



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
REHABILITACIÓN ORAL**

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LOS
DESÓRDENES FUNCIONALES OCLUSALES EN PACIENTES
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DENTAL DOCENTE DE LA
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA EN EL AÑO 2017**

**FREQUENCY AND DISTRIBUTION OF FUNCTIONAL OCCLUSION
DISORDERS DIAGNOSTICS ON PATIENTS TREATED IN THE
INSTRUCTIONAL DENTAL CLINIC OF THE “UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA” ON 2017.**

Carlos Alberto Paz Mayurí
Claver Clemente Santos Escalante

Asesor:

Mg. Esp. Martín Gilberto Quintana del Solar.
Departamento Académico de Clínica Estomatológica

Lima – Perú

2019

JURADO EXAMINADOR

Jurado Coordinador: Dr. Del Castillo López, César Eduardo

Profesor Calificador: Dr. Kobayashi Shinya, Arturo

Profesor Calificador: Dr. Alarcón Palacios, Marco Antonio

Calificación: APROBADO

Fecha de Sustentación: 30 de Octubre de 2019

ASESOR DE LA TESIS

Mg. Esp. Martín Gilberto Quintana del Solar.

Departamento Académico de Clínica Estomatológica

DEDICATORIA

A mi amada y adorable esposa Miriam, por ese enorme amor y paciencia que siente por mí, por su apoyo en mi crecimiento como persona, esposo, padre y profesional.

A mis hijos Sebastián y Daniela, por ser los regalos más hermoso que me ha dado Dios.

A mis Padres Alberto y Máxima, filosofía y amor en mi vida.

Carlos Paz

A mi esposa amada Elena que con su amor y comprensión ha estado siempre presente en cada paso de mi desarrollo profesional e inspiración de familiar.

A mis hijos Elena Milagros y Claver Alejandro que han sido el motor de mi vida y a quienes amo.

A mis Padres, Emperatriz y Claver Eugenio que fueron fuentes de inspiración y tenacidad desde el inicio de mi carrera.

Claver Santos

AGRADECIMIENTOS

Al Mg. Roberto León Manco, Docente del Departamento de Odontología Social de la Facultad de Estomatología de la UPCH, por todo el apoyo brindado en la elaboración, seguimiento y procesamiento de los datos de nuestra investigación.

DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. Articulación Temporo Mandibular	ATM
2. Colapso Posterior de Mordida	CPM
3. Desorden Temporo Mandibular	DTM
4. Disarmonía Oclusal	DO
5. Oclusión Colapsada	OC
6. Oclusión Traumática	OT
7. Prótesis Total	PT
8. Prótesis Parcial Removible	PPR
9. San Martín de Porres	SMP
10. San Isidro	SI
11. Síndrome de Combinación	SC
12. Trastorno Temporo Mandibular	TTM
13. Dimensión Vertical	DV

TABLA DE CONTENIDOS

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	06
III. MATERIALES Y MÉTODOS	08
IV. RESULTADOS	12
V. DISCUSIÓN	15
VI. CONCLUSIONES	25
VII. RECOMENDACIONES	27
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
IX. TABLAS	31
X. ANEXOS	34

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue determinar la Frecuencia y Distribución de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales en los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2017. **Materiales y métodos:** Este estudio es descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. En la presente investigación la muestra de estudio fue la totalidad de las historias clínicas y virtuales de los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre enero del año 2016 hasta diciembre del 2017 en pregrado y posgrado de Rehabilitación Oral. **Resultados:** En el estudio se encontró que, en cuanto a la frecuencia y distribución de los diagnósticos según tipo, el diagnóstico encontrado con mayor porcentaje fue el de Oclusión colapsada con 38.69% (n=166), en segundo lugar se diagnosticó la disarmonía oclusal con un 36.13% (n=155), luego estuvo el diagnóstico de colapso posterior de la mordida con 10.72% (n=46), el diagnóstico de edéntulo total superior e inferior alcanzó un 7.69% (n=33), oclusión traumática 5.83% (n=25) y con la menor frecuencia el Síndrome de Combinación con un 0.93% (n=4). **Conclusiones:** De la población evaluada se halló que del total de pacientes (n= 429) el género con mayor frecuencia fue el sexo femenino. La edad promedio fue de 56.79 años, encontrándose el mayor porcentaje de pacientes evaluados entre los 60 y 69 años de edad. Los estudiantes del Pregrado fueron los que asignaron la mayor cantidad de diagnósticos. La Sede de San Martín de Porres fue la sede en donde se realizaron la mayor cantidad de diagnósticos de pacientes.

Palabras claves Diagnóstico, Oclusión, Oclusión Dental, Salud bucal.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency and distribution of functional occlusion disorders diagnostics on patients treated in the Instructional Dental Clinic of the “Universidad Peruana Cayetano Heredia” on 2017. **Materials and methodology:** This study was a descriptive, retrospective, observational and transversal study. On the following research, our test sample was the entirety of the clinical and virtual records from patients that were treated in the Instructional Dental Clinic between January 2016 and December 2017 in undergraduate and postgraduate oral rehabilitation. **Results:** We found in the results of this study that, about the frequency and distribution of the diagnosis by types, the one that returned the highest percentage was the Collapsed Occlusion with a 38.69% (n=166), on second place was the diagnosis of occlusal disharmony with a percentage of 36.13% (n=155), then the posterior collapse of the bite with 10.27% (n=46), the superior and inferior total edentulous diagnosis that reached a 7.69% (n=33), traumatic occlusion 5.83% (n=25) and the least frequent one was the Combination Syndrome with 0.93% (n=4). **Conclusion:** From the total population of patients that was evaluated (n= 429), the gender with the highest incidence was the females. In regards to the age, the average was of 56.79 years old, with the majority of the patients found in the age group between 60-69 years old. Undergraduate students had the largest number of diagnosis. Finally, the clinic from San Martin de Porres was the one the concentrated the highest quantity of patient diagnosis.

Key words: Diagnosis, Occlusion, Dental Occlusion, Oral Health

I. INTRODUCCIÓN

El sistema estomatognático funciona como una unidad y como tal, cuando ocurren alteraciones de tipo funcional o estructural en alguno de sus componentes, todo el sistema procura realizar los cambios necesarios para adaptarse y mantener su correcto funcionamiento los cuales en ciertas ocasiones pueden llegar a convertirse en cambios patológicos en diferentes grados (1).

La mayoría de los conceptos que conocemos sobre oclusión y los protocolos y alternativas para tratar a pacientes con problemas oclusales, datan desde los inicios de la profesión odontológica, época en la que se debía confiar en niveles bajos de prueba científica para poder decidir la rehabilitación más apropiada de los pacientes (2). El Dr. Costen publicó en el año 1934 un estudio en el que correlacionaba las alteraciones en la oclusión con los problemas del oído lo que motivó el interés de muchos colegas de estudiar y lograr entender estos trastornos que se producían en el Sistema Estomatognático (3).

No fue hasta 1950 en que se empezó a relacionar las alteraciones de la oclusión y su influencia en la función de los músculos de la masticación iniciándose así el estudio de las denominadas interferencias oclusales como el factor causal de las alteraciones. Mas adelante, con un mayor número de estudios en este campo y en el de los trastornos de dolor de los músculos masticatorios se determinó que el aspecto tensional emocional también contribuía en la presencia de estas alteraciones (4)

Las diferentes propuestas de estudiosos de la profesión que quisieron explicar los fenómenos que ocurren en el sistema estomatognático hicieron que estos conceptos se tornen complicados de entender y difíciles de aplicar en la práctica diaria. Por esa razón la evolución patológica por sencilla que sea en sus inicios logra desarrollarse en una patología oclusal de mayor complejidad y severidad, al no detectarla e interceptarla a tiempo.

El trastorno oclusal es un proceso evolutivo en el cual el primer componente afectado es el dentario, el cual permite evidenciar el grado de daño producido como consecuencia del desequilibrio, que ocurre entre el componente neuromuscular y el componente dentario en un determinado período de tiempo (5).

Para el análisis de cualquier trastorno en el sistema masticatorio, es necesario conocer las características cuando este se encuentra sano y presenta armonía entre forma / función. Los requisitos de una oclusión funcional, óptima o armónica, han sido debatidos desde hace muchos años por varios autores desde diferentes perspectivas, siendo un concepto subjetivo, que puede estar modificado por el conocimiento y el enfoque de estudio de cada individuo (1).

El determinar un correcto diagnóstico nos llevará a poder proponer el plan de tratamiento más conveniente para el paciente y obtener así los mejores resultados. Por ello es importantes interpretar correctamente las características clínicas, radiográficas y demás exámenes auxiliares que nos permitirán, identificar y

reconocer los signos y síntomas que se encuentren presentes para lograr establecer el diagnóstico adecuado.

En la actualidad existen muchas clasificaciones de las patologías del sistema estomatognático. Una de las que debe ser tomada como referencia inicial es la propuesta por Jeffrey Okesson en 1999, quien dividió los diferentes hallazgos clínicos en: a) Trastornos de los Músculos de la Masticación, b) Trastornos de la ATM, c) Hipomovilidad Mandibular Crónica y d) Trastornos del Crecimiento (6)

Reynolds (1996) da la siguiente clasificación los diagnósticos de las alteraciones oclusales: 1. Ortofuncional tipo I: aquellos pacientes que cuentan con una óptima oclusión y no presentan síntomas ni signos de problemas disfuncionales. 2. Ortofuncional tipo II: el paciente presenta disarmonías oclusales sin presencia de síntomas pudiendo presentar signos de intensidad baja. 3. Disfuncional tipo III: el paciente presenta disarmonías oclusales, leves síntomas presentes no mayor de un mes, pero pueden presentar signos de intensidad leve. 4. Disfuncional tipo IV: los pacientes presentan síntomas de intensidad moderada presentes por más de un mes siendo el pronóstico reservado. 5. Disfuncional tipo V: los pacientes presentan síntomas severos de duración permanente, que modifican el comportamiento del paciente (7).

Rosemberg (1967), resalta la importancia de la posición dental para lograr el correcto funcionamiento del sistema estomatognático y para lograrlo se debe tener: integridad de los arcos dentarios mediante de una correcta alineación dental, lograr una oclusión con contactos bilaterales simultáneos y estables, lograr la

axialidad de las fuerzas oclusales, el correcto funcionamiento de la guía anterior y lograr la máxima intercuspidación en Relación Céntrica (8).

En 2012 Jokstad, propone un nuevo enfoque para el análisis de la oclusión el cual se basa en tres aspectos: 1) Importancia de la forma y posición de las piezas dentro de los maxilares, 2) el aspecto y funcionalidad de los dientes, 3) Evaluación de todo el sistema estomatognático, masticación, fonación, deglución, así como los hábitos para-funcionales (9).

Dawson (2009), considera que una oclusión es estable y armónica si: 1. Las Articulaciones temporomandibulares (ATM) no presentan signos ni síntomas de afecciones. 2. Dientes bien implantados. 3. Soporte periodontal sano. 4. Ausencia de desgaste excesivo en las superficies dentales. 5. Dientes bien posicionados (4)

Guerrero y colaboradores en el 2013 (5) presentan una clasificación-resumen de los diagnósticos oclusales reportados en la literatura para ayudar y permitir una fácil identificación y agrupación. Los plantea así; **1.-Armonía Oclusal:** todos los componentes del sistema se encuentran funcionando correctamente. **2.Desarmonía Oclusal:** los cuales, dependiendo del grado, pueden ser leve, moderada o severa. **3.-Oclusión Patológica:** en donde podemos identificar diferentes afecciones como: a) Colapso de Mordida Posterior, b) Síndrome de Combinación o Kelly, c) Síndrome Doloroso Miofascial y d) Desgaste Severo.

En esta clasificación se incluye la oclusión patológica en donde se considera una serie de alteraciones complejas y severas, en donde se evalúan cuál de los

componentes es el que logra menos adaptación: dientes, periodonto, músculos, ATM.

El objetivo del presente estudio fue Determinar la Frecuencia y Distribución de los diagnósticos de los Desordenes Funcionales Oclusales en los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2017 utilizando la Clasificación de los Desordenes Funcionales Oclusales aceptada por consenso entre todos los docentes de la sección de Oclusión y Rehabilitación Oral de la facultad en setiembre del 2015 con la finalidad de facilitar su fácil comprensión por el detalle y mejorar la enseñanza a los alumnos pregrado y del postgrado de rehabilitación oral. (ver Anexo 1)

II. OBJETIVOS

II.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la Frecuencia y Distribución de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales en los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2017 según clasificación aceptada por consenso de la sección de Oclusión y Rehabilitación Oral de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

II.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS:

1. Determinar la frecuencia de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales en los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2017 según clasificación aceptada por consenso de la sección de Oclusión y Rehabilitación Oral de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, según el sexo del paciente.
2. Determinar la frecuencia de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales en los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2017 según clasificación aceptada por consenso de la sección de Oclusión y Rehabilitación Oral de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, según la edad del paciente.
3. Determinar la frecuencia de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales en los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2017 según clasificación

aceptada por consenso de la sección de Oclusión y Rehabilitación Oral de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, según el Nivel de estudios del Operador.

4. Determinar la frecuencia de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales en los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2017 según clasificación aceptada por consenso de la sección de Oclusión y Rehabilitación Oral de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, según la Sede de atención del paciente.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Se registraron la totalidad de las historias clínicas virtuales de los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La muestra por conveniencia estuvo constituida por las historias clínicas virtuales de los años 2016 y 2017 de paciente que fueron atendidos en la Clínica Dental Docente por los alumnos del Pregrado y Posgrado en la Sección de Rehabilitación Oral que contaban con la presentación de caso aceptada por un docente, así como, acta de compromiso de atención aceptada y firmada por el paciente. Se excluyeron de la base de datos aquellas historias incompletas o que no contaban con la presentación de caso aceptada por un docente.

Por la naturaleza Retrospectiva del estudio, la limitación que se tuvo fue la de haber tenido que rechazar muchas historias por duplicidad o llenado con deficiencias, omisiones o errores en los datos consignados.

La Clasificación de los Desordenes Funcionales Oclusales utilizada fue aceptada por consenso de los docentes de la sección de Oclusión y Rehabilitación Oral de la facultad en setiembre del 2015 Las variables operacionales se definen así: Diagnóstico de desórdenes funcionales oclusales, es el conjunto de definiciones que tipifican una condición específica por sus características siendo de tipo cualitativa, nominal, politómica y son:

1.- Disarmonía Oclusal. Paciente con alteración de la guía anterior o alteración del plano oclusal o interferencias en céntrica o lateralidades o protusiva pudiendo ser edéntulo parcial superior y/o inferior.

2.- Oclusión Traumática. Paciente con las lesiones localizadas principalmente en el periodonto como efecto de las fuerzas oclusales anormales que pueden producir o han producido estas lesiones. Se considera la oclusión traumática como primaria y secundaria. En la *Oclusión traumática primaria*, las fuerzas oclusales son anormales y las estructuras periodontales son básicamente fisiológicas. La *Oclusión traumática secundaria* ocurre cuando estas fuerzas sean normales o anormales inciden sobre estructuras periodontales debilitadas o enfermedad periodontal.

3.- Colapso Posterior de Mordida. Paciente con

- Pérdida o disminución de soporte posterior.
- Sobrecarga anterior.
- Alteración de dimensión vertical: disminución.

4.- Síndrome de Combinación. Paciente con;

- Pérdida de hueso de la parte anterior de la cresta maxilar.
- Sobre crecimiento de tuberosidades.
- Hiperplasia papilar de la mucosa en el paladar duro.
- Extrusión de los dientes anteriores inferiores.
- Pérdida de hueso inferior de extremo libre.

5.- Oclusión Colapsada. Paciente con,

- Pérdida de soporte posterior

- Alteración de dimensión vertical: disminución
- Ausencia de contacto dentario en oclusión habitual: contacto en mucosa.

6.- Edéntulo total Inferior. Paciente con ausencia total de dientes superiores e inferiores.

El Género se refiere a la identidad sexual biológica del paciente, es de tipo cualitativa, dicotómica, siendo masculino y femenino. La Edad se refiere a la edad cronológica o años vivos del paciente, es una variable cuantitativa, discreta, registrada en números enteros. Nivel de estudios del Operador define como el grado de instrucción del operador, variable de tipo cualitativa, nominal dicotómica siendo Pregrado y Postgrado. La Sede se define como el local físico de atención en donde fue evaluado el paciente, variable de tipo cualitativa, nominal, dicotómica y son Sede San Martín de Porres y Sede San Isidro.

Para la ejecución del presente estudio se solicitó la autorización a la administración de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quienes entregaban en una base de datos Excel toda la información solicitada. Se procedió a realizar la depuración de la información, eliminando datos repetidos, incoherentes o que no tengan todas las variables de estudio descritas.

Se contó con la aprobación del Comité Institucional de Ética de la UPCH (CIE-UPCH), con fecha 04 de Julio del 2018 con código SIDISI N°102663. La base de datos en formato Excel se analizó por medio del programa SPSS.v.24.0, se realizó un análisis descriptivo y bivariado empleando Prueba de Chi cuadrado, Prueba de

Chi cuadrado corregido por Yates y Prueba Kruskal Wallis, la distribución z de los datos se evaluó con la Prueba de Komogorov Smirnov

IV. RESULTADOS

Según la base de datos obtenida y depurada se obtuvo una muestra total de 429 pacientes quienes fueron atendidos en dos Sedes (San Martín de Porres y San Isidro) por dos grupos de estudiantes (Pregrado y Posgrado) encontrándose los siguientes diagnósticos oclusales:

El género con mayor frecuencia fue el sexo femenino con un 70.4% (n=302) y para el masculino de un 29.6% (n=127). De acuerdo al grupo etario, la edad promedio fue de 56.79 años con una desviación estándar de 16.89, siendo el mayor porcentaje entre los 60 y 69 años de edad con un 24.24% (n= 104) y el menor fue entre los 17 a 19 años de edad con 2.33% (n=10). Los estudiantes del pregrado fueron los que realizaron mayor cantidad de diagnósticos con un 59.67% (n= 256) y el servicio de posgrado en Rehabilitación Oral con el 40.33% (n=173). La Sede de San Martín de Porres fue en donde se realizaron la mayor cantidad de diagnósticos, con un 79.49% (n= 341) mientras que en la de San Isidro fue de 20.51% (n= 88). (Tabla N°1)

En cuanto a la frecuencia de los diagnósticos según tipo, el diagnóstico encontrado con mayor porcentaje fue el de Oclusión Colapsada con 38.69% (n=166), seguido por el diagnóstico de Disarmonía Oclusal con un 36.13% (n=155), Colapso Posterior de la Mordida con 10.72% (n=46), el diagnóstico de Edéntulo Total Superior e Inferior alcanzó un 7.69% (n=33), Oclusión Traumática

5.83% (n=25) y con la menor frecuencia se encontró el Síndrome de Combinación con un 0.93% (n=4). (Tabla N°2).

En la Tabla N°3, sobre la frecuencia y distribución de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales según clasificación de la Sección de Oclusión y Rehabilitación Oral según género de los pacientes se encontró: Oclusión Colapsada con un 75.30% (n=125) en el sexo femenino y 24.70% (n=41) en el sexo masculino. La Disarmonía Oclusal reportó que un 67.74% (n=105) fue hallada en mujeres y el 32.26% (n=50) en hombres. En el diagnóstico de Colapso Posterior de Mordida se registró que el 58.7% (n=27) fue en el sexo femenino y el 41.3% (n=19) fue masculino. En el diagnóstico de Edéntulo Total Superior e Inferior se halló que el 69.7% (n=23) fue en del sexo femenino mientras que el 30.3% (n=10) del masculino. Para Oclusión Traumática se alcanzó el 80% (n=20) en el sexo femenino y el 20% (n=5) en el masculino. Por último, en el caso de Síndrome de Combinación se observó igual distribución en ambos sexos, 50% (n=2).

Analizando por grupo etario, Oclusión Colapsada se encontró que el 31.33% (n=52) pertenecía al grupo de 70 a 79 años. En Disarmonía Oclusal el 26.45% (n=41) pertenecían al grupo de 40 a 49 años. Colapso Posterior de Mordida se mostró que el 34.78% (n=16) pertenecía al grupo de 60 a 69 años. Diagnóstico de Edéntulo Total Superior e Inferior se registró que el 33.33% (n=11) pertenecía al grupo de 70 a 79 años. Para Oclusión Traumática se halló que el 44% (n=11) pertenecía al grupo de 60 a 69 años. Por último, en el caso de Síndrome de Combinación, el 50% (n=2) pertenecía al grupo de 60 a 69 años.

¿?En cuanto al el nivel de estudio del operador, para el caso de Oclusión Colapsada se encontró que el 71.69% (n=119) fue reportado por pregrado mientras que en el posgrado lo registró en el 28.31% (n=47) de los casos. Disarmonía Oclusal fue reportado en el 56.13% (n=87) por pregrado mientras que el 43.87% (n=68) fue por el posgrado. En Colapso Posterior de Mordida obtuvo en el 67.39% (n=31) en posgrado mientras que el 32.61% (n=15) en pregrado. En el diagnóstico de Edéntulo Total Superior e Inferior se reportado en el 72.73% (n=24) por pregrado y el 27.27% (n=9) en el posgrado. Para Oclusión Traumática se encontró que el 68% (n=17) fue en posgrado entretanto el 32% (n=8) fue en pregrado. Por último, en el caso de Síndrome de Combinación se halló que el 75% (n=3) fue en pregrado y el 25% (n=1) fue en posgrado.

Según Sede de evaluación, para el caso de Oclusión Colapsada el 90.36% (n=150) fue hecho en la Sede San Martín de Porres mientras que el 9.64% (n=16) fue en la sede San Isidro. En Disarmonía Oclusal, el 72.26% (n=112) de los diagnósticos fueron dados en la Sede San Martín de Porres y el 27.74% (n=43) en la Sede San Isidro. Colapso Posterior de Mordida fue reportado en el 69.57% (n=32) por la Sede San Martín de Porres y el 30.43% (n=14) en la Sede de San Isidro. En el diagnóstico de Edéntulo Total Superior e Inferior se dio en 81.82% (n=27) en la Sede San Martín de Porres entretanto el 18.18% (n=6) fue en la Sede San Isidro. Para Oclusión Traumática se obtuvo que el 68% (n=17) se diagnosticó en la Sede San Martín de Porres mientras el 32% (n=8) en la Sede San Isidro. Por último, en el caso de Síndrome de Combinación se encontró que el 75% (n=3) pertenecía a la

Sede San Martín de Porres en tanto el 25% (n=1) fue en la Sede San Isidro (Tabla N°3).

V. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue Determinar la Frecuencia y Distribución de los diagnósticos de los Desordenes Funcionales Oclusales en los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2017 utilizando la Clasificación de los Desordenes Funcionales Oclusales aceptada por consenso entre todos los docentes de la sección de Oclusión y Rehabilitación Oral de la facultad en setiembre del 2015 con la finalidad de facilitar su aplicación en el diagnóstico de los pacientes atendidos de forma sencilla y práctica y poder ayudar a los estudiantes en el planteamiento, propuesta y ejecución del tratamiento en los pacientes.

Guerrero en el 2013 (5) realizó una revisión muy detallada y completa de “La Evolución de la Patología Oclusal” y presentó un resumen de los diagnósticos oclusales reportados por la literatura. A diferencia de su clasificación, la nuestra presenta 4 tipos de desórdenes de la oclusión: 1) Desorden Funcional Oclusal, 2) Desorden Funcional Muscular, 3) Desorden Funcional Articular y 4) Hábitos Parafuncionales, todos ellos con la única finalidad de hacer más comprensible el entendimiento por parte del alumno. Así, el desorden Funcional Oclusal se subdivide, atendiendo y entendiendo de que la patología oclusal es un proceso progresivo de daño al sistema estomatognático en: Disarmonía Oclusal, Oclusión

Traumática, Colapso Posterior de la Mordida, Síndrome de Combinación, Oclusión Colapsada y Edentulismo Total Superior e Inferior. (ver Anexo 1).

En el caso de la **Disarmonía Oclusal** nuestro estudio halló que este diagnóstico fue dado en el 36.13% de la población. Grau en el 2010 (13) evaluó 40 pacientes con Desordenes Temporo Mandibulares (DTM) encontrando que el 72% de dicha población presentaba interferencias oclusales (45% en protrusión y 52,5% en lateralidad), Por otro lado, Otaño en el 2005 (14), evaluó 20 pacientes, menores de 30 años, en pleno tratamiento de ortodoncia y sin tener referencia de algun Desordenes Temporo Mandibular (DTM), se reportó interferencias en el 70% de los pacientes, siendo la mayor cantidad en la lateralidad izquierda con un 25%. No evaluó según sexo ni técnica de ortodoncia utilizada en el tratamiento. Ríos en el 2016 (15) evaluó 40 pacientes edéntulos parciales clase III de Kennedy para determinar la frecuencia de interferencias oclusales, registrando un 73% de pacientes que presentaban interferencias en céntrica, 53% en protusiva, 80% en lateralidad derecha y el 65% en lateralidad izquierda. El mismo autor menciona que en un estudio realizado por Grau en el 2007 se evaluó los cambios de la oclusión y su influencia en la sintomatología de los Transtornos Temporo Mandibulares (TTM) en 80 pacientes mayores de 18 años encontrando que las afecciones estuvieron presentes mayormente en el sexo femenino con predominó en el grupo etario de 26 a 35 años de edad. Todos estos resultados son casi el doble de lo registrado en nuestro estudio, esta diferencia se da porque estos

autores reportaron interferencias oclusales, y nosotros reportamos la frecuencia del diagnóstico de Disarmonía oclusal como consecuencia de estas interferencias.

Parnia en el 2008 (16) evaluó 50 pacientes, 27 varones y 23 mujeres entre 20 y 29 años, con alineamiento oclusal normal, sin síntomas de Desordenes Temporales Mandibulares (DTM), oclusión Angle I, dentición completa excepto 3ros molares, sin historia de tratamiento de ortodoncia previo y sin restauraciones que involucren cúspides reportó que el 60% presentaba un patrón oclusal tipo; función en grupo en el lado de trabajo, protección canina en el 17% otros tipos de contactos 23% en el lado derecho mientras que en el lado izquierdo se registró un 51% de función en grupo, 21% de protección canina y 28% de otros patrones. Debemos recalcar que las diferentes frecuencias reportadas en estos estudios son difíciles de comparar con nuestros hallazgos, debido a que la mayoría de reportes de las interferencias oclusales no son exclusivas de un diagnóstico como Disarmonía Oclusal.

Salcedo 2014 (17) expresa que los Desordenes Temporales Mandibulares (DTM) afectan a un porcentaje muy elevado de la población mundial (80%), con una edad media de 34 años y en una proporción de 3 mujeres por cada hombre, datos similares a los que encontramos en el presente estudio, de siendo el 67.74% de los casos diagnosticados en mujeres y el grupo etario más afectado fue entre los 40 a 49 años con una frecuencia del 26.45%. Estos resultados que al parecer son coincidentes a nuestro estudio, podrían estar reflejando que el sexo femenino es el género más afectado de estas patologías, debido probablemente al stress que son

sometidos en nuestra sociedad, o por ser el género más preocupado por su salud oral.

Arroyo 2001 (18) evaluó la frecuencia de signos de Transtornos Temporales Mandibulares (TTM) en 205 estudiantes de odontología en donde halló sintomatología en el 46.8% de su población reportando una frecuencia de 34.55% en los estudiantes del 2do año, 45.45% en los del 3er año y del 63.64% en los del 4to año todos ellos consecuencias de Disarmonía Oclusales.

Otros datos encontrados en nuestro estudio fue el de que los estudiantes del pregrado fueron los que diagnosticaron con mayor frecuencia esta afección reportando un 56.13% y que en la sede de San Martín se encontró la mayor frecuencia de diagnósticos con un 72.26%. Probablemente debido a que el mayor grupo de la población de pacientes fueron atendidos en la Sede de San Martín de Porres y es el local donde los alumnos de pregrado tienen sus actividades clínicas

En el caso de la **Oclusión traumática** nuestro estudio halló que este diagnóstico fue de 5.83% de la población evaluada. Brandini en el 2017 (20) expresa que la oclusión traumática es frecuentemente causada por las interferencias oclusales tales como restauraciones y prótesis altas y hábitos parafuncionales, pudiendo provocar una variedad de efectos biológicos destructivos sobre la pulpa, periodonto, hueso alveolar, músculos masticatorios y ATM.

En nuestro estudio se encontró que en el 80% de los casos esta afección fue diagnosticada en mujeres y que el grupo etario más afectado fue el de 60 a 69

años con 44%. Siendo estos resultados algo similares a lo correspondiente en grupos etáreos a los encontrados por Silva en el 2014 (19) que observó un 75.4% de presencia de bruxismo en la población de estudio, además, que el grupo etario más afectado fue el de 45-59 años con una afectación en mujeres de 44.2% , debemos recalcar que algunas diferencias se dan a que Silva evaluó Bruxismo (como Oclusión Traumática) y nosotros Oclusión Traumática. Por lo tanto es difícil poder comparar nuestros hallazgos con otros estudios.

Otros datos encontrados en nuestro estudio fue, que los estudiantes del pregrado fueron los que diagnosticaron con mayor frecuencia esta afección reportando un 68% y que en la Sede de San Martín de Porres se encontró la mayor frecuencia de diagnósticos dados con un 68%. Debido probablemente a que el mayor grupo de la población de pacientes fueron atendidos en la Sede de San Martín de Porres.

En el caso de **Colapso Posterior de Mordida (CPM)**, nuestro estudio halló que este diagnóstico fue dado en el 10.72% de la población evaluada. Herrera en el 2009 (11) evaluó la relación entre los Transtornos Temporo Mandibulares (TTM) y el Colapso Posterior de Mordida (CPM) en 184 pacientes entre 20 a 60 años de edad, encontrando una frecuencia de 88.6% de TTM y una frecuencia de 18.5% de CPM. Además, encontró una relación altamente significativa entre ambas entidades.

Herrera 2009 (9) menciona en su trabajo a Taboada y Gómez quienes, en el 2002, en México, evaluaron a 37 pacientes entre 60 y 80 años para conocer los signos y

síntomas de los TTM. Encontraron que el 43.2% presentaban pérdida de la DV, abrasión y bruxismo y el 81% de Colapso Posterior de la Mordida.

Arroyo 2001 (18), evaluó 205 alumnos de odontología de la UNMSM con promedio de edad 22 años, para evaluar DTM y discrepancias oclusales Obteniendo prevalencia del 46.8% de sintomatología DTM y Colapso Posterior de Mordida en el 1% de los estudiantes.

Herrera 2009 (11) Del total de pacientes evaluado el 18.5% presentaron CPM. Del total de mujeres evaluadas el 18% presentó CPM y del total masculino el 19.2% presento CPM.

Arroyo (18) encontró este síndrome en el 1% de la población que evaluó siendo la edad promedio de su población de 22 años similar a lo encontrado por Herrera (11) quien relacionó la edad y la presencia de CPM encontrando un 3.1% en el rango de edad de 20 y 29 años, 11.4% entre 30 y 39años, 21.4% entre 40 y 49 años y del 28.8% entre 50 y 60 años.

En nuestro estudio se encontró que el grupo etario más afectado fue el de 60 a 69 años con 34.78%. El CPM fue mayor en el sexo femenino con el 58.7% de los casos. El 67.39% fueron diagnosticados por alumnos de postgrado y la Sede de San Martín de Porres lo detectó en el 69.57% de la población evaluada. Estos resultados si bien es cierto que coninciden con los estudios de otros autores que encuentran un rango desde el 1% al 81%, es algo cercano a lo reportado por Herrera 18%, pero en lo que si podemos coincidir es que a medida que avanza la

edad el Colapso Posterior de Mordida es más frecuente hasta los 60 - 69 años en el cual decrece posiblemente por que con lleva a una entidad más compleja como es llegar a ser Edéntulo Total Superior e Inferior.

En el caso del **Síndrome de Combinación** nuestro estudio halló que este diagnóstico fue dado en el 0.93% de la población evaluada, en el 50% de los casos fue diagnosticado en mujeres y el grupo etario más afectado fue el de 60 a 69 años con 50%. Con respecto al grupo etario, Benavides (24) hace referencia de un estudio realizado por Chamba en Cuenca, Ecuador el 2016, el cual encontró una prevalencia del 21.8% en 312 pacientes, donde en los adultos jóvenes registraron una prevalencia del 9.6%, en adultos maduros de 59.3% y en adultos mayores de 31.1%. A pesar que no coincide la frecuencia con nuestros estudios, si existe al parecer una coincidencia con el incremento de la edad, Benavides en el 2017 hace referencia de otro estudio realizado por Chamba en Sao Paolo, Brasil, donde halló una prevalencia de 20.5% en 44 pacientes. Costas en el 2016 al evaluar 33 pacientes reportó una prevalencia del 85.85% pero con 2 a 4 características y del 15.5% de prevalencia con en aquellos con sólo una característica, cita además a Shen y Gongloff, 1989 quienes evaluaron 150 personas encontrando prevalencia de 24%. Y a Jameson, Saunders, Feng con prevalencias que varían 24% y 25%.

Del Arco 2007 (23) menciona que los pacientes con Síndrome de Combinación o Síndrome Kelly presenta las siguientes características: 1. Reabsorción ósea en la región anterior de la maxila, 2. Hiperplasia papilar palatina, 3. Aumento volumétrico de las tuberosidades, 4. Extrusión de los dientes naturales antero

inferiores y 5. Reabsorción ósea acentuada debajo de la base de la PPR mandibular. En el estudio que realizó en 33 pacientes portadores de PT superior y PPR inferior para ver frecuencia del Síndrome de Kelly encontró una prevalencia de 0% tomando como referencia la presencia de todos los signos del síndrome, encontró un 84,85% que presentaron de 2 a 4 signos, y un 15.5% que presentaban sólo un signo. Estos resultados podrían ser algo similares con nuestros resultados de 0.93% para aquellos pacientes que tuvieron todos los signos o características, ya que para que sean diagnosticado Síndrome de Combinación tienen que cumplir con todas ellas tal como ocurre en nuestro estudio.

Benavides en el 2017 (24) utilizando la clasificación de Tolstunov en el 2007, evaluó la prevalencia del Síndrome de Combinación en 357 pacientes entre 18 y 100 años, registrando una prevalencia del 45.37% clase 1 (clase IV de Kennedy superior con 51.26% y la modificación más incidente fue la modificación 1 que se refiere a la clase I de Kennedy con un 46.77%. La combinación más frecuente fue la clase 1 modificación 1 que fue del 29.97%. Además, menciona que este síndrome tiene una tasa de prevalencia a nivel mundial del 24 y 25%.

En nuestro estudio no encontramos similitud en la frecuencia con los otros estudios reportados, que indican una frecuencia de 15% a 84.85%, posiblemente se deba a la cantidad de características usadas para diagnosticar el Síndrome de Combinación.

En el caso de la **Oclusión Colapsada** nuestro estudio halló que este diagnóstico fue dado en el 36.69% de la población evaluada, en el 75.3% de los casos fue diagnosticado en mujeres. el grupo etario más afectado fue el de 70 a 79 años con 31.3% y que el 71.69% fueron diagnosticados por alumnos de pregrado siendo la sede de san martín la sede que lo detecto en el 90.36% de los casos. Hasta el momento no hemos encontrado estudios que reporten frecuencia de esta entidad, por lo cuál se nos hace imposible comparar resultados.

En el caso de **Edentulismo Total Superior e Inferior** nuestro estudio halló que este diagnóstico fue dado en el 7.69% de la población evaluada, en el 69.7% de los casos fue diagnosticado en mujeres y el grupo etario más afectado fue el de 70 a 79 años con 33.33%. estos datos concuerdan con los de Taboada (28) (México) en el 2014 quien encontró una prevalencia del 8.8 % encontrado que el 71.6% de los afectados fueron mujeres. En cuanto a la edad Taboada clasificó su población en menores de 70 y mayores de 70 encontrando para el primero grupo de estudio una prevalencia del 52.9% y para el segundo grupo 47.1% siendo este último dato diferente al encontrado en nuestro estudio.

Angostinho (27) (Brasil) en el 2015 encontró una prevalencia del 2.9% al evaluar 103 pacientes asistentes a un centro de referencia de salud, la mujeres presentaron el mayor porcentaje de Edentulismo con un 83.5% y el grupo etario más afectado fue entre 60-69 años con un 87%. A diferencia de este estudio nosotros encontramos una mayor frecuencia en Edéntulos Superior e Inferior pero similar distribución en sexo y grupo etario.

Espejo Quiróz (26) en Lima, en el 2016 evaluó a 53 pacientes adultos mayores que asistieron a un centro de salud de la ciudad de Huacho encontrando una prevalencia de edentulismo total de 58.5%. Bravo en el 2017 (29) realizó un estudio en la ciudad de Lambayeque en donde evaluó a 237 pobladores adultos encontrando una prevalencia de edentulismo bimaxilar de 36.8% y de 0.6% solo en el maxilar superior. Estos datos fueron mucho más elevado que los encontrados en nuestro estudio, posiblemente por el tipo de lugar de origen de la población.

Verdezoto en el 2016 (30) evaluó a 164 pacientes atendidos en el servicio de odontología del Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor en Quito Ecuador y encontró que del total de pacientes evaluados el edentulismo total superior se manifestó en el 29,9 % de los casos, el edentulismo total inferior en el 15.2 % y el edentulismo total bimaxilar en el 54.9%. Estos resultados son diferentes a las encontrados en nuestro estudio, por que fueron tomados de un hospital geriátrico donde encontramos mayor poblacion del adulto mayor.

Entre otros datos en nuestro estudio, encontramos que el 72.73% de los diagnósticos realizados fueron por estudiantes del pregrado, mientras que la Sede donde se reportó el mayor porcentaje de diagnósticos fue la Sede San Martín de Porres con un 81.82%. Estos resultados se deban probablemente a la necesidad del alumno de pregrado por cumplir sus objetivos en la Sede San Martín de Porres.

VI. CONCLUSIONES

Se concluye de forma general que:

La Frecuencia y Distribución de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales en los pacientes atendidos en la Clínica Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2017 según Clasificación de los Desordenes Funcionales Oclusales aceptada por consenso entre todos los docentes de la sección de Oclusión y Rehabilitación Oral de la facultad en setiembre del 2015 reportó que el diagnostico más encontrado, fue el de Oclusión Colapsada seguido por la Disarmonía Oclusal, el Colapso Posterior de la Mordida, Edéntulo Total Superior e Inferior, Oclusión Traumática por último el Síndrome de Combinación.

Y de forma específica se puede concluir que:

1. La Frecuencia y distribución reportada fue mayor en la población femenina,. Probablemente este género es el que más se preocupa por su salud oral.
2. La Frecuencia y distribución fue mayor en pacientes mayores de 40 años y 69 años. Debido a que a medida que pasa los años, los desórdenes funcionales oclusales se ven afectados progresivamente.

3. El Pregrado registró la mayor frecuencia y distribución de los diagnósticos oclusales. Por tener una cantidad mayor de estudiantes de pregrado que en posgrado.

4. La Frecuencia y distribución de los diagnósticos hallados fue mayor en la sede San Martín. Esto puede ser debido A tener un mayor número de estudiantes en la Sede de San Martín de Porres que la Sede de San Isidro.

VII. RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

1. Realizar investigaciones futuras a fin de poder comparar nuestros resultados de la frecuencia y distribución de los diagnósticos.
2. Realizar investigaciones futuras a fin de determinar y proponer programas de prevención de las desordenes oclusales.
3. Concientizar a la población en general sobre los cuidados en la salud oral para prevenir enfermedades y así la futura pérdida dental.
4. Realizar estudios en que se explore las características de cada una de las afecciones estudiadas en el presente trabajo.
5. Realizar mejoras en el programa de registro de las Historias Clínicas Virtuales de la Clínica Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, sobre los diagnósticos de los Desordenes Funcionales Oclusales
6. Enfatizar al estudiante sobre el desarrollo de los desórdenes funcionales oclusales, a través del tiempo para prevenir cambios patológicos severos.
7. Realizar el procedimiento de Validación de la Clasificación utilizada a fin de ser propuesta como una ayuda en la Clasificación de los Diagnósticos Oclusales.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alonso A, Albertini J, Bechelli A. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. Buenos Aires: Panamericana; 2003.
2. Cano, P. Trabajo de grado para optar el Título de Especialista. Protocolo Para el Diagnóstico de Oclusión Patológica en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Odontología, Posgrado de Rehabilitación Oral. Bogotá, Colombia 2015.
3. Costen, J., Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon function of the temporomandibular joint. *Ann otol* 1934, 43: 1-12. http://en.wikipedia.org/wiki/Temporomandibular_joint_disorder
4. Dawson P. Oclusión Funcional: diseño de la sonrisa a partir de la ATM. Argentina: Amolca; 2009
5. Guerrero C, Marín D & Galvis A. Evolución de la Patología Oclusal: Una Revisión de Literatura. *J Oral Res* 2013; 2(2): 77-85.
6. Okesson, J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares 4a edición, University of Kentucky, USA. Editorial Mosby, 1999. Pág 663.
7. Ríos, N. Tesis doctoral: frecuencia de alteraciones de la oclusión según clasificación de Reynolds y seguimiento al plan de tratamiento en pacientes atendidos en la facultad de odontología de la universidad de el salvador durante el año 2010 Pág. 15-16
8. Rosenberg, E. Treatments of occlusion as an adjunct to periodontal therapy. *Soc periodontal* 1:14 22 1967
9. Jokstad A. Methodological challenges in the study of dental occlusion. *J Oral Rehabil.* 2012;39(7):480-8
10. Reynolds, J. Occlusion and Mandibular dysfunction. 3ra Edición 1996, UCLA, Los Angeles, USA. Pág. 171
11. Herrera, G. Relación entre los desórdenes Temporo mandibulares y el colapso de mordida posterior en pacientes atendidos en el servicio de odontología del Hospital Victor Lazarte Echegaray, 2010. Trujillo – Perú. Tesis de grado de bachiller en estomatología.
12. Mendiburu, G; Mendiburu, J; Lugo-Ancona, P. Relación entre la oclusión traumática y abfracciones; su rol en las afecciones pulpares. *Revista Odontológica Mexicana* Vol. 21 Núm.2, Abril-Junio 2017.
13. Grau, I; Cabo, R. Evaluación de la oclusión en pacientes con trastornos temporomandibulares y desarmonías oclusales. *Revista Cubana de Estomatología.* 2010; 47(2)169-177
14. Otaño, G.; Llanes, M.; Delgado, L.; Grau, I.; Castillo, R. Interferencias oclusales en pacientes de alta de Ortodoncia. Facultad de Estomatología Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 2005.
15. Ríos, L.; Torres, W. Frecuencia de interferencias oclusales en pacientes edéntulos parciales clase III de Kennedy que acuden a una clínica odontológica universitaria. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lambayeque-Perú. 2016.
16. Parnia, F; Fard, E.; Sadr, K.; Motiaghny, N. Pattern of Occlusal Contacts in Eccentric Mandibular Positions in Dental Students. *JODDD*, Vol. 2, No. 3 Summer 2008.

17. Salcedo, F. Rehabilitación oral en paciente con disfunción temporomandibular relacionada a factores oclusales. In *Cres.* 2014; 5(1):103-111.
18. Arroyo, C. Relación entre signos y síntomas de desórdenes Temporomandibulares y disarmonías oclusales en estudiantes de odontología – UNMSM. *Odontología San Marquina.* Vol. 1 Nro. 8 Julio – Diciembre, 2001.
19. Silva, A. Bruxismo: su comportamiento en un área de salud. *Rev. Ciencias Médicas.* Enero-febrero, 2015; 19 (1):56-65.
20. Brandini, D.; Amaral, M.; Poi, W.; Casatti, C.; Bronckers, A.; Everts, V.; Beneti, I. The effect of traumatic dental occlusion on the degradation of periodontal bone in rats. [Downloaded free from <http://www.ijdr.in> on Wednesday, February 08, 2017, IP: 61.16.135.114].
21. Ríos, N. Frecuencia de alteraciones de la oclusión según clasificación de Reynolds y seguimiento al plan de tratamiento en pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador durante el año 2010. Trabajo de graduación para obtener el título de Doctor en cirugía dental. Universidad de El Salvador Facultad de Odontología. 2010.
22. Goyeneche, J. Elaboración de Protocolo Para el Diagnóstico de la Patología Oclusal Leve, Moderada y Severa en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Tesis para optar al título de Especialista en Rehabilitación Oral. Universidad Nacional de Colombia Facultad de odontología Bogotá, Colombia 2015.
23. Cunha, L.; Rocha, E.; Pellezzer, E. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível. *RGO, Porto Alegre,* v. 55, n.4, p. 325-328, out./dez. 2007.
24. Benavidez, K. Prevalencia de Síndrome de Kelly en pacientes asistentes a la Clínica odontológica de la UDLA. Trabajo de tesis para optar el título de Odontología. 2017.
25. Chamba, V. Prevalencia del síndrome de combinación en pacientes adultos edéntulos y sus factores asociados en la clínica de la facultad de odontología de la universidad de cuenca período 2015-2016. Tesis de grado previo a la obtención del título de Especialista en rehabilitación oral. Universidad de Cuenca, Ecuador. 2016.
26. Espejo, J. Prevalencia de edentulismo total y grado de reabsorción del reborde residual en personas de la tercera edad del centro del adulto mayor Francisca Navarrete de carranza febrero y marzo del 2016. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima-Perú. 2016.
27. Agostino, A.; Campos, M.; Silveira, J. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol UNESP.* 2015 Mar-Apr.; 44(2): 74-79. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.1072>
28. Taboada, O.; Cortés, X.; Hernández, R. Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *Revista ADM* 2014; 71 (2): 77-82.
29. Bravo, M. Prevalencia de edentulismo en la población adulta del centro poblado cruz del médano del distrito de Mórrope- Lambayeque, 2017, Tesis para optar el título Profesional de Cirujano Dentista. Universidad Señor de Sipán, Facultad de ciencias de la salud. 2017.

30. Verdezoto, C. Asociación entre el edentulismo total superior, inferior y bimaxilar e IMC correspondiente a bajo peso en adultos mayores en el Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor en el año 2016. Tesis para la obtención del título de Odontólogo. Universidad Central del Ecuador, Facultad de Odontología. Quito-Ecuador. 2017.

IX. TABLAS

Tabla 1. Características de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú, 2017.

VARIABLES	n	%
Sexo		
Femenino	302	70.4
Masculino	127	29.6
Edad*	56.79	16.89
Edad	n	%
De 17 a 19 años	10	2.33
De 20 a 29 años	28	6.53
De 30 a 39 años	28	6.53
De 40 a 49 años	65	15.15
De 50 a 59 años	89	20.75
De 60 a 69 años	104	24.24
De 70 a 79 años	77	17.95
De 80 a 86 años	28	6.53
Nivel de estudios		
Pregrado	256	59.67
Posgrado	173	40.33
Sede		
San Martín de Porres	341	79.49
San Isidro	88	20.51

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

* Se calculó el promedio y desviación estándar por ser variable cuantitativa.

Fuente: Base de datos del estudio

Tabla 2. Frecuencia de los diagnósticos de la oclusión según clasificación aceptada por consenso de la Sección de Oclusión y Rehabilitación Oral de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú, 2017.

Diagnóstico de la Oclusión	n	%
Colapso posterior de mordida	46	10.72
Disarmonía oclusal	155	36.13
Edéntulo total superior e inferior	33	7.69
Oclusión colapsada	166	38.69
Oclusión traumática	25	5.83
Síndrome de combinación	4	0.93

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Tabla 3. Frecuencia de los diagnósticos de la oclusión según clasificación aceptada por consenso de la Sección de Oclusión y Rehabilitación Oral según características de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú, 2017.

Variables	Diagnóstico de la Oclusión												p	
	Colapso posterior de mordida		Disarmonía oclusal		Edéntulo total superior e inferior		Oclusión colapsada		Oclusión traumática		Síndrome de combinación			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo														
Femenino	27	58.70	105	67.74	23	69.70	125	75.30	20	80.00	2	50.00	0.19*	
Masculino	19	41.30	50	32.26	10	30.30	41	24.70	5	20.00	2	50.00		
Edad*	60.98	11.48	43.84	15.95	65.76	13.79	65.60	12.55	57.64	9.17	65.75	9.43	<0.01**	
De 17 a 19 años	0	0.00	10	6.45	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	<0.01***	
De 20 a 29 años	0	0.00	25	16.13	0	0.00	3	1.81	0	0.00	0	0.00		
De 30 a 39 años	0	0.00	22	14.19	2	6.06	3	1.81	1	4.00	0	0.00		
De 40 a 49 años	10	21.74	41	26.45	1	3.03	10	6.02	3	12.00	0	0.00		
De 50 a 59 años	9	19.57	30	19.35	8	24.24	31	18.67	10	40.00	1	25.00		
De 60 a 69 años	16	34.78	20	12.90	6	18.18	49	29.52	11	44.00	2	50.00		
De 70 a 79 años	7	15.22	6	3.87	11	33.33	52	31.33	0	0.00	1	25.00		
De 80 a 86 años	4	8.70	1	0.65	5	15.15	18	10.84	0	0.00	0	0.00		
Nivel de estudios														
Pregrado	15	32.61	87	56.13	24	72.73	119	71.69	8	32.00	3	75.00	<0.01***	
Posgrado	31	67.39	68	43.87	9	27.27	47	28.31	17	68.00	1	25.00		
Sede														
San Martín de Porri	32	69.57	112	72.26	27	81.82	150	90.36	17	68.00	3	75.00	<0.01***	
San Isidro	14	30.43	43	27.74	6	18.18	16	9.64	8	32.00	1	25.00		

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

°Se calculó el promedio y desviación estándar por ser variable cuantitativa.

*Prueba de Chi cuadrado.

**Prueba de U de Mann Whitney.

***Prueba de Chi cuadrado corregido pro Yates.

X. ANEXOS

ANEXO 1

Diagnósticos de la Oclusión Según Clasificación aceptada por Consenso de la Sección de Oclusión y Rehabilitación Oral de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

1.- Desórden funcional oclusal:

- a. Disarmonía Oclusal.
 - Alteración de la guía anterior
 - Alteración del plano oclusal
 - Interferencias en céntrica, lateralidades, protusiva.
 - Edéntulo parcial superior y/o inferior
- b. Oclusión Traumática.
 - Trauma oclusal primario.
 - Trauma oclusal secundario.
- c. Colapso Posterior de Mordida.
 - Pérdida o disminución de soporte posterior
 - Sobrecarga anterior
 - Alteración de dimensión vertical: disminución
- d. Síndrome de Combinación.
 - Pérdida de hueso de la parte anterior de la cresta maxilar.
 - Sobre crecimiento de tuberosidades.
 - Hiperplasia papilar de la mucosa en el paladar duro.
 - Extrusión de los dientes anteriores inferiores.
 - Pérdida de hueso inferior de extremo libre
- e. Oclusión Colapsada.
 - Pérdida de soporte posterior
 - Alteración de dimensión vertical: disminución
 - Ausencia de contacto dentario en oclusión habitual: contacto en mucosa.
- f. Edéntulo Total Superior e Inferior.
 - Ausencia total de dientes superiores e inferiores.

2.- Desórden funcional muscular:

- a. Co-contracción protectora
- b. Dolor muscular local
- c. Dolor miofacial
- d. Mioespasmo
- e. Miositis

3.- Desórden Funcional articular:

- a. Alteración del complejo cóndilo-disco:
 - Desplazamiento anterior del disco
 - Dislocamiento anterior del disco con reducción
 - Dislocamiento anterior del disco sin reducción
- b. Incompatibilidad estructural de las superficies articulares
 - Alteración morfológica: Cóndilo, disco o fosa
 - Adherencias: De disco a cóndilo, de disco a fosa
 - Luxación espontánea
- c. Transtornos inflamatorios de la articulación
 - Sinovitis
 - Capsulitis
 - Retrodisquitis
 - Artritis: Osteoartritis, osteoartrosis y polio artritis
 - Transtornos inflamatorios de estructuras asociadas
- d. Hipomovilidad mandibular crónica
 - Anquilosis: Fibrosa, ósea
 - Contractura muscular: Miostática, miofibrótica
- e. Transtornos del crecimiento

4.- Hábitos parafuncionales:

a. Posturales:

- Ocupacional
- No ocupacional

b. Orales:

- Externos: - Onicofagia
- Morder objetos,
- Consumo de bebidas carbonatadas, etc.

- Internos:

a) Bruxismo

- Primario: En vigilia y/o no vigilia:
 - Céntrico
 - Excéntrico
 - Céntrico-Excéntrico.

- Secundario:

Trastornos neurológicos o psiquiátricos en vigilia y/o no vigilia:

- Céntrico
- Excéntrico
- Céntrico-Excéntrico.

b) Posiciones no funcionales que comprometan a la mandíbula, lengua y/o labios

- Deglución Atípica
- Respirador Bucal
- Morderse los labios
- Cualquier otra posición que comprometa una, dos o todas las partes

ANEXO 2

CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valores y categorías
Diagnósticos de la Oclusión	Conjunto de definiciones que tipifican una condición específica por sus características	Se obtendrá la información de las Historias clínicas virtuales	Cualitativa	Nominal Politómica	1.Disarmonía Oclusal. 2.Oclusión Traumática. 3.Colápsa Posterior de la Mordida. 4.Síndrome de Combinación. 5.Oclusión Colapsada. 6. Edéntulo Total Superior e Inferior.
Edad	Se refiere a la edad cronológica o años vivos del paciente	Se obtendrá la información de las Historias clínicas virtuales	Cuantitativa	Discreta	Años en números enteros
Genero	Se refiere a la identidad sexual biológica del paciente	Se obtendrá la información de las Historias clínicas virtuales	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.Masculino 2.Femenino
Sede	Local en donde fue evaluado el paciente	Se obtendrá la información de las Historias clínicas virtuales	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.San Martin de Porres 2.San Isidro
Nivel de estudio del Operador	Grado de Instrucción del operador	Se obtendrá la información de las Historias clínicas virtuales	Cualitativa	Nominal Politómica	1.Pregrado 2.Postgrado