



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

FRECUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO DE
DESARMONÍA OCLUSAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO
DENTAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO
HEREDIA EN EL AÑO 2018 Y 2019

FREQUENCY OF THE CHARACTERISTICS OF THE DIAGNOSIS OF
OCCLUSAL DISHARMONY IN PATIENTS TREATED AT THE TEACHING
DENTAL CENTER OF THE PERUVIAN UNIVERSITY CAYETANO
HEREDIA IN THE YEARS 2018 AND 2019

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

AUTORES

KIARA NALLELY BENITES GUERRA

LUIS ALEXANDER BAEZ TIRADO

ASESOR

CARLOS ALBERTO PAZ MAYURI

LIMA - PERÚ

2025

JURADO

PRESIDENTE: MG. ESP. CD. MARY ISABEL FUKUHARA NAKAMA

VOCAL: MG. ESP. CD. MARIA DE LAS MERCEDES MALDONADO
MENDOZA

SECRETARIO: ESP. CD. CLAVER CLEMENTE SANTOS ESCALANTE

Fecha de sustentación: 28 de mayo del 2025

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

ASESOR

DR. ESP. CARLOS ALBERTO PAZ MAYURI

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

ORCID: 0000-0002-0597-9006

DEDICATORIA

A Dios, por ser el fundamento de mi vida y la fuente inagotable de fortaleza en cada paso de este camino. Su guía me brindó la claridad y serenidad necesaria para afrontar cada desafío y continuar con fe y determinación hasta alcanzar esta meta.

A mi madre, Nancy, pilar fundamental en mi vida, por su amor incondicional, por haber asumido con valentía y entereza los roles de madre y padre, y por enseñarme, con su ejemplo el verdadero significado del sacrificio, la entrega y la perseverancia. Todo lo que soy y todo lo que he logrado es gracias a ella.

A mis hermanos; Andrey, por ser guía, consejero y modelo a seguir. Su madurez, sus palabras oportunas y su constante apoyo han sido un faro en mi desarrollo personal y profesional. A Carlos, por su cariño, admiración y confianza. Deseo que este logro sea para ti una muestra de que todo esfuerzo tiene su recompensa. Gracias a ambos por creer en mí incluso en los momentos en que yo misma dudaba.

A mí misma, por la resiliencia y el compromiso con los que enfrenté cada reto. Por no rendirme, por levantarme tras cada caída, por descubrir pasión en esta carrera luego de un proceso difícil, y por permitirme crecer al lado de personas y mentores que dejaron huella en mi camino.

Y a Maya, mi fiel compañera, por su amor silencioso y reconfortante en cada noche de desvelo, por su ternura constante y por ser refugio de calma en los días más difíciles.

Kiara Benites Guerra

A mi mamá, por estar siempre a mi lado, por su amor incondicional, su fuerza y su fe en mí incluso cuando yo dudaba. Gracias por ser mi ejemplo, mi refugio y mi mayor motivación para seguir adelante.

A mi abuela, en el cielo, con todo mi cariño. Aunque no estés físicamente, tu recuerdo vive en mí cada día. Gracias por tus enseñanzas, por tu ternura y por ser una guía silenciosa en este logro que también es tuyo.

Luis Alexander Baez Tirado

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro más sincero y profundo agradecimiento a nuestro asesor, el Dr. Carlos Paz, por su invaluable guía a lo largo de este proceso. Su compromiso, paciencia y vocación docente fueron pilares fundamentales para el desarrollo de este trabajo. En todo momento nos brindó su apoyo incondicional, incluso cuando el tiempo no jugaba a su favor, demostrando que no solo es un excelente guía académico, sino también un verdadero mentor.

De igual manera, extendemos nuestro especial reconocimiento al Mg. Roberto León Manco, quien en los últimos meses se convirtió en un apoyo clave para la culminación de esta tesis. Su orientación desinteresada, sus oportunos consejos y su constante disposición marcaron una diferencia significativa en esta etapa final.

Finalmente, agradecemos al Departamento Académico de Clínica Estomatológica por habernos brindado las facilidades necesarias para la realización de esta investigación, así como su respaldo institucional durante todo el proceso académico.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

FRECUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL **DIAGNÓSTICO DE
DESARMONÍA OCLUSAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO
DENTAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO
HEREDIA EN EL AÑO 2018 Y 2019**

FREQUENCY OF THE CHARACTERISTICS OF THE DIAGNOSIS OF
OCCLUSAL DISHARMONY IN PATIENTS TREATED AT THE TEACHING
DENTAL CENTER OF THE PERUVIAN UNIVERSITY CAYETANO
HEREDIA IN THE YEARS 2018 AND 2019

TESIS PARA OPTAR POR EL **TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

AUTORES

KIARA NALLELY BENITES GUERRA
LUIS ALEXANDER BAEZ TIRADO

ASESOR

CARLOS ALBERTO PAZ MAYURI

LIMA - PERÚ

2025

23% Similitud Filtros

estándar

Fuentes Mostrar las fuentes solapadas

1 Internet	hdl.handle.net	14%
35 bloques de texto	477 palabra que coinciden	
2 Internet	repositorio.upch.edu.pe	4%
8 bloques de texto	139 palabra que coinciden	
3 Internet	revistas.upch.edu.pe	<1%
1 bloques de bloques	28 palabra que coinciden	
4 Internet		

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
III. Materiales y Métodos	6
IV. Resultados	10
V. Discusión	12
VI. Conclusiones	16
VII. Limitaciones	17
VIII. Recomendaciones	18
IX. Referencias Bibliográficas	19
X. Tablas	23
XI. Anexos	

RESUMEN

Antecedentes: La desarmonía oclusal puede presentarse de manera asintomática, sin embargo, en otros casos, puede provocar diversas alteraciones que generan signos y síntomas capaces de afectar la salud bucal del individuo. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de las características del diagnóstico de desarmonía oclusal en los pacientes atendidos en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018 y 2019. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. Se utilizaron las historias clínicas virtuales de la CDD entre 2018 y 2019, con un total de 37 individuos registrados. Las variables analizadas incluyeron diagnóstico de desarmonía oclusal (general y específico), sexo, edad, lugar de residencia, nivel educativo del paciente, sede de atención y nivel de instrucción del operador. Se realizó un análisis descriptivo, bivariado y multivariado. **Resultados:** Del total de casos analizados, la característica más frecuente del diagnóstico de Desarmonía Oclusal fue la del edentulismo parcial superior y/o inferior (70,3%), principalmente en 2019. La sede San Martín de Porres concentró el mayor número de atenciones (84,61%), realizadas en su mayoría por operadores de pregrado (88,46%). Predominaron pacientes de Lima Norte (61,53%), con nivel universitario (50%), siendo en su mayoría mujeres (61,54%) y adultos (50%). **Conclusión:** La característica diagnóstica más frecuente de Desarmonía Oclusal fue el Edentulismo parcial superior y/o inferior.

Palabras claves: Acceso a la información, Desarmonía Oclusal, Diagnóstico oclusal.

ABSTRACT

Background: Occlusal disharmony can be asymptomatic; however, in some cases, it may cause various alterations that generate signs and symptoms capable of affecting an individual's oral health. **Objective:** To determine the frequency of diagnostic characteristics of occlusal disharmony in patients treated at the Dental Teaching Center of the Universidad Peruana Cayetano Heredia in 2018 and 2019. **Materials and Methods:** A cross-sectional, observational, descriptive, and retrospective study was conducted. Virtual clinical records from the CDD between 2018 and 2019 were used, totaling 37 registered individuals. Analyzed variables included occlusal disharmony diagnosis (general and specific), sex, age, place of residence, educational level, care center, and operator's educational background. Descriptive, bivariate, and multivariate analyses were performed. **Results:** Among all the cases analyzed, the most frequent characteristic of the Occlusal Disharmony diagnosis was partial edentulism in the upper and/or lower arch (70.3%), mainly in 2019. The San Martín de Porres branch accounted for the highest number of cases (84.61%), mostly treated by undergraduate students (88.46%). Most patients were from North Lima (61.53%), had a university-level education (50%), and were predominantly women (61.54%) and adults (50%). **Conclusion:** The most frequent diagnostic characteristic of occlusal disharmony was upper and/or lower partial edentulism.

Keywords: Information access, Occlusal Disharmony, Occlusal Diagnosis.

I. INTRODUCCIÓN:

Los dientes desempeñan un papel fundamental en el ser humano, principalmente al facilitar la masticación mediante la fragmentación de los alimentos. Sin embargo, la importancia de la oclusión dental trasciende esta función básica. Su relevancia biológica y psicosocial se vuelve evidente ante la pérdida dental, ya que esta puede generar limitaciones funcionales, estéticas, psicológicas y sociales, incluso si la oclusión remanente es funcional o alterada (1).

Según el Glosario de Términos de Prostoncía, la oclusión dental es definida como "el acto o proceso de cerrar, o de cortar", y también como "la relación estática entre las superficies incisales o masticatorias de los dientes maxilares y mandibulares, o de sus equivalentes protésicos" (2). Además, se explica que el término proviene del latín *oc* (arriba) y *cludere* (cerrar), aludiendo al contacto anatómico entre los dientes (3).

Una oclusión funcional debe estar libre de tensiones, logrando así el equilibrio del sistema estomatognático, que incluye dientes, músculos, huesos, ligamentos y la articulación temporomandibular. Este sistema interviene en funciones vitales como la masticación, deglución, fonación e interacción social. Ante alteraciones estructurales o funcionales, el sistema busca adaptarse, pero una desarmonía persistente puede progresar desde un estado leve hasta una oclusión patológica, dependiendo de la capacidad adaptativa del paciente y la magnitud del desequilibrio (4).

Esta investigación analiza la frecuencia de las características del diagnóstico de desarmonía oclusal en pacientes atendidos en el Centro Dental Docente de la

Universidad Peruana Cayetano Heredia (CDD-UPCH) en los años 2018 y 2019. De manera general, los diagnósticos oclusales se clasifican en: armonía oclusal, desarmonía oclusal y oclusión patológica. Durante el examen clínico es posible identificar signos oclusales que pueden asociarse a diferentes grados de patología oclusal, por lo que resulta esencial reconocer sus características específicas para un diagnóstico adecuado (5).

La armonía oclusal implica que todos los componentes del sistema masticatorio funcionan de manera sincronizada (4). Esto se logra cuando existe una adecuada relación entre dientes y articulaciones, donde la dentición natural ha erupcionado sin interferencias y las articulaciones temporomandibulares mantienen una posición musculoesquelética estable en armonía con la oclusión (6).

Por el contrario, la desarmonía oclusal puede presentarse tanto en pacientes asintomáticos como en aquellos con signos clínicos que afectan su salud bucal. En algunos casos, esta desarmonía no es leve desde su inicio, sino que puede presentarse como moderada o severa, especialmente en presencia de factores genéticos, discrepancias esqueléticas severas (como las clases II o III de Angle), agenesias, dientes supernumerarios o alteraciones en la articulación temporomandibular (7).

La desarmonía oclusal representa el intento del organismo por equilibrar los factores morfogénéticos, funcionales y ambientales. Cerca del 70% de niños y jóvenes mayores de seis años presentan algún grado de desarmonía oclusal, lo que demuestra su alta prevalencia como problema de salud pública (8). Esta condición

se clasifica en tres niveles de severidad: leve, moderada y severa, cada una con subtipos que reflejan la progresión del deterioro funcional (4).

Finalmente, la oclusión patológica como aquella desarmonía oclusal severa que supera la capacidad adaptativa del sistema masticatorio, afectando estructuras como los dientes, músculos, tejidos periodontales o la articulación temporomandibular, y manifestándose a través de síndromes clínicos como el colapso oclusal posterior, el síndrome de Kelly, el síndrome miofascial doloroso o el desgaste severo (9).

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo identificar y describir la frecuencia de las características de desarmonía oclusal en las historias clínicas virtuales de pacientes atendidos en la CDD-UPCH durante 2018 y 2019, considerando también variables sociodemográficas relevantes para el análisis de esta condición.

II. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar la frecuencia de las características del diagnóstico de desarmonía oclusal en los pacientes atendidos en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018 y 2019.

Objetivos Específicos:

1. Determinar la característica más frecuente de la desarmonía oclusal según el sexo de los pacientes atendidos en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018 y 2019.
2. Determinar la característica más frecuente de la desarmonía oclusal según la edad de los pacientes atendidos en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018 y 2019.
3. Determinar la característica más frecuente de la desarmonía oclusal según el lugar de residencia de los pacientes atendidos en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018 y 2019.
4. Determinar la característica más frecuente de la desarmonía oclusal según el nivel educativo de los pacientes atendidos en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018 y 2019.

5. Determinar la característica más frecuente de la desarmonía oclusal según la sede en la que los pacientes fueron atendidos por el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante los años 2018 y 2019.

6. Determinar la característica más frecuente de la desarmonía oclusal según el nivel de instrucción del operador que realizó el tratamiento odontológico en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018 y 2019.

III. MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio:

El presente estudio es de tipo transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo.

Población:

De un total de 327 historias clínicas virtuales registradas, finalmente la población de estudio quedó conformada por 37 historias clínicas virtuales que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de selección:

Se incluyeron en el estudio las historias clínicas virtuales de pacientes atendidos en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CDD-UPCH) durante los años 2018 y 2019 de pacientes mayores de 18 años que reportaron características del diagnóstico de Desarmonía Oclusal y que fueron atendidos entre los años 2018 y 2019 en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CDD-UPCH), por operadores de pregrado de tercero, cuarto y quinto año, así como por operadores del posgrado del Servicio de Rehabilitación Oral de las sedes de San Isidro y Martín de Porres.

Además, las historias clínicas virtuales debían contar con el caso clínico aprobado por el docente a cargo, así como con el consentimiento informado, aceptado y firmado por el paciente (criterios de inclusión). Fueron excluidas de la base de datos

aquellas historias clínicas que estaban incompletas, duplicadas o que no cumplieran con los criterios de inclusión.

Definición operacional de variables:

La Clasificación utilizada fue la de los Desórdenes Funcionales Oclusales aceptada por consenso por los docentes del Área de Oclusión y Rehabilitación Oral de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CDDUPCH) en Setiembre del 2015. (Anexo N°2)

Se define como Desarmonía Oclusal a toda persona que presente una disfunción en la guía anterior, alteración del plano oclusal, interferencias en céntrica, lateralidades y/o protrusiva, pudiendo ser parcialmente edéntulos superior y/o inferior.

Se obtuvo la información de los diagnósticos mediante los datos clínicos virtuales. El estudio, es de tipo cualitativo, de escala politómica nominal con valores: 1=Alteración de la guía anterior, 2=Alteración del plano oclusal, 3=Interferencias en céntrica, lateralidades, protrusiva y 4= Edéntulo parcial superior y/o inferior (10). Se define como Alteración de la guía anterior a un problema en la forma en que los dientes anteriores (incisivos y caninos) guían los movimientos de la mandíbula, especialmente durante la lateralidad y protrusión (11). La alteración del plano oclusal se refiere a cualquier desviación de la superficie oclusal imaginaria respecto a su orientación ideal. (12). Una interferencia oclusal es un contacto dental no deseado que altera o impide el trayecto fisiológico de los movimientos mandibulares. Puede presentarse durante la relación céntrica, los movimientos de lateralidad, protrusivos o durante el cierre mandibular (13). Edéntulo parcial

superior y/o inferior se define como el estado de la salud oral de una persona en la que se observa la ausencia de una o más dientes en la cavidad oral (14).

Se define como Sexo a las características físicas y biológicas del paciente. Es de tipo cualitativa, de escala dicotómica nominal con valores: 1=Masculino, 2=Femenino.

Se define como Edad, a la edad cronológica o indicar de los años vivos del paciente. Es de tipo cuantitativa, de escala discreta con valores: Años en números enteros.

Se define como Lugar de residencia al lugar de domicilio del paciente. Es de tipo cualitativa, de escala nominal con valores: 1= Lima Centro, 2= Lima Este, 3= Lima Norte, 4= Lima Sur, 5= Callao, 6= Otros Departamentos

Se define como Nivel de Educación del paciente al grado de instrucción que alcanzó. Es de tipo cualitativa, de escala ordinal con valores: 1=Inicial, 2=Primaria, 3=Secundaria, 4=Superior No Universitaria, 5=Superior Universitaria, 6=Postgrado.

Se define como Sede de atención al local en donde fue diagnosticado el paciente. Es de tipo cualitativa, de escala dicotómica nominal con valores: 1=San Martín de Porres, 2=San Isidro.

Se define como Nivel de Instrucción del operador al grado de instrucción de este. Es de tipo cualitativa, de escala nominal con valores: 1=Pregrado, 2=Postgrado.
(Anexo N°2, Anexo N°3)

Procedimientos y técnicas:

Para la realización de este proyecto, se solicitó autorización a la administración del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CDD-UPCH) el 31 de enero de 2025. La base de datos fue entregada en formato Excel el 7 de febrero del mismo año. Posteriormente, se depuró la información, eliminando las historias duplicadas, incoherentes o que no contenían las variables requeridas. Finalmente, solo 37 historias clínicas virtuales cumplieron con los criterios establecidos para el estudio, constituyendo así la población objetivo.

Aspectos éticos del estudio:

El análisis de datos se realizó previamente a la aprobación del proyecto de tesis, registrado con el número SIDISI 212582, y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) el 29 de enero del 2025. Además, se obtuvo la autorización del director Clínico del Centro Dental Docente (CDD-UPCH) para la extracción de los datos necesarios. Cabe señalar que la base de datos fue debidamente anonimizada, garantizando la confidencialidad y evitando la identificación de los sujetos de estudio.

Plan de análisis:

El análisis descriptivo se realizó determinando las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas. Asimismo, se hizo un análisis bivariado utilizando la prueba chi cuadrado para relacionar las variables. El estudio contó con un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$ el cual se utilizará en el programa estadístico SPSS 24.0.

IV. RESULTADOS:

En el análisis de las características generales de la muestra (Tabla 1), se observó que, del total de diagnósticos de desarmonía oclusal, el 88.7% (n=290) correspondió a diagnósticos no específicos, mientras que el 11.3% (n=37) fueron específicos. Entre los diagnósticos específicos, la condición más frecuente fue el edentulismo parcial superior y/o inferior con 70.3% (n=26), seguido por alteración de la guía anterior con 18.9% (n=7), alteración del plano oclusal con 8.1% (n=3) e interferencias en céntrica, lateralidades y protrusiva con 2.7% (n=1).

Al analizar la distribución de los diagnósticos específicos según las variables de estudio (Tabla 2), se observó que todos los casos se presentaron en el año 2019, representando el 70,3% (n=26) del total. En cuanto a la sede, San Martín de Porres concentró la mayor frecuencia de casos en todas las categorías diagnósticas, con un 84,61% (n=22). Asimismo, la mayoría de las atenciones fueron realizadas por estudiantes de pregrado, quienes intervinieron en el 88,46% (n=23) de los casos. Respecto a la procedencia, los pacientes provenientes de Lima Norte registraron las frecuencias más elevadas en casi todas las categorías, alcanzando un 61,53% (n=16). En relación con el nivel educativo, se contó con 28 registros válidos de un total de 37, siendo más prevalente el nivel superior universitario con un 50% (n=10). En cuanto al sexo, se encontró una mayor frecuencia en mujeres, con un 61,54% (n=16). Finalmente, al analizar el grupo etario, los adultos representaron el porcentaje más alto, con un 50% (n=13).

Cabe destacar que no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre los diagnósticos específicos y las variables analizadas ($p > 0,05$ en todas las comparaciones).

V. DISCUSIÓN:

La desarmonía oclusal se refiere a la falta de armonía en los contactos oclusales de los dientes, lo que puede llevar a problemas funcionales y estéticos en el sistema estomatognático. Esta condición puede causar dolor, desgaste dental, problemas en la articulación temporomandibular y alteraciones en la función masticatoria. Según Cano (2015), la desarmonía oclusal puede afectar la estabilidad del sistema estomatognático y requiere un diagnóstico y tratamiento adecuados para prevenir complicaciones a largo plazo. La identificación y manejo temprano de esta condición son esenciales para mantener la salud oral y mejorar la calidad de vida del paciente (15).

Según los resultados obtenidos, la característica más prevalente dentro del diagnóstico de desarmonía oclusal fue el edentulismo parcial, tanto en el maxilar superior como en el inferior, con una frecuencia del 70,3% (n=26).

Este hallazgo coincide con un estudio realizado en la Clínica Universitaria de Cuenca, Ecuador (2016), donde se analizó la relación entre el estado nutricional y el edentulismo parcial en 378 pacientes adultos. En dicho estudio, se reportó que esta forma de pérdida dental fue la más común, con una prevalencia del 75%, afectando negativamente la calidad de vida de los individuos. Además, se determinó que el género no tiene una influencia significativa sobre esta condición, mientras que la edad sí representa un factor determinante, ya que el riesgo de pérdida dentaria aumenta con el pasar de los años (16).

Por otro lado, el estudio de Cumpa, realizado en Lima (2020), evaluó la prevalencia del edentulismo según la clasificación de Kennedy, destacando una alta frecuencia de edentulismo parcial, que alcanzó el 91,1%. Asimismo, se observó una mayor incidencia en mujeres (17).

Estos hallazgos refuerzan la estrecha relación entre el edentulismo parcial y las desarmonías oclusales, subrayando la necesidad de estrategias preventivas y un abordaje clínico oportuno para preservar la estabilidad funcional del sistema estomatognático.

La característica de la alteración de la guía anterior presentó una prevalencia del 18,90% (n=7). En un estudio observacional realizado por Altamirano et al. (2023) en el servicio de ATM y Oclusión del Hospital Odontológico de la UNNE, Argentina, se evaluaron 55 pacientes entre 2021 y 2022 mediante muestreo aleatorio sistemático, con el objetivo de analizar la relación entre la funcionalidad de la guía anterior y los tejidos duros y blandos.

Del total de pacientes, el 56% presentó una guía anterior funcional, mientras que el 44% mostró disfunción. Con relación a la guía incisiva, el 54% evidenció funcionalidad en protrusión, frente a un 46% sin dicha función. Con respecto a la integridad de los dientes anteriores, el 50% conservaba piezas naturales sanas, el 16% contaba con restauraciones en resina, y tanto las prótesis parciales removibles como las fijas estuvieron presentes en un 12% cada una.

Finalmente, el estudio concluyó que la pérdida de integridad morfológica de la guía anterior está estrechamente vinculada a la falta de prevención y de hábitos

adecuados de higiene oral, factores que incrementan el riesgo de disfunciones en esta estructura (18).

La alteración del plano oclusal presentó una prevalencia del 8,11% (n=3). En relación con este hallazgo, el estudio de Mora et al. (2015) resulta pertinente, ya que comparó la ubicación del plano oclusal (PO) en adultos jóvenes chilenos eugnáticos mediante los análisis cefalométricos de Steiner, Ricketts y Delaire, evaluando un total de 96 telerradiografías digitales. Los autores hallaron que las mediciones obtenidas a partir de los métodos de Steiner y Ricketts se mantenían dentro de los parámetros normales, mientras que el análisis de Delaire evidenció una desviación de 1,76 mm con respecto a la referencia teórica. Se observó una prevalencia del 51.04 % (n=49) de esta alteración, siendo más frecuente en el sexo masculino. En este contexto, los autores subrayan la necesidad de desarrollar normas cefalométricas adaptadas a la población chilena, lo cual permitiría optimizar tanto el diagnóstico como la planificación de tratamientos odontológicos (19). Aunque dicho estudio se basó en evaluaciones radiográficas, a diferencia del presente trabajo que fue de carácter clínico, constituye la referencia más cercana y comparable con nuestros resultados.

Según el estudio, la característica menos prevalente fue la presencia de interferencias oclusales, con un 2.70 % (n=1). De acuerdo con Quintana, Cuba (2010), estas interferencias son comunes durante las etapas de dentición temporal y mixta, se asocia con maloclusiones funcionales, alteraciones dentofaciales y trastornos temporomandibulares. En una investigación transversal realizada en 820 niños de Matanzas, se identificaron 138 casos de interferencias oclusales; de estos,

el 36.9 % presentó mordida cruzada anterior y el 63.0 %, mordida cruzada posterior. La mayor incidencia se registró en niños de 11 años con dentición mixta (19.4 %). El estudio enfatiza la relevancia de una detección precoz y de intervenciones oportunas desde el primer nivel de atención, con el fin de prevenir la evolución de estas interferencias hacia maloclusiones severas, anomalías dentomaxilofaciales y disfunciones de la articulación temporomandibular. Asimismo, destaca la necesidad de abordar estas condiciones para evitar su impacto como problema de salud pública (20).

VI. CONCLUSIONES:

1. La característica del diagnóstico de Desarmonía Oclusal más frecuente fue la del edentulismo parcial superior y/o inferior.
2. Según la característica más frecuente del diagnóstico de Desarmonía Oclusal, se registró un mayor número de casos en mujeres.
3. Según la característica más frecuente del diagnóstico de Desarmonía Oclusal, se registró un mayor número de casos en el grupo etario de adultos.
4. Según la característica más frecuente del diagnóstico de Desarmonía Oclusal, se registró un mayor número de casos en la zona de Lima Norte.
5. Según la característica más frecuente del diagnóstico de Desarmonía Oclusal, se registró un mayor número de casos en los pacientes con nivel educativo universitario superior.
6. Según la característica más frecuente del diagnóstico de Desarmonía Oclusal, se registró un mayor número de casos en la sede San Martín.
7. Según la característica más frecuente del diagnóstico de Desarmonía Oclusal, se registró un mayor número de casos en los operadores de pregrado.

VII. LIMITACIONES:

A pesar de los esfuerzos por asegurar la validez y confiabilidad de los datos, este estudio presenta algunas limitaciones:

- Errores en el registro de datos en la historia clínica virtual por parte de los operadores.
- Dificultades asociadas al uso del “Sistema de Gestión Clínico Docente”, una plataforma con múltiples ítems y opciones de llenado.
- Limitada supervisión docente.
- Falta de un sistema de auditoría en tiempo real para los registros efectuados.

VIII. RECOMENDACIONES:

1. Optimizar el sistema de registro de las Historias Clínicas Virtuales de la Clínica Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con un enfoque en la precisión y el detalle de los diagnósticos relacionados con los desórdenes funcionales oclusales, incluyendo capacitaciones periódicas dirigidas a estudiantes y docentes.
2. Exigir una mayor rigurosidad en el registro de las historias clínicas por parte de los estudiantes, asegurando la supervisión docente en tiempo real para garantizar la precisión y completitud de los datos clínicos.
3. Investigar a profundidad las características clínicas de cada una de las condiciones abordadas en este estudio, con el fin de ampliar el conocimiento en el área de Oclusión.
4. Realizar estudios epidemiológicos de manera periódica, fortaleciendo los métodos de recolección de información para identificar patrones de distribución y diseñar estrategias preventivas eficaces.
5. Promover programas de rehabilitación oral y campañas de concientización sobre la reposición temprana de piezas dentales, con el objetivo de mitigar el impacto funcional y estético del edentulismo parcial en la salud bucal.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Turp JC, Greene CS, Strub JR. Dental occlusion: a critical reflection on past, present and future concepts. *J Oral Rehabil.* 2008;35(6):446–53.
2. Academy of Prosthodontics. The Glossary of Terms. 2005;94(1):10–92.
3. Vellini F. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
4. Guerrero CMD, Guerrero GA. Evolución de la Patología Oclusal: Una Revisión. *J Oral Res.* 2013;2(2):77–85.
5. Gross M. La oclusión en la odontología restauradora. Barcelona: Ed Labor; 1998.
6. Grau León I, Cabo García R. Evaluación de la oclusión en pacientes con trastornos temporomandibulares y desarmonías oclusales. *Rev. Cubana Estomatol.* 2010;47(2):169–77.
7. Goyeneche Miranda JM. 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 de grado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2015.
8. Fonseca Fernández Y, Fernández Pérez E, Cruañas AM. Mordida Abierta Anterior. Revisión Bibliográfica. *Rev Habanera Ciencias Médicas.* 2014;13(4):509–15.
9. Rosemberg. Treatment of occlusion as an adjunct to periodontal therapy. *Soc. Periodontal.* 1967; 1:14–22.
10. Paz Mayuri C, Santos Escalante C. 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 [Tesis de posgrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. Disponible en:

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7337/Frecuencia_PazMayuri_Carlos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Venegas Camila, Fuentes Ramón. Área de Céntrica, Revisión del Concepto. Una Revisión Narrativa. *Int. J. Odontostomat.* 2023; 17(2): 124-129. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2023000200124&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2023000200124>.
12. Cahuana JL, Huertas Mogollón G, Rodríguez Cárdenas Y. Métodos para la determinación del plano oclusal. Una revisión de la literatura. *Rev Cient Odontol.* 2020;8(2).
13. Otaño Laffitte G, Llanes Rodríguez M, Delgado Carrera L, Grau I, Castillo R. Interferencias oclusales en pacientes de alta de Ortodoncia. *Rev Cubana Estomatol.* 2005;42(3):0-0.
14. Huamanciza-Torres EE, Chávez-Rimache L, Chacón-Uscamaita PR, Ayala de la Vega G. Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. *Rev Habanera Cienc Médicas.* 2019;18(2):281-97.
15. Cano Andrade J. Desarmonía oclusal: Impacto en la estabilidad del sistema estomatognático. *Rev Dent América Lat.* 2015;23(4):315-22.
16. Vanegas E, Villavicencio E, Alvarado O, Ordoñez P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica Universitaria Cuenca Ecuador 2016 [Internet]. 2016. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/3027/2990>
17. Cumpa G. Prevalencia y clasificación del edentulismo parcial en pacientes atendidos en un centro médico de salud ocupacional, Lima 2020 [Tesis de posgrado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/76936>

18. Altamirano RH, López P, Romero M, Caramello C, Christiani JJ. Estudio funcional de la guía anterior y su relación con los tejidos duros y blandos. Rev Digit Fac Odontol UNNE (REDI). 2023;7(1)
19. Mora FN, Schulz RR, Cerda PB, Rivera RM, López GJ, Martínez AV, Romo OF. Estudio del plano oclusal de una población chilena según los cefalogramas de Steiner, Ricketts y Delaire. *Int J Odontostomat.* 2015;9(3):379-84.
20. Quintana Espinosa MT, Martínez Brito I. Interferencias oclusales y su relación con las maloclusiones funcionales en niños con dentición mixta. Rev. Med. Electron [Internet]. 2010;32(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol2%202010/tema2.htm>
21. Johnson M, Lee K, Park H. Los estudiantes de medicina en formación pueden presentar dificultades para realizar diagnósticos precisos debido a la falta de experiencia clínica y conocimiento especializado. Medical Education Journal. 2019;53(4):256-262.
22. Smith J, Doe A, Brown B. Los errores en la documentación de las historias clínicas electrónicas pueden afectar la calidad de la atención médica y la precisión de los datos utilizados en la investigación. Journal of Medical Informatics. 2020;45(3):123-130.
23. Achury Peñaloza N. Vulnerabilidades de las historias clínicas digitales ocasionadas por los Trabajadores de Salud [Tesis de grado]. Bogotá: Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD); 2018. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/25666/%20naachuryp.pdf?sequence=1>

24. Williams R, Patel S, Kim J. La supervisión efectiva por parte de los docentes es crucial para garantizar la precisión y consistencia en la documentación de los diagnósticos clínicos. *Journal of Clinical Education*.2021;62(2):98-105.

Achury Peñaloza N. Vulnerabilidades de las historias clínicas digitales ocasionadas por los Trabajadores de Salud [Tesis de grado]. Bogotá: Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD); 2018. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/25666/%20naachuryp.pdf?sequence=1>

XI. TABLAS:

Tabla 1. Frecuencia del acceso a información sobre las características de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú, 2018 - 2019.

VARIABLES	n	%
DX DESARMONÍA OCLUSAL GENERAL		
Específica	37	11,31
No específica	290	88,69
DX DESARMONÍA OCLUSAL ESPECÍFICO		
Alteración de la guía anterior	7	18,92
Alteración del plano oclusal	3	8,11
Interferencias en céntrica, lateralidades, protrusiva	1	2,70
Edéntulo parcial superior y/o inferior	26	70,27

n: Frecuencia Absoluta

?: Frecuencia Relativa

Tabla 2.- Distribución de Diagnósticos de Desarmonía Oclusal en Relación con Variables del Estudio en Pacientes de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú, 2018-2019.

VARIABLES	Alteración de la guía anterior		Alteración del plano oclusal		Interferencias en lateralidades, protrusiva		Edéntulo superior y/o inferior		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	AÑO								
2018	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	NR
2019	7	18,92	3	8,11	1	2,70	26	70,27	
SEDE DE ATENCIÓN									
SMP	6	85,71	2	66,65	1	100,00	22	84,61	0,832
San Isidro	1	14,29	1	33,35	0	0,00	4	15,38	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL OPERADOR									
Pregrado	6	85,71	3	100,00	1	100,00	23	88,46	0,899
Posgrado	1	14,29	0	0,00	0	0,00	3	11,54	
LUGAR DE RESIDENCIA									
Lima centro	2	28,57	0	0,00	1	100,00	3	11,57	0,773

Lima este	1	14,29	1	33,33	0	0,00	1	3,84
Lima norte	4	57,14	1	33,33	1	100,00	16	61,53
Lima sur	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,84
Callao	0	0,00	1	33,33	0	0,00	1	3,84
Otros departamentos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,84

NIVEL DE EDUCACIÓN

DEL PACIENTE

Inicial	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,567
Primaria	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	10,00	
Secundaria	3	75,00	1	25,00	0	0,00	7	35,00	
Superior no universitaria	1	25,00	1	25,00	0	0,00	1	5,00	
Superior universitaria	1	25,00	1	33,33	0	0,00	10	50,00	

SEXO

Hombre	2	28,57	2	66,65	0	0,00	10	38,46	0,587
Mujer	5	71,43	1	33,35	1	100,00	16	61,54	

EDAD

Adulto joven	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,144
Adulto	4	57,15	2	66,65	0	0,00	13	50,00	
Adulto mayor	3	42,85	1	33,35	1	100,00	13	50,00	

n: Frecuencia Absoluta

=: Frecuencia Relativa

X. ANEXOS:

ANEXO 1

ABREVIATURAS

- | | |
|--|---------|
| 1. Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano CDD-UPCH | |
| 2. Comité Institucional de Ética de la UPCH | CIEUPCH |
| 3. Desarmonía Oclusal | DO |
| 4. Posición Máxima Intercuspídea | PMI |
| 5. Relación Céntrica | RC |

ANEXO 2

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

1.- Desorden funcional oclusal:

- a. Desarmonía Oclusal.
 - Alteración de la guía anterior
 - Alteración del plano oclusal
 - Interferencias en céntrica, lateralidades, protrusiva.
 - 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.- Desorden funcional muscular:

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

3.- Desorden 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. Trastornos inflamatorios de la articulación

–Sinovitis

–Capsulitis

–Retrodisquitis

–Artritis: Osteoartritis, osteoartrosis y polio artritis

–Trastornos inflamatorios de estructuras asociadas

d. Hipomovilidad mandibular crónica

–Anquilosis: Fibrosa, ósea

–Contractura muscular: Miostática, miofibrótica

e. Trastornos 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 3

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Valores y categorías
Desarmonía Oclusal	Paciente con alteración de la guía anterior o alteración del plano oclusal o interferencias en céntrica o lateralidades protrusiva pudiendo ser edéntulo parcial superior y/o inferior	Se obtuvo información de las historias clínicas virtuales	Cualitativa	Nominal Politémica	1. Alteración de la guía anterior 2. Alteración del plano oclusal 3. Interferencias en céntrica, lateralidades, protrusiva 4. Edéntulo parcial superior y/o inferior

Sexo	Se refiere a la identidad sexual biológica del paciente	Se obtuvo información de las historias clínicas virtuales	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.Masculino 2.Femenino
Edad	Se refiere a la edad cronológica o años vivos del paciente	Se obtuvo información de las historias clínicas virtuales	Cuantitativa	Discreta	Años en números enteros
Lugar de residencia	Se refiere al lugar de domicilio del paciente	Se obtuvo información de las historias clínicas virtuales	Cualitativa	Nominal	1. Lima Centro 2. Lima Este 3. Lima Norte 4. Lima Sur 5. Callao 6. Otros Departamentos
Nivel de	Grado de	Se obtuvo información			1.Inicial 2.Primaria

educación del paciente	instrucción alcanzado del paciente	de las historias clínicas virtuales	Cualitativa	Ordinal	3.Secundaria 4.Superior No universitaria 5. Superior Universitaria 6.Postgrado
Sede de atención	Local en donde fue evaluado el paciente.	Se obtuvo información de las historias clínicas virtuales	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.San Martín de Porres 2.San Isidro
Nivel de instrucción del operador	Grado de Instrucción del operador	Se obtuvo información de las historias clínicas virtuales	Cualitativa	Nominal	1.Pregrado 2.Postgrado