las variables consideradas en la presente investigación, se considera para iniciar esta sección la variable historias clínicas, encontrándose el estudio de campo publicado por Martínez et al., en el año 2018, destinado a validar un modelo de historia clínica ambulatoria en la urgencia estomatológica de una institución pública cubana, la cual sometieron a evaluación de 18 odontólogos por medio de un cuestionario, quienes en su mayoría la calificaron como muy adecuada. Dicho resultado, llevó a los investigadores a concluir que la historia clínica ambulatoria odontológica diseñada garantiza la continuidad en la atención rutinaria a los pacientes atendidos anteriormente por emergencia, pues el estomatólogo se

informa de los procedimientos aplicados previamente y además se ahorran materiales y tiempos operatorios, lográndose mayor calidad en la atención del paciente. (19)

La investigación anterior, se relaciona en forma directa y demuestra la importancia de contar con historias clínicas que faciliten el registro completo de todos los detalles de interés médico-odontológico, a fin de consignar todos los datos posibles de las condiciones previas, diagnóstico, tratamientos recibidos y evolución, lo cual es de especial importancia para el seguimiento del paciente y ante la posibilidad de interconsultas o su solicitud por otros profesionales de la salud, casos todos éstos donde se requiere un registro fidedigno y completo del historial clínico del paciente.

En similar perspectiva se ubica el estudio exploratorio documental publicado en Colombia durante el año 2018 por Bello et al., teniendo por objetivo consolidar el conjunto mínimo de datos de una historia clínica electrónica enfocada en determinantes de la salud, donde la revisión y análisis de fuentes especializadas permitió desarrollar una nueva historia clínica para atención primaria, concluyendo finalmente que la misma generará la posibilidad de fortalecer un sistema de información interoperable y eficiente.(20)

La investigación previa, encuentra similitud temática y a la par convalida los propósitos de la que aquí se desarrolla pues, aunque se enfoca en el mejoramiento y adaptación electrónica de una historia clínica médica, enfatiza la importancia de contar con información completa y de calidad para que dicho registro sea realmente útil en el seguimiento del estado de salud del paciente.

En similar perspectiva, se encuentra el trabajo de campo en modalidad proyecto factible presentado en 2009 ante la Universidad Central de Venezuela por Herrera, optando al título de Especialista en Ortodoncia, dirigida a proponer un nuevo modelo de historia clínica; con tal finalidad, elaboró el diagnóstico a partir de cuestionarios aplicados a una muestra integrada por 30 pacientes y 32 residentes del Postgrado en Ortodoncia, cuyos resultados permitieron identificar las principales deficiencias del actual modelo y recolectar recomendaciones para diseñar el nuevo modelo, concluyendo sobre su pertinencia para cubrir toda la información pertinente del paciente tanto en la especialidad como a objeto de posteriores consulta de índole odontológica y médico-forense.(21)

El estudio anterior se vincula y es pertinente pues pese a la fecha de su elaboración, confirma el interés de la comunidad odontológica durante el curso de los años en mejorar y perfeccionar las historias clínicas no sólo a los fines de contar con un registro completo del historial del paciente, sino también en el ámbito de la responsabilidad bioética y como prueba irrefutable en procesos médico-legales.

Pasando ahora a revisar los antecedentes relacionados con las interferencias oclusales, es de interés el estudio clínico longitudinal publicado en India por Chaithanya et al. en el año 2018, cuyo objetivo fue evaluar los cambios en la dinámica de la fuerza oclusal después de la rehabilitación protésica convencional, para lo cual se seleccionó una muestra de 20 pacientes parcialmente edéntulos; los resultados obtenidos mediante chequeos con papel de articular y cuestionarios de autopercepción, en ambos casos pre y post tratamiento, llevaron a concluir que después de la

rehabilitación se perdió el equilibrio derecho-izquierdo de la carga oclusal y se incrementó el tiempo de intercuspidación-disclusión durante las excursiones mandibulares, recomendándose por tanto recurrir al escaneado intraoral a fin de corregir las interferencias oclusales antes de que estas conlleven disfunción temporomandibular.(22)

La investigación anterior muestra la importancia de confirmar la persistencia de interferencias oclusales previas o atribuibles a la confección de la prótesis dental, ratificándose en consecuencia la utilidad de contar con un espacio específico en el historial de la Clínica I de Rehabilitación Protésica en la Universidad José Antonio Páez, a fin de registrar las evaluaciones y ajustes realizados en cada consulta de control.

En similar orden Huber et al., publicaron durante el año 2018 una investigación descriptiva transversal efectuada en la Universidad Autónoma de México como Trabajo de Ascenso, dirigida a determinar la frecuencia y tipos de ruidos articulares y sintomatología dolorosa; para ello, se evaluaron 50 pacientes rehabilitados protésicamente, en quienes se objetivó incidencia moderada de clics consistentes con interferencias oclusales con énfasis en sujetos con edentación clases I y II de Kennedy, razones por las cuales entre las conclusiones se destaca la necesidad de realizar controles estrictos que permitan identificar errores en el diseño de apoyos y conectores de la prótesis parcial removible, a fin de prevenir trastornos temporomandibulares.(23)

El estudio previamente reseñado se vincula con el que aquí se presenta, pues además de evidenciar la relación entre las prótesis dentales con diseño defectuoso y sus secuelas, enfatiza el valor de los controles del post-tratamiento protésico, cuyos detalles son de obligatorio registro en la historia clínica.

Finalmente se cita el estudio de campo descriptivo presentado por Barroeta y Flores durante el año 2013, optando al título de Odontólogo en la Universidad José Antonio Páez, dirigido a evaluar los factores que afectan el uso de prótesis removibles en adultos rehabilitados en la Clínica Integral del Adulto, para lo cual aplicaron un cuestionario dicotómico a 30 pacientes; los resultados obtenidos permitieron concluir que los factores psicológicos influyen directamente sobre el uso regular de la prótesis, sobre todo cuando existe una experiencia previa negativa, recomendándose por ello adjuntar un anexo a la historia clínica en forma de un test de preguntas relacionadas con los factores psicológicos, a ser aplicado al paciente edéntulo antes y después de la rehabilitación.(24)

El estudio anterior, aún a pesar de su antigüedad, es un antecedente valioso pues además de haber sido desarrollado en el mismo escenario en que se realizará la presente investigación, se vincula en forma directa al enfocarse en la rehabilitación protésica y por sugerir la incorporación de un anexo a la historia clínica prostodóntica a fin de constatar la evolución post-tratamiento del paciente.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Historia Clínica

La historia clínica es un documento que sirve para realizar una recolección ordenada de datos de identidad, antecedentes familiares/personales, síntomas, signos y otros elementos que permitan al profesional de la salud plantear un diagnóstico clínico, generalmente provisional al inicio, que luego será denegado o confirmado con los resultados obtenidos mediante pruebas de laboratorio y/o estudios de imagen, permitiendo entonces planificar la terapéutica indicada, evaluar sus efectos, rediseñar tratamientos y monitorear la evolución del caso (24).

Por tales razones, se considera el documento básico en todas las etapas del paradigma de la atención sanitaria y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de la persona, el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud, todo lo cual denota su carácter personalísimo, es decir, es único para cada paciente. (25)

Asimismo, la historia clínica se considera un documento médico, porque además de las razones antes expuestas, es un instrumento útil para interconsultas y discusiones clínicas, e igualmente un recurso educativo valioso en el proceso de enseñanza-aprendizaje de cualquier disciplina en Ciencias de la Salud, pues permite la sistematización de ideas conectadas lógicamente entre sí, siendo de igual forma una fuente de datos para la investigación y registro estadístico de los problemas de salud a

nivel individual y colectivo; complementariamente, se trata de un documento legal por ser un elemento indispensable para dirimir casos médico-legales donde se ponga en duda la competencia profesional del médico u odontólogo tratante, y de obligada consulta en el área de identificación forense.(24,25)

En este orden de ideas, se ha establecido que la historia clínica se inscribe en el método clínico como parte fundamental de la metodología científica; ciertamente, como proceso de ciencia, la historia clínica tiene un componente empírico y uno teórico: el primero, hace relación a la demostración práctica mediante hechos, de lo que el segundo explica mediante teorías científicas. Esto significa, que inicialmente es inductivo pues va desde las manifestaciones particulares hacia las explicaciones hipotéticas generales, que de ser válidas, se remiten nuevamente a la comprobación empírica. (27)

Asimismo, como elemento del proceso administrativo en salud, constituye directamente la atención a la persona; así, la dirección, organización y coordinación de este proceso, buscan planificar y ejecutar una serie de actividades relativas a las personas individualmente consideradas, la cuales deben ser auditables a fin de analizar la eficacia cualitativa de dicha atención(28); entonces, cada etapa del método clínico, caso específico de la historia clínica, comprende el estudio integral del paciente, mediante la aplicación de la metodología científica en cada una de sus fases(29):

Fase 1. Observación:

- a) Interrogatorio o anamnesis: el paciente que asiste a consulta expresa sus molestias (síntomas), las cuales son precisadas por el médico u odontólogo para indagar sobre la existencia de otras que puedan estar presentes, conocer sus hábitos, enfermedades que ha padecido, historia/antecedentes familiares.
- b) Exploración clínica: se utilizan los sentidos y especialmente la observación y el tacto, en el caso del odontólogo, para identificar signos de normalidad y anomalías, mediante la comparación de éstos con patrones conocidos.

Fase 2. Planteamiento de hipótesis que expliquen lo observado, formuladas en base a la interpretación de los datos obtenidos integrados en posibles diagnósticos.

En esta fase se siguen los siguientes pasos:

- a) Agrupamiento de los síntomas y signos por aparatos y sistemas, síndromes o problemas.
- b) Relación de los grupos formados con los conocimientos adquiridos tanto en la academia como en la experiencia, reforzado por la consulta de literatura especializada (consulta bibliográfica).
- c) Sospecha, basada en los datos obtenidos y agrupados, en el conocimiento de la historia natural de las enfermedades y de las causas que originan las alteraciones encontradas (diagnóstico presuntivo).

Fase 3. Comprobación o rectificación de las hipótesis planteadas, mediante la ayuda de exámenes complementarios, documentación e interconsultas.

Fase 4: Metodología.

Es el plan de tratamiento que permite tomar las medidas necesarias para mantener o restablecer el estado de salud del paciente, es decir, tratamientos indicados, respuestas del paciente.

Fase 5: Conclusiones y recomendaciones.

Corresponde al control y mantenimiento del paciente.

A partir de lo anterior se interpreta que el método científico, así aplicado en la práctica médica y odontológica y específicamente para la elaboración de la historia clínica, conduce al planteamiento de una verdad (diagnóstico) que servirá de base para tomar las medidas necesarias (tratamiento) a fin de restablecer la salud del paciente y monitorear su evolución (seguimiento); en consecuencia, dicho método exige el registro de todos los datos observados, las hipótesis diagnósticas, las decisiones terapéuticas y sus efectos, a manera de contar con toda la información posible sobre los procesos salud-enfermedad de un individuo (27,29), argumentos que sin duda resaltan la conveniencia de la propuesta asociada a la presente investigación.

2.2.2 Interferencias Oclusales

Como oclusión ideal o normoclusión, se entiende la posición de intercuspidación máxima (PIM) o máximo contacto dental en posición de cierre, donde cada unidad

dental articula con dos piezas antagonistas excepto los incisivos centrales superiores, que resaltan sobre los inferiores, y los últimos molares superiores, que sólo articulan con su pieza antagonista (30). Ver Figura 1.

Figura 1. Normoclusión

Sin embargo, un concepto más completo de la normoclusión define la armonía de los distintos componentes del sistema masticatorio, es decir, al funcionamiento armónico y sincronizado de éstos, lo que lleva a la definición de oclusión funcional, no solo aquella que dispone de una excelente disposición anatómica entre los arcos dentarios superior e inferior, sino la que permite una relación fisiológica normal entre arcadas y evita al máximo las posibilidades de provocar alguna enfermedad que altere el equilibrio de cada componente y de las relaciones dentarias y neuromusculares.(31-33)

En otras palabras, para establecer la oclusión funcional se consideran varios parámetros: contactos bilaterales en relación céntrica, coincidencia entre relación céntrica y PMI o un espacio de 0.5-2mm entre ambas, contacto en el lado de trabajo durante la lateralidad realizado por el canino únicamente o extendido a uno o más dientes posteriores en una función de grupo y por último, que no haya contactos en el lado de no trabajo durante las excursiones laterales.(32)

Entonces, una interferencia oclusal es cualquier contacto dentario que evita que las demás superficies oclusales logren contactos estables y equilibrados e impiden la armonía de los movimientos mandibulares excéntricos; dicha situación, puede originarse por la ausencia de uno o varios dientes y la consecuente migración de los adyacentes, así como por coronas o restauraciones altas, agrietadas, fracturadas o desgastadas, movilidad dentaria e incluso a causa de una prótesis mal ajustada.(34)

Si bien es cierto que algunas personas se adaptan a sus contactos oclusales defectuosos sin desarrollar síntomas, su persistencia puede dar lugar a trastornos de la articulación temporomandibular; a fin de comprender esto, es necesario realizar un breve recuerdo de la fisiología del movimiento mandibular, el cual se divide en diferentes acciones que tienen lugar a lo largo de tres ejes:

- a. Eje horizontal: Este movimiento en el plano sagital ocurre cuando la mandíbula se encuentra en relación céntrica y hace un movimiento límite de apertura y cierre puramente rotacional, siguiendo el eje horizontal transversal (bisagra) que pasa por ambos cóndilos. (35) Ver Figura 2:

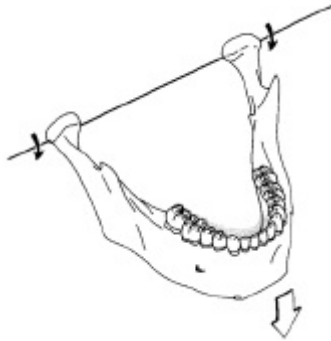


Figura 2: Eje horizontal en el movimiento mandibular

- b. Eje vertical. Este movimiento ocurre en el plano horizontal cuando la mandíbula se mueve hacia la excursión lateral; el centro de esta rotación se extiende a través del cóndilo que rota, o a través del lado de trabajo. 35) Ver Figura 3:



Figura 3: Eje vertical en el movimiento mandibular

- c. Eje sagital: Cuando la mandíbula se mueve hacia un lado, el cóndilo del lado opuesto del movimiento se mueve hacia adelante; al hacerlo, se encuentra con la eminencia de la fosa glenoidea y se mueve hacia abajo simultáneamente y, cuando se observa en el plano frontal, produce un arco hacia abajo con el lado opuesto a la

dirección del movimiento, rotando alrededor de un eje anteroposterior, que pasa por el otro cóndilo. (35). Ver Figura 4:

Figura 4: Eje sagital en el movimiento mandibular (35)

Asimismo, cuando la mandíbula se mueve hacia adelante, de modo que los dientes anteriores superiores e inferiores quedan en una relación borde a borde, lo hace en posición protrusiva; el segmento anterior sigue un trayecto guiado por los contactos del grupo dental anterior, con distoclusión de los posteriores, tal como se muestra en la Figura 5, pero cuando se mueve en excursiones laterales, el cóndilo de un lado se mueve hacia adelante y adentro, mientras el opuesto lo hace desplazándose en dirección lateroposterior. Asimismo, según se visualiza en la Figura 6, el lado izquierdo representa el lado de trabajo (T) y el derecho el de no trabajo (NT): (35)



Figura 5.

Movimiento mandibular

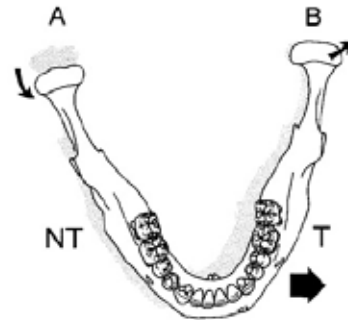


Figura 6.

Movimiento mandibular

En síntesis, uno de los objetivos de los tratamientos odontológicos restauradores es colocar los dientes en armonía con las articulaciones temporomandibulares, a fin de lograr una tensión mínima, con sólo un pequeño esfuerzo del sistema neuromuscular para producir los movimientos mandibulares antes descritos; sin embargo, cuando no existe esa armonización, tienen lugar las interferencias oclusales:

1. Interferencia en céntrica (Figura 7). Contacto prematuro que ocurre cuando la mandíbula cierra con los cóndilos en posición retraída, en la parte superior de la cavidad glenoidea. Da lugar a una deflexión de la mandíbula hacia delante y/o hacia un lado.(36)



Figura 7. Interferencia oclusal en céntrica (36)

2. Interferencia en el lado de trabajo (Figura 8). Contacto entre las caras oclusales posteriores superiores con las inferiores al desplazarse la mandíbula hacia ese mismo

lado, suficiente para desocluid los dientes anteriores o interferir en el deslizamiento del cóndilo del lado de balance.(36)



Figura 8. Interferencia oclusal en lado de trabajo.(36)

3. Interferencia en el lado de balance (Figura 9). Contacto oclusal entre las estructuras dentales posteriores superiores con las inferiores del lado opuesto al de la dirección en que la mandíbula hace la excursión lateral.(36)



Figura 9. Interferencia oclusal en el lado de balance.(36)

4. Interferencia en protrusiva (Figura 10). Contacto prematuro que tiene lugar entre las caras mesiales de los molares mandibulares y las distales del maxilar superior.(36)



Figura 10. Interferencia oclusal en protrusiva.(36)

Cabe señalar, que la presencia de las interferencias oclusales en céntrica o en el lado de trabajo conllevan espasmos musculares y alteraciones en la articulación temporomandibular (ATM), mientras las del lado de balance y protrusivas tienen un potencial efecto dañino dados los cambios en los mecanismos de palanca de la mandíbula, la alteración del eje longitudinal de los dientes y de la función normal de los músculos, haciendo que las fuerzas de contacto entre estructuras antagonistas ocasione, además de daños a la ATM, trauma en los dientes involucrados y sus tejidos de soporte.(33-35)

Es importante señalar, que las interferencias oclusales pueden ser asintomáticas o, por el contrario, cursar con síntomas clave, como hipertonicidad de los músculos de la ATM, dolor de cabeza, dolor facial difuso, irradiado o localizado, signos físicos de trauma y destrucción, como grandes facetas de desgaste en las superficies oclusales, cúspides fracturadas, compromiso periodontal y movilidad dentaria(34,36);

Desde las especificaciones anteriores, se interpreta que en la evaluación odontológica debe objetivarse la signo-sintomatología de las interferencias oclusales y poner en

marcha el tratamiento acorde a las necesidades específicas del caso, escenario donde la consignación en la historia clínica tanto de los elementos diagnósticos como de los resultados del tratamiento juega un rol fundamental para asegurar el completo restablecimiento de la armonía oclusal.

2.2.3 Prótesis Parcial Removible

Como prótesis parcial removible (PPR), se conoce el dispositivo utilizado en odontología restauradora diseñada y confeccionada para sustituir uno o más órganos dentales, la cual puede ser removida por el usuario para su limpieza; dicho concepto es fundamental, pues se diferencia de la denominada prótesis total removible, mediante la cual se sustituyen todas las unidades dentales, en una o ambas arcadasno todos, ya que en este caso la solución protésica se denomina «total» (37).

En este sentido, debe precisarse que el edentulismo parcial y la PPR requerida según el caso, fueron clasificados por Kennedy en el año 1923, con fundamento en las relaciones que guardan las brechas desdentadas con los dientes naturales remanentes, describiendo por tanto los arcos parcialmente desdentados, superior y/o inferior, en cuatro clases principales (37,38), las cuales se ilustran a continuación en las figuras 11, 12, 13 y 14:



Figura 11. Clase I: Zonas edéntulas bilaterales posteriores al grupo de dientes anteriores remanentes.(37)



Figura 12. Clase II: Zona edéntula unilateral posterior, localizada posterior al grupo de dientes anteriores remanentes.(37)



Figura 13. Clase III: Zona edéntula unilateral con dientes naturales a cada lado de ella. (37)



Figura 14. Clase IV: Zona edéntula única y bilateral cruzando la línea media, delante de los dientes remanentes posteriores. (37)

Sin embargo, se e puede hablar de una clase IV corta cuando los dientes ausentes no incluyen los caninos y de una clase IV larga cuando los caninos están ausentes, pero

en estricto rigor Kennedy nunca hizo esta diferencia; por otra parte, en el año 1964 Applegate propone variaciones a la Clase III: Clase V, como área edéntula limitada por dientes anteriores y posteriores, donde el diente anterior no es adecuado para ser usado como pilar, y Clase VI, como zona edéntula limitada por dientes anteriores y posteriores, capaces de asumir el soporte de la prótesis. Asimismo, también Applegate propone una serie de reglas para complementar la clasificación antes descrita, las cuales son:(37,38)

- 1.- La clasificación debe ser realizada después de realizar las extracciones dentales indicadas.
- 2.- Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se considera para la clasificación.
- 3.- Si está presente un tercer molar y será utilizado como pieza pilar en la rehabilitación protésica, sí se considera para la clasificación.
- 4.- Si falta un segundo molar y no será reemplazado, no se considera para la clasificación.
- 5.- El tramo desdentado más posterior será el que determine la clasificación.
- 6.- Las áreas desdentadas distintas a las que determinan la clasificación se denominan modificaciones o subdivisiones y son asignadas por su número (cantidad de espacios desdentados adicionales al que manda la clasificación).
7. La extensión del área de modificación no tiene valor, el factor determinante es el número de tramos desdentados.

8.- Sólo las clases I, II y III pueden tener modificaciones (si una clase IV tuviera modificaciones, pasaría inmediatamente a otra clasificación: regla N° 5)

Quedando clara la clasificación anterior y sus reglas, es pertinente señalar que las mismas determinan cuál será el tipo de PPR más apropiado para garantizar una adecuada función y lograr la mejor estética posible, lo cual es establecido por el clínico según el tipo de soporte(39):

1.- Dentosoportada

El soporte proviene enteramente de los dientes pilares mediante el uso de apoyos; así, en el caso de un arco parcialmente desdentado clase III y IV de Kennedy, la PPR dentosoportada restaura espacios edéntulos limitados por piezas dentarias y toda la carga está soportada enteramente por los dientes pilares colocados en los extremos de los espacios edéntulos (37). Figura 15



Figura 15. Prótesis parcial removible dentosoportada.(37)

Este tipo de prótesis funciona a semejanza a una prótesis parcial fija, ya que los retenedores directos colocados en los dientes pilares neutralizan cualquier

desplazamiento de la prótesis en dirección gingival, oclusal u horizontal que se pueda generar como resultado de las fuerzas de la masticación, o por la acción de las fuerzas desplazantes y la adhesividad de los alimentos.(38)

De hecho, las fuerzas oclusales (funcionales o parafuncionales) son transmitidas fisiológicamente al hueso a través del ligamento periodontal; permitiéndole al odontólogo elegir los componentes de la PPR basándose en la estética, en la conveniencia y capacidad para proporcionar rigidez y estabilidad a los dientes remanentes, razones por las cuales no hay mayor problema para controlar las fuerzas oclusales, siendo su comportamiento estable debido a que sus numerosos componentes contactan con los dientes naturales, requiriendo además pocos ajustes debido a su poca movilidad.(37).

2.- Dentomucosoportada.

Son aquellas que para su apoyo dependen de dos tipos de soporte, uno provisto por los dientes y el otro por los tejidos blandos que recubren el reborde alveolar residual (Figura 16); se dice, que el diseño en este tipo de PPR es más crítico, debido a la necesidad de preservar ambos soportes: cualquier variación de los tejidos blandos junto con la reabsorción del reborde residual, permite el desplazamiento vertical de la base y la inclinación subsiguiente de los dientes pilares. (37).



Figura 16. Prótesis parcial removible dentomucosoportada.(37)

En consecuencia, estas prótesis requieren ajustes más frecuentes debido a la mayor movilidad que presentan, donde el grado y dirección del movimiento va a estar influenciado por la calidad de los tejidos de soporte, el diseño de la PPR y la magnitud de las fuerzas ejercidas sobre esta durante la función; suelen indicarse en casos de zonas edéntulas anteriores muy extensas (clase IV de Kennedy), y en los casos de zonas edéntulas posteriores unilateral o bilateral, es decir, las identificadas como Clase I y II de Kennedy.(37)

Sin embargo, la determinación de la clase Kennedy debe ser complementada por un examen diagnóstico minucioso, a fin de determinar varios elementos de interés para el diseño y confección de la PPR, tales como: hábitos de higiene oral y alimentarios del paciente, evaluación de la dentición remanente (riesgo de caries, lesiones cariosas activas e inactivas, estado pulpar, movilidad, restauraciones), periodontal (gingivitis, periodontitis, estado de rebordes alveolares y ligamento periodontal, hueso alveolar remanente), de la oclusión y de las ATM, lo cual se hace posible mediante la inspección clínica y radiografías, que en conjunto permite predecir la respuesta de los dientes pilares y los tejidos blandos a la carga de la prótesis.(38)

Igualmente, antes de cualquier tratamiento con PPR es primordial realizar modelos de diagnóstico para su correcto diseño y planificación, así como para facilitar la transferencia de la relación posicional maxilo-mandibular del paciente a un determinado tipo de articulador y así determinar la oclusión en relación céntrica, PIM y posibles interferencias oclusales; de hecho, un diseño esquematizado e individualizado sobre dichos modelos, junto con una historia detallada de las condiciones bucales y la terapéutica rehabilitadora propuesta, son requisitos indispensables.(35, 37, 38)

Complementariamente, en la literatura especializada existe coincidencia respecto a la evaluación de las fuerzas potenciales de la PPR que pueden ser transferidas a los dientes y rebordes residuales, así como también los métodos disponibles para reducir o distribuir estas fuerzas, en términos de sentido, duración, frecuencia e intensidad; por tal razón, el análisis y diseño a realizar en las PPR dentosoportadas y dentomucosoportadas difieren, debido a las características de los tejidos de soporte para las mismas y por tanto, la comprensión de los factores mecánicos y biológicos deben ser dominados para su aplicación en el momento del diseño, junto a las consideraciones clínicas, oclusales y estéticas, así como a las de orden biológico, contexto donde es un principio de diseño de la PPR que la mínima cobertura de los dientes y tejidos blandos por los elementos integrantes de la prótesis reducen la posibilidad de acumulación de biopelícula o placa bacteriana y por consiguiente, de caries, inflamación gingival y problemas periodontales, aumentando además la

posibilidad de que el paciente pueda mantener los niveles adecuados de higiene bucal.(5,7,37)

2.2.4 Prótesis Parcial Removible e Interferencias Oclusales

En el establecimiento de la oclusión en portadores de PPR, la misma está determinada por el patrón oclusal presente y la influencia de la propiocepción que éste entrega; de tal forma, el análisis que se haga de la oclusión que trae el paciente es clave en la elección de un esquema terapéutico y va a condicionar en definitiva cómo se integra el aparato protésico a la función del sistema.(38)

De tal manera, la elección del tipo de oclusión que se proveerá al paciente mediante PPR debe realizarse en la etapa de planificación, de modo que cumpla con el objetivo de preservación del remanente biológico y que las funciones masticación, deglución y fonación sean adecuadas, entregando una estética armoniosa. Para ello, se evalúan las relaciones en céntrica y excéntrica, de modo que se pueda visualizar cualquier desarmonía existente para su corrección.(37)

Cumplida entonces la etapa de diseño/confección de la prótesis, el clínico debe realizar diversas pruebas, inicialmente en los modelos de estudio de ambas arcadas, a objeto de detectar defectos, burbujas, porosidades, zonas de desgaste, observar el grosor adecuado de los componentes de la estructura, rigidez de los conectores mayores, menores y brazo recíprocos, ahusamiento del brazo retentivo, líneas de terminación externa e interna, pulido de superficies externa e interna, ajuste de la estructura metálica y apoyos oclusales, así como verificar las zonas de alivio.(39)

Luego, en el análisis del ajuste intraoral, deben localizarse zonas de interferencia en contacto con los dientes con ayuda de un detector simulando las fuerzas de la masticación, para luego proceder a su corrección; entre las interferencias oclusales más comunes luego de realizadas las pruebas de la PPR en los modelos de estudio y en boca, se encuentran las ilustradas en las figuras 17, 18 y 19: (38,39)



Figura 17. Interferencia oclusal en PPR hombro de un brazo circunferencial.(38)



Figura 18. Interferencia oclusal en PPR hombro de un brazo circunferencial.(38)



Figura 19. Interferencia oclusal en PPR hombro de un brazo circunferencial.(38)

Acorde a lo hasta ahora expuesto, el éxito de la PPR va a depender en gran medida de los ajustes que se realicen en la misma una vez culminada su confección, pues al identificarse y corregirse cualquier interferencia oclusal se logrará el confort y satisfacción del paciente tanto funcional como estéticamente y, al mismo tiempo, se evitarán las consecuencias que pudieran desarrollarse a corto, mediano o a largo plazo, asociadas a cualquier desarmonía oclusal post-tratamiento.

2.3 Definición de Términos Básicos

- **Ajuste oclusal:** Cualquier cambio realizado para mejorar la relación oclusal.(40)

- **Anamnesis.** Información recolectada a través de preguntas específicas al paciente, esencial para la elaboración del diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas.(40)
- **Articulador.** Instrumento que simula la relación existente entre los dientes maxilares y los mandibulares y permiten reproducir gracias a los modelos de estudio las posiciones y movimientos mandibulares fuera de la boca, sobre la mesa de trabajo.(40)
- **Biofilm.** Película formada por microcolonias bacterianas embebida en una matriz de polisacáridos, que se adhiere a las superficies bucales.(40)
- **Borde incisal.** Borde cortante de las piezas dentarias anteriores.(40)
- **Caries.** Enfermedad infecciosa multifactorial que destruye progresivamente los órganos dentales.(40)
- **Cóndilo mandibular.** Superficie de la ATM de forma elipsoide situada en la rama del maxilar inferior.(40)
- **Curva de compensación.** Curvatura anteroposterior y lateral en el alineamiento de las superficies oclusales y los bordes incisales de los dientes artificiales, empleada para conseguir una oclusión equilibrada durante los movimientos mandibulares.(40)
- **Cúspide.** Elevaciones/eminencias con forma piramidal que están en la cara oclusal de molares y premolares.(40)

- **Diagnóstico.** Identificación de determinada enfermedad en virtud de una serie de parámetros clínicos, signos y síntomas, a través de la anamnesis y evaluación clínica, complementada por estudios de imagen y/o laboratorio.(40)

2.3 Sistema de Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Interferencias oclusales	Cualquier contacto que impide relaciones armoniosas entre las superficies dentales después de la rehabilitación con prótesis parcial removible	- Análisis de Modelo de Estudio - Análisis en boca	- Oclusión excéntrica para uso de papel articular - Mordida en cera para determinar contactos prematuros	Cuestionario aplicable a estudiantes
		Factibilidad de la propuesta	- Académica - Institucional - Técnica - Operativa - Económica	Cuestionario aplicable a docentes
		Diseño de la propuesta	- Estructura - Contenido	

Fuente: Dávila y Luciano (2019)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico es el proceso mediante el cual se procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento, para confirmar o refutar el problema planteado (41). De acuerdo a dicha definición, para este estudio involucra especificar los materiales y métodos.

3.1. Diseño y Tipo de Investigación

3.1.1. Diseño de Investigación

La investigación, asume el diseño descriptivo, no experimental y transversal, según la cual se presenta la descripción del fenómeno, sin modificar las variables y recolectando información en una sola oportunidad en el tiempo (42,43), pues se pretendió diagnosticar la necesidad de un anexo a la historia clínica para el registro de interferencias oclusales post-tratamiento protésico, detallando la situación problema que representa el actual diseño de los estos instrumentos clínicos para tal propósito, sin modificar la realidad y aplicando instrumentos de recolección en un único momento.

3.1.2. Tipo de Investigación

La clasificación de la investigación científica es diversa y en este caso particular se ajusta al trabajo de campo, definido como la recolección de datos tomados directamente de la realidad donde ocurren los hechos, es decir, el que estudia los hechos en su ambiente natural (44), pues serán las propias investigadoras quienes recopilen la información directamente en el lugar donde se detectó el problema de estudio.

De igual forma, se ajusta a la modalidad proyecto especial, la cual se dirige a aportar solución a problemas demostrados, categoría que incluye la elaboración de materiales de apoyo (45), definición que designa al anexo a la historia clínica prostodóntica que se desea diseñar.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

En una investigación, la población es aquel conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las cuales se van a generar las conclusiones (46); para la presente investigación, se tomaron en cuenta a 116 cursantes de VI Semestre de Odontología de la Universidad José Antonio Páez y cuatro docentes adscritos a la Clínica I de Rehabilitación Protésica de la Universidad José Antonio Páez.

3.2.2 Muestra

Se sostiene que la muestra forma parte de la población y sirve para representarla (42); en este caso, tomando en cuenta los objetivos del estudio, se asumirá el 30% de los estudiantes, cifra que se considera suficientemente representativa (46), para un total de 35 sujetos; en cuanto a los docentes será no probabilística por conveniencia, lo cual indica que será un muestreo censal de cuatro docentes.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se empleó la técnica de la encuesta, la cual permitió aislar el problema y reducir la realidad a cierto número de datos esenciales (41); por consiguiente se utilizó su instrumento típico, el cuestionario, formato diseñado en base a preguntas dirigido a registrar datos de interés (44); en este caso, se diseñó uno para el estrato estudiantes (diez ítems dicotómicos cerrados) con el propósito de diagnosticar la necesidad de un anexo a la historia clínica para el registro de interferencias oclusales post-tratamiento protésico; el segundo, dirigido a docentes, estructurado en 5 ítems dicotómicos cerrados y uno abierto, para comprobar la factibilidad de la propuesta y explorar ideas en cuanto a contenido (Anexo A), que fueron sometidos a las pertinentes pruebas de validez y confiabilidad antes de su aplicación.

3.4 Técnicas de análisis de datos

Las técnicas de análisis de datos, son los procedimientos del que se vale el investigador para procesar, analizar e interpretar la información que ha recopilado

(43, 46); y por tratarse de un estudio descriptivo, se empleó la técnica estadística de igual nombre en su forma simple, la cual requirió organización, codificación, tabulación y representación gráfica de la información recopilada con los instrumentos, mediante distribución de frecuencias.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En esta parte se procesan los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los voluntarios que decidieron participar en este estudio para mostrar el contenido de la tesis. De forma resumida, se describirán los aspectos abordados a lo largo de la investigación realizada, los resultados obtenidos y su análisis. Todo ello se recoge en el compendio de publicaciones que acompaña la tesis. Se construye aquí un hilo argumental que facilita la presentación del trabajo llevado a cabo, relacionándolo con las publicaciones compendiadas, de manera que queda justificada nuevamente su unidad temática. El análisis consistió en explicar los resultados obtenidos, dando por resultado una evaluación crítica de las derivaciones desde la perspectiva del análisis de resultados, que no es más que entrelazar los datos y resultados que se encontraron en la investigación con los datos o información de la base teórica y los antecedentes.

Tomando en cuenta esto, el análisis se realizó considerando los propósitos definidos en el estudio, presentando las interrogaciones con sus respectivas respuestas. Para una mejor apreciación de los resultados, se elaboraron gráficos de barras, con el fin de lograr una visualización precisa de los resultados.

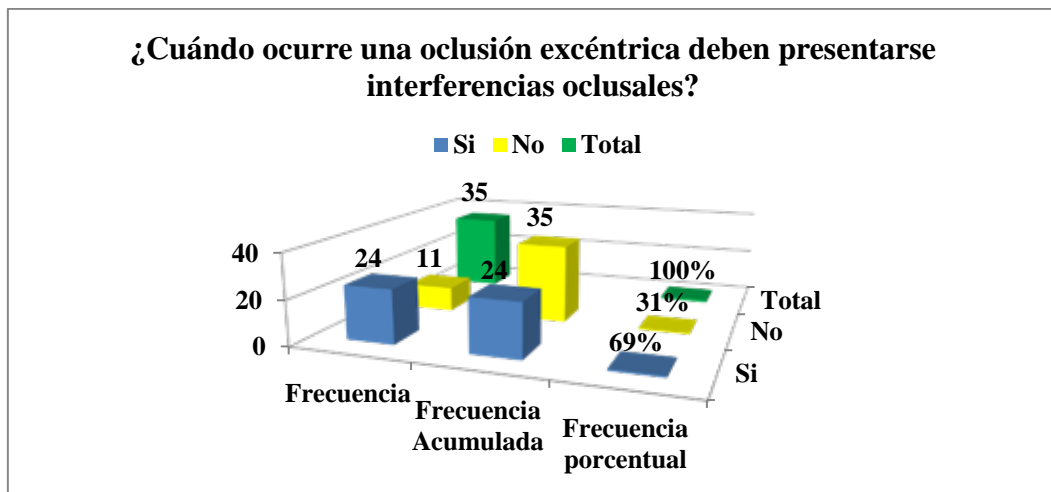
N° 1: Respuesta a la pregunta para indagar si cuándo ocurre una oclusión excéntrica deben presentarse interferencias oclusales en el lado de trabajo, desoclusión en lado de balance, contacto anterior en protusiva y desoclusión en posterior.

Cuadro N° 1: Cuadro de frecuencia de la respuesta a la pregunta para indagar si cuándo ocurre una oclusión excéntrica deben presentarse interferencias oclusales en el lado de trabajo, desoclusión en lado de balance, contacto anterior en protusiva y desoclusión en posterior.

	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Frecuencia porcentual
Si	24	24	69%
No	11	35	31%
Total	35		100%

Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Gráfico N° 1: Gráfico de la respuesta a la pregunta para indagar si cuándo ocurre una oclusión excéntrica deben presentarse interferencias oclusales en el lado de trabajo, desoclusión en lado de balance, contacto anterior en protusiva y desoclusión en posterior.



Análisis:

Al someter a la consideración de los encuestados la interrogante acerca de que si se debe cuándo ocurre una oclusión excéntrica deben presentarse interferencias oclusales en el lado de trabajo, desoclusión en lado de balance, contacto anterior en protusiva y desoclusión en posterior la respuesta fue mayoritariamente afirmativa, ya que el 69,9 % del total se inclinó hacia esta opción, coincidiendo con lo planteado por Martínez et al (2018) en cuanto a que una historia clínica debe contar con la mayor cantidad de información posible, para de esta manera garantizar una atención de calidad hacia el paciente.

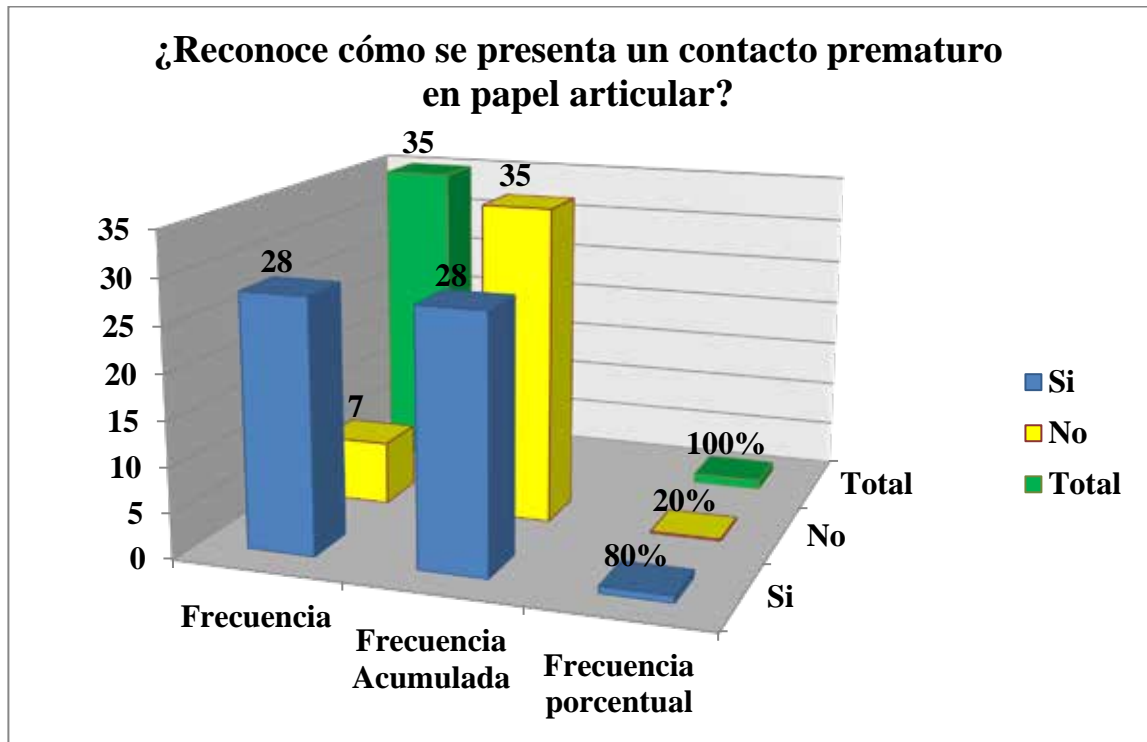
N° 2: Respuesta a la pregunta sobre si el modelo de historia que actualmente se encuentra en uso refleja los contactos prematuros en relación excéntrica

Cuadro N° 2: Cuadro de frecuencia de la respuesta a la pregunta sobre si reconoce cómo se presenta un contacto prematuro en papel articular.

	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Frecuencia porcentual
Si	28	28	80%
No	7	35	20%
Total	35		100%

Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Gráfico N° 2: Gráfico de la respuesta a la pregunta sobre si reconoce cómo se presenta un contacto prematuro en papel articular



Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Análisis:

En este apartado los estudiantes que participaron en este estudio declararon que reconocen en un 80% cómo se presenta un contacto prematuro en papel articular en un paciente, siendo este uno de los factores que puede provocar una patología a nivel de la ATM,

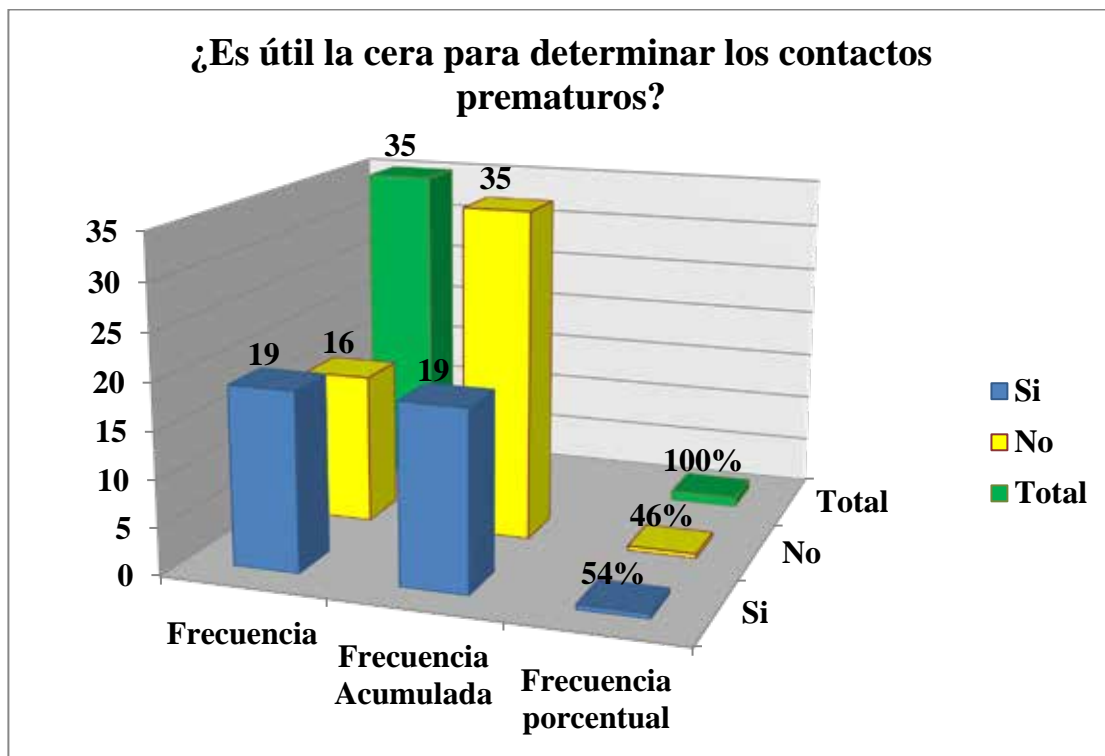
N° 3: Respuesta a la pregunta sobre si es útil la cera para determinar los contactos prematuros.

Cuadro N° 3: Cuadro de frecuencia de la respuesta a la pregunta si es útil la cera para determinar los contactos prematuros.

	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Frecuencia porcentual
Si	19	19	54%
No	16	35	46%
Total	35		100%

Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Gráfico N° 3: Gráfico de la respuesta a la pregunta sobre si es útil la cera para determinar los contactos prematuros.



Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Análisis:

Ante esta interrogante el 54% de los participantes en este sondeo manifestaron que si es útil la cera a la hora de determinar los contactos prematuros, cosa que es falsa ya que la cera no permite hacer registros en ella, ya que no deja huellas en la unidad dentaria. Solamente deja en la cera una huella en negativo.

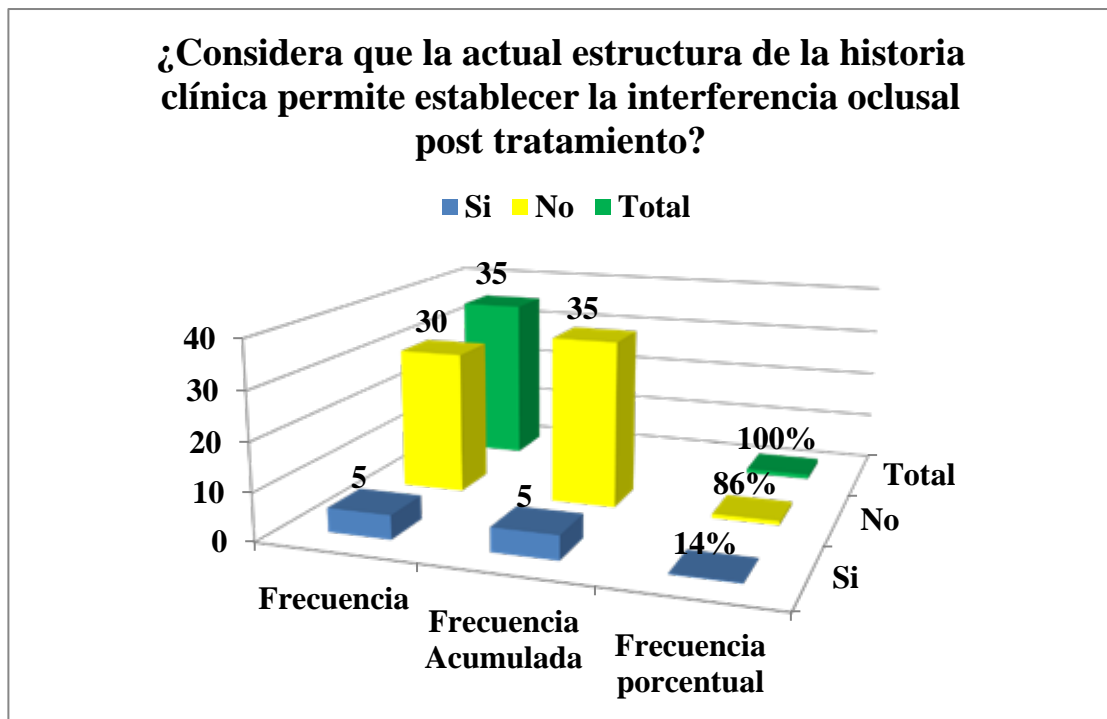
N° 4: Respuesta a la pregunta sobre si considera que la actual estructura de la historia clínica permite establecer la interferencia oclusal post tratamiento

Cuadro N° 4: Cuadro de frecuencia de la respuesta a la pregunta sobre si considera que la actual estructura de la historia clínica permite establecer la interferencia oclusal post tratamiento

	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Frecuencia porcentual
Si	5	5	14%
No	30	35	86%
Total	35		100%

Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Gráfico N° 4: Gráfico de la respuesta a la pregunta sobre si considera que la actual estructura de la historia clínica permite establecer la interferencia oclusal post tratamiento



Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Análisis:

En este apartado se le inquirió al encuestado si la historia clínica que se encuentra actualmente en uso, que refleja el estado dental del paciente, incluye la posibilidad de establecer si ocurren interferencias oclusales post tratamiento, obteniendo como resultado que el 86 % de los consultados manifestaron que no era posible llevar a cabo tal registro, ya que en el instrumento disponible no se contempla tal posibilidad.

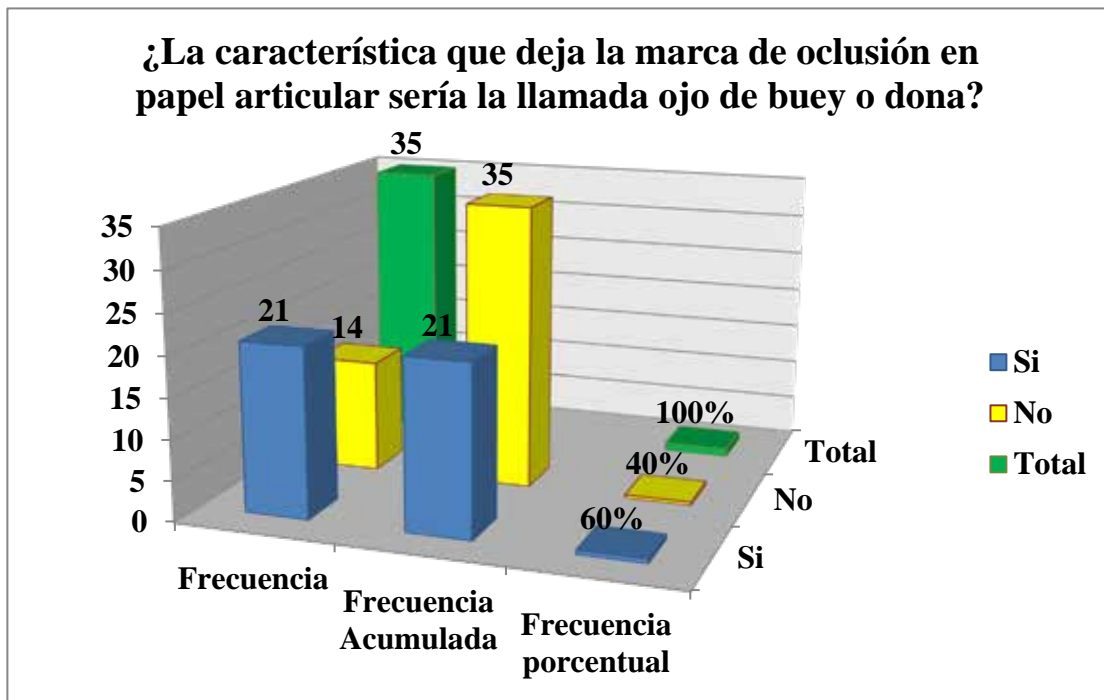
N° 5: Respuesta a la pregunta sobre si La característica que deja la marca de oclusión en papel articular sería la llamada ojo de buey o dona.

Cuadro N° 5: Cuadro de frecuencia de la respuesta a la pregunta sobre si la característica que deja la marca de oclusión en papel articular sería la llamada ojo de buey o dona.

	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Frecuencia porcentual
Si	21	21	60%
No	14	35	40%
Total	35		100%

Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Gráfico N° 5: Gráfico de la respuesta a la pregunta sobre si la característica que deja la marca de oclusión en papel articular sería la llamada ojo de buey o dona



Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Análisis:

El 60 % de los encuestados expresó que era correcta esta aseveración, lo que es cierto. Se diferencia de los llamados puntos fisiológicos, ya este se presenta en forma de aro, con gruesos bordes irregulares.

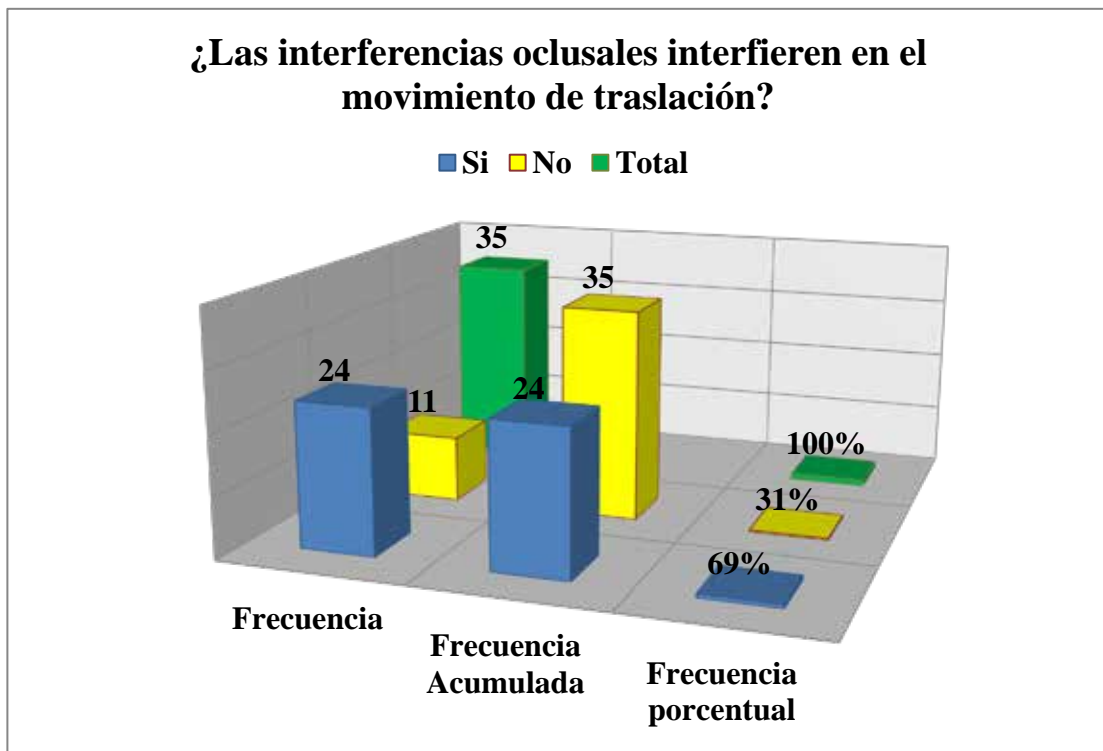
N° 6: Respuesta a la pregunta sobre si las interferencias oclusales interfieren en el movimiento de traslación.

Cuadro N° 6: Cuadro de frecuencia de la respuesta a la pregunta sobre si las interferencias oclusales interfieren en el movimiento de traslación.

	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Frecuencia porcentual
Si	25	25	71%
No	10	35	29%
Total	35		100%

Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Gráfico N° 5: Gráfico de la respuesta a la pregunta sobre si las interferencias oclusales interfieren en el movimiento de traslación.



Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Análisis

El 69 % de los entrevistados respondió acertadamente esta interrogante, ya que interfieren en el normal desplazamiento de la mandíbula.

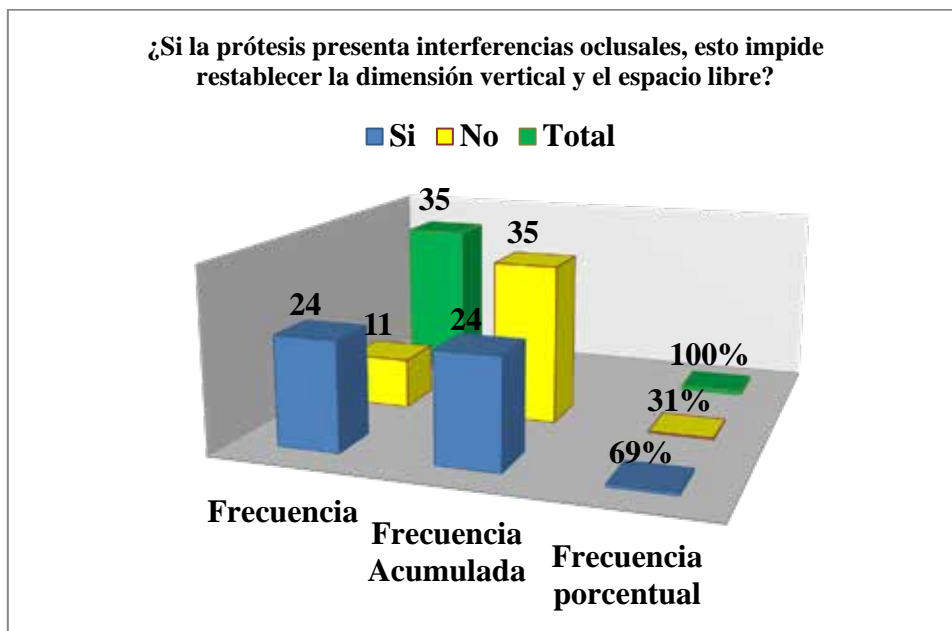
N° 7: Respuesta a la pregunta sobre si la prótesis presenta interferencias oclusales impide restablecer la dimensión vertical y el espacio libre.

Cuadro N° 7: Cuadro de frecuencia de la respuesta a la pregunta sobre si la prótesis presenta interferencias oclusales, esto impide restablecer la dimensión vertical y el espacio libre.

	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Frecuencia porcentual
Si	25	25	71%
No	10	35	29%
Total	35		100%

Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Gráfico N° 7: Gráfico de la respuesta a la pregunta sobre si la prótesis presenta interferencias oclusales, esto impide restablecer la dimensión vertical y el espacio libre.



Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Análisis

24 personas respondieron positivamente, y es que es debido a que generalmente la dimensión vertical se va a encontrar aumentada y esto impide que se pueda producir la mordida de manera normal.

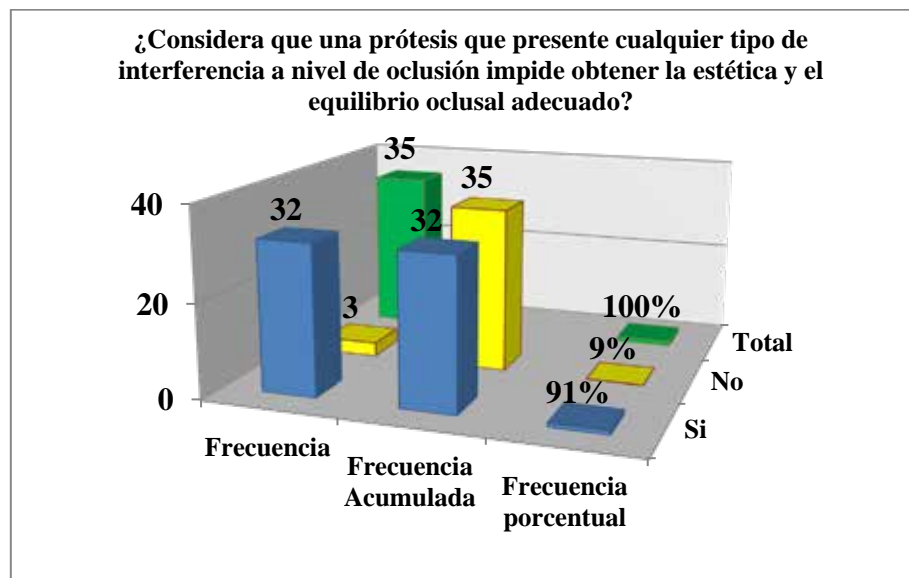
N° 8: Respuesta a la pregunta sobre si se considera que una prótesis que presente cualquier tipo de interferencia a nivel de oclusión impide obtener la estética y el equilibrio oclusal adecuado.

Cuadro N° 8: Cuadro de frecuencia de la respuesta a la pregunta sobre si se considera que una prótesis que presente cualquier tipo de interferencia a nivel de oclusión impide obtener la estética y el equilibrio oclusal adecuado..

	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Frecuencia porcentual
Si	32	32	91%
No	3	35	9%
Total	35		100%

Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Gráfico N° 8: Gráfico de la respuesta a la pregunta sobre si se considera que una prótesis que presente cualquier tipo de interferencia a nivel de oclusión impide obtener la estética y el equilibrio oclusal adecuado



Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Análisis

El 91 % de los que participaron afirmaron que esto era correcto, aunque a nivel estético no sea tan relevante, en la parte oclusal se pierde el equilibrio, pudiendo ocasionar lesiones a nivel de la ATM.

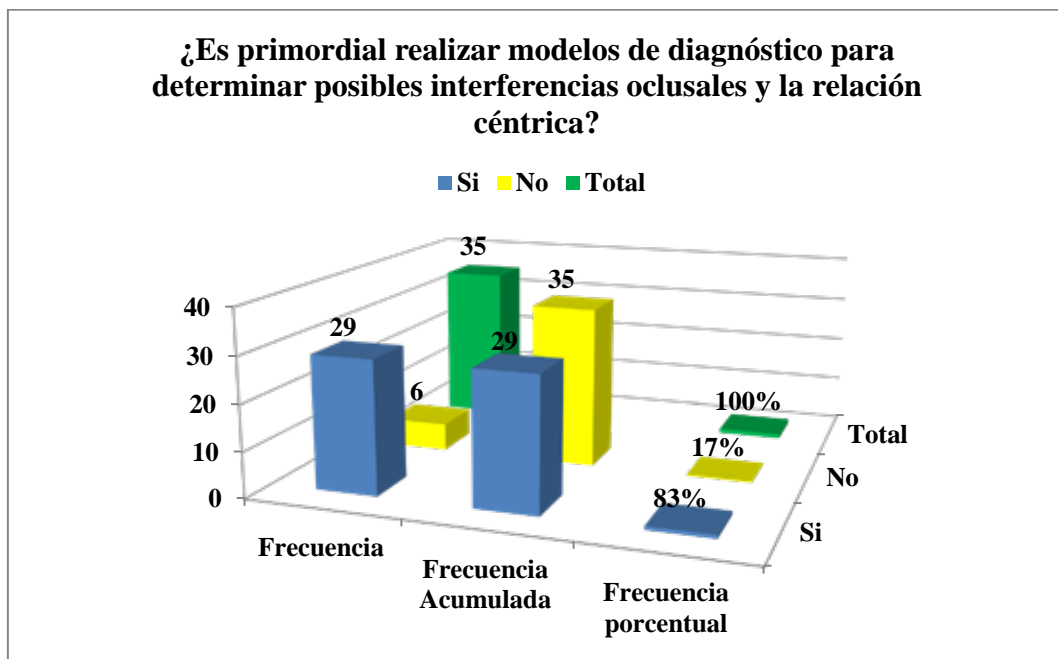
N° 9: Respuesta a la pregunta sobre si es primordial realizar modelos de diagnostico para determinar posibles interferencias oclusales y la relación céntrica.

Cuadro N° 9: Cuadro de frecuencia de la respuesta a la pregunta sobre si es primordial realizar modelos de diagnostico para determinar posibles interferencias oclusales y la relación céntrica.

	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Frecuencia porcentual
Si	29	29	83%
No	6	35	17%
Total	35		100%

Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Gráfico N° 9: Gráfico de la respuesta a la pregunta sobre si es primordial realizar modelos de diagnostico para determinar posibles interferencias oclusales y la relación céntrica.



Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Análisis

El 83 % de los participantes respondió de manera afirmativa, y esto es correcto, ya que en los modelos se puede apreciar la presencia de interferencias oclusales de una manera extra bucal, en movimientos tanto de céntrica como en excéntrica.

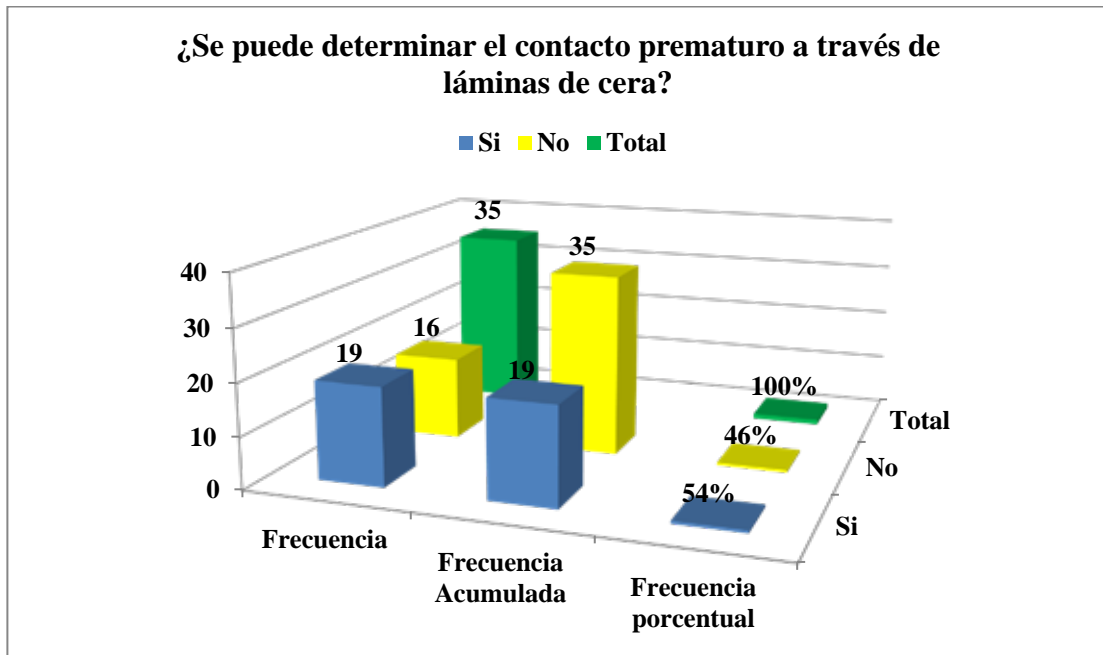
N° 10: Respuesta a la pregunta sobre si se puede determinar el contacto prematuro a través de láminas de cera.

Cuadro N° 10: Cuadro de frecuencia de la respuesta a la pregunta sobre si se puede determinar el contacto prematuro a través de láminas de cera.

	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Frecuencia porcentual
Si	19	19	54%
No	16	35	46%
Total	35		100%

Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Gráfico N° 10: Gráfico de la respuesta a la pregunta sobre si Se puede determinar el contacto prematuro a través de láminas de cera.



Fuente: Dávila, Luciani (2020)

Análisis

Si bien es cierto que la mayoría, el 54 % de los participantes, respondió de manera positiva, esto es erróneo, ya que como se mencionó anteriormente, la cera no permite hacer registros de interferencia oclusal, para lograrlo hay que remitirse al papel articular. La cera solo permite registrar la mordida, sin otra característica.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A la luz de los resultados obtenidos de los datos recolectados, se desprende que la historia actualmente en uso carece de muchos de los elementos necesarios para poder llevar a cabo una correcta evaluación y posterior seguimiento de aquellos pacientes que presentan interferencias oclusales, con las consecuentes repercusiones para ellos, especialmente en lo que se refiere a su influencia en los trastornos tempomandibulares, ya las interferencias oclusales pueden incrementar la actividad de los músculos masticatorios y que pueden detonar dolor muscular. El dolor en el músculo esternocleidomastoideo puede ser causado por interferencias oclusales, y dicho dolor puede ser observado más en la zona de su inserción que en su zona media.

Esto puede traer complicaciones a futuro para el paciente, especialmente si las interferencias presentadas son del tipo lateral fuera del área de trabajo, ya que al destruir la armonía del movimiento de lateralidad, tendrían graves consecuencias para el aparato masticatorio, así como trauma en el ámbito de los dientes causales y de sus tejidos de soporte.

Es por esto que se recomienda realizar un anexo a la historia que actualmente se encuentra en uso en la Universidad José Antonio Páez que incluya todo lo referente al registro de las interferencias oclusales post tratamiento en los pacientes que acuden a la Rehabilitación Protésica, ya que una restauración que presenta una interferencia

oclusal o una sobrecarga vertical es frecuentemente sintomática y muy sensible. Las restauraciones agrietadas, fracturadas o desgastadas y la movilidad dentaria, la separación de contactos y el desalineamiento antiestético son signos de una desarmonía oclusal. Las desarmonías oclusales pueden ser creadas iatrogénicamente por coronas y obturaciones altas, por superficies oclusales mal relacionadas con sus oponentes, y por una oclusión desbalanceada debido a restauraciones protésicas. Es por esto que es primordial poder llevar un correcto registro de todas estas eventualidades.

ANEXOS

ANEXO A
TABLA DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Instrumento	Indicadores
Interferencias oclusales	Cualquier contacto que impide relaciones armoniosas entre las superficies dentales después de la rehabilitación con prótesis parcial removible	- Análisis de Modelo de Estudio - Análisis en Boca	- Oclusión excéntrica para uso de papel articular -Mordida en cera para determinar contactos prematuros	Cuestionario aplicable a estudiantes	1,2,3,4,5
		Factibilidad de la propuesta	Académica	Cuestionario aplicable a docentes	1
			Institucional		2
			Técnica		3
			Operativa		4
			Económica		5
		Diseño de la propuesta	Registros de interferencias oclusales post-tratamiento con prótesis parcial removible	Cuestionario aplicable a docentes	6, 7
	Test al paciente				

ANEXO B

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

Cuestionario diseñado para ser usado por los estudiantes para determinar la pertinencia de la elaboración de un anexo a la historia clínica para el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento en los pacientes de la Clínica de Rehabilitación Protésica I de la Universidad José Antonio Páez

1. ¿Cuándo ocurre una oclusión excéntrica deben presentarse interferencias oclusales en el lado de trabajo, desoclusión en lado de balance, contacto anterior en protusiva y desoclusión en posterior

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

2. ¿Reconoce cómo se presenta un contacto prematuro en papel articular?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

3. ¿Es útil la cera para determinar los contactos prematuros?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

4. ¿Considera que la actual estructura de la historia clínica permite establecer la interferencia oclusal post tratamiento?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

5. ¿La característica que deja la marca de oclusión en papel articular sería la llamada ojo de buey o dona?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

6. ¿Las interferencias oclusales interfieren en el movimiento de traslación?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

7. ¿Si la prótesis presenta interferencias oclusales impide restablecer la dimensión vertical y el espacio libre?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

8. ¿Considera Ud. que una prótesis que presente cualquier tipo de interferencia a nivel de oclusión impide obtener la estética y el equilibrio oclusal adecuado?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

9. ¿Es primordial realizar modelos de diagnostico para determinar posibles interferencias oclusales y la relación céntrica ?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

10. ¿Se puede determinar el contacto prematuro a través de láminas de cera?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

Cuestionario diseñado para ser usado por los docentes para determinar la pertinencia de la elaboración de un anexo a la historia clínica para el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento en los pacientes de la Clínica de Rehabilitación Protésica I de la Universidad José Antonio Páez

1. ¿Juzga Ud. que desde el punto de vista académico la historia clínica debería incluir el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

2. ¿Piensa que institucionalmente es beneficioso realizar cambios en el actual modelo de historia clínica e incorporar el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

3. ¿Considera que es viable desde el punto de vista técnico el adjuntar a la actual historia el anexo para el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

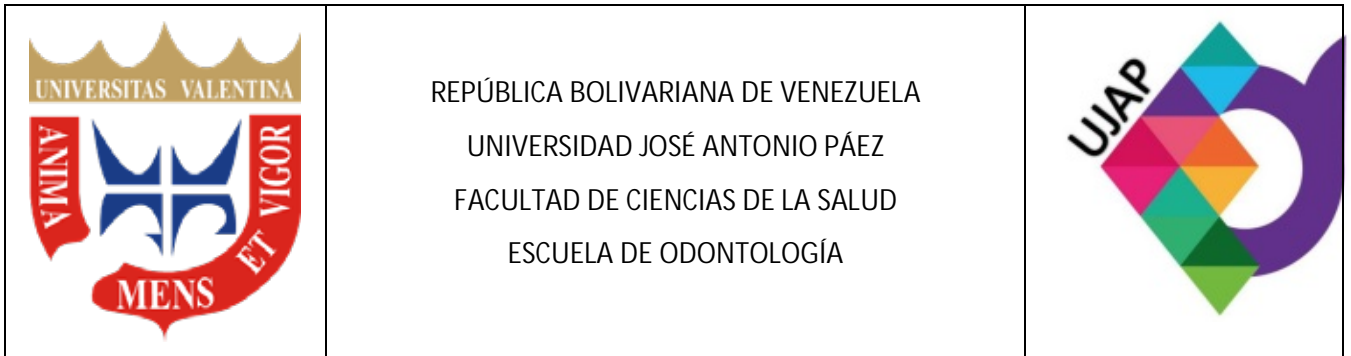
4. ¿Estima que es operativamente plausible añadir el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento al modelo de historia actualmente en uso?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

5. ¿Opina que existe la factibilidad económica para agregar el registro de las interferencias oclusales post-tratamiento al actual modelo de historia clínica?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

ANEXO C
PROPUESTA DE HISTORIA CLÍNICA



HISTORIA CLÍNICA PRÓTESIS REMOVIBLE

Nombre del Paciente

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)

Evaluación Clínica

Dientes Ausentes

Restauraciones Presentes

Prótesis Fija

Prótesis Removible

Región Edéntula

Relación Corona-Raíz de los Pilares	
Soporte Óseo	
Estado periodontal del área que se va a restaurar	
Interpretación radiográfica de la zona	

que hay que restaurar	
-----------------------	--

Diseño de la Restauración Protésica

Clasificación de Kennedy

Dientes Pilares

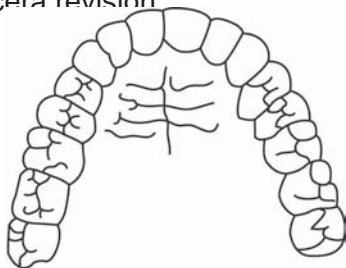
Tipo de conector mayor

Tipo de conector menor

Tipo de ganchos que han de utilizarse y ubicación

Plan de tratamiento

<i>Procedimiento</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma de conformidad del paciente</i>
Presentación del caso		
Preparaciones		
Impresión		
Prueba de Metales		
Prueba de rodillos		
Prueba de oclusión		
Entrega de prótesis e indicaciones		
Primera revisión		
Segunda revisión		
Tercera revisión		



Dientes pilares

Pónticos

Azul

Amarillo

Restauraciones Individuales

Rojo

**Firma de conformidad del paciente con el
tratamiento realizado**

I. MOVIMIENTO MANDIBULAR

1. APERTURA MÁXIMA

Dolor en 2 o más movimientos (5)

Puntaje

Paciente con función normal

(0)

TTM leve

(1-4)

TTM moderado

(5-9)

TTM severo

(10-25)

ODONTOGRAMA



Nro. de piezas posteriores perdidas:

DÉBIDA

DE

SOPORTE

c

NI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Emami E, De-Souza R, Kabawat M, Feine J. The impact of edentulism on oral and general health. *Int J Dent*. 2013; 2013:1-7.
2. Organización Mundial de la Salud- Salud bucodental. Nota descriptiva. 2018. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
3. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Morbilidad. Caracas: MPPS; 2014.
4. Rojas F, Cedeño JA, Rivera H, Montero M, Acevedo AM. Prevalencia de caries dental en poblaciones indígenas del municipio Autana, estado Amazonas, Venezuela. *ODOUS*. 2018; 19(1). Recuperado desde: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/index.htm>.
5. Farías A, de la Torre G, Porto-Carreiro A, Rizatti C, La prótesis parcial removible en el contexto de la odontología actual. *Acta Odont Ven*. 2013; 51(2). Recuperado de: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art-26/>.
6. Cirilo JP. Factores que influyen en el uso de prótesis parcial removible en pacientes del servicio de estomatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Trabajo de Grado no publicado. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2017. Recuperado de: https://repositorio.unmsm.edu.pe/PROTESISPARCIAL/Cirilo_Jean_Paul/2017...pdf.
7. Janaina J, Cristiane C, Quishida C, Vergani C, Machado A, Pavarina A, Giampaolo E. Clinical evaluation of failures in removable partial dentures. *J Oral Sci*. 2012; 54(4): 337-342. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23221159>.
8. Shaghaghian S, Taghva M, Abduo J, Bagheri R. Oral health-related quality of life of removable partial denture wearers and related factors. *J Oral Rehabil*. 2015; 42(1): 40-48. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25146999>.
9. Van Diermen DE, Brand HS, Vissink, A. The importance of adequate medical history taking in Dentistry. *Ned Tjidschr Tandheelkd*. 2009; 113(5): 172-175. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16729560>
10. Cuenca K, Rodríguez ML, Soto AD, Pentón O. La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. *Rev Cub Med Mil*. 2014; 43(4): 534-540. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400012&lng=es.
11. Chiapelli F. Evidence-based dentistry: two decades and beyond. *J Evid Based Dent Pract*. 2019; 19(1): 7-16. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30926103>.

12. De Angelis AF, Chambers IG, Hall GM. The accuracy of medical history information in referral letters. *Aust Dent J.* 2010; 55: 188-192. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20604762>.
13. Miller C. Subject: Medical History. *Am Acad Oral Med.* Recuperado de: https://www.aaom.com/index.php?option=com_content&view=article&id=108:medical-history&catid=24:clinical-practice-statement.
14. Davenport JC, Basjer R, Heath J, Ralph J. Atlas en color de prótesis parcial removible. 8ª edición. Madrid: Labor; 2010.
15. Ocaranza D, Lorca M. Oclusión en prótesis parcial removible. Capítulo 14. En Rendón R: *Prótesis Parcial Removible. Conceptos actuales y Atlas de diseño.* Buenos Aires, Médica Panamericana; 2012.
16. Lugo P, Cárdenas E, Mendiburu CE, Navarra D, Cortés D, Becerril E. Prevalencia de interferencias en pacientes rehabilitados con prótesis de la Unidad Móvil de Valladolid, Yucatán, México. *Acta Odont Ven.* 2013; 51(4). Recuperado de: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/4/art-13/>
17. González R, Cardentey J. La historia clínica médica como documento médico legal. *Rev Med Electrón.* 2015; 37(6): 648-653. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000600011&lng=es.
18. Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. Manual para el Personal de Salud. 7ª edición. Washington DC: OMS-OPS; 2012.
19. Martínez D, Guanche A, Clavera TJ, Álvarez J. Propuesta de un modelo de historia clínica ambulatoria en la urgencia estomatológica. *Rev Cienc Méd Pinar del Río.* 2018; 22(2): 301-308. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/323547909_Propuesta_de_un_modelo_de_historia_clinica_ambulatoria_en_la_urgencia_estomatologica/link/5aa024aea6fdcc22e2cd75d2/download.
20. Bello L, Conde V, Cortés J, Rincón A, Murcia A, Velandia, A. Consolidación de un conjunto mínimo de datos para una historia clínica electrónica en atención primaria integral en salud enfocada en determinantes de la salud. *Rev Salud Bosque.* 2018; 8(1): 77-81. Recuperado de: <https://doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2496>.
21. Herrera AM. Propuesta para la actualización del modelo de historia clínica utilizado en el Servicio de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Trabajo de Postgrado no publicado. 2009. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Recuperado de: <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/6042/1/Propuesta%20de%20historia%20cl%C3%ADnica%20de%20Ortodoncia.desbloqueado.pdf>
22. Chaithanya R, Sajjan S, Raju A V. A study of change in occlusal contacts and force dynamics after fixed prosthetic treatment and after equilibration – Using Tekscan III. *J Indian Prosthodont Soc.* 2019; 19: 9-19. Recuperado de: <http://www.j-ips.org/text.asp?2019/19/1/9/249603>

23. Huber L, López MJ, Rosende O. Ruidos articulares en pacientes rehabilitados con prótesis parcial removible. *Rev Odont Mex.* 2018; 22(2): 88-94. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2018/uo182f.pdf>.
24. Barroeta A, Flores E. Factores determinantes que afectan el uso de prótesis removibles en adultos mayores rehabilitados en la Clínica Integral del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre-diciembre 2012. Trabajo de Grado no publicado. 2013. San Diego: Universidad José Antonio Páez. Recuperado de: <https://biblio-virtualujap.files.wordpress.com/2011/04/trabajo-de-grado-andreina-barroeta-elisaix-flores.pdf>.
25. Barreto P. J. La Historia Clínica: Documento Científico del Médico. *Rev Ateneo.* 2000; 1(1): 50-55.
26. Giglio M, Nicolosi L. *Semiología en la Práctica Odontológica.* 3ª edición. Santiago de Chile: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
27. Moreno MA. El Método Clínico. 2009. Recuperado de: <http://www.jornada.sld.cu/miguelconferencia.html>.
28. Hermidas C. *El Método en Investigación y en Administración para la Salud.* 4ª edición. Bogotá: Artes Médicas; 2015.
29. Torre-Bouscoulet L. El método científico: la mejor herramienta clínica. *Neumol Cir Tórax.* 2016; 75(3), 205-206. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462016000300205&lng=es&tlng=es.
30. Mayoral J, Mayoral G. *Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica.* 4ª edición. Madrid: Labor; 2003.
31. Proffit H, Fields H, Sarver D. *Ortodoncia Contemporánea.* 5ª edición. Madrid: Elsevier; 2013.
32. Rakosi T, Jonas I. *Atlas de Ortopedia Maxilar: Diagnóstico.* 3ª edición. Barcelona, España: Ediciones Científicas y Técnicas; 2006.
33. Nanda R. (2017). *Biomecánica y estética en Ortodoncia.* 2ª edición. Buenos Aires: AMOLCA; 2017.
34. Grau I, Cabo R. Evaluación de la oclusión en pacientes con trastornos temporomandibulares y desarmonías oclusales. *Rev Cub Estomatol.* 2010; 47(2): 169-177.
35. Shillinburg HT. *Fundamentos esenciales de prótesis fija.* 4ª edición. Barcelona, España: Quintessence; 2009.
36. Keenan M. Interferencias oclusales en prótesis. *Odont Mod.* 2006; 2(23): 4. Recuperado de: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37441&id_seccion=2368&id_ejemplar=3864&id_revista=144.
37. Mallat Desplats E, Mallat Callis E. *Prótesis parcial removible y sobredentaduras.* Madrid: Elsevier; 2004.

38. McCracken W. Prótesis Parcial Removible. 11a edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2005.
39. Loza D, Valverde H. Diseño de Prótesis Parcial Removible. Madrid: Ripano; 2007.
40. Glosario de Términos Prostodónticos. Recuperado el 27 de septiembre de 2019 desde: <https://vdocuments.mx/glosario-de-terminos-prostodonticos.html>.
41. Tamayo M. El proceso de la investigación científica. México: Limusa; 2009.
42. Arias F. El proceso de investigación. 8ª edición. Caracas: Oriol; 2012.
43. Briones G. Metodología de la investigación cuantitativa en las Ciencias Sociales. 4a edición. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda; 2004.
44. Palella S, Martins F. Metodología de la Investigación cuantitativa. 3ª edición. Caracas: FEDUPEL; 2009.
45. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. 7ª edición. Caracas: FEDUPEL; 2011.
46. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.