

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LAS TUNAS



**Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía
anterior de la oclusión dentaria disfuncional**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Médicas

Dra. Mayelín de la Caridad Suárez González

Las Tunas, 2024

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LAS TUNAS



**Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía
anterior de la oclusión dentaria disfuncional**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Médicas

Autor: Dra. Mayelín de la Caridad Suárez González
Especialista de 2^{do} grado en Prótesis Estomatológica. Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”

Tutor: Dr. C. Silvia María Díaz Gómez; Profesor Titular
Especialista de 2^{do} grado en Prótesis Estomatológica. Clínica Estomatológica Docente “Carmen Centro”

Co-Tutor: Dr. C. Yaima de los Ángeles Hidalgo Torres; Profesor Titular
Especialista de 2^{do} grado en Ortodoncia. Clínica Estomatológica Docente “Fructuoso Rodríguez”

Las Tunas, 2024

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, Profesora Titular Silvia María Díaz Gómez, Doctora en Ciencias Estomatológicas por su confianza y transitar junto a mí este difícil camino de la ciencia.

A mis compañeros de trabajo y demás profesionales de la salud que me han acompañado en esta maravillosa experiencia.

Gracias a todos por su apoyo.

DEDICATORIA

A mi esposo, mi hija y mi madre, que siempre han estado a mi lado en cada evento importante de mi vida.

SÍNTESIS

La guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional en el paciente adulto constituye un problema de salud. Se propuso implementar un protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional. Se realizó una investigación de desarrollo e innovación en la Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre” de Las Tunas, organizada en tres etapas. En una primera etapa se sistematizaron los referentes teóricos de la guía anterior de la oclusión dentaria y se diseñó la Escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas, la cual permitió la evaluación de protocolos existentes. En una segunda etapa se describieron las características clínicas de los pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional atendidos en la institución y sobre esta base fue diseñada la consulta interdisciplinaria para la evaluación integral a estos pacientes con criterio de remisión al segundo nivel de atención. En la última etapa se procedió al diseño del protocolo y a su validación teórica y práctica con resultados satisfactorios, obteniendo la categoría de Recomendado para su uso en la práctica estomatológica, resultado avalado en toda la investigación por el método Delphi. La valoración final de los resultados alcanzados en la investigación da cuenta de la pertinencia y científicidad del problema investigado.

Tabla de contenido

Glosario de Términos	
INTRODUCCIÓN.....	1
Antecedentes de la investigación.....	1
Justificación del estudio	4
Problema de la investigación	5
Objetivos de la investigación.....	5
Diseño metodológico de la investigación	6
DESARROLLO.....	11
I.1 Objetivos	11
I.2 Primera etapa.....	11
I.2.1 Diseño.....	11
I.2.2 Clasificación de la investigación.....	11
I.2.3 Aspectos generales del estudio	11
I.3 Dominio de la oclusión dentaria	12
I.3.1 Tipos de oclusión dentaria	13
I.3.2 Parafunciones y parasomnias	17
I.4 Guía anterior de la oclusión dentaria, enfoque clínico de vasta dimensión	18
I.4.1 Guía anterior y la musculatura interviniente	21
I.4.2 Funciones de la guía anterior.....	22
I.4.3 Importancia de la guía anterior de la oclusión dentaria	23
I.4.3.1 Factores asociados a la guía anterior de la oclusión dentaria.....	23
I.4.4 Factores principales en tratamientos en cuanto a oclusión dentaria exitosos	25
I.4.5 Criterios para restablecer la guía anterior de la oclusión dentaria	26
I.5 Documentos normativos en las Ciencias Estomatológicas desde la integración de saberes	27
I.5.1 Estandarización terapéutica	27
I.5.2 Elementos vigentes en Cuba referentes a la oclusión dentaria.....	28

I.6 Segunda etapa	30
I.6.1 Clasificación de la investigación. Investigación Desarrollo y Evaluación de marzo 2021 a mayo 2022	30
I.6.2 Aspectos generales del estudio	30
I.7 Técnicas y procedimientos	32
I.7.1 Operacionalización de las variables	33
I.7.2 Validación de la Escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas	36
I.8 Evaluación de los protocolos precedentes con la Escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas (ECDOCE).....	39
I.8.1 Universos	39
De protocolos	39
I.8.2 Técnicas y procedimientos.....	40
I.9 Resultados y discusión de la segunda etapa evaluación de protocolos precedentes.....	41
Conclusiones del Capítulo I.....	52
CAPÍTULO II. Pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional	54
II.1 Objetivos	54
II.1.1Objetivo general.	54
II.1.2 Objetivos específicos.	54
II.2 Clasificación de la investigación.....	54
II.3 Aspectos generales del estudio	54
II.3.1 Universo y Muestra	54
II.3.2 Operacionalización de las variables	55
II.4 Técnicas y procedimientos.....	57
II.5 Resultados y discusión de la caracterización de los pacientes con guía anterior de la oclusión disfuncional	58
II.6. Aspectos generales del estudio.	67
II.6.1 Clasificación de la investigación.....	67
II.6.2. Aspectos generales del estudio	67
II.6.3 Operacionalización de las variables	68

II.7 Técnicas y procedimientos.....	69
II.8 Resultados	71
Consulta interdisciplinaria para la atención clínica del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional	71
Conclusiones del Capítulo II	82
CAPÍTULO III. Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.....	84
III.1 Objetivos	84
III.2 Clasificación de la investigación.....	84
III.3 Fase I. Diseño del protocolo	84
III.3.1 Universo y muestra	84
III.3.2 Criterios de inclusión y exclusión	86
III.3.3 Fuentes de obtención de la información.....	86
III.3.4 Operacionalización de las variables	87
III.3.5 Técnicas y procedimientos.....	88
III.4 Fase II. Validación.....	88
III.4.1 Fase I. Validación teórico metodológica.....	88
III.5 Fase II. Validación práctica: estudio piloto	94
III.5.1 Procedimientos.....	94
III.6 Resultados	99
III.7 Discusión	106
Conclusiones del Capítulo III	111
CONCLUSIONES.....	113
RECOMENDACIONES	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	

Glosario de Términos

(ATM) Articulación temporomandibular

(CCI) Coeficiente de correlación intraclase

(ECDOCE) Escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas

(ISG Iadov) Índice de satisfacción grupal de Iadov

(MIC) Máxima intercuspidación

(MINSAP) Ministerio de Salud Pública

(OC) Oclusión céntrica

(OMC) Oclusión mutuamente compartida

(OMP) Oclusión mutuamente protegida

(OMS) Organización Mundial de la Salud

(OPS) Organización Panamericana de la Salud

(PMI) Posición de máxima intercuspidación

(RC) Relación céntrica

(TTM) Trastorno temporomandibular

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Antecedentes de la investigación

El complejo maxilofacial se compone de tres sistemas: esquelético, muscular y dentario, que en condiciones de armonía funcional, proporcionan una oclusión dentaria equilibrada.¹

La oclusión dental es un tema complejo e interesante, diagnosticar sus alteraciones se considera el punto de partida para el éxito de todo procedimiento restaurador o estético a realizar; a partir de su análisis se devolverá la función y estabilidad adecuada al sistema estomatognático.²

Los dientes anteriores son quizás el factor más importante en la rehabilitación bucal, en tanto poseen una función predominante en el sistema estomatognático, debido a que son esenciales para la estética, la fonación y la masticación, además de su valor funcional al proteger los dientes posteriores durante las excursiones libres de la mandíbula.¹

Los límites anteriores, es decir, incisivos maxilares y mandibulares, desarrollan el tope anterior. Un tope en el sector dentario, que proporciona la guía para los determinantes posteriores, permitiendo que los molares y premolares puedan alinearse en la dimensión vertical oclusiva exacta y la relación céntrica (RC).^{1,3}

Además de su valor funcional al proteger los dientes posteriores durante las excursiones libres de la mandíbula.^{1,4}

La guía anterior es una determinante de la oclusión dentaria, por tanto, responsable de programar la función masticatoria al ser los dientes anteriores los más sensitivos. No solo constituye una pauta exigente para los estudiosos de denticiones permanentes íntegras, sino que se convierte en algo difícil para aquellos que incursionan en procederes rehabilitadores.⁵

La guía anterior de la oclusión dentaria está integrada por la guía incisiva y la canina: la guía incisiva (trayectoria incisal) se determina por el plano de deslizamiento de la cara lingual o palatina de los dientes anteriores maxilares y la cara vestibular de los dientes anteriores mandibulares. Esta se puede medir en ángulos en relación con el plano horizontal o de Fráncfort y dividir en sagital o de propulsión que corresponde a la proyección de la mandíbula hacia adelante, y la trayectoria canina resulta en una lateralidad de trabajo, con el contacto de la cúspide del canino inferior con el canino superior, lo cual

produce una separación del sector posterior del lado de trabajo y del lado de no trabajo.⁶

La comunidad científica reconoce que existe una buena guía anterior de la oclusión dentaria cuando el movimiento o excursión de la mandíbula en el plano sagital en propulsión genera la desoclusión del sector posterior (apertura o separación de los molares y premolares en movimientos excéntricos). Mientras que, cuando en el plano horizontal la cúspide o punta de los caninos inferiores resbalen sobre la cara palatina de los caninos superiores, con total apertura en el sector posterior, es lo que se denomina guía o pauta canina, integrada por los mejores exponentes de fuerza, precisión y ordenamiento en el movimiento de lateralidad derecho e izquierdo, debido al cuerpo coronario del canino y su situación sobre un prominente hueso cortical.⁷

La literatura científica refleja debates encontrados en el campo de la oclusión dentaria, esquemas oclusales, filosofías y métodos de restauración de oclusiones dañadas o desgastadas, de una naturaleza compleja, por lo que los estudios del tema se muestran complicados, tanto para los estudiantes de pregrado, como de posgrado dentro de las Ciencias Estomatológicas.³

Resulta importante incrementar y perfeccionar las actividades preventivas a todos los grupos poblacionales, sin dejar de lado, que el seguimiento clínico basado en la observación, alerta y debate (enfermedades, causas, riesgos y probabilidades) necesita de la Estomatología moderna, y del diagnóstico por el método clínico, según refieren Garrigó Andreu y colaboradores.⁸

Epidemiología de la guía anterior de la oclusión dentaria en el contexto mundial, nacional

En la actualidad el comportamiento epidemiológico de las alteraciones de la oclusión dentaria es significativo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que los trastornos oclusales son hallazgos frecuentes en las consultas de estomatología.⁹

Manfredini y colaboradores,¹⁰ dieron a conocer cifras entre 22,1 % y 31,0 % de afectación de la población mundial y citan datos de la Organización Panamericana de Salud (OPS), los cuales reflejan que las interferencias dentarias afectan a más de 80 % de las poblaciones en Latinoamérica y constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en las clínicas estomatológicas.

Relacionando a la guía anterior de la oclusión dentaria con la aparición de trastornos temporomandibulares, Cárdenas Erosa y colaboradores,¹¹ exponen en su investigación que el 72 % de los pacientes examinados presentaron guía anterior de la oclusión y que la presencia de esta no está relacionada con la aparición de trastornos en la articulación temporomandibular (ATM) pues el origen de esta afección es multifactorial.

Por su parte, Haro Espinosa,¹² coincide con este resultado al mostrar 56,7 % de los pacientes estudiados con guía incisiva; además, expone que la presencia de esta guía funcional influye en la ausencia de dolor en los movimientos de apertura y cierre. En este estudio, se expresa la ausencia de la guía canina en el 36,7 % de los individuos, según los datos expuestos, la presencia o ausencia de una guía canina, no es el único factor influyente en la aparición de ruidos articulares ni tampoco en la presencia de dolor en los movimientos de apertura y cierre.

Maquera Machaca,¹³ en su investigación expone que en el 35,5 % de los pacientes explorados no presentan guía anterior de la oclusión dentaria, mientras el 64,4 % sí la poseen, con una significación estadística del 5 % en relación a la guía incisiva y los trastornos temporomandibulares (TTM); respecto a la guía canina unilateral, el 71,1 % de los individuos no la poseen. De forma similar, la proporción de la guía canina bilateral no está presente en el 77,8 % de los pacientes que asisten a los servicios de salud.

Se destacan aquellos pacientes que recuperaron la funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria y no exhibieron TTM; aunque no por ello se permite afirmar que la ausencia de guía anterior funcional sea una condición de riesgo obligatoria para que el paciente desarrolle TTM.¹

Díaz Gómez y colaboradores,³ en la investigación “Instrumento clasificador para el examen de la guía anterior de la oclusión dentaria”, realizada en la provincia Camagüey, reflejan que el 58 % de los pacientes examinados no presentó integridad morfológica de la guía anterior y el 70 % presentó una guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional. En este estudio no se aprecian diferencias significativas en cuanto al sexo.

En los estudios mencionados con anterioridad,^{3,10-13} se abordan elementos epidemiológicos de la guía anterior de la oclusión donde se incluyen siempre

pacientes adultos, predominando los menores de 35 años y no se encuentran resultados que avalen diferencias en cuanto al sexo.

Justificación del estudio

La justificación del estudio surge desde la ciencia y la tecnología como procesos sociales, construcciones sociales, cuyo desarrollo no se explica únicamente por los valores eficacia, efectividad y eficiencia. Establecer una comprensión acertada depende de la interrelación social a partir de las redes de actores y del entramado de intereses, los cuales se encargan de definir las prioridades y con ello las trayectorias.¹⁴

En la medida en que la ciencia y la tecnología se convierten en fuentes extraordinarias de poder, la aproximación teórica a los nexos que se presentan en relación con la guía anterior de la oclusión dentaria y las disfunciones inherentes a ella, se consolida como necesidad latente en la investigación interdisciplinaria.¹⁵

Hay premura inminente de destinar una mirada conjunta a los daños que se provocan, en oportunidades irreparables, para el paciente como ente biopsicosocial; por consiguiente, en la repercusión que ello trae consigo no solo para el individuo, sino también para la sociedad donde interactúa. Unido a que las nuevas tendencias en los tratamientos estomatológicos buscan dar solución a la mayor parte de las afecciones que aquejan a los pacientes que acuden a los servicios estomatológicos.¹⁶

Se precisa de pericia investigativa y de resultados científicos que puedan garantizar no solo la formación de un profesional desde la integración de saberes, sino que den respuesta a la necesidad de esquemas de tratamiento sustentados por la ciencia, en correspondencia con la génesis del fenómeno a estudiar. Por tal condición, se hace cada vez más necesario ampliar la experiencia de trabajo con la interdisciplina y transdisciplina en el orden científico asistencial.¹⁵

Devolver a las personas el estado de salud fisiológico es un reto y requiere del clínico no solo su agudeza en el diagnóstico, maestría en una amplia variedad de modalidades y tratamientos, presupone también, gran sistematicidad en la labor educativa del paciente antes, durante y después del tratamiento y de su integración al equipo de trabajo.^{8,17}

Existe en Cuba una estructura asistencial concebida para conducir al paciente con alteraciones de la oclusión dentaria en los diferentes niveles de salud donde se realizarán acciones de promoción, prevención y tratamiento. Aunque los documentos rectores se consideran desactualizados, se carece de normativas inclusivas para las acciones estomatológicas implícitas y las particularidades interdisciplinarias que se precisan.¹⁷

Se hace necesaria la aplicación de un esquema de tratamiento más efectivo, en pacientes con estructuras dentarias altamente comprometidas con la estética y función. La carencia de instrumentos teóricos didácticos que propicien la preparación de los profesionales de la Estomatología, en los escenarios asistenciales y desde cada una de las especialidades, para poder realizar este tratamiento, hace necesario establecer protocolos de trabajo.¹⁸

Problema de la investigación

Insuficientes documentos científicos normativos de calidad y específicos para el primer y segundo nivel de atención de salud, lo que diversifica el tratamiento al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional desde la experiencia profesional individual y las modalidades terapéuticas descritas.

Hipótesis de la investigación

Un protocolo integral que propicie herramientas a especialistas de las Ciencias Estomatológicas y otros profesionales de la salud, contribuye a estandarizar la práctica clínica para el primer y segundo nivel de atención de salud, minimizando las limitaciones actuales en el tratamiento del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Implementar un protocolo para la atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Objetivos específicos

1. Fundamentar los referentes teóricos de la guía anterior de la oclusión dentaria.
2. Evaluar los protocolos precedentes encargados de la atención clínica de pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

3. Desarrollar acciones clínicas desde la caracterización de los pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”, de la provincia Las Tunas del año 2018 al año 2022.
4. Diseñar un protocolo de procederes clínicos para la atención al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.
5. Validar el protocolo diseñado.

Diseño metodológico de la investigación

Tipo de investigación. Investigación Desarrollo (I+D) de septiembre de 2020 a septiembre de 2023.

Métodos científicos utilizados en la investigación

- Método científico universal: la base filosófica de nuestra sociedad es el materialismo dialéctico, en esta investigación es aplicable al buscar las explicaciones coherentes, lógicas y racionales desde la interrelación entre los métodos generales y particulares para dar solución al problema científico.
- Histórico - lógico: para tratar los antecedentes históricos y la caracterización del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional. Así como los procedimientos terapéuticos a nivel nacional e internacional; además de las guías metodológicas precisas para la confección del protocolo e instrumentos de evaluación pertinentes.
- Revisión documental: se utilizó para conformar el marco teórico, a través de la búsqueda de información científica en la literatura, que propició indagar desde los diferentes investigadores el problema de salud.
- Análisis y síntesis: se presentó en todas las etapas del proceso investigativo para la identificación de las alteraciones clínicas de los pacientes incluidos en el estudio. Se utilizó con el objetivo de procesar la revisión documental y los resultados de la investigación, su comportamiento a nivel mundial y en Cuba, así como las variables que en él influyen.
- Inducción y deducción: permitió la concreción de la escala a partir de los referentes teóricos.

- Observación sistemática con el método Delphi:¹⁹ para llegar a opiniones de consenso de los expertos sobre la propuesta de la escala y el protocolo.
- Métodos matemáticos-estadísticos: para lograr el análisis de la relación, asociación y dependencia entre las variables, así como el procesamiento de los datos obtenidos; con el uso del programa estadístico computarizado SPSS (Statistical Package for Social Sciences, por sus siglas en inglés) 25.0 para Windows.

Novedad científica de la investigación

El protocolo se presenta, a través de un documento científico, que propone una perspectiva integral de la medicina social aplicada a las Ciencias Estomatológicas, que mejora la atención al paciente y resalta la importancia de un trabajo colaborativo en el sector salud; sistematiza e integra conocimientos especializados desde la evidencia científica, propiciando una base sólida para la toma de decisiones. Conforme a los instrumentos teóricos que se elaboran, la creación de una nueva forma de hacer, desde una concepción que combina acciones terapéuticas interdisciplinarias en el primer y el segundo nivel de atención de salud entre disciplinas afines.

Beneficios esperados

Aportes teóricos:

- La investigación aporta una actualización de los referentes teóricos acerca de la guía anterior de la oclusión.
- Propone una escala validada para la evaluación de contenido de los protocolos.
- Incorpora mapas conceptuales y diagramas de contenido didáctico para la comprensión del fenómeno a estudiar y la metodología aplicada a este principio.
- Logra un documento de consenso que unifica criterios y opiniones para lograr una homogeneidad en su aplicación práctica, dotado de carácter científico, de respeto ético y pertinente a la realidad contemporánea.
- Propone, en el orden teórico, un documento sin precedentes en el país que establece un punto de partida de múltiples líneas de investigación para especialidades de Estomatología y Medicina.

- Se describe, por primera vez, la expresión clínico-epidemiológica de oclusión dentaria disfuncional en pacientes adultos de la provincia Las Tunas.

Aporte social:

- Es representativo en el programa de salud que se desarrolla en Cuba para la atención interdisciplinaria en el segundo nivel de atención.
- Se implementa una consulta para la atención interdisciplinaria en el segundo nivel de atención de salud, para pacientes de la provincia Las Tunas con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.
- Constituye una respuesta científica de interés social al colocar al hombre en el centro de su discurso.
- Contribuye con el esfuerzo del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) para brindar una mayor calidad en los servicios médicos especializados en beneficio de toda la sociedad.

Aporte económico:

- Se deduce en la regulación de los recursos materiales a emplear, en la consiguiente reducción del tiempo de tratamiento y disminución de las reconsultas estomatológicas por complicaciones médicas.

Aporte psicológico:

- Se logra incorporar un documento científico que establece los procederes clínicos para la atención a pacientes con alteraciones en la cavidad bucal por la pérdida dental, fracturas dentarias, desgastes, caries, lo que favorece la autoestima, la inclusión social y la perspectiva de vida de los individuos desde lo psicológico y lo social.

Viabilidad de la investigación

Resultan los procederes aplicables y factibles en el orden económico. Se dispone de potencial científico humano competente, con una alta categoría y amparo curricular. Establece acciones que pueden ser enriquecidas por disciplinas de las ciencias médicas y no médicas lejos de pesquisas superficiales preestablecidas.

Límites del alcance de la investigación

Se concretan las condiciones reales para el desarrollo de la investigación que permitirá transformar la práctica clínica dispuesta para la atención del paciente

adulto (de 19 años y más) según lo dispuesto en el Programa Nacional de Estomatología,²⁰ con las características que aborda el problema de salud en estudio, sin desestimar la requerida interpretación por las disciplinas médicas concernientes y los posibles aspectos a incorporar en tareas investigativas sucesivas.

Estructura de la tesis. Se organizó en tres capítulos.

Se organizó en tres capítulos:

Primer capítulo: fundamentación teórica del tema y evaluación de los protocolos temáticos precedentes para dar salida a los dos primeros objetivos.

Segundo capítulo: acciones clínicas desde la caracterización de los pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional. Responde al tercer objetivo de la investigación.

Tercer capítulo: protocolo de procederes clínicos para la atención del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional. Investigación que por su complejidad se estructura en dos fases acorde a los dos últimos objetivos previstos: el diseño y la validación.

CAPÍTULO I

DESARROLLO

CAPÍTULO I. Referentes teóricos sistematizados y evaluación de los protocolos precedentes

Capítulo estructurado en dos etapas, primero se expone por acápite los referentes teóricos sistematizados de la temática a desarrollar y se realiza en un segundo momento la evaluación de los protocolos precedentes.

I.1 Objetivos

1. Fundamentar los referentes teóricos sistematizados de la guía anterior de la oclusión dentaria.
2. Evaluar los protocolos precedentes encargados de la atención clínica de pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

I.2 Primera etapa

Objetivos

1. Fundamentar los referentes teóricos sistematizados de la guía anterior de la oclusión dentaria.

I.2.1 Diseño

I.2.2 Clasificación de la investigación.

Se realizó una revisión bibliográfica de septiembre de 2020 a marzo de 2021.

I.2.3 Aspectos generales del estudio

Universo del grupo de trabajo

Formado por el equipo de salud (cuatro estomatólogos especializados: uno en Periodoncia, uno en Prótesis Estomatológica y dos en Estomatología General Integral) centrado en la atención estomatológica integral interdisciplinaria de pacientes adultos en la Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre” del municipio Las Tunas. Se distinguen como profesionales de las ciencias médicas con categoría docente principal de Profesor Auxiliar; con categoría investigativa de Investigador Agregado, y miembros de equipos interdisciplinarios con experiencia investigativa en el fenómeno de salud.

Universo de investigaciones

Conformado por 79 investigaciones nacionales e internacionales que incluyen los resultados científicos de una década de trabajo clínico e investigativo, divulgadas a través de artículos científicos en revistas de impacto, monografías o páginas web en las bases de datos de MEDLINE, PubMed y SciELO, en el periodo comprendido de septiembre de 2020 a marzo de 2021.

Criterio de inclusión: se utilizó como palabras clave oclusión dentaria, guía anterior de la oclusión dentaria, guía incisiva, guía canina, bruxismo, oclusión traumática y TTM, que en su estructura presenten la descripción de etiología, diagnóstico y tratamiento; tanto en idioma español, portugués e inglés de los últimos diez años.

Criterios de exclusión: trabajos que una vez publicados emitan notas aclaratorias que contradigan parcial o totalmente los resultados y artículos que declaran conflictos de intereses.

Muestra: seleccionada por muestreo intencional para definir las investigaciones que conformarían el contenido teórico. Se definieron en total 54 investigaciones por su aporte científico y enfoque interdisciplinario, esgrimidas por la autora y el profesional de mayor experiencia en el equipo de salud y ante la duda, consultada con un tercero.

I.3 Dominio de la oclusión dentaria

La oclusión dentaria es considerada la actividad más dinámica que se observa en la cavidad bucal, las características de la dentición temporal se consideran precursoras en la dentición definitiva. La finalidad de la oclusión es la trituración de los alimentos para poderlos desdoblar a partículas más pequeñas y facilitar la deglución,²¹ definida como el contacto existente entre los dientes mandibulares y maxilares. Se aprecia, tanto en posición estática, cuando los dientes se relacionan en MIC al finalizar el cierre de la boca; como de forma dinámica, cuando los dientes se deslizan entre sí con movimientos mandibulares recurrentes.^{22, 23}

De acuerdo con el Glosario de Términos Prostodónticos de la Academia Americana de Prótesis Dental²² la guía anterior es la influencia que ejercen las superficies linguales de los dientes anterosuperiores sobre las superficies labiales de los dientes antero inferiores durante el movimiento mandibular. Los primeros estudios de los movimientos oclusales, se limitaron básicamente al análisis y examen de la relación estática y dinámica de los dientes posteriores.

En las últimas décadas, varios autores^{5, 23, 24} se han concentrado en el estudio del grupo dentario anterior y cómo estas estructuras dentarias contribuyen a la desoclusión y protección de otros grupos de dientes. Muchas de las disciplinas de la Estomatología, reivindican la enseñanza de la oclusión dentaria aun cuando existen concepciones y opiniones diferentes, exclusivas y se aprecia un

distanciamiento entre los conocimientos teóricos respecto a esta y la práctica estomatológica cotidiana, que han podido irrumpir en el mundo disciplinas neoformadas (Oclusodoncia, Gnatología).²⁴

Por tal razón, la autora es del criterio que esta manifestación propicia, con frecuencia, que los estomatólogos se encuentren desorientados frente a los problemas prácticos presentados por la oclusión dentaria, las disfunciones oclusales y las dificultades de su tratamiento, aspectos a los que se les ha dado gran importancia durante la rehabilitación oclusal.

I.3.1 Tipos de oclusión dentaria

La oclusión dentaria es la relación funcional que se establece entre los componentes del sistema masticatorio al colocar ambos maxilares o arcadas dentarias en una relación de contacto. (Figura I.1)

Oclusión ideal. Es la oclusión dentaria correcta que se relaciona con los factores musculares, ATM, oclusión dentaria y periodonto para alcanzar la salud funcional, armoniosa y la comodidad del paciente con ausencia de sintomatología funcional.²⁵

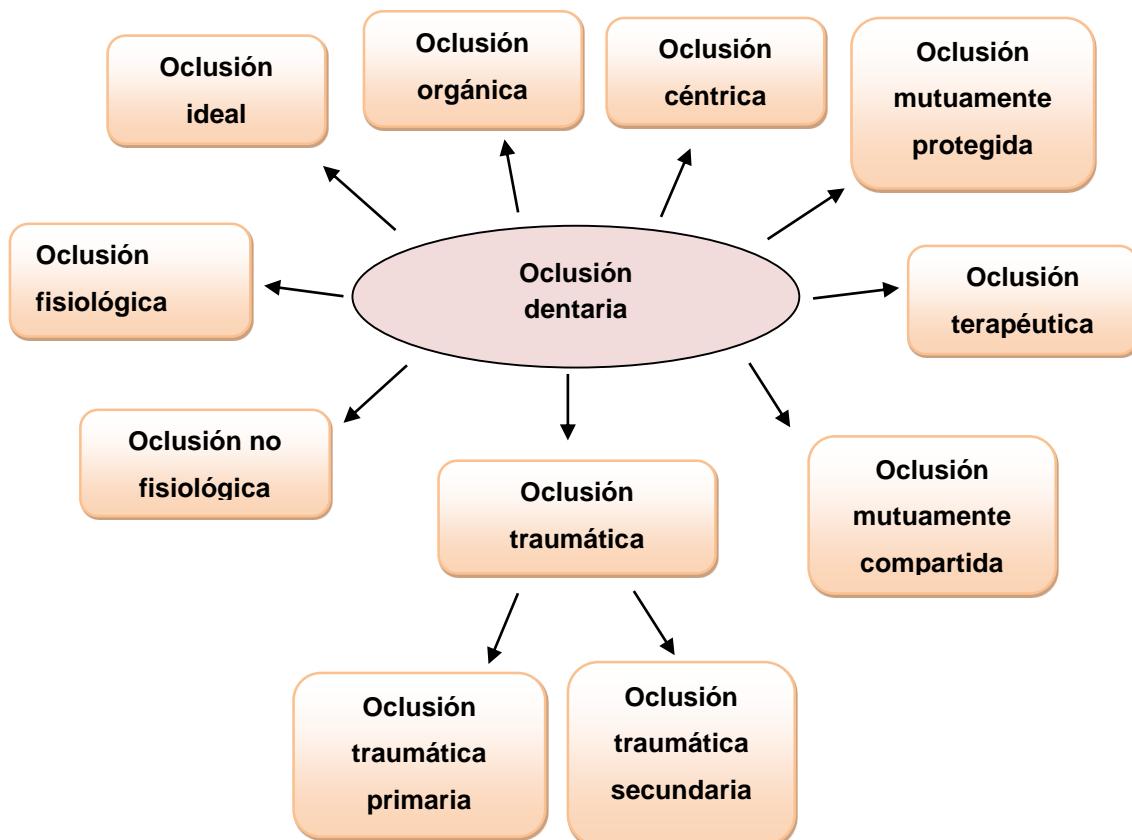


Figura I.1. Tipología de la oclusión dentaria. Elaboración propia

No existe una oclusión dentaria ideal, no hay una herencia genética que establezca lo correcto y el factor ambiental no está libre de accidentes, enfermedades, iatrogenias, para que se cumpla dicho concepto. Es importante para ello que todas las estructuras estén en perfectas condiciones, es decir, en buen estado de salud.²⁵

Oclusión fisiológica. Es aquella oclusión dentaria que presenta equilibrio en relación con los contactos antagonistas de los dientes, con los elementos del sistema estomatognático, donde no hay enfermedad biológica y existe una adaptación funcional del paciente a la misma.²⁶

No precisa ningún tratamiento de tipo funcional y puede presentar diferentes grados de maloclusión, siempre que el paciente se encuentre acomodado a ella, sin llegar a algún tipo de patología disfuncional que involucre la ATM.²⁶

Oclusión orgánica. Se identifica con la oclusión dentaria fisiológica por lo que debe ser ante todo una oclusión estable consolidada, a través de las unidades de oclusión de los dientes posteriores, aunque este concepto sólo es válido si va acompañado de una correcta alineación tridimensional, ya que todo diente desalineado tiene la posibilidad de ocluir, pero ello no significa que pueda desocluir.²⁷

Oclusión no fisiológica. Es el tipo de oclusión dentaria que se presenta entre las relaciones de los contactos dentarios y sistema estomatognático, debido a sobrecargas funcionales que son sometidas y donde existe evidencia de daños como los microtraumatismos a repetición productor de disfunciones. Se evita de esa forma la adaptación del paciente a ese esquema oclusal.²⁵

Oclusión céntrica (OC). Se refiere a la posición de máxima intercuspidación (PMI) de los dientes entre las arcadas antagonistas después del cierre. Entre OC y RC, siempre que no sean coincidentes, existe un deslizamiento que se conoce como céntrica larga o deslizamiento en céntrica.^{5, 27}

Todas las funciones se realizan hacia la céntrica mientras que los aspectos parafuncionales se hacen desde y hacia la céntrica. Corresponde a la posición fisiológica ideal de la mandíbula, donde los cóndilos están en RC fisiológica y los dientes ocluyen en MIC.^{26, 27}

Oclusión mutuamente protegida (OMP). Los dientes posteriores son capaces de detener el cierre mandibular (occlusión) y los dientes anteriores tienen la capacidad de proteger a los posteriores y a la ATM en la desoclusión. De lo

anterior se infiere que la oclusión dentaria consolidada por los dientes posteriores, se refiere a los movimientos céntricos, mientras que la desoclusión producida por los dientes anteriores se refiere a los movimientos excéntricos.^{26, 27}

Oclusión mutuamente compartida (OMC). Representa una forma de oclusión dentaria mutuamente protegida durante el cierre mandibular. La OMC más allá de la protección exclusiva de los dientes extiende su protección a otros elementos vitales del sistema estomatognático como son las ATM.^{26, 27}

La OMP más una OMC, junto con la actividad de los músculos elevadores, permiten una correcta función. Es preciso señalar que, en todo movimiento excéntrico, la presencia de una OMP implica una OMC porque, como se ha expresado en reiteradas ocasiones, la ATM no debe ser sometida a tracciones resultantes de palancas de Clase I o II, presentes cuando no hay una oclusión protegida y el complejo cóndilo-disco no se encuentra asentado sobre la eminencia y por lo tanto no existe una oclusión compartida.²⁷

Oclusión traumática. Dada por aquellas lesiones localizadas principalmente en el periodonto de inserción y protección como efecto de las fuerzas oclusales anormales que pueden producir o han producido lesiones a las estructuras de soporte de los órganos dentarios.²⁸

- Oclusión traumática primaria. Es aquella en la cual las fuerzas oclusales son anormales, patológicas, que provocan una reacción tisular y las estructuras periodontales no presentan ningún tipo de alteración, sin presentar daños en la estructura de soporte.²⁸
- Oclusión traumática secundaria. Se producen cuando las fuerzas fisiológicas o no fisiológicas inciden sobre estructuras periodontales debilitadas, y para ellas estas fuerzas serán siempre excesivas, como factores que la pueden desencadenar, entre los que distinguen: interferencias oclusales, hipertonicidad muscular y aumento de estrés.²⁸

Oclusión terapéutica. Sugiere uso clínico especializado dado el análisis del sistema estomatognático que infiere. Es la que emite el profesional, dependiendo del diagnóstico del caso clínico.²⁶

Desde la experiencia profesional de más de dos décadas en la atención de pacientes adultos con alteraciones de la oclusión dentaria, la autora no demerita los aspectos que constituyen detonantes para un tipo u otro de

oclusión dentaria; sin embargo, estima que la rehabilitación integral del paciente adulto debe ser analizada, diseñada y planeada desde la OMP. En correspondencia con los argumentos científicos que se ofrecen, se debe considerar que durante el cierre mandibular los dientes posteriores no sólo protegen a los dientes anteriores, sino que además protegen a las ATM y evitan que sean sometidas a presiones excesivas.²⁷

La desoclusión es la separación de los dientes antagonistas durante los movimientos excéntricos de la mandíbula.²⁶ Los factores de la desoclusión son aquellos elementos anatómicos capaces de producir o modificar la desoclusión de las estructuras u órganos dentarios y que pueden ser clasificados de diferentes maneras.^{26, 27}

Si el plano oclusal está mal orientado, los componentes verticales y sagitales del movimiento de lateralidad se van a ver afectados; de esta manera la relación de los dientes en el sector anterior se verá impedida de poder consolidar una guía anterior de la oclusión dentaria funcional. Según el caso, se puede presentar una guía anterior pobre y disfuncional y en otros casos la ausencia misma de la guía anterior. Todo plano oclusal mal orientado genera recidivas.^{29, 30}

Cantidad de desoclusión con diferentes métodos y en distintos movimientos mandibulares:²⁶

- 1 +/- 0,6 mm en protrusión
- 0.5 +/- 0,3 mm en lado de trabajo
- 1 +/- 0,6 mm en lado de no trabajo

La desoclusión correcta asegurará la integridad del sistema articular, la cantidad de desoclusión no se encuentra en la literatura científica definida con precisión, pero sí ha sido subjetivamente observada, desde el juicio visual del estomatólogo.²⁶ (Figura I.2)

Resulta primordial esclarecer cómo se desarrolla el sistema masticatorio (Figura I. 3) y cuáles son los factores que estimulan su crecimiento, ya que de esta manera el estomatólogo podrá adicionar, frenar, o suprimir estímulos, actuando sobre dichos factores en el momento preciso y con la intensidad conveniente.³⁰

Desde esta perspectiva, se evidencia la trascendencia de un exhaustivo análisis funcional del paciente para desarrollar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.³¹

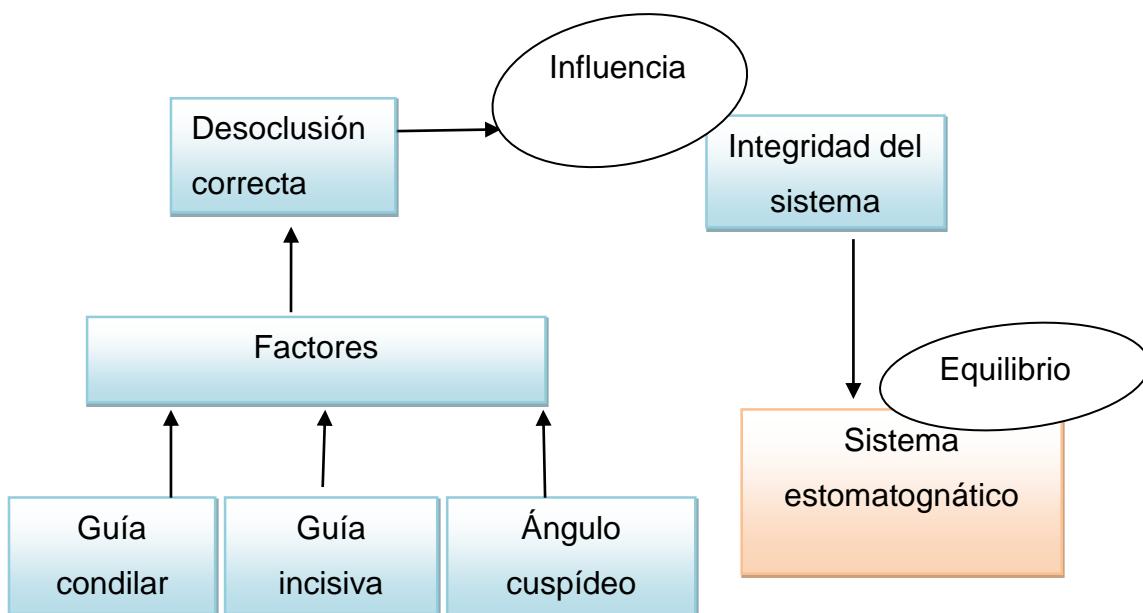


Figura I. 2. Factores que influyen en la cantidad de desoclusión dentaria. Elaboración propia
Además de destacar la importancia de la obtención de una guía anterior de la oclusión dentaria correctamente conformada desde su origen, para darle estabilidad al sistema masticatorio e impedir gran parte de las maloclusiones. Es preciso comprender, que aparte de ser una relación dinámica entre las piezas dentarias anteriores, debe estar en armonía con las demás estructuras del sistema masticatorio para poder realizar diferentes funciones.^{30, 31}

Cualquiera sea la causa de inestabilidad oclusal, es muy importante que el rehabilitador sea capaz de reconocer sus signos: hipermovilidad dentaria, desgaste dentario, daño periodontal, fracturas por estrés, exostosis, alargamiento muscular, pérdida de desoclusión posterior.²⁶

I.3.2 Parafunciones y parasomnias

El cuerpo humano en su exterior e interior está en continuo movimiento, y tal motilidad es controlada esta motilidad de manera voluntaria o involuntaria por el sistema motor del Sistema Nervioso Central, a través de las musculaturas lisa y estriada. El bruxismo se presenta involucrado en el tema de la guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, el cual tiene diferentes manifestaciones, al ocurrir durante el sueño o en vigilia.^{32- 34}

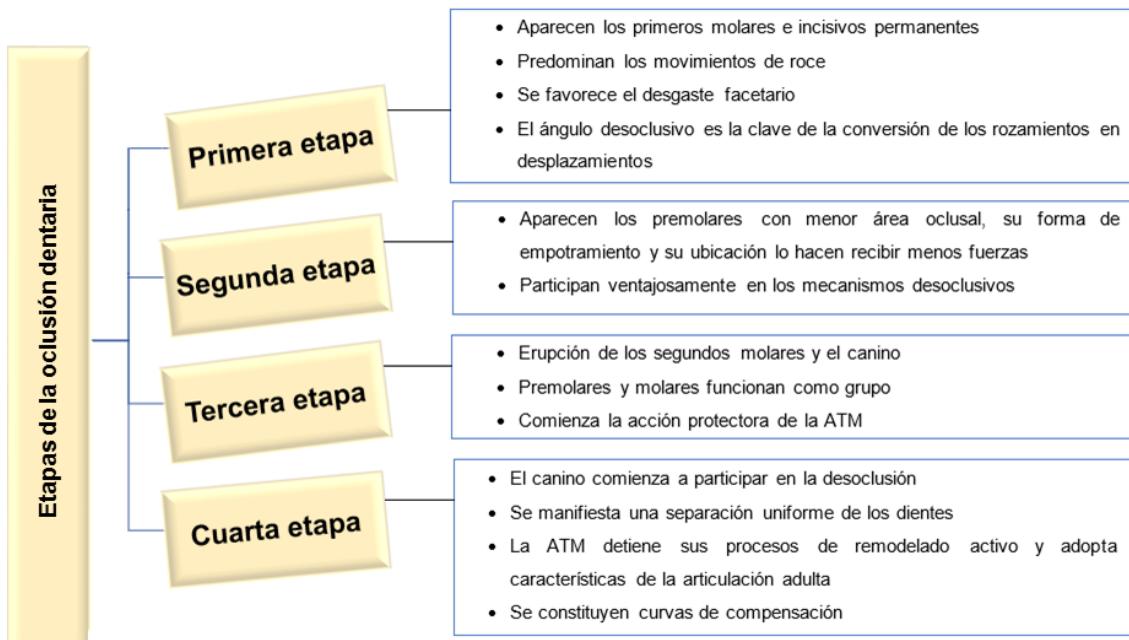


Figura I.3. Interpretación de las etapas de la oclusión dentaria en el desarrollo del sistema masticatorio. Elaboración propia.

Díaz Gómez y colaboradores³⁵ citan a Mena Nieto y Guzmán Hernández quienes proyectan en sus investigaciones que en el bruxismo del sueño o parasomnia, se emiten señales eferentes sobre la musculatura cervical y masticatoria subsiguientes a micro despertares, precedidos por una secuencia de eventos fisiológicos: aumento de la actividad simpática, activación cortical, aumento del ritmo cardíaco y el tono muscular de los elevadores de la mandíbula.

Según Noguera Planas y colaboradores,²⁸ se considera que es obligatorio para el desarrollo y obtención de un equilibrio dinámico del sistema masticatorio, hacer movimientos de lateralidad funcional durante el acto masticatorio cuando estén erupcionando las piezas dentarias, tanto en la dentición temporaria como en la permanente. Si no fuera así, se establecerá una oclusión desequilibrada.

El bruxismo conforma, sin lugar a dudas, un tema médico-estomatológico-psicológico con varios aspectos por resolver. Es abordado en la literatura científica desde ópticas diferentes.³³ Es considerado un problema sanitario, justificado por su alta prevalencia y repercusión en el bienestar físico y psicológico del individuo.^{36, 37}

I.4 Guía anterior de la oclusión dentaria, enfoque clínico de vasta dimensión

La interdisciplina propicia un enfoque clínico de vasta dimensión. Todo análisis inicia desde esta, porque constituye un proceso y filosofía de trabajo, una forma de pensar y de proceder para conocer la complejidad de la realidad objetiva y resolver cualquiera de los problemas.³⁸ Dentro de las Ciencias Médicas el trabajo interdisciplinario es una disposición y motivación a enfrentar los desafíos que se realizan a partir de lo cotidiano, a través de pequeños pasos. La oclusión dentaria en particular merita y presupone tanto en la clínica como en la contribución teórica, la práctica interdisciplinaria.

González Espangler y colaboradores,³⁹ en su artículo “Interdisciplinariedad en el diagnóstico del síndrome de clase III esquelético de Moyers” resalta la necesidad, utilidad e importancia de la interdisciplinariedad al abordar el diagnóstico y tratamiento de afecciones del sistema estomatognático; donde, “practicarla exige tener una concepción del ser humano como un todo único, invitando a que las anomalías no sean analizadas desde un punto de vista aislado y local, sino ubicadas dentro de un contexto general y global en el que se halla toda persona y su entorno”.

Implica una reorganización epistemológica, con relaciones de reciprocidad entre las disciplinas, de modo que, como proceso lleva a sustituir una visión fragmentaria del fenómeno (en este caso, el paciente y la atención que se brinda) por una unitaria. Lo que permite que los profesionales que se integran a grupos técnicos, se empoderen de las competencias de los demás miembros del equipo.³⁸

Desde la interdisciplina, no obstante, es menos considerada la valoración clínica de la oclusión dentaria y aunque se ha ampliado la pesquisa de factores causales, extendiéndose hacia áreas como la Psicología y lo social o a condiciones psicopatológicas en busca de respuestas etiológicas a este fenómeno, Álvarez Gastañaga y colaboradores,⁴⁰ defienden que el paciente bruxópata continúa en una atención médica en base a estudios clásicos como los de Ramfjord y Ash, que interpretan la etiología del bruxismo desde el estrés, las interferencias oclusales e irritabilidad neuromuscular.

La relación directa que existe entre cada una de las partes del sistema estomatognático, genera un funcionamiento coordinado. (Figura I.4) Cuando se presenta alteración funcional o estructural de una de las partes, el sistema responde adaptándose para conservar su funcionalidad. Esta adaptación

puede terminar con el tiempo en cambios patológicos leves, moderados o severos, en dependencia de la magnitud de la misma y de la presentación de eventos estresantes que superen el umbral de adaptación del paciente.³⁷

Debido a que la etiología del bruxismo es multifactorial, el conocimiento de los factores de riesgo es útil para que el estomatólogo brinde un diagnóstico efectivo basado en cuestionarios. Un problema observado con frecuencia en pacientes de edad adulta es el desgaste dentario patológico, que generalmente ocasiona la pérdida de la guía anterior de la oclusión dentaria; el cual provoca compromiso estético de los dientes anterosuperiores, desarmonía oclusal y, en algunos casos, trauma emocional y dolor neuromuscular.⁴¹

La comunidad científica está cada vez más interesada en este fenómeno debido a que se encuentra relacionado con múltiples trastornos como: dolor bucofacial, enfermedades neurológicas, apnea del sueño y problemas dentales. Ha sido estudiado por más de 50 años y es tradición que se conceptualice como una parafunción manifestada por apretamiento o por rechinamiento dentario, otorgándosele a la desarmonía en la oclusión dentaria la razón causal. Así, se puede afirmar que existe una relación entre bruxismo y algunos trastornos de sueño, tales como parasomnias, problemas respiratorios, hiperhidrosis del sueño y sueño no reparador.^{33, 41}

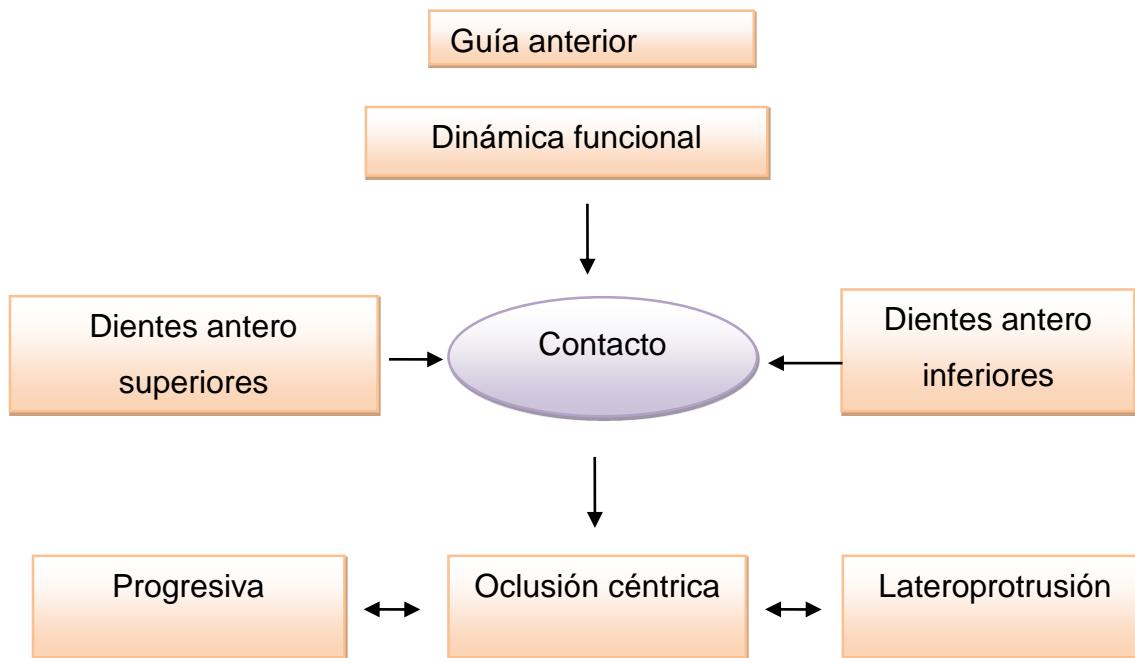


Figura I.4. Esquema temático calificativo de la guía anterior. Elaboración propia

Al observar los dientes desde el palatino se aprecia una gran convexidad marcada que corresponde al cingulum y que ocupa también el tercio gingival; a continuación, esa convexidad, se transforma en una concavidad que como se analizará posteriormente, representa (sumada al borde incisal) el área funcional de los dientes anteriores. Desde incisal se observa la ubicación del borde, en la unión del tercio vestibular con los dos tercios palatinos, al igual que la relación de contacto.^{5, 27}

En una vista lingual se ve que el tercio gingival está constituido por el cingulum, y a continuación del cual se halla el área funcional (zona cóncava, fosa especializada para recibir una cúspide). A ambos lados del área funcional, se presentan dos rebordes marginales delimitados por surcos, dichos rebordes son elevaciones convexas sobre las que se desplazan unidades de oclusión del maxilar inferior (incisivos). Estas convexidades permiten reducir al mínimo las fuerzas de rozamiento y convertirlas en fuerzas de deslizamiento.²⁷

Canino superior: si bien su estructura coronaria es más importante que la de los incisivos, su tope cuspídeo también está ubicado en la unión de los dos tercios palatinos con el tercio vestibular; en cambio, su cara palatina no es cóncava, sino que comienza a perder esa concavidad para convertirse en convexa.²⁷

I.4.1 Guía anterior y la musculatura interviniante

A partir del criterio de que los músculos periorales y la lengua participan en la alineación tridimensional y en el punto de acoplamiento de las estructuras dentarias, funcionalmente, se comprobó mediante estudios electromiográficos que los contactos anteriores estimulan el músculo temporal, mientras los contactos posteriores estimulan el músculo masetero.^{7, 30}

Debido a esta actividad muscular, se dispondrán los dientes posteriores, de tal manera, que conformen la curva posterior, disposición que les permitirá absorber con eficacia los esfuerzos impuestos por el músculo masetero. De igual forma, los dientes anteriores se alinearán en relación con el músculo temporal y los dientes ubicados en el sector intermedio que son los premolares, los que constituirán un área media entre los dos grupos antes mencionados.^{5, 7, 30}

El músculo temporal es más largo y menos potente que el masetero, esta característica fundamental servirá a los dientes anteriores cuando este músculo

se encuentre estimulado, debido a que el músculo temporal ejercerá una menor potencia sobre las piezas dentarias en el sector anterior. En los movimientos hacia el lado de trabajo, en una guía anterior de la oclusión dentaria fisiológica, se activará el fascículo inferior del pterigoideo externo del lado de no trabajo.⁵

42

I.4.2 Funciones de la guía anterior

La guía anterior de la oclusión dentaria es una determinante esencial de la oclusión dentaria en cuestión, responsable de programar la función masticatoria y como factor de desoclusión de los dientes posteriores, es un mecanismo importante para su protección y de la ATM.²⁴ (Figura I.5)

La labor de la guía anterior en la actividad funcional del aparato masticatorio es de notable importancia, como lo es también durante los episodios de actividad parafuncional que puedan presentarse en un individuo, al disipar las fuerzas excesivas generadas, que pueden llegar a dañar los distintos eslabones del sistema estomatognático. Esta función protectora se basa en mecanismos físicos y biológicos.³⁰



Figura I.5. Funciones fundamentales de la guía anterior de la oclusión dentaria. Elaboración propia

Al ubicarse los dientes anteriores más lejos del punto de generación y aplicar fuerzas musculares por las leyes físicas de palanca de tercer grado, le será más fácil recibir y disiparlas. Además, existen mecanismos biológicos que determinan que la propiocepción de estos dientes desencadene un reflejo protector con supresión de la actividad de los músculos elevadores principales

(máseteros y temporales anteriores), lo que ha sido demostrado desde la ciencia.³⁰

I.4.3 Importancia de la guía anterior de la oclusión dentaria

Si bien la guía anterior de la oclusión dentaria es una relación dinámica entre incisivos inferiores y superiores en todas las funciones, acompañada por la presencia de los caninos permanentes una vez que sus raíces están calcificadas, no es sinónimo de desoclusión, pues esta guía no solo juega un rol en la relación dinámica de las estructuras dentarias en la posición espacial, sino que también, debe estar en armonía con las demás estructuras del sistema masticatorio, para cumplir sus diversas funciones como: la masticación de corte, la fonoarticulación y la estética.³⁰

Una guía anterior de la oclusión dentaria desfavorable inducirá a movimientos mandibulares anormales, generando posiciones críticas de los cóndilos dentro de las cavidades glenoideas, lo que provocará estrés, dolor, ruido articular en el paciente, al establecer un verdadero desequilibrio a nivel de todo el sistema masticatorio.^{30, 43} (Anexo I.1)

I.4.3.1 Factores asociados a la guía anterior de la oclusión dentaria

Máxima intercuspidación (MIC): se determina como el mayor número de contactos de los dientes mandibulares con los maxilares al ocluir, independientemente de la posición de los cóndilos mandibulares.

Función en grupo: se da cuando se realizan movimientos de lateralidad, en el lado de trabajo presenta contactos múltiples que se incluyen los caninos y los dientes posteriores sin que exista contactos en el lado de balance “lado de no trabajo”.⁴⁴

Overjet (resalte): distinguido como el resalte dentario horizontal que se debe tomar en consideración desde el borde incisal de los incisivos maxilares hasta la cara vestibular de los incisivos mandibulares en MIC.⁴⁵

Overbite (sobrepase): conocido también como el cruzamiento dentario, se realiza una medida vertical que va desde el borde incisal de los incisivos maxilares hasta el borde incisal de los dientes incisivos mandibulares en máxima intercuspidación.⁴⁵

Mordida anterior abierta (adaquia): se denomina como la ausencia de contacto de los dientes en el sector anterior de la arcada entre maxilares, cuando uno o más dientes no alcanzan el plano oclusal y no se establece contacto con sus

antagonistas, pueden producir falta de guía anterior y canina, dificultad para cortar los alimentos, problemas de lenguaje y problemas temporomandibulares.⁴⁵

Guía anterior de la oclusión dentaria funcional: se concilia por los expertos como guía anterior funcional siempre que se cumplan todos los aspectos siguientes:

- Integridad morfológica de las coronas dentarias de los dientes anteriores superiores e inferiores
- Que estén presentes todos los dientes anteriores y no haya mutilaciones o falta de fragmentos de algunos de ellos. Pueden considerarse, además, las obturaciones de tercera, cuarta y quinta clase de Black si cumplen los requisitos anatómicos, tanto vestibulomesiolingual o vestibulodistolingual.
- En caso de prótesis fijas deben ser definitivas según normas técnicas, la dimensión vertical oclusiva dentro de los parámetros establecidos en relación con la dimensión vertical en reposo con resalte y sobrepare sin determinaciones específicas:³
- Desoclusión en el sector de dientes posteriores.
- Lado de balanceo, durante el movimiento de propulsión de la mandíbula, desoclusión en el lado de balanceo durante los movimientos mandibulares de lateralidad derecha e izquierda, línea media centrada, ausencia de signos o síntomas de parafunción o disfunción del sistema estomatognático, aceptación estética del paciente en cuanto a la forma, color y disposición de los dientes anteriores en las arcadas dentarias.³

Guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional: se considera cuando el paciente no logra la desoclusión en el sector de dientes posteriores, lado de balanceo, durante el movimiento de propulsión de la mandíbula y la desoclusión en el lado de balanceo, durante los movimientos mandibulares de lateralidad derecha e izquierda. Además, hay obstáculos o interferencias que entorpecen el desplazamiento libre de la mandíbula y aparecen signos y síntomas de actividad parafuncional.³

Es imprescindible para restablecer la guía anterior de la oclusión dentaria llegar a un correcto diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, basados en un exhaustivo análisis funcional del paciente como punto de partida.³⁰

La autora considera que la habilidad más avanzada de la Estomatología restauradora es la felicidad que se percibe en los pacientes cuando son recuperados sus dientes anteriores. Cualquier alteración en los dientes anteriores se observa como poco atractivo o antiestético y puede precipitar una experiencia emocional traumática, ya que existe una relación entre la imagen corporal y la autoestima del paciente.

Cuando se realiza un tratamiento estomatológico rehabilitando la guía anterior de la oclusión dentaria se logra estabilidad dentaria sin recidivas para establecer un sistema masticatorio en equilibrio.³⁰

I.4.4 Factores principales en tratamientos en cuanto a oclusión dentaria exitosos

Los factores, reglas o leyes de la oclusión dentaria resultan ser una serie de condiciones para que una oclusión dentaria sin patología presente un correcto funcionamiento. Existen varias interpretaciones de lo que resulta ser un factor que predispone una condición normal.²⁶

1. Posición condilar más superior, confortable y estable (RC)
2. RC = MIC
3. Soporte periodontal adecuado
4. Número adecuado de piezas dentarias (o implantes) estables
5. Buen resalte anterior
6. Buenas guías laterales (65° a 70°)
7. Morfología dentaria posterior no desgastada (compatible con una adecuada guía anterior).
8. Ausencia de interferencias dentarias posteriores en movimientos excéntricos.
9. Adecuada bioestética.

Debido a los elementos clarificados, no se debe seguir el concepto de numerosos prácticos donde la guía anterior representa el recubrimiento vertical de los incisivos inferiores por los superiores, a menudo percibido como una entidad anatómica estática. El valor milimétrico del recubrimiento incisivo en oclusión máxima tiene en sí poco interés y no refleja la calidad de esa oclusión dentaria.³⁰

Aspectos en los que coincide la autora, al asumir que las relaciones incisivas solo tienen una verdadera significación cuando son apreciadas de manera

dinámica. En el diagnóstico y evaluación minuciosa de los pacientes, la guía anterior es determinante para mejorar la estética, fonética y función masticatoria. Se puede asegurar que el valor funcional de la guía anterior, refleja la calidad de la combinación de los parámetros oclusales que como la guía anterior, es de naturaleza dinámica y funcional.^{5, 30}

Si bien no existen muchas investigaciones respecto al tema, Veliz Vaca²⁴ hace mención a otros investigadores que han incursionado en el tema: Quinteros (2016) y Escobar (2018). Además de reportar diferentes casos clínicos, donde hay restablecimiento de la guía anterior y de la alineación tridimensional como factores principales para la desoclusión. En este sentido, se destacan los resultados de sus investigaciones, tales como:

- Restablecimiento de guía anterior de la oclusión dentaria mediante restauraciones directas (2018).
- Restablecimiento de la guía anterior en facetas tipo I con restauraciones directas, en paciente mujer de 33 años de edad (2016)

I.4.5 Criterios para restablecer la guía anterior de la oclusión dentaria

Es importante dar a conocer el manejo funcional y estético de la zona anterior en pacientes con enfermedad oclusal, devolviendo función, estética y fonética mediante rehabilitación oral en pacientes con desarmonía oclusal teniendo en cuenta la mencionada, con el propósito que le permita realizar movimientos excéntricos y de esta manera disminuir el trauma oclusal, como uno de los causantes del fracaso del tratamiento integral.⁴⁶

Rodríguez Chaparro²⁶ se refiere en su investigación a objetivos funcionales ideales de la oclusión bioestética, dentro de ellos, se enuncian:

1. Incisivos centrales largos
2. Incisivos laterales más cortos y redondeados
3. Caninos largos y puntiagudos
4. Sobreparese: 3-5 mm
5. Resalte: 2-3 mm
6. Resalte canino: 1 mm
7. Piezas posteriores aguzadas, sin desgaste
8. MIC a menos de 0.5 mm de RC
9. Desoclusión posterior de 2 a 3 mm: en vis a vis anterior

10. Desoclusión con guía canina de 1.5 a 2 mm en el lado de trabajo, y de 2 a 3 mm en el lado de no trabajo

En pacientes con desgaste dental, lo ideal es iniciar la rehabilitación restaurando la guía anterior de la oclusión dentaria porque obedece a patrones individuales al permitir que quede definida la relación oclusal céntrica y la dimensión vertical oclusiva.⁴⁶ Este aspecto es de inestimable valor pues se describe en la literatura científica que se facilita la reorganización de la oclusión dentaria mediante la eliminación de las interferencias oclusales, la provisión de resalte y sobrepose adecuado y el alivio de la guía anterior.⁴⁷

I.5 Documentos normativos en las Ciencias Estomatológicas desde la integración de saberes

I.5.1 Estandarización terapéutica

La estandarización de los procesos de atención médica mediante las clásicas normas de diagnóstico y tratamiento implementadas a nivel mundial hace ya muchos años atrás, con el desarrollo de la epidemiología, la medicina basada en la evidencia y la investigación en los servicios de salud, le han otorgado nuevas dimensiones en la actualidad.⁴⁸

Las guías de atención, guías de práctica clínica y protocolos de atención son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de las personas. Permiten estandarizar los criterios para evaluarlas, ya que estos instrumentos atribuyen mayor importancia a las intervenciones efectivas, basadas en pruebas científicas y desalientan la utilización de otras intervenciones de efectividad dudosa.⁴⁸

La razón principal para la existencia de las guías o protocolos, es contar con términos de referencia o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece. La práctica de atención a las personas es variable, tanto en la utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios y la disparidad en la prestación de los mismos.^{48, 49}

Las guías de atención y sus respectivos protocolos, permiten resolver este tipo de variabilidad, ya que definen la secuencia, duración y responsabilidad de cada equipo o proveedor, para la atención a las personas; lo cual optimiza las actividades del personal de los servicios en el abordaje de los problemas o

situaciones de salud, con lo que se logra mejorar la utilización del tiempo, de los recursos y mejorar la calidad de la atención.^{49, 50}

Díaz Gómez y colaboradores,⁵¹ en su investigación: “Estimación de la protocolización del bruxismo desde la perspectiva clínica en Cuba y el mundo” refieren que Morales Navarro, y Castillo Payamps y colaboradores, ratifican como pilares para lograr una mejor evolución en los pacientes: la atención protocolar en los centros especializados, la agilidad en la asistencia y tramitación dentro de la institución de salud.

La concepción de la atención multidisciplinaria está presente en el segundo nivel de atención estomatológica; la valoración interdisciplinaria se desarrollará, según lo exponen Díaz Gómez y colaboradores.⁵¹ En alguna medida, en Cuba, se rigen por el documento normativo Guías Prácticas de Estomatología;⁸ consideradas desactualizadas al no contener la información científica ulterior a casi dos décadas de su confección.⁵²

En este sentido, Román⁵² considera que uno de los requisitos para que una guía de práctica clínica sea válida es que sufra procesos de actualización cada cierto período de tiempo, pues lo contrario puede ser causa de una mala praxis al no haber incorporado la nueva información disponible.

Se tiene en cuenta que las alteraciones de la oclusión dentaria donde clasifica la guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, confluyen con la vertiginosa afluencia de información concerniente a la enfermedad clínica, a criterio de Díaz Gómez y colaboradores,⁵¹ pues se interpreta como un fenómeno neuropsicosocial en relación con el contexto histórico social imperante, el avance científico y el desarrollo tecnológico, en concurrencia con la ponderación necesaria para desarrollar su estudio y tratamiento.

I.5.2 Elementos vigentes en Cuba referentes a la oclusión dentaria

Díaz Gómez argumenta que el Dr. Joaquín González Reynaldo (comunicación personal del Director Nacional de Estomatología en el MINSAP de Cuba (MINSAP), 20 de mayo de 2019), destaca en Cuba nueve consultas del tercer nivel de atención estomatológica de Oclusión Dentaria y ATM distribuidas en ocho provincias del país.⁵¹

Estas consultas se localizan básicamente en La Habana (dos) y una en Cienfuegos, Villa Clara, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Camagüey, Holguín y Santiago de Cuba, respectivamente. Lo anterior evidencia la limitación de este

servicio en siete provincias ubicadas en el oriente y occidente del país. Son consultas de alta especialización que cuentan indistintamente con coordinadores de programas de diversas especialidades poseedores de diferentes grados de especialización, interesados en instaurar protocolos normativos o documentos científicos devenidos en compendios de acciones que orienten la atención terciaria de salud.

La protocolización de acciones conductuales, el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud; no obstante, se ha convertido en tendencia como respuesta a las necesidades en Cuba para rectorar la pericia clínica en los diferentes niveles de atención de salud.^{53- 55}

Existe una estructura asistencial concebida para la atención al paciente con alteraciones de la oclusión dentaria desde diferentes niveles de atención en el país. Para lograrlo se desarrollan acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación general de la salud del individuo, sin particularizar elementos sustanciales de aristas determinantes de la oclusión dentaria, como es el caso de la guía anterior.

En las Guías Prácticas de Estomatología⁸ se enuncian los diferentes niveles de atención:

- La atención primaria como un conjunto de actividades y procedimientos organizados y encaminados a asegurar la salud de todos los integrantes de la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de las personas y las acciones para mejorar y evitar el deterioro del medio donde el hombre vive y trabaja.
- La atención secundaria: conjunto de actividades y procedimientos organizados y encaminados a asegurar la atención especializada de todos los integrantes de la comunidad referidos del nivel primario, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de las personas, y para esto disponen de recursos humanos más capacitados y especializados y tecnologías más desarrolladas.
- La atención terciaria: conjunto de actividades y procedimientos organizados y encaminados a asegurar la atención especializada de los integrantes de la comunidad referidos del nivel secundario mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de las personas, y para ello se dispone de recursos humanos capacitados y

especializados, así como la tecnología más desarrollada para el diagnóstico y tratamiento.

Las alteraciones de la oclusión dentaria son trascendentales en la población adulta no solo por su prevalencia, sino también por las secuelas que generan en el sistema estomatognático y el costo de rehabilitación que se infiere.⁸ Se precisa de pericia investigativa y de resultados científicos que puedan garantizar esquemas de tratamiento sustentados por la ciencia, en correspondencia con la génesis del fenómeno a estudiar.⁵¹

Desde hace más de cuatro décadas, la tradición de atención estomatológica especializada a este tipo de pacientes se ha realizado en provincias del país como Camagüey,^{56- 58} que lo convierte en un escenario docente y asistencial motivador para la investigación y de referencia obligada para el intercambio científico acerca del tema desde la interdisciplina en Cuba, a favor del desarrollo de la ciencia.⁵⁹

En Las Tunas, se han dado pasos de avances en la atención especializada a pacientes con trastornos de la oclusión dentaria hace aproximadamente dos décadas y, a pesar que no están resueltas todas las necesidades, se aprecian avances, pues se han mejorado los indicadores de salud bucodental sobre todo, en la promoción prevención, educando al pueblo en el cuidado y conservación de su salud bucal desde esta óptica.⁶⁰

I.6 Segunda etapa

Objetivo general

- Evaluar los protocolos precedentes encargados de la atención clínica de pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Objetivos específicos

1. Construir escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización médica.
2. Validar la escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización médica diseñada.

I.6.1 Clasificación de la investigación. Investigación Desarrollo y Evaluación de marzo 2021 a mayo 2022.

I.6.2 Aspectos generales del estudio

Consistió en la construcción y validación de un instrumento con su escala para evaluar protocolos clínicos de atención desde su contenido. Se desarrolló, además, la evaluación de los protocolos precedentes.

Universo y muestra del grupo evaluador

De un universo de 20 profesionales de alto nivel científico se seleccionaron por muestreo simple aleatorio 15 como expertos; tres Doctores en Ciencias; 12 con categoría de master en ciencias; 12 especialistas de segundo grado y tres de primer grado; con categoría docente principal: tres profesores con categoría de Profesor Titular, nueve Auxiliares y tres asistentes; 13 investigadores agregados y dos investigadores auxiliares, se consideró la experiencia de trabajo, a los que se le solicitó el consentimiento informado.(Anexo I.2). Se aplicó una encuesta de autodeterminación de competencia de experto que permitió caracterizarlos, obtener una autovaloración de su grado de conocimiento en el tema y la influencia que diversas fuentes de argumentación han tenido en su conocimiento (Anexo I.3).

Se determinó el coeficiente de competencia (K)⁶¹ para la selección de los expertos. Se evaluó a partir de su opinión el nivel de conocimientos (K_c) respecto al problema objeto de estudio y referente a las fuentes de información (K_a) que les permitieron argumentar sus criterios. La autovaloración del conocimiento sobre el tema fue en orden ascendente, del desconocimiento al conocimiento profundo; y las fuentes de obtención de información por niveles: nivel alto, nivel medio y nivel bajo.

El coeficiente de competencia del experto (K) se calculó por la expresión matemática $K=1/2 (K_c + K_a)$; donde K_c es el coeficiente de conocimiento o información que tiene el experto acerca del problema y K_a es el coeficiente de argumentación; K_c se calcula sobre la base de la valoración del propio experto, en una escala de cero a 10 y multiplicado por 0,1 (o dividido por 10). Autovaloraciones de los expertos de K_c con valor de 10 indicaron pleno conocimiento del tema.

Por otra parte, el coeficiente de argumentación (K_a) se establece al ofrecerle un cuadro al candidato a experto para medir según su juicio la influencia que tienen sus criterios y conocimientos sobre sí mismo, luego mediante una tabla patrón (Anexo I.4), se define el valor de K_a .

Los valores finales de K obtenidos permitieron clasificar a los expertos en tres grupos:

- Alta influencia de todas las fuentes, que son los que obtuvieron un valor K superior a 0,8.
- Influencia media, los que alcanzaron un valor comprendido entre 0,7 y 0,8.
- Baja influencia, los que lograron una valoración inferior a 0,7.

I.7 Técnicas y procedimientos

De obtención de la información

Para la obtención de la información necesaria en la construcción del instrumento y Escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización médica. (ECDOCE), se consideró la metodología utilizada en otros documentos científicos precedentes en la literatura científica, que se resumen en cuatro pasos.^{62, 63}

- Definición y caracterización del objeto de estudio: abordada en la introducción de la investigación.
- Selección de los indicadores: basados en la literatura científica, instrumentos teóricos desarrollados por el equipo multidisciplinario de la consulta del tercer nivel de atención en salud de Oclusión y ATM de la provincia Camagüey y la experiencia clínica e investigativa de profesionales miembros de la Cátedra multidisciplinaria para el estudio de la oclusión dentaria “Plácido Ardanza Zulueta”, así como de especialistas de experiencia en esta temática en el territorio. Se seleccionaron los ítems a tener en consideración.
- Construcción de los ítems: se tomó el tipo de pregunta cerrada, de selección única, con su escala nominal a la que se le otorgó una puntuación que permitió la realización de operaciones matemáticas, con las categorías: ausente (1), presente (2).
- Definición de la forma evaluativa del instrumento: se clasifica el resultado final del instrumento en escala cualitativa ordinal, con el empleo de los cuartiles se consideraron las categorías: No recomendado, Parcialmente recomendado, Recomendado, Muy recomendado en correspondencia con la puntuación obtenida. (Anexo I.5)

I.7.1 Operacionalización de las variables

Se diseñaron 16 ítems (variables del estudio), 15 correspondientes a los aspectos de observación del protocolo (variables cualitativas nominales) y una, correspondiente a la forma de medición final del instrumento (escalas de cualitativa ordinal) que responden a las características del Sistema Nacional de Salud Pública en Cuba para la conformación del instrumento y su escala de evaluación para contenido. Estas fueron valoradas por el grupo de expertos para emitir un juicio valorativo mediante una escala Likert,⁶⁴ de cinco categorías.

El instrumento se consideró validado cuando los expertos emitieron una calificación por ítem que en la suma total correspondiera a la aprobación de la escala, categoría recomendada correspondiente a una puntuación de mayor de 60 puntos.

Variable	Tipo	Escala	Descripción
1. Representatividad del problema de salud.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Desarrolla el problema de salud en toda su amplitud desde la prevención, diagnóstico y tratamiento.
2. Información teórico-práctica desde la evidencia científica.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Los argumentos se sustentan por la evidencia científica publicada en revistas indexadas.
3. Conformación de un documento científico con la integración de saberes.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Documento científico con enfoque multidisciplinar, interdisciplinario.
4. Exposición de argumentos conciliadores pertinentes a la selección de los	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Presenta los mejores procederes clínicos desde el consenso de expertos.

mejores procederes.			
5. Establecimiento de acciones clínicas con espacio para las individualidades.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Clarifica y distribuye acciones clínicas y establece espacios acorde a los implicados en el proceso desde la individualidad.
6. Inclusión de soluciones tangibles en el contexto histórico en que se implementan.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Conforma una propuesta de aplicación y utilidad práctica en el contexto cubano.
7. Estructura y orden en las acciones o procederes médicos	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Establece un orden lógico y descripción pormenorizada de los procederes médicos previstos.
8. Propuesta de alternativas específicas y cambio de procederes ante problemas identificados como limitaciones probables.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Incluir por etapas los aspectos a considerar para contrarrestar las limitaciones probables.
9. Inclusión de elementos sustantivos propios de la educación, prevención, diagnóstico y tratamiento del problema de salud identificado.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Amplíe las acciones de salud en todos los aspectos pertinentes para afrontar problemas de salud.
10. Presentación y estratificación del método clínico.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Integrar el método clínico como preámbulo de todo

			proceder técnico valorado.
11. Empleo de tecnología y enfoque terapéutico desde el desarrollo científico-técnico.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Actualización científica.
12. Proyección terapéutica en correspondencia con la etiología del fenómeno.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Correspondencia total de las acciones propuestas y la etiología actualizada del fenómeno.
13. Representación de técnicas y procedimientos clínicos con esquemas y/o algoritmos de trabajo.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Concertar argumentos, esquemas y/o algoritmos de trabajo.
14. Distinción con precisión de las recomendaciones necesarias	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Incluir enmarcadas las recomendaciones por etapas y/o actorales.
15. Estipulación de los resultados relevantes de la discusión colectiva por etapas.	Cualitativa nominal dicotómica	Ausente o Presente	Listar por etapas los resultados más coherentes, precisos y sintetizados de la discusión colectiva de los procederes incluidos en el documento científico.
16. Escala de evaluación del instrumento para evaluación de contenido.	Cualitativa Ordinal	No recomendado Parcialmente recomendado Recomendado	< 19 19-22 23-26

		Muy recomendado	27-30
--	--	-----------------	-------

I.7.2 Validación de la Escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas

A partir de la experiencia de especialistas en el tema y complementada con las consideraciones individuales aportadas por los expertos, se aprobó en un primer momento el instrumento con cada uno de los ítems y luego se puso en consideración la evaluación de estos y la escala en cuestión. El análisis que se realizó mediante el método Delphy.¹⁹

Se sometió a la valoración del panel de expertos mediante escala Likert.^{62, 64} La medición de los criterios se correspondió con cinco categorías que establecían una evaluación del uno al cinco: totalmente en desacuerdo con valor uno, en desacuerdo con valor dos, ni de acuerdo ni en desacuerdo con valor tres, de acuerdo con valor cuatro, muy de acuerdo con valor cinco. (Anexo I.6)

Se formuló una interrogante abierta para que cada experto pudiese expresar su juicio teórico con respecto a posibles modificaciones, así como brindar sugerencias al respecto. Para las sesiones de trabajo se empleó la comunicación en línea y presencial.

La calificación total de la escala presentó un margen de valores entre 15 y 75 puntos; para elaborar el criterio de aprobación se determinó el rango intercuartílico con los cuartiles uno y tres, resultando:

- Menor de 30 puntos. No recomendado
- 30-60 puntos. Recomendado con modificaciones
- Mayor de 60 puntos. Recomendado

El instrumento se consideró validado cuando los expertos emitieron una calificación por ítem que en la suma total correspondiera a la aprobación de la escala, categoría Recomendado correspondiente a una puntuación de mayor de 60 puntos.

Posteriormente para validar este instrumento se exploró:

Confiabilidad relacionada con la evaluación por diferentes personas: es capacidad que tiene el instrumento de arrojar siempre los mismos resultados cada vez que se aplica a la misma unidad de observación, para lograr una

observación estandarizada entre evaluadores recibieron entrenamiento previo concerniente al uso de la evaluación por la escala Likert⁶⁴. La misma se realizó mediante la evaluación de la validez de apariencia, validez constructo, validez de contenido a través del cumplimiento de los criterios de Moriyama⁶⁵ y la validez de criterio.

Al abordar la validez se distinguieron los siguientes componentes, (Figura I.6).

Validez de apariencia: se examinó a través de consulta a expertos si los ítems que componen el instrumento fueron correctamente elaborados.



Figura I.6. Evaluación de validez por expertos. Elaboración propia

Validez de contenido: los expertos evaluaron el cumplimiento de los criterios de Moriyama⁶⁵ para cada uno de los ítems mediante la escala Likert.⁶⁴

Los principios explorados fueron los siguientes:

- Razonable y comprensible: si se comprende la inclusión del ítem en relación con la categoría que se pretende medir. Por tanto, se determinó si se justifica la inclusión del ítem en el instrumento o si este puede eliminarse porque no existe ninguna relación entre lo que el test explora y la situación que se pretende medir.
- Sensible a variaciones: si el ítem es capaz de discriminar entre diferentes situaciones teórico-prácticas que puedan presentarse (grados del comportamiento de los ítems evaluados).
- Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: si se justifica la inclusión del ítem en la prueba. Por tanto, se determina si el ítem aporta alguna información adicional o simplemente lo que hace es redundar en la información que otros ítems aportan más eficientemente.

- Con componentes claramente definidos: si el ítem se expresa claramente.
- Derivable de datos factibles de obtener: si a partir de las respuestas del ítem se puede obtener información.

Validez de constructo: se evaluó mediante la construcción de una hipótesis que contrasta el grado de asociación entre el valor obtenido por el instrumento creado y contenido del protocolo, para ello se consideró la sumatoria de las puntuaciones obtenidas con la escala, resultando menor de 19 punto No recomendado y entre 27 a 30 Muy recomendado.

Validez de criterio: el instrumento construido surgió dada la necesidad de interpretar la aplicabilidad a documentos científicos de estandarización médica. Tanto para la construcción como para la validación del instrumento, los datos se obtuvieron de fuentes primarias. Con los que se confeccionó una base de datos. El procesamiento estadístico se realizó con medidas de resumen (media, desviación estándar), números absolutos y porcento, para la concordancia inter expertos se emplearon, el test W de Kendall⁶⁶ y el índice de concordancia de V de Aiken.⁶⁷

La correlación de elementos corregida se empleó para examinar la homogeneidad del aporte de los ítems y, para la medición de la confiabilidad el Alfa de Cronbach⁶⁸ y el coeficiente de correlación intraclass,⁶⁹ una confiabilidad del test en el 0.95 %, con el empleo del paquete estadístico SPSS 25.0 para Windows.

El cálculo del índice de concordancia V de Aiken⁶⁷ (ecuación I.1) con sus intervalos de confianza; para medir la concordancia inter-expertos se realizó manualmente en la hoja de cálculo de Excel, (ecuaciones I.2 y I.3).

$$V_{Aiken} = \frac{\text{Mediana} - \text{Valor Mínimo}}{\text{Valor Máximo} - \text{Valor Mínimo}} \quad (1)$$

$$IV_{Aiken} = \frac{2nkV + Z^2 - z\sqrt{4nkV(1 - V) + Z^2}}{2(nk + Z^2)} \quad (2)$$

$$SV_{Aiken} = \frac{2nkV + Z^2 + z\sqrt{4nkV(1 - V) + Z^2}}{2(nk + Z^2)} \quad (3)$$

Donde:

IV_{Aiken}: intervalo confianza inferior para el índice de concordancia V_{Aiken}

SV_{Aiken}: intervalo confianza superior para el índice de concordancia V_{Aiken}

n: número de ítems

k: número de jueces

Z: percentil del nivel de confiabilidad prefijado= 1.96

Ecuación I.1, I.2, I.3. Cálculo del índice de concordancia V de Aiken e intervalos de confianza

Para examinar la relevancia del coeficiente de correlación W de Kendall⁶⁶ se realizó el test chi- cuadrado⁷⁰ (ecuación I.4) para el mismo donde las hipótesis a docimar fueron las siguientes:

$$W_k = \frac{S}{\frac{1}{12} E^2 (C^3 - C)} \quad (4)$$

Ecuación I.4. Estadígrafo Chi Cuadrado

H₀: el coeficiente correlación W de Kendall es igual a cero (WK=0)

H_A: el coeficiente correlación W de Kendall es distinto a cero (WK≠0).

Al realizar la docima de hipótesis para el valor del CCI lo restringimos a la siguiente hipótesis nula

H₀: el CCI es menor del 0.7

H_A: el CCI es mayor o igual a 0.7

Las hipótesis docimadas que se consideraron fueron las siguientes: (Hipótesis nula y alternativa)

H₀: No existe concordancia entre los evaluadores.

H_A: Existe concordancia entre los evaluadores.

Luego de construir y validar el instrumento con su escala para evaluar protocolos de procederes clínicos,⁷¹ se procedió a la evaluación de protocolos precedentes relacionados con la restauración de la guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, desde una óptica más contemporánea en la ciencia: el contenido.

I.8 Evaluación de los protocolos precedentes con la Escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas (ECDOCE)

I.8.1 Universos

De protocolos

El universo estuvo constituido por seis protocolos, cuatro extranjeros y dos de carácter nacional.

Del grupo evaluador

Profesionales de las Ciencias Médicas, equipo de salud declarado (cuatro profesionales) que integran la consulta interdisciplinaria del segundo nivel de atención para el paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional.

Muestra. Integrada por los dos profesionales de mayor experiencia dentro de la Consulta interdisciplinaria del segundo nivel de atención para el paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional.

Operacionalización de las variables

Las variables utilizadas para evaluar el contenido de los protocolos precedentes fueron las descritas con anterioridad en la construcción del instrumento teórico validado por expertos.

I.8.2 Técnicas y procedimientos

De obtención de la información

Para la localización de los protocolos precedentes que impliquen la atención para el paciente con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, se utilizaron en específico los descriptores protocolo de atención, protocolo de diagnóstico y tratamiento. De forma simultánea se realizó una pesquisa con empleo de la comunicación personal y por vía telefónica con profesionales que laboran en consultas de oclusión dentaria y ATM, de varias provincias del territorio. Se obtuvieron solo cuatro protocolos extranjeros y dos nacionales de la temática referida:

Protocolos extranjeros

- Protocolo de atención clínica en red de operatoria dental (Costa Rica). (2020).⁷²
- Protocolo de referencia y contra referencia para la especialidad de TTM y dolor orofacial (Chile). (2020).⁷³
- Protocolo de referencia y contra referencia para la especialidad de ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial. (Chile). (2020).⁷⁴
- 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 (Colombia). (2015).⁷⁵

Protocolos nacionales:

- Protocolo de rehabilitación integral para pacientes desdentados parciales bruxópatas y dimensión vertical oclusiva disminuida. (2014)⁷⁶

- Procedimientos clínicos interdisciplinarios para un nuevo enfoque del bruxismo desde la integración médica en Cuba (2021)¹⁷

De análisis y elaboración.

Se confeccionó una base de datos con la puntuación otorgada a la Escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas, validada por expertos, cada aspecto fue evaluado con las categorías: ausente (1), presente (2). Se obtuvo un resultado final para cada uno de ellos dentro de las categorías en correspondencia a la puntuación obtenida, en cada uno de los protocolos:

- No recomendado
- Parcialmente recomendado
- Recomendado
- Muy recomendado

Se aplicó el índice de correlación Kappa de Cohen y el test Chi cuadrado.⁷⁷ (Ecuación 5) para la relevancia. Estas medidas otorgaron grado de acuerdo entre los jueces.

El nivel de confiabilidad se estableció al 95 % para un nivel de significación (α) en 0,05. El procesamiento se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 25.0 para Windows.

$$Kappa = \frac{Po - Pe}{1 - Pe} \quad (5)$$

Ecuación I.5. Estadígrafo Kappa de Cohen

Para examinar la relevancia del índice de correlación Kappa de Cohen⁷⁷ se realizó el test chi- cuadrado, donde, las hipótesis a docimar fueron las siguientes:

H_0 : el índice de correlación Kappa de Cohen es igual a cero ($K=0$).

H_A : el índice de correlación Kappa de Cohen es distinto a cero ($K\neq 0$).

I.9 Resultados y discusión de la segunda etapa evaluación de protocolos precedentes

Las Ciencias de la Salud han experimentado en el último medio siglo un avance más que notable; no obstante, existen múltiples ocasiones en las que ante un mismo problema se actúa de forma diferente. Una forma de contrarrestar este efecto es incorporar instrumentos que faciliten la toma de

decisiones. Para ello, se cuenta con varias herramientas que, en esencia, son principios y recomendaciones diseñadas para alcanzar este objetivo.⁷⁸

Las razones que impulsan al uso clínico de escalas, cuestionarios, test, e índices pueden ser diversas, como son la ayuda al diagnóstico, el apoyo al umbral de tratamiento, la comunicación con otros profesionales, y el establecimiento de un referente poblacional.⁷⁸

En su confección los expertos son quienes determinan si en su concepto, el instrumento en apariencia mide las cualidades deseadas.⁷⁸ Esta tarea tiene varias implicaciones para quienes fungen como expertos, porque, además de requerir determinados conocimientos y experiencias, demandan tiempo y organización en sus actividades para poder desarrollarla con oportunidad.⁷⁹

En la tabla I.1 se muestra la evaluación del coeficiente de competencia experta. En el presente estudio participaron 15 expertos profesionales de la salud que recibieron una puntuación superior a 0,85, resultado que se corresponde con las valoraciones de Hidalgo Anias y Márquez Pérez,⁸⁰ relacionada con la validación de una escala de trastornos neuróticos, donde el 100 % de los expertos obtuvo un coeficiente de competencia alto (entre 0,94 y uno). Es deseable que, como sucedió en la presente investigación, los expertos que participen en todo proceso evaluativo tengan el máximo nivel de competencia, pues ello aporta rigor y oportunidades de mejora.

Herrera Masó y colaboradores,⁶⁶ y Marín González y colaboradores⁸¹ exponen que el método de consulta a expertos propicia el contexto adecuado para obtener la mayor cantidad de información posible de los evaluadores consultados, al atenuar el efecto de aspectos que no pueden ser controlados por el autor y de otros factores relacionados con la complejidad, dificultad u obviedad del contenido sometido a su consideración.

En la investigación se logró una participación de profesionales pertenecientes a la Cátedra de Oclusión Dentaria “Plácido Ardanza Zulueta” provincia Camagüey y que implica al territorio donde se desplegó el presente estudio. Tal elemento que concuerda con lo expresado por Urrutia Egaña y colaboradores,⁸² al hacer referencia a Ortega Mohedano, quien asegura que la distribución de expertos en el área geográfica o la actividad laboral son factores importantes para la elección de los profesionales en función de experto.

Tabla I.1. Evaluación del coeficiente de competencia experta.

Expertos	Provincia	Grado científico u académico	Categoría docente principal	Kc*	Ka**	K***	Nivel
E- 1	Camagüey	Dr.C	Titular	1	1	1	A
E- 2	Camagüey	Dr.C	Titular	0,9	0,85	0,85	A
E- 3	Camagüey	Dr.C	Titular	1	0,9	0,95	A
E- 4	Las Tunas	MSc	Auxiliar	1	0,9	0,95	A
E- 5	Las Tunas	MSc	Auxiliar	1	0,9	0,95	A
E-6	Las Tunas	MSc	Auxiliar	1	1	1	A
E-7	Las Tunas	MSc	Auxiliar	0,9	0,85	0,85	A
E-8	Las Tunas	MSc	Auxiliar	0,9	0,85	0,85	A
E-9	Las Tunas	MSc	Auxiliar	1	0,9	0,95	A
E-10	Las Tunas	MSc	Auxiliar	1	0,9	0,95	A
E-11	Las Tunas	MSc	Auxiliar	1	1	1	A
E-12	Las Tunas	MSc	Auxiliar	0,9	0,85	0,85	A
E-13	Las Tunas	MSc	Asistente	1	0,9	0,95	A
E-14	Las Tunas	MSc	Asistente	0,9	0,85	0,85	A
E-15	Las Tunas	MSc	Asistente	1	0,9	0,95	A

*: Coeficiente de conocimiento

**: Coeficiente de argumentación

***: Coeficiente de competencia

Al analizar las sugerencias de los expertos, se concluyó que de forma general estuvieron relacionadas con la redacción o con algunos términos específicos más que con la propia conceptualización u operacionalización como tal. Los expertos centraron su atención en la integración de saberes para que se presentara como un ítem abarcador que permitiera la valoración tanto de la interdisciplina como de la transdisciplina, aspectos que de cierta forma influyeron en la diversidad de criterios valorativos a través de las calificaciones al instrumento, que posteriormente repercutió en los ítems con bajo índice de concordancia V de Aiken.

Otra sugerencia estuvo en relación con el primer ítem a considerar dentro de la escala propuesta, refiriendo que el objetivo constituyera la representatividad del problema de salud en toda su magnitud. Teniendo en cuenta, los resultados cuantitativos, no se consideró necesario reformular ninguna de las pautas para una segunda ronda. De este modo, se demostró la validez de contenido del instrumento.

En la tabla I.2 se muestra la evaluación del instrumento teórico por expertos. Se utiliza el índice de correlación W de Kendall, el índice de concordancia de V de Aiken y la correlación de elementos corregida y el Alfa de Cronbach para validar el instrumento teórico.

Al examinar la concordancia entre las evaluaciones de los jueces, aspecto que aborda la validez de constructo desde el punto de vista que se valora cualitativamente si los ítems enuncian efectivamente lo que se pretende medir (convergencia), esta concluyó que los ítems abordan el aspecto teórico que se pretende medir. Acorde al estadístico W de Kendall, se aprecia que existe una concordancia de un 0.73 con un valor de $p= 0.000$ menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$.

El juicio valorativo sobre la relevancia del contenido de los ítems expresada mediante el criterio V de Aiken se estimó globalmente entre 0.63-0.84, exceptuando los ítems 2, 3, 6, 12 y 15 en lo que la estimación del intervalo de confianza de dicho criterio oscilo entre 0-0.37, principalmente debido a la diversidad de las calificaciones dadas por los expertos.

Mientras que, la correlación total de elementos corregida⁶⁸ se estimó por encima de 0.60 en todos los ítems alcanzando un máximo en los ítems 7 y 12 con 0.95, posibilitando que finalmente el alfa de Cronbach alcance una estimación de 0.96 para la totalidad el instrumento. Lo que refleja de que los jueces en sus evaluaciones consideran la pertinencia de conservar los ítems dentro del instrumento. Es interpretado como una medida de la consistencia interna.

La concordancia obtenida en la evaluación del instrumento teórico, sugiere que los jueces, en sus evaluaciones, consideran la pertinencia de conservar cada uno de los ítems propuestos dentro del instrumento; las estimaciones de los estadígrafos expuestos para el cálculo de la confiabilidad del instrumentos teórico son similares a los expuestos por Bonilla Algovia y colaboradores,⁸³ que

obtienen valores superiores a 0.80 (Correlación total de elementos corregida), al viabilizar la validación de una de enfoque diferente dirigida a la medición de las actitudes sexistas hostiles y benévolas en la población adolescente de Castilla-La Mancha.

Tabla I.2. Evaluación del instrumento teórico por expertos

Ítems evaluados	Rango promedio	Media	Correlación total de elementos corregida ^a	V Aiken	IC 95%
1	11.17	3.87	0.74	0.75	0.63 - 0.84
2	3.07	1.67	0.655	0.25	0.16 - 0.37
3	4.33	2.07	0.91	0.25	0.16 - 0.37
4	8.67	3.27	0.69	0.75	0.63 - 0.84
5	8.33	3.07	0.91	0.75	0.63 - 0.84
6	3.37	1.53	0.88	0	0 - 0.06
7	9.5	3.47	0.95	0.75	0.63 - 0.84
8	9.93	3.53	0.88	0.75	0.63 - 0.84
9	9.83	3.53	0.83	0.75	0.63 - 0.84
10	11.17	3.87	0.85	0.75	0.63 - 0.84
11	10.73	3.73	0.88	0.75	0.63 - 0.84
12	4.57	2.2	0.95	0.25	0.16 - 0.37
13	11.17	3.87	0.60	0.75	0.63 - 0.84
14	11.47	3.93	0.74	0.75	0.63 - 0.84
15	2.7	1.47	0.94	0.25	0.16 - 0.37
Alfa de Cronbach					0.968
V Aiken Global				Puntual	0.75
				IC	0.63-0.84
W de Kendall ^b					0.73
Chi Cuadrado 14gl					153.748
Significación Asintótica					0.0000

a: procedente de hoja de estimación de la correlación total de elementos corregida.

b: procedente de hoja de resultados test W de Kendall

gI: grados de libertad

La validación del instrumento por expertos realizada por Fleites Did y colaboradores,⁶⁵ en Villa Clara, Cuba, evidenció que el 100 % de las preguntas

fueron razonables y comprensibles, sensibles a variaciones, con suposiciones básicas justificables, con componentes claramente definidos y derivables de datos factibles de obtener.

En la validación por Delphi el 100 % de las preguntas fueron evaluadas por categorías por Fleites Did y colaboradores,⁶⁵ las categorías Muy adecuado y Bastante adecuado no viene acompañada de un estadístico de concordancia propia de escalas ordinales, lo que puede considerarse prescindible cuando los juicios valorativos concuerdan en un 100 % único.

En la investigación “Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de sal en la población peruana” de Torres Malca y colaboradores,⁶⁷ utilizaron la V de Aiken para calcular el grado de acuerdo entre los jueces, donde presentaron valores V superiores a 0,80, además, de un coeficiente de variación menor a 25 %, por tanto, ninguno de los ítems fue eliminado, resultados que coinciden con esta investigación.

En otro estudio realizado por Agudelo y colaboradores⁸⁴ donde de igual forma se evalúa la validez aparente de la escala por juicio de expertos los resultados expuestos se aprecian por encima del 0.8 hasta 1.

La valoración general de los jueces para el instrumento construido por la autora, consideró como pertinente la permanencia de los ítems sugeridos, interpretado como una medida de coherencia y validez.

Tabla I.3. Evaluación del instrumento teórico por expertos según el estadígrafo
coeficiente de correlación intraclass

	Correlación intraclass ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero ,7			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Significación
Medidas promedio	0,904	0,815	0,962	3,135	14	196	0,000

gl: grados de libertad

Es posible también examinar el coeficiente de correlación intraclass (CCI) (Tabla I.3), este permite medir la concordancia general entre dos o más mediciones que implican variables de carácter cuantitativo, obtenidas con diferentes instrumentos de medida o evaluadores.⁶⁹ En esta investigación, se interpretan como una medida de coherencia. Se basa en un modelo de análisis de varianza con medidas repetidas. Al examinar la CCI (promedio) referente al

interés de utilizar la media de las evaluaciones del conjunto total de evaluadores como medida de coherencia y consistencia esta asciende a 0.904 con un intervalo de confianza 0.81- 0.96. (Anexo I.7)

Aspectos que reafirman la concordancia entre los evaluadores, además de lo expresado por el índice de correlación W de Kendall, el índice de concordancia de V de Aiken y la correlación de elementos corregida para validar el instrumento teórico.

En la tabla I.4 se muestra el test W de Kendall, el índice de concordancia de V de Aiken y la correlación de elementos corregida para validar la escala de evaluación en la calificación del instrumento teórico. La concordancia entre las evaluaciones de los jueces según al estadístico W de Kendall, se aprecia que existe una concordancia de un 0.71 con un valor de $p= 0.000$ menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$.

La relevancia del contenido de los ítems expresada mediante el criterio V de Aiken se estimó globalmente entre 0.63-0.84, exceptuando los ítems 4, 7, 9, 10 y 13 en los que la estimación del intervalo de confianza de dicho criterio oscilo entre 0-0.37.

En cambio, la correlación ítem total se estimó por encima de 0.50 en casi todos los ítems alcanzando un máximo en los ítem 2, 5 y 8 con 0.81 excepto el ítem 4 (referido a la exposición de argumentos conciliadores pertinentes a la selección de los mejores procederes) con un 33 %, el Alfa de Cronbach alcanza una estimación de 0.87 para la totalidad el instrumento.

Según lo mostrado en la tabla I. 4, la valoración general de los jueces sobre la calificación del instrumento y su escala, resultó pertinente. También consideraron conservar la calificación mediante la escala cualitativa nominal dicotómica, (1- ausente, 2- presente) del ítem dentro del instrumento.

Los resultados en cuanto a la concordancia interevaluador no se corresponden con investigaciones realizadas por Lorca y colaboradores⁸⁵ para evaluar las propiedades psicométricas de la escala de estado funcional post-COVID-19. Se reveló que hubo concordancia entre los evaluadores solamente para el aspecto de relevancia (W de Kendall = 0,111; $p = 0,32$) en el resto de aspectos evaluados (suficiencia, claridad y coherencia) no se logra concordancia interevaluador.

Otros estudios realizados que se hacen propicio mencionar debido a que exponen el diseño y la validación de un instrumento lo constituyen Tenango Leyte y Solís Martínez.⁸⁶ En ellos se aplicó la prueba de Kendall, a partir de las 38 valoraciones de expertos, el coeficiente de concordancia $W = 0.498$ con una significancia $p < 0.000$, por lo que el panel de expertos estuvo de acuerdo con la evaluación de todos los ítems incluidos.

Tabla I.4. Evaluación de la escala de evaluación del instrumento teórico por expertos

Ítems evaluados	Rango promedio	Media	Correlación total de elementos corregida ^a	V Aiken	IC 95%
1	9.80	3.53	0.67	0.75	0.63 - 0.84
2	11.17	3.87	0.81	0.75	0.63 - 0.84
3	10.73	3.73	0.64	0.75	0.63 - 0.84
4	5.00	2.33	0.33	0.25	0.16 - 0.37
5	11.17	3.87	0.81	0.75	0.63 - 0.84
6	11.20	3.87	0.83	0.75	0.63 - 0.84
7	2.70	1.47	0.67	0.25	0.16 - 0.37
8	11.17	3.87	0.81	0.75	0.63 - 0.84
9	3.03	1.67	0.62	0.25	0.16 - 0.37
10	4.30	2.07	0.56	0.25	0.16 - 0.37
11	8.67	3.27	0.65	0.75	0.63 - 0.84
12	8.33	3.07	0.53	0.75	0.63 - 0.84
13	3.37	1.53	0.55	0.00	0 - 0.06
14	9.47	3.47	0.62	0.75	0.63 - 0.84
15	9.90	3.53	0.51	0.75	0.63 - 0.84
Alfa de Cronbach				0.869	
V Aiken Global				Puntual	0.75
				IC	0.63-0.84
W Kendall ^b				0.712	
Chi Cuadrado 14gl				153.748	
Significación Asintótica				0.0000	

a: procedente de hoja de estimación de la correlación total de elementos corregida.

b: procedente de hoja de resultados test W de Kendall.

gl: grados de libertad

Al examinar el CCI para la evaluación de la escala de evaluación y evaluación de los ítems según expertos, tabla I.5, se aprecia que asciende a 0.896 con un intervalo de confianza 0.80- 0.96, aspectos que reafirman la concordancia entre los evaluadores.

Tal como se observa en la tabla siguiente, el test para el CCI, se obtuvo un valor de $p= 0.01$, lo que implica que la estimación del CCI es significativamente mayor que 0,70. (Anexo I.8)

Tabla I.5. Evaluación de la escala de evaluación del instrumento teórico por expertos según el estadígrafo CCI

	Correlación intraclass ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0,7			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Significación
Medidas promedio	0,896	0,800	0,959	2,894	14	196	0,001

gl: grados de libertad

En la tabla I.6 se muestra la evaluación de los protocolos precedentes según escala de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización médica, teniendo como criterios de evaluación para los expertos: la representatividad de estos protocolos para enfrentar “una restauración de la guía anterior de la oclusión dentaria”, ya sea parcial o total; criterio que se apoya para examinar su relevancia en el índice de Kappa de Cohen.⁷⁷ El porcentaje de acuerdo absoluto expresa la medida en que hubo coincidencia entre los evaluadores en sus respuestas; en este estudio más del 80 % de las respuestas de ambos evaluadores coinciden.

A su vez la reproducibilidad se determinó con la aplicación del coeficiente de concordancia Kappa de Cohen, para definir la correlación entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos. Los protocolos tres y cuatro obtuvieron una correlación de 0.42 y 0.44, respectivamente, para una concordancia moderada según las cuales podría valorarse su reproducibilidad.

La estimación de los protocolos precedentes por ítems registró que ninguno de los documentos científicos analizados alcanzó la máxima puntuación (27-30), con fines de estandarizar los procederes clínicos para restaurar la guía anterior de la oclusión disfuncional.

Los protocolos que obtuvieron categoría de Parcialmente recomendados y Recomendado, fueron el 5 y el 6, según la calificación total de la escala de contenido.

Tabla I.6. Evaluación de los protocolos precedentes según escala construida y validada

Escala de contenido	P1		P2		P3		P4		P5		P6	
	E1	E2										
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
5	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
8	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
13	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1
Total	18	18	16	17	17	18	16	18	21	22	24	24
% Acuerdo	87		93		87		87		80		87	
Kappa	0.583		0.630		0.423		0.440		0.595		0.722	
Sig*	0.024		0.008		0.101		0.038		0.020		0.005	

*Significación estadística

La estimación de los protocolos precedentes por ítems registró que ninguno de los documentos científicos analizados alcanzó la máxima puntuación (27-30), con fines de estandarizar los procederes clínicos para restaurar la guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Los protocolos que obtuvieron categoría de Parcialmente recomendados y Recomendado, fueron el 5 y el 6, según la calificación total de la escala de contenido.

Tomando los resultados de la valoración de la ECDOCE en los protocolos evaluados como prueba piloto de la misma; se observó un porcentaje de acuerdo entre las respuestas de evaluadores en un rango desde 80 % al 87 %, un índice de Kappa entre moderado y buena concordancia. (0.59 a 0.72 respectivamente) resultando significativas en todos los protocolos excepto en el protocolo 3 puesto que el test de Chi-cuadrado para la relevancia del Kappa no resultó significativo al valorar el acuerdo absoluto con el acuerdo esperado por el azar.

Los resultados expresados desde la temática investigativa expresan una concordancia con los resultados de Díaz Gómez y colaboradores,⁵¹ desarrollados a la luz de una crítica reflexiva basada en criterios bien establecidos que presentan los protocolos como herramientas útiles que, aunque no sustituyen al método clínico, lo fortalecen.

Díaz Gómez y colaboradores, Morales Navarro y Ros Santana^{51, 53, 87} afirman que no existe una estructura rígida a seguir durante la confección de protocolos de actuación, con la premisa de ser desarrollados con la menor complejidad posible.

Morales Navarro y colaboradores,⁸⁸ en su investigación “Evaluación de protocolos para la atención inicial del trauma maxilofacial grave” refieren que los protocolos mejoran la calidad de la atención y reducen la variación de la práctica clínica, por lo que es vital contar con una protocolización de alta calidad en esta área.

En estudio realizado por Rojas Heredia y colaboradores,⁸⁹ se demostró que los protocolos analizados presentaron una calidad desigual y predominantemente baja en su elaboración, no se encontraron evidencias precedentes de un instrumento de este tipo diseñado para las características de los servicios estomatológicos en el país, que pudiera contribuir a elevar el grado de preparación del personal y la calidad de la atención, resultado que coincide con este estudio.

Los protocolos para la atención a pacientes no alcanzaron la máxima puntuación posible, pero constituyen aciertos científicos e incorporan principios

o funciones para desarrollar aspectos válidos en las buenas prácticas estomatológicas, lo que no impugna la necesidad de enriquecer desde la ciencia, los instrumentos teóricos de precisión clínica como uno de los objetivos previsto para esta investigación.

De manera que los protocolos^{88- 90} aportaron datos importantes, utilizados para la conformación del protocolo de este estudio. Los manejos clínicos y las guías prácticas encontradas, aportaron herramientas que contribuyeron a la elaboración del mismo, supliendo algunas insuficiencias reveladas en los protocolos revisados.

La finalidad de este estudio en protocolos existentes no ha sido su evaluación, sino crear las bases científicas para la adopción de una estructura sólida para la confección de un protocolo de atención, que sirva de guía en el contexto cubano, eleve la preparación de los estomatólogos y perfeccione los modos de actuación del personal de la estomatología.

Conclusiones del Capítulo I

Es considerada la oclusión dentaria como la actividad más dinámica del sistema estomatognático y dentro de ella la guía anterior de la oclusión dentaria. La escala construida y validada permitió valorar protocolos precedentes desde una óptica más contemporánea en la ciencia: el contenido. Se impone incorporar instrumentos que faciliten y normen la toma de decisiones interdisciplinarias a favor del desarrollo de la ciencia y propicien un método activo desde la práctica clínica.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II. Pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional

Este capítulo incluye métodos y procedimientos utilizados en la segunda etapa de investigación. Se precisan las variables, el campo de acción, los instrumentos utilizados, así como el procesamiento estadístico que se aplicó para la obtención de los resultados.

II.1 Objetivos

II.1.1 Objetivo general.

- Describir las características clínicas de los pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, examinados en la Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”, en el período comprendido del año 2018 - 2022.

II.1.2 Objetivos específicos.

1. Identificar la incidencia y comportamiento, según variables demográficas, de los pacientes examinados.
2. Determinar las manifestaciones clínicas de los pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.
3. Establecer la consulta interdisciplinaria del segundo nivel de atención para pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.
4. Diseñar el algoritmo de trabajo de la consulta interdisciplinaria del segundo nivel de atención para pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

II.2 Clasificación de la investigación

En dos fases con dos tipos de investigaciones respectivamente.

II.3 Aspectos generales del estudio

Fase I. Características clínicas de los pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional

En la sugerida fase de investigación, se realizó un estudio descriptivo transversal, de octubre de 2021 a abril de 2022 para cumplimentar los dos primeros objetivos trazados en esta etapa de la investigación.

II.3.1 Universo y Muestra

Universo

El universo estuvo conformado por 825 historias clínicas de pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, diagnóstico de bruxismo, oclusión traumática o TTM, valorados en consulta del primer nivel de atención de Estomatología General Integral o interconsultados en el segundo nivel de atención de Periodontología, Ortodoncia, Prótesis Estomatológicas u otra especialidad médica.

Muestra

El diagnóstico clínico permitió elegir una muestra mediante muestreo no probabilístico intencional de 615 historias clínicas de pacientes poseedores de bruxismo, oclusión traumática o TTM con fórmula dentaria íntegra o desdentamiento parcial clase III de Kennedy, con atención estomatológica concluida o inactivación de los procesos cariosos e inflamatorios agudos.

II.3.2 Operacionalización de las variables

Edad: variable cuantitativa continua. Se consideró en años cumplidos y se definieron los siguientes grupos etarios: 18 a 28, 29 a 39, de 40 a 49, de 50 a 59, y de 60 o más años.

Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica. Se definió, según sexo biológico al nacer en: femenino y masculino.

Diagnóstico clínico: variable cualitativa nominal politómica. Contiene bruxismo, oclusión traumática y TTM:

Oclusión traumática: variable cualitativa nominal dicotómica, en la literatura científica se describe como:⁹¹

- Primaria: existe lesión del aparato de inserción provocada por fuerzas oclusales excesivas sobre un diente o dientes con un soporte periodontal normal.
- Secundaria: cuando se aplican las fuerzas oclusales normales o excesivas sobre un diente normal o dientes con soporte periodontal reducido.

Tipo de bruxismo: variable cualitativa nominal politómica. Acorde a la literatura científica:

Según momento o asociación con el ritmo circadiano:^{17, 92}

- Bruxismo de vigilia: apretamiento o rechinamiento dental en vigilia.

- Bruxismo del sueño: apretamiento o rechinamiento dental asociado a trastornos del sueño.
- Mixto o con ambas manifestaciones: apretamiento o rechinamiento dental en vigilia y durante el transcurso del sueño asociado a trastornos del sueño.

Según etiopatogenia:⁹²

- Primario o idiopático: considerado de causa no identificable.
- Secundario o iatrogénico: asociado a enfermedades neurológicas, psiquiátricas, consumo de drogas, medicamentos y otras sustancias.

Según el valor de la evidencia:⁹²

- Posible: si el paciente refiere padecer bruxismo (autoreporte) ya sea durante la anamnesis (interrogatorio) o por cuestionario específico. Aplicable a las diferentes manifestaciones de bruxismo
- Probable: se le añaden al bruxismo posible hallazgos indicativos del fenómeno durante el examen clínico (exploración física). Aplicable tanto para el bruxismo del sueño y bruxismo de vigilia.
- Definitivo: auto reporte, examen clínico y polisonografía. Aplicable para el bruxismo del sueño.

Acorde a la evolución clínica del bruxismo:^{91, 92}

- Leve: limitado, poco apreciable a la inspección clínica. Las facetas de desgaste se localizan en el borde incisal y cuspídeo solo a nivel de esmalte, los músculos permanecen asintomáticos. No está asociado a la ansiedad.
- Moderado: cuando es evidente la presencia de abfracciones en dientes aislados o grupos dentarios, aplanamiento notable de cúspides, exposición de dentina. Requiere remodelado coronario con procedimientos estomatológicos. Puede haber o no dolor muscular. Está asociado a la ansiedad.
- Severo: siempre que se confirme pérdida total del contorno anatómico de las estructuras dentarias aisladas, por grupos dentarios o estar generalizado. El conducto radicular puede ser visible a la inspección clínica, el dolor muscular y articular se irradian al oído y cabeza, aunque

puede el dolor ser moderado, existe evidencia de trastornos en las articulaciones temporomandibulares u otros daños físicos entre otros.

Disfunción o trastorno de la ATM: variable nominal dicotómica. La literatura la describe como: sin disfunción (no presenta) y con disfunción (leve, moderada y severa) según el índice anamnésico simplificado de Fonseca (Anexo II.1).

Es un cuestionario conformado por 10 preguntas (ítems) con tres opciones de respuesta: “sí”, con un valor de 10 puntos; “a veces”, con un valor de cinco puntos, y “no”, equivalente a 0 puntos. La puntuación final se determina por la suma de los puntos de cada ítem y se establece la siguiente clasificación: no presenta, leve, moderada y severa. Este fue creado y validado en San Pablo, Brasil, por el Dr. Dickson Fonseca.^{93, 94}

- Sin disfunción: puntuación obtenida según índice es de cero a 20 puntos.
- Con disfunción: puntuación obtenida según índice está en el rango de 20 a 100 puntos.

Funcionalidad del sistema estomatognártico: variable cualitativa nominal dicotómica. Conforme a elementos que se describen en la literatura científica. Funcional cuando existe ausencia de dolor muscular y en las estructuras dentarias presentes, eficacia masticatoria referida, satisfacción estética por parte del paciente, libertad de los movimientos mandibulares, estabilidad en la PMI y disfuncional cuando al menos uno de estos elementos no se cumple.⁹⁴

Manifestaciones clínicas dentarias en el sistema estomatognártico: variable cualitativa nominal politómica. Se consideró como una dimensión que incluyó las siguientes variables: facetas de degaste, fractura de dientes a repetición, obturaciones y restauraciones protésicas desplazadas, hiperestesia dentinal recurrente o eventual, movilidad dentaria, interferencias, sobrecargas y desdentamiento.⁹⁴

II.4 Técnicas y procedimientos

De obtención de la información

Se confeccionó ficha para la historia clínica de Prótesis Estomatológica (Anexo II.2) que permitió la recolección de datos de valor no concebidos en la estructura del documento legal obtenidos según interrogatorio y examen físico.

Se instituyó una base de datos con la ayuda del paquete estadístico SPSS v 25.0 para Windows, que permitió el cálculo de medidas de resumen para las

variables estudiadas (número absoluto y por ciento). Los resultados se presentaron en textos, tablas y gráficos.

De discusión y síntesis

La comparación de los resultados obtenidos con trabajos investigativos nacionales e internacionales permitió el análisis y arribar a conclusiones.

Consideraciones éticas

La investigación fue avalada por el Consejo Científico de la Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas y el Comité de Ética de la Investigación de este centro de educación médica superior. Se respetaron los principios promulgados en la Declaración de Helsinki.⁹⁵

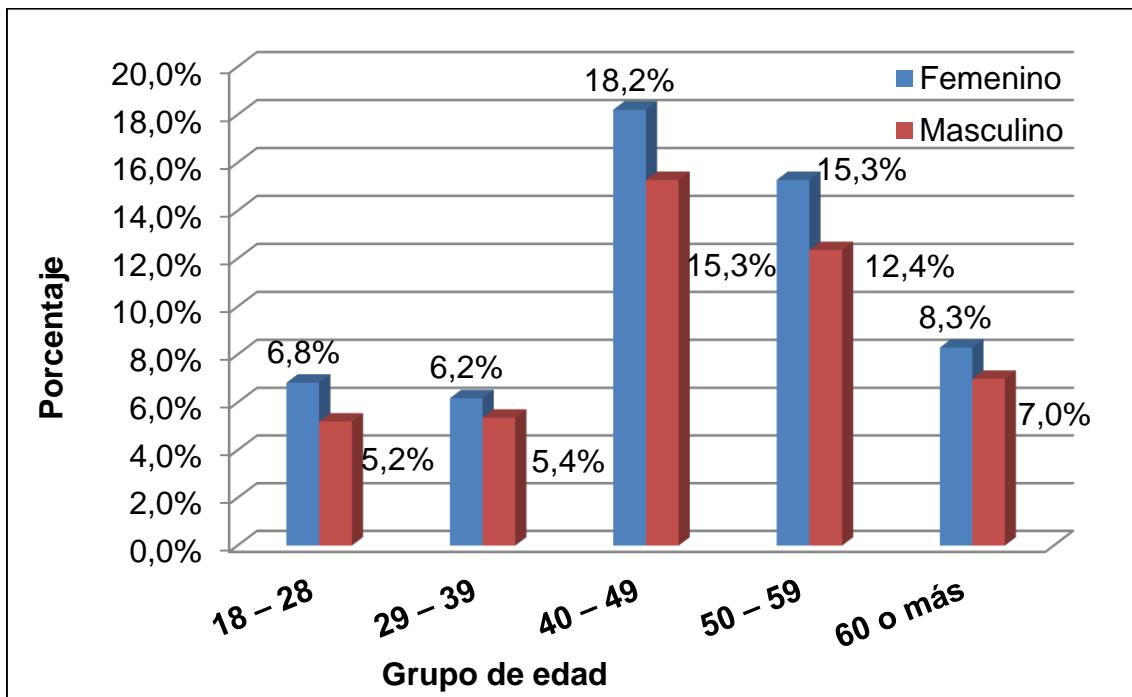
II.5 Resultados y discusión de la caracterización de los pacientes con guía anterior de la oclusión disfuncional

La actividad profesional del estomatólogo se enriquece progresivamente y en su accionar se aprecia la búsqueda de la terapéutica específica para cada situación; por ende, no se admiten imposiciones terapéuticas y a través del estudio funcional de la oclusión, se logran desnudar hallazgos, guías para el enmarque diagnóstico y el proseguir terapéutico de los pacientes; también es importante tener presente la variabilidad de tratamientos en existencia y no solo los que se han perfeccionado.⁹⁶

El gráfico II.1 refleja la distribución de los pacientes con la guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional según sexo y grupo de edad, observándose que hay un predominio de las femeninas en un 54,8 % y el grupo de edad 40 a 49 años con 33,5 %.

En el estudio descriptivo” Instrumento clasificador para el examen de la guía anterior de la oclusión” desarrollado por Díaz Gómez y colaboradores³ en la provincia Camagüey, se evidenció que el 70 % de la muestra se presentó con una guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, no observándose cambios significativos con respecto al sexo. En la investigación realizada sobre el tema por Delgado Izquierdo y colaboradores⁹⁷ se muestra el predominio del sexo femenino en un 68,3 %. Jorna Corrales y colaboradores³⁴ coinciden con este resultado mostrando el sexo femenino en un 64,7 %.

Gráfico II.1. Pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, según sexo y grupo de edad



Fuente: Tabla II.1 (Anexo II.3)

Delgado Izquierdo y colaboradores⁹⁷ y Hernández Reyes y colaboradores⁹⁸ coinciden en el predominio del sexo femenino dada la exposición de estas a las situaciones estresantes de la vida moderna.

Herrera López y Núñez Concepción,⁹⁹ expresan que hay autores, como Alcolea Rodríguez (2014), Ardizone García (2010) y Fieramosca (2007) que en sus estudios, el sexo no reporta diferencias significativas, lo que pudo corroborar a partir de su experiencia personal.

Similar criterio manifiestan Hernández Reyes y colaboradores¹⁰⁰ en su trabajo “Bruxismo: panorámica actual”, en relación con el sexo predominante, al exponer que no existe un consenso general en la literatura, unos defienden el predominio del sexo masculino sustentados en la teoría de que el acto de apretar los dientes se relaciona con las actividades físicas funcionales de este sexo, haciendo referencia a expresado Montero Parrilla (2011).

Díaz Gómez (2009) y Leyva Ponce de León (2013) son referenciados por Hernández Reyes y colaboradores¹⁰⁰ en su investigación, los cuales reportan que las más afectadas son las féminas, como resultado de la constante preocupación de la mujer, argumento que las ubica con asiduidad en los

servicios estomatológicos, además de que están más sujetas a las afectaciones por factores sociales, como su estatus, los problemas de divorcio y los estados de minusvalía fisiológica, tales como: la vecindad de los períodos menstruales y la menopausia.

Fuentes Casanova⁹² establece que los estudios analizados en su revisión de la literatura, refieren que las actividades bruxísticas no están relacionadas con el sexo. Castillo Hernández y colaboradoress¹⁰¹ reseñan el proceso de envejecimiento como cambios continuos en todos los tejidos, órganos y sistemas de órganos del individuo, se refiere a que las variaciones oclusales se modifican con la edad y de este fenómeno no queda libre la guía anterior de la oclusión dentaria.

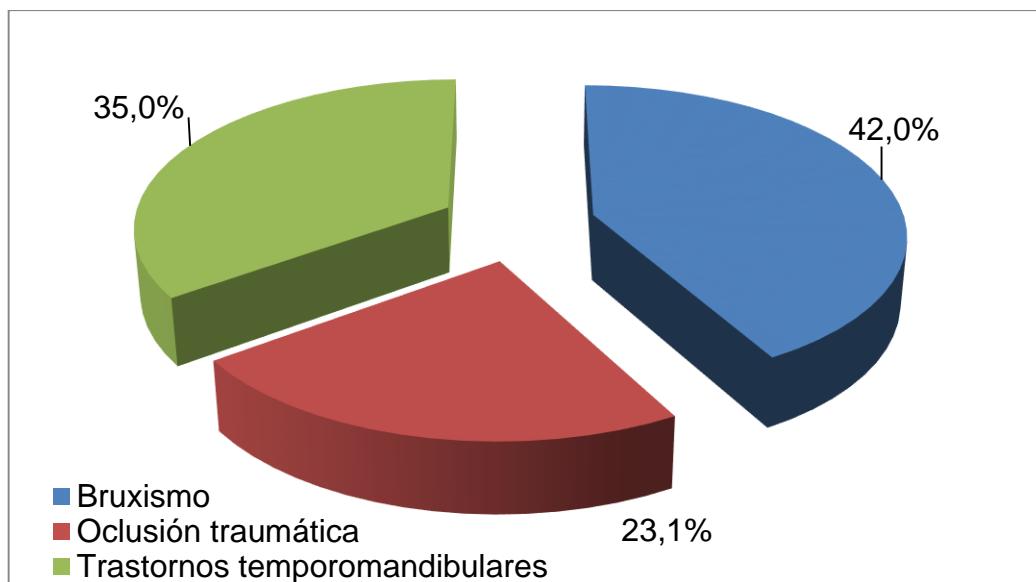
En este estudio, según grupo de edad predominaron los pacientes de 40 a 49 años. Existen investigaciones que no coinciden con estos resultados, tal es el caso de Delgado Izquierdo y colaboradores⁹⁷ donde el grupo de edad más afectado se ubica entre 24 a 32 años con un 36,6 %; por su parte, Frías Figueredo y colaboradores¹⁰² muestran una mayor prevalencia de trastornos en la oclusión y de la ATM con el incremento de la edad de los pacientes como consecuencia de un deterioro de la salud bucal y general o cambios degenerativos articulares.

Herrera López y Núñez Concepción⁹⁹ refieren en su estudio que existen investigaciones como las de Alcolea Rodríguez (2014), Ardizone García (2010), Fieramosca (2007) y Maceo Palacio (2013), plantean que en los adultos el intervalo de edad que mayor afectación tiene es la de 20 a 40 años y que va disminuyendo en la medida que avanza la edad, esto puede deberse a que en este rango de edad coinciden la mayor actividad intelectual del individuo, la mayor cantidad de responsabilidad en su rol social, entre otros aspectos.

El gráfico II.2 muestra que en la investigación predominan los pacientes con diagnóstico clínico de bruxismo en un 42,0 %. Estos resultados coinciden con los obtenidos por García Cardentey y colaboradores¹⁰³ con un universo de 408 individuos demostraron que el 77,0 % de los pacientes bruxópatas evidenciaron disfuncionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria.

Hernández Reyes y colaboradores⁹⁸ en su estudio “Caracterización clínica-epidemiológica del bruxismo en pacientes adultos” muestran un predominio del bruxismo en el 76,2 % de los pacientes.

Gráfico II.2. Pacientes examinados con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional según diagnóstico clínico



Fuente: Tabla II.2 (Anexo II.3)

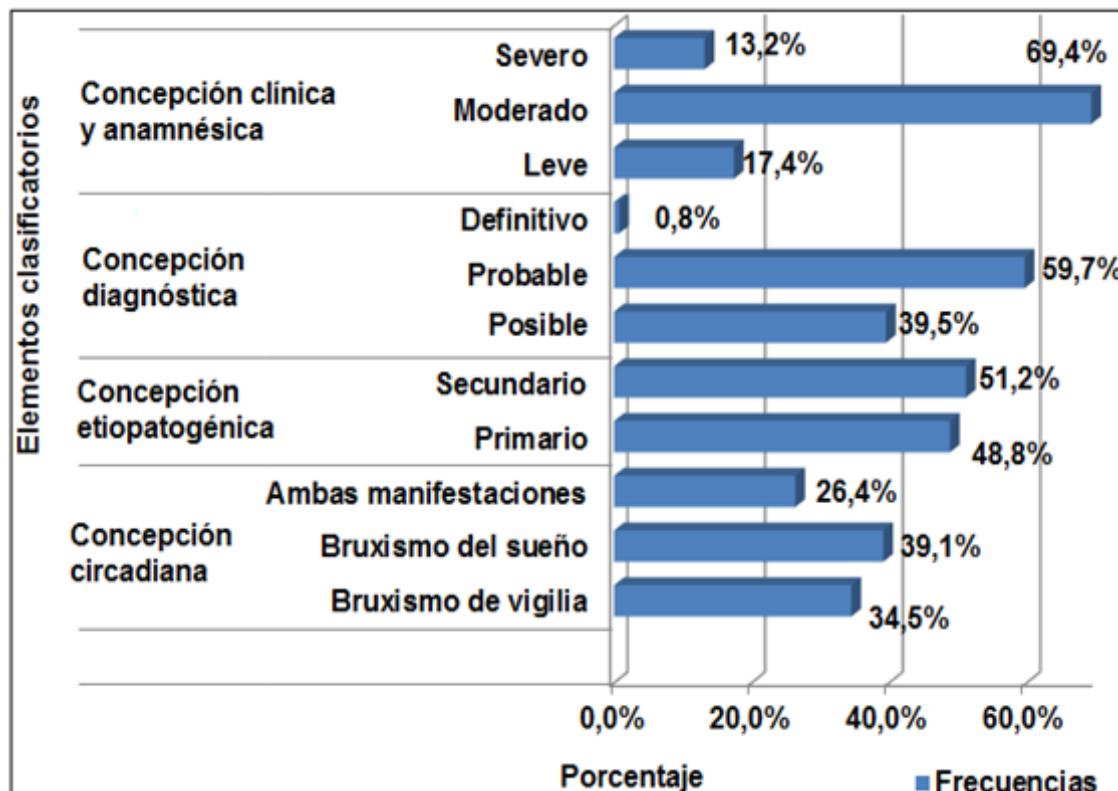
En la investigación “Factores de riesgo de bruxismo en pacientes adultos”, Arias Leyva y colaboradores¹⁰⁴ exponen una prevalencia de bruxismo de un 33,3 % de los pacientes estudiados.

Ramírez-Carballo y colaboradores¹⁰⁵ al analizar la asociación entre condiciones oclusales y TTM, observaron que el 63,3% de los pacientes afectados por TTM han experimentado alguna alteración o condición oclusal en alguna etapa de su vida. En la investigación realizada por Noguera Planas y colaboradores,²⁸ demostraron que existe una relación directa entre la oclusión traumática y el bruxismo en los TTM.

En el grafico II.3 se observan los pacientes examinados con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional de acuerdo a elementos clasificatorios generales para el bruxismo, aspecto al cual se le otorga una especial importancia en investigación realizada por Díaz Gómez y Díaz Miralles “Algoritmo de trabajo para el paciente con bruxismo”⁹⁴ pues se plantea que el diagnóstico del bruxismo debe ir acompañado de su apellido ya que de esto depende el correcto tratamiento. La autora considera que se establece la secuencia de

alteraciones descritas en el individuo una vez que aparecen signos y síntomas de bruxismo en dependencia a las características personológicas del paciente.

Gráfico II.3. Pacientes examinados con guía anterior de la oclusión disfuncional de acuerdo a elementos clasificatorios generales para el bruxismo



Fuente: Tabla II.3 (Anexo II.3)

Dentro de las clasificaciones utilizadas en el estudio predominan: el bruxismo del sueño con un 39,1 %, el bruxismo secundario en un 51,2 %, el bruxismo probable en un 59,7 % y el bruxismo moderado en un 69,4 %. Resulta oportuno abordar esta clasificación en la investigación, pues al constituir el bruxismo el diagnóstico que predominó, se aprecia su comportamiento clínico según cada caso.

De lo anterior se infiere que no solo es importante el diagnóstico, sino el tipo de bruxismo que presentan los pacientes por la lógica definitoria que ello implica, porque, además, permite un análisis casuístico al ubicarse en contexto las posibles alteraciones que se suscitan en unos individuos más que en otros.

Köstner Uribe y colaboradores,¹⁰⁶ refieren en su investigación “Trastornos de sueño asociados a bruxismo de sueño en niños entre 3 y 6 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Mayor de Santiago, Chile”, la prevalencia del bruxismo del sueño en un 47 %, en los pacientes

examinados. Se confirma la presencia de hallazgos similares en otros autores registrados en la literatura publicada sobre el tema: Serra Negra y colaboradores (2009, 2010) quienes afirman la prevalencia del bruxismo del sueño en un 35,5 %, Fonseca y colaboradores (2011) en un 15 % y Castelo (2005) reportó una prevalencia del 32 %.

Mientras que Manfredini,¹⁰ reporta una variabilidad en la prevalencia de un 3,5 a un 40,6 %, y refiere que esta variación está dada por las diversas metodologías de investigación y criterios utilizados para identificar. El bruxismo del sueño se caracteriza por los movimientos excéntricos de la mandíbula, lo que produce desgastes más agresivos en las estructuras dentarias fuera del área de la OC y afectación de la guía anterior de la oclusión dentaria.

Sobre el bruxismo secundario Muñoz López y colaboradores,¹⁰⁷ refieren en su investigación que la concepción del bruxismo en odontología ha ido evolucionando en el tiempo. En el pasado, los factores morfológicos, tales como, las discrepancias oclusales y la anatomía de las estructuras orofaciales, eran consideradas como su principal agente causal.

Existe un consenso de acuerdo a la evidencia científica disponible, respecto a la etiología multifactorial del bruxismo, donde los factores periféricos (morfológicos) ocupan un menor rol o incluso inexistente y existen factores centrales (patofisiológicos y sicológicos) involucrados en gran medida en su génesis. Muñoz López y colaboradores,¹⁰⁷ refieren además, que autores como Lobbezoo y colaboradores (2001), Lavigne y colaboradores (2003), han reportado al bruxismo como un efecto secundario al consumo de drogas, que van entre el 50,0 al 89,0%.

Se plantea, de igual modo, que cuando el bruxismo ocurre en presencia de desórdenes siquiátricos o neurológicos, tales como el Parkinson, depresión y esquizofrenia, o bien, cuando acontece como consecuencia al uso de algunos fármacos o drogas, se le conoce como bruxismo secundario y lo describen asociado con tratamientos farmacológicos que actúan a nivel del sistema dopaminérgico.¹⁰⁷

En este sentido, es importante señalar que las enfermedades sistémicas o carenciales modifican la evolución del bruxismo al afectar las relaciones de oclusión dentaria tanto en el sector anterior como posterior, lo que repercute en

los dientes anteriores: dientes que salen del plano de oclusión, relaciones de contactos prendadas de interferencias e incluso movilidad dentaria, con notables consecuencias en la guía anterior de la oclusión dentaria.

Mendiburu-Zavala y colaboradores¹⁰⁸ obtienen como resultados en su estudio que un 47,1 % de la población exhibe probable bruxismo, aspecto que coincide con el presente estudio, al evidenciar desgaste en las superficies oclusales e incisales de los pacientes además de su reporte en la anamnesis al paciente.

Por su parte Phuong y colaboradores¹⁰⁹ en un estudio donde se evalúa el posible bruxismo, obtuvo un 51.2 %. Sobre estas cifras, es relevante señalar que debido al uso de la clasificación de Lobbezoo y colaboradores (2018),¹¹⁰ son diversos los instrumentos que son usados para la evaluación del bruxismo. A partir de estos conceptos, en el caso del posible bruxismo se hace uso exclusivo de auto reportes, mientras que para determinar probable se realiza además del auto reporte (lo que el paciente percibe y manifiesta de su trastorno bucal), también se realiza la exploración clínica efectuada por el profesional.

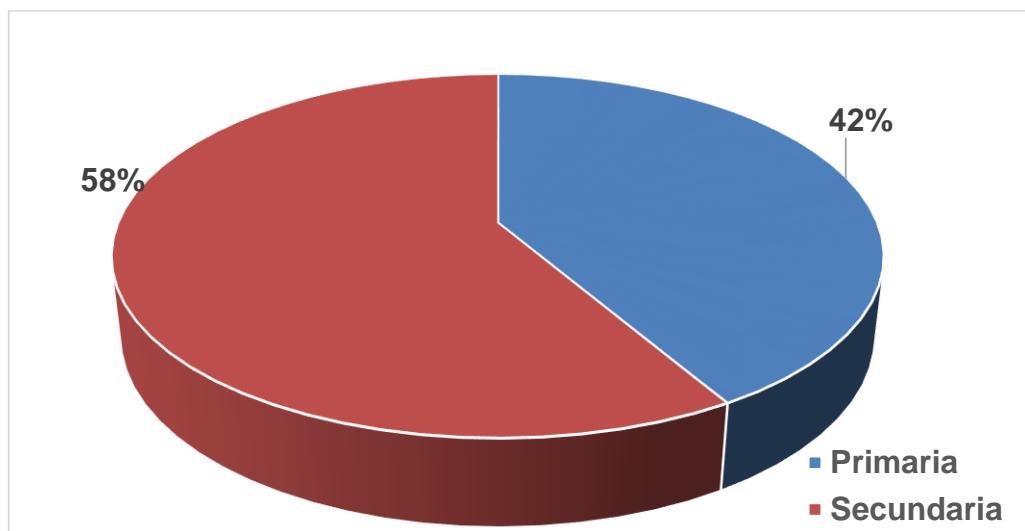
En la investigación “Prevalencia de bruxismo y estrés en estudiantes de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile”, realizada en Chile con estudiantes de la carrera de Estomatología por Von Bischoffshausen y colaboradores,¹¹¹ se muestra un 55,0 % de bruxismo moderado en las féminas y un 71,4 % en varones, aspecto que coincide con la presente investigación.

Estos resultados son una señal de alerta de la salud bucal teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas evidentes en estos pacientes, como desgastes dentarios, pérdida de restauraciones y dientes y dolor muscular, los dientes implicados cuentan con una anatomía más reducida, más vulnerables y son la guía para las excusiónes libres de la mandíbula, afectando la integridad de la guía anterior de la oclusión dentaria.

En el gráfico II.4 se muestran los pacientes examinados con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional de acuerdo a elementos clasificatorios generales para la oclusión traumática, observándose un predominio de la oclusión traumática secundaria con un 58,4 %. Similares resultados se obtienen en un estudio socializado en la provincia Granma de Cuba por Noguera Planas y colaboradores²⁸ donde el 46,6 % de los pacientes estudiados presentaron oclusión traumática secundaria y de estas, el 37,7 % con disfunción

temporomandibular. Esta autora refiere que a medida que aumenta la edad es más frecuente la enfermedad periodontal, apareciendo migraciones dentarias asociadas a la falta de dientes en las arcadas, estableciéndose nuevas relaciones de contacto, por ende, la no incidencia de la forma correcta de las fuerzas oclusales.

Gráfico II.4. Pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional de acuerdo a elementos clasificatorios generales para la oclusión traumática



Fuente: Tabla II.4 (Anexo II.3)

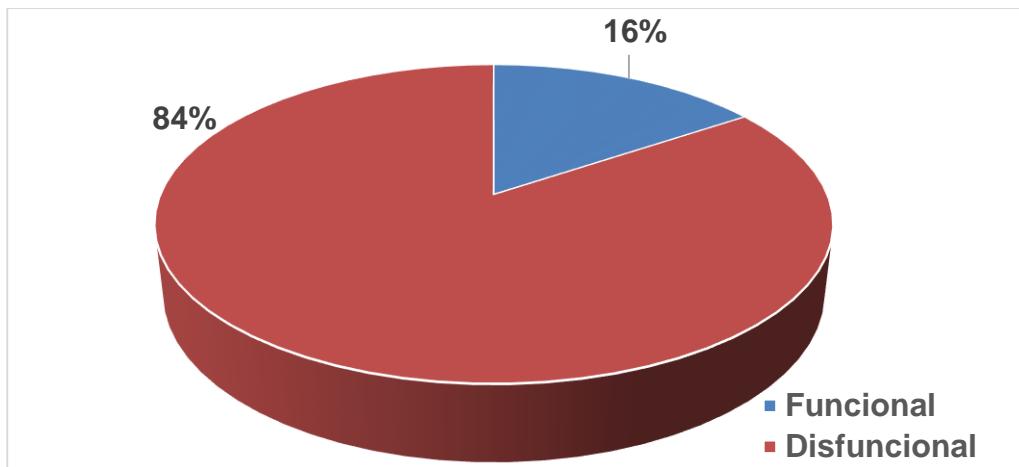
En estudio realizado por Torres Cárdena y colaboradores¹¹² titulado “Características clínicas periodontales de piezas con diagnóstico de trauma de oclusión secundario” se muestra mayor presencia en cuanto a la variable movilidad dental en el 98,0 %, aspecto que puede deberse a alguna fuerza masticatoria inadecuada o algún deterioro del tejido de soporte que se presentan en este tipo de pacientes.

En el gráfico II.5 se describe la funcionalidad del sistema estomatognático en los pacientes estudiados y es evidente que predominan los sistemas disfuncionales en un 84,4 %. Resultados similares obtuvieron Altamirano y colaboradores,⁴ en un estudio realizado en pacientes que acudieron al servicio de ATM y Oclusión del Hospital Odontológico de la UNNE, Argentina, donde predominó la falta de funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria con un 56,0 %

Resultados similares obtuvieron Hernández Reyes y colaboradores,¹¹³ en un estudio realizado en adultos mayores, los cuales se presentaron con disfuncionalidad del sistema estomatognático predominando la pérdida dentaria

no restituida con el 55,3 % seguida de las interferencias oclusales con el 43,7 %, las cuales constituyen factores de riesgo a tener en cuenta para devolver la funcionalidad al sistema estomatognártico.

Gráfico II.5. Funcionalidad del sistema estomatognártico



Fuente: Tabla II.5 (Anexo II.3)

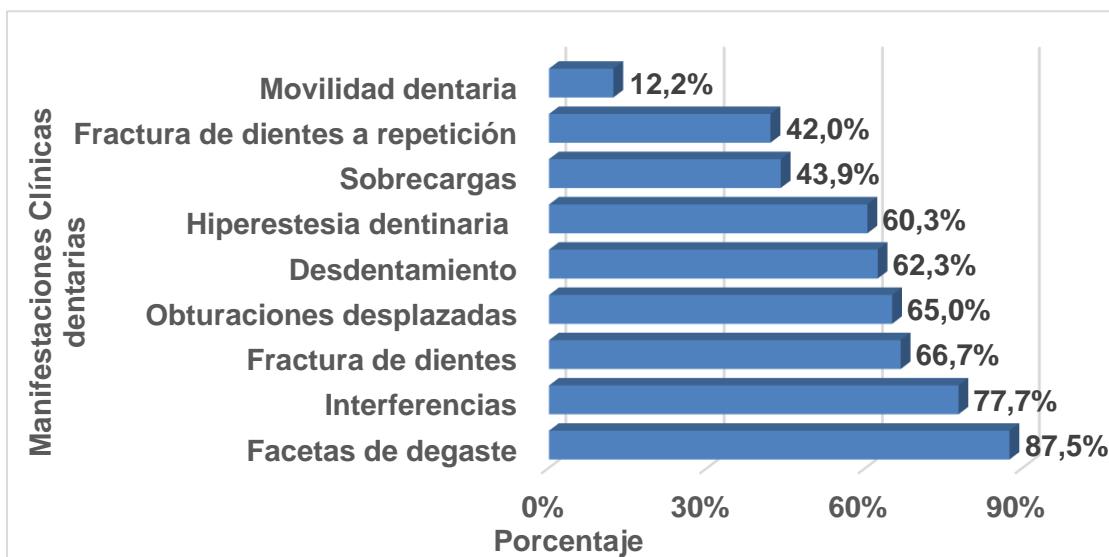
En investigación realizada por Díaz Gómez y colaboradores⁹⁴ “Algoritmo de trabajo para el paciente con bruxismo” se muestra la evolución de la funcionalidad del sistema estomatognártico después de aplicado el algoritmo de trabajo para la atención a pacientes bruxópatas, donde más del 99 % de los pacientes obtuvieron cambios significativos en los aspectos a evolucionar una vez aplicado.

En el gráfico II.6 se muestra las manifestaciones clínicas dentarias en el sistema estomatognártico en el estudio de los pacientes, en los que se observa que el 87,5 % de los estos presenta facetas de desgaste secundado por las interferencias (77,7 %) y la fractura de dientes (66,7 %).

Díaz Gómez y colaboradores⁹⁴ y Hernández Reyes y colaboradores (2019)¹¹⁴ concluyen que el 100 % de los pacientes estudiados presentan facetas de desgaste, estos resultados coinciden con los alcanzados en esta investigación. Estudio realizado en la provincia Las Tunas por Jorna Corrales y colaboradores³⁴ muestra que en el 96,7 % de los pacientes predominaron las facetas de desgaste.

Ortiz San Juan y colaboradores¹¹⁵ y Fuentes Casanova⁹² en su estudio reconocen a las facetas de desgaste como uno de los principales signos indicativo de la presencia de bruxismo.

Gráfico II.6. Manifestaciones clínicas dentarias en el sistema estomatognártico



Fuente: Tabla II.6 (Anexo II.3)

Fase II. Consulta Interdisciplinaria

II.6. Aspectos generales del estudio.

II.6.1 Clasificación de la investigación.

Se realizó una investigación de desarrollo desde marzo 2021 a septiembre de 2021 para dar salida a los dos últimos objetivos: establecer la Consulta interdisciplinaria del segundo nivel de atención para pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dental disfuncional.

II.6.2. Aspectos generales del estudio

Universo del grupo de trabajo

Estuvo integrado por siete profesionales de las Ciencias Médicas, equipo de salud ampliado; cuatro profesionales de Estomatología, uno de ellos especialistas en Periodoncia, uno en Prótesis Estomatológica y dos en Estomatología General Integral propios de la Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”. Además, un especialista en Medicina General Integral, uno en Medicina Física y Rehabilitación y uno en Psicología Médica.

Universo temático

Artículos científicos, monografías o páginas Web en las bases de datos de MEDLINE, PubMed y SciELO (25 investigaciones).

Se utilizó como palabras clave: oclusión dental, guía anterior de la oclusión dental, conducta terapéutica, clasificación y tratamiento, utilizadas en idioma español, portugués e inglés en los últimos diez años.

Muestra

Escogida por muestreo intencional se selección 21 investigaciones y artículos científicos por su apreciable aporte y empleo en la dinámica de trabajo con el paciente adulto con alteraciones de la oclusión dentaria, distinguidas por cuatro profesionales de mayor experiencia profesional, investigativa y en el orden temático, dentro del equipo interdisciplinario.

II.6.3 Operacionalización de las variables

Se plantea por la autora incluir doce variables que conformen la estructura de la Consulta interdisciplinaria para la atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Justificación: variable cualitativa nominal dicotómica. Presencia o no de la panorámica respecto al valor teórico práctico, clínico, docente e investigativo, político y social de una Consulta interdisciplinaria para la atención clínica de pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Objetivos: variable cualitativa nominal dicotómica. Incluidos o no se consideran. Marcan la situación que se espera tras la proyección de la consulta de forma concreta y medible en toda su extensión.

Encargo social: variable cualitativa nominal politómica. Descrita por las diferentes aristas de la proyección comunitaria de la universidad y la ciencia, a través de la consulta interdisciplinaria; su escala enumera los elementos a que se destina su implementación ⁽¹⁾

Ámbito de aplicación: variable cualitativa nominal politómica. Distingue los profesionales e instituciones de salud implicados para atención del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.⁽¹⁾

Actores: variable cualitativa nominal politómica. Enumera los diferentes grupos de pacientes a que va dirigida la Consulta interdisciplinaria para la atención de pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.⁽¹⁾

Líneas de investigación central: variable cualitativa nominal dicotómica. Presencia o no de proyección investigativa definida aprobada institucionalmente dentro del conjunto de líneas investigativas institucionales.

⁽¹⁾ Se describe en el documento de la Consulta interdisciplinaria para la atención clínica del pacientes con guía anterior disfuncional)

Sublíneas de investigación: variable cualitativa nominal politómica. Enumera las diferentes directrices que particularizan dentro de la consulta la investigación científica del problema de salud.⁽¹⁾

Metodología: variable cualitativa nominal politómica. Muestra las distintas acciones y técnicas a acometer y el organigrama jerárquico de la Consulta interdisciplinaria. ⁽¹⁾

Procedimientos: variable cualitativa nominal politómica. Distingue cada uno de los procedimientos variados en la ejecución de actividades necesarias para garantizar el perfeccionamiento de la interdisciplina dentro de la atención médica. ⁽¹⁾

Materiales necesarios: variable cualitativa nominal politómica. Menciona cada uno de los diversos recursos materiales necesarios. ⁽¹⁾

Indicadores de evaluación: variable cuantitativa continua. Evalúa el cumplimiento y vigencia de los objetivos propuestos, mediante indicadores de calidad, proceso y estructura, concebidos en los documentos rectores en la práctica clínica de las Ciencias Estomatológicas.¹¹⁶

Algoritmo de trabajo: variable cualitativa nominal dicotómica. Presencia o no de información estructurada de manera didáctica que distingue en orden lógico todas las acciones necesarias para garantizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con estas afecciones.

II.7 Técnicas y procedimientos

De obtención de la información

Los componentes de la estructura se fundamentaron en:

- Directrices, instrucciones y resoluciones del Sistema Nacional de Salud Pública en Cuba en cuanto al desarrollo y perfeccionamiento de la interdisciplina y funcionamiento de las consultas en el Área de Estomatología.
- Programa Nacional de Atención Estomatológica a la población.²⁰
- Guías Prácticas de Estomatología.⁸

Se siguió para ello la metodología básica del grupo focal como técnica de investigación cualitativa de consenso. Consistente en una reunión informal de discusión, donde se abordan los temas de interés de acuerdo a una guía

básica elaborada por la autora, pero sin restringirse a dicho formato, sino siguiendo el curso espontáneo que va tomando cada sesión.¹¹⁷

Se realizaron tres entrevistas grupales abiertas dirigidas por un moderador, en este caso la autora. Para ello se crearon dos subgrupos de trabajo por método aleatorio y un moderador. Se consideró aspectos referentes al documento científico rector a elaborar, los datos generales y clínicos a recoger y el modelaje sugerido.

La información obtenida se registró por medio de anotaciones en un diario de campo, fue importante para analizar, comprender e interpretar los parámetros a describir en el documento científico para la atención clínica de la población adulta con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

La autora propone el documento científico preliminar a los demás integrantes del equipo interdisciplinario y promovió que se emitieran opiniones, aclaraciones, para que se reelaboraran aspectos pertinentes hasta lograr consenso entre los miembros de los correspondientes equipos del grupo focal en actividad plenaria. Actividad donde quedó definido el documento científico descrito y que conforma la Consulta Interdisciplinaria propuesta.

Con todos los elementos organizativos se diseñó el organigrama para el funcionamiento de la consulta (Figura II.1) y el algoritmo de trabajo para la conducción de la actividad clínica. (Figura II. 2)

Acciones independientes al grupo focal:

- La autora se entrevistó con el jefe de sección de Estomatología de la Dirección General de Salud Pública de la provincia Las Tunas, comunicándole de forma verbal la necesidad de crear la consulta, informó de los objetivos y los especialistas que la conformaría desde un perfil interdisciplinario.
- Comunicación personal con el asesor de Estomatología del municipio Las Tunas, y la directiva administrativa de la referida clínica, por medio de la entrega del documento que recoge la relatoría de aspectos pertinentes para su correcto funcionamiento y a su vez para que fuese discutido en el Consejo de Dirección de la entidad de salud antes mencionada. (Anexo II.4)

- De conjunto con la dirección de la Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”, se firmó el Convenio de Trabajo (Anexo II.5). Necesario para el establecimiento de la Consulta interdisciplinaria para la atención de pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, donde quedaron reguladas las normas para admitir a los pacientes enfermos, independiente a su área de salud, dado el carácter provincial de la consulta concebida en el segundo nivel de atención estableciéndose las consideraciones organizativas y de procedimientos para la Consulta interdisciplinaria para la atención clínica al paciente adulto con la guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.
- Se dio a conocer en sesión científica, tanto la estructura como el funcionamiento de la Consulta interdisciplinaria para la atención de pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, además de los resultados de prevalencia en el área de salud.¹¹⁸

II.8 Resultados

Consulta interdisciplinaria para la atención clínica del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional

Justificación

La guía anterior de la oclusión dentaria es un elemento fundamental para la función del sistema estomatognático. No solo constituye una pauta exigente para los estudiosos de denticiones permanentes íntegras, sino que se convierte en algo difícil para los que incursionan en procederes rehabilitadores.⁵

Los pacientes con la guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional precisan de un espacio para el diagnóstico y tratamiento de las entidades clínicas que le afecta al unísono y para lo que se precisa la integración de saberes y la participación activa de equipos interdisciplinarios, estos como se menciona en el Capítulo I de la investigación, según las “Guías prácticas de Estomatología” un equipo interdisciplinario se puede definir como aquel en el que diferentes especialidades estomatológicas y médicas se unen para diagnosticar y tratar las enfermedades del complejo maxilofacial.⁸

Guía anterior de la oclusión dentaria se ve afectada por falta de prevención, higiene, y una vez alterada esa integridad, es muy difícil lograr funcionalidad en

relación a los mecanismos desocclusivos, en definitiva, se hace muy difícil la rehabilitación por los recursos económicos ya conocidos.⁴

Objetivos

Desarrollar la educación, prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional desde la integración de saberes.

Encargo social

- Interconsulta con el primer y segundo nivel, además remisión al tercer nivel de atención estomatológica.
- Educación para la salud, prevención y promoción comunitaria de salud desde el primer y segundo nivel de atención.
- Diagnóstico con empleo del método clínico-radiológico.
- Tratamiento restaurador y rehabilitador desde la integración de saberes.
- Capacitación a través de cursos de posgrado.
- Profundización del tema a través de la investigación científica.
- Talleres de generalización de resultados investigativos.
- Eventos científicos provinciales, nacionales e internacionales.
- Divulgación de los resultados científicos en revistas de impacto.
- Intercambio científico con cátedras de estudio de temáticas precedentes.

Ámbito de aplicación

- Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”.
- Hospital Provincial Docente Ernesto “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”.
- Equipo interdisciplinario: médico especialista en Medicina General Integral, médico especialista en Medicina Interna, médico especialista en Fisiología, médico especialista en psiquiatra, estomatólogos especialistas en Periodoncia, Ortodoncia y Prótesis estomatológica, un licenciado en Psicología y licenciados en Tecnología de la Salud.

Actores

- Pacientes adultos con alteraciones de la oclusión dentaria y guía anterior disfuncional.
- Pacientes adultos con riesgo de alteraciones de la oclusión dentaria.

- Familiares de pacientes con diagnóstico definitivo de bruxismo, oclusión dentaria y TTM.

Línea de investigación central. Oclusión dentaria.

Sublíneas de investigación

- Riesgo de alteraciones de la oclusión dentaria en pacientes adultos
- Predicción de factores de riesgo de bruxismo, oclusión traumática y trastornos de la ATM
- Educación sanitaria y estilos de vida saludables
- Trastornos del sueño
- Analítica polisomnográfica
- Bruxismo
- Comunicación y estrategias de aprendizaje
- Elementos socio-psicológicos propios del paciente adulto con oclusión dentaria disfuncional
- Documentos científicos normativos
- Herramientas teóricas y metodológicas

Metodología

Consideraciones organizativas y procedimientos de la Consulta interdisciplinaria para la atención clínica al paciente adulto con la guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

I. Primera consulta o Primer momento

Tipo de consulta: consulta clasificatoria,

Equipo de trabajo: equipo interdisciplinario

Nivel de atención: segundo nivel de atención.

Unidad asistencial rectora: Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”.

Otras unidades participantes: Hospital General Docente Provincial “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”

Unidades asistenciales beneficiarias: clínicas estomatológicas, departamentos de estomatología y hospitales municipales y provinciales de la provincia Las Tunas.

Objetivos

Determinar en los pacientes adultos remitidos los trastornos de la oclusión dentaria y la ATM y su comorbilidad con estados psicológicos y psicosociales

1. Confeccionar historia clínica, aspectos médicos y estomatológicos generales.
2. Estructurar análisis clínico y radiológico
3. Identificar los factores causales que inducen a estos trastornos
4. Hacer al paciente consciente de su condición de acuerdo al diagnóstico establecido
5. Derivar al paciente a servicios médicos especializados, acorde a las prioridades como ente biopsicosocial.
6. Desarrollar la investigación científica.

Frecuencia de la consulta: una vez mensual

Día de la semana: 3^{er} martes de cada mes

Lugar: local de la consulta de cirugía. Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”.

Pacientes asistidos: remitidos del primer y segundo nivel de atención de salud.

II. Segunda consulta o segundo momento

Tipo de consulta: consulta de seguimiento, que la realizará un especialista designado por el equipo, en dúos por disciplinas (Psicología y Estomatología) o el equipo interdisciplinario.

Nivel de atención: segundo nivel de atención.

Otras unidades participantes. Hospital Provincial Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”

Unidades asistenciales beneficiarias: clínicas estomatológicas, departamentos de estomatología y hospitales municipales y provinciales de la provincia Las Tunas.

Unidad asistencial rectora: Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”.

Objetivos

1. Ejecutar acciones médicas y estomatológicas para el estudio, diagnóstico y tratamiento de urgencias e inactivación de factores causales del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

2. Aplicar la interconsulta, remisión y contra remisión entre especialidades implicadas u otras relacionadas, en dependencia de las individualidades del paciente y los resultados clínicos y radiológicos obtenidos.
3. Desarrollar vínculo de trabajo profesional desde la interdisciplina para programar el plan de tratamiento al paciente.
4. Hacer al paciente consciente de su condición, según sea el caso.

Frecuencia: las requeridas por la complejidad de presentación de las diferentes entidades.

Pacientes asistidos: pacientes examinados en la primera consulta

Frecuencia de la consulta: tercer martes de cada mes

Día de la semana:

Lugar: local de la consulta de cirugía. Clínica Estomatológica Docente ”.

III. Tercera consulta o tercer momento

Tipo de consulta: consulta de valoración evolutiva.

Equipo de trabajo: equipo interdisciplinario.

Objetivos

1. Establecer consultas de evolución periódicas, valoración por etapas y procedimientos terapéuticos.
2. Controlar los episodios que predispongan alteraciones en la oclusión dentaria.
3. Hacer al paciente consciente de su condición.
4. Reevaluar de forma permanente al paciente.
5. Desarrollar seminarios temáticos, discusión clínica y divulgación de los resultados investigativos.

Materiales necesarios

- Complejo dental.
- Instrumental de clasificación.
- Instrumental de higienización.
- Instrumental quirúrgico.
- Instrumental protésico u ortodóncico.
- Esfigmomanómetro.

- Equipo para estudios radiológicos diversos (radiografía periapical, oclusal, panorámica y telerradiografía).
- Medicamentos propios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes adultos con guía anterior de la oclusión disfuncional.

Indicadores de evaluación

- Resolución Ministerial 200/2008
- Reglamento General de Servicios Estomatológicos

Organigrama de trabajo

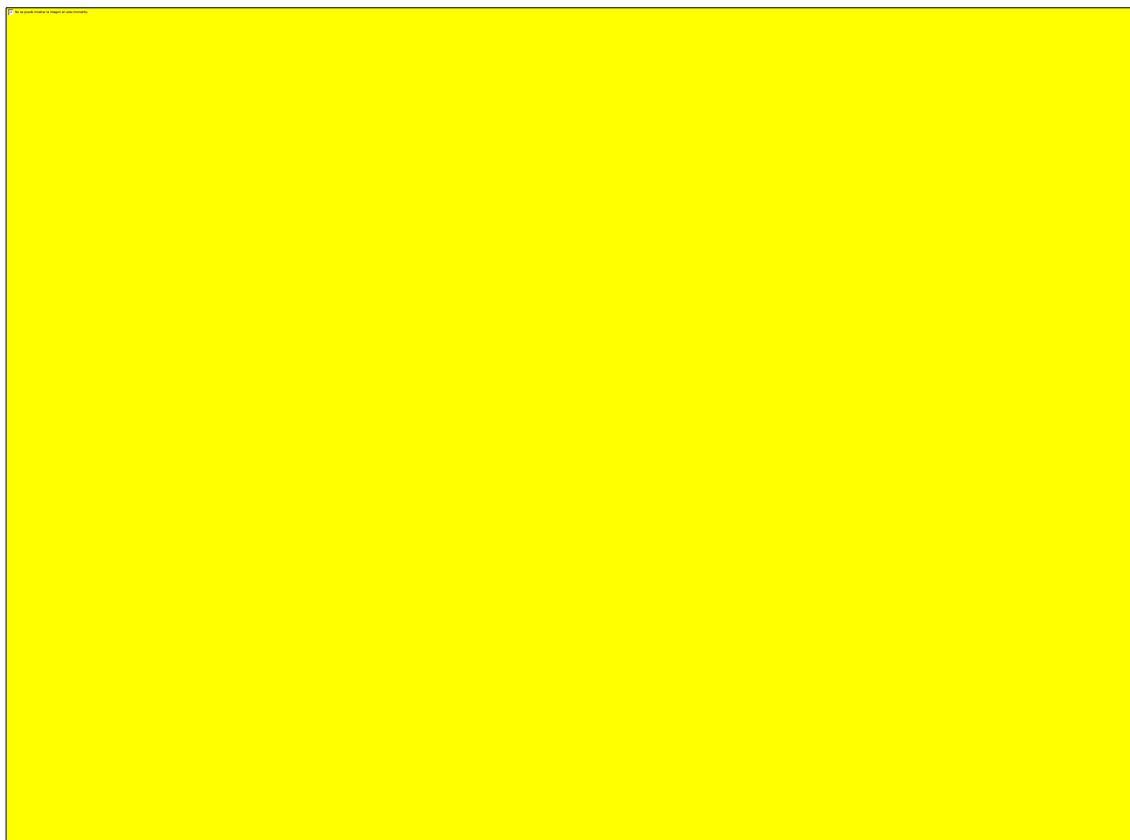


Figura II.1. Organograma de trabajo de la Consulta interdisciplinaria. Elaboración propia

Algoritmo de trabajo

Para la realización de este algoritmo se consideraron las herramientas de diseño de algoritmos, según el diagrama de flujo como alternativa:¹¹⁹

Sus características fundamentales son:

- El flujo de los pasos es de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha.
- Existe siempre un camino que permite llegar a una solución.
- Existe un único inicio del proceso.

- Existe uno o más puntos de fin para el proceso de flujo.
- Solamente emplea líneas de flujo horizontal o vertical.
- Evita el cruce de líneas (con uso de los conectores).
- Deben utilizarse los conectores solo cuando sea necesario.
- No tienen líneas de flujo sin conectar.
- El lenguaje es conciso y claro.

Algunos de los símbolos utilizados fueron los siguientes:

Leyenda del Algoritmo

Indica el inicio y el final



Indica la entrada y salida de datos



Proceso. Descripción de la actividad



Flujo. Indican la secuencia en que se realizan las operaciones →

Entre las técnicas cualitativas se utilizó el *brainwriting* (escritura de ideas) con informantes clave¹²⁰ con el objetivo de emitir juicios y aportar ideas que tributaran al diseño del algoritmo.

Navarro Morales y colaboradores⁵³ coinciden en que la protocolización y creación de algoritmos de actuación diagnósticos y terapéuticos, en diferentes especialidades han ido en aumento y la implementación de estas herramientas ayuda a la de toma de decisiones en el proceso asistencial.

Arias Capote y colaboradores¹²¹ plantean que el algoritmo es una representación gráfica en forma de un diagrama de flujo, de un conjunto finito de pasos, reglas o procedimientos lógicos, sucesivos y bien definidos, que se deben seguir para resolver un problema diagnóstico o terapéutico específico.

Para Díaz Gómez y Díaz Miralles,⁹⁴ el aporte del algoritmo de tratamiento está en concebir de forma didáctica, lógica y explícita una secuencia de acciones para cada afección del sistema estomatognático y de otras alteraciones de carácter general, y abogan por centralizar el tratamiento médico en pro de disminuir citas a quienes desarrollan roles sociales y justificar solo las interconsultas imprescindibles sin intento alguno de limitar el desarrollo de las intervenciones comunitarias.

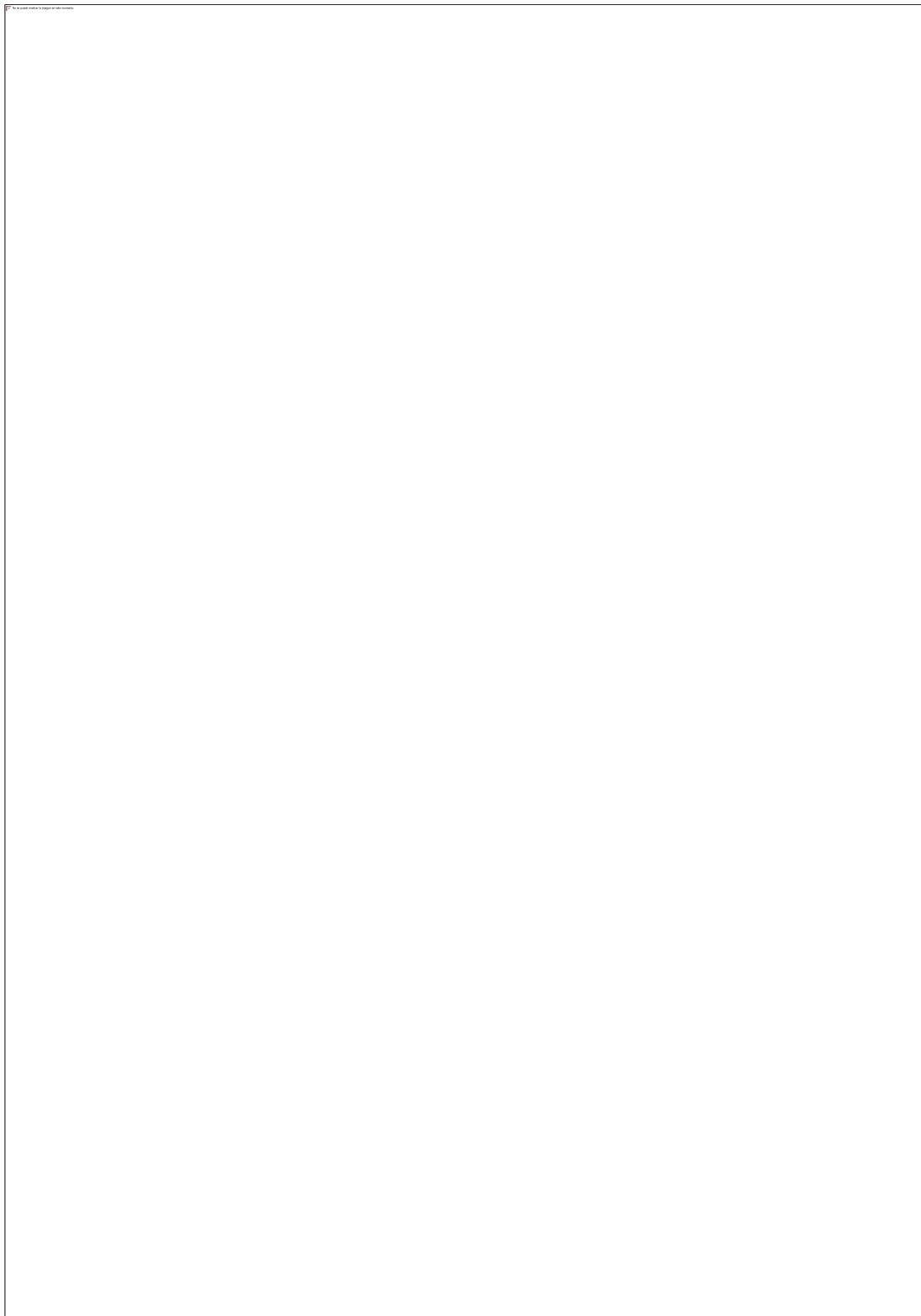


Figura II.2. Algoritmo de trabajo. Elaboración propia.

Discusión

Legrá Matos y colaboradores¹²² plantean que en la literatura científica se evidencia que al igual que toda ciencia, la estomatología se caracteriza por haberse iniciado de una forma empírica, para llegar posteriormente a lo que es

hoy, una ciencia definida y exacta. Como todas las ramas del saber humano ha pasado por distintas etapas formativa, ha evolucionado y progresado a tono con la naturaleza misma de la profesión, en su doble carácter médico y técnico. Legrá Matos y colaboradores¹²² en su investigación “Antecedentes y perspectivas de la Estomatología en Cuba” afirman que: la Estomatología en Cuba tiene antecedentes que se remontan a los aborígenes, pasando por diversos momentos históricos concretos hasta el día de hoy en que toma dimensiones cualitativamente superiores, que contribuyen a elevar la salud bucal y mejorar la calidad de vida de la población. A partir del triunfo de la Revolución, hasta la actualidad, ha crecido como ciencia y en estos momentos se encuentra en una etapa de florecimiento científico.

Gispert Abreu¹²³ en su artículo “La Estomatología ante el reto de la salud universal”, exalta la importancia del enfoque social que se le debe de dar a esta rama de las Ciencias Médicas, a la integración interdisciplinaria con otras ramas de la medicina para dar solución a los problemas de salud que nos abordan en la actualidad, enfoque que debe enraizarse desde la academia facilitando el aprendizaje-investigación-acción y el trabajo de equipos interdisciplinarios, en función de contribuir a la integridad del ser humano, a través de acciones que preserven el complejo bucomaxilofacial.

La aplicación de un enfoque interdisciplinario, a criterio de la autora, permite una visión diferente de casos con diagnósticos complejos y hay una mejor creación científica, racionalización de los recursos materiales, así como una mejor relación entre el equipo médico y los pacientes. Durante la educación médica deben involucrarse otras disciplinas para dar apoyo al desarrollo de la medicina y crear una base de desarrollo del abordaje interdisciplinario, de esta forma se incrementa la interacción y el trabajo en equipo.

González Cárdenas y colaboradores,¹²⁴ en su artículo: “El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba” expresan que surge el programa en la década de los 70 del siglo pasado, como una idea renovadora, que se caracterizó por el perfeccionamiento y desarrollo de una serie de componentes tales como: sectorización, regionalización, integralidad, trabajo en equipo, continuidad de la atención, participación de la comunidad en las tareas sanitarias y dispensarización, se ha distinguido por un

mejor empleo del método clínico y epidemiológico, elementos manifiestos en la conformación de consultas médicas desde la integración de saberes. Este artículo confirma el valor de la intersectorialidad en salud, lo que concuerda con la propuesta de esta investigación.

Consideran Díaz Gómez y colaboradores¹⁷ que la interdisciplinariedad es asumida desde responsabilidades esenciales para cada disciplina y a los especialistas actuantes se les encarga la atención conjunta de un problema de salud que no solo los involucra, sino que tributa con total raciocinio a múltiples especialidades, lo que abre la posibilidad de desarrollar el engranaje que urge en la ciencia. La concepción de la atención y la valoración interdisciplinaria está presente de forma indiscutible en el segundo nivel de atención estomatológica.⁶⁹

Se hace necesario la creación de consultas de alta especialización que cuentan indistintamente con coordinadores de programas de diversas especialidades poseedores de diferentes grados de nivel científico, interesados en instaurar protocolos normativos o documentos científicos devenidos en compendios de acciones que orienten la atención secundaria de salud, principalmente cuando la protocolización de acciones conductuales para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud se ha convertido en tendencia como respuesta a las necesidades del país para rectorar la pericia clínica en los diferentes niveles de atención de salud.^{15, 125}

Lovera Montilla y colaboradores¹²⁶ realizan una crítica y plantea que en muchas unidades de salud se ha establecido por décadas un abordaje de trabajo unidisciplinario, prevalece en su hegemonía el accionar puramente médico y bioclínico y deja por fuera cualquier posibilidad de abordaje diferente, lo que trae consigo la fragmentación de los cuidados y de las dinámicas de trabajo que se desarrollan en la unidad.

En la investigación “Valor para la medicina cubana del registro muscular clínico en pacientes con TTM y enfermedades reumáticas” realizada por Díaz Gómez y Hernández Reyes¹²⁷ afirman que, el escenario actual de los servicios de salud revela como prioridad implementar estrategias que permitan cumplimentar las expectativas de los individuos y la sociedad en su conjunto a

través de alternativas eficientes y efectivas en el diagnóstico de las enfermedades.

En Cuba existen nueve consultas del tercer nivel de atención estomatológica de Oclusión Dentaria y ATM distribuida en ocho provincias del país. Dos en La Habana y una en Cienfuegos, Villa Clara, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Camagüey, Holguín y Santiago de Cuba; observó el Dr. Joaquín González Reynaldo (comunicación personal del director nacional de Estomatología en el MINSAP de Cuba, 20 de mayo de 2019)⁶⁹ por lo que queda limitado este servicio para la población tunera al segundo nivel de atención apoyado en las consultas interdisciplinarias con un mayor nivel de preparación. De lo anterior, se infiere la necesidad y pertinencia de este tipo de consulta en el territorio.

Argumentan Fleites Did y colaboradores¹²⁰ que un algoritmo brinda la oportunidad de seleccionar aquello que es considerado como prioritario y permite ordenar el pensamiento médico desde un primer paso. Esto implica definir, con cierta precisión, un problema mediante claridad lógica y secuencialidad temporal.

El algoritmo planteado por los investigadores antes mencionados, se diferencia de la propuesta de esta investigación por los niveles de atención que imbrica. La intersectorialidad es aplicada en el primer nivel de atención, a diferencia, en esta investigación se desarrolla una consulta especializada en el segundo, pero en ambas se implican todos los sectores en función de resolver un problema importante: devolver la salud al individuo.

Díaz Gómez y colaboradores,¹⁷ destacan que con la normalización de criterios médicos desde la evidencia, se coopera en la construcción de un nuevo paradigma teórico-metodológico y científico para la Estomatología y las Ciencias Médicas a partir del uso eficiente de los recursos aplicados a la salud. Se exige entonces, de un proyecto de forma transversal con todas las disciplinas involucradas y de total observancia de los aspectos bioéticos, mediante una práctica médica más humana, una actitud positiva hacia los pacientes, un menor paternalismo en la relación médico-paciente y una mayor calidad en las decisiones médicas.

La autora de esta investigación concuerda con Herrera Cartaya¹²⁸ en su estudio “Algoritmos para la estratificación del riesgo en pacientes con COVID-19”,

donde se plantea que los algoritmos nos guían de forma acertada a implementar acciones para la toma de decisiones oportunas y ofrecen, intervenciones terapéuticas que permiten frenar la progresión de las enfermedades.

El algoritmo resultante en esta investigación muestra didáctica y gráficamente el orden adecuado y correspondiente de los pasos a seguir en una consulta de estomatología para los diferentes niveles de atención en salud para la atención al paciente adulto con la guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

A juicio de la autora, cuando el paciente ingresa al servicio de estomatología en la atención primaria y presenta alguna afección que involucre la guía anterior puede ser interconsultado o remitido a las consultas especializadas según sea el diagnóstico por el cual solicitó los servicios estomatólogicos. Además, se muestra la ruta que se debe seguir en la atención clínica del paciente desde la atención de urgencia, el primer y segundo nivel de atención de salud hasta la consulta interdisciplinaria.

Conclusiones del Capítulo II

Se describieron las principales características clínicas de los pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, donde predominó el sexo femenino y la edad de 40 a 49 años. Se constató que prevalece el bruxismo como diagnóstico clínico más frecuente por el que acudieron estos pacientes, fundamentalmente asociado a comorbilidades médicas. Se estableció la Consulta interdisciplinaria de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional y su algoritmo de trabajo, donde se evidencia la importancia de la interdisciplina en la solución de estas afecciones.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III. Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional

En este capítulo se exponen los elementos relacionados con el diseño del protocolo y su validación.

III.1 Objetivos

1. Diseñar un protocolo de procederes clínicos para la atención al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.
2. Validar el protocolo diseñado.

III.2 Clasificación de la investigación

Se realizó una Investigación Desarrollo; diseñada desde Abril 2022- Diciembre 2023. Por la complejidad de este proceso se dividió en dos fases.

III.3 Fase I. Diseño del protocolo

La selección del problema de salud a protocolizar se fundamentó en el marco teórico de la tesis esbozada en el Capítulo I y en el Capítulo II. Se estructura con el seguimiento que propone la autora en el algoritmo incluido en la Consulta Interdisciplinaria para la atención al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional desde la atención primaria y secundaria, según las características clínicas de cada paciente y se expone una secuencia de procederes a seguir.

III.3.1 Universo y muestra

Universo del grupo de trabajo

Formado por seis estomatólogos especialistas de Segundo Grado: Tres profesionales especializados en Prótesis Estomatológica, uno en Estomatología General Integral, uno en Periodoncia y uno en Ortodoncia. Dos de ellos miembros del equipo interdisciplinario de Oclusión dentaria y ATM de la provincia Camagüey y cuatro miembros del equipo multidisciplinario de la consulta de oclusión y ATM de la provincia Las Tunas. Tres con categoría docente principal de Profesor Auxiliar y dos Profesor Titular y una Profesora Consultante. Cinco profesores con categoría de Investigador Agregado y uno con categoría de Investigador Auxiliar. Conformados en tres equipos. (Anexo III.1)

Se les solicitó la aplicación de una encuesta de autodeterminación de competencia de experto que permitió caracterizarlos, obtener una

autovaloración de su grado de conocimiento en el tema y la influencia que diversas fuentes de argumentación han tenido en su conocimiento (Anexo III.2). El coeficiente de competencia (K) se les determinó para la selección de los expertos.⁶¹ Se evaluó a partir de la opinión de los profesionales sobre su propio nivel de conocimientos (Kc) respecto al problema objeto de estudio y referente a las fuentes de información (Ka) que les permitieron argumentar sus criterios. La autovaloración del conocimiento sobre el tema fue en orden ascendente, del desconocimiento al conocimiento profundo; y las fuentes de obtención de información por niveles: nivel alto, nivel medio y nivel bajo.

El coeficiente de competencia del experto (K) se calculó por la expresión matemática $K=1/2 (Kc + Ka)$; donde Kc es el coeficiente de conocimiento o información que tiene el experto acerca del problema y Ka es el coeficiente de argumentación. Kc se calcula sobre la base de la valoración del propio experto, en una escala de cero a 10 y multiplicado por 0,1 (o dividido por 10). Las autovaloraciones de los expertos de Kc con valor de 10 indicaron pleno conocimiento del tema.

Por otra parte, el coeficiente de argumentación (Ka) se establece al ofrecerle un cuadro al candidato a experto para medir, según su juicio, la influencia que tienen sus criterios y conocimientos sobre sí mismo, luego mediante una tabla patrón (Anexo III.3), se define el valor de Ka.

Para el diseño del documento científico se consideraron dos expertos de alta influencia de todas las fuentes.

Universo de investigaciones

Conformado por 34 investigaciones que incluyen los resultados de dos décadas de trabajo clínico e investigativo desde la Consulta de Oclusión dentaria y ATM de las provincias Camagüey y Las Tunas (trabajos de terminación de residencia, tesis de maestría, artículos científicos) y los resultados científicos de investigaciones nacionales e internacionales (artículos científicos en revistas de impacto), además de textos básicos y temáticos actualizados.

Muestra

Seleccionada por muestreo intencional para definir las investigaciones que conformarían el contenido del protocolo. Quedaron distinguidas 14 investigaciones por su apreciable aporte científico y empleo en la dinámica de

trabajo del equipo interdisciplinario de la consulta de Oclusión dentaria y ATM Camagüey y Las Tunas, esgrimida por un dúo de profesionales de mayor experiencia en el equipo interdisciplinario y ante la duda consultada con un tercero.

III.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión: se utilizó como palabra clave: oclusión dentaria, guía anterior de la oclusión dentaria, guía incisiva, guía canina, bruxismo, oclusión traumática y trastorno temporomandibulares, que en su estructura presenten la descripción de etiología, diagnóstico y tratamiento; tanto en idioma español, portugués e inglés, en los últimos diez años.

Criterios de exclusión: trabajos que una vez publicados emitan notas aclaratorias que contradigan parcial o totalmente los resultados del mismo y artículos que declaren conflictos de intereses.

III.3.3 Fuentes de obtención de la información

Los componentes de la estructura y contenido del protocolo se fundamentaron en cinco elementos:¹²⁹

- Guías para la elaboración de protocolos existentes. En específico aspectos de la “Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia”^{49, 130} y la “Guía para la elaboración de protocolos”,¹³¹ que responden a las características del Sistema Nacional de Salud Pública en Cuba.
- Protocolos de atención estomatológica en el país.^{53, 55}
- Protocolos de tratamiento del bruxismo.^{17, 94}
- Resultado científico de la experiencia clínica e investigativa del equipo interdisciplinario de la consulta de Oclusión dentaria y ATM de la provincia Camagüey.
- Textos e investigaciones divulgadas en artículos científicos, monografías o páginas Web en las bases de datos de MEDLINE, PubMed y SciELO. Se utilizó como palabra clave oclusión dentaria, guía anterior de la oclusión, bruxismo, oclusión traumática, TTM, diagnóstico y tratamiento.
- Se emplearon los registros de pacientes diarios, historia clínica de atención estomatológica, sistema de información estadística de Estomatología.

III.3.4 Operacionalización de las variables

Se obtuvieron 15 variables para desarrollar el protocolo.

- Fecha de elaboración y fecha de revisión: variable cuantitativa discreta. Declaración del momento en que se confeccionó y revisará el protocolo.
- Autores: variable cualitativa nominal politómica. Se describe como grupo de trabajo interdisciplinario con más de una categoría profesional.⁽²⁾ (Ver nota al pie de página)
- Revisores: variable cualitativa nominal politómica. Personas que van a dar la aprobación para que el protocolo pueda ser empleado.⁽²⁾
- Introducción: variable cualitativa nominal dicotómica. Panorámica de los motivos que hacen necesaria la elaboración del documento.
- Objetivos: variable cualitativa nominal politómica. Marcan la situación que se espera tras la aplicación del protocolo de forma concreta y medible en toda su extensión.⁽²⁾
- Ámbito de aplicación: variable cualitativa nominal politómica. Profesionales a los que está orientado el protocolo, sin eximir algunos de ellos.⁽²⁾
- Población diana: variable cualitativa nominal politómica. Personal que debe participar para hacer el proceso tal cual se describe a lo largo del protocolo.⁽²⁾
- Metodología: variable cualitativa nominal politómica. Acciones acometidas para la elaboración y obtención del documento.⁽²⁾
- Procedimientos: variable cualitativa nominal politómica. Ejecución de actividades necesarias para garantizar el diagnóstico y tratamiento que sigue una lógica temporal. Incluye subacápitulos referidos a los medios auxiliares de diagnóstico, las limitaciones o barreras para la implementación del protocolo, medidas de bioseguridad, consentimiento informado, información a pacientes y familiares, así como los registros y aspectos legales.⁽²⁾
- Algoritmos de actuación: variable cualitativa nominal politómica. Información estructurada de manera didáctica que distingue en orden

⁽²⁾ Escala expuesta en Anexo III.12

lógico las acciones necesarias para garantizar el diagnóstico y tratamiento.⁽²⁾

- Materiales necesarios: variable cualitativa nominal politómica. Todo recurso material necesario durante el proceso.⁽²⁾
- Indicadores de evaluación: variable cuantitativa continua. Evalúa el cumplimiento y vigencia de los objetivos propuestos.
- Glosario y definiciones: variable cualitativa nominal politómica. Términos específicos o siglas utilizadas en el protocolo o asociadas al bruxismo que propician ayudar al entendimiento y aplicación.⁽²⁾
- Referencias bibliográficas que sustentan el protocolo: variable cuantitativa discreta. Fundamento científico actualizado y facilita a otros profesionales la consulta del material utilizado ordenados por número arábigo por orden de acotación en el texto.
- Anexos: variable cualitativa nominal politómica. Incluye elementos o instrumentos que resulten imprescindibles, faciliten la comprensión o aplicabilidad del documento y que por su novedad o singularidad deban ser difundidos junto al protocolo.

III.3.5 Técnicas y procedimientos

Se formuló una interrogante abierta para que cada miembro del grupo de trabajo pudiese expresar valoraciones cualitativas con relación a la retirada o la introducción de algún aspecto estructural, así como brindar sugerencias al respecto.

La autora una vez propuesto el protocolo, solicitó que se emitieran opiniones, aclaraciones y se reelaboraron aspectos hasta lograr consenso entre los miembros de los correspondientes equipos del grupo nominal en actividad plenaria.

III.4 Fase II. Validación

La validación teórico metodológica se realizó acorde a la filosofía de los instrumentos con dos expertos coincidentes en el Capítulo I en funciones de estimar los protocolos precedentes con la ECDOCE, construido en el desarrollo de la memoria escrita por la autora.

Se decretaron dos fases:

III.4.1 Fase I. Validación teórico metodológica.

Se utilizaron tres instrumentos evaluadores AGREE II,^{132, 133} Escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas⁷¹ y Escala cubana de Morales Navarro.⁸⁹

Operacionalización de variables

Instrumento AGREE II

Incluyó seis dimensiones o dominios con número diferente de variables que alcanzaron en sumatoria 23 ítems de evaluación dentro del instrumento AGREE II,¹³² además de la evaluación global del documento para la validación por dos expertos. Los aspectos de la aplicación de este instrumento son explicados en la investigación Ramos HR (2021)¹³³ donde, de forma explícita se recoge en el Manual de procedimientos.

Dimensión alcance y objetivos

- 1- Objetivos generales deben estar específicamente descritos.
- 2- Los aspectos de salud cubiertos por el documento están específicamente descritos.
- 3- La población (pacientes) a la cual se pretende aplicar los procedimientos está específicamente descrita.

Dimensión participación de los implicados

- 4- El grupo que desarrolla el documento incluye profesionales con experiencia.
- 5- Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.
- 6- Los usuarios de la guía están claramente definidos.

Dimensión rigor en la elaboración

- 7- Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
- 8- Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.
- 9- Las fortalezas y limitaciones de la evidencia están claramente descritas.
- 10- Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.
- 11- Al considerar las recomendaciones han sido considerados los beneficios de salud, efectos secundarios y los riesgos.
- 12- Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.

- 13- Ha sido conciliado el documento.
- 14- Se incluye un procedimiento para actualización.

Dimensión claridad de la presentación

- 15- Las recomendaciones no son ambiguas.
- 16- Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.
- 17- Las recomendaciones claves son identificables.

Dimensión aplicabilidad

- 18- Describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.
- 19- Proporciona herramientas para que las recomendaciones puedan ser llevadas a la práctica.
- 20- Se considera la relación entre las recomendaciones y los recursos.
- 21- Se ofrecen criterios para la monitorización y auditoría.

Dimensión independencia editorial

- 22- El punto de vista de la entidad rectora de la elaboración del documento no ha influido en su contenido.
- 23- Se han abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador del documento.

Variable cualitativa nominal politómica.

Escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas (ECDOCE)

Incluyó 15 ítems de evaluación dentro del instrumento para evaluar contenido además de la evaluación global del documento para la validación por dos expertos descrito en el capítulo I de la memoria escrita.

Escala cubana de Morales Navarro

Incluyó 15 ítems de evaluación dentro del instrumento⁸⁹ que es referente a punto de partida del instrumento AGREE II.¹³²

- 1.- Definición de los objetivos.
- 2.- Definición de autores e institución.
- 3.- Definición de la población diana.
- 4.- Grupo de trabajo que incluye a todas las especialidades.
- 5.- Recursos necesarios.
- 6.- Barreras potenciales en su aplicación.

- 7.- Coherencia y secuencia lógica de diagnóstico en las fases del manejo del trauma.
- 8.- Coherencia y secuencia lógica de tratamiento en las fases del manejo del trauma.
- 9.- Pertinencia de los medios auxiliares de diagnósticos propuestos.
- 10.- Algoritmo de actuación.
- 11.-Criterios de revisión que permitan su monitorización y evaluación posterior.
- 12.- Establecimiento de fecha y procedimiento de actualización.
- 13.- Información a pacientes y familiares.
- 14.- Relevancia científica y metodológica.
- 15.- Referencias bibliográficas que sustentan el protocolo.

Técnicas y procedimientos

Una de las estrategias más aplicada para calcular evidencias de validez de contenido de un instrumento es someterlo a juicio de expertos, la tarea de los jueces es evaluar el contenido de los ítems. El documento elaborado se sometió a la evaluación de los expertos por los instrumentos: AGREE II,¹³² la Escala integral de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas y la escala cubana de Morales Navarro.⁸⁹

Se realiza el análisis a través de tres indicadores a evaluar: claridad, coherencia y relevancia. Claridad se refiere a la sintáctica y semántica de cada ítem. Coherencia evalúa si el ítem tiene relación lógica con el indicador o dimensión que se mide. Relevancia estima si el ítem es esencial para medir el indicador.

Además, cada uno de los jueces expertos completó la constancia de validación donde evaluaron de manera íntegra las apreciaciones referidas a la congruencia de los ítems, amplitud del contenido y pertinencia del instrumento original.

Instrumento AGREE II

Todos los ítems recomendados fueron incluidos. Cada uno de ellos se evaluó por una escala de puntaje del uno al siete: puntuación uno representativa de muy en desacuerdo. Puntuación siete se corresponde con el criterio muy de acuerdo y la puntuación entre dos y seis es asignada cuando existen criterios de que por completo no se cumple el aspecto indagado por el instrumento.

Para cada uno de los dominios se incorporó un recuadro para comentario destinado a observaciones sobre cada ítem. Se calculó una puntuación de calidad de cada uno de los dominios o dimensiones. La puntuación de estos ítems es independiente y no se agregan en una puntuación de calidad global. Se sumó los puntos de los ítems individuales por dominio estandarizando del total, como un porcentaje sobre la máxima puntuación posible para ese dominio.¹³²

Puntuación mínima posible = uno (muy en desacuerdo) x número de ítems x cantidad de expertos evaluadores.

Puntuación máxima posible = siete (muy de acuerdo) x número de ítems x cantidad de expertos evaluadores.

El instrumento deja establecido: no hay puntuaciones mínimas o patrones de puntuación entre dominios que definan alta o baja calidad; la evaluación global es dual. Se estableció por una puntuación de la calidad general, con la misma escala que se utilizó con anterioridad para cada dominio e interpretación de calidad. Donde uno es la calidad más baja posible y siete la calidad más alta posible. El otro aspecto para la evaluación estuvo en dependencia a la valoración cualitativa para la aplicación práctica del documento.¹³²

A partir de la evaluación de los resultados se consideraron las categorías: Recomienda, Recomienda con modificaciones y No recomienda, todos en correspondencia con la puntuación obtenida

Escala integral de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas

Se realizó una sumatoria de las respuestas a las que se le debía colocar una evaluación donde se consideró: 1(ausente) y 2 (presente).

Se formuló una interrogante abierta para que cada experto pudiese expresar su juicio teórico con respecto a posibles modificaciones y brindar sugerencias al respecto. Para las sesiones de trabajo se empleó la comunicación online y presencial.

La obtención de la información fue a partir de la consulta a expertos para este instrumento. A partir de la evaluación de los resultados se consideraron las categorías: No recomendado, Parcialmente recomendado, Recomendado y Muy recomendado en correspondencia a la puntuación obtenida.

Escala cubana de Morales Navarro

Se tiene en cuenta la opinión de los expertos luego de la evaluación final, donde se confeccionó un instrumento evaluativo conformado por 15 ítems que evalúan estructura del protocolo, a los cuales se debía colocar una evaluación del uno al cinco.

Se consideró cada ítem con valor de: 1 (No adecuado), 2 (Poco adecuado), 3 (Adecuado), 4 (Bastante adecuado) y 5 (Muy adecuado). Se realizó la sumatoria de las evaluaciones de los dos evaluadores para el protocolo a evaluar, de modo que la máxima puntuación posible por ítem fue de 10 y la mínima dos. Para encontrar la máxima puntuación posible del protocolo se calculó:

- Máxima puntuación posible= máxima puntuación posible por ítem (10) x 1 x número de ítems (15).
- Mínima puntuación posible= mínima puntuación posible por ítem (2) x (15).

Se calculó:

- Valor máximo evaluativo del protocolo: valor máximo por ítem (10) x número de ítems (15).
- Valor mínimo evaluativo por protocolo: valor mínimo por ítem (2) x número de ítems (15).
- Valor máximo evaluativo total por ítem: valor máximo por ítem (10) x 1.
- Valor mínimo evaluativo total por ítem: valor mínimo por ítem (2) x 1.

Se calculó el índice de dificultad (ID), ecuación III. 1, por ítem:⁸⁹

$$ID = \frac{A}{N}$$

A= Número de aciertos en la pregunta.

N= Número de aciertos más el número de errores en la pregunta.

Ecuación III.1 índice de dificultad (ID),

Se consideraron como respuestas correctas (adecuadas) por ítem las evaluaciones de tres, cuatro y cinco, es decir, cifras altas evaluativas.

Se buscó el índice de dificultad total (IDT):

IDT= Media aritmética de los ID

Escala para la interpretación de los resultados del ID:⁸⁸

- Altamente difícil: < 0,32
- Medianamente difícil: 0,32-0,52
- Dificultad media: 0,53-0,73
- Medianamente fácil: 0,7-86
- Altamente fácil: > 0,86

III.5 Fase II. Validación práctica: estudio piloto

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la Clínica Estomatológica “3 de Octubre” del municipio Las Tunas, provincia Las Tunas, en el periodo comprendido de diciembre del 2023 al febrero del 2024.

Universo de pacientes con guía anterior de la oclusión disfuncional

El protocolo se aplicó a 24 pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, que acudieron a consulta durante estos tres meses. De los mismos: cuatro pacientes presentaron fracturas del tercio incisal de incisivos superiores, ocho pacientes con pérdidas dentarias de dientes anteriores, siete pacientes con mordida abierta anterior por desgaste de bordes incisales, cuatro pacientes con oclusión traumática primaria y uno con oclusión traumática secundaria.

Estos pacientes fueron atendidos por especialistas de Estomatología General Integral, de Periodoncia, Ortodoncia y de Prótesis Estomatológica, los cuales fueron adiestrados en el tratamiento a estos pacientes según lo pautado en el Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Consideraciones éticas

La investigación fue avalada por el Consejo Científico de la Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas y el Comité de Ética de la Investigación de este centro de educación médica superior. Se respetaron los principios promulgados en la Declaración de Helsinki.⁹⁵

Se solicitó el consentimiento informado a los pacientes para la participación en la investigación. (Anexo III.4) Todos los datos obtenidos se manejaron con confidencialidad y se respetó la privacidad del paciente.

III.5.1 Procedimientos

Para evaluar en la práctica la ejecución del protocolo se utilizó la metodología que propone en su artículo Díaz Muñoz¹²⁹ “Metodología del estudio piloto”.

Antes de realizar este estudio se explicó al consejo de dirección de la Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre” en qué consistía la investigación y se solicitó la autorización para el personal y los recursos que se utilizaron en la investigación.

Se desarrolló una acción capacitante a través de un entrenamiento (Anexo III.5) dirigido a especialistas y residentes de Estomatología General Integral, Ortodoncia, Periodoncia y Prótesis Estomatológica por la autora de la investigación, con el objetivo prepararlos en el uso del protocolo en estos pacientes según diagnósticos. Se utilizaron los materiales y medicamentos existentes en la institución.

Para evaluar en la práctica la ejecución del protocolo se utilizaron las dimensiones de estructura, proceso y resultados, establecidas en la literatura consultada^{131, 132, 134, 135} y adaptadas por la autora para su utilización en la prueba piloto. (Anexo III.6)

- Operacionalización de las variables del estudio piloto**

Dimensión de Estructura				
Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Condiciones del servicio	Cualitativa Ordinal	Satisfactoria (≥ 90 %) Medianamente satisfactoria (89 – 80 %) Insatisfactoria (≤ 79 %)	– Según porcentaje de confort de locales que se utilizarán en el estudio (sala de espera, consultas estomatológicas)	Porcentaje
Condiciones de las unidades dentales e instrumental	Cualitativa Ordinal	Satisfactoria (≥ 90 %) Medianamente satisfactoria (89 – 80 %) Insatisfactoria (≤ 79 %)	Según porcentaje de unidades dentales con condiciones apropiadas que se utilizarán en el estudio (agua, luz, eyector de saliva) así como el	Porcentaje

			instrumental.	
Disponibilidad de Medicamentos e insumos	Cualitativa Ordinal	Satisfactoria ($\geq 90\%$) Medianamente satisfactoria (89 – 80 %) Insatisfactoria ($\leq 79\%$)	Según porcentaje de disponibilidad de medicamentos	Porcentaje
Capacitación del personal	Cualitativa Ordinal	Satisfactoria ($\geq 90\%$) Medianamente satisfactoria (89 – 80 %) Insatisfactoria (≤ 79)	Según porcentaje de capacitación del personal incluido en el estudio.	Porcentaje
Disponibilidad de recursos para la recogida de datos.	Cualitativa Ordinal	Satisfactoria ($\geq 90\%$) Medianamente satisfactoria (89 – 80 %) Insatisfactoria ($\leq 79\%$)	Según porcentaje de disponibilidad de recursos para la recogida de datos (Historia clínica, registro de recogida de la información primaria)	Porcentaje
Dimensión de Proceso				
Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Diagnóstico y tratamiento adecuado de las afecciones de la guía	Cualitativa Ordinal	Satisfactoria ($\geq 90\%$) Medianamente satisfactoria (89 – 80 %)	Según el porcentaje de diagnóstico y tratamiento adecuado de afecciones de la	Porcentaje

anterior de la oclusión dentaria.		Insatisfactoria ($\leq 79 \%$)	guía anterior	
Cumplimiento del algoritmo de atención según protocolo	Cualitativa Ordinal	Satisfactoria ($\geq 90 \%$) Medianamente satisfactoria (89 – 80 %) Insatisfactoria ($\leq 79 \%$)	Según el porcentaje de cumplimiento del algoritmo de atención según protocolo	Porcentaje
Dimensión de Resultados				
Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Satisfacción de los usuarios del protocolo (especialistas y pacientes)	Cualitativa Ordinal	- (+1) Máximo satisfacción - (+0,5) Más satisfecho que insatisfecho - (0) No definido y contradictorio - (-0,5) Más insatisfecho que satisfecho - (-1) Máxima insatisfacción	Según Índice de satisfacción grupal de V. A. Iadov	Porcentaje
Satisfacción grupal	Cualitativa Ordinal	- 1 y - 0,5 indican insatisfacción - 0,49 y + 0,49 indican contradicción -0,5 y 1 indican	Según Índice de satisfacción grupal de V. A. Iadov	Porcentaje

		satisfacción.		
--	--	---------------	--	--

Para determinar la satisfacción de los prestadores (especialistas seleccionados) (Anexo III.7 y Anexo III.8) y pacientes (Anexo III.9 y Anexo III.10) se aplicó el Test de satisfacción grupal de V.A. Iadov.^{55, 136, 137} La técnica está conformada por cinco preguntas, dos abiertas y tres cerradas (estas tres preguntas se relacionan a través de lo que se denomina el Cuadro Lógico de Iadov) y cuya relación el sujeto desconoce.

Cada encuestado recibió una evaluación individual en dependencia de la respuesta a las preguntas cerradas. Estas respuestas debían ser sí, no sé o no en el caso de las preguntas del test uno y dos, mientras que en la pregunta tres se debía seleccionar una de las siguientes respuestas: Me gusta mucho, Me gusta más de lo que me disgusta, Me da lo mismo, Me disgusta más de lo que me gusta, No me gusta nada, No sé qué decir.

El número resultante de la interrelación de las tres preguntas indicó la posición de cada encuestado en la siguiente escala:

1. Clara satisfacción.
2. Más satisfecho que insatisfecho.
3. No definida.
4. Más insatisfecho que satisfecho.
5. Clara insatisfacción.
6. Contradicторia.

Las preguntas no relacionadas sirven de introducción y sustento de objetividad al encuestado que las utiliza para ubicarse y contrastar las respuestas. El número resultante de la interrelación de las tres preguntas indica la posición de cada sujeto en la escala de satisfacción.

El índice de satisfacción grupal (ISG) se expresa en una escala numérica que va desde (+1): Máximo de satisfacción; (+0,5): Más satisfecho que insatisfecho; (0): No definido y contradictorio; (-0,5): Más insatisfecho que satisfecho; y (-1): Máxima insatisfacción. Para obtenerlo se trabaja con los diferentes niveles de

satisfacción obtenidos para cada encuestado de la forma que se muestra en la fórmula:(ecuación III.1)

$$ISG = \frac{A(+1) + A(+0.5) + C(0) + D(-0.5) + E(-1)}{N}$$

Ecuación III.1 Cálculo del índice de satisfacción grupal

Donde A, B, C, D y E son la cantidad de especialista encuestados, respectivamente, en las posiciones de satisfacción uno, dos, tres, cuatro y cinco de satisfacción personal y N la cantidad total de especialistas encuestados. Los factores utilizados tuvieron el significado siguiente:

- (+1) Máximo de satisfacción.
- (+0,5) Más satisfecho que insatisfecho.
- (0) No definido y contradictorio.
- (-0,5) Más insatisfecho que satisfecho.
- (-1) Máxima insatisfacción.

Los valores de ISG que se encuentran comprendidos entre -1 y -0,5 indican insatisfacción; los comprendidos entre -0,49 y +0,49 evidencian contradicción y los comprendidos entre 0,5 y 1 indican que existe satisfacción. (Anexo III.11)

III.6 Resultados

Protocolo de atención clínica del paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional

El “Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional” elaborado por la autora de la investigación (Anexo III.12) se añade como propuesta de documento normativo de la práctica clínica junto a protocolos de actuación existentes en las Ciencias Estomatológicas, referidos a otros problemas de salud.^{76, 125} Se despliega sobre la base de la evaluación de las investigaciones nacionales e internacionales consignadas y de la consulta a textos referentes a métodos diagnósticos, técnicas o procedimientos clínicos, rehabilitadores, estudios de las determinantes de la oclusión dentaria. La disertación científica no parte de un conexo único, es aproximación a la experiencia práctica, la confrontación investigativa y la concepción teórica del tema desde una perspectiva integradora y un pensamiento holístico.

Consideraciones generales válidas

La información referente a la atención clínica a pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, tiene importancia por la evolución conceptual, etiológica, de actuación que involucra y las expectativas que genera en pacientes y profesionales de la salud, a lo que se hizo referencia en el Capítulo I. El protocolo elaborado, se realiza desde una óptica más actualizada y de gran valor en el contexto actual y para la solución de problemas relacionados con la disfuncionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria. Con ello se coopera en la construcción de un nuevo paradigma teórico-metodológico y científico para la Estomatología y las Ciencias Médicas.

La representatividad del problema de salud y la integración de saberes son aspectos que distinguen a este protocolo, con respecto a otros estudiados:

- Se centra en las necesidades individuales del paciente, por lo que tiene una orientación personalizada.
- Preconiza un enfoque holístico del paciente, al tener en cuenta no solo los aspectos dentales, sino también su salud general, hábitos, parafunciones, psicología y estilo de vida.
- Permite la actualización constante con respecto al contenido desde la interdisciplinariedad y el conocimiento colectivo, que aporta a la concepción de la salud como sistema.
- Promueve su inserción a través de una Consulta interdisciplinaria que promueve el pensamiento colectivo, entre disciplinas, perspectivas y experiencias para un diagnóstico y tratamiento más completo.
- Exhibe la pertinencia de una evaluación multidimensional para la interpretación del examen clínico, estudios radiográficos, análisis de la función masticatoria, hegemonía de las funciones orofaríngeas, valoración cosmética, psicológica y de orientación a estilos de vida saludables desde una guía indispensable para el sistema estomatognático y otros sistemas orgánicos.
- Atención psicológica dado que la estética y la disfunción de la guía anterior de la oclusión dentaria tiene un impacto significativo en su bienestar emocional.

Detalles del protocolo

En el protocolo se expone una hoja con diagrama de presentación; la contraportada que identifica el título adjudicado al protocolo, la ciudad y la fecha en que se efectúo la elaboración, revisión del documento y los revisores implicados; seguido de la página índice y el glosario de términos científicos.

Se desarrolló la introducción con aspectos generales y particulares referentes a la guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional como fenómeno de salud y se brindan argumentos que justifican la propuesta elaborada. Expone los objetivos y puntualiza elementos relacionados con la metodología de su elaboración. Se desarrolla a partir de interrogantes que surgen en la práctica clínica diaria de los profesionales de la Estomatología.

Incluye los componentes del equipo de trabajo para la atención inicial y de seguimiento al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional a que está dirigido (población diana) y el ámbito de aplicación.

Se desarrolla un algoritmo que esquematiza la secuencia de actuación, referencias bibliográficas y anexos concernientes a las especificidades de los instrumentos teóricos desarrollados.

Para la confección del protocolo se trabajó con personal especializado, predominaron los especialistas de segundo grado, la categoría científica de máster y docente de profesor auxiliar. (Anexo III.1)

En la tabla III.1 se aprecia que el 100 % obtuvo un nivel de competencia entre 0,85 y 1, calificado como alto.

Tabla III.1. Evaluación del coeficiente de competencia experta de los especialistas que participaron en la elaboración del protocolo

Expertos	Provincia	Grado científico u académico	Categoría docente principal	Kc*	Ka**	K***	Nivel
E- 1	Camagüey	Dr.C.	Titular	1	1	1	A
E- 2	Camagüey	Dr.C	Titular	0,9	0,85	0,90	A
E- 3	Las Tunas	MSc	Auxiliar	1	0,9	0,95	A
E- 4	Las Tunas	MSc	Auxiliar	1	0,9	0,95	A
E-5	Las Tunas	MSc	Auxiliar	1	1	1	A
E-6	Las Tunas	MSc	Auxiliar	0,9	0,85	0,90	A

*: Coeficiente de conocimiento

**: Coeficiente de argumentación

***: Coeficiente de competencia

En la Tabla III.2 correspondiente al nivel de competencias de los expertos se muestra en la tabla 2, en la que se aprecia que el 100 % obtuvo un nivel de competencia entre 0,80 y 1 por lo que fueron seleccionados para realizar el análisis de la versión preliminar del protocolo

Tabla III.2. Evaluación del coeficiente de competencia experta de los especialistas que participaron en la validación del protocolo por los instrumentos evaluativos

Expertos	Provincia	Grado científico u académico	Categoría docente principal	Kc*	Ka**	K***	Nivel
E- 1	Las Tunas	MSc	Auxiliar	0,80	1	0,90	A
E- 2	Las Tunas	MSc	Auxiliar	0,90	0,90	0,90	A

*: Coeficiente de conocimiento

**: Coeficiente de argumentación

***: Coeficiente de competencia

Se desarrolló la validación por dos expertos del protocolo con los tres instrumentos evaluadores previstos, se utilizó el V de Aiken como método estadístico para evaluar claridad, coherencia y relevancia del protocolo, lo que permitió medir concordancia entre jueces en la validación del contenido

El análisis cualitativo reveló que los valores del V de Aiken con la utilización de los tres instrumentos en cuanto a “calidad”, (tabla III.3), fueron superiores a 0,85 y significativos, lo cual denota la validez de contenido del protocolo en cuanto a la sintáctica y semántica de cada ítem.

Se puede verificar en los intervalos de confianza del V de Aiken que los tres instrumentos concuerdan en la evaluación realizada entre los expertos pues estos se ocultan unos con otros. Las estimaciones puntuales del indicador casi en la totalidad se presentaron por encima de 0.70 que según Landy y Kotch⁶⁷ es adecuado.

Tabla III.3. Evaluación del criterio Calidad del “Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional”.

Instrumento de Evaluación	Mediana	DS	V Aiken	IC 95%
AGREE II	6,11	0,22	0,85	0,57 - 0,96
ECDOCE	1,97	0,05	0,97	0,32 - 1
Escala cubana de Morales Navarro	4,77	0,14	0,94	0,6 - 0,99

En la tabla III.4, se muestra la evaluación del criterio de coherencia, donde se aprecian valores superiores a 0,86 lo que muestra que el contenido de los ítems que se desarrollan en el protocolo guarda una relación lógica con el indicador o dimensión que está midiendo

Tabla III.4. Evaluación del criterio Coherencia

Instrumento de Evaluación	Mediana	DS	V Aiken	IC 95%
AGREE II	6,15	0,15	0,86	0,58 - 0,96
ECDOCE	1,93	0,09	0,93	0,3 - 1
Escala cubana de Morales Navarro	4,60	0,19	0,90	0,56 - 0,98

La evaluación del criterio de relevancia, tabla III.5, expone resultados superiores a 0,74, lo que refleja que el protocolo evaluado es esencial para medir el indicador.

Tabla III.5. Evaluación del criterio Relevancia

Instrumento de Evaluación	Mediana	DS	V Aiken	IC 95%
AGREE II	5,80	0,03	0,80	0,52 - 0,94
ECDOCE	1,90	0,14	0,90	0,28 - 1
Escala cubana de Morales Navarro	3,97	0,24	0,74	0,4 - 0,92

En la tabla III.6, se evalúa el criterio integralidad y esta muestra indicadores de V de Aiken superiores a 0,84 lo que demuestra que su evaluación los jueces

apreciaron congruencia entre los ítems, amplitud del contenido y pertinencia del instrumento.

Tabla III.6. Evaluación del criterio Integralidad

Instrumento de Evaluación	Mediana	DS	V Aiken	IC 95%
AGREE II	6,02	0,03	0,84	0,56 - 0,95
ECDOCE	1,93	0,09	0,93	0,3 - 1
Escala cubana de Morales Navarro	4,31	0,11	0,83	0,48 - 0,96

Con la evaluación realizada por los expertos utilizando los instrumentos: AGREE II, la escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas y la escala de evaluación de estructura de Denia Morales Navarro, se obtuvieron las categorías según resultado de Recomendado, Muy recomendado y Altamente fácil, por lo que se define al protocolo como recomendado para su utilización en la práctica clínica. (Anexo III.13)

El estudio piloto es un paso esencial en el proceso de investigación, el cual se centra en evaluar los aspectos metodológicos y procedimentales de una investigación posterior de mayor escala, por tanto, su planeación, ejecución y divulgación deberá ser rigurosa.¹²⁹

En la tabla III.7, se muestran los diagnósticos de los 24 pacientes incluidos en la prueba y se distingue que predomina la pérdida de uno o dos dientes anteriores en un 33,3 % y la mordida abierta anterior por desgaste provocado por probable bruxismo con un 29,1 %.

Tabla III. 7. Pacientes incluidos en la prueba piloto según diagnósticos

Diagnósticos	Pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional	
	No.	%
Fractura dentaria (tercio incisal)	4	16,6
Pérdida de dientes anteriores (uno o dos)	8	33,3
Mordida abierta anterior por desgaste dentario por bruxismo probable	7	29,1

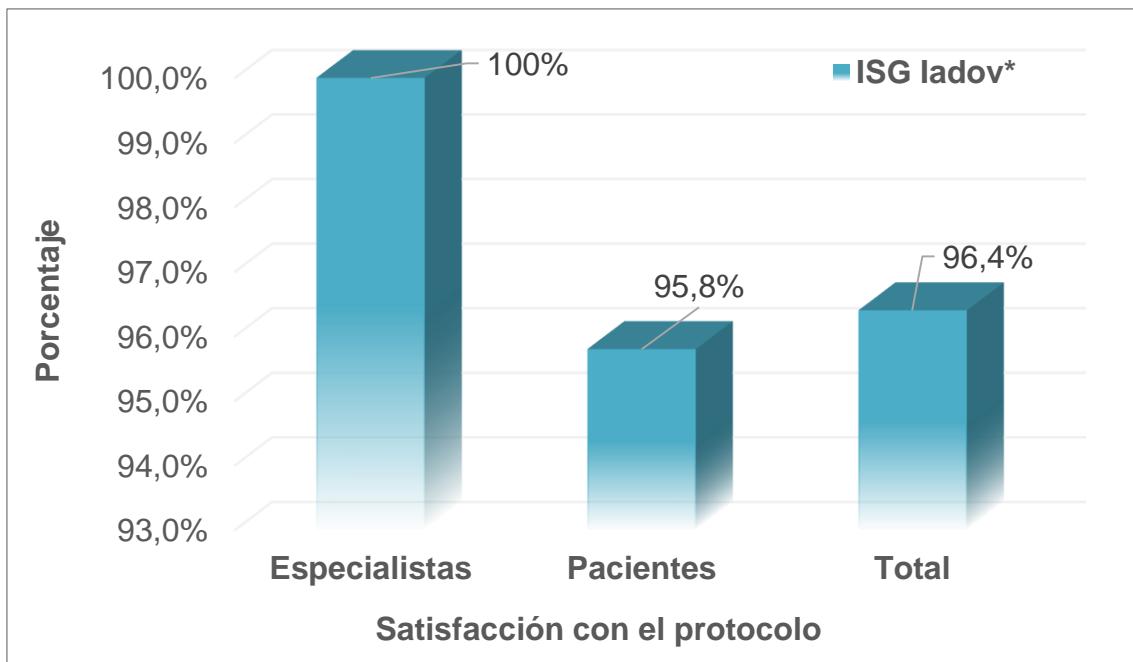
Oclusión traumática primaria	4	16,6
Oclusión traumática secundaria	1	4,1
Total	24	100

El protocolo fue evaluado en la práctica atendiendo a los resultados de los indicadores de estructura, proceso y resultados previstos para este fin.

- **Estructura:** evaluado con el estándar satisfactoria.
Con relación a los indicadores de esta dimensión de estructura: condiciones del servicio, condiciones de las unidades dentales e instrumental, disponibilidad de medicamentos e insumos, capacitación del personal y disponibilidad de recursos para la recogida de datos, las condiciones requeridas para la atención del paciente estuvieron presentes y se logró una evaluación mayor del 90 % en todos los casos. (Anexo III.14)
- **Proceso:** evaluado con el estándar satisfactoria
Fueron evaluados: diagnóstico y tratamiento adecuado de las afecciones de la guía anterior y cumplimiento del algoritmo de atención según protocolo en relación con los indicadores de proceso el 100% en el primer indicador y en un 95,8 en aquel relacionado con el cumplimiento del algoritmo de atención cumplidos sin dificultad. (Anexo III.15)
- **Resultados:** evaluado con el estándar satisfactorio.
Se monitorio la satisfacción de los usuarios del protocolo y la satisfacción grupal, el 100 % de los usuarios, que participaron en el estudio piloto, consideraron que con la aplicación del protocolo se conduce a una mejor atención al paciente con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional y se reconoce la importancia del tema oclusión dentaria para la rehabilitación de estos pacientes.
Estos resultados se hicieron evidentes al aplicar el test de satisfacción de Iadov (ISG Iadov), gráfico III.1, donde, para todos los implicados se interpretó como “Satisfechos” (ISG Iadov= 0,964= 96, 4 %), por su parte en los especialistas correspondió a un 100 % mientras que en los pacientes fue de un 95,8 %. (Anexo III.16)
Individualmente los especialistas respondieron con “Clara satisfacción” el 100 % y de 24 pacientes, solo dos pacientes expresan estar más satisfechos que

insatisfechos para un 8.3 %. (Tabla III.8), el resto expresaron “Clara satisfacción”.

Gráfico III.1 Indicadores de resultados del protocolo, según Test de satisfacción grupal de Iadov para usuario y pacientes



*Índice de Satisfacción grupal de IADOV

Fuente: tabla III.8

La publicación de los estudios piloto es pertinente, debido al alcance pedagógico que tienen para señalar y superar errores en el desarrollo de una investigación. Por lo anterior, los elementos de planeación, desarrollo y publicación de un estudio piloto deben estar a la altura de cualquier otro diseño de estudio.¹²⁹

III.7 Discusión

En la confección del protocolo se reflexionó a razón de la selección de una estructura normalizada, lógica y razonada que facilitara información científico-técnica y que, al mismo tiempo, contribuyera a la rehabilitación de los pacientes adultos con guía anterior de la oclusión disfuncional, con el objetivo fundamental de brindar un documento que estandarizara la práctica clínica en estos pacientes.

Se utilizaron los criterios de Sánchez Ancha,¹³⁸ que además fueron utilizados con éxito por Morales Navarro,⁵³ en su tesis doctoral con importantes resultados. Se siguieron también las recomendaciones aportadas de protocolos,^{55, 131, 139} Guías metodológicas para la elaboración de protocolos

Basados en la Evidencia^{49, 53, 87} así como las propuestas del instrumento AGREEII^{132, 133} consideradas herramientas para lograr un nivel de calidad óptimo.

El contenido del protocolo estuvo dado por la colaboración científica de especialistas y se estableció a través de la técnica de entrevista que favoreció la interacción y la comunicación sobre los aspectos esenciales de la investigación, lo cual no hubiera sido posible desde otros paradigmas metodológicos.^{138, 139}

Esta técnica es considerada uno de los procedimientos metodológicos mejor estructurado para las investigaciones cualitativas, el diálogo, entre los especialistas y entrevistador de manera abierta, relajada, flexible, facilitó indagación exhaustiva pero orientada a objetivos específicos en cada una de las enfermedades a estudiar.¹³⁹

El contenido abarcó una secuencia de actuación según niveles de atención. Además del nivel de evidencia y grado de recomendación de las actividades más relevantes del protocolo. Se establecieron recomendaciones relacionadas directamente con los resultados de la revisión y con la evidencia que las apoya.⁵⁵

En esta investigación, para la confección del protocolo propuesto, se convocaron a la participación de especialistas de alto nivel científico, con una experiencia profesional que oscila entre 18 y 40 años de experiencia científica y asistencial, aspecto que coincide con la investigación de Bastarrechea Milián,⁵⁵ donde 87,7 % de los especialistas, muestran más de 16 años de experiencia en la atención al paciente, todos con elevado prestigio profesional reconocido a nivel nacional e internacional, y con investigaciones realizadas en diferentes temáticas en este tipo de pacientes.

De igual forma, se requirió de expertos en el tema para realizar una validación del mismo, utilizándose instrumentos con análisis estadístico que certificaran la claridad, la coherencia, la relevancia y la integralidad del protocolo para su utilización en la práctica clínico-estomatológica. Los expertos se caracterizaron por ser especialistas del alto nivel científico, predominaron los Máster en Ciencias, Especialistas de segundo grado y con categoría docente de Profesora .Auxiliar. Bastarrechea Milián,⁵⁵ en su estudio expone que predominó

esta categoría docente en un 60 %; especialistas de segundo grado, en un 60 % y la categoría científica de Máster en un 72 %, por lo que estos resultados fueron similares a los expuestos en esta investigación.

Urrutia Engaña y colaboradores⁸² refieren en su estudio, que si bien no existe un consenso que defina las características de un experto, es fundamental que este conozca sobre el área a investigar, ya sea al nivel académico y/o profesional y que, a su vez, conozca de áreas complementarias. Sin embargo, otros autores son más enfáticos al definir quién es experto y consideran como requisito, por ejemplo, que cuente con al menos 5 años de experiencia en el área. Todo esto obliga a que la muestra sea intencionada.

La evaluación de los criterios de calidad, coherencia, relevancia e integralidad del “Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional” que se muestran, aprueban por criterio de expertos la validez de contenido del documento, al calcularse bajo el grado de consenso entre los jueces.

Se alcanzan valores V de Aiken positivos en las categorías analizadas, con resultados superiores a 0.70. Estos resultados coinciden con la investigación de Torres Malca y colaboradores⁶⁷ en su estudio de validez de contenido donde se muestran valores superiores a 0,71 para los mismos criterios.

Se puede comprobar en los resultados que se exponen relacionados con los intervalos de confianza del V de Aiken que los tres instrumentos concuerdan en la evaluación realizada entre los expertos, aspecto que es validado en la investigación publicada por Candia y Caiozzi,¹⁴⁰ en su estudio “Intervalo de Confianza”.

Los autores Candia y Caiozzi,¹⁴⁰ referidos con anterioridad que describen la variabilidad entre la medida obtenida en un estudio y la medida real de la población (el valor real), que corresponde a un rango de valores, cuya distribución es normal y en el cual se encuentra, con alta probabilidad, el valor real de una determinada variable. Esta “alta concordancia” se ha establecido por consenso en 95 %. Así, un intervalo de confianza de 95 % indica que dentro del rango dado se encuentra el valor real de un parámetro con 95 % de certeza.

Dentro de las principales recomendaciones emitidas por los expertos se resumen: establecer un orden de prioridad en la utilización de los medios auxiliares de diagnóstico, sugerir la inclusión de un código estadístico para las actividades que se realizan por la Consulta interdisciplinaria para la atención clínica del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional y desarrollar sugerencias para el personal que interactúa con el paciente con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional en cuanto a su preparación profesional y psicológica.

El protocolo fue evaluado en la práctica mediante un estudio piloto para el cual se utilizaron indicadores de estructura, proceso y resultados.

Como se refiere en la bibliografía consultada^{129, 141} este criterio no es unánime y se concluye que varía conforme a las necesidades de cada campo de investigación y del diseño de estudio; sin embargo, la mayoría de las definiciones coinciden en que permiten planear un estudio de mayor escala o magnitud. Un estudio piloto es un estudio pequeño o corto de factibilidad o viabilidad, conducido para probar aspectos metodológicos de un estudio de mayor escala, envergadura o complejidad.

Los pacientes que fueron incluidos en el estudio piloto presentaron diagnósticos frecuentes como que afectan la guía anterior de la oclusión dentaria y fueron abordados en el Capítulo I y II de esta investigación por su prevalencia en los servicios estomatológicos.

La evaluación de la estructura mostró evaluación de satisfactoria ya que los aspectos relacionados con este aspecto fueron evaluados de adecuados, ya que, a pesar de algunas dificultades con la carencia de algunos materiales, fueron solucionados y todos los pacientes fueron tratados. La asignación de materiales y equipamiento para los servicios de salud, garantizó la igualdad de posibilidades de tratamiento a todos los pacientes, de tal manera, que ofreciera seguridad al servicio estomatológico, característica de importancia vital para la evaluación de este criterio

Los resultados de este estudio no coinciden con Silva y colaboradores en la investigación¹⁴¹ “Evaluación de calidad del servicio de Estomatología General Integral” realizado en Santi Spíritus expone resultados donde se muestran las dimensiones de estructura y proceso evaluadas de regular y la dimensión de

resultado de bien según valores alcanzados, por lo que concluye que la calidad del servicio estomatológico del policlínico Camilo Cienfuegos en Sancti Spiritus fue evaluada de regular.

En el análisis del resultado se aprecia que, en investigaciones realizadas por Armijos¹⁴² se refiere que se debe indagar sobre los logros y limitantes; así como una descripción de las experiencias en torno a la aplicación del protocolo teniendo en cuenta los aspectos relacionados con las actividades y su eficacia durante las diversas fases del proceso asistencial interrelacionadas entre sí.

La actuación de los que ejecutaron la aplicación fue sumamente activa, al recolectarse continuamente datos para evaluar cada indicador. Este acápite se sustenta a través del cambio evidente en la evolución clínica de los pacientes al ser incluidos y la satisfacción de los prestadores, en este caso los especialistas. Según estos aspectos, se considera que el “Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional”, a partir de la instrucción a estomatólogos que incrementan sus conocimientos, aplicados en la práctica con mayor seguridad, conlleva a la eficacia del tratamiento a estos pacientes evitando vulnerables complicaciones sistémicas.

Ningún especialista manifestó desconocer el protocolo, ni que su metodología fuera de difícil aplicación o incompatible con las características de los servicios. Ningún indicador fue evaluado como no adecuado. Bastarrechea Millán,⁵⁵ señala que los indicadores que miden la calidad del proceso, ocupan un lugar importante en las evaluaciones de la misma, se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, debe jugar un papel relevante. En su investigación el proceso fue evaluado de adecuado y el uso del protocolo, permitió la atención al paciente de riesgo quirúrgico con pasos concretos como guía para el estomatólogo en la toma de decisiones.

Similares resultados obtienen Bermúdez Sarduy y colaboradores⁵⁶ en su investigación “Protocolo para el tratamiento de la recesión gingival con membrana de fibrina rica en plaquetas” donde los evaluados emitieron comentarios muy favorables de su diseño y fácil comprensión, se consideró

positiva la valoración por los especialistas externos y la pertinencia del protocolo diseñado.

La satisfacción manifestada por los residentes implicados en este estudio, a través de la técnica de Iadov confirmó la fortaleza del estudio. Esta técnica constituyó una vía indirecta para el estudio de la satisfacción, reconocida de gran valor para la investigación sobre satisfacción- insatisfacción. Guerreros Morales y colaboradores¹⁴³ en su investigación, midieron la satisfacción de los docentes con la aplicación Solver de excel en la programación lineal al exponerse resultados similares de estudio con máxima satisfacción o similares a los que presentan Arias Verdecia y colaboradores¹⁴⁴ en su estudio.

La atención estomatológica a través del protocolo, permitió interrelacionar los tres componentes: estructura, proceso y resultado, lo que favoreció la calidad de la atención.

Conclusiones del Capítulo III

Se diseñó un documento científico como propuesta normativa que protocoliza procedimientos para la atención del paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional. Se anexan y exponen consideraciones generales válidas y argumentos referentes al protocolo elaborado en la implementación de sistemas integrales de gestión de la calidad con responsabilidad social. Se aplicó la validación teórica y práctica del protocolo con resultados satisfactorios.

Los expertos recomiendan el instrumento.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- Se construyó, validó e implementó la Escala integral de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas.
- Se caracterizó la expresión clínico epidemiológica de los pacientes adultos de la provincia Las Tunas con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.
- El protocolo diseñado fue evaluado por expertos en las categorías Recomendado, Muy recomendado y Altamente fácil en correspondencia a los instrumentos evaluadores utilizados.
- En la práctica, los resultados obtenidos indican satisfacción de los usuarios y pacientes.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Incorporar instrumentos que faciliten y normen la toma de decisiones interdisciplinarias para el tratamiento a pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.
- Desarrollar la propuesta de los resultados científicos como aspectos pertinentes para la capacitación profesional en las Ciencias Médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apodaca Lugo A. Fundamentos de oclusión. México: Instituto Politécnico Nacional. Capítulos 1,3 y 6 [Internet]. 2004 [citado 2022 04-11]. Disponible en:
https://www.academia.edu/22961658/Fundamentos_de_Oclus%C3%B3n_Anselmo_Lugo_by_Bros.
2. Vedia Michel SA. Restablecimiento de la oclusión dental con resinas compuestas. OrbTer [Internet]. 30 de junio de 2022 [citado 27 de mayo de 2024];6(11):125-39. Disponible en:
<https://www.biblioteca.upal.edu.bo/htdocs/ojs/index.php/orbis/article/view/117>
3. Díaz Gómez SM, Díaz Miralles M, González Guerrero E, Marín Fontela GM, Díaz Acosta IC. Instrumento clasificador para el examen de la guía anterior de la oclusión. AMC [Internet]. Dic 2016 [citado 2024 Mayo 27];20(6): 597-608. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000600003&lng=es..
4. Altamirano R, López P, Romero M, Caramello C, Christiani J. Estudio funcional de la guía anterior y su relación con los tejidos duros y blandos. Revista Digital de la Facultad de Odontología de la U.N.N.E. (REDI) [Internet].2023 [citado 15/06/2024];7(1). Disponible en:
file:///C:/Users/CUBA/Downloads/3-+Seccion+Investig+cientif_ALTAMIRANO.
5. Okeson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. [Internet]. 8 ed. España: Elsevier; 2019 [citado 12/01/2023]. Disponible desde: <https://www.edicionesjournal.com/catalogo/catalogo.pdf..>
6. Companioni Landín F, Bachá Rigal Y. Anatomía aplicada a la estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
7. Osorio Ayala L, Paredes Tenesaca D, Parra Calle M, Pesández Ibarra M, Yunca Picón M, Barzallo Sardi V. Importancia de la guía anterior en el tratamiento de ortodoncia: Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet].

- 2020.[citado 11/06/2022]. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-61/>
8. Garrigó Andreu M, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, P VG, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guía Prácticas Clínicas de la oclusión. En: Sosa Rosales M de la C, editor. Guía Prácticas Clínicas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003[citado 2022 11-11]; p. 261 Disponible en:
http://bvs.sld.cu/libros_texto/guias_practicas_de_estomatologia/gpest06.pdf.
9. Organización Mundial de la salud. Salud bucodental. Ginebra: OMS; 2022 [citado 12/01/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
10. Manfredini D, Ahlberg J, Wetselaar P, Svensson P, Lobbezoo F. The bruxism construct: From cut-off pointsto a continuum spectrum. J. Oral Rehabil. [revista en internet]. 2019 [citado 30 de noviembre 2022]; 46(11): 991-997. Disponible en: [https://doi.org/10.1111/joor.12833..](https://doi.org/10.1111/joor.12833)
11. Cárdenas Erosa R, Mendiburu Zavala CE, Cortes Carrillo D, Navarro Zapata D, Lugo Ancona P. Guía Anterior como factor etiológico del dolor de la articulación temporomandibular. Intra Med J. [Internet] 2012 [citado 12/01/2023];1(3):1-6. Disponible en:
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=80237>
12. Haro Espinosa DR. Relación entre la ausencia de guías funcionales y los trastornos temporomandibulares en estudiantes de la carrera de Odontología en la Universidad Nacional De Chimborazo [Tesis]. Perú: Universidad Nacional De Chimborazo; 2019.[citado 23/01/2023]. Disponible en: [http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5505.](http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5505)
13. Maquera Machaca HY. Guía anterior y su relación con los trastornos temporomandibulares en pacientes adultos que acuden al centro de salud ciudad nueva, Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.2016. Tesis para optar título de Cirujano Dentista [citado 2023 07-01]. Disponible en:
[https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2331?show=full.](https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2331?show=full)
14. Falcón Fariñas IN, Escalante Padrón O, Nordelo Valdivia A, Campal Espinosa AC. Metodología de evaluación del impacto social de un

- programa de salud. RevHumMed [Internet]. 2018 Abr [citado 2024 Mayo 27]; 18(1): 64-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000100007&lng=es
15. Díaz Miralles M, Díaz Gómez SM, Hidalgo Hidalgo S, Viña Villafañas V, Paz Latorre E. Algoritmo preceptivo de variantes tipológicas del desgaste dentario en la guía anterior del paciente bruxópata. Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual) [Internet]. La Habana: Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez; 2020 [citado 12 Dic 2018]. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/viewFile/503/392>.
16. Zerón A. Bruxismo y trauma oclusal. Conocimiento multidisciplinario y práctica interdisciplinaria. Rev ADM [Internet]. 2018. [citado 2023 14-01];75(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od184a.pdf>.
17. Díaz-Gómez SM, Hernández Gutiérrez ME, Grau-León IB, Díaz-Miralles M, Puerto-Pérez TV, Vara-Delgado AE. Procedimientos clínicos interdisciplinarios para un nuevo enfoque del bruxismo desde la integración médica en Cuba. AMC [Internet]. 2021 Oct [citado 2024 Mayo 27]; 25(5):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000500003&lng=es
18. Suárez-González MD, Díaz-Gómez SM. A propósito del artículo "Oclusión y estrés en el síndrome dolor disfunción temporo-mandibular". Rev. electron. Zoilo [Internet]. 2023 [citado 17 Oct 2024]; 48 Disponible en: <https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3449>
19. Cañizares Cedeño EL, Suárez Mena KE. El Método Delphi Cualitativo y su Rigor Científico. Una revisión argumentativa. Revista Sociedad & tecnología [Internet]. 2022. [citado 01/10/2023];5(3):530-540. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8706211>
20. Ministerio de Salud Pública, Departamento Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. Disponible en:

- <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-nacional-de-atencion-estomatologica-a-la-poblacion/>
21. Christiani JJ, Altamirano R. Contactos mediotrusivos en la oclusión y la ATM. Revista de la Facultad de Odontología [Internet].2020 [citado 2023 11-01]; 13(1) Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4340/4037>
22. The glossary of prosthodontics terms. [Internet]. JProsthet Dent; 2005 Jul;94(1):10-92. [citado 2023 11-01]. Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022391305001757?via%3Dhub>.
23. Masson Palacios MJ, Armas Vega AC. Rehabilitación del sector anterior con carillas de porcelana lentes de contacto, guiado por planificación digital. Informe de un caso. Odontología Vital [Internet]. 2019 June [citado 2024 May 27];(30): 79-86. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752019000100079&lng=en.
24. Veliz Vaca V. Restablecimiento de guía anterior dental mediante restauraciones directas. GacMed Bol [Internet]. 2018 Dic [citado 2024 Mayo 27]; 41(2): 21-23. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988173>.
25. Venegas C, Farfán C, Fuentes R. Posiciones Mandibulares de Referencia Clínica. Una Descripción Narrativa. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2021 Jun [citado 2024 Jul 15]; 15(2): 387-396. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2021000200387&lng=es
26. Rodríguez Chaparro DO. Manual de conceptos básicos de oclusión. 2022[citado 2023 14-01]. Disponible en: <https://repositorio.uautonoma.cl/bitstream/handle/20.500.12728/10158/ODONTOLOGI%CC%81A%20Manual%20de%20Conceptos%20Ba%CC%81sicos%20de%20Oclusio%CC%81n.pdf?sequence=1.>
27. Flor Rodríguez MS. Técnica MFR para personalizar el plano de Fox y determinar el plano oclusal. Odontol. Act. [Internet]. mayo 2021 [citado 17 de octubre de 2024];6(2):27-32. Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/>

28. Noguera-Planas M, Molinet-Mompié G, Diz-Suárez G. Oclusión traumática y Bruxismo en la Disfunción Temporomandibular. MULTIMED [revista en Internet]. 2017 [citado 27 May 2024]; 19 (6) :[aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/431>
29. González Rodríguez S, Llanes Rodríguez M, Pedroso Ramos L. Modificaciones de la oclusión dentaria y su relación con la postura corporal en Ortodoncia. Revisión bibliográfica. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017 Jun [citado 2024 Jul 15]; 16(3): 371-386. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000300008&lng=es.
30. Demichelis CE. Esencia del Sistema Masticatorio y Guía Anterior Funcional. ORTUY [Internet]. May 2019 [citado 11ene.2023];2(1):5-8. Disponible en: <http://www.iuceddu.com.uy/revistaortopediayortodoncia/index.php/ORTUY/article/view/21>.
31. Gallardo LCA, Ascanio CA. Oclusión basada en evidencia. Rompiendo paradigmas. Rev ADM. [Internet] 2023;80(1):41-48. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2023/od231h.pdf>.
32. Oyarzo JF, Valdés C, Bravo R. "Etiología, diagnóstico y manejo de bruxismo de sueño." Revista médica clínica las condes [Internet] 2021; [citado 2023 24-01].32.(5): 603-610 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000882?via%3Dhub>.
33. Sigcho Romero CR, Vallejo Andrade J, Cedeño Zambrano DA, Sánchez Sánchez RJ. Enfoque interdisciplinario en el diagnóstico y tratamiento del bruxismo en individuos con dentición permanente. Pol. Con. [Internet].2022 [citado 2023 27-01];7(12): 69-86. Disponible en: <file:///C:/Users/CUBA/Downloads/4982-25973-1-B>
34. Jorna Corrales L, Rodríguez González Y, Ureña Espinosa M. Caracterización de pacientes bruxópatas de un consultorio médico del municipio Las Tunas. SA [Internet]. 10 de marzo de 2022 [citado 27 de mayo de 2024];5(1):1-11. Disponible en: <http://www.sinergiaacademica.com/index.php/sa/article/view/68>

35. Díaz-Gómez S. Aspectos neurofisiológicos pendientes en el tercer nivel de atención para el estudio del bruxismo. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2021 [citado 27 May 2024]; 25 (2) :[aprox. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7751>.
36. Juan Ortiz A, Nápoles Rodríguez N. Efectividad de la fisioterapia como tratamiento coadyuvante del bruxismo. Opuntia Brava [Internet]. 25abr.2022 [citado 10mar.2023];14(2):224-36. Disponible en: <https://opuntiabrava.ulb.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1579>.
37. Pinos Robalino PJ, Gonzabay Bravo EM, Cedeño Delgado MJ. El bruxismo conocimientos actuales. Una revisión de la literatura. RECIAMUC [Internet]. 1feb.2020 [citado 27may2024];4(1):49-8. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/430>
38. Fiallo Rodríguez J. La interdisciplinariedad en la escuela: Un reto para la calidad de la educación [Internet]. La Habana: Pueblo y Educación; 2001[citado 06/10/2024] Disponible desde: <https://www.calameo.com/read/000233168035d8cebb060>
39. González Espangler L, Bosch Marrero L, Bosch Nuñez AI, Romero García LI. Interdisciplinariedad en el diagnóstico del síndrome de clase III esquelético de Moyers. Gac Méd Espirit [Internet]. 2022 Abr. [citado10/10/2024];24(1): 26-37. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212022000100026&lng=es
40. Alvarez-Gastañaga VA, Baldeón-López MC, Malpartida-Carrillo V. Bruxismo en niños y adolescentes: Revisión de la literatura. Odovtos [Internet]. 2020 Aug [citado 2024 May 27]; 22(2): 53-61. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-34112020000200053&lng=en.
41. Rofaeel M., Chow J.CF. Cioffi I. The intensity of awake bruxism episodes is increased in individuals with high trait anxiety. Clin Oral Invest25, 3197–3206, 2021. [citado 2023 03-02]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-020-03650-5>.
42. Sánchez TM, Becerra BW. Osteoartritis de la articulación temporomandibular. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet].

- 2020 Dic [citado 2024 Mayo 27]; 80(4): 540-553. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162020000400540&lng=es.
43. Rojas Gaona PM. Los trastornos temporomandibulares y la oclusión dentaria [tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2021 [citado 2022 Dic 19]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/56171/1/3913ROJASpablo>.
44. Venegas C, Farfán C, Fuentes R. Posiciones Mandibulares de Referencia Clínica. Una descripción Narrativa. Int. J.Odontostomat. [Internet]. 2021 [citado 2023 15-02]:15(2):387-96. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v15n2/0718-381X-ijodontos-15-02-387.pdf>.
45. Rodríguez GM, Hernández-Espinosa G, Pesqueira-Melgarejo R, Rodríguez-Chávez JA. Corrección de mordida abierta anterior con maloclusión clase III esqueletal. Reporte de caso clínico. RevMexOrtodon. [Internet]. 2020 [citado 2023 12-06]; 8 (1): 50-59. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo_2020/mo201g.pdf.
46. Pérez Cid MCH. Restablecimiento de la guía anterior. Academia. Edu. [Internet] 2014. [citado 2023 15-06]. Disponible en: https://www.academia.edu/39116207/RESTABLECIMIENTO_DE_LA_GUIA_ANTERIOR.
47. Barragán Paredes MA, Viveros Rebolledo CA, Garzón Rayo H. Alteración de la dimensión vertical: Revisión de la literatura. Rev. Estomatol. [Internet] 2019; [citado 2023 16-02];27(2):27-37 Disponible en: https://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/revista_estomatologia/article/view/8637/11554.
48. Vera Carrasco O. Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2019 [citado 2024 Mayo 27]; 25(2): 70-77. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200011&lng=es...,

49. Altarribas Bolsa E, Cabrero Claver AI, Casanova Cartié N, González García M, Gómez Cárdenas C, Guallarte Herrero O, et al. Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia. [Internet].2019 [citado 2023 17-02]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/guia-protocolos.pdf>.
50. Díaz Miralles M, Díaz Gómez SM, Viña Villafaña V, Hidalgo Hidalgo S. Experiencia en una institución de salud mental de un programa Instructivo para pacientes con bruxismo. Congreso Internacional Estomatología, La Habana [Internet]. 2020 [citado 12 Ene 2023]. Disponible en: http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/vie_w/489.
51. Díaz-Gómez SM, Díaz-Miralles M, Gutiérrez-Hernández M, Grau-León I, Puerto-Pérez T, Jiménez-Rodríguez A. Estimación de la protocolización del bruxismo desde la perspectiva clínica en Cuba y el mundo. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2021 [citado 27 May 2024]; 25 (6):10. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8485>.
52. Román A. Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. Medwave [Internet]. 2012 [citado 20123 Feb 28]; 12(6). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5436>.
53. Morales Navarro D. Propuesta de protocolo para el manejo inicial del trauma maxilofacial grave [Tesis Doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2018 [citado 09 Feb 2023]. Disponible en: <file:///C:/Users/CUBA/Downloads/Denia%20Morales%20Navarro.pdf>
54. Rojas Herrera IA, Morales Navarro D, Rodríguez Soto A, Hernández Pedroso W. Evaluación docente de protocolos para la atención de las urgencias médicas durante la práctica estomatológica. EducMedSuper [Internet]. 2021 Jun [citado 2024 Mayo 27]; 35(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412021000200010&lng=es.
55. Bastarrechea Milián MM. Protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico. Repositorio de Tesis en Ciencias Biomédicas y de la Salud de Cuba. [Internet].2021.[citado 2023 18-02].

- Disponible en:
<https://tesis.sld.cu/index.php/index.php?P=FullRecord&ID=684>.
56. Sarduy Bermúdez L, Véliz Concepción OL, Veitia Cabarrocas F, Arce González MA, Toledo Pimentel B, Rodríguez Felipe M. Protocolo para el tratamiento de la recesión gingival con membrana de fibrina rica en plaquetas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2024 [citado 31 Jul 2024]. Disponible en:
<https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/4817>
57. Díaz Gómez SM, Díaz Miralles M, Álvarez de la Cruz M, Bueno Rodríguez. Beneficios de la consulta estomatológica de oclusión. Experiencia de 15 años. La Habana: Actas de Congreso Cubasalud [Internet] 2018 [citado 26 Jun 2023]. Disponible en:
<http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/>
58. Vilató de Varona OL. En Camagüey: única Cátedra de Oclusión Dentaria del país. Camagüey: Adelante. [Internet]; 5 Feb 2016; Sec. Noticia (COL1). [citado 5 Mar 2019]. Disponible en:
<https://www.adelante.cu/index.php//es/noticia/d-camaguey/5779-en-camaguey-unica-catedra-de%20occlusion-dentaria-del-pais>
59. Díaz-Miralles M. Perspectiva de desarrollo profesional en Cuba desde la Cátedra Multidisciplinaria de Oclusión. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2021 [citado 27 May 2024]; 25 (4).3 Disponible en:
<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7619>
60. Rodríguez González Y, Ureña Espinosa M, Almaguer Labrada O. Evolución histórica de la Estomatología en Las Tunas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2018 Jun [citado 2024 Mayo 27]; 55(2): 1-10. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072018000200009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072018000200009&lng=es)
61. Marín González F, Pérez González J, Senior Naveda A, García-Guliany J. Validación del diseño de una red de cooperación científico-tecnológica utilizando el coeficiente K para la selección de expertos. Información tecnológica, 2021[citado 20 Mayo 2024],32(2), 79-88. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642021000200079>.

62. Musitu Ferrer D, Esteban Ibáñez M, León Moreno C, Callejas Jerónimo JE, Amador Muñoz LV. Fiabilidad y validez de la escala de actitudes hacia el medio ambiente natural para adolescentes (Aman-a). Revista de humanidades. [Internet] 2020 [citado 10 Jun 2024] (39), 247-270. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7429546>.
63. Díaz Gómez SM, Díaz Miralles M. Segundo Taller Nacional de Oclusión de la Cátedra Multidisciplinaria "Plácido Ardanza Zulueta", 2017. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2018 [citado 5 Jun 2024];55(2). Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1807>.
64. Canto de Gante ÁG, Sosa González WE, Bautista Ortega J, Escobar Castillo J, Santillán Fernández A. Escala de Likert: Una alternativa para elaborar e interpretar un instrumento de percepción social. Revista de la alta tecnología y sociedad. [Internet]. 2020.[citado 2023 15-02];12(1) Disponible en: <file:///C:/Users/CUBA/Downloads/1.EscaladeLikert>.
65. Fleites Did TY, Pérez Gallego YC, Gispert Abreu EÁ, Blanco Barbeito N, de la Mella Quintero SF. Validación de instrumentos evaluativos del conocimiento sobre salud bucodental. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2021 Feb [citado 2024 Jun 05]; 43(1): 2808-2821. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000102808&lng=es
66. Herrera Masó JR, Calero Ricardo JL, González Rangel MÁ, Collazo Ramos MI, Travieso González Y. El método de consulta a expertos en tres niveles de validación. Revhabancienc méd [Internet]. 2022 Feb [citado 2024 Mar 29]; 21(1): e4711. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2022000100014&lng=es.
67. Torres Malca JR, Vera Ponce VJ, Zuzunaga Montoya FE, Talavera Jesús E, Cruz Vargas JADL. Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de sal en la población peruana. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2022 Abr [citado 2024 Jun 05]; 22(2): 273-279. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000200273&lng=es.

68. Frías Navarro, D. Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. Universidad de Valencia. España. [Internet].2022.[citado 2024 17-02]. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach>
69. Martínez Pérez JA, Pérez Martin P. Coeficiente de correlación intraclass, Medicina de Familia. SEMERGEN [Internet].2023, [citado 2023 1-02],49(3). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359322002817>.
70. Barrueta Gómez N, Peña Martínez S, Fernández Sánchez E. El estadígrafo Kendall y su aplicación. Un ejemplo práctico. Editorial A3Manos.La Habana, Cuba; [Internet].2022. [citado 2023 08-06],9(16). Disponible en: [http://portal.amelica.org/ameli/journal/784/7843889004/html/.](http://portal.amelica.org/ameli/journal/784/7843889004/html/)
71. Suárez González MC, Díaz Gómez SM, Vazquez Argote KR, Núñez Oduardo EA. Escala para documentos científicos de estandarización médica. Bionatura. [Internet]. 2024; [citado 2024 10- 09].9. (3): Disponible en: <http://revistabionatura.org/wp-content/uploads/2024/10/0-Bionatura-9324.pdf>
72. Herrera Jiménez AL, Solórzano Rodríguez M, Mena Camacho D,Núñez Chavarría J, Gamboa Montes de Oca R, Giralt Apestegui LD, et al. Protocolo de atención clínica en red de operatoria dental. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social; [Internet] 2020 [citado 02/10/2022]. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/3667/Protocolo%20Operatoria%20dental.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
73. Fuentealba FM, Brinck MS. Protocolo y guía de manejo para la derivación a la especialidad de trastornos temporomandibulares y dolor orofacial. Chile. Dirección Servicio de Salud Coquimbo. [Internet].2020[citado 2023 02-08]. Disponible en: <https://www.sscoquimbo.cl/gob-cl/reglas/files/2020/04-04/PROTOCOLO%20TTM%20%20y%20DOF%20%202020%20con%20adaptacion%20al%20del%20%20Minsal.pdf>.

74. Colectivo de autores. Protocolo de referencia y contra referencia para la especialidad de ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial. Chile. Dirección Servicio de Salud Coquimbo. [Internet].2020.[citado 2023 10-08]. Disponible en: https://www.sscoquimbo.cl/gob-cl/reglas/files/2022/04-08/PROTOCOLO_ORTODONCIA_2020.pdf.
75. Goyeneche Miranda, 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. [Internet]. 2015 [citado: 2024, julio] Disponible en <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/55481/1018420529.2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
76. Cátedra multidisciplinaria para el estudio de la oclusión dentaria Plácido Ardanza Zulueta. Protocolo de rehabilitación integral para pacientes desdentados parciales bruxópatas y dimensión vertical oclusiva disminuida. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey; 2014.
77. Herrera Mujica RR, Ríos Villasis LK, León Manco RA, Beltrán Silva JA. Concordancia entre la radiografía panorámica y tomografía computarizada de haz cónico en la relación de los terceros molares mandibulares con el conducto dentario inferior. Re. Estomatol. Herediana. [Internet].2020 Abr [citado 2024 Jul 28]; 30(2): 86-93. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552020000200086&lng=es
78. Martínez MP, Ismael G. Evaluación de la confiabilidad y validez de constructo de la Escala de Calidad de Vida en Salud SF-12 en población chilena. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 Nov [citado 2024 Jun 05]; 148(11): 1568-1576. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001101568&lng=es.
79. Sánchez Rosas J, Dyzenchauz M, Domínguez Lara S. Validez de contenido de la Escala de Autoeficacia Colectiva Docente. RevArg Cs Comp. [Internet]. 2021 Jun [citado 2024 Mar 20]; 13(1): 59-72. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-42062021000100059&lng=es.

80. Hidalgo Anias NM, Márquez Pérez JF. Validación de una escala de trastornos neuróticos. RevHumMed [Internet]. 2012 Abr [citado 2024 Jun 05]; 12(1): 9-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000100002&lng=es..
81. Marín González F, Pérez González J, Senior Naveda A, García Gulyany J. Validación del diseño de una red científico-tecnológica utilizando el coeficiente K para la selección de expertos. Información tecnológica [online]. 2021 [citado 2024 Jul 28], 32(2):79-88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014&lng=es.
82. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Gutiérrez Núñez M, Mayorga Camus M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. EducMedSuper [Internet]. 2014 Sep [citado 2024 Jun 05]; 28(3): 547-558. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014&lng=es.
83. Bonilla Algovia E, Ibáñez Carrasco M, Carrasco Carpio C. Validez de la Escala de Detección de Sexismo en Adolescentes (DSA) en Castilla-La Mancha, España. (2022) Psykhe (Santiago) [Internet], 31(2), 1-12 [citado 2024 Jun 05]. Disponible en: <https://ojs.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/28041>
84. Agudelo Hernández F, Vélez Botero H, Rojas Andrade R. Traducción y adaptación de la Escala de Continuidad de Servicios de Salud Mental de Alberta en un contexto latinoamericano. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2023 [citado 2024 Jun 05]; 61(3): 258-269. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272023000300258&lng=es.
85. Lorca LA, Ribeiro IL, Torres-Castro R, Sacomori C, Rivera C. Propiedades psicométricas de la escala Post-COVID-19 Functional Status para adultos sobrevivientes de COVID-19. Rehabilitación [Internet]. 2022 56(4), 337-343, Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-210846.>

86. Tenango Leyte C, Solís Martínez E. Diseño y validación de un instrumento de evaluación del compromiso docente en educación media superior. Ciencia Latina [Internet]. Agosto 2022 [citado 1 de febrero de 2024];6(4):1201-23. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2656>.
87. Ros Santana M. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las Alteraciones del complejo cóndilo-disco e inflamatorias de la Articulación Temporomandibular [tesis]. Granma: Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Estomatología “CELIA SÁNCHEZ MANDULEY”; [Internet]. 2015 [citado 12 Dic 2021]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=569>.
88. Morales Navarro D, Vila Morales D, Rodríguez Soto A. Evaluación de protocolos para la atención inicial del trauma maxilofacial grave. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2018 Jun [citado 2024 Jun 05]; 55(2): 1-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072018000200002&lng=es..
89. Rojas Herrera IA, Morales Navarro D, Rodríguez Soto A, Hernández Pedroso W. Evaluación docente de protocolos para la atención de las urgencias médicas durante la práctica estomatológica. EducMedSuper [Internet]. 2021 Jun [citado 2024 Jun 05]; 35(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412021000200010&lng=es..
90. Figueroa Ahumada E, Raby Olavarría I. Protocolo Clínico para Control de Prótesis Fija Total con Carga Inmediata. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2018 Sep [citado 2024 Jun 05]; 12(3): 296-303. Disponible en: http://www.scieno.cl/scieno.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2018000300296&lng=es
91. Cuenca Alvarado JE. Efecto del trauma oclusal sobre el periodonto (Bachelor'sthesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología). [Internet]. 2022.[citado 2023 08-09]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/63506/1/4215CUENCAjorge.pdf>.

92. Fuentes Casanova FA. Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo. Revisión de la literatura. Rev ADM [Internet]. Jul-Ago 2018 [citado 02 Ene 2023];75(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od184c.pdf>.
93. Alvarado Menacho S. Importancia de los índices simplificados en el diagnóstico y estudio de los Trastornos Temporomandibulares. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2019 Ene [citado 2024 Jul 25]; 29(1): 89-94. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000100010&lng=es
94. Díaz Gómez SM, Díaz Miralles M. Algoritmo de trabajo para el paciente con bruxismo. AMC [Internet]. 2017 Ago [citado 2024 Jun 05]; 21(4): 487-497. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400007&lng=es.
95. Ontano M, Mejía Velastegui AI, Avilés Arroyo ME. Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas: Artículo de revisión. Rev. Cien. Ecu. [Internet]. Octubre de 2021 [citado 6 de septiembre de 2023];3(3):9-16. Disponible en: <https://cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/27>.
96. Díaz Gómez SM, Hidalgo Hidalgo S, Gómez Meriño M, Nápoles González IJ, Tan Suárez N. Oclusión dentaria. Reflexiones más que conjeturas. AMC [Internet]. 2008 Abr [citado 2023 Mar 13]; 12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200015&lng=es
97. Delgado Izquierdo Y, González Olazábal MV, Pérez García LM, Barreto Ortega MÁ. Influencia de la guía incisiva en personas con trastornos temporomandibulares Área Norte de Sancti Spíritus. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 Abr [citado 2024 Jun 05]; 17(1): 14-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100002&lng=es.
98. Hernández-Reyes B, Díaz-Gómez SM, Lazo-Nodarse R, Puerto-Pérez TV, Reyes-Obediente FM Caracterización clínica-epidemiológica del

- bruxismo en pacientes adultos Arch méd Camagüey [Internet]. 2024 Abr [citado 24 Oct 2024]; 28. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9967>
99. Herrera López IB, Núñez Concepción YL. Bruxismo del sueño. Medimay [Internet]. 2018 [citado 5 Jun 2024];25(2). Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1239>
100. Hernández Reyes B, Díaz Gómez SM, Hidalgo Hidalgo S, Lazo Nodarse R. Bruxismo: panorámica actual. AMC [Internet]. 2017 Feb [citado 2024 Jun 05]; 21(1): 913-930. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000100015&lng=es.
101. Castillo Hernández R, San Román Santana D, Grau Abalo R. Cambios del sistema estomatognático con la edad. Medicentro [Internet]. 2010 [citado 12 Mar 2015];14(2): 9. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/111/140>
102. Frías Figueredo L, Nerey Arango D, Grau-León I, Cabo García R. Disfunción temporomandibular y parafunciones bucales en la adolescencia tardía. Medisur [Internet]. 2012 [citado 25 May 2023];10(3) Disponible en: <https://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article>
103. Cardentey García. J, González García Xiomara, Gil Figueroa Bertha Vivian, Piloto Gil Anisley Bárbara. Factores de riesgo asociados al bruxismo en adultos mayores de un área de salud. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2017 Oct [citado 2024 Jun 05]; 21(5): 54-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000500009&lng=es.
104. Arias Leyva D, Suárez González MC, Lora Martínez RY. Factores de riesgo de bruxismo en pacientes adultos. Didáctica y Educación. [Internet]. 2023[citado 2024 06-01]; 14(1). Disponible en: <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/1589>.
105. Ramírez Carballo M, Carbajal Bello L, Ros Santana M, Reyna Argote B, Feliu Camejo D. Factores de riesgo asociados a trastornos

- temporomandibulares. MULTIMED [Internet]. 2018; 22(4). Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/923>
106. Köstner Uribe S, Brunet Echavarría J, Tapia Vargas A. Trastornos de sueño asociados a bruxismo de sueño en niños entre 3 y 6 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Mayor de Santiago, Chile. AvOdontoestomatol [Internet]. 2019 [citado 2023 20-07]; 35(2): 83-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852019000200005&lng=es.
107. Muñoz López D, Bugueño Valdebenito IM, Romo Ormazábal F, Garrido-Urrutia C. Bruxismo Secundario al Consumo Recreacional de Éxtasis: Revisión de la Literatura. Int J Odontostomat [Internet]. 2015 [citado 2023 08-10]; 9(2): 213-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000200006&lng=es.
108. Mendiburu Zavala C, Naal Canto AA, Peñaloza Cuevas R. Probable bruxismo y calidad de vida relacionada con la salud oral. Odovtos-Int J Dent Sc [Internet]. 2022 [citado 2023 12-01]; 24(2):164-75. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odovtos/ijd-2022/ijd222p.pdf>
109. Phuong NTT, Ngoc VTN, Linh LM, Duc NM, Tra NT, Anh LQ. Bruxism, Related Factors and Oral Health-Related Quality of Life Among Vietnamese Medical Students. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [citado 2023 02-02]; 17(20):1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33053710/>.
110. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. J Oral Rehabil [Internet]. 2018 [citado 2023 02-02]; 45(11):837-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6287494/>.
111. Von Bischoffshausen PK, Wallem H A, Allendes A A, Díaz M R. Prevalencia de Bruxismo y Estrés en Estudiantes de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Int J Odontostomat [Internet]. 2019 [citado 2023 02-02]; 13(1):97-102. Disponible en:

- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2019000100097&lng=es.
112. Torres Cárdenas YJ, Chávez Reátegui BC, Manrique Chávez JE. Características clínicas periodontales de piezas con diagnóstico de trauma de oclusión secundario. RevEstomatol Herediana [Internet]. 2016[citado 2023 02-02]; 26(1):13-9. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/2816/2677>
113. Hernández Reyes B, Lazo Nodarse R, Bravo Cano O, Quiroz- Aliuja Y, Domenech La-Rosa L, Rodríguez-Ramos S. Trastornos temporomandibulares en el sistema estomatognático del paciente adulto mayor. AMC [Internet]. 2020 ago [citado 2024 abril 18]; 24(4): e7426. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000400003&lng=es [24 04-18].
114. Hernández-Reyes B, Lazo-Nodarse R, Díaz-Gómez SM, Hidalgo-Hidalgo S, Rodríguez-Ramos S, Bravo-Cano O. Bruxismo y manifestaciones clínicas en el sistema estomatognático. AMC [Internet]. 2019 [citado 2024 05-06]; 23(3):309-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000300309&lng=es.
115. Ortiz San Juan A, Rodríguez Nápoles N. Efectividad de la fisioterapia como tratamiento coadyuvante del bruxismo. Opuntia Brava [Internet]. 2022 [citado 2023 17-07]; 14(2): 224-36. Disponible en: <https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1579>.
116. Hernández-Reyes B, Lazo-Nodarse R, Marin-Fontela GM, Torres-López D. Caracterización clínica y severidad de los trastornos temporomandibulares en pacientes adultos. AMC [Internet]. 2020 Abr [citado 2024 Jul 31]; 24(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000200006&lng=es.
117. Virtudes Pérez JM. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitarios y socio-sanitarios. Capítulo 6 Grupos de discusión y grupos focales. ed lit. 2021, ISBN 978-84-9044-423-8, pp.: 103- 111. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10578/285531>

118. Suárez-González M, Díaz-Gómez S, Núñez-Oduardo E, Gutiérrez-Olives Y, Fontaine-Machado O. Aspectos clínico-epidemiológicos de adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional. MEDISAN [Internet]. 2024 [citado 25 Jul 2024]; 28 (2) Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4656>.
119. Manzano Peñaloza G. Análisis, diseño e implantación de algoritmos. Material de estudio México: Universidad Nacional Autónoma de México; [internet] 2012 [citado 25 ene. 2023]. Disponible en: http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20181/informatica/1/LI_1164_06097_A_Analisis_Diseno_Implantacion_Algoritmos_Plan2016.pdf.
120. Fleites Did TY, Martínez Fiallo E, Gispert Abreu EdlÁ, Blanco Barbeito N, de la Mella Quintero SF. Algoritmo de atención estomatológica integral e intersectorial a niños de grado preescolar. Medicentro Electrónica [Internet]. 2021 [citado 2024 25-06]; 25(1):50-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000100050&lng=es.
121. Arias-Capote J, Hidalgo-Mesa C, Hidalgo-Cepero H. Utilidad de las guías, protocolos y algoritmos en la práctica clínica. Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2020 [citado 2024 05-06]; 58(1). Disponible en: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/980>.
122. Legrá Matos SM, Milanés Pérez O, Comas Mirabent R, López Bancourt AC, Carreras Martorell CL. Antecedentes y perspectivas de la Estomatología en Cuba. MEDISAN [Internet]. 2006;10. [citado 2023 08-08]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445011005>
123. Gispert-Abreu EA. "Abordaje de la salud bucal en Cuba." Odontología sanmarquina [revista en internet]. 2020 [citado el 15 de enero de 2023]; 23(2). Disponible en: <https://doi.org/10.15381/os.v23i2.17765>
124. González Cárdenas LT, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Pérez Díaz TC, Guerrero Chacón SE, Pérez Charbonier C. El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Pública. [Internet]. 2018 [citado 2023 09-08]; 42: e31. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.31>

125. Díaz-Miralles M. Perspectiva de desarrollo profesional en Cuba desde la Cátedra Multidisciplinaria de Oclusión. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2021 [citado 2024 05-06]; 25(4). Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7619>.
126. Lovera Montilla LA, Fernández Gallardo MA, Domínguez Sandoval G, Rodríguez S, Sola A. La interdisciplinariedad en el cuidado neonatal en Latinoamérica: experiencia de una sociedad científica. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2021 [citado 2024 05-06]; 93(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312021000400020&lng=es
127. Díaz Gómez SM, Reyes Hernández B. Valor para la medicina cubana del registro muscular clínico en paciente con trastornos temporomandibulares y enfermedades reumáticas. RevHumMed [Internet]. 2023 [citado 2023 13-03]; 23(1): 7-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202023000100007&lng=es.
128. Herrera Cartaya CE, Betancourt Cervantes JR, Lage Dávila A, Berrio, Águila Jorge E, Hidalgo Mesa C, Barreto Fiu EE. Algorithms for risk stratification in patients with COVID-19. Acta méd centro [Internet]. 2021 Dic [citado 2024 Jul 31]; 15(4): 474-487. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272021000400474&lng=es
129. Díaz Muñoz G. Metodología del estudio piloto. Rev chil radiol. [Internet] 2020; [citado 2024 Jul 31]; 26(3):100-144. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082020000300100&lng=es.
130. Barajas Galindo DE, Vidal Casariego A, Sierra Vega M, Pintor de la Maza B, Fernández Martínez P, Cano Rodríguez I, et al. Evaluación de la aplicación en práctica clínica de un protocolo de manejo de la hiperglucemia secundaria aglucocorticoides en pacientes no diabéticos. Rev Argent EndocrinolMetab. 2020;57(1):21-30. Disponible en:<http://www.scielo.org.ar/pdf/raem/v57n1/v57n1a03.pdf>
131. Morales Navarro D, Vila Morales D, Rodríguez Soto A. Evaluación de guías de práctica clínica de atención al politraumatizado maxilofacial y

- trauma maxilofacial grave. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 Mar [citado 2024 Jul 31]; 54(1): 48-59. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100005&lng=es.
132. Zurbano Cobas A, Garit Alex Suárez, Castillo Bermúdez G, Herrera Gómez M, Portal García Y, Berrio Monsón A. Instrumento para evaluar indicadores de proceso en los servicios de prótesis. Medicentro Electrónica [Internet]. 2020 Sep [citado 2024 Jun 05]; 24(3): 505-530. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300505&lng=es
133. Ramos H. La utilidad de las Guías de Práctica Clínica depende de su calidad: El instrumento AGREE II para la evaluación de Guías y el sistema GRADE para calificar la evidencia y la fortaleza de las recomendaciones. Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 2021;49(1):28-35.
134. Sosa Rosales MC, González Ramos RM, Gil Ojeda E. Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Estomatológica y la Satisfacción de la Población y los prestadores La Habana: Ministerio de Salud Pública; [Internet]. 2017[citado 15 marzo 2024]. Disponible en:
<https://files.sld.cu/sida/files/2012/01/prog-calidadatencion-estomatol.pdf>
135. Sánchez Jacas I, Bonne Galí T, Pérez Ferrer C, Botín Díaz M. Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2002 Jun [citado 2024 Ago 26]; 28(1): 38-45. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100004&lng=es.
136. Valdés Fernández M. Satisfacción con la introducción del nuevo procedimiento de evaluación de riesgo biológico en laboratorios clínicos. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2022 [citado 3 May 2024]; 26 Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view>.
137. Rojas Herrera IA. Protocolo de actuación ante urgencias y emergencias médicas durante la atención estomatológica. La Habana, Cuba. [Tesis Doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

- Facultad de Estomatología de La Habana; 2021 [citado 21 febrero 2024]. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=258>
138. Sánchez Ancha Y, González Mesa FJ, Molina Mérida O, Guil García M. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Las casas [Internet]. 2011 [citado 2024 20-02]; 7. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>.
139. Zacarías Ortez E. La entrevista en profundidad en los procesos de investigación social. La Universidad [Internet]. 2016 [citado 2020 20-12]. Disponible en: <http://revistas.ues.edu.sv/index.php/launiversidad/article/view/125/>.
140. Candia B R, Caiozzi A G. Intervalos de Confianza. Rev méd Chile [Internet]. 2005 [citado 2024 26-08]; 133(9): [1111-5 pp.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000900017&lng=es
141. Silva Vega C, Mursuli Sosa MZ, Llano Gil EA, Manso Fernández E. Evaluación de la calidad del Servicio de Estomatología General Integral. Policlínico Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus. Gac méd espirit [Internet]. 2022 [citado 2024 05-06]; 24(2). Disponible en: <https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2408>.
142. Armijos JC. Diseño e implementación de un modelo de indicadores de gestión para evaluar el desempeño de Hospitales Públicos. Universidad de Chile [Internet]. 2017 [citado 2020 20-12]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/149734>.
143. Guerrero Morales L, Proenza Ventura RW, Hernández González A. Iadov Neutrosofico para medir la satisfacción de los docentes con la aplicación del Solver de excel en la programación lineal. NCML [Internet]. 2019 [citado 2024 20-03]; 5: [1-12 pp.]. Disponible en: <http://fs.unm.edu/NCML/IadovNeutrosoficoParaMedir.pdf164>.
144. Arias Verdecia LA, Valdés Pérez L, Benítez Méndez OG, Valdés Corsos M. Índice de satisfacción por la estrategia didáctica para la utilización de recursos educativos abiertos en la disciplina Historia de Cuba a través de la técnica Iadov. IV Conferencia Científica Internacional UCIENCIA [Internet]; 2021 Universidad de las Ciencias Informáticas. 2021 [citado 2024 20-03]. Disponible en:

[https://repositorio.uci.cu/bitstream/123456789/9789/1/UCIENCIA_2021](https://repositorio.uci.cu/bitstream/123456789/9789/1/UCIENCIA_2021_paper_148.pdf)
[paper_148.pdf.](https://repositorio.uci.cu/bitstream/123456789/9789/1/UCIENCIA_2021_paper_148.pdf)

ANEXOS

ANEXOS

CAPITULO I. Referentes teóricos sistematizados y evaluación de los protocolos precedentes

Anexo I.1 Características clínicas de pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional



I.1.1 Adaquia del grupo dentario anterior



I.1.2 Oclusión traumática secundaria



I.1.3 Interferencias en el desplazamiento lateral de la mandíbula



I.1.4 Mordida invertida anterior simple



I.1.5 Diente en infraclusión



I.1.6 Mutilación de la guía anterior por desdentamiento



I.1.7 Desgaste o abrasión de las coronas dentarias

Anexo I.2 Consentimiento de participación a posibles expertos

Estimados profesores, los invito a participar como posibles miembros del Comité de Expertos en la elaboración de un instrumento y una escala para evaluar contenido de los protocolos de atención clínica.

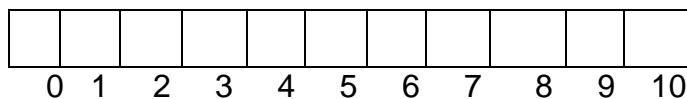
Esta actividad forma parte del trabajo para la culminación de la Tesis para optar por el grado científico de Doctora en Ciencias Médicas. Su disposición a colaborar será de mucha ayuda y por adelantado, les expreso mi agradecimiento y mi más alta consideración por su cooperación. De estar usted en disposición a participar en el estudio, como posible experto del Comité de Consenso, envíeme su consentimiento al correo electrónico:

mcsuarez@ltu.sldld.cu

Anexo I.3. Cuestionario para el Proceso de Selección de Expertos

Luego de su consentimiento a participar en la investigación, usted ha sido considerado uno de los posibles expertos a integrar el Comité de Expertos en la elaboración de un instrumento y una escala para evaluar contenido de los protocolos de atención clínica. Esperamos que responda los aspectos que le enviamos, con la solicitud de que lo regrese con la mayor brevedad posible. Confiamos de antemano en su colaboración y esperamos su inestimable contribución.

- Marque en la casilla enumerada, según su criterio acerca de la capacidad que tiene sobre el tema, en una escala del 0 al 10. La evaluación "0" indica que no tiene ningún conocimiento de la problemática, mientras que la evaluación "10" significa que tiene pleno conocimiento del tema.



2. Evalúe la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en los criterios valorativos aportados por usted, marcándolos con una X en el siguiente cuadro.

FUENTES DE ARGUMENTACIÓN	Grado de Influencia de cada una de las fuentes en sus criterios.		
	A (alto)	M (medio)	B (bajo)
Análisis teóricos realizados por usted			
Su experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su propio conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

Anexo I.4. Tabla patrón para calcular coeficiente de argumentación

Fuentes de argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados	0,3	0,2	0,1
Experiencia obtenida	0,5	0,4	0,3
Trabajos de autores nacionales conocidos	0,05	0,05	0,05
Trabajos de autores Internacionales conocidos	0,05	0,05	0,05
Conocimientos sobre el estado del tema	0,05	0,05	0,05
Intuición	0,05	0,05	0,05
	1	0,8	0,6

Anexo I.5 Escala integral de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas. (ECDOCE)

ITEMS		Evaluación *
1	Representatividad del problema de salud (según objetivo propuesto)	
2	Información teórico práctica desde la evidencia científica	
3	Conformación de un documento científico desde la integración de saberes	
4	Exposición de argumentos conciliadores pertinentes a la selección de los mejores procederes	
5	Establecimientos de acciones clínicas con espacio para las individualidades	
6	Inclusión de soluciones tangibles en el contexto histórico en que se implementan	
7	Estructura y orden en las acciones o procederes médicos	
8	Propuestas de alternativas específicas y cambios de procederes ante problemas identificados como limitaciones probables	
9	Inclusión de elementos sustantivos propios de la educación, prevención, diagnóstico y tratamiento del problema de salud identificado	
10	Presentación y estratificación del método clínico	
11	Empleo de tecnología y enfoque terapéutico desde el desarrollo científico- técnico	
12	Proyección terapéutica en correspondencia con la etiología del fenómeno	
13	Representación de técnicas y procedimientos clínicos con esquemas y/o algoritmos de trabajo	
14	Distinción con precisión de las recomendaciones necesarias	
15	Estipulación de los resultados relevantes de la discusión colectiva por etapas	
	Total de puntos	

*: 1- Ausente; 2- Presente

Nota: si considera que a la propuesta anterior se le debe agregar o eliminar otro(s) criterio(s), señale los mismos:

Otras sugerencias:

Escala:

Evaluación cualitativa	Puntaje
No recomendado	< 19
Parcialmente recomendado	19-22
Recomendado	23-26
Muy recomendado	27-30

Anexo I.6. Validación del instrumento por expertos para evaluar protocolos clínicos desde su contenido.

Luego de su consentimiento a participar en la investigación, usted ha sido estimado para integrar el Comité de Expertos que validara el instrumento y su escala para evaluar contenido de los protocolos de atención clínica. A continuación, se presentan los ítems previstos, los cuales se evaluarán en una escala del 1 al 5 de acuerdo a su consideración y experiencia clínica, para definir su inclusión en el instrumento y su forma de evaluación. Pueden expresar sus consideraciones individuales al respecto. Confiamos en su colaboración y esperamos su valiosa contribución.

Variables	Evaluación				
	Muy de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
1 Representatividad del problema de salud.					
2 Información teórico práctica desde la evidencia científica					
3 Conformación de un documento científico desde la integración de saberes					
4 Exposición de argumentos conciliadores pertinentes a la selección de los mejores procederes					
5 Establecimientos de acciones clínicas con espacio para las individualidades					
6 Inclusión de soluciones tangibles en el contexto histórico					

	en que se implementan				
7	Estructura y orden en las acciones o procederes médicos				
8	Propuestas de alternativas específicas y cambios de procederes ante problemas identificados como limitaciones probables				
9	Inclusión de elementos sustantivos propios de la educación, prevención, diagnóstico y tratamiento del problema de salud identificado.				
10	Presentación y estratificación del método clínico				
11	Empleo de tecnología y enfoque terapéutico desde el desarrollo científico- técnico				
12	Proyección terapéutica en correspondencia con la etiología del fenómeno				
13	Representación de técnicas y procedimientos clínicos con esquemas y/o algoritmos de trabajo				
14	Distinción con precisión de las recomendaciones necesarias				
15	Estipulación de los resultados relevantes de la discusión colectiva por etapas				

16	Escala de evaluación del instrumento					
Total de puntos						

Nota: Si considera que a la propuesta anterior se le debe agregar o eliminar otro (s) criterio (s), señale los mismos:

Otras sugerencias:

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo I.7. Coeficiente de correlación intraclass para el instrumento

		95% de intervalo			Prueba F con valor verdadero ,7		
	Correlación	Límite	Límite		gl1	gl2	Sig
	intraclass ^b	inferior	superior	Valor			
Medidas únicas	,387 ^a	0,227	0,629	0,290	14	196	0,995
Medidas promedio	0,904	0,815	0,962	3,135	14	196	0,000
							o

Modelo de efectos aleatorio de dos factores donde tanto los efectos de personas como los efectos de medidas son aleatorios.

- El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C que utilizan una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

1. Evaluador único (Medidas únicas): solo nos interesa utilizar las calificaciones de un solo evaluador como base para la medición.

2. Media de los evaluadores (Medidas promedio): nos interesa utilizar la media de las calificaciones de todos los jueces como base para la medición.

A continuación, se explica cómo interpretar el valor de un coeficiente de correlación intraclass, según Koo& Li:

- Menos de 0,50: poca fiabilidad
- Entre 0,5 y 0,75: fiabilidad moderada
- Mayor 0,75 y 0,9: buena fiabilidad
- Mayor que 0,9: excelente fiabilidad

Anexo 1.8. Coeficiente de correlación intraclass para la escala de evaluación

Correlación intraclass ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0,7				
	Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig	
	,366a	0,210	0,609	0,268	14	196	0,996
Medidas únicas							
Medidas promedio	0,896	0,800	0,959	2,894	14	196	0,001

Modelo de efectos aleatorio de dos factores donde tanto los efectos de personas como los efectos de medidas son aleatorios.

- El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C que utilizan una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

1. **Evaluador único** (Medidas únicas): solo nos interesa utilizar las calificaciones de un solo evaluador como base para la medición.

2. **Media de los evaluadores** (Medidas promedio): nos interesa utilizar la media de las calificaciones de todos los jueces como base para la medición.

A continuación, se explica cómo interpretar el valor de un coeficiente de correlación intraclass, según Koo& Li:

- Menos de 0,50: poca fiabilidad
- Entre 0,5 y 0,75: fiabilidad moderada
- Mayor que 0,75 y 0,9: buena fiabilidad
- Mayor que 0,9: excelente fiabilidad

CAPITULO II. Pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional

Anexo II .1 CUESTIONARIO FONSECA

Edad: _____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____

El cuestionario está compuesto por diez preguntas para las cuales son posibles las respuestas: "sí"(10 puntos), "a veces" (5 puntos) y "no" (0 puntos).

Para cada pregunta, usted debe señalar solamente una respuesta.

1. ¿Es difícil para usted abrir su boca?

Si____ No____ A veces____

2. ¿Te dificulta mover la mandíbula hacia los lados?

Si____ No____ A veces____

3. ¿Siente cansancio o dolor cuando masticas

Si____ No____ A veces____

4. ¿Tienes dolores de cabeza frecuentes?

Si____ No____ A veces____

5. ¿Tienes dolor en la nuca o cuello?

Si____ No____ A veces____

6. ¿Tienes dolores de oído seguido?

Si____ No____ A veces____

7. ¿Siente ruido en la mandíbula cuando masticas o cuando abres la boca?

Si____ No____ A veces____

8. ¿Sientes que aprietas o rechinias (frotas) los dientes?

Si____ No____ A veces____

9. ¿Sientes que al cerrar tu boca tus dientes encajan mal?

Si____ No____ A veces____

10. ¿Te consideras una persona nerviosa?

Si____ No____ A veces____

	No.	Puntaje
A veces		
Si		
No		
Total		

Leyenda:

0-20 puntos: No presenta

20 a 40 puntos: Leve

45 a 65 puntos Moderado

70 a 100 puntos: Grave

DIAGNÓSTICO:

Anexo II.2

Ficha Clínica de recolección de datos para caracterizar a pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional

Fecha de recolección de datos: ___/___/___

No. HC: _____

1. Nombre y apellidos del paciente: _____

2. Edad: ___ años Sexo: M ___ F ___

3. Diagnóstico Clínico motivo de remisión:

Bruxismo____ Oclusión traumática____ Trastorno temporomandibular____

4. Clasificación de bruxismo según elementos clasificatorios:

- Segundo concepción circadiana: Diurno____ Nocturno____ Ambos ____
- Segundo concepción etiopatogénica: Primario ____ Secundario ____
- Segundo concepción diagnóstica: Probable ____ Posible ____

Definitivo_____

- Segundo concepción clínica y anamnésica: Leve ____ Moderado ____
- Severo_____

5. Clasificación de la oclusión traumática.

- Primaria_____
- Secundaria _____

6. Funcionabilidad del sistema estomatognático.

- Funcional ____
- Disfuncional _____

7. Manifestaciones clínicas dentarias en el sistema estomatognático:

Facetas de desgaste ____ Fractura de dientes____ Fractura de dientes a repetición____

Obturaciones y restauraciones protésicas desplazadas____ Hiperestesia dentinal____

Movilidad dentaria____ Interferencias____ Sobrecargas____

Desdentamiento_____

Responsable de la recolección de la información:

Dra. Mayelín de la Caridad Suárez González

Anexo II.3

Tablas

Tabla II.1 Pacientes con guía anterior de la oclusión disfuncional, según sexo y edad

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	No	%
18 – 28	42	6,83	32	5,20	74	12,03
29 – 39	38	6,18	33	5,37	71	11,54
40 – 49	112	18,21	94	15,28	206	33,50
50 – 59	94	15,28	76	12,36	170	27,64
60 o más	51	8,29	43	6,99	94	15,28
Total	337	54,80	278	45,20	615	100

Fuente: Historia Clínica

Tabla II.2 Pacientes examinados con guía anterior de la oclusión disfuncional según diagnóstico clínico y edad.

Grupo de edades	Diagnóstico clínico						Total	
	Bruxismo		Oclusión traumática		Trastornos temporomand.			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	No	%
18 – 28	23	3,74	27	4,39	24	3,90	74	12,03
29 – 39	47	7,64	9	1,46	15	2,44	71	11,54
40 – 49	111	18,05	19	3,09	76	12,36	206	33,50
50 – 59	49	7,97	46	7,48	75	12,19	170	27,64
60 o más	28	4,55	41	6,67	25	4,06	94	15,28
Total	258	41,95	142	23,09	215	34,96	615	100

Fuente: Historia Clínica

Tabla II. 3 Pacientes examinados con guía anterior de la oclusión disfuncional de acuerdo a elementos clasificatorios generales para el bruxismo.

Tipos de bruxismo	Pacientes	
	Nº	%
Concepción circadiana		
Bruxismo de vigilia	89	34,50
Bruxismo del sueño	101	39,15
Ambas manifestaciones	68	26,36
Concepción etiopatogenia		
Primario	126	48,84
Secundario	132	51,16
Concepción diagnóstica		
Possible	102	39,54
Probable	154	59,69
Definitivo	2	0,77
Concepción clínica y anamnésica		
Leve	45	17,44
Moderado	179	69,38
Severo	34	13,18

Fuente: Historia Clínica N= 258

Tabla II.4 Pacientes examinados con guía anterior de la oclusión disfuncional de acuerdo a elementos clasificatorios generales para la oclusión traumática.

Oclusión Traumática	Pacientes	
	Nº	%
Primaria	59	41,55
Secundaria	83	58,45

Fuente: Historia Clínica N= 142

Tabla II.5 Funcionabilidad del sistema estomatognártico.

Sistema estomatognártico	Pacientes	
	Nº	%
Funcional	96	15.61
Disfuncional	519	84.39

Fuente: Historia Clínica

N= 615

Tabla II.6 Manifestaciones clínicas dentarias en el sistema estomatognártico.

Manifestaciones clínicas dentarias	Fa*	%
Facetas de degaste	538	87.48
Fractura de dientes	410	66.67
Fractura de dientes a repetición	258	41.95
Obturaciones y restauraciones protésicas desplazadas	400	65.04
Hiperestesia dentinaria	371	60.32
Movilidad dentaria	75	12.19
Interferencias	478	77.72
Sobrecargas	270	43.90
Desdentamiento	383	62.28

Fa*. Frecuencia absoluta

Fuente: Historia Clínica

N= 615

Anexo II .4

Convenio de trabajo para el servicio de Prótesis Estomatológica de la Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”

Las Tunas, 25 de septiembre del 2021

A: Dra. Elisa Amparo Núñez Oduardo

Directora de la Clínica Estomatológica “3 de octubre”

Doctora, como parte del Programa de Formación Doctoral que se desarrolla en nuestra provincia en coordinación con la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, como unidad rectora de este programa, la Dra. Mayelín de la Caridad Suárez González, Especialista de II grado en Prótesis Estomatológica y trabajadora del departamento de Prótesis de la Clínica Estomatológica “3 de octubre” estará desarrollando la investigación: **Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía de la oclusión dentaria disfuncional**, por lo cual se necesita instaurar la Consulta interdisciplinaria para la atención al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional , la cual se realizará los terceros martes de cada mes, la misma pudiera funcionar en la consulta de Cirugía Máxilo Facial de esta institución y participaran los especialistas de Prótesis Estomatológicas, Ortodoncia, Periodoncia y Cirugía Máxilo Facial. El horario de inicio de la consulta será a las 8: 00 a.m.

Para el funcionamiento de la consulta se requiere de la autorización para inscribir en admisión y archivo a los pacientes fuera del área de salud de esta unidad asistencial que serán admitidos en dicha consulta. Se adjuntan los aspectos a tener en cuenta para la inscripción y manejo de los pacientes en la Consulta interdisciplinaria para la atención al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Sin otro asunto, se agradece su atención,

Dra. Mayelín de la Caridad Suárez González

Jefa del proyecto de investigación

Anexo II .5

Convenio Investigador - Dirección Clínica Estomatológica “3 de octubre”

Como parte del Programa de Formación Doctoral que se desarrolla en nuestra provincia en coordinación con la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, como unidad rectora de este programa.

De una parte: Dra. Mayelín de la Caridad Suárez González, Especialista de II grado en Prótesis Estomatológica. Jefa del Proyecto de Investigación

De otra parte: **Dra. Elisa Amparo Núñez Oduardo**, Especialista de II grado en Estomatología General Integral. Directora de la Clínica Estomatológica “3 de Octubre”

Ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen, acuerdan:

Investigador:

- Desarrollar la investigación: Protocolo de atención para el paciente adulto con la guía de la oclusión dentaria disfuncional,
- Desarrollar la Consulta interdisciplinaria de atención al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, así como su algoritmo para su funcionamiento

Director:

- Garantizar el funcionamiento de la **Consulta interdisciplinaria de atención al paciente con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional**, la cual se realizará los terceros martes de cada mes, en la consulta de Cirugía Máxilo Facial de esta institución y participaran los especialistas de Prótesis Estomatológicas, Ortodoncia, Periodoncia y Cirugía Máxilo Facial. El horario de inicio de la consulta será a las 8: 00 a.m.
- Autorizar la inscripción en admisión y archivo de los pacientes fuera del área de salud de esta unidad asistencial que serán admitidos en dicha consulta. Para que así conste firmamos la presente a los _____ días del mes de _____ del año_____.

Firma de la investigadora

Firma de la Directora

CAPITULO III Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional

Anexo III.1. Caracterización de los profesionales integrantes del grupo nominal para la confección del Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional

Profesionales	Especialidad	Años de experiencia profesional	Miembros del equipo interdisciplinario en la provincia	Categoría docente	Categoría investigador
P-1	Segundo grado en prótesis estomatológica	40	X*	Titular	Auxiliar
P-2	Segundo grado en prótesis estomatológica	32	X*	Titular	Auxiliar
P-3	Segundo grado en prótesis estomatológica	22	X	Auxiliar	Agregado
P-4	Segundo grado en Estomatología General Integral	40	X	Auxiliar	Agregado
P-5	Segundo grado en Periodoncia	35	X	Auxiliar	Agregado
P-6	Segundo grado en Ortodoncia	18	X	Titular	Agregado

*Miembros del equipo multidisciplinario en la provincia Camagüey.

Anexolll.2 Solicitud de expertos

Profesionales por su experiencia en temas de oclusión dentaria se desea su cooperación para desarrollar un “Protocolo de procederes clínicos para la atención del paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional”.

Usted ha sido seleccionado como posible experto para ser consultado respecto aspectos importantes que se quieren incluir en el documento. Las preguntas que se realizarán no tienen fin evaluativo y sus respuestas serán de carácter anónimo. Muchas gracias

Datos profesionales del profesor

Institución a la que pertenece.

Calificación profesional, grado científico o académico (especificar).

1- Doctor en Ciencias. Sí_____ No_____

2- Máster. Sí_____ No_____

3- Especialista de Segundo Grado. Sí_____ No_____

4- Categoría docente. Sí_____ No_____

5- Categoría Investigador. Sí_____ No_____

6- Años de experiencia profesional. Sí_____ No_____

7- Jefe de proyecto investigativo. Sí_____ No_____

8- Experiencia de trabajo como miembro de equipos interdisciplinarios e interdisciplinarios. Sí_____ No_____

Necesitamos, que usted defina su competencia en este tema, a los efectos de reforzar la validez del resultado de la consulta que realizaremos. Por esta razón le solicitamos que marque con una cruz (X), en la tabla siguiente, el valor que se corresponde con el grado de conocimientos que usted posee sobre el tema. Considere que la escala que le presentamos a continuación es ascendente desde uno hasta 10.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Realice una autovaloración del grado de influencia que cada una de las fuentes que le presentamos a continuación ha tenido en sus conocimientos y criterios sobre el tema. Para ello marque con una cruz (X), según corresponda, en A (alto), M (medio) o B (bajo).

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes		
	A (alto)	M (medio)	B (bajo)
Análisis teóricos realizados por usted			
Experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Conocimientos propios sobre el tema investigación			

Anexo III.3. Tabla patrón para calcular coeficiente de argumentación

Fuentes de argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados	0,3	0,2	0,1
Experiencia obtenida	0,5	0,4	0,3
Trabajos de autores nacionales conocidos	0,05	0,05	0,05
Trabajos de autores Internacionales conocidos	0,05	0,05	0,05
Conocimientos sobre el estado del tema	0,05	0,05	0,05
Intuición	0,05	0,05	0,05
	1	0,8	0,6

Anexo III.4 Consentimiento informado

Objetivo: Obtener el consentimiento informado de los pacientes para participar en la investigación.

Estimado paciente:

En la Clínica Estomatológica “3 de Octubre” Las Tunas se desarrolla una investigación con el objetivo de diseñar un “Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional”. Se le proporcionará información y se le invitará a ser parte de ella. Este proceso se conoce como Consentimiento Informado por lo que podrá preguntar cualquier duda al respecto. Una vez que haya comprendido la Investigación y si usted desea participar, entonces se le solicitará que firme este documento.

Acta de Consentimiento Informado

A través de la presente, declaro y manifiesto, libre y espontáneamente y en consecuencia acepto que:

1. He leído y comprendido la información anteriormente entregada y que mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.
2. He sido informado /a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido.
3. Tengo conocimiento del procedimiento a realizar.
4. Conozco los beneficios de participar en la Investigación
5. El procedimiento no tiene riesgo alguno para mi salud.
6. Autorizo a usar mi caso para investigación protegiendo mi identidad

Doy mi consentimiento al investigador y al resto de colaboradores, a realizar el procedimiento diagnóstico pertinente.

Nombre del paciente:

Firma:

Fecha:

Sección a llenar por el Investigador principal:

Se ha explicado al paciente: _____ la naturaleza de la investigación, y los riesgos y beneficios que implica su participación. Se ha contestado a las preguntas y preguntado si tiene alguna duda, acepto que conozco la normativa vigente proporcionada por el Comité Ético de la Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”, para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Nombre del Investigador Principal:

Firma:

Fecha:

Anexo III.5. Entrenamiento para el estudio piloto.

Título Protocolo para la atención clínica del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Coordinador: Dra. Mayelín de la Caridad Suárez González.

Objetivo: Capacitar a los especialistas y residentes que trabajaran en la prueba piloto para la validación en la práctica del “Protocolo para la atención clínica del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional”.

Duración: 4 horas

Contenidos:

Exposición de los aspectos más relevantes del protocolo:

- Dominio de la oclusión dentaria. Tipos de oclusión dentaria. Parafunciones y parasomnias. Guía anterior de la oclusión dentaria, enfoque clínico de vasta dimensión, Funciones e importancia de la guía anterior. Guía anterior de la oclusión dentaria funcional y disfuncional, Factores coligados de la guía anterior de la oclusión dentaria.

- Algoritmos de actuación y flujograma, principales actividades clínicas a realizar según protocolo.
- Indicadores a evaluar de estructura, procesos y resultados a prestadores y usuarios.

Método: expositivo oral y construcción colectiva

Medios: textos, modelos, power point

Justificación: la justificación del estudio surge desde la ciencia y la tecnología como procesos sociales, construcciones sociales, cuyo desarrollo no se explica únicamente por los valores de verdad, eficacia y eficiencia. En la medida en que la ciencia y la tecnología se convierten en fuentes extraordinarias de poder, la aproximación teórica a los nexos que se presentan en relación a la guía anterior de la oclusión dentaria y las disfunciones inherentes a esta se consolida como necesidad latente en la investigación interdisciplinaria.

Hay premura inminente de destinar una mirada conjunta a los daños que se provocan, en oportunidades irreparables, para el paciente como ente biopsicosocial y por consiguiente la repercusión que ello trae no solo para el individuo; sino también para la sociedad donde interactúa. Unido a que las nuevas tendencias en los tratamientos estomatológicos buscan dar solución a

la mayor parte de las afecciones que aquejan a los pacientes que acuden a los servicios estomatológicos.

Devolver a las personas el estado de salud fisiológico es un reto y requiere del clínico no solo su agudeza en el diagnóstico, maestría en una amplia variedad de modalidades y tratamientos, sino también de un vínculo interdisciplinario e interdisciplinario permanente, una gran sistematicidad en la labor educativa del paciente antes, durante y después del tratamiento con la integración de este al equipo de trabajo. El trabajo conjunto entre varias especialidades posibilita la solución de problemas estomatológicos y lleva al bienestar del paciente.

Existe en Cuba una estructura asistencial concebida para encausar al paciente con alteraciones de la oclusión dentaria en los diferentes niveles de salud donde se realizarán acciones de promoción, prevención y tratamiento. Aunque los documentos rectores se consideran desactualizados, se carece de normativas inclusivas para las acciones estomatológicas implícitas y las particularidades multidisciplinarias que se precisan.

Se hace necesario el perfeccionamiento de un cuerpo teórico, con la unificación de criterios aplicables de una manera homogénea en todos los servicios de atención estomatológica, ajustada al contexto cubano y que ofrezca a los pacientes la garantía de recibir una atención médica especializada con calidad, que permita disminuir los riesgos de errores en la toma de decisiones

Breve descripción:

Después de las requeridas presentaciones, se comienza el taller preguntando a los participantes consideraciones sobre la rehabilitación de la oclusión y los aspectos a tener en cuenta para ello. Posteriormente se explica el contenido del protocolo, seguidamente los indicadores y la manera de recolectar los datos. Se hace entrega a los estudiantes de:

- Modelo de datos de especificaciones adicionales a la historia clínica, instructivo para el llenado del mismo, algoritmos de actuación, modelo de recolección de datos.

Se explica que la evaluación se realizaría a través de la participación en el taller y la calidad del llenado del modelo de recolección de datos.

Bibliografía:

1. Apodaca Lugo A. Fundamentos de oclusión. México: Instituto Politécnico Nacional. Capítulos 1,3 y 6 [Internet]. 2004 [citado 2022 04-11]. Disponible en:
https://www.academia.edu/22961658/Fundamentos_de_Oclusi%C3%B3n_Anselmo_Lugo_by_Bros
2. Vedia Michel SA. Restablecimiento de la oclusión dental con resinas compuestas. OrbTer [Internet]. 30 de junio de 2022 [citado 27 de mayo de 2024];6(11):125-39. Disponible en:
<https://www.biblioteca.upal.edu.bo/htdocs/ojs/index.php/orbis/article/view/117>
3. Díaz Gómez SM, Díaz Miralles M, González Guerrero E, Marín Fontela GM, Díaz Acosta IC. Instrumento clasificador para el examen de la guía anterior de la oclusión. AMC [Internet]. 2016 Dic [citado 2022 Nov 30]; 20(6): 597-608. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000600003&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000600003&lng=es)
4. Castañeda Sánchez AP. Hábitos orales no fisiológicos y su incidencia en las alteraciones de la oclusión dentaria. (Bachelor'sthesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología). [Internet]. 2022 Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/60688/1/4007CASTANEDApula>.
5. Okeson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. [Internet]. 8 ed. España: Elsevier; 2019 [citado 12/01/2023]. Disponible desde: <https://www.edicionesjournal.com/catalogo/catalogo.pdf..>
6. Companioni Landín F, Bachá Rigal Y. Anatomía aplicada a la estomatología. Editorial Ciencias Médicas. 2012. (Libro impreso)
7. Osorio Ayala L, Paredes Tenesaca D, Parra Calle M, Pesández Ibarra M, Yunca Picón M, Barzallo Sardi V. Importancia de la guía anterior en el tratamiento de ortodoncia: Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet]. 2020.[citado 11/06/2022]. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-61/>

8. Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guía Prácticas Clínicas de la oclusión. En: Sosa Rosales M de la C, editor. Guía Prácticas Clínicas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003 pág. 261 Disponible en: <https://docer.com.ar/doc/n101evc>
9. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [en linea]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 30 de noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
10. Manfredini D, Ahlberg J, Wetselaar P, Svensson P, Lobbezoo F. The bruxism construct: From cut-off pointsto a continuum spectrum. *J. Oral Rehabil.* [revista en internet]. 2019 [citado 30 de noviembre 2022];46(11): 991-997. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/joor.12833>
11. Cárdenas Erosa R, Mendiburu Zavala CE, Cortes Carrillo D, Navarro Zapata D, Lugo Ancona P. Guía Anterior como factor etiológico del dolor de la articulación temporomandibular. *Rev. Mex. Intra. Med.Journal* [revista en internet]. 2012 [citado 30 de noviembre 2022]; 1(3). Disponible en:
<http://journal.intramed.net/index.php/IntramedJournal/article/viewFile/162/>
12. Maquera Machaca HY. Guía anterior y su relación con los trastornos temporomandibulares en pacientes adultos que acuden al centro de salud ciudad nueva, Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.2016. Tesis para optar título de Cirujano Dentista. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2331?show=full>
13. Silva Contreras AM. Bruxismo: su comportamiento en un área de salud. *RevCiencMéd* [Internet]. Ene-Feb 2015 [citado 28 Mar 2019];19(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100009&lng
14. Falcón Fariñas IN, Escalante Padrón O, Nordelo Valdivia A, Campal Espinosa AC. Metodología de evaluación del impacto social de un programa de salud. *RevHumMed* [Internet]. 2018 Abr [citado 2024 Sep 22]; 18(1): 64-82. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000100007&lng=es

15. Díaz Miralles M, Díaz Gómez SM, Hidalgo Hidalgo S, Viña Villafañas V, Paz Latorre E. Algoritmo preceptivo de variantes tipológicas del desgaste dentario en la guía anterior del paciente bruxópata. Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual) [Internet]. La Habana: Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez; 2020 [citado 12 Dic 2018]. Disponible en:
<http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view>
16. Zerón A. Bruxismo y trauma oclusal. Conocimiento interdisciplinario y práctica interdisciplinaria. Rev ADM [Internet]. 2018 [citado 2 Ene 2019];75(4):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?ID>
17. Díaz Gómez SM, Gutiérrez Hernández ME, Grau-León IB, Díaz-Miralles M, Puerto-Pérez TV, Vara-Delgado AE. Procedimientos clínicos interdisciplinarios para un nuevo enfoque del bruxismo desde la integración médica en Cuba. Archméd Camagüey [Internet] 2021 [citado 2023 Feb 14]; 25(5):e8473. Disponible en:
<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8473>

Anexo III.6 Planilla de recolección de datos del estudio piloto del Protocolo de atención clínica al paciente con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional

Estimado colega: Como parte de la citada investigación, le pedimos que responda la alternativa que se corresponda con el manejo que usted ha observado en los pacientes atendidos con esta propuesta del “Protocolo de atención al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.” Un miembro de la consulta recogerá sus respuestas que serán plasmadas en esta planilla. Gracias.

Indicadores de estructura

Evaluadores	Condiciones del servicio			Condiciones de las unidades dentales e instrumental		
	S	MS	I	S	MS	I
1						
2						
Evaluadores	Disponibilidad de medicamentos e insumos			Capacitación del personal		
	S	MS	I	S	MS	I
1						
2						
Evaluadores	Disponibilidad de recursos para la recogida de datos.					
	S	MS	I			
1						
2						

Indicadores de procesos

Evaluadores	Diagnóstico y tratamiento adecuado de las afecciones de la guía anterior.			Cumplimiento del algoritmo de atención según protocolo		
	S	MS	I	S	MS	I
1						
2						

S: satisfactoria

MS: medianamente satisfactoria

I:

insatisfactoria

Anexo III.7. Test de satisfacción grupal de V. A la/o/v aplicado a especialistas

Estimado estomatólogo y residente: al contestar esta encuesta podrá dar a conocer su nivel de satisfacción con el Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, que se propone para mejorar la toma de decisiones racionales con criterios de prioridad en la actuación. Se espera su sinceridad y se le agradece su colaboración en esta investigación.

1. ¿Reconoce que es importante la atención protocolizada a los pacientes adultos con guía anterior de la oclusión disfuncional?

Si ____ No ____ No sé _____

2. ¿Considera acertado continuar realizando la rehabilitación de la oclusión sin un protocolo de actuación para la restauración de la guía anterior?

Sí ____ No ____ No sé _____

3. ¿Considera apropiado el contenido del Protocolo para la atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional?

Si ____ No ____ No sé _____

4. ¿Se siente satisfecho con los resultados obtenidos luego de aplicar el Protocolo para la atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional?

Me gusta mucho

Me gusta más de lo que me disgusta

Me da lo mismo

Me disgusta más de lo que me gusta

No me gusta nada

No sé qué decir

5. Considera usted que se debe mejorar en algún aspecto del Protocolo para la atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional

Anexo III.8. Cuadro patrón lógico de V. A Iadov para el análisis de las respuestas del test de satisfacción grupal de los especialistas

4. ¿Se siente satisfecho con los resultados obtenidos luego de aplicar protocolo para la atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional?	2. ¿Considera acertado continuar realizando la rehabilitación de la oclusión sin un protocolo de actuación para la restauración de la guía anterior?								
	No	No sé		Sí					
3. ¿Considera apropiado el contenido del protocolo para la atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión disfuncional?									
Sí	No sé	No	Sí	No sé	No	Sí	No sé	No	
Me gusta mucho	1	2	6	2	2	6	6	6	6
Me gusta más de lo que me disgusta	2	2	3	2	3	3	6	3	6
Me da lo mismo	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Me disgusta más de lo que gusta	6	3	6	3	4	4	3	4	4
No me gusta nada	6	6	6	6	4	4	6	4	5
No sé qué decir	2	3	6	3	3	3	6	3	4

Anexo III.9. Test de satisfacción grupal de V. A ladov aplicado a los pacientes

Estimado usuario: al contestar esta encuesta podrá dar a conocer su nivel de satisfacción con la atención brindada según Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, durante la atención estomatológica. Se espera su sinceridad y se agradece su colaboración en esta investigación.

- ¿Considera usted que la consulta en la que ha recibido atención reúne las condiciones para recibir un tratamiento adecuado?

Sí ____ No ____ No sé ____

- ¿Considera usted que el especialista le brindó una información detallada e integral sobre el tratamiento recibido?

Sí ____ No ____ No sé ____

- ¿Se sintió seguro de la competencia mostrada por el especialista durante el tratamiento realizado?

Sí ____ No ____ No sé ____

- ¿Cuál es su opinión, sobre la atención que recibió durante el tratamiento?

Me gusta mucho

Me gusta más de lo que me disgusta

Me da lo mismo

Me disgusta más de lo que me gusta

No me gusta nada

No sé qué decir

- ¿Considera usted que se debe mejorar en algún aspecto la atención estomatológica que recibió?

Anexo III.10. Cuadros patrón lógico de V. A ladov para el análisis de las respuestas del test de satisfacción grupal de los pacientes

4. ¿Cuál es su opinión, sobre la atención que recibió durante el tratamiento?	2. ¿Considera usted que el especialista le brindó una información detallada e integral sobre el tratamiento recibido?								
	No			No sé			Sí		
	3. ¿Se sintió seguro de la competencia mostrada por el especialista durante el tratamiento realizado?								
Sí	No sé	No	Sí	No sé	No	Sí	No sé	No	
Me gusta mucho	1	2	6	2	2	6	6	6	6
Me gusta más de lo que me disgusta	2	2	3	2	3	3	6	3	6
Me da lo mismo	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Me disgusta más de lo que gusta	6	3	6	3	4	4	3	4	4
No me gusta nada	6	6	6	6	4	4	6	4	5
No sé qué decir	2	3	6	3	3	3	6	3	4

Anexo III.11. Escala para determinar el índice de satisfacción**Objetivo:** mostrar la escala para determinar el índice de satisfacción grupal

Escala	Resultado
+1	Máximo de satisfacción
0,5	Más satisfecho que insatisfecho
0	No definido y contradictorio
-0,5	Mas insatisfecho que satisfecho
-1	Máxima insatisfacción

Anexo III.12. Protocolo de atención clínica del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Estomatología	Fecha de elaboración: Año 2023 Fecha de revisión: Año 2024	No. Resolución No. Versión1.0
----------------------	---	--

**Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la
occlusión dentaria disfuncional**

	Elaboración	Revisión	Aprobación
Nombre	Investigador principal y profesionales en técnica cualitativa de consenso.	Prof. Silvia María Díaz Gómez. Dr. C	Expertos
Cargo	Estomatólogos	Doctora en Ciencias Estomatológicas Profesora titular, Especialista de II grado en Prótesis Estomatológicas Miembro de la consulta del tercer nivel de atención de salud de Oclusión Dentaria y Articulación Temporomandibular de Camagüey.	Miembros de la Cátedra Multidisciplinaria de Oclusión Dentaria” Plácido Ardanza Zulueta”

Índice

Glosario de Términos	
Introducción	1
Justificación del protocolo	2
Conceptualización de la guía anterior de la oclusión dentaria	4
Objetivos	4
Niveles de actuación	4
Actividades a protocolizar	4
Profesionales a que va dirigido el documento	4
Ámbito de aplicación	5
Población diana	5
Metodología	5
Recursos necesarios	6
Medidas de bioseguridad a emplear por el personal de salud	6
Limitaciones posibles para la implementación del protocolo	7
Proceso de implementación	7
Control de calidad y proceso de actualización	7
Indicadores para la evaluación del protocolo	8
¿Cómo se distinguen las acciones y responsabilidades para la ejecución del protocolo?	9
¿Cuál es el primer procedimiento clínico desde la atención primaria para el análisis de la oclusión dentaria?	11
¿Cómo identificar los pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional?	15
¿Cuáles aspectos inherentes al sistema estomatognático en la anamnesis deben ser tenidos en consideración?	16
¿Cómo dar solución al problema de salud desde elementos psicológicos y sociales?	17
¿Cómo estandarizar de forma gráfica el tratamiento a los pacientes que acuden a consulta con este problema de salud?	18
Ejemplo de procedimientos clínicos generales en la atención de urgencias	18
Afecciones tributarias de tratamiento en consultas de primer y segundo nivel de atención que involucran la guía anterior de la oclusión dentaria a interconsultar	21

Glosario de Términos

- (AP) Atención primaria
- (ATM) Articulación Temporomandibular
- (EG) Estomatólogo General
- (EGI) Estomatología General Integral
- (RC) Relación céntrica
- (TTM) Trastorno Temporomandibular

Introducción

La oclusión dentaria es un área básica en las Ciencias Estomatológicas, sus componentes, fisiología e integración con el sistema estomatognático continúa siendo objeto de interés para la comunidad científica. Sin embargo, el enfoque dado a estos aspectos ha ido cambiado sustancialmente con el transcurso de los años, se han desarrollado estudios con el propósito de actualizar conceptos y demostrar la completa integración y funcionalidad de este sistema dentro del cuerpo humano, expresan Montero Parrilla y colaboradores.¹

En Cuba existe una estructura asistencial concebida para encausar al paciente con alteraciones de la oclusión dentaria en los diferentes niveles de salud para acciones de promoción, prevención y tratamiento; no obstante, los documentos científicos rectores se consideran desactualizados, se carece de normativas inclusivas para la estandarización de las acciones estomatológicas implícitas y las particularidades que se precisan.²

Es importante retomar que los argumentos incluidos en las Guías Prácticas de Estomatología³ como parte esencial de la estructura asistencial concebida en Cuba para el problema de salud que ocupa hace posible distinguir y contener aspectos de alto impacto para las acciones clínicas con participación de disímiles disciplinas en los diferentes niveles de atención de salud.

Devolver a las personas el estado de salud fisiológico es un reto y requiere del clínico no solo su agudeza en el diagnóstico, maestría en una amplia variedad de modalidades y tratamientos; sino también de un vínculo interdisciplinario permanente, una gran sistematicidad en la labor educativa del paciente antes, durante y después del tratamiento con la integración de este al equipo de trabajo.³

Los dientes anteriores son probablemente el factor más importante en la rehabilitación bucal. Estos tienen una función predominante en el sistema estomatognático, debido a que son esenciales para la estética, la fonación y la masticación, además de su valor funcional al proteger los dientes posteriores durante las excursiones libres de la mandíbula.⁴

Los límites anteriores, es decir, dientes incisivos maxilares y mandibulares, desarrollan el tope anterior. Un tope en el sector dentario, que proporciona la guía para los determinantes posteriores, permitiendo que los grupos molares y

premolares puedan alinearse en la dimensión vertical oclusiva más exacta y la relación céntrica (RC).^{4, 5}

Por ello después de la obtención de la posición mandibular retrusiva ligamentosa, la guía anterior de la oclusión dentaria es la determinación más significativa cuando se restaura la cinemática mandibular. Ella depende de la primera en pacientes desdentados y en caso de fórmula dentaria a expensa de dientes naturales, interactúan para permitir la armonía de los contactos dentarios con exclusión de las interferencias. El éxito o fracaso de muchos tratamientos obedecen a esta guía en cuestión.⁶

La guía anterior es una determinante de la oclusión dentaria, responsable de programar la función masticatoria al ser los dientes anteriores los más sensitivos;³ además, con implicación en la estética y la fonación. No solo constituye una pauta exigente para los estudiosos de denticiones permanentes íntegras, sino que se convierte en asunto difícil para los que incursionan en procederes rehabilitadores.⁷

Esta guía está integrada por la guía incisiva y la canina: la incisiva (trayectoria incisal) se determina por el plano de deslizamiento de la cara lingual o palatina de los dientes anteriores maxilares y la cara vestibular de los dientes anteriores mandibulares y trayectoria canina resulta en una lateralidad de trabajo, con el contacto de la cúspide del canino inferior con el canino superior, lo cual produce una separación del sector posterior del lado de trabajo y del lado de no trabajo.^{8, 9}

Elevar la calidad asistencial es un objetivo prioritario del sistema de salud cubano, de esta manera se garantiza la seguridad de los pacientes, lo que se ha convertido en una necesidad y en una línea estratégica fundamental en los planes y programas de salud.¹⁰

Justificación del protocolo

El estomatólogo no siempre tiene en cuenta el restablecimiento de la guía anterior de la oclusión dentaria, trayendo como consecuencia alteraciones de la dinámica oclusal, con afecciones en el sistema estomatognático, tener en consideración este elemento para una adecuada rehabilitación es de vital importancia en los tres niveles de atención de salud.

El trabajo conjunto entre disciplinas posibilita la solución de problemas estomatológicos y lleva al bienestar del paciente.²

El documento científico normativo,³ que particulariza los niveles de atención de salud a los que se integran las actividades respectivas al saneamiento de las alteraciones de la oclusión dentaria e intercepción de esta como factores de riesgo, permiten reestructurar lo estipulado y que les sean incorporadas actividades, responsabilidades, confrontaciones y acciones conjuntas, a razón de que:

- La atención primaria (AP) se dicta como un conjunto de actividades y procedimientos organizados y encaminados a asegurar la salud de todos los integrantes de la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de las personas y acciones para mejorar y evitar el deterioro del medio donde vive y trabaja el hombre.

Este nivel de atención de salud tiene la responsabilidad de incorporar los exámenes funcionales de la oclusión dentaria, lo que plantea Díaz Gómez en el “Protocolo de procedimientos clínicos para la atención integral del paciente adulto con bruxismo”,² debido a que desde la recepción de los pacientes es imprescindible el estudio de la oclusión dentaria y la guía anterior para poder remitir y remitir bien.

- La atención secundaria se presenta como un conjunto de actividades y procedimientos organizados y encaminados a asegurar la atención especializada de todos los integrantes de la comunidad referidos del nivel primario, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de las personas, y para esto disponen de recursos humanos más capacitados y especializados y tecnología desarrollada.

Debe ser capaz de desplegar el equipo de trabajo en este nivel de atención de salud la contra remisión del paciente y también dar curso a procederes más especializados desde la integración de saberes y no la súper especialización. Elemento que sustenta la singularidad del presente protocolo a diferencia de las Guías Prácticas de Estomatología que no contienen las actividades clínicas desde la medicina personalizada basada en la evidencia científica y argumentos consensuados.

- La atención terciaria es el conjunto de actividades y procedimientos organizados y encaminados a asegurar la atención muy especializada de los integrantes de la comunidad referidos del nivel secundario, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de las

personas, y para esto disponen de recursos humanos capacitados y especializados y tecnología más desarrollada para el diagnóstico y tratamiento. Se hace necesario desarrollar desde niveles precedentes pautas que delimiten la remisión e interconsultas médicas; asunto tampoco elaborado en las Guías Prácticas de Estomatología.³

Conceptualización de la guía anterior de la oclusión dentaria

Guía anterior de la oclusión dentaria: es la relación dinámica de los dientes anteriores inferiores con los dientes anteriores superiores, que determina o guía los movimientos mandibulares en protrusión, haciendo que la porciones más incisal de las caras vestibulares de los incisivos centrales inferiores deslicen sobre las caras palatinas de los incisivos centrales superiores, lo cual produce la progresiva desoclusión del sector posterior y anterior, situación que es de mucha importancia para prevenir el desgaste prematuro de los dientes posteriores.^{3,5,7}

Objetivos

- Presentar procederes clínicos consensuados para la recuperación del sistema estomatognático de pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.
- Estandarizar la atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Niveles de actuación

Primer y segundo nivel de atención de salud

Actividades a protocolizar

Procederes diagnósticos y terapéuticos para pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Profesionales a que va dirigido el documento

- Especialistas de AP de salud: estomatólogo general (EG) y especialistas y residentes de Estomatología General Integral (EGI).
- Especialistas y residentes de las especialidades estomatológicas del segundo nivel de atención de salud.
- Integrantes de equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios de la consulta del segundo nivel de atención de Oclusión Dentaria y Articulación Temporomandibular (ATM).

- Personal directivo y administrativo.

Ámbito de aplicación

Instituciones de salud con consultas interdisciplinarias del segundo nivel de atención de salud.

Población diana

Pacientes de 19 años de edad y más, con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.

Metodología

El grupo ejecutor para la creación del protocolo fue conformado por los especialistas en EGI, especialistas de los programas de Prótesis Estomatológica, Ortodoncia y Periodoncia. Profesionales participantes que contaron con alto nivel científico, docente e investigativo, así como años de experiencia.

Se utilizó la técnica de entrevista a profundidad siendo la autora de esta investigación la coordinadora y encargada de la confección del documento, así como de las modificaciones después de los criterios de expertos. Se determinó como modalidad dar respuestas a interrogantes pertinentes en la atención clínica de los pacientes que ocupan.

El documento científico resultante fue evaluado por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la Investigación de la Clínica Estomatológica Docente 3 de Octubre, con adherencia total a convenios internacionales y principios éticos para las investigaciones en seres humanos, aunado a la metodología para la elaboración de protocolos.

Se seleccionaron los componentes de la estructura y contenido basados en:

- Utilidad de las guías, protocolos y algoritmos en la práctica clínica.¹¹
- Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos inflamatorios temporomandibulares.¹²
- Procedimientos clínicos interdisciplinarios para un nuevo enfoque del bruxismo desde la integración médica en Cuba.²
- Protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico.¹³

El resultado de la evaluación por criterios e indicadores de las investigaciones resultantes de la experiencia clínica e investigativa del equipo de profesionales

de la consulta de Oclusión Dentaria y ATM de la provincia y de la Cátedra Multidisciplinaria de Oclusión Dentaria, “Plácido Ardanza Zulueta” provincia Camagüey; de libros de texto especializados y de las búsquedas bibliográficas de artículos científicos, monografías y páginas Web en las bases de datos de MEDLINE, PubMed y SciELO.

Se utilizó como palabras clave: guía anterior de la oclusión dentaria, oclusión dentaria disfuncional, protocolo de atención, en idioma español e inglés de los últimos diez años.

Conflicto de intereses

Todos los participantes en la confección del protocolo declararon no presentar conflicto de intereses.

Fuente de financiamiento

El desarrollo del presente protocolo no ha sido financiado.

Recursos necesarios

Condiciones estructurales
- Sala de espera - Unidad dental - Equipo de Rx - Métodos de protección para el personal de salud - Historia clínica individual y familiar
Materiales e instrumental
-Instrumental (para la clasificación y tratamiento pertinente al paciente) -Materiales (restauradores y gastables)
Equipo de trabajo para la atención al paciente con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional
- Licenciados en Atención Estomatológica y Prótesis Estomatológica - Estomatólogos, médicos, enfermera, y psicólogo.

Medidas de bioseguridad a emplear por el personal de salud

Uso de guantes, mascarilla, espejuelos protectores, batas sanitarias, todos para proteger la piel y las mucosas de cualquier contacto con sangre o líquidos corporales. Lavado inmediato de las manos, antes y después del contacto con los pacientes y siempre después de retirarse los guantes.

Limitaciones posibles para la implementación del protocolo

- Profesional de baja capacitación.
- Recursos materiales e insumos con limitados suministros.

Consentimiento informado

Durante la recepción del paciente en la consulta que será atendido utilizando el Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, se le leerá desde el primer momento al paciente el Consentimiento Informado (Anexo 1), que será firmado por el paciente y por el investigador principal, que se adjunta a los anexos de la investigación.

Proceso de implementación

El protocolo resultante, será expuesto a la apreciación del Consejo Científico y comité de ética de la Clínica Estomatológica “3 de Octubre”, el cual, después de examinado y debatido, lo pondrá a disposición de la dirección del mismo para su aprobación.

Deberá contar con el respaldo de la Vice dirección de Asistencia Médica y de otras subdirecciones, comprometidas con la implementación, evaluación y actualización regular del instrumento.

Una vez aprobado el protocolo, el mismo será de estricto cumplimiento en la institución. Además, se dará a conocer al Jefe de Grupo de las diferentes especialidades estomatológicas y al Jefe de la Sección de Estomatología de la Dirección Provincial de Salud.

Control de calidad y proceso de actualización

El protocolo será revisado por panel creado al efecto, al cumplirse el tiempo de revisión, estará encargada de su evaluación y de introducir los cambios requeridos y revisando de manera continua las evidencias científicas actualizadas.

- Implementación del protocolo: 2024
- Cronograma de revisión propuesto: 2026 (a cumplirse cada dos años)

Indicadores para la evaluación del protocolo

Indicadores de estructura		Plan (≥ 90 %)	Insatisfactoria (≤ 79 %)	Medianamente satisfactoria (89 – 80 %)	Satisfactoria (≥ 90 %)
Recursos materiales	Condiciones del servicio				
	Condiciones de las unidades dentales e instrumental				
	Disponibilidad de medicamentos e insumos				
Recursos humanos	Capacitación del personal				
Recursos organizativos	Disponibilidad de recursos para la recogida de datos				
Indicadores de procesos		Plan (≥ 90 %)	Insatisfactoria (≤ 79 %)	Medianamente satisfactoria (89 – 80 %)	Satisfactoria (≥ 90 %)
Diagnóstico y Tratamiento adecuado de las afecciones de la guía anterior					
Cumplimiento del algoritmo de atención según protocolo					
Dimensión de Resultados		Plan (≥ 90 %)	Insatisfactoria (≤ 79 %)	Medianamente satisfactoria (89 – 80 %)	Satisfactoria (≥ 90 %)
Satisfacción de los usuarios del protocolo					

Se desarrolla el documento científico normativo para la atención clínica de los pacientes adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional desde las respuestas a las interrogantes clínicas que sustentan el contenido del protocolo:

¿Cómo se distinguen las acciones y responsabilidades para la ejecución del protocolo?

El estomatólogo general y/o especialista de EGI, al interactuar en la consulta de urgencia y/o de ingreso al servicio de Estomatología con los pacientes que acudan solicitando atención estomatológica por cualquier afección; deberá tener en consideración efectuar los tratamientos preventivos, curativos o de rehabilitación conservadores o de rutina, al igual que pueden los especialistas dentro de las Ciencias Estomatológicas:

- 1- Verificar la funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria (en oclusión céntrica, RC, lateralidad derecha, lateralidad izquierda, y propulsión).
- 2- Remitir a la consulta interdisciplinaria, a los pacientes que lo requieran por razones inherentes al principio de disfuncionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria provocada o a consecuencia de:
 - mal posición dentaria
 - alteraciones del plano de la oclusión
 - desequilibrio de las curvas de compensación
 - alteraciones en la altura coronaria
 - mutilaciones generalizadas o parciales totales o de caras de las estructuras dentarias
 - sobrecarga
 - movilidad dentaria
 - interferencias dentarias con signos y síntomas
 - parafunciones
 - hábitos lesivos
 - trauma oclusal primario y secundario
 - inestabilidad ortopédica

Licenciado en Atención Estomatológica

- Realizar la limpieza del conjunto dental
- Coordinar citas para el paciente
- Esterilizar los instrumentos de uso estomatológico
- Auxiliar al estomatólogo durante la atención al paciente
- Preparación de materiales
- Realizar Rx según prescripción facultativa
- Realizar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales
- Otras actividades de control administrativo

Tecnólogo en Prótesis Estomatológica

- Seleccionar y preparar los materiales dentales para construir las prótesis estomatológicas y los aparatos de ortodoncia
- Utilizar racionalmente los materiales y materias primas necesarias para el proceso tecnológico
- Aplicar los procedimientos técnicos establecidos para la construcción de los aparatos y otros aditamentos necesarios para la rehabilitación
- Otras actividades de control administrativo

Otras especialidades médicas, enfermera y médico de la familia y psicólogo.

- Las especialidades médicas intervienen en la valoración e indicación de tratamientos a pacientes con enfermedades crónicas que puedan estar incidiendo en la aparición de esta afección, así como su seguimiento en consulta.
- Enfermera y médico de la familia responden por la caracterización del paciente en cuanto a factores de riesgos presentes, así como en su seguimiento en la comunidad.
- El psicólogo se encarga de la atención psicológica del paciente, identificando problemas conductuales, evaluando los factores de riesgo que influyen o generan conflictos en estos pacientes, evalúan su entorno, prevención y promoción de salud, generando apoyo y confianza para este en las sesiones de tratamiento.

¿Cuál es el primer procedimiento clínico desde la atención primaria para el análisis de la oclusión dentaria?

Examen morfológico de la oclusión

- Estado de la dentición: fundamentalmente se analizarán los índices epidemiológicos de caries y la higiene bucal del paciente.
- Características de la anatomía oclusal para mantener la estabilidad en sus relaciones y articulación dentaria, teniendo en cuenta cúspides de soporte, parada céntrica y su relación con las facetas de articulación en la función masticatoria.
- Estado periodontal: para cualquier movimiento dentario la salud del periodonto es una condición indispensable porque este movimiento se produce precisamente a través de este tejido.
- Cantidad de dientes en oclusión: no es lo mismo cantidad de dientes presentes que cantidad de dientes en contacto. Pueden estar presentes muchos dientes, pero si no contactan, desde el punto de vista funcional, será como si no existieran y la función oclusal se verá notablemente limitada.
- Irregularidades del plano oclusal: representa la curvatura promedio de la superficie oclusal y queda formado por 3 curvas, la de Spee, la de Wilson y la curva incisiva. En el caso de la curva de Spee se debe analizar su regularidad y su profundidad; la de Wilson siempre debe ser regular y adquiere una especial importancia en el diagnóstico diferencial de las mordidas cruzadas posteriores y para enfocar su tratamiento; y la curva incisiva que es importante porque garantiza los contactos de los dientes anteriores en PMI.
- Resaltos y sobrepases: son variables que sirven para dar una idea rápida de la maloclusión que presenta el paciente, por ejemplo: resalte exagerado en casos con vestibuloversión marcada, sobrepease exagerado en pacientes con hiperdaquia, entre otras. Generalmente se observan en incisivos, pero también debe valorarse en caninos y molares. Estas variables oclusales son importantes por su repercusión funcional dentro de la guía anterior.

- Facetas de desgaste: su presencia es signo de actividad parafuncional y debe ser evaluada cuidadosamente.

Todas estas variables deben ser analizadas en su contexto funcional y nunca de forma independiente y aislada, o sea, se debe ser capaz de prever lo que provocará la alteración morfológica en el funcionamiento del sistema.³

Examen funcional de la oclusión dentaria dinámico

Cuando se va a realizar el examen funcional de la oclusión es necesario auxiliarse de algunos medios como son: papel articular, ceras intraorales, espaciadores, hilo dental, modelos de estudio montados en articuladores semiajustable.

El montaje de los modelos en articuladores semiajustable requiere del uso del arco facial o auricular y de la toma de registros en cada posición. Este método tiene especial importancia para realizar un diagnóstico detallado de los contactos oclusales y una adecuada planificación de los ajustes oclusales por tallado selectivo, el cual puede sustituirse por métodos computadorizados.

- **Registros para el montaje en articulador semiajustable**

Para el estudio de la oclusión fuera de la boca del paciente, es necesario un dispositivo que simule los movimientos mandibulares: el articulador. Los modelos de estudio montados en la posición de RC en el articulador, deben reproducir la misma oclusión que los dientes en la boca. Realizado el análisis funcional de la oclusión se procederá a la toma de las relaciones interocclusales, y se obtienen registros de RC, propulsión y lateralidad derecha e izquierda con parafina y papel tinfoi, adiestrando al paciente en el movimiento que debe ejecutar, para realizar después el montaje de los modelos en el articulador semiajustable.

- **Para el registro de la RC**

Se interpondrá la parafina reblandecida con el papel tinfoi entre las arcadas dentarias, pidiéndole al paciente que abra su boca y luego de 30 segundos cerrará poco a poco con suavidad, con la lengua arriba y atrás hasta la aproximación de las arcadas, sin perforar la parafina. Una vez endurecida en boca, las tiras de parafina serán retiradas y recortados los excesos.

- **Para la obtención del registro propulsivo**

Se entrenará al paciente en el movimiento, se reblandecera la tira de parafina con papel tinfoi de aproximadamente tres capas de cera, se guiará la mandíbula del paciente hacia el contacto propulsivo borde a borde con la cera interpuesta no permitiendo el contacto dentario, se comprobarán las líneas medias. Se enfriarán en boca y luego se recortarán los excesos.

- **Para la obtención del registro de lateralidad**

Se adiestrará el paciente a este movimiento de deslizamiento. Se le pedirá al paciente que abra la boca y con la tira de cera de tres capas y papel tinfoi interpuesto entre las arcadas, cierre sin obtener contacto dentario, guiando la mandíbula a esta posición lateral hasta el enfrentamiento de los caninos superiores e inferiores, primero derecha y después izquierda o viceversa. Se enfriará en boca el registro y luego se recortarán los excesos.

- **Para el registro del arco facial**

Se colocará cera parafina reblandecida sobre el plano de mordida y se presionará sobre los dientes superiores. Se ubicará el arco facial sobre el plano de mordida, se centrará sobre el paciente colocando las varillas del eje de bisagra posterior sobre los puntos de eje opcional (11 a 13 mm por delante del tragus) medidos en el paciente, se ajustará el indicador infraorbitario, se cerrará el arco facial sobre el paciente y luego se retirará para transferirlo al articulador.

- **Para el montaje del modelo superior**

Se montará el modelo superior orientado en los tres planos del espacio, asentando el modelo en las depresiones de la cera sobre el plano de mordida.

- **Para el montaje del modelo inferior**

Se procederá al montaje del modelo inferior en RC, asentando firmemente el registro de mordida de cera y con el articulador invertido sobre la plataforma de montaje.

- **Para el análisis**

Una vez montados el modelo superior e inferior en el articulador se colocará el registro propulsivo de cera parafina, para el ajuste en el articulador de la trayectoria condílea. Se procederá con los registros de la lateralidad tomados con cera parafina en clínica para ajustar la inclinación condílea lateral en el articulador. Una vez detectadas las desarmonías oclusales en la boca del

paciente y luego en el articulador, se facilitará el diagnóstico y se planeará el tratamiento de ajuste oclusal u otro método terapéutico.

Análisis de la RC y PMI

Examen de las excusiónes mandibulares (lateralidad derecha e izquierda y protrusión)

La evaluación de la RC es uno de los pasos más importantes en cualquier procedimiento estomatológico, si se preguntara:

- ¿cuál es la relación craneomandibular más importante?

Se puede responder sin reserva: la RC. No se puede desarrollar la armonía oclusal sin garantizar primero que los cóndilos y discos estén bien posicionados respecto a las eminencias temporales y fosas glenoideas. Este es un punto esencial de la oclusión y la efectividad de cualquier procedimiento oclusal dependerá de dónde se posicione las articulaciones cuando la oclusión esté tratada morfológicamente, o sea, depende de las habilidades del clínico para restaurar o mantener la RC.

RC: aquella relación craneomandibular específica en que ambos cóndilos están situados en su posición de bisagra terminal con el complejo cóndilo-disco alineados en la posición más superior contra la eminencia del temporal, independientemente de los dientes y de la dimensión vertical oclusiva, a partir de la cual se puede realizar cualquier movimiento.

Si existen contactos durante el cierre mandibular, el patrón de movimientos será dictado por los tensores receptores periodontales y no por la función muscular fisiológica. A estas interferencias se les denomina interferencias deflectivas o deslizantes, y son:

1. Contacto prematuro: aquel primer contacto que provoca un deslizamiento no fisiológico de RC a PMI, llevando una o ambas articulaciones fuera de su posición fisiológica (RC). El contacto prematuro puede ser único o varios, que aparezcan de forma sucesiva y mientras más posterior se ubiquen, más dañino será para el sistema estomatognático (SE). Pueden ser:
 - Unilateral
 - Bilateral

De acuerdo con la zona en que se encuentra, se clasifica en:

- Anterior (más lesivo al diente)

- Posterior: premolares (más frecuente), molares (más lesivo para el SE)
2. Contacto exagerado: aquel contacto que no produce deslizamiento y no genera fuerzas excesivas sobre el diente y estructuras de soporte.
 3. Deslizamiento no fisiológico de RC a PMI: existe cuando en el segmento final del cierre mandibular, arco o línea de cierre, se produce una irregularidad. Puede presentar componentes en los tres planos del espacio: sagital, frontal y vertical. Ya se comentó que la abertura y el cierre mandibular se analizan en el plano sagital y frontal como arco de cierre y línea de cierre, respectivamente.

En el caso del plano frontal, los desplazamientos de RC a PMI pueden ser hacia la línea media o desde la línea media, tomando como referencia la hemiarcada donde se produce el contacto prematuro. Resumiendo, el deslizamiento anormal de RC a PMI es la consecuencia, y el contacto prematuro es la causa de que no ocurra un cierre coincidente con la línea media sagital.

Análisis de los movimientos mandibulares en relación a la determinación de la presencia de una guía anterior correcta

Los movimientos excursivos de la mandíbula son tres: propulsión, lateralidad derecha y lateralidad izquierda. Todos deben ser examinados independientemente. Las características morfológicas y propioceptivas de los dientes posteriores les facilita proteger a los anteriores en PMI, pero estos no están preparados para resistir las fuerzas tangenciales que se producen durante la función mandibular y entonces deben desempeñar su papel los dientes anteriores, lo que provoca una desoclusión posterior inmediata.

De esta forma los dientes posteriores protegen a los anteriores en PMI y los anteriores a los posteriores durante los movimientos mandibulares. Este constituye uno de los criterios básicos que encierra la filosofía de la Escuela Gnatológica o de Oclusión Mutuamente Protegida.

¿Cómo identificar los pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional?

Debido a que de la funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria se determina la función de otros grupos dentarios y de todo el sistema estomatognártico e incluso otros sistemas del organismo humano se hace

imprescindible distinguirla; según la investigación “Instrumento clasificador para el examen de la guía anterior de la oclusión” de Díaz Gómez y colaboradores,⁵ una guía anterior de la oclusión dentaria es funcional siempre que se cumplan los aspectos siguientes:

- Integridad morfológica de las coronas dentarias de los dientes anteriores superiores e inferiores. Están presentes todos los dientes anteriores y no hay mutilaciones o falta de fragmentos de algunos de ellos. Pueden considerarse, además, las obturaciones de tercera, cuarta y quinta clase de back si cumplen los requisitos anatómicos tanto vestibulomesiolingual o vestibulodistolingual.
- En caso de pacientes adultos con prótesis fijas estas deben ser definitivas, según las normas técnicas cubanas.¹⁴
- Dimensión vertical oclusiva (DVO) dentro de los parámetros establecidos con relación a la dimensión vertical en reposo (DVR) con resalte y sobrepase sin determinaciones específicas.
- Desoclusión en el sector de dientes posteriores, lado de balanceo, durante el movimiento de propulsión de la mandíbula.
- Desoclusión en el lado de balanceo durante los movimientos mandibulares de lateralidad derecha e izquierda. Línea media centrada.
- Ausencia de signos o síntomas de parafunción o disfunción del sistema estomatognártico.
- Aceptación estética del paciente en cuanto a la forma, color y disposición de los dientes anteriores en las arcadas dentarias.

La guía anterior disfuncional

Se considera cuando en el paciente no se logra la desoclusión en el sector de los dientes posteriores, lado de balanceo, durante el movimiento de propulsión de la mandíbula y la desoclusión en el lado de balanceo durante los movimientos mandibulares de lateralidad derecha e izquierda. Además, hay obstáculos o interferencias que entorpecen el desplazamiento libre de la mandíbula y aparecen signos y síntomas de actividad parafuncional.

¿Cuáles aspectos inherentes al sistema estomatognártico en la anamnesis deben ser tenidos en consideración?

- **Estética:** indispensable como elemento. En los pacientes que requieren realizarse una rehabilitación de la guía anterior de la oclusión dentaria al presentar alteraciones bucodentales, como caries, enfermedad periodontal, la pérdida dental, fracturas dentarias o algunos hábitos patológicos como el bruxismo, ocasionando un desgaste notable en los dientes.

Entre los procedimientos que se realizan podemos mencionar: remodelado coronario, ajuste oclusal por adición, obturaciones sobre cavidades atípicas o complejas, asumiéndolos conceptos estéticos individuales.

- **Deterioro de las funciones orofaringeas:** porque en la rehabilitación estomatológica, las funciones orofaringeas son elementos a los que hay que prestar especial atención teniendo en cuenta su implicación en la fonación, la respiración y la masticación de los alimentos.⁷
- **Competencia del ciclo masticatorio:** dado que se precisa íntegra la guía anterior de la oclusión dentaria porque los ciclos masticatorios corresponden al movimiento rítmico que se genera producto de la combinación de movimientos de apertura, cierre, lateralidad, protrusión y retrusión en el proceso de la masticación, donde las características oclusales son importantes.¹⁵

¿Cómo dar solución al problema de salud desde elementos psicológicos y sociales?

La Psicología de la Salud debe incluir estrategias de intervención psicológica y social en todos los momentos de evolución de la enfermedad. No es casual que los psicólogos se internen cada vez más en intervenciones psicosociales que pretenden la sustitución de comportamientos de riesgo por conductas de protección, en acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento sistemático de las prescripciones médicas, a la optimización del descanso y el manejo del estrés vital, al incremento del apoyo social, familiar y comunitario, a la atención de la invalidez y en la rehabilitación, en toda una serie de campos que tienen a la AP como escenario. Se trabaja también, por elevar cada vez más la eficacia de la intervención psicológica.¹⁶

Por la implicación psicosocial de la disfuncionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria se presuponen otras interrogantes individualizadas de

acuerdo a la magnitud del problema para el paciente, ocupándose no solo de la atención del enfermo sino también de la prevención y la promoción de salud.¹⁷ Las alteraciones en la cavidad bucal por la pérdida dental, fracturas dentarias, desgastes, caries y otras afecciones relacionadas con este tema, cambia la perspectiva de vida de los individuos, sus hábitos alimentarios, la comunicación interpersonal, la autoestima y la calidad de vida en general, pudiendo ocasionar trastornos estéticos, funcionales, sicológicos y sociales.

La intervención psicológica es pertinente para los pacientes afectados y remitidos a la Consulta interdisciplinaria creada al efecto.

¿Cómo estandarizar de forma gráfica el tratamiento a los pacientes que acuden a consulta con este problema de salud?

Mediante la utilización de un algoritmo para atención al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional. (Figura 1, siguiente página)

Ejemplo de procedimientos clínicos generales en la atención de urgencias

Los pacientes que acuden a los servicios estomatológicos acceden a estos por diferentes vías, pueden ser citados por el estomatólogo del área de salud, pueden ser remitidos por el médico de familia o especialista pueden presentarse espontáneamente para revisión y tratamiento estomatológico de rutina o por urgencia.

Los pacientes deben ser evaluados, a través del método clínico, interrogatorio, examen físico y complementario que permite la caracterización del paciente.

Se procede de acuerdo al tipo de tratamiento estomatológico que requiere el paciente según el algoritmo para atención al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional tanto para el nivel de atención primario o secundario.

Posibles acciones de urgencia

Las urgencias estomatológicas son aquellas enfermedades o complicaciones que se presentan agudamente, que de no ser tratadas o de no tomar las medidas rápidas pertinentes presentarán un desenlace fatal para el diente, de ahí la importancia que tiene que el EG posea un amplio conocimiento sobre las mismas en lo que a diagnóstico, características y tratamiento se refiere. Los tratamientos de urgencia requieren un seguimiento en consulta de AP.

En Estomatología es considerado como tratamiento de urgencia todo aquel que va encaminado a aliviar el dolor (caries dental, hiperestesia dentinal, estados pulpar, periapicales, absceso gingival o periodontal, alveolitis, fracturas) o erradicar un sangrado.

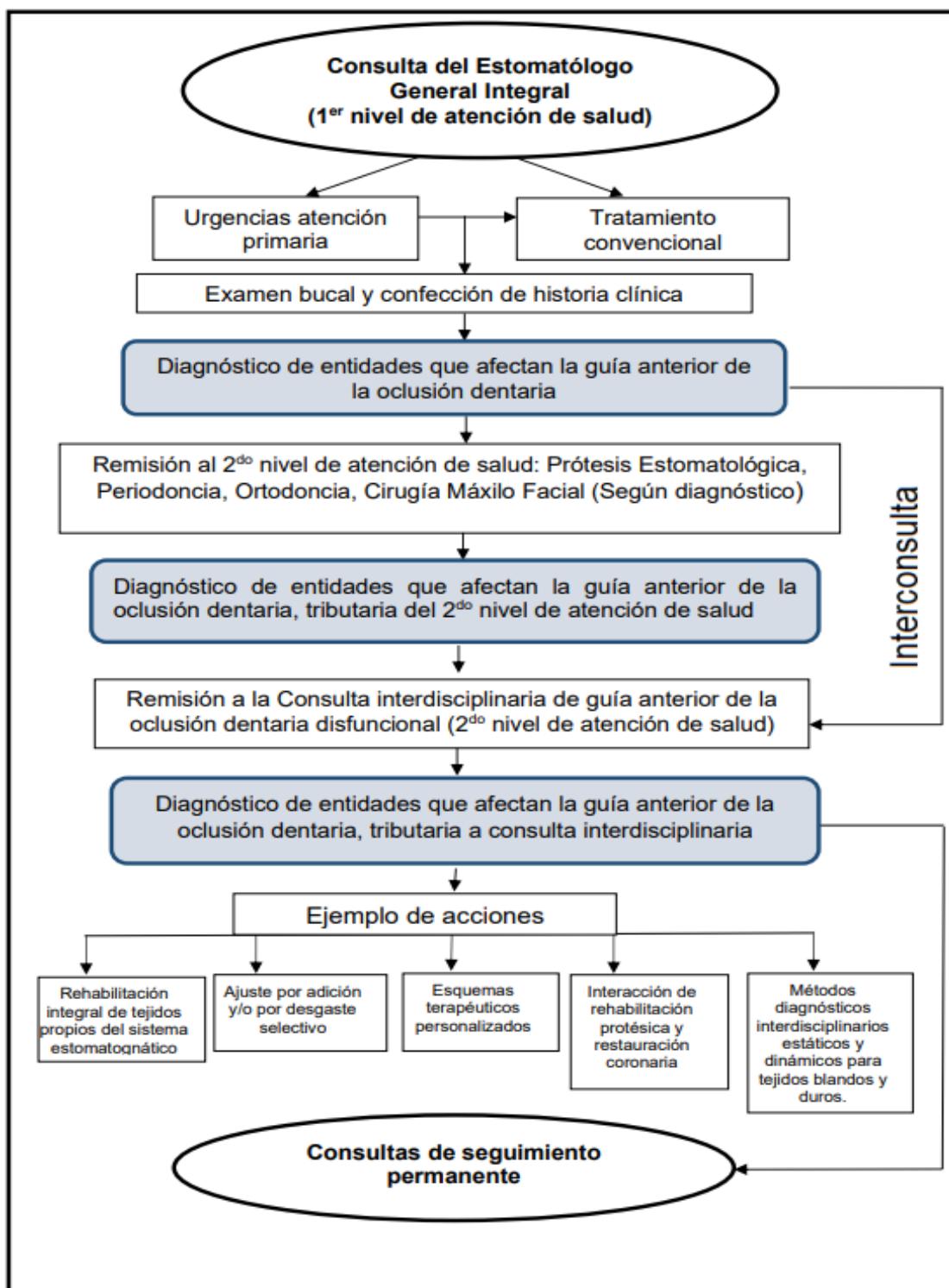


Figura 1 Algoritmo de trabajo para atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional. Elaboración propia

Caries dental. El tratamiento estará encaminado a aliviar el dolor, se elimina tejido cariado, se lava la cavidad y seda el tejido pulpar y se coloca sellado temporal, se chequea oclusión, en caso que la caries comprometa las caras mesial y distal es importante la utilización de la banda de celuloide y la colocación de un material duradero que preserve la integridad morfológica del diente.

Fractura coronaria. El tratamiento oportuno e inmediato de los dientes traumatizados constituye la clave del éxito para la conservación de la vitalidad del diente y del órgano dental propiamente dicho, y es de una importancia extraordinaria para la rehabilitación del paciente, tanto en lo funcional como en su estética facial y el restablecimiento de su estado psíquico.

Dentro de los tratamientos a realizar según caso se encuentran el pulido los bordes filosos para evitar laceraciones en la lengua y los labios, el recubrimiento de la pulpa con hidróxido de calcio, las restauraciones con resinas, en los cuales tenemos que tener en cuenta la rehabilitación de la guía anterior de la oclusión dentaria. La evidencia científica demuestra que el seguimiento de los protocolos sugeridos por la guía de la International Association of Dental Traumatology (IADT) para fracturas coronarias con resultados exitosos.^{18, 19}

Desplazamiento de obturaciones. Se realizará la reapertura de la cavidad, colocación de sellado u obturación y chequeo de la oclusión teniendo en cuenta la restauración de la guía anterior.

Desgaste dentario. En los casos de urgencia por sensibilidad dentaria se coloca desensibilizante o restauración por adición de resina. (Según estructuras dentarias presentes).

Movilidad dentaria. En presencia de movilidad dentaria de uno o varios dientes se procede a la colocación de férulas (de alambre, resina) teniendo en cuenta la oclusión del paciente y la restauración de la guía anterior.

Sobrecarga. Las fuerzas traumáticas actúan sobre un diente o grupos de dientes que presenten contactos prematuros o interferencias; lo que se considera un impedimento para las relaciones oclusales estables en las demás superficies, y que limita los movimientos mandibulares.²⁰

El ajuste oclusal por desgaste selectivo es la alternativa más aconsejable en estos casos, con indicación de antinflamatorios, analgésicos, relajantes musculares.

Interferencias antes o después de tratamientos restauradores y rehabilitadores. En estos casos se definen las causas de interferencias y se procede a su eliminación, si es antes o después del tratamiento se elimina la causa y se restablece la guía anterior de la oclusión.

Corona de espiga caída o desplazada: En este caso se debe limpiar de manera minuciosa el perno y la corona, así como limpiar el conducto radicular con fresas redondas a baja velocidad para eliminar los tejidos de material que pueden haber quedado de esta forma se garantizara la retención de la corona de espiga (resistencia friccional), se procede a su colocación luego de secar el conducto, utilizándose un material resistente y por ultimo comprobar la oclusión en cétrica y en los movimiento de lateralidad derecha, izquierda y en protrusión. En este aspecto es importante valorar la pauta masticatoria en caso de que sea guiada por el canino, y este sea de espiga, se debe incluir la función en grupo.

RECOMENDACIÓN

Se debe garantizar siempre realizar los movimientos libres de la mandíbula en el plano sagital y también en el plano horizontal, tanto en el lado de trabajo como de balanceo, utilizando papel articular.

Afecciones tributarias de tratamiento en consultas de primer y segundo nivel de atención que involucran la guía anterior de la oclusión dentaria a interconsultar

El tratamiento convencional en la AP y secundaria de salud tiene como objetivo la promoción, prevención, curación y rehabilitación, de la salud bucodental del paciente, que acude por solicitud personal, citado por el área de salud, por grupo priorizado o remitido por otras especialidades.

Se realiza historia clínica, exámenes complementarios, atención curativa concluida de EGI teniendo en cuenta el “Protocolo de atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.”

(PGAOD) que preconiza la interconsulta con estos niveles de atención en diferentes etapas de tratamiento o reciben la derivación de los pacientes de ser considerado.

Es importante tener en cuenta que los tratamientos a realizar deben:

1. Comenzar por la rehabilitación del sector anterior, de esta forma se asegura restablecer la guía anterior de la oclusión dentaria.
2. Con posterioridad realizar el resto de las restauraciones que sean necesarias en el sector posterior, para evitar que surjan interferencias en el sector posterior cuando se realicen los movimientos protrusivos de la mandíbula.
3. Consultar desde la interdisciplina particularidades acorde al caso clínico.

Primera afección a considerar:

Caries dental. Se elimina tejido cariado, se lava la cavidad después de **eliminar la caries y limpiar la zona afectada** en profundidad, se continúa con la colocación del fondo cavitario y el material restaurador. En los casos en los que la caries haya avanzado hasta alcanzar la pulpa, el tratamiento variará, desde la endodoncia hasta la extracción. Hay que tener presente en este punto el chequeo de la oclusión dentaria **dejando restablecida la funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria.**

Fractura coronaria. Se procede a realizar Rx periapical o panorámico para valorar compromiso pulpar, en caso de no existir exposición se realiza tratamiento descrito para la fractura dental en la urgencia. En los casos en que la fractura involucre tejido pulpar, el tratamiento variará, desde la endodoncia hasta la extracción. En estos casos cuando hay pérdida de estructura dentaria se procede a aplicar resinas fotopolimerizables **para ajuste oclusal por adición o remodelado coronario.**

Desplazamiento de obturaciones. Se elimina tejido cariado, en caso de existir, se lava la cavidad después de **eliminar la caries y limpiar la zona afectada** en extensión y profundidad, se continúa con la colocación del fondo cavitario y el material restaurador. En los casos en los que la caries haya avanzado hasta alcanzar la pulpa, el tratamiento variará, desde la endodoncia hasta la extracción. Hay que tener presente en este punto el **chequeo de la oclusión dentaria desde el examen funcional de la oclusión.**

Desgaste dentario. En estos casos cuando el paciente acude por hiperestesia dentinaria se realiza tratamiento convencional, colocándose desensibilizante, laserterapia o restauración por adición de resina según sea el caso.

Cuando este desgaste afecta la integridad de la guía anterior de la oclusión dentaria, se procede a su recuperación, con el objetivo de establecer una guía para recuperar el plano de la oclusión dentaria en el maxilar según **Algoritmo para ajuste oclusal por adición con resinas compuestas fotopolimerizables**, “Protocolo de procederes clínicos para la atención del paciente adulto con bruxismo”.²¹ (Anexo 2)

Se realiza la preparación de los dientes en dependencia de las características morfológicas de la guía anterior, el grado de desgaste, resalte y sobrepare que se debe restablecer en el paciente, si el desgaste se manifiesta homogéneo en todos los dientes que conforman este grupo dentario, si es irregular su comportamiento o hay ausencia de algún diente post extracción y las relaciones de contacto consecuentes.

Extender el remodelado coronario a los dientes anteroinferiores de estar afectados para ganar estabilidad y **funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria**.

En pacientes con desdentamiento implicado **valorar la rehabilitación protésica combinada con el ajuste por adición o remodelado coronario**.

Movilidad dentaria. En presencia de movilidad dentaria de uno o varios dientes se procede a la colocación de férulas (de alambre, resina) teniendo en cuenta la oclusión dentaria del paciente y la **restauración de la guía anterior de la oclusión disfuncional**. Después de definida la causa de la movilidad realizar tratamiento conservador, interconsulta o remisión al segundo nivel de atención.

Pérdida dentaria. Se procede a la rehabilitación de estos pacientes que tengan afectada la guía anterior de la oclusión dentaria por desdentamiento, por lo que se procede a realizar tratamiento, para **lograr la funcionalidad de la misma**.

Sobrecarga u oclusión traumática. La sobrecarga oclusal se refiere a cuando la cantidad de fuerza de mordida o fuerza oclusal es mayor de lo que los

dientes pueden soportar, como factores que la pueden desencadenar tenemos las interferencias oclusales, la hipertonicidad muscular y el aumento de estrés. Se le denomina oclusión traumática a 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.²²

Oclusión traumática primaria. Las fuerzas oclusales son anormales y las estructuras periodontales son básicamente fisiológicas, esta es atendida en el nivel primario de atención.

Oclusión traumática secundaria. Ocurre cuando estas fuerzas sean normales o anormales inciden sobre estructuras periodontales debilitadas, y para ellas estas fuerzas serán siempre excesivas, es tributaria del segundo nivel de atención.²²

El tratamiento en la AP estará encaminado a eliminar puntos prematuros de contacto en dientes restaurados y/o modificar estilos de vida de pacientes con parafunciones que conducen a trauma oclusal y puntos de gatillo, en la atención secundaria se procede a tratar la enfermedad periodontal y colocación de férulas para contrarrestar la movilidad, garantizando que en los movimientos mandibulares de protrusión y lateralidad no estén presentes, **logrando funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria.**

Maloclusiones. La maloclusión se corrige con Ortodoncia, ya sea: Interceptiva (durante la etapa infantil). Correctiva (fase adulta), teniendo en cuenta la rehabilitación de la guía anterior de la oclusión dentaria.

Las maloclusiones deben tratarse y corregirse por motivos tanto funcionales como estéticos, sin duda, a nivel funcional se pueden ver alteradas tanto la salud dental como la gingival, así como la articulación ATM, **logrando funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria.**

Para el tratamiento de una oclusión deficiente se debe evaluar cada caso individualmente. La prevención de futuros problemas tanto estéticos como funcionales se consigue a través de un diagnóstico temprano.

RECOMENDACIÓN

En la atención primaria y secundaria de salud se debe garantizar restablecer la guía anterior de la oclusión dentaria de forma personalizada. Es imprescindible el multi uso de la banda de celuloide y el empleo de materiales de restauración acordes a cavidades complejas.

- Los pacientes con sobrecarga meritan ajuste oclusal selectivo, previa relajación muscular.
- La relajación muscular es muy efectiva con férulas transparentes, dentadas, estampadas al vacío.
- En casos de trauma oclusal aplican ambas recomendaciones estructuradas precedentes. En caso de pérdida de tejido dentario combinar ajuste oclusal por adición o remodelado coronario con ajuste oclusal por desgaste selectivo siempre.

¿Qué procederes clínicos son inherentes de la Consulta Interdisciplinaria propiamente?

Consulta Interdisciplinaria: da continuidad a la atención médica del paciente, establece trabajo clínico desde el consenso de expertos para un mejor diagnóstico, remisión, interconsulta y atención de la disfunción de la guía anterior de la oclusión dentaria. Además, integra procederes que por separado no logran restablecer la hegemonía del Sistema Estomatognático, por meritarse trabajo en equipo por sesiones. (Figura 2)

Condicionantes para la Consulta interdisciplinaria

Local ubicado en institución de salud que permita el engranaje multidisciplinario, climatizado o bien ventilado, desprovisto de ruido, de excelente iluminación, que confiera privacidad y permita el examen clínico general y por aparatos. Disponga de conjunto dental, un laboratorio técnico protésico auxiliar con instrumental y equipamiento para el registro de evidencia clínica, discusión diagnóstica e interpretación radiológica.

Equipo de profesionales integrados a la consulta interdisciplinaria

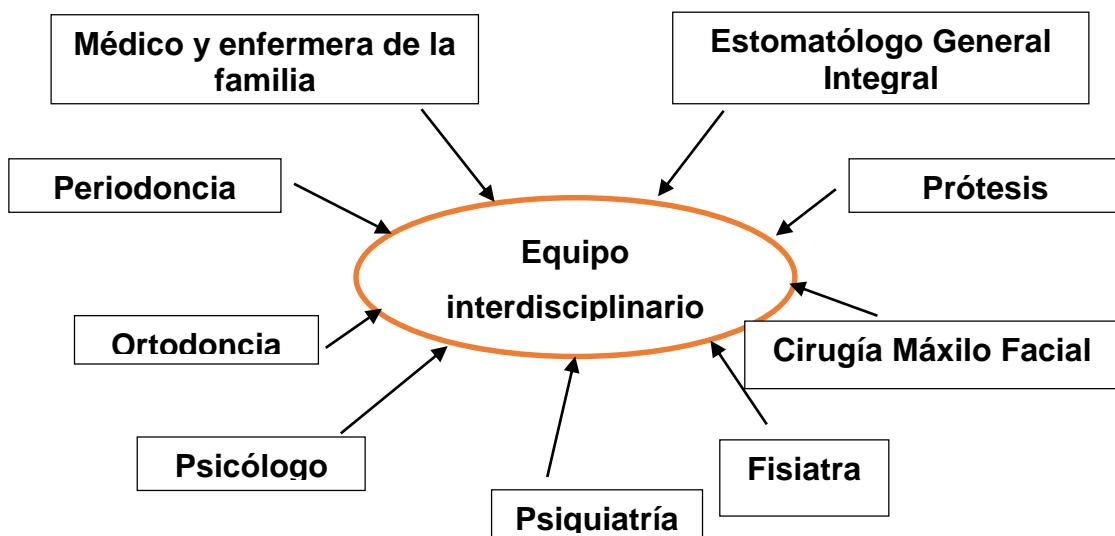


Figura 2. Miembros del equipo interdisciplinario. Elaboración propia

Funciones generales del equipo interdisciplinario

El equipo interdisciplinario para la atención al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional en el segundo nivel de nivel de atención de salud es el responsable de:

1. Acopia información que facilita el paciente y datos que aporta el primer y segundo nivel de atención de salud.
2. Resume las características individuales del paciente, aspectos de la historia clínica familiar, la caracterización psicológica de la familia y el diagnóstico familiar de alteraciones de la oclusión dentaria.
3. Integra los conocimientos de los profesionales del equipo para el tratamiento personalizado al paciente.
4. Vincula la participación activa del paciente. Se solicita el consentimiento informado al paciente, de preferencia junto a sus familiares.
5. Desarrolla la programación del plan de tratamiento en conjunto con otras especialidades médicas: después de haber concluido alguna de las especialidades médicas o aplicando la interconsulta y contra remisión como elementos permanentes dentro de la atención integral que precisa el paciente.
6. Evalúa de forma permanente a los pacientes con afección de la guía anterior de la oclusión disfuncional y ante la presencia de trastornos

temporomandibulares (TTM) se siguen las indicaciones del “Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos temporomandibulares”.¹²

7. Controla, evalúa y da seguimiento a las actividades clínicas planificadas y ejecutadas en el paciente.

Consideraciones organizativas y procedimientos de la Consulta interdisciplinaria.

I. Primera consulta o Primer momento

Tipo de consulta: consulta clasificatoria,

Equipo de trabajo: equipo interdisciplinario

Nivel de atención: segundo nivel de atención.

Unidad asistencial rectora: Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”.

Otras unidades participantes: Hospital General Docente Provincial “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”

Unidades asistenciales beneficiarias: clínicas estomatológicas, departamentos de estomatología y hospitales municipales y provinciales de la provincia Las Tunas.

Objetivos

7. Determinar en los pacientes adultos remitidos los trastornos de la oclusión dentaria y la ATM y su comorbilidad con estados psicológicos y psicosociales
8. Confeccionar historia clínica, aspectos médicos y estomatológicos generales.
9. Estructurar análisis clínico y radiológico
10. Identificar los factores causales que inducen a estos trastornos
11. Hacer al paciente consciente de su condición de acuerdo al diagnóstico establecido
12. Derivar al paciente a servicios médicos especializados, acorde a las prioridades como ente biopsicosocial.
13. Desarrollar la investigación científica.

Frecuencia de la consulta: una vez mensual

Día de la semana: 3^{er} martes de cada mes

Lugar: local de la consulta de cirugía. Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”.

Pacientes asistidos: remitidos del primer y segundo nivel de atención de salud.

II. Segunda consulta o segundo momento

Tipo de consulta: consulta de seguimiento, que la realizará un especialista designado por el equipo, en dúos por disciplinas (Psicología y Estomatología) o el equipo interdisciplinario.

Nivel de atención: segundo nivel de atención.

Otras unidades participantes. Hospital Provincial Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”

Unidades asistenciales beneficiarias: clínicas estomatológicas, departamentos de estomatología y hospitales municipales y provinciales de la provincia Las Tunas.

Unidad asistencial rectora: Clínica Estomatológica Docente “3 de Octubre”.

Objetivos

5. Ejecutar acciones médicas y estomatológicas para el estudio, diagnóstico y tratamiento de urgencias e inactivación de factores causales del paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional.
6. Aplicar la interconsulta, remisión y contra remisión entre especialidades implicadas u otras relacionadas, en dependencia de las individualidades del paciente y los resultados clínicos y radiológicos obtenidos.
7. Desarrollar vínculo de trabajo profesional desde la interdisciplina para programar el plan de tratamiento al paciente.
8. Hacer al paciente consciente de su condición, según sea el caso.

Frecuencia: las requeridas por la complejidad de presentación de las diferentes entidades.

Pacientes asistidos: pacientes examinados en la primera consulta

Frecuencia de la consulta: tercer martes de cada mes

Día de la semana:

Lugar: local de la consulta de cirugía. Clínica Estomatológica Docente 3 de Octubre.

III. Tercera consulta o tercer momento

Tipo de consulta: consulta de valoración evolutiva.

Equipo de trabajo: equipo interdisciplinario.

Objetivos

6. Establecer consultas de evolución periódicas, valoración por etapas y procedimientos terapéuticos.
7. Controlar los episodios que predispongan alteraciones en la oclusión dentaria.
8. Hacer al paciente consciente de su condición.
9. Reevaluar de forma permanente al paciente.
10. Desarrollar seminarios temáticos, discusión clínica y divulgación de los resultados investigativos.

Materiales necesarios

- Complejo dental.
- Instrumental de clasificación.
- Instrumental de higienización.
- Instrumental quirúrgico.
- Instrumental protésico u ortodóncico.
- Esfigmomanómetro.
- Equipo para estudios radiológicos diversos (radiografía periapical, oclusal, panorámica y telerradiografía).
- Medicamentos propios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes adultos con guía anterior de la oclusión disfuncional.

Indicadores de evaluación

- Resolución Ministerial 200/2008
- Reglamento General de Servicios Estomatológicos

Aspectos para la admisión de pacientes en la consulta interdisciplinaria con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional. Los pacientes admitidos en la consulta serán aquellos que:

Sean remitidos de cualquiera de las áreas de salud de la provincia previa evaluación clínica de los facultativos involucrados en el primer y segundo nivel

de atención, con su correcta remisión donde se haga una presentación del caso así como de los tratamientos realizados al efecto.

RECOMENDACIÓN

Interconsultar los resultados con especialistas en Psicología para enfocar el manejo clínico de estos pacientes, e incorporar el trabajo del médico y la enfermera de la familia.

¿Cuál sería el tratamiento medicamentoso de elección en los casos que acudan refiriendo dolor?

Atención médica en dependencia a las particularidades del individuo. Correspondencia con la medicina personalizada.

Ejemplos de casos clínicos tributarios de tratamiento en la Consulta Interdisciplinaria

Ejemplo 1:

Objetivo:

- Restablecer la morfología y funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria con equilibrio en las posiciones y movimientos mandibulares

Caso clínico

- Paciente adulto joven de más de 21 años con desgaste del sector anterior de la oclusión dentaria, sobrecargas, pérdida de la morfología dentaria en ambas arcadas en mayor o menor medida y caries mesial o distal remanente en diente 21.

Acciones en la atención primaria de salud

- Sellar o restaurar diente con tejido carioso con anatomía similar al resto de las estructuras dentarias.

Acciones en la atención secundaria de salud

No está el espacio estructurado para conformar esquemas terapéuticos escalonados, personalizados e integrados, según etapa clínica. El periodontólogo trata oclusión dentaria, limita sobrecarga e interferencias; el

protesista conforma férula miorrelajante, el ortodontista dado el caso clínico expande el arco dentario.

¿Cómo se restablece la oclusión dentaria con equilibrio en las posiciones y movimientos mandibulares desde la funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria?

Acciones clínicas

- Toma de impresiones
- Vaciado de impresiones con yeso extraduro
- Transporte con arco facial
- Montaje en articulador semiajustable Dentatus ARL
- Remodelado coronario por técnica indirecta de adición SS con ferulización.²³
- Evolución clínica
- Valorar remisión al tercer nivel de atención de salud a la Consulta de Oclusión Dentaria y ATM.

Ejemplo 2:

Objetivo

- Propiciar las excusiónes libres de la mandíbula sin interferencias y sobrecargas en el sector posterior y funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria desde una estrategia integral de tratamiento.

Caso clínico

- Paciente masculino de 42 años de edad con obturación ocluso-mesiodistal (MOD) de amalgama en los dientes 36 y 37, con disminución de la altura cuspidea, dificultad en las relaciones de contacto oclusal durante las excusiónes libres de la mandíbula y posiciones. Carencia de la morfología dentaria funcional y estética, inestabilidad en las relaciones proximales de contacto y la curva de compensación.

Acciones en la atención primaria

- Plan de tratamiento convencional (no personalizado) con restauraciones en dientes 36 y 37 con correcto remodelado coronario, restableciendo plano de la oclusión y comprobar la adecuada función de la guía anterior de la oclusión dentaria.

Acciones en la atención secundaria

- Restablecer plano de la oclusión, equilibrio de las curvas de compensación mediante un remodelado coronario en dientes 36 y 37 por adición y desgastes. Tener en cuenta Fórmula de Hanau. Ecuación (1)
- Colocación de férula oclusal estampadas al vacío de diferentes grosores y flexibilidad

¿Cómo se restablece la oclusión dentaria con equilibrio en las posiciones y movimientos mandibulares desde la funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria?

Acciones clínicas

- Toma de impresiones
- Vaciado de impresiones con yeso extraduro
- Transporte con arco facial
- Montaje en articulador semiajustable Dentatus ARL.
- Realizar cavidades terapéuticas convencionales en dientes 36 y 37, teniendo en cuenta las modificaciones clínicas en consecuencia a la Fórmula de Hanau. Ecuación (1)
- Colocación de férulas estampadas al vacío de diferentes grosores y flexibilidad¹⁴
- Remodelado coronario por técnica indirecta de adición SS con ferulización.²³ En dependencia de la presencia de desgaste dentario como signo de parafunción
- Aplicar estrategias de intervención psicológica y social en dependencia a las características personológicas del individuo, de la comunidad y el contexto social en que se desarrolla.
- Evolución clínica
- En caso de mantener los signos y síntomas de actividad parafuncional o complicada evolución a parasomnia valorar remisión al tercer nivel de atención de salud a la Consulta de Oclusión Dentaria y ATM.

$$C = \frac{\text{Inclinación cóndilar} + \text{Guía incisal}}{\text{Plano oclusal} + \text{Inclinación cuspidea} + \text{Curva de compensación}} \quad (1)$$

C= Oclusión Balanceada

Ecuación 1: Fórmula de Hanau

Ejemplo 3:

Objetivo

- Propiciar las excursiones libres de la mandíbula sin interferencias y sobrecargas en el sector posterior y funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria desde una estrategia integral de tratamiento.

Caso clínico

- Paciente femenino de 34 años de edad con pérdida de diente 21 y guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional, resto de las estructuras dentarias naturales en boca, parafunción y caries con destrucción coronaria de molares inferiores.

Acciones en la atención primaria

- Plan de tratamiento convencional (no personalizado) que organiza la restauración dentaria con prioridad para el sector posterior, que impone limitaciones en los movimientos mandibulares y la durabilidad de las restauraciones de molares al no permitirse el lado de balanceo en el plano sagital por disfuncionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria.

Acciones en la atención secundaria

- La espera a culminar el tratamiento de la atención primaria de salud a expensa de repeticiones de procederes y acúmulo de citas para poder rehabilitar el sector anterior de la oclusión dentaria.
- Dilata la valoración periodontal y procederes conjuntos

¿Cómo se restablece la oclusión dentaria con equilibrio en las posiciones y movimientos mandibulares desde la funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria?

Acciones clínicas

- Toma de impresiones
- Vaciado de impresiones con yeso extraduro
- Transporte con arco facial
- Montaje en articulador semiajustable Dentatus ARL
- Valorar tipo de rehabilitación protésica fija en el diente 21
- Esquema de relajación con férulas transparentes estampadas al vacío de diferentes grosores y flexibilidad¹⁴
- Remodelado coronario por técnica indirecta de adición SS con ferulización.²³ En dependencia de la presencia de desgaste dentario como signo de parafunción
- Aplicar estrategia de intervención psicológica y social
- Evolución clínica
- En caso de mantener los signos y síntomas de actividad parafuncional o complicada evolución a parasomnia valorar remisión al tercer nivel de atención de salud a la Consulta de Oclusión Dentaria y ATM

Ejemplo 4:

Objetivo

- Propiciar las excursiones libres de la mandíbula sin interferencias y sobrecargas en el sector posterior y funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria desde una estrategia integral de tratamiento que aborde estilos de vida saludable.

Caso clínico

- Paciente masculino de 40 años de edad, presenta obturaciones en los dientes 11 y 21 desplazadas a repetición, desgaste dentario en diferentes grupos dentarios e interferencias en zona posterior durante los movimientos mandibulares en el plano sagital y horizontal, así como dolor espontáneo no identificado en zona de dientes anteriores. Paciente con estilo de vida no saludable.

Acciones en la atención primaria

- Plan de tratamiento convencional no personalizado que organiza la restauración dentaria con prioridad para el sector posterior, que impone limitaciones en los movimientos mandibulares y la durabilidad de las

restauraciones de molares al no permitirse el lado de balanceo en el plano sagital por disfuncionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria.

Acciones en la atención secundaria

- La espera a culminar el tratamiento de la AP de salud a expensa de repeticiones de procederes y acúmulo de citas para poder rehabilitar el sector anterior de la oclusión dentaria.
- Dilata la valoración periodontal y procederes conjuntos

¿Cómo se restablece la oclusión dentaria con equilibrio en las posiciones y movimientos mandibulares desde la funcionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria?

Acciones clínicas

- Toma de impresiones
- Vaciado de impresiones con yeso extraduro
- Transporte con arco facial
- Montaje en articulador semiajustable Dentatus ARL
- Remodelado coronario por técnica indirecta de adición SS con ferulización.²³ En dependencia de la presencia de desgaste dentario como signo de parafunción
- Esquema de relajación con férulas transparentes estampadas al vacío de diferentes grosores y flexibilidad¹⁴
- Aplicar estrategia de intervención psicológica y social
- Evolución clínica
- En caso de mantener los signos y síntomas de actividad parafuncional o complicada evolución a parasomnia valorar remisión al tercer nivel de atención de salud a la Consulta de Oclusión Dentaria y ATM.

Possibles diagnósticos para remitir al tercer nivel de atención de salud

- Pacientes con diagnóstico clínico de Bruxismo del sueño
- Pacientes rehabilitados con TTM
- Pacientes rehabilitados objetos de fracturas frecuentes de aparato protésicos y estructuras dentarias
- Pacientes con crisis parafuncional

- Pacientes con trastornos del sueño mantenido
- Pacientes necesitados de diagnóstico definitivo de bruxismo
- Pacientes con remisión y contra remisión de especialidades médicas
- Pacientes con diagnóstico definitivo polisomnográfico de bruxismo del sueño

Importante para el paciente. Los profesionales desarrollan todas las acciones imbricadas en el protocolo; no obstante, es definitorio para su éxito la participación como ente activo del propio paciente e identificar sus expectativas sobre el tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Montero Parrilla JM, Morais Chipombela Ld, Semykina O. La oclusión dentaria en interacción con la postura corporal. RevCubanaEstomatol [Internet]. 2014 [citado 4 Feb 2021]; 51(1). Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view>
2. Díaz Gómez SM, Gutiérrez Hernández ME, Grau-León IB, Díaz-Miralles M, Puerto-Pérez TV, Vara-Delgado AE. Procedimientos clínicos interdisciplinarios para un nuevo enfoque del bruxismo desde la integración médica en Cuba. Archméd Camagüey [Internet] 2021 [citado 2023 Feb 14]; 25(5): e8473. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8473>
3. Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guía Prácticas Clínicas de la oclusión. En: Sosa Rosales M de la C, editor. Guía Prácticas Clínicas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003 [citado 2023 Feb 14]; pp. 261. Disponible en: <https://docer.com.ar/doc/n101evc>
4. Apodaca Lugo A. Fundamentos de oclusión. Docer Argentina. Capítulos 1, 3 y 6 [Internet]. 2021 Disponible en: <https://dokumen.tips/education/fundamentos-de-occlusion-5584bc292cb7c.html>
5. Díaz Gómez SM, Díaz Miralles M, González Guerrero E, Marín Fontela GM, Díaz Acosta IC. Instrumento clasificador para el examen de la guía anterior de la oclusión. AMC [Internet]. 2016 Dic [citado 2022 Nov 30]; 20(6): 597-608. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000600003&lng
6. Cárdenas Erosa R, Mendiburu Zavala CE, Cortes Carrillo D, Navarro Zapata D, Lugo Ancona P. Guía Anterior como factor etiológico del dolor de la articulación temporomandibular. Rev. Mex. Intra MedJournal [Internet] 2012; [citado 2023 Feb 14]; 1 (3): [aprox.6p.] Disponible en: <https://www.intramed.net/content/80237>

7. Okeson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. [Internet]. 8 ed. España: Elsevier; 2019 [citado 12/01/2023]. Disponible desde: <https://www.edicionesjournal.com/catalogo/catalogo.pdf>
8. Companioni Landín F, Bachá Rigal Y. Anatomía aplicada a la estomatología. Editorial Ciencias Médicas. 2012. (Libro impreso)
9. Osorio Ayala LD, Paredes Tenesaca D, Parra Calle MJ, Pesández Ibarra MJ, Yunca Picón MY, Barzallo Sardi V. Importancia de la guía anterior en el tratamiento de ortodoncia: Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.2020. [citado 2023 Feb 14]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-61/>
10. Díaz Miralles M, Díaz Gómez SM, Hidalgo Hidalgo S, Viña Villafañas V, Paz Latorre E. Algoritmo preceptivo de variantes tipológicas del desgaste dentario en la guía anterior del paciente bruxópata. Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual) [Internet]. La Habana: Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez; 2020 [citado 12 Dic 2022]. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view>
11. Arias Capote JC, Hidalgo Mesa CJ, Hidalgo Cepero HE. Utilidad de las guías, protocolos y algoritmos en la práctica clínica. Rev cubana med [Internet]. 2019Mar [citado 2023 feb07];58(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232019000100005&lng
12. Ros Santana M. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las Alteraciones del complejo cóndilo-disco e inflamatorias de la Articulación Temporomandibular [tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Estomatología “CELIA SÁNCHEZ MANDULEY”; 2015 [citado 12 Dic 2018]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=575&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26FK%3D%2BRos%2BSantana%2BMarcos%2B%26RP%3D5%26SR%3D0%26ST%3DQuick>

13. Bastarrechea Milián MM. Protocolo de atención estomatológica integral al paciente de riesgo quirúrgico. [Repository de Tesis en Ciencias Biomédicas y de la Salud de Cuba](https://tesis.sld.cu/index.php/index.php?P=FullRecord&ID=684). [Internet]. 2021. [citado 2023 Ene 14]; Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php/index.php?P=FullRecord&ID=684>
14. Colectivo de autores. Manual de procedimientos para laboratorio de prótesis estomatológicas. Editorial Ciencias Médicas, 2015. La Habana. Cuba. [citado 2023 Ene 14]; ISBN 978-959-212-962-7 Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/manual_proced_laboratorio_protesis/cap_4.pdf
15. Moya MP, Marquardt K, Olate S. Caracterización de la Función Mastectoria en Estudiantes Universitarios. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2017 Dic [citado 2024 Jun 23]; 11(4): 495-499. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000400495&lng=es
16. Martín Alfonso L. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 Sep [citado 2024 Ago 09]; 29(3): 275-281. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012&lng=es.
17. Coltro Maria P, Villarinho Eduardo A, Shinkai Rosenary SA. Impacto Biopsicosocial de la Rehabilitación Oral Soportada por Implantes: Revisión Analítica de Instrumentos de Investigación. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2022 Dic [citado 2024 Jun 19]; 16(4): 564-571. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2022000400564&lng=es
18. Bissinger R, Müller DD, Reymus M, Khazaei Y, Hickel R, Bücher K, Kühnisch J. Treatment outcomes after uncomplicated and complicated crown fractures in permanent teeth. Clin. Oral Investig. 2021 Jan; [citado 2024 Jun 19]; 25(1): 133-143. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32705398/>
19. Shahmohammadi R, Sheikhnezami M, Moradi S, Jafarzadeh H, Azarpazhooh A. Treatment Outcomes of Permanent Immature Teeth with

- Crown Fracture: A Retrospective Cohort Study. J Endod. 2021 Nov; [citado 2024 Jun 19]; 47(11):1715-1723. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34478786/>
20. Lugo-Ancona P, Cárdenas-Erosa R, Mendiburu-Zavala C, Navarro-Zapata D, Cortes-Carrillo D, Becerril-Álvarez E. Prevalencia de interferencias oclusales en pacientes rehabilitados con prótesis de la unidad móvil de Valladolid, Yucatán, México. Acta OdontolVenezol. 2013; [citado 2024 Jun 19]; 51(4):1-6. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/4/art-13/>
 21. Díaz Gómez SM. Protocolo de procederes clínicos para la atención del paciente adulto con bruxismo. Cátedra multidisciplinaria para el estudio de la oclusión dentaria Plácido Ardanza Zulueta. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey; 2021
 22. Noguera-Planas M, Molinet-Mompié G, Diz-Suárez G. Oclusión traumática y Bruxismo en la Disfunción Temporomandibular. MULTIMED [revista en Internet]. 2017 [citado 28 Jun 2024]; 19 (6): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/431>
 23. Castañeda Calderón SS. Recuperación funcional de la guía anterior en pacientes adultos desdentados parciales con bruxismo. Trabajo de terminación de especialidad. 2019

Anexos

Anexos. 1 Consentimiento Informado

A través de la presente, declaro y manifiesto, libre y espontáneamente y en consecuencia acepto que:

- 24. He sido informado /a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido.
- 25. Tengo conocimiento del procedimiento a realizar.
- 26. El procedimiento no tiene riesgo alguno para mi salud.

Doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento.

Nombre del paciente:_____

Firma:_____

Fecha:_____

Firma del especialista que realizara el tratamiento:_____

Anexo 2 Algoritmo para ajuste oclusal por adición con resinas compuestas fotopolimerizables⁽¹⁾

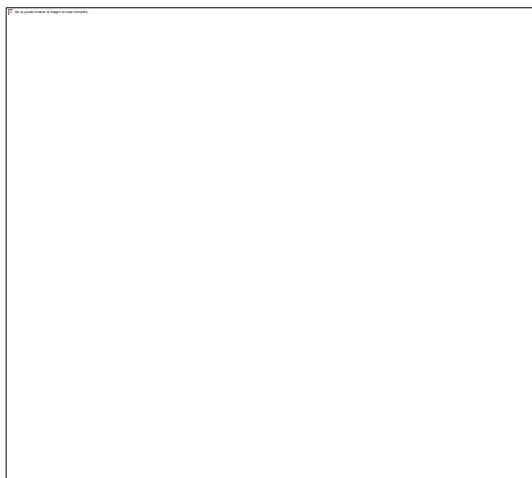


FIG. 1 Vista frontal de las arcadas dentarias en PMI, con signos de desgastes en las caras incisales de los dientes antero-superiores.

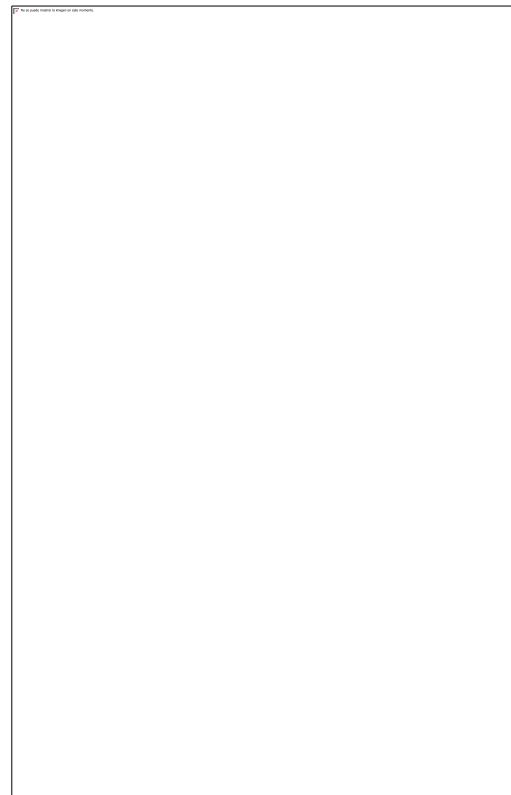


FIG. 2 Toma de las impresiones de las arcadas dentarias de la cavidad bucal, con alginato como material de impresión utilizando cubeta comercial perforada. Posterior lavado y crítica de las impresiones.

⁽¹⁾ Díaz Gómez SM. Protocolo de procederes clínicos para la atención del paciente adulto con bruxismo. Cátedra multidisciplinaria para el estudio de la oclusión dentaria Plácido Ardanza Zulueta. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey; 2021

Figura No 3 Se realiza

FIG. 3 Vaciado de las impresiones en yeso extraduro, obtención de modelos de estudio y evidencia del desgaste dentario de los dientes anteriores.

FIG. 4 Transporte con el arco facial del articulador semiajustable de las individualidades del sistema estomatognático del paciente.

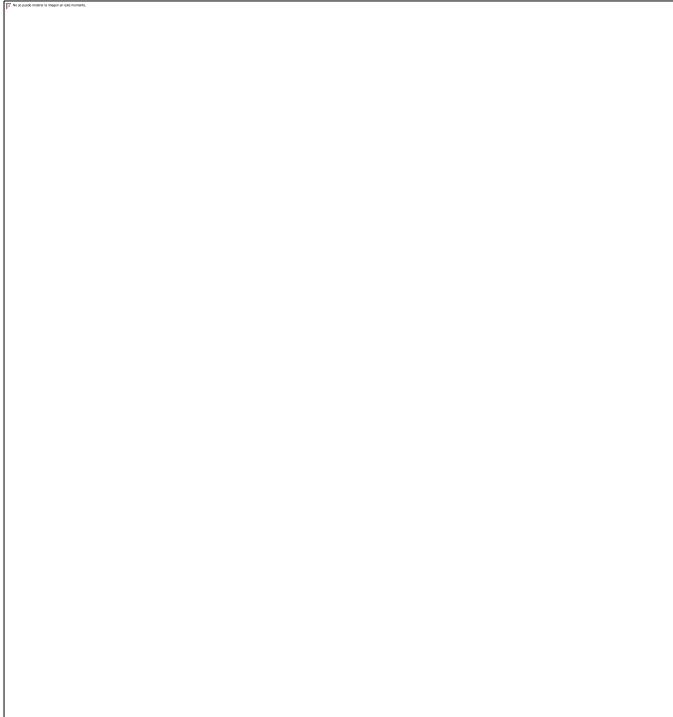
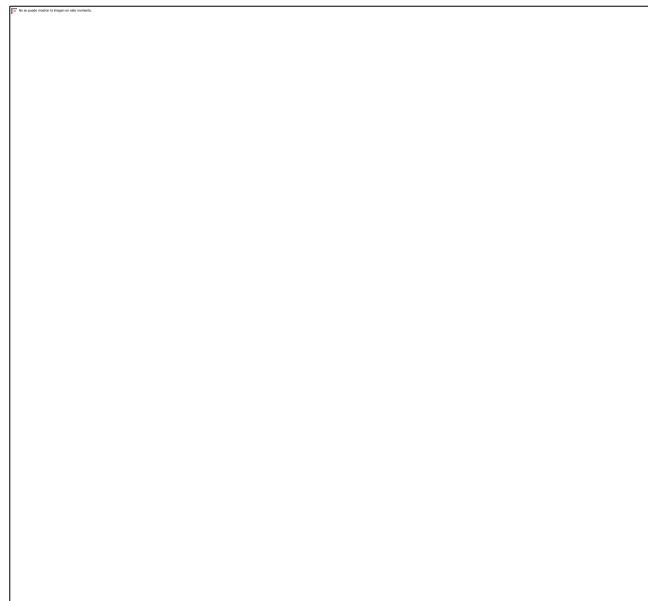


FIG. 5 Montaje del modelo de yeso de la arcada superior en el articulador semiajustable (A.R.L Dentatus).

FIG. 6 Desenrosque del modelo superior, encerado de la sustancia dentaria perdida debido al desgaste dental patológico, con cera para patrones en los dientes que lo precisen.

Se agrega la cera hasta delimitar la anatomía dental, previamente analizado y planificado en los modelos montados en el articulador semiajustable (A.R.L- Dentatus).



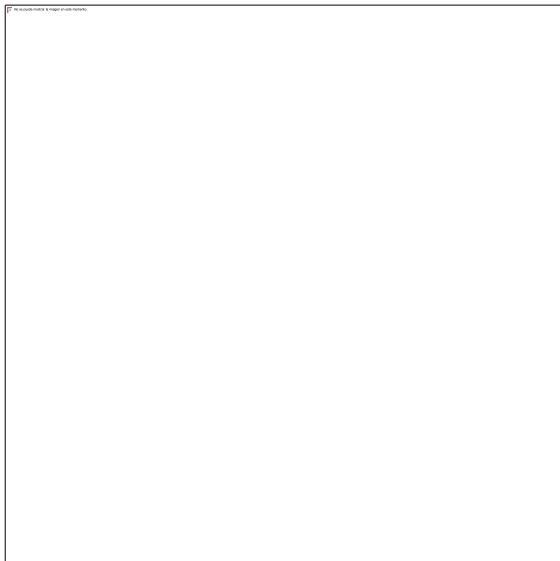


FIG. 7 Proceso de duplicado del modelo de yeso por método directo con el uso de la cubeta comercial o stock perforado, utilizando como materiales dentales el alginato o la gelatina una vez realizado el encerado, el examen funcional y el ajuste de la oclusión en el articulador semiajustable.

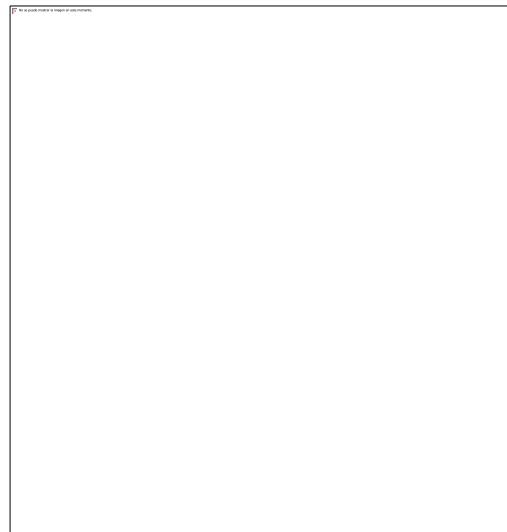


FIG. 8 Obtención del modelo de trabajo con yeso extraduro, con las restauraciones de las estructuras dentarias realizadas previamente en cera. Además del ajuste oclusal realizado por adición y tallado selectivo.

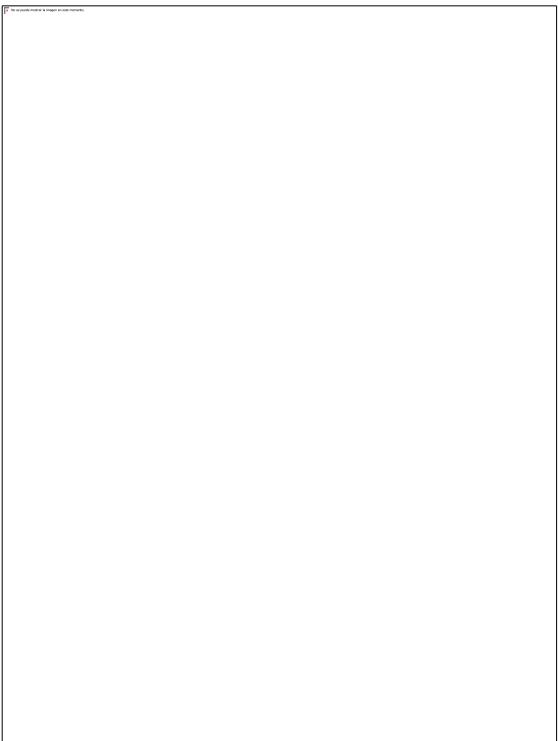


FIG. 9 Análisis del modelo superior encerado y su antagonista montados en el articulador semiajustable (A.R.L-Dentatus) y ajuste de la oclusión con empleo de papel articular interpuesto en las arcadas dentarias en las diferentes posiciones y movimientos mandibulares (Oclusión Céntrica, Propulsión, Lateralidad derecha e izquierda), según las interferencias detectadas.

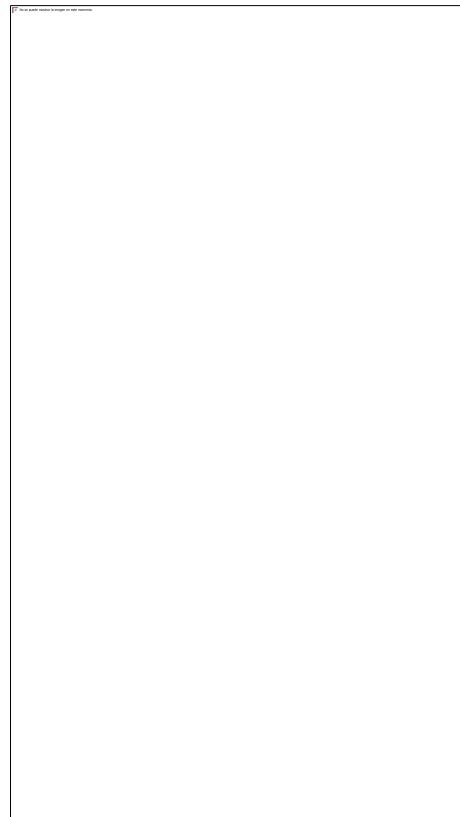


FIG. 10 Confección en el Vacum de férula oclusal transparente estampada al vacío. Se obtiene una férula como método guía, para la restauración estética y funcional de la guía anterior afectada por desgaste dental en el paciente con bruxismo y a su vez ajuste oclusal por adición con resinas compuestas fotopolimerizables.

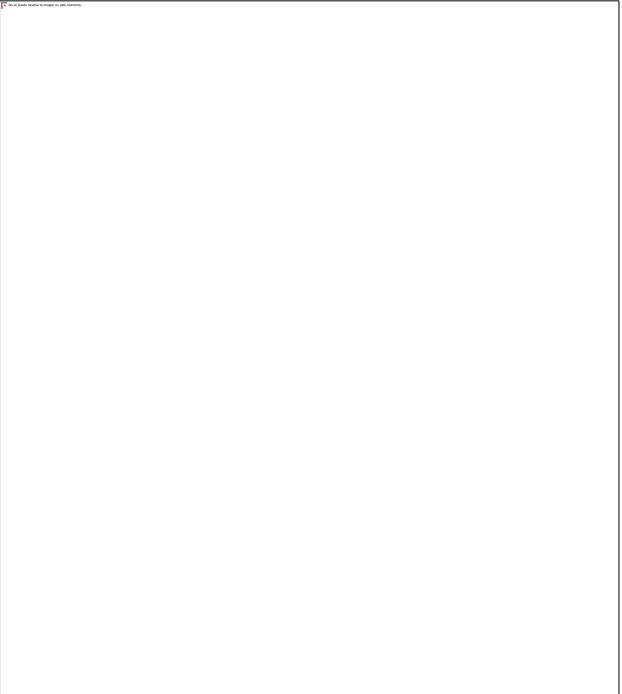
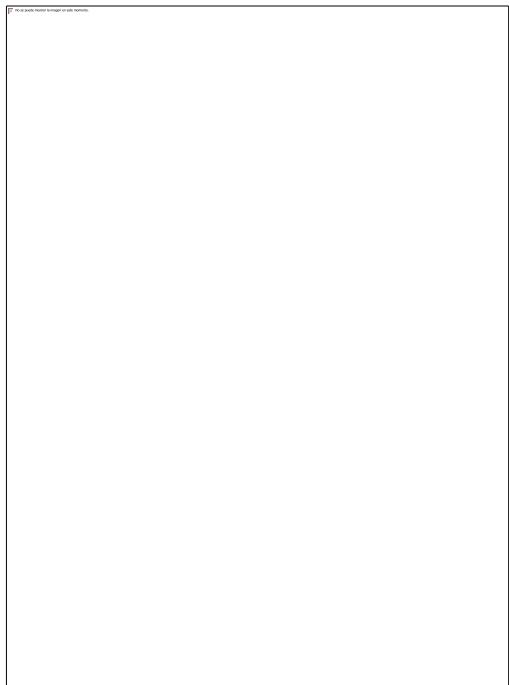


FIG. 11 Prueba inicial en boca de la férula oclusal transparente estampada al vacío; sobre las estructuras dentarias con desgaste.

Detección del espacio vacío que precisa de material restaurador para la rehabilitación de la guía anterior afectada y llegar al plano incisal adecuado, para restablecer estética, armonía y funcionalidad de las relaciones oclusales.

FIG. 12 Preparación de las cavidades dentarias atípicas en los dientes con desgaste que conforman el grupo dentario de la guía anterior. La retención se realizará a expensa de penetraciones, según grado de desgaste, en los extremos perpendiculares del surco lineal que se extiende sobre toda la superficie desgastada.



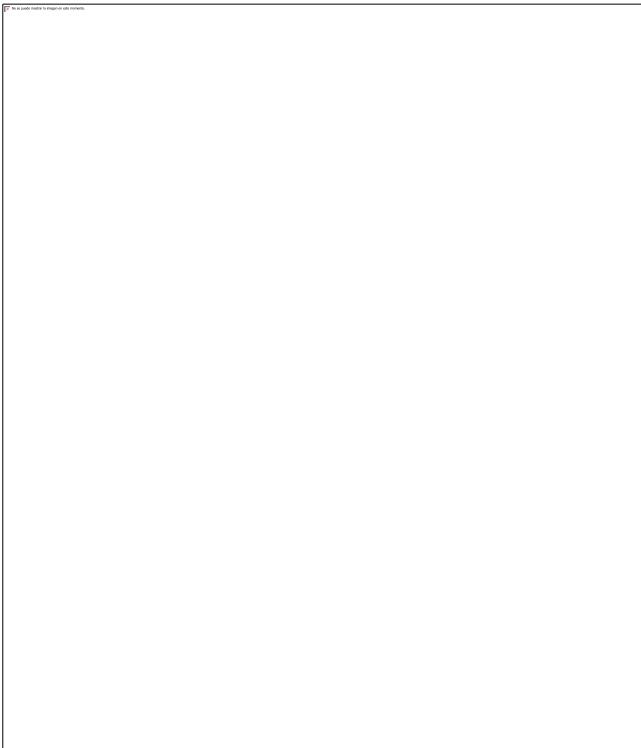


FIG. 13 Colocación del material restaurador (Resinas Compuestas Fotopolimerizables), utilizando la férula oclusal transparente estampada al vacío como guía funcional de la restauración. Chequeo y ajuste de la oclusión. Acabado y pulido final de las restauraciones.

Permanencia de la férula oclusal guía sobre la restauración finalizada, para proteger la superficie dentaria y la distribución equitativa de los

puntos de contactos oclusales y proximales. Indicación al paciente del uso, cuidado e higiene correcta de la férula oclusal transparente estampada.

Anexo III.13 Resultados de evaluación por los jueces según instrumentos de evaluación utilizados. (AGREE II, ECDOCE, Escala cubana de Morales Navarro)

Evaluadores	Recomendaciones de los expertos											
	AGREE			ECDOCE				Escala cubana de Morales Navarro				
	R	MR	NR	MR	R	PR	NR	AF	MF	DM	MD	AD
Evaluador 1	x			x				x				
Evaluador 2	x			x				x				

AGREE

R Recomendado

MR Medianamente recomendado

NR No recomendado

ECDOCE

MR Muy recomendado

R Recomendado

PR Parcialmente recomendado

NR No recomendado

Escala cubana de Morales Navarro

AF Altamente fácil

MF Medianamente fácil

DM Dificultad media

MD Medianamente difícil

AD Altamente difícil:

Anexo III.14 Distribución de los resultados de los indicadores evaluativos de estructura del protocolo durante el estudio piloto.

Indicadores de estructura	Satisfactoria ≥ 90 %	
	No	%
1. Condiciones del servicio	1	100
2. Condiciones de las unidades dentales e instrumental	4	100
3. Disponibilidad de Medicamentos e insumos	20	100
4. Capacitación del personal	4	100
5. Disponibilidad de recursos para la recogida de datos.	5	100

Anexo III.15 Distribución de los resultados de los indicadores evaluativos de proceso del protocolo durante el estudio piloto.

Indicadores de procesos	Satisfactoria ≥ 90 %		Medianamente satisfactoria 89 – 80 %	
	No	%	No	%
Diagnóstico y tratamiento adecuado de las afecciones de la guía anterior.	24	100	0	0
Cumplimiento del algoritmo de atención según protocolo	23	95,8	1	4,17

Anexo III.16

Tabla III.8. Indicadores de resultados del protocolo, durante el estudio piloto, según Test de satisfacción grupal de IADOV para usuario y pacientes

Usuarios	Clara satisfacción		Más satisfechos que insatisfechos		ISG IADOV	
	No	%	No	%	Estimación	Interpretación
Especialistas	4	100	0	0	1	Máximo de satisfacción
Pacientes	22	91,6	2	8,3	0,958	Máximo de satisfacción
Total	26	92,9	2	8,3	0,964	Máximo de satisfacción

*Índice de Satisfacción grupal de IADOV