



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**EVALUACIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL DEL ADULTO MAYOR DE
65 A 80 AÑOS REHABILITADO CON PRÓTESIS COMPLETA EN EL
CENTRO MATERNO INFANTIL “MANUEL BARRETO” EN EL MES DE
JUNIO DEL 2018**

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

PRESENTADO POR:

BACHILLER: CUNZA GONZALES, NELLY CINTHYA

ASESOR: CD. Esp. ÁVILA NAPÁN, FERNANDO

LIMA – PERÚ

2018

TESIS

**EVALUACIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL DEL ADULT
MAYOR DE 65 A 80 AÑOS REHABILITADO CON PRÓTESIS
COMPLETA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL “MANUEL
BARRETO” EN EL MES DE JUNIO DEL 2018**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: CUNZA GONZALES, NELLY CINTHYA

ASESOR: CD. Esp ÁVILA NAPÁN, FERNANDO

ÁREA DE INTERÉS: EVALUACIÓN Y CONTROL DE
PROTESIS DENTAL

EJE TEMÁTICO: EVALUACIÓN EN SALUD BUCAL

LIMA – PERÚ

2018

A Dios, por permitirme tener fuerza y salud para terminar mi carrera, a mis padres, Engor y Mirza por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida.

A mi hermana Pamela, por su paciencia toda la ayuda que me brindo para concluir mis estudios.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por ser el mejor ejemplo para mí.

A mis docentes en especial al Dr. Fernando Ávila Napan y a la Dra. Rosa Quiroz, por su apoyo constante para poder desarrollar la presente investigación.

RESUMEN

En la presente investigación se estudió la relación entre la dimensión vertical oclusal y la dimensión vertical en reposo en pacientes adultos mayores de 65-80 años evaluados en el Centro Materno Infantil "Manuel Barreto" en el mes de junio del año 2016. El estudio fue no experimental, descriptivo, transversal. Se evaluó un total de 100 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión del Programa "Vuelve a Sonreír" de los pacientes que fueron evaluados en el Hospital "Manuel Barreto" en el rango de 65 a 80 años.

Entre los principales resultados la prevalencia de la distancia de la dimensión vertical oclusal es de 76 mm con un 24 % y con menor prevalencia de 67mm, 68mm y 81mm (1%) La prevalencia de la distancia de la dimensión vertical postural es de 79 mm con un 24 % y con menor prevalencia de 70mm, 71mm, 84mm (1%).La prevalencia del factor que influye en la pérdida de las piezas dentarias es la enfermedad periodontal y predominante en el género femenino con un 62% .Existe diferencia significativa entre el DVO1 y DVO2, 69 % presentó una disminución de la dimensión vertical oclusal.

No Existe diferencia significativa entre el DVR1 DVR2, 95 % mantuvieron la dimensión vertical postural. Si existe espacio libre ideal con un 88%.

Palabras clave: Dimensión vertical oclusal, dimensión vertical en reposo.

ABSTRACT

In the present investigation, the relationship between the vertical occlusal dimension and the vertical dimension at rest in adult patients aged 65-80 years evaluated in the Maternal and Child Center "Manuel Barreto" in June 2016 was studied. The study was not experimental, descriptive, transversal. A total of 100 patients were evaluated, who met the inclusion criteria of the Vuelve a Sonreír Program "of the patients who were evaluated in the" Manuel Barreto "Hospital in the range of 65 to 80 years.

Among the main results, the prevalence of the distance of the vertical occlusal dimension is 76 mm with 24% and with a lower prevalence of 67 mm, 68 mm and 81 mm (1%). The prevalence of the distance of the vertical postural dimension is 79 mm with 24% and with a lower prevalence of 70mm, 71mm, 84mm (1%). The prevalence of the factor that influences the loss of dental pieces is periodontal disease and predominant in the female gender with 62%. There is a significant difference between DVO1 and DVO2, 69% showed a decrease in the vertical occlusal dimension.

There is no significant difference between the DVR1 DVR2, 95% maintained the postural vertical dimension. If there is ideal free space with 88%.

Key words: Vertical occlusal dimension, Vertical dimension at rest

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
INTRODUCCION	13
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 Descripción de la realidad problemática	14
1.2 Formulación del problema	14
1.2.1 Problema principal	14
1.2.2 Problema secundario	16
1.3 Objetivos de la investigación	16
1.3.1 Objetivo principal	
1.3.2 Objetivo secundario	17
1.4 Justificación de la investigación	18
1.4.1 Importancia de la investigación	18
1.4.2 Viabilidad de la investigación	19
1.5 Limitaciones del estudio	19
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	20
2.1 Antecedentes de la investigación	20
2.2 Bases teóricas	25
2.2.1 Las relaciones intermaxilares	26

2.2.2 La dimensión vertical	26
2.2.3 Dimensión vertical en reposo	27
2.2.4 Dimensión vertical oclusal	28
2.2.5 Métodos para determinar la dimensión vertical	29
2.2.6 Métodos subjetivos	29
2.2.6.1 Métodos subjetivos y su clasificación	29
2.2.6.2 Método de la deglución	29
2.2.6.3 Método fonético	30
2.2.6.4 Método de posición en reposo	30
2.2.6.5 Método de la sensibilidad táctil	31
2.2.7 Método Objetivo	31
2.3 Definición de términos básicos	32
CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	34
3.1 Variables	34
3.2 Definición conceptual	34
3.3 Operacionalización de variables	35
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	36
4.1 Diseño metodológico	36
4.1.1 Tipo de Investigación	36
4.2 Diseño muestral	36
4.2.1 Población	36
4.2.2 Muestra	37
4.2.3 Criterios de inclusión y exclusión	37
4.2.4 Unidad de análisis	37

4.3 Técnicas de recolección de datos	37
4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	39
4.5 Aspectos éticos	39
CAPÍTULO V PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	40
5.1 Análisis descriptivo	40
5.2 Análisis inferencial	51
5.3 Discusión	
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	72
FUENTES DE INFORMACIÓN	73
ANEXOS	
Anexo 1: Carta de presentación.	
Anexo 2: Constancia de desarrollo de la investigación.	
Anexo 3: Consentimiento informado.	
Anexo 4: Instrumento de recolección de datos.	
Anexo 5: Matriz de consistencia.	
Anexo 6: Fotografías.	

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla Nº 1 Distribución de los pacientes que conformaron la muestra por género.	40
Tabla Nº 2 Distribución de los pacientes que conformaron la muestra según el tipo de reborde.	42
Tabla Nº 3 Distribución de las pacientes que conformaron la muestra según los factores que influyen en la pérdida de piezas dentarias.	44
Tabla Nº 4 Distribución de las medidas de dimensión vertical oclusal inicial.	46
Tabla Nº 5 Distribución de las medidas de dimensión vertical en reposo inicial.	48
Tabla Nº 6 Distribución de las medidas de diámetro vertical oclusal final.	
Tabla Nº 7 Distribución de las medidas de dimensión vertical en reposo final.	52
Tabla Nº 8 Distribución de los valores de la dimensión vertical oclusal inicial. según sexo.	54
Tabla Nº 9 Distribución de los valores de la dimensión vertical en reposo inicial según sexo.	55
Tabla Nº 10 Distribución de los valores de la dimensión vertical oclusal final según sexo.	56
Tabla Nº 11 Distribución de los valores de la dimensión vertical en reposo final según sexo	57
Tabla Nº 12 Tabla de contingencia entre factores y género.	58

Tabla Nº 13 Distribución de los valores de la dimensión vertical oclusal inicial según los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias.	60
Tabla Nº 14 Distribución de los valores de la dimensión vertical en reposo inicial según los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias.	61
Tabla N.º 15 Distribución de los valores de la dimensión vertical oclusal final según los factores que influyen la pérdida de las piezas dentarias.	62
Tabla Nº 16 Distribución de los valores de la dimensión vertical en reposo final según los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias.	63

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Distribución de la frecuencia de los pacientes que conformaron la muestra por género.	41
Gráfico N° 2: Distribución de los pacientes que conforman la muestra según la forma de reborde.	43
Gráfico N° 3: Distribución de los pacientes que conformaron la muestra según los factores que influyeron en la pérdida de piezas dentarias (frecuencia).	43
Gráfico N° 4: Distribución de las medidas de la dimensión vertical oclusal inicial.	47
Gráfico N° 5: Distribución de las medidas de la dimensión vertical en reposo.	49
Gráfico N.º 6: Distribución de las medidas de la dimensión vertical oclusal final(frecuencia)	51
Gráfico N° 7: Distribución de las medidas de la dimensión vertical en reposo final.	53
Gráfico N° 8: Grafica de contingencia entre factores y géneros.	59

INTRODUCCION

En una evaluación integral durante la consulta odontológica el profesional debe abarcar un examen completo que envuelve no solo estructura dentales, si no tejidos blandos y al esqueleto del sistema estomatognático. Cuando se realiza un tratamiento de rehabilitación en pacientes totalmente desdentados o con pérdida de soporte y/o mordida inestable, deben pasar por diferentes etapas clínicas como de laboratorio, así como una planificación bien estructurada, para poder acercarnos así a un término exitoso. Por lo que, una de las etapas más importantes tanto en la elaboración como en el funcionamiento de la prótesis es la determinación y registro de la dimensión vertical oclusal, definida como aquella medición de la altura del tercio inferior del rostro determinada entre dos puntos arbitrariamente seleccionados y convencionalmente localizados, uno en el maxilar superior (nasal o subnasal) y el otro en la mandíbula (mentón), coincidentes en la línea media, con los dientes en oclusión.

Su registro adecuado constituye uno de los procedimientos más críticos. En la literatura se describen muchos métodos utilizados para determinar la Dimensión Vertical Oclusal, con métodos que incluyen la posición fisiológica postural, fonética, estética, cronométricos, deglución, cefalométricos, pre-extracción, radiográficos, estéticos, de apertura en reposo, entre otros.

En este estudio se tomó en cuenta un punto fijo en este caso la base de la nariz y un punto móvil, el mentón para poder llevar a cabo nuestras medidas para realizar la presente investigación

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Cuando se realiza un tratamiento de rehabilitación en pacientes totalmente desdentados o con pérdida de soporte y/o mordida inestable, deben pasar por diferentes etapas clínicas como de laboratorio, así como una planificación bien estructurada, para poder acercarnos así a un término exitoso.

Una de las etapas más importantes tanto en la fabricación como en la función de la prótesis es la determinación y registro de la dimensión vertical oclusal, la cual está definida como una medición de la altura del tercio inferior del rostro determinada entre dos puntos arbitrariamente seleccionados y convencionalmente localizados, uno en el maxilar superior (nasal o subnasal) y el otro en la mandíbula (mentón), que coincidan con la línea media, con los dientes en oclusión.

Su registro adecuado constituye uno de los procedimientos más críticos. En la literatura se describen muchos métodos utilizados para determinar la Dimensión Vertical Oclusal, con métodos que incluyen la posición fisiológica postural, fonética, estética, cronométricos, deglución, cefalométricos, pre-extracción, radiográficos, estéticos, de apertura en reposo, entre otros.

El desdentamiento total unimaxilar o bimaxilar causa profundas alteraciones del sistema estomatognático que involucran los tejidos orales, los extraorales y la funcionalidad, es por eso que durante la rehabilitación del paciente desdentado total se deben cumplir rigurosas etapas clínicas, una de ellas es la determinación

y registro de la dimensión vertical, definida como aquella medición de la altura del tercio inferior del rostro determinada entre dos puntos arbitrariamente seleccionados y convencionalmente localizados, uno en el maxilar superior (nasal o subnasal) y el otro en la mandíbula (mentón), coincidentes en la línea media.

Una dimensión vertical alterada no sólo afecta la estética de los individuos sino también la función del sistema estomatognático. Es por esta razón que se han investigado diversas formas clínicas para determinar la dimensión vertical, esta situación es un claro signo del interés que despierta este tema en la profesión odontológica, junto con revelarnos que estamos todavía muy lejos de obtener el método ideal de registro, situación que torna dificultosa e incluso confusa la elección de alguno de ellos para la práctica clínica.

Se sabe que en los pacientes desdentados totales hay variaciones en la posición mandibular observándose desplazamientos en dos sentidos: horizontales y verticales, afectando a la relación vertical y a la relación céntrica en forma conjunta, de tal manera que al manejar una se varía la otra.

A nivel de la articulación temporomandibular se observa que una correcta relación vertical oclusal el cóndilo se encuentra en relación céntrica fisiológica, es decir, la relación vertical influencia a la horizontal.

Estas variaciones fisiológicas de la posición mandibular, en especial en el plano vertical, se pueden cuantificar y medir de dos puntos, generalmente uno en la nariz y el otro en el mentón, lo que se denomina dimensión vertical

Se han publicado e investigado diversas formas clínicas y técnicas para determinar la dimensión vertical, dentro de las cuales tenemos métodos basados en medidas faciales, pre-extracción, radiográficos, estéticos, fonéticos, de

sensibilidad táctil, de deglución, fuerza de cierre mandibular, de apertura en reposo y otros.

Si embargo son dos las dimensiones verticales que se deben considerar desde el punto de vista clínico la dimensión vertical oclusal y la dimensión vertical en reposo.

Ante lo expuesto el presente trabajo de investigación tiene como objetivo evaluar la dimensión vertical de los adultos mayores rehabilitados con el plan Vuelve a Sonreír, que se beneficiaron en el año 2016.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es la Dimensión vertical de los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto evaluados en el mes de junio del año 2018?

1.2.2 Problema Secundario

- ¿Cuál es la evaluación de la dimensión vertical oclusal de los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2018?
- ¿Cuál es la evaluación de la dimensión vertical en reposo de los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2018?
- ¿Cuáles son los factores que influyen en la pérdida de piezas dentarias según

el género en los adultos de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2018?

- ¿Existe espacio libre adecuado en los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo Principal

- Evaluar la dimensión vertical en los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2018.

1.3.2 Objetivos Secundarios

- Determinar cuál es la evaluación de la dimensión vertical oclusal en los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2018.
- Determinar cuál es la evaluación de la dimensión vertical en reposo en los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2018.
- Determinar cuáles son los factores que influyen en la pérdida de piezas dentarias en los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2018.

- ¿Determinar si existe espacio libre adecuado de los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2018?

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

Ya que este campo no ha sido muy estudiado en poblaciones peruanas y es de importancia tener datos de acuerdo con nuestra realidad, esta investigación busca servir de ejemplo para futuros trabajos de investigación y así seguir aportando a la rehabilitación oral.

El odontólogo debe entender la importancia de poder determinar las zonas edéntulas para una correcta rehabilitación oral. Los estudiantes de estomatología necesitan ampliar sus conocimientos sobre los diversos métodos que ya existen para determinar una dimensión vertical correcta, así como los efectos adversos en base a la función que causan esta ausencia de piezas dentarias.

La investigación desarrollada demostrara los índices de pobreza en lugares alejados de la ciudad y su importancia de esta en la salud oral. La falta de presupuesto estatal a necesidades esenciales de la salud oral en pobladores de bajos recursos económicos.

La presente investigación será de gran beneficio para los estudiantes de estomatología, quienes podrán tener mayor conocimiento sobre las medidas de rehabilitación oral, ya que ellos se encuentran en un continuo aprendizaje de sus conocimientos; de la misma manera, para los docentes y demás personal

relacionado con el área estomatológica, ya que los resultados tomados nos dan un diagnóstico visual de la realidad estomatológica hoy en día.

Mediante la presente investigación se pretende maximizar los conocimientos acerca de las zonas edéntulas y lo nocivo que puede ser en las personas.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

- El trabajo de investigación es factible, ya que encontramos la población adecuada que requiera de nuestros servicios.
- Se cuenta con los materiales necesarios para realizar el trabajo de investigación.
- El 80% de los pacientes cuenta con seguro integral de salud.

1.5 Limitaciones del estudio

No todos los pacientes fueron evaluados el mismo día ya que no asistieron a la campaña programada.

Por ser adultos mayores, sus hijos no querían que se les realice la evaluación.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Antecedentes Internacionales

Gaete P, et al (Chile) 2012 realizaron un trabajo de investigación cuyo objetivo general fue evaluar craneométricamente, utilizando el craneometro de Knebelman, la dimensión vertical oclusal obtenida mediante un procedimiento clínico clásico en un grupo de pacientes desdentados totales rehabilitados con prótesis removible. Para esto se utilizó una muestra de 30 pacientes desdentados totales unimaxilar o bimaxilar rehabilitados con prótesis removible total a quienes se les devolvió su dimensión vertical oclusal mediante un procedimiento clínico clásico. Los resultados obtenidos y analizados estadísticamente permitieron concluir que la dimensión vertical oclusal determinada mediante el procedimiento clínico clásico es craneométricamente correcta al ser evaluada con un método objetivo como es el método craneométrico de Knebelman.^{4,5}

Quiroga del Pozo R, et al (Chile) 2012 realizaron una investigación cuyo propósito fue comparar la DVO determinada mediante métodos convencionales y la determinada por el craneómetro de Knebelman en el mismo paciente. Se consideró como metodología convencional la DVO medida estando el paciente con sus prótesis en máxima intercuspidadación. El estudio se realizó en una muestra de 45 individuos desdentados totales y parciales sin referencia oclusiva, rehabilitados con prótesis removible en la en la Clínica Integral del Adulto I y II. Los resultados fueron analizados empleando el test t pareado expresado en mm

de la DVO determinada con cada metodología. En los resultados se encontraron diferencias significativas entre ambas mediciones y se empleó el test Chi-Cuadrado para analizar la influencia en la magnitud de la DVO observada cuando se emplea una o más referencias en su determinación, donde no se encontraron diferencias significativas. El rango de diferencias entre ambas metodologías de determinación en promedio fue de 2.93 mm considerado no relevante desde el punto de vista clínico. Llegaron a la conclusión de que en este contexto el craneómetro de Knebelman puede ser un valioso instrumento que permita simplificar la determinación de la DVO en pacientes desdentados.^{4,5}

Dr. Fernando Romo Ormazabal Dra. Carolina Jorquera Henríquez Dr. Roberto Iribarra Mengarelli (Chile) 2013 Determinación de la Dimensión Vertical Oclusal a través de la distancia clínica Ángulo Externo del Ojo al Surco Tragus El objetivo de este estudio fue determinar si la dimensión vertical de oclusión es igual a la distancia clínica medida entre el Ángulo Externo del Ojo (AEO´) al Surco Tragus-Facial (STF), en adultos jóvenes chilenos. Se evaluó si la distancia medida entre AEO´-STF sobre tejidos blandos es igual a la distancia subnasal a mentón piel (Sn-M´), en máxima intercuspidadación (MIC). Material y Método. Se tomó una muestra de 100 individuos jóvenes (54 mujeres y 46 hombres), con un promedio de edad de 23.23 años. Fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión: soporte molar bilateral, dentición natural, sin patología extra o intraoral; los sujetos clase III esquelética fueron eliminados de la muestra. Se realizaron mediciones clínicas por un solo operador utilizando un pie de metro digital de las dos medidas clínicas mencionadas. Se determinó la normalidad de los datos usando el test de Swilk (p

> 0.05), se evaluó la diferencia en las mediciones, mediante la Prueba t Student pareada (distancias en un mismo individuo) considerando una significancia $p \leq 0.05$. Resultados. La distancia Sn-M' no tiene diferencias significativas con la distancia AEO'- STF. El 82 % de la muestra no tiene ninguna diferencia entre ambas mediciones. Conclusiones. Del estudio se ha concluido que la distancia AEO'-STF puede utilizarse para determinar la distancia Sn-M', fundamentalmente en individuos mesofaciales. Más estudios deben ser realizados para determinar la validez absoluta de esta metodología.⁶

Dr. Pablo Gaete Saldaña. Dr. Marcelo Gaete Baldi. Dra. Marcia Cáceres Ponce. (Chile) 2013 Evaluación craneométrica, utilizando el Craneometro de Knebelman, de la Dimensión Vertical Oclusal (DVO) obtenida mediante un procedimiento clínico clásico. En la rehabilitación de pacientes mediante prótesis removibles se deben cumplir varias etapas, tanto clínicas como de laboratorio, para asegurar el éxito final del tratamiento. Una de las etapas clínicas que adquiere mayor relevancia, ya sea, en la elaboración o funcionamiento de las prótesis, es la determinación de la dimensión vertical oclusal. Una dimensión vertical oclusal alterada no sólo afectará la estética del paciente, sino que también el normal funcionamiento del sistema estomatognático por completo. Se han propuesto muchos métodos para determinar la dimensión vertical, esta situación es un claro signo de lo importante del tema en la profesión odontológica, junto con revelarnos que estamos aún lejos de encontrar el método único e ideal para su determinación. El objetivo general de este trabajo de investigación es evaluar craneométricamente, utilizando el craneometro de Knebelman, la dimensión vertical oclusal obtenida mediante un procedimiento clínico clásico en un grupo de

pacientes desdentados totales rehabilitados con prótesis removible. Para esto se utilizó una muestra de 30 pacientes desdentados totales unimaxilar o bimaxilar rehabilitados con prótesis removible total a quienes se les devolvió su dimensión vertical oclusal mediante un procedimiento clínico clásico. Los resultados obtenidos y analizados estadísticamente nos permiten concluir que la dimensión vertical oclusal determinada mediante el procedimiento clínico clásico es craneométricamente correcta al ser evaluada con un método objetivo como es el método craneométrico de Knebelman.^{7,8}

Antecedentes Nacionales

Judy Noheli Contreras Chalco (Puno) 2016 Evaluación de los métodos de Willis y Knebelman para determinar la dimensión vertical oclusal en pobladores de Taquile, Puno. El objetivo del presente trabajo de investigación fue evaluar los métodos craneométricos de Willis y Knebelman para determinar la dimensión vertical oclusal (DVO) en pobladores de Taquile-Puno. El tipo de estudio fue descriptivo-comparativo, observacional y de corte transversal. Los sujetos de estudio se seleccionaron aleatoriamente, con edades entre los 20 y 30 años; con dentadura permanente natural, oclusión estable, sin alteraciones craneofaciales, sin atriciones dentales, ausencia de alteraciones temporomandibulares y sin tratamiento ortodóntico previo. Se utilizó el compás de Willis, para hallar la distancia comisura externa del ojo-comisura labial (CECL) y el medidor de Pie de rey para hallar la distancia del ángulo externo del ojo-surco tragus facial (AEO-STF) y, con ambos instrumentos se determinó la medida subnasiongnation (Sn-Gn). Las proporciones que fueron encontradas, para el método de Willis 1.03 y para Knebelman 1.04; se encontraron correlaciones significativas entre las medidas

(CE-CL/ Sn-Gn) y (CO – STF / Sn- Gn), según el coeficiente de correlación de Pearson ($p=0,000$) y una asociación estadísticamente significativa en ambos casos ($p=0,000$), según el test t de Student, considerando una significancia del 0.05. Del estudio se ha concluido que tanto el método de Willis y el método de Knebelman, pueden ser utilizados para predecir la distancia Sn-Gn, que nos permite establecer la DVO, en pobladores de 20 a 30 años de edad de Taquile-Puno.^{9,10}

Sully Lynn Cardoso Hernández (Perú) 2014 Evaluación de la dimensión vertical oclusal mediante el método craneométrico de knebelman en una población peruana con relación a su biotipo facial 2014 (Lima) UNMSM El presente estudio evaluó un total de 329 personas de entre 18 y 53 años que fueron atendidos en la Clínica de Postgrado de Ortodoncia de la UNMSM con dentadura permanente natural, sin ausencia de piezas dentarias y que tenían una posición intercuspil estable, y que acudieron al departamento de evaluación psicofísica del Centro Médico Naval, de los cuales 292 pertenecieron al género masculino y 37 al femenino Se presenta la distribución de los pacientes comprendidos en el estudio. Siendo el total de la muestra de 329 pacientes, se observó que el mayor grupo de pacientes estuvo conformado por el sexo masculino con un 88.8% ($f= 292$) del total; mientras que el grupo del sexo femenino fueron un 11.2% ($f= 37$). Pacientes en un rango de edad de 18 a 53 años. Se midió los valores totales de la dimensión vertical oclusal de toda la muestra, teniendo una media de 69.4, con una desviación estándar de 5.2, siendo la mínima medida 54.8 mm y la máxima 85.6mm. La dimensión vertical oclusal ($P=69.4\text{mm}$) encontrada en pacientes de

sexo masculino fue mayor (70mm) que en pacientes del sexo femenino (64,1mm).

24

Para el sexo masculino se determinó que 34 (11.6 %) eran braquifaciales, 130 (44.5%) fueron mesofaciales y 128 (43,8%) varones fueron dolicofaciales. Mientras que para el sexo femenino se observó que 6 (16.2 %) eran braquifaciales, 23 (62.2%) fueron mesofaciales, y 8 (21.6%) mujeres fueron dolicofaciales.¹⁰

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 La dimensión vertical

La dimensión vertical se define como la distancia vertical que hay entre el maxilar superior y la mandíbula, se puede tomar cualquier punto en el maxilar y la mandíbula o seleccionarlos anatómicamente (normalmente uno en la punta de la nariz y otro en el mentón).^{11, 12,13}

Es definida también como un concepto clínico que se refiere a la altura del tercio inferior de la cara, tomada entre dos puntos, uno ubicado en el tercio medio y otro en el tercio inferior y como toda medida de altura que depende de la separación de las mandíbulas.¹¹

Según Dawson, la Dimensión Vertical es la posición de relación estable entre el maxilar superior e inferior cuando hay máxima intercuspidad, donde el determinante de la DV son los músculos, en base a su longitud repetitiva de contracción, indica que el patrón de cierre es extremadamente constante.¹²

2.2.2 Las relaciones intermaxilares

Las relaciones intermaxilares se definen como cualquier relación espacial del maxilar y la mandíbula; el registro de éstas puede realizarse en una orientación vertical, horizontal o lateral.^{12,13}

Las relaciones intermaxilares se ven alteradas, entre otros factores, por la pérdida parcial o total de los dientes naturales; estos factores generan alteraciones de la función masticatoria, de la fonética y la estética. La consiguiente transformación del individuo en un desdentado parcial o total requiere para su tratamiento la rehabilitación protésica.¹³

Guilio Preti, en su libro rehabilitación Protésica, de las Relaciones intermaxilares en el plano vertical, como la dimensión vertical y sobre el plano horizontal, como la relación céntrica (RC).

Estas Relaciones intermaxilares tienen mucha importancia en el éxito o fracaso del tratamiento protésico que se realiza en el paciente.

Una relación intermaxilar correcta tiene gran importancia para la estética, fonética y la retención de la prótesis.

La dimensión vertical influye especialmente en el aspecto (visibilidad de los dientes frontales, altura del tercio inferior de la cara) y la fonética, mientras que la horizontal condiciona la retención de la prótesis.

La Dimensión Vertical y Relación Céntrica están estrechamente relacionadas y no se deben separar a la hora de ser registradas. Koeck da un orden para el registro de las relaciones intermaxilares: “La determinación de la relación intermaxilar vertical se debe realizar antes de la horizontal, porque esta última depende de la distancia vertical de los maxilares.”¹³

Cada cambio en la relación intermaxilar vertical se traduce en un cambio en la relación horizontal, por tanto, no se debe introducir ningún cambio en la relación vertical sin volver a determinar la relación horizontal”.

El registro adecuado de las Relaciones intermaxilares es esencial, en el éxito de las rehabilitaciones protésicas. Muchos años de estudio vienen siendo utilizados por la odontología en la búsqueda de métodos que lleven al registro exacto de estas relaciones. Esto sin duda se hace más complejo en los pacientes totalmente desdentados en los cuales no existen registros previos, que puedan reproducir estas relaciones.¹⁴

2.2.3 Dimensión vertical en reposo

Es la distancia vertical entre dos puntos seleccionados (uno de los cuales está en el medio de la cara o nariz y el otro está en la parte inferior de la cara o del mentón, medida cuando la mandíbula está en posición fisiológica de reposo ⁹

La posición fisiológica de reposo es definida como:

- 1) La posición mandibular asumida cuando la cabeza está en posición derecha y los músculos relacionados, particularmente los grupos elevadores y depresores, están en equilibrio hay contracción tónica, y los cóndilos están neutros, en una posición no forzada;
- 2) La posición asumida por la mandíbula, cuando los músculos vinculados están en un estado de equilibrio tónico. La posición es normalmente hallada cuando la cabeza se sostiene derecha;

3) la posición postural de la mandíbula, cuando un individuo está descansando cómodamente en una posición derecha y los músculos asociados están en un estado de mínima actividad de contracción ^{14,15}

Todo ello¹² da lugar a que la posición de reposo a que la Posición de Reposo (PR) sea una posición que se vaya manteniendo sin tensión durante un tiempo largo y de forma confortable. Todo este proceso sigue la ley muscular del todo o nada. La Dimensión Vertical de Reposo (DVR) es la medida de la dimensión de las facies en sentido vertical, con la mandíbula en posición de reposo.¹⁵

2.2.4 Dimensión vertical oclusal

Es una relación estática, definida como la altura del tercio facial inferior cuando existe contacto de los dientes de la arcada superior con la inferior¹⁵

Definida también como la altura facial inferior medida entre dos puntos cuando los miembros de la oclusión están en contacto⁹, guarda relación directa con la oclusión céntrica^{13,14,15,16}.

Estas dos posiciones, la DVO y la DVR no son coincidentes existiendo entre ellas un espacio conocido como Espacio libre interoclusal (ELI) o espacio libre que viene a ser la diferencia entre la DVO y la DVR cuando no hay contacto oclusal⁹ imprescindible para el éxito protético mientras no lo invadamos, y de hacerlo sería de forma mínima.

La valoración y establecimiento de la DVO es importante en todos los aspectos de la rehabilitación protésica.¹⁶ Es una posición en la que se alcanza el máximo de eficiencia masticatoria, ya que a este nivel los músculos elevadores se hallan en su mejor longitud de contracción.^{16,17}

2.2.5 Métodos para determinar la dimensión vertical

(Ormazabal& Romo, 2009) Agrupo en dos grupos los métodos a determinar la dimensión vertical estos son los métodos subjetivos y objetivos.¹⁷

2.2.6 Métodos subjetivos

Son aquellos métodos que tienen una alta variabilidad o que están sujetos a un sin número de agentes condicionantes para determinar la dimensión vertical reposo y la dimensión vertical oclusal para luego establecer 1 a 3mm de espacio interoclusal. (Ormazabal& Romo, 2009)

2.2.6.1 Métodos subjetivos y su clasificación

Según (Ormazabal& Romo, 2009) dice que se clasifica los métodos subjetivos en: Método de la deglución Método fonético Método posición de reposo Método de la sensibilidad táctil Método de la posición postural mandibula.^{18,19}

2.2.6.2 Método de la deglución

(Ormazabal& Romo, 2009) Es útil en la búsqueda de la relación espacial de los dos maxilares la deglución es un acto vital que se desarrolla en la orofaringe y es regulada por un complejo mecanismo fisiológico que permiten llevar a contacto las superficies dentarias de ambos maxilares.¹⁹

Según (Zarb, 2009). La técnica implica la construcción de un cono de cera blanda sobre la base de la dentadura inferior de manera que contacte el rodillo de oclusión superior cuando la mandíbula este demasiado abierta luego se estimula

el flujo de la saliva, la acción repetida de deglutir la saliva reducirá gradualmente la longitud del cono de cera para permitir que la mandíbula alcance el nivel de la dimensión vertical de la oclusión.^{19,20}

2.2.6.3 Método fonético

(Zarb, 2009) Consiste en evaluar la distancia interoclusal entre ambas placas de relación mientras el paciente pronuncia determinados fonemas consiste en escuchar la reproducción de los sonidos del habla como las letras CH, s, y J lleva muy juntos los dientes anteriores. Los incisivos inferiores cuando están colocados correctamente se deberán mover hacia delante hasta una posición que este casi directamente debajo y casi tocando los incisivos centrales superiores.²⁰

Si la distancia es demasiado grande, significa que se estableció una dimensión vertical de la oclusión demasiado pequeña, si los dientes anteriores se contactan cuando hacen estos sonidos probablemente la dimensión vertical es demasiado grande, si los dientes rechinan juntos durante el habla la dimensión es demasiado grande estos fonemas utilizados están en relación directa con el espacio interoclusal posición del plano oclusal y posición de la lengua durante la fon articulación.²¹

2.2.6.4 Método posición de reposo

(Zarb, 2009) Propuso el uso de la distancia interoclusal que asume al paciente relajado la mandíbula en constante posición de reposo, este método consiste el paciente debe estar relajado cuando los rodetes de cera para la oclusión estén en su sitio, con el tronco derecho y la cabeza sin soporte, colocamos los rodetes en boca este deglute y deja que la mandíbula se relaje, cuando el relajamiento es

evidente se separa con cuidado los labios para revelar cuánto espacio hay entre los rodetes de oclusión.²¹

Esta distancia interoclusal en la posición de reposo deberá de tener 2 y 4mm, si la diferencia es mayor a 4mm la dimensión vertical es considerada demasiado pequeña, si es menor a 2mm la dimensión es demasiado grande.^{20,21}

2.2.6.5 Método de la sensibilidad táctil

(Zarb, 2009) Dice que se usa como guía para la determinación de la correcta dimensión vertical en el paladar de la dentadura maxilar o en el rodete de cera se adhiere un tornillo portador y al rodete de oclusión mandibular se adhiere una placa portadora, el tornillo portado es ajustado de manera que sea demasiado largo el tornillo se ajusta hacia abajo hasta que el paciente indique que la mandíbula se está cerrado demasiado. La determinación final debe ser tomada en la prueba después de que los dientes estén en posición. ²¹

2.2.7 Métodos objetivos

Según (Ormazabal& Romo, 2009) Son métodos que se basan sus resultados en proporciones y medidas realizadas en referencia anatómicas del paciente, por lo tanto, arrojan resultados más exactos en los que no influye el carácter emocional en que se encuentre el paciente.

Métodos pre-extracción, Métodos fisonómicos, Método cronométrico Knebelman Índice de Willis, Método fonético de silverman, Plano de camper, Métodos mecánicos.^{21,22}

2.3 Definición de términos básicos

- **Edéntulo**

El termino edéntulo o edente se refiere al o los pacientes que no cuentan con piezas dentarias en una o ambas arcadas dentarias.²³

- **Oclusión**

El término oclusión dental se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y parafunción. No obstante, el término no solo designa al contacto de las arcadas a nivel de una interfaseoclusal, sino también a todos los factores que participan en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio y uso de los dientes en la actividad o conducta motora bucal. ^{23,24}

La oclusión dental y su altura facial, está determinada por el crecimiento óseo, el desarrollo de la dentición y la madurez neuromuscular. Estructuralmente, la relación entre las cúspides bucales de los dientes posteroinferiores y las cúspides linguales de los dientes posterosuperiores, las cuales contactan con las fosas y rebordes marginales, mantienen la distancia entre los maxilares superior e inferior después de que el desarrollo del individuo ha finalizado.²⁴

- **Mucosa bucal**

Epitelio plano pluriestratificado para o no queratinizado, que varía en grosor y calidad. Es mucho mejor que sea más gruesa, fibrosa y bien adherida. La zona más débil, es la mucosa lingual.^{23,24}

- **Factor óseo**

Formado por hueso basal (se mantiene gracias a las inserciones musculares zonas de tracción) hueso alveolar (en función al diente, si no hay diente, se reabsorbe). Transmisión de fuerzas compresivas.²⁵

- **Saliva**

Separa el contacto directo del acrílico contra la mucosa siendo así un aislante, lubricante y además ayuda a la retención, debemos tomar en cuenta la calidad y cantidad.²⁵

- **Lengua**

Ayuda a retener, debemos tomar en cuenta la posición (ej.: en desdentados se va para atrás por falta de apoyo dentario). Proporciona movilidad.^{24,25}

- **Prótesis Completa**

La prótesis dental(o estomatológica) completa es un tratamiento del edentulismo total mediante aparatos portadores de dientes artificiales, que reemplazan los dientes naturales perdidos y rehabilitan las estructuras óseas que se van atrofiando a lo largo del tiempo tras la pérdida de los dientes. Por lo tanto, no solo sirven para mejorar la masticación, sino también el habla y la estética, que están muy deterioradas en el paciente completamente desdentado.²⁵

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Variables

Variable Independiente

Pacientes adultos mayores rehabilitados con prótesis total.

Variable Dependiente

Dimensión vertical

3.2 Definición conceptual

-Dimensión vertical: La dimensión vertical se define como la distancia vertical que hay entre el maxilar superior y la mandíbula, se puede tomar cualquier punto en el maxilar y la mandíbula o seleccionarlos anatómicamente (normalmente uno en la punta de la nariz y otro en el mentón).³

-Prótesis total: Una prótesis dental es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone los dientes.

El encargado de fabricar estos aparatos o elementos artificiales, es el protésico dental, quien realiza su trabajo en un laboratorio dental recibiendo las indicaciones del odontólogo, que trabaja en clínica.²⁶

3.3 Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Categoría o valor
Variable independiente Rehabilitados con prótesis completa	Cualitativa Categoría	Prótesis completa	Nominal	Superior Inferior
Variable dependiente Dimensión vertical	Cuantitativa Numérica	Dimensión vertical	Ordinal	DVO DVR EL
Variable Intermitente Pacientes adultos mayores de 65-80 años rehabilitados con prótesis completa del centro Materno infantil Manuel Barreto.	Edad		Razón	Grupo etáreo 65-70 años 71-75 años 76-80 años
	Género		Nominal	Masculino Femenino

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

4.1 Diseño Metodológico

4.1.1. Tipo de investigación

Descriptiva – Transversal – Experimental

1. Descriptivo, Considera al fenómeno estudiado y sus componentes. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

2. Transversal, Recolección de datos en un único momento su propósito es describir variables y analizar su incidencia y una relación entre sí en un momento dado.

3. No Experimental, es un tipo de método de investigación en el que el investigador no controla deliberadamente las variables para delimitar relaciones entre ellas.

4.2. Diseño muestral

4.2.1 Población

Está dada por los adultos mayores que participaron en el plan Vuelve a Sonreír del Distrito de San Juan de Miraflores.

4.2.2 Muestra

La muestra fue no probabilística según los criterios de inclusión y exclusión.

4.2.3 Criterio de Inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Un total de 100 pacientes del Programa Vuelve a Sonreír entre los 65 y 80 años.
- Pacientes del Programa Vuelve a sonreír de ambos sexos.
- Pacientes atendidos en el mes de junio del año 2018.

Criterios de exclusión

- Pobladores con enfermedades sistémicas cuya condición sea crítica
- Pobladores con malformaciones óseas a nivel de los maxilares.
- Pobladores que no habiten en el área de San Juan de Miraflores.
- Pobladores que no estén prestos a participar en el presente estudio.

4.2.4 Unidad de análisis:

Corresponde a la entidad mayor representativa de lo que va a ser objeto específico de estudio en una medición y se refiere al que o quien es objeto de interés en una investigación en este caso los pacientes edéntulas totales entre 65 y 80 años residentes en el Distrito de San Juan de Miraflores en el Programa Vuelve a Sonreír en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto.

4.3 Técnica de recolección de datos

A. Observacional

Este método de recolección de datos consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías. En nuestro caso es mediante la observación clínica de la cavidad bucal los espacios edéntulos de los pobladores del Distrito de San Juan de Miraflores se realizará el examen clínico intraoral de manera no invasiva. El trabajo se inició con la carta de presentación que me brindó la directora de la universidad con la cual le hacía presente mi presencia al director de la entidad en la cual realicé la investigación una vez aceptados los permisos procedí con la recolección de datos. El paciente fue colocado en el sillón de la unidad dental puesta está en 90°, en algunos casos los pacientes fueron colocados en una silla de plástico con espaldar, ya que el consultorio odontológico estaba ocupado por pacientes ya citados para ese día se utilizó una regla y un lapicero para marcar los dos puntos (uno fijo en la base de la nariz y un móvil en el mentón) y así tomar las medidas, dimensión vertical en reposo y dimensión vertical oclusal las cuales serán colocadas en el instrumento de recolección de datos, para así luego hacer la evaluación.

B. Entrevista estructurada

Se empleó un instrumento de recolección de datos para registrar las medidas tomadas con las medidas iniciales (medidas con la cual se elaboró la prótesis total) y se llevó a cabo el término de la investigación para así obtener los resultados del presente estudio.

C. Recursos Humanos

-Investigador: Cunza Gonzales, Nelly Cinthya

-Asesor de tesis: CD. Esp Ávila Napán, Fernando Félix

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Se empleó el paquete estadístico spss 21 para la utilización de estadística descriptiva, así mismo se empleó el Microsoft Windows 2010. Para la digitación del estudio y la elaboración de tablas y gráficos.

4.5 Aspectos éticos

El estudio de investigación no solo es un estudio práctico; es también un acto responsable del uno como investigador, es decir que debemos seguir los parámetros de la metodología, usando criterios referentes al objetivo y al diseño de la investigación.

El presente estudio de investigación sigue los parámetros de la metodología y selección de muestra de acuerdo con el criterio de inclusión, el paciente contó con un consentimiento informado cuyo fin nos permite a través de el mismo poder realizar ciertos procedimientos que nos lleve a un fin exitoso.

CAPITULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo.

Tabla N° 1

Distribución de los pacientes que conformaron la muestra, por género al 100%

GENERO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	70	70,0	70,0	70,0
MASCULINO	30	30,0	30,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: Se presenta la distribución de los pacientes comprendidos en el estudio. Siendo el total de la muestra de 100 pacientes, se observó que el mayor grupo de pacientes estuvo conformado por el sexo femenino con un 70% (f= 70) del total; mientras que el grupo del sexo masculino fueron un 30% (f= 30). Pacientes en un rango de edad d 65 a 80 años.

Gráfico N°1

Distribución de los pacientes que conformaron la muestra, por género

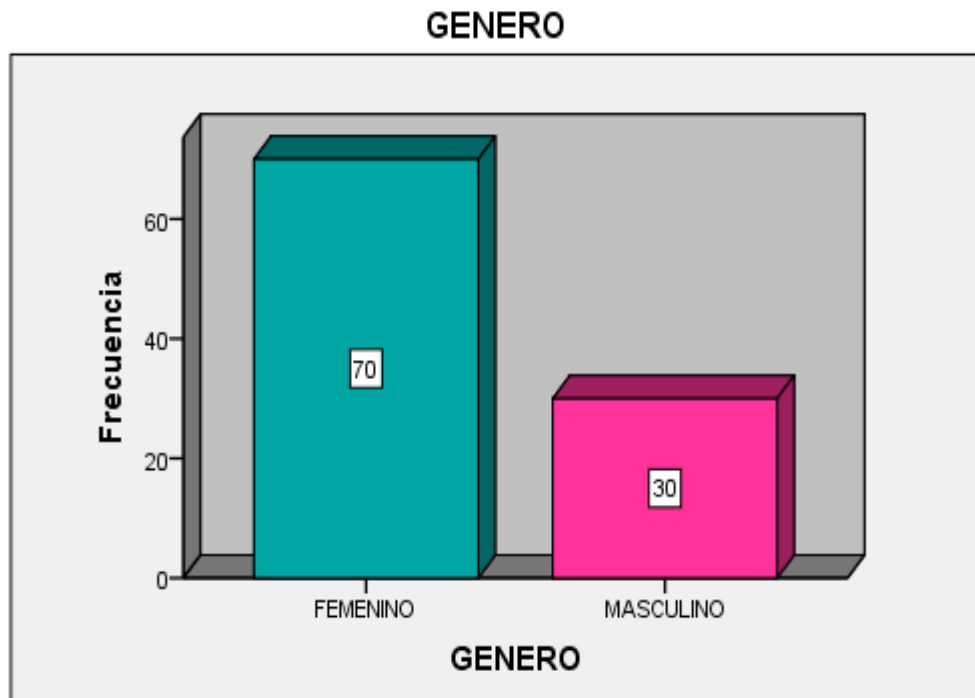


Tabla N°2

Distribución de los pacientes que conformaron la muestra, según la forma del reborde al 100%

TIPO DE REBORDE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
V á l i d o	OVOIDAL	85	85,0	85,0	85,0
	CUADRANGULAR	10	10,0	10,0	95,0
	TRIANGULAR	5	5,0	5,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: Se observó la distribución según el tipo de reborde estuvo conformado por el reborde ovoidal con 85(85%), cuadrangular 10(10%) y triangular 5(5%).

Gráfico N°2

Distribución de los pacientes que conformaron la muestra, según la forma del reborde

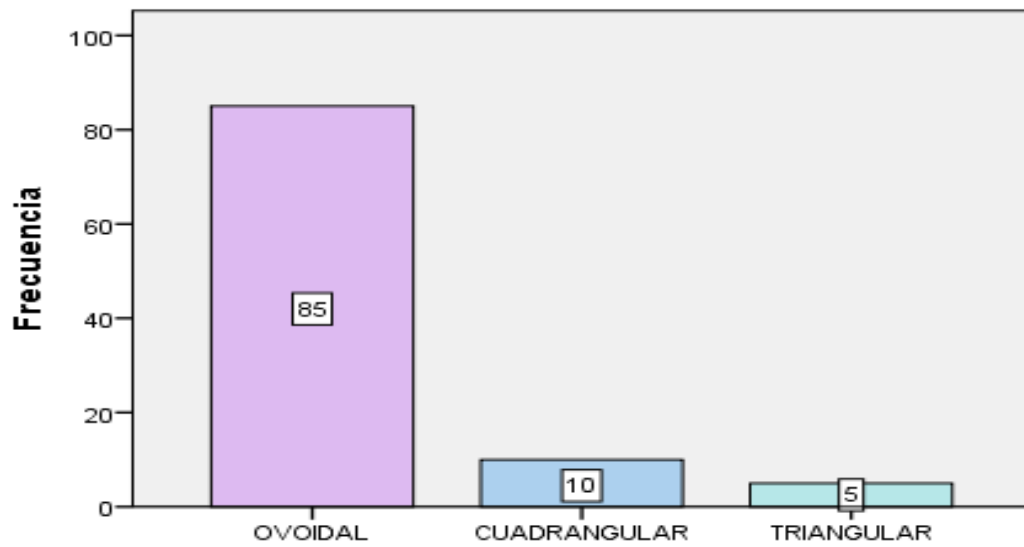


Tabla N°3

Distribución de los pacientes que conformaron la muestra, según los Factores que influyeron en la pérdida de piezas dentarias al 100%

FACTORES				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ENFERMEDAD PERIODONTAL	67	67,0	67,0	67,0
LESION CARIOSAS	33	33,0	33,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: En el presente cuadro observamos que el 67% es resaltante en la enfermedad periodontal, mientras que la lesión cariosa presenta una influencia del 33%.

Gráfico N° 3

Distribución de los pacientes que conformaron la muestra, según los Factores que influyeron en la pérdida de piezas dentarias (frecuencia) al 100%

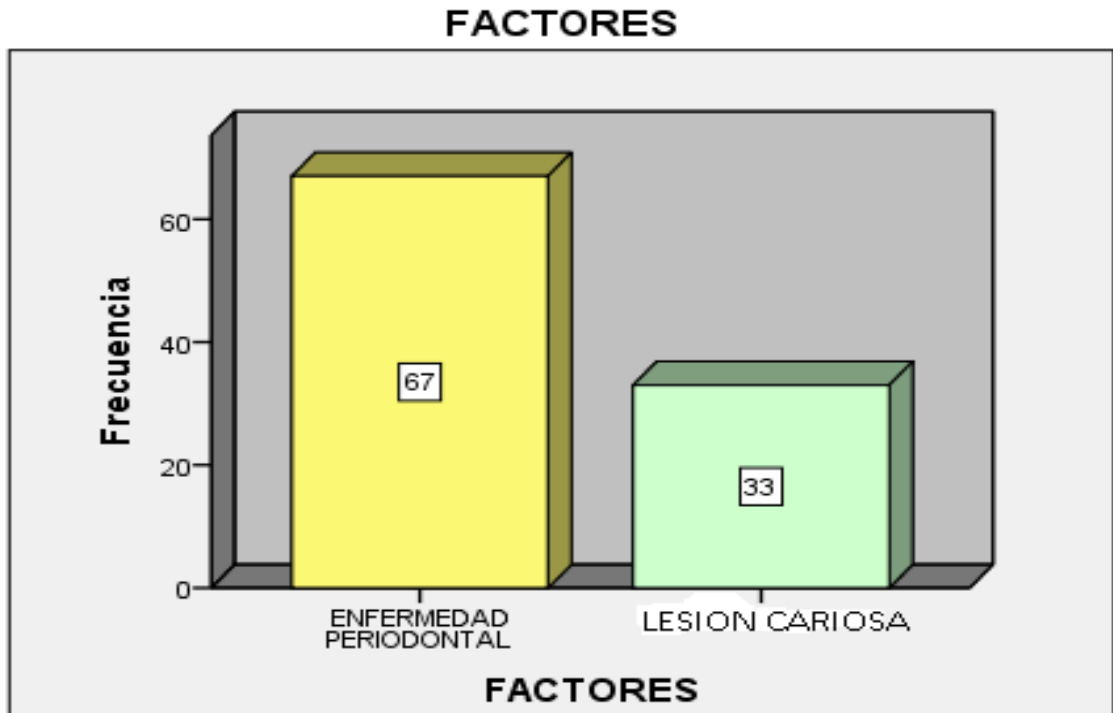


Tabla N° 4
Distribución de las medidas de dimensión vertical oclusal inicial

DVO1				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
67,00	2	2,0	2,0	2,0
68,00	5	5,0	5,0	7,0
70,00	2	2,0	2,0	9,0
72,00	3	3,0	3,0	12,0
73,00	1	1,0	1,0	13,0
74,00	5	5,0	5,0	18,0
75,00	12	12,0	12,0	30,0
76,00	15	15,0	15,0	45,0
77,00	15	15,0	15,0	60,0
78,00	17	17,0	17,0	77,0
79,00	7	7,0	7,0	84,0
80,00	10	10,0	10,0	94,0
81,00	2	2,0	2,0	96,0
82,00	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: Se observó la distribución según las medidas dimensión vertical oclusal inicial, conformado con 1(1%) con un medida de 73 mm, 2(2%) con medidas de 67mm,70mm y 81 mm; 3(3%) con medidas de 72mm; 5(5%) 68mm,74 mmy 82mm; 7(7%) con medidas de 79 mm ,10(10%) 80 mm ; 12(12%) 75mm ; 15(15%) 76mm ,77mm y con mayor prevalencia con un 17(17%) con medidas de 78 mm.

Gráfico N°4
Distribución de las medidas de dimensión vertical oclusal inicial (frecuencias)

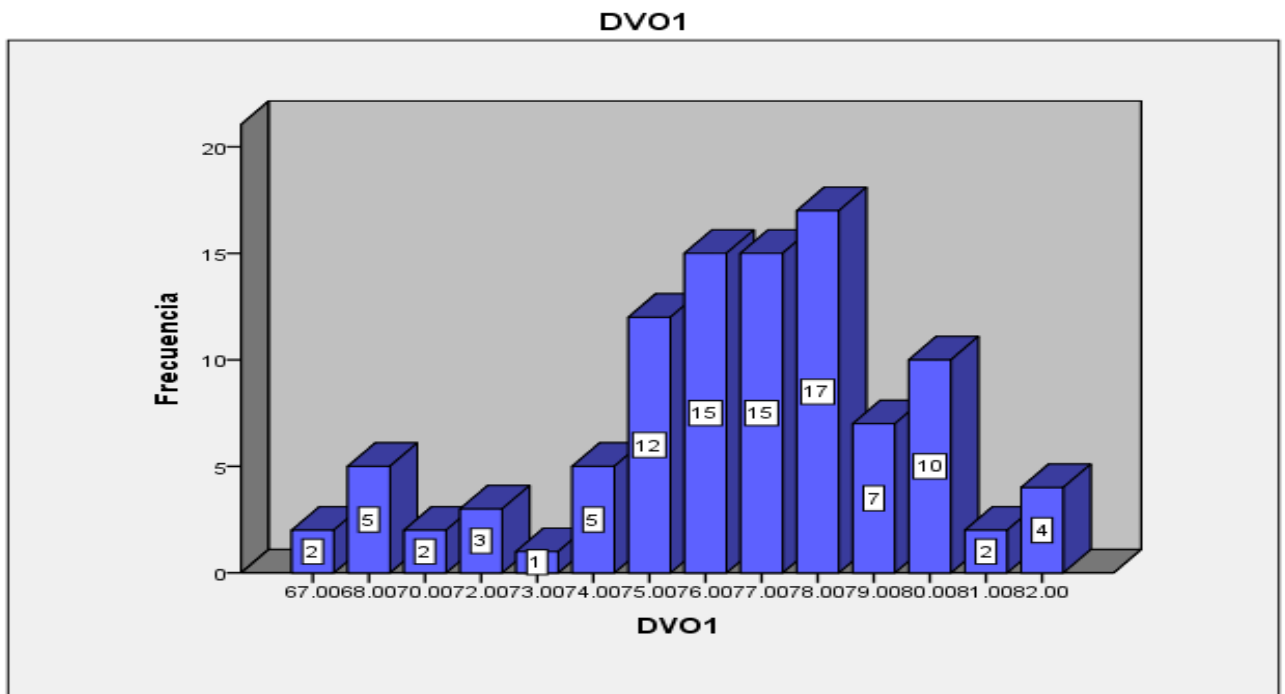


Tabla N°5

Distribución de las medidas de dimensión vertical en reposo inicial

DVR1				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
69,00	5	5,0	5,0	5,0
70,00	1	1,0	1,0	6,0
71,00	1	1,0	1,0	7,0
72,00	2	2,0	2,0	9,0
76,00	3	3,0	3,0	12,0
77,00	8	8,0	8,0	20,0
78,00	12	12,0	12,0	32,0
79,00	26	26,0	26,0	58,0
80,00	19	19,0	19,0	77,0
81,00	10	10,0	10,0	87,0
82,00	8	8,0	8,0	95,0
83,00	4	4,0	4,0	99,0
84,00	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: Se observa la distribución de las medidas de dimensión vertical en reposo, donde la mayor prevalencia es de 79mm con 26(26%) y con menor prevalencia de 70mm, 71mm y 84 mm (1%).

Gráfico N°5
Distribución de las medidas de diámetro vertical en reposo 1

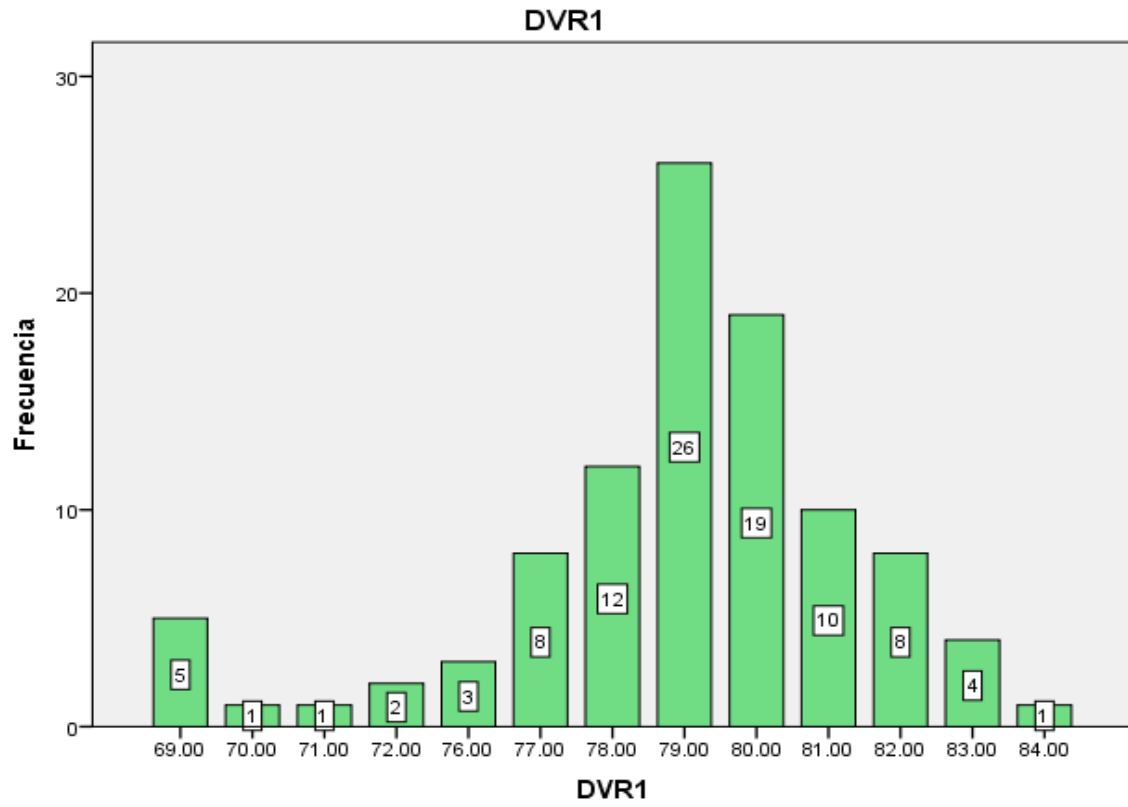


Tabla N°6

Distribución de las medidas de dimensión vertical oclusal final

DVO2				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
66,00	5	5,0	5,0	5,0
67,00	1	1,0	1,0	6,0
68,00	1	1,0	1,0	7,0
69,00	2	2,0	2,0	9,0
73,00	3	3,0	3,0	12,0
74,00	8	8,0	8,0	20,0
75,00	12	12,0	12,0	32,0
76,00	24	24,0	24,0	56,0
77,00	21	21,0	21,0	77,0
78,00	8	8,0	8,0	85,0
79,00	9	9,0	9,0	94,0
80,00	5	5,0	5,0	99,0
81,00	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: Se observa la distribución de las medidas de dimensión vertical oclusal final, donde la mayor prevalencia es de 76mm con 24(24%) y con menor prevalencia de 67mm, 68mm, 81mm (1%).

Gráfico N°6

Distribución de las medidas de dimensión vertical oclusal final
(frecuencias) al 100%

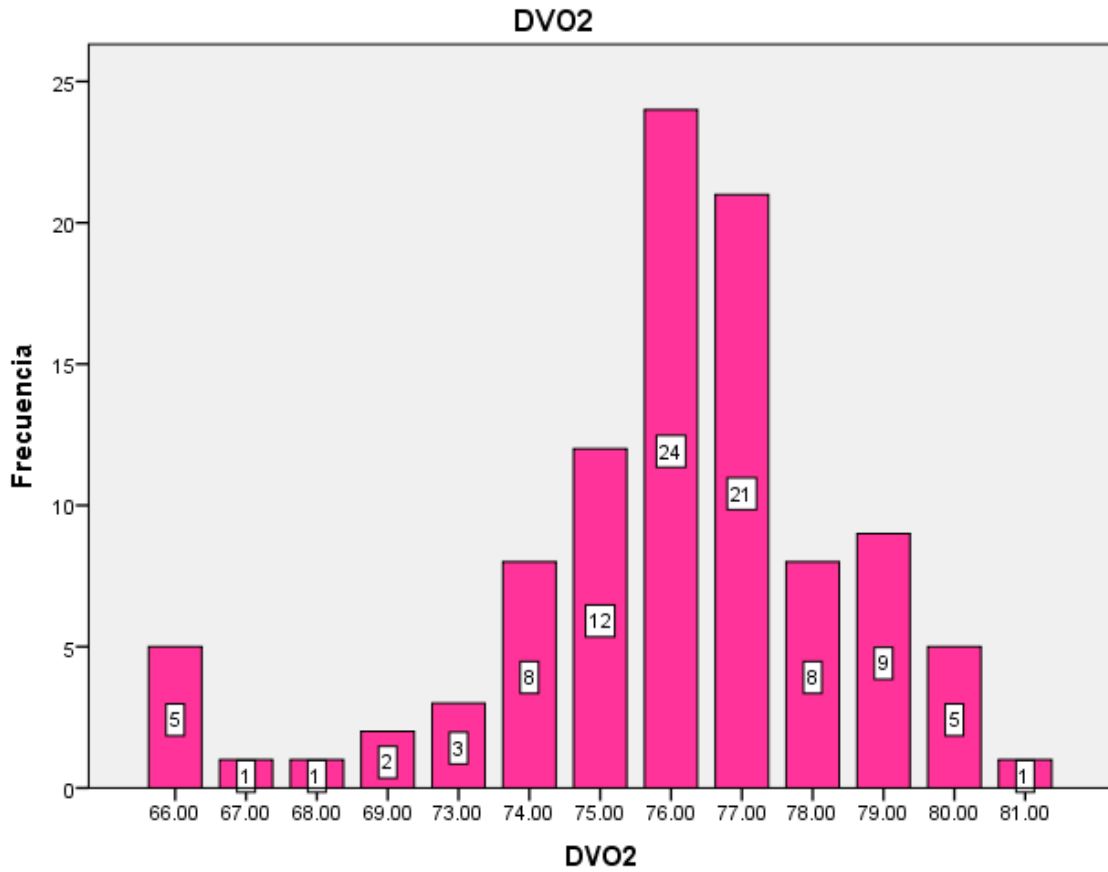


Tabla N°7

Distribución de las medidas de dimensión vertical en reposo final

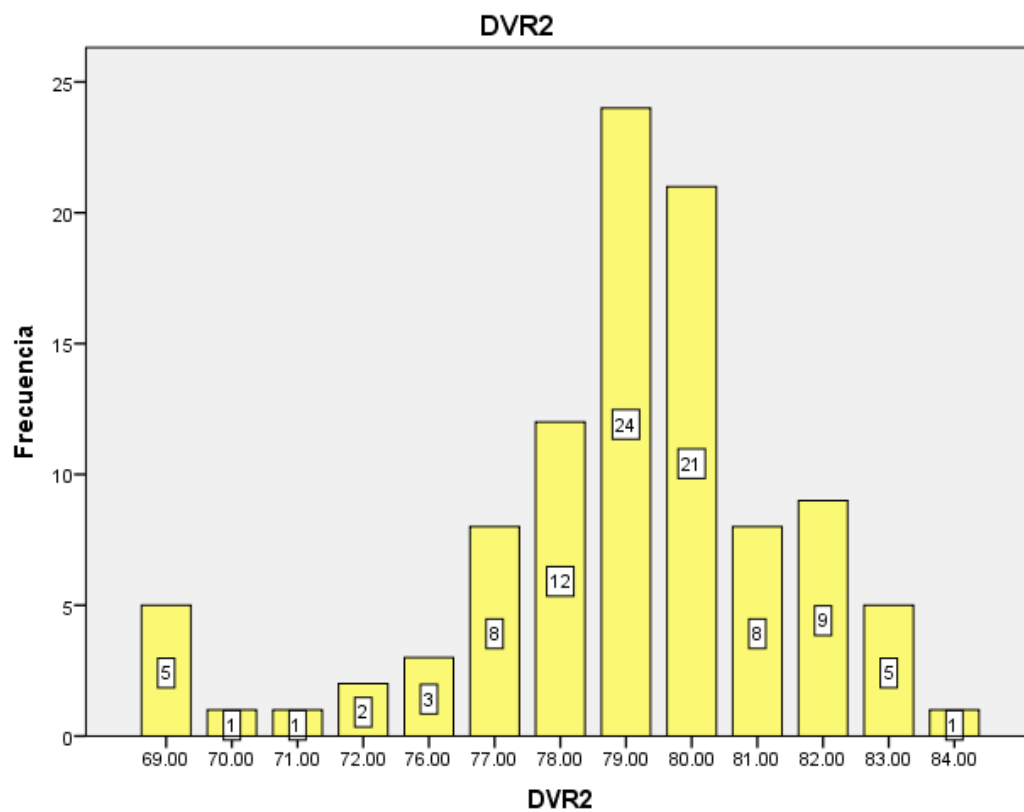
DVR2				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
69,00	5	5,0	5,0	5,0
70,00	1	1,0	1,0	6,0
71,00	1	1,0	1,0	7,0
72,00	2	2,0	2,0	9,0
76,00	3	3,0	3,0	12,0
77,00	8	8,0	8,0	20,0
78,00	12	12,0	12,0	32,0
79,00	24	24,0	24,0	56,0
80,00	21	21,0	21,0	77,0
81,00	8	8,0	8,0	85,0
82,00	9	9,0	9,0	94,0
83,00	5	5,0	5,0	99,0
84,00	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: Se observa la distribución de las medidas de dimensión vertical en reposo final, donde la mayor prevalencia es de 79mm con 24(24%) y con menor prevalencia de 70mm, 71mm, 84mm 1(1%).

Gráfico N°7

Distribución de las medidas de dimensión vertical en reposo final (frecuencias)



5.2 Análisis Inferencial

Tabla N ° 8

Distribución de los valores de la dimensión vertical oclusal inicial según sexo al 100%

Dimensión vertical oclusal inicial(mm)				
Género	N	Mínimo	Máximo	Media
Femenino	70	67 mm	82 mm	76,45
Masculino	30	67mm	81mm	76,16

Fuente: Propia del investigador.

Se observó la distribución de los valores de dimensión vertical oclusal inicial en la muestra de estudio, clasificada según sexo, de los cuales se encontró que para el sexo femenino tenía una medida media de 76.45 mm (DE=3.8) con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 67mm y una medida máxima de 82 mm. En cuanto al sexo masculino se observó una medida media de 76.16 mm (DE=3.2), con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 67mm y una medida máxima de 81 mm.

Tabla N°9

Distribución de los valores de la dimensión vertical en reposo inicial según sexo al 100%

Dimensión vertical en reposo inicial(mm)				
Género	N	Mínimo	Máximo	Media
Femenino	70	69 mm	84 mm	78.77
Masculino	30	69 mm	83 mm	78.40

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: Se observó la distribución de los valores de dimensión vertical reposo inicial en la muestra de estudio, clasificada según sexo, de los cuales se encontró que para el sexo femenino tenía una medida media de 78.77 mm (DE=3.4) con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 69mm y una medida máxima de 84 mm. En cuanto al sexo masculino se observó una medida media de 78.40 mm (DE=2.8), con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 69mm y una medida máxima de 83 mm.

Tabla N°10

Distribución de los valores de la dimensión vertical oclusal final según sexo al 100%

Dimensión vertical oclusal final(mm)				
Género	N	Mínimo	Máximo	Media
Femenino	70	66 mm	81 mm	75.81
Masculino	30	66mm	80mm	75.46

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: Se observó la distribución de los valores de dimensión vertical oclusal final en la muestra de estudio, clasificada según sexo, de los cuales se encontró que para el sexo femenino tenía una medida media de 75.81 mm (DE=3.4) con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 66mm y una medida máxima de 81 mm. En cuanto al sexo masculino se observó una medida media de 75.46 mm (DE=2.8), con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 66mm y una medida máxima de 80 mm.

Tabla N°11

Distribución de los valores de la dimensión vertical en reposo final según sexo.

Dimensión vertical postural final (mm)				
Género	N	Mínimo	Máximo	Media
Femenino	70	69 mm	84 mm	78.81
Masculino	30	69 mm	83 mm	78.46

Fuente: Propia del investigador.

Se observó la distribución de los valores de dimensión vertical reposo final en la muestra de estudio, clasificada según sexo, de los cuales se encontró que para el sexo femenino tenía una medida media de 78.81 mm (DE=3.4) con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 69mm y una medida máxima de 84 mm. En cuanto al sexo masculino se observó una medida media de 78.46 mm (DE=2.8), con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 69mm y una medida máxima de 83 mm.

Tabla N°12

Contingencia entre factores y género

Tabla cruzada FACTORES*GENERO					
FACTORES	ENFERMEDAD PERIODONTAL	Recuento	GENERO		Total
			FEMENINO	MASCULINO	
		44	23	67	
		% dentro de GENERO	62,9%	76,7%	67,0%
	LESION CARIOSAS	Recuento	26	7	33
		% dentro de GENERO	37,1%	23,3%	33,0%
Total		Recuento	70	30	100
		% dentro de GENERO	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: Se observa los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias en relación con el género; en el grupo de género femenino 44(62.9%) presentaron un factor “enfermedad periodontal” y 26(37.1%) un factor “lesión cariosa”. En el grupo del género masculino 23(76.7%) presentaron un factor “enfermedad periodontal” y 7(23.3%) factor “lesión cariosa”

Gráfico N°8

Contingencia entre factores y géneros.

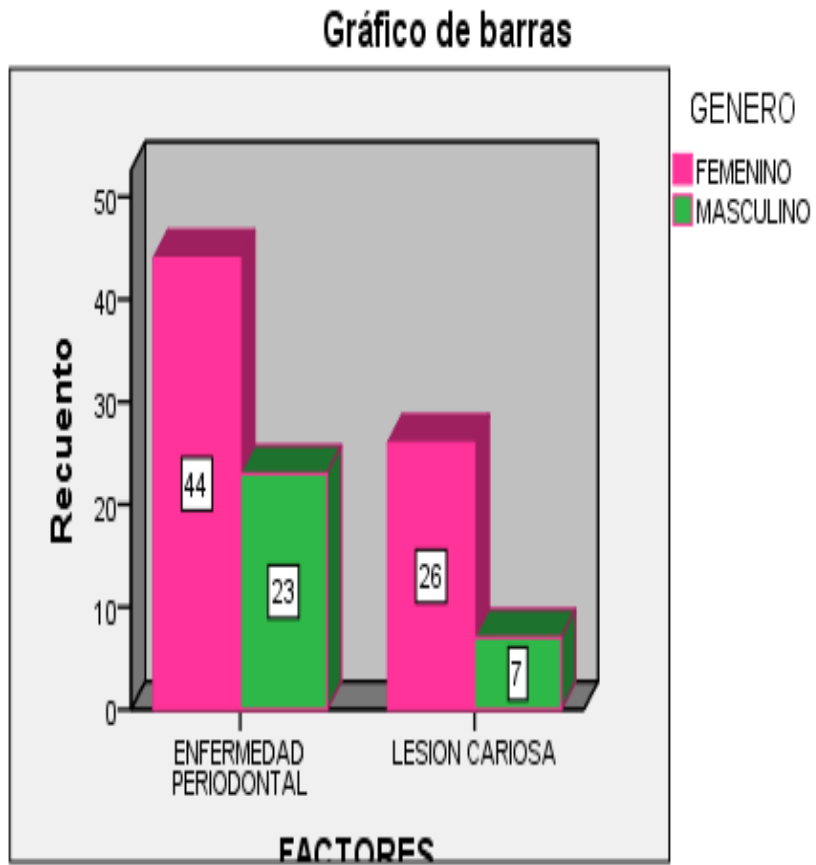


Tabla N°13

Distribución de los valores de la dimensión vertical oclusal inicial según los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias.

Dimensión vertical oclusal inicial(mm)

Factores	N	Mínimo	Máximo	Media
Enfermedad periodontal	67	67 mm	82 mm	76,76
Lesión cariosa	33	68mm	82mm	75,57

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: Se observó la distribución de los valores de dimensión vertical oclusal inicial en la muestra de estudio, clasificada según los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias, de los cuales se encontró que la enfermedad periodontal tenía una medida media de 76.76 mm (DE=3.2) con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 67mm y una medida máxima de 82 mm. En cuanto a la lesión cariosa se observó una medida media de 75,57 mm (DE=3.6), con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 68mm y una medida máxima de 82 mm.

Tabla N°14

Distribución de los valores de la dimensión vertical en reposo 1 según los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias al 100%.

Factores	Dimensión vertical oclusal postural(mm)			
	N	Mínimo	Máximo	Media
Enfermedad periodontal	67	69 mm	84 mm	78,85
Lesión cariosa	33	69mm	83mm	78,27

Fuente: Propia del investigador.

Análisis: Se observó la distribución de los valores de dimensión vertical reposo inicial en la muestra de estudio, clasificada según los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias, de los cuales se encontró que la enfermedad periodontal tenía una medida media de 78,85 mm (DE=3.9) con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 69mm y una medida máxima de 84 mm. En cuanto a la lesión cariosa se observó una medida media de 78,27 mm (DE=3.7), con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 69mm y una medida máxima de 83 mm.

Tabla N°15

Distribución de los valores de la dimensión vertical oclusal 2 según los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias al 100%.

Dimensión vertical oclusal inicial(mm)					
Factores	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Enfermedad periodontal	67	66 mm	81 mm	75,91	3.1
Lesión cariosa	33	66mm	80mm	75,30	3.7

Fuente: Propia del investigador.

Se observó la distribución de los valores de dimensión vertical oclusal final en la muestra de estudio, clasificada según los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias, de los cuales se encontró que la enfermedad periodontal tenía una medida media de 75.91 mm (DE=3.1) con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 66mm y una medida máxima de 81 mm. En cuanto a la lesión cariosa se observó una medida media de 75,30 mm (DE=3.7), con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 66mm y una medida máxima de 80 mm.

Tabla N°16

Distribución de los valores de la dimensión vertical reposo 2 según los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias al 100%

Dimensión vertical oclusal inicial(mm)				
Factores	N	Mínimo	Máximo	Media
Enfermedad periodontal	67	64 mm	84 mm	78,91
Lesión cariosa	33	69mm	83mm	78,30

Fuente: Propia del investigador.

: Se observó la distribución de los valores de dimensión vertical reposo final en la muestra de estudio, clasificada según los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias, de los cuales se encontró que la enfermedad periodontal tenía una medida media de 78,91 mm (DE=3.1) con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 69mm y una medida máxima de 84 mm. En cuanto a la lesión cariosa se observó una medida media de 78,30 mm (DE=3.7), con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 69mm y una medida máxima de 83 mm.

5.3 DISCUSION

El presente estudio tuvo la finalidad de evaluar la relación entre la dimensión vertical oclusal 1 y 2 y la dimensión en reposo 1 y 2 y condiciones dentarias adyacentes observadas en el análisis.

Se analizaron la dimensión vertical oclusal y la dimensión vertical en reposo donde tomamos un punto fijo (la base de la nariz) y un punto móvil (el mentón).

En cuanto al sexo masculino se observó una medida media de 75.46 mm (DE=2.8), con una medida mínima de dimensión vertical oclusal de 66mm y una medida máxima de 80 mm.

Según el Departamento de Salud y Servicios humanos en su publicación Enfermedades de las encías o Enfermedades periodontales causas, síntomas y tratamiento la prevalencia de perdida dental es causa de malos hábitos, como fumar, lo cual es uno de los factores de riesgo más significativo relacionados con el desarrollo de la enfermedad de las encías. Además, el hábito de fumar puede disminuir el efecto de algunos tratamientos.

Cambios hormonales en mujeres, estos cambios pueden hacer que las encías se hagan más sensibles facilitando así el desarrollo de la enfermedad periodontal; la diabetes, las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones, entre ellas, la enfermedad de las encías, otras enfermedades como el cáncer o el SIDA y sus respectivos tratamientos también pueden perjudicar la salud en las encías, por medicamentos, hay cientos de medicamentos tanto de receta médica como los que se pueden comprar sin receta, que pueden reducir el flujo de saliva y otra causa también según esta publicación es la genética.

Según el Dr. Ruiz Villandiego las principales factores de riesgo para perder piezas dentales son los malos hábitos de higiene bucal, una higiene bucodental deficiente da paso a desarrollar sarro que con el tiempo puede provocar caries y periodontitis el consumo de Tabaco, el tabaco afecta a los tejidos periodontales (los tejidos que rodean al diente), facilitando el desarrollo de la periodontitis.

Desaparecen o disminuyen los capilares que dan vida a las estructuras periodontales y esto mismo sucede en las cirugías de implantes o de regeneración ósea donde la falta de capilaridad y aporte sanguíneo suponen una mayor incidencia de fracasos.

Las relaciones intermaxilares se definen como cualquier relación espacial del maxilar y la mandíbula; el registro de éstas puede realizarse en una orientación vertical, horizontal o lateral.

Las relaciones intermaxilares se ven alteradas, entre otros factores, por la pérdida parcial o total de los dientes naturales; estos factores generan alteraciones de la función masticatoria, de la fonética y la estética. La consiguiente transformación del individuo en un desdentado parcial o total requiere para su tratamiento la rehabilitación protésica.

La dimensión vertical influye especialmente en el aspecto (visibilidad de los dientes frontales, altura del tercio inferior de la cara) y la fonética, mientras que la horizontal condiciona la retención de la prótesis.

La Dimensión Vertical y Relación Céntrica están estrechamente relacionadas y no se deben separar a la hora de ser registradas. Koeck da un orden para el registro de las relaciones intermaxilares: "La determinación de la relación intermaxilar vertical se debe realizar antes de la horizontal, porque esta última depende de la

distancia vertical de los maxilares. Cada cambio en la relación intermaxilar vertical se traduce en un cambio en la relación horizontal, por tanto, no se debe introducir ningún cambio en la relación vertical sin volver a determinar la relación horizontal”.

El registro adecuado de las Relaciones intermaxilares es esencial, en el éxito de las rehabilitaciones protésicas. Muchos años de estudio vienen siendo utilizados por la odontología en la búsqueda de métodos que lleven al registro exacto de estas relaciones. Esto sin duda se hace más complejo en los pacientes totalmente desdentados en los cuales no existen registros previos, que puedan reproducir estas relaciones.

Se realizaron mediciones clínicas por un solo operador utilizando un pie de metro digital de las dos medidas clínicas mencionadas. Se determinó la normalidad de los datos usando el test de Swilk ($p > 0.05$), se evaluó la diferencia en las mediciones, mediante la Prueba t Student pareada (distancias en un mismo individuo) considerando una significancia $p \leq 0.05$. Resultados. La distancia Sn-M' no tiene diferencias significativas con la distancia AEO'- STF. El 82 % de la muestra no tiene ninguna diferencia entre ambas mediciones. Conclusiones. Del estudio se ha concluido que la distancia AEO'-STF puede utilizarse para determinar la distancia Sn-M', fundamentalmente en individuos mesofaciales. Más estudios deben ser realizados para determinar la validez absoluta de esta metodología. Dr. Pablo Gaete Saldaña. Dr. Marcelo Gaete Baldi. Dra. Marcia Cáceres Ponce. (Chile) 2013 Evaluación craneométrica, utilizando el Craneometro de Knebelman, de la Dimensión Vertical Oclusal (DVO) obtenida mediante un procedimiento clínico clásico.

En la rehabilitación de pacientes mediante prótesis removibles se deben cumplir varias etapas, tanto clínicas como de laboratorio, para asegurar el éxito final del tratamiento. Una de las etapas clínicas que adquiere mayor relevancia, ya sea, en la elaboración o funcionamiento de las prótesis, es la determinación de la dimensión vertical oclusal.

Una dimensión vertical oclusal alterada no sólo afectará la estética del paciente, sino que también el normal funcionamiento del sistema estomatognático por completo. Se han propuesto muchos métodos para determinar la dimensión vertical, esta situación es un claro signo de lo importante del tema en la profesión odontológica, junto con revelarnos que estamos aún lejos de encontrar el método único e ideal para su determinación.

Según el Departamento de Salud y Servicios humanos en su publicación Enfermedades de las encías o Enfermedades periodontales causas, síntomas y tratamiento la prevalencia de pérdida dental es causa de malos hábitos, como fumar, lo cual es uno de los factores de riesgo más significativo relacionados con el desarrollo de la enfermedad de las encías. Además, el hábito de fumar puede disminuir el efecto de algunos tratamientos.

Riquelme Belmar R¹, Sierra Fuentes M², Del Pozo Bassi J³, Quiroga Aravena R⁴

Objetivo: Se realizó una investigación cuyo propósito fue comparar la DVO determinada mediante métodos convencionales y la determinada por el craneómetro de Knebelman en el mismo paciente. Método: Se consideró como metodología convencional la DVO medida estando el paciente con sus prótesis en máxima intercuspidad. El estudio se realizó en una muestra de 45 individuos

desdentados totales y parciales sin referencia oclusiva, rehabilitados con prótesis removible en la en la Clínica Integral del Adulto I y II. Los resultados fueron analizados empleando el test t pareado expresado en mm. de la DVO determinada con cada metodología. Resultado: Se encontraron diferencias significativas entre ambas mediciones y se empleó el test Chi-Cuadrado para analizar la influencia en la magnitud de la DVO observada cuando se emplea una o más referencias en su determinación, donde no se encontraron diferencias significativas. El rango de diferencias entre ambas metodologías de determinación en promedio fue de 2.93 mm considerado no relevante desde el punto de vista clínico. Conclusión: En este contexto el craneómetro de Knebelman puede ser un valioso instrumento que permita simplificar la determinación de la DVO en pacientes desdentados.

CONCLUSIONES

- La dimensión vertical en los adultos mayores evaluados en el presente estudio es de 79 mm.
- Los factores que influyen en la pérdida de las piezas dentarias en el presente estudio de investigación se encuentran en primer lugar la enfermedad periodontal seguida de las lesiones cariosas.
- La evaluación de la dimensión vertical oclusal en el presente estudio es de 76mm.
- La evaluación de la dimensión vertical en reposo en el presente estudio es de 79mm.
- De acuerdo con el presente estudio de investigación si existe espacio libre adecuado.

RECOMENDACIONES

- Brindar charlas en los Centros de Salud del cómo prevenir la pérdida de piezas dentarias, se recomienda ejercicios masticatorios para que no se inactiven los músculos.
- Promover convenios con la universidad para brindar evaluaciones gratuitas a los pacientes con prótesis total.
- Realizar controles cada seis meses, incentivando el cuidado de la prótesis para tener conservar la dimensión vertical establecida.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Arne G. Lauritzen. Atlas de analisisoclusal. Edit. Martínez de Murguía. Madrid, 1977; pp.: 54-57 3. José Dos Santos. Principios y conceptos de oclusión. Edit. Mundi, 199 5. P.: 38

2. Peter E. Dawson. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales. Editorial Salvat. Barcelona, 1991; pp.: 61-73. 3. The academy of Prosthodontics. Glossary of prosthodontic terms. 6th ed. J ProsthetDent 1994; 71:41-112

4. Quiroga Del Pozo R, Riquelme Belmar R, Sierra Fuentes M, Del Pozo Bassi J, Quiroga Aravena R. Determinación de la Dimensión Vertical Oclusal en desdentados totales: comparación de métodos convencionales con el craneómetro de Knebelman. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral 2012.Vol. 5(1); 20-24

5. Gaete P, Gaete M, Cáceres M. Evaluación craneométrica, utilizando el Craneometro de Knebelman, de la Dimensión Vertical Oclusal (DVO) obtenida mediante un procedimiento clínico clásico. Revista Dental de Chile 2012; 103 (2) 29-35.

6. Goncalves M, Falavinha L, De Jesus R. Determinación de la dimensión vertical de reposo y de oclusión en pacientes desdentados totales portadores de dentaduras completas y con desórdenes craniomandibulares (Rev.odontol. domine 2002., v.8,p.44-48, Enero- Diciembre.

7. Almeida EO, Silva E, Falcón RM, Freitas AC. Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. RevEstomatol. Herediana. 2007; 17(2):104-7.
8. Sánchez Sebastián. Revisión bibliográfica sobre relaciones cráneo mandibulares en prótesis. Trabajo de investigación, Tesis (Cirujano Dentista). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Odontología, 1982
9. The academy of Prosthodontics. Glossary of prosthodontic terms. 6th ed. J Prosthet Dent 1994; 71:41-112
10. Alonso AA, Albertini JS, Bechelli AH. Oclusión y Diagnostico en Rehabilitacion Oral. Buenos Aires: Panamericana; 2004.
11. Tavarez R. Dimensao vertical de oclusãoesdetadostotaisobdita pelos Metodos de Tamaki e de Beresin y Schiesser: estudo comparativo. Bauru, 1997. Dissetacao (Mestrado). Faculdade de Odontología de Baur
12. Sheppard IM, Shepard SM. Vertical dimension measurements. Reprinted with permission from J Prosthet Dent 1975; 34: 269-77. J. Prosthet Dent 2006, 95:175-80.
13. Mallat E, Keogh T. Protesis Parcial Removible: Clínica y laboratorio. 2º ed. España: Mosby-Doyma; 1995.
14. Chou TM, Moore DJ, Young LJ, Glaros AG, Chou JI. Oclusal Vertical dimension in prosthodontics. Kaohsiung J. Med Sci. 1996 May, 12 (5): 260-6.
15. Shanahan T. Physiologic vertical dimension and centric relation. Reprinted with permission from Prosthet Dent 1956; 6:741-7. J. Prosthet Dent 2004; 91:206-9.

16. Millet C, Jeannin C, Vincent B, Malquarti G. Report on the determination of occlusal vertical dimension and centric relation using swallowing in edentulous patients. *Journal of Oral Rehabilitation* 2003; 30: 1118-1122.
17. Dos Santos J. *Oclusión 1° e Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas*, C.A.; 1992.
18. Saizar P. *Protesis A placa: 4° ed.* Argentina: Progental; 1950.
19. George A, Judson C, Charles L, Gunnar E. *Prostodoncia Total de Boucher*. 10° ed. Mexico: Interamericana; 1995
20. Silverman MM. Speaking method in measuring vertical dimension. *J Prosthet Dent* 1953; 3: 193-9.
21. Burnett CA. Clinical rest and closest speech positions in the determination of occlusal vertical dimension. *J of Oral Rehabilitation* 2000; 27: 714-719.
22. Turrell AJW. Clinical assessment of vertical dimension. *J Prosthet Dent* 1972; 28: 238-46.
23. *Prótesis dental completa 6ta edición Rahn-Ivanhoe-Plummer* 2011.
24. *Prótesis total Aspectos gnatológicos conceptos y procedimientos Vito Milano-Apolonia Desiate* 2011.
25. Salazar FN. Estandarización de la técnica del paralelismo individualizada en el control radiográfico de implantes oseointegrados [dissertation]. Santiago (CE): Universidad de Chile; 2003. 73 p.

ANEXOS

ANEXO N° 1 Carta de presentación



Pueblo Libre, 14 de mayo de 2018

Dr. JOSE ARTURO CORREA BRAVO
Director del Centro Materno Infantil Manuel Barreto

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada **CUNZA GONZALES, NELLY CINTHYA** con código **2008200587**, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "EVALUACION DE LA DIMENSION VERTICAL DEL ADULTO MAYOR DE 65 A 80 AÑOS REHABILITADO CON PROTESIS COMPLETA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL "MANUEL BARRETO" EN EL MES DE JUNIO DEL 2016"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinda a la presente.

Atentamente,


Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

RECIBIDO
MICRORED DE SALUD
"MANUEL BARRETO"
15 JUNIO 2018 HORA 2:00
FIRMA _____

ANEXO N°2 Constancia de desarrollo de la investigación

SAN JUAN DE MIRAFLORES 24 DE AGOSTO, 2018

HOSPITAL MATERNO INFANTIL MANUEL BARRETO

DRA.

MIRIAM VASQUEZ SEGURA

DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS.

PRESENTE.

Por medio de la presente, me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el bachiller **CUNZA GONZALES NELLY CINTHYA** con código **200820058** realizo satisfactoriamente su trabajo de investigación en el centro de salud ya arriba mencionado.

Desarrollando las siguientes competencias profesionales:

Eficiente.

Organizada.

Ética profesional.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Jose Arturo Correa B

Director del Centro Materno Infantil Manuel Barreto



ANEXO N° 3 Consentimiento informado



ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

Yo..... (como paciente), con D.N.I....., mayor de edad, y con domicilio en.....

Declaro

Que el bachiller Nelly Cinthya Cunza Gonzales me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar la evaluación de mi prótesis dándome la siguiente información:

Que para realizar la evaluación de mi prótesis tendré que asistir a una campaña que realizará el bachiller en el hospital materno infantil Manuel Barreto para que me tome unas medidas con la finalidad de evaluar la misma. También se me ha explicado la necesidad de mantener una higiene escrupulosa para evitar el desarrollo de gingivitis y secundariamente enfermedad periodontal.

Asimismo, se me informa sobre la importancia de visitas periódicas (en principio anuales) para controlar la situación de la prótesis y su entorno.

He comprendido lo explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado. Me queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y he comprendido el alcance y riesgos de esta evaluación, y por ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique la evaluación de la prótesis competa.

En Lima, a.....de.....de.....

ANEXO N° 4 Instrumento de recolección de datos



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____

Dimensión Vertical en el Tratamiento

DVO _____mm

DVR _____mm

Dimensión Vertical en la Evaluación

DVO _____mm

DVR _____mm

Tipo de reborde (según su forma)

Cuadrangular _____ Ovoide _____ Triangular _____

Factores que influyeron en la pérdida de piezas dentarias

ANEXO N° 5 Matriz de consistencia



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA NOMBRE: Cunza Gonzales Cinthya

Asesor Principal: Dr. Fernando Ávila Napan

TEMA: EVALUACION DE LA DIMENSION.VERTICAL DEL ADULTO AMYOR DE 65 A 80 AÑOS REHABILITADO CON PRÓTESIS COMPLETA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL “MANUEL BARRETO EN EL MES DE JUNIO DEL AÑO 2016.

Problema	Objetivo General	Variables	Metodología
<p>Problema principal</p> <p>¿Cuál es la dimensión vertical de los adultos mayores de 65-80 años rehabilitados con prótesis completa en el centro materno infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2016?</p>	<p>Evaluar la dimensión vertical en los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2016 mediante la técnica métrica.</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Rehabilitados con prótesis completa</p>	<p>Descriptiva</p> <p>Transversal</p>
<p>Problemas secundarios</p> <p>¿Cuál es la evaluación de la dimensión vertical oclusal de los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2016?</p> <p>¿Cuál es la evaluación de la dimensión vertical en reposo de los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2016?</p> <p>¿Cuáles son los factores que influyen en la pérdida de piezas dentarias según el género en los adultos de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2016?</p> <p>¿Existe espacio libre adecuado en los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2016?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>terminar cuál es la evaluación de la dimensión vertical oclusal en los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2016.</p> <p>terminar cuál es la evaluación de la dimensión vertical en reposo en los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2016.</p> <p>terminar cuáles son los factores que influyen en la pérdida de piezas dentarias en los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2016.</p> <p>terminar si existe espacio libre adecuado de los adultos mayores de 65 a 80 años rehabilitados con prótesis completa en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el mes de junio del año 2016?</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Dimensión vertical</p> <p>Escala de medición</p> <p>Nominal</p> <p>Indicadores</p> <p>Prótesis completa</p>	<p>Grupo etéreo</p> <p>65-70 años</p> <p>71-75 años</p> <p>76-80 años</p>

ANEXO N°6 Imágenes de ejecución

FOTO 01

Centro Materno Infantil Manuel Barreto



FOTO 02

Puesto de Informes

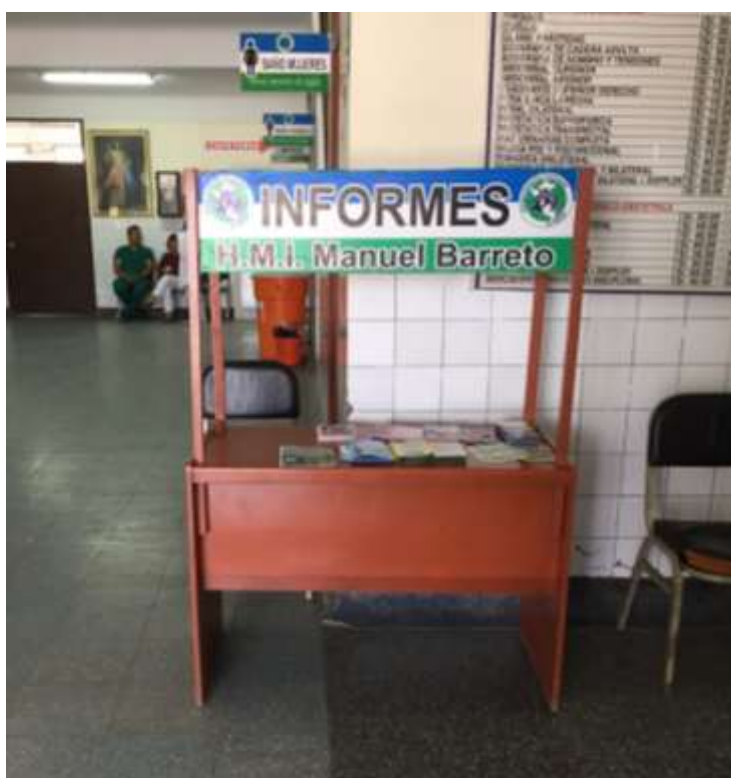


FOTO 03

Pacientes en la sala de espera



FOTO 04

Recolectando la información inicial de los pacientes.



FOTO 05

Departamento de odontología



FOTO 6

Firmando el consentimiento informado



FOTO 07

Tomando las medidas para la evaluación



FOTO 08

Recolectando la información

