
Protocolo para la atención interdisciplinaria del paciente adulto con dimensión vertical oclusiva disfuncional

Protocol for the interdisciplinary care of the adult patient with dysfunctional vertical occlusal dimension

Arley Espinosa-Rivero¹ <https://orcid.org/0000-0001-8924-8245>

Silvia María Díaz-Gómez² <https://orcid.org/0000-0002-6314-3434>

Norys Tan-Suárez³ <https://orcid.org/0000-0002-6328-0631>

Mayelín Soler-Herrera³ <https://orcid.org/0000-0001-6710-6967>

Odalís Rubí-Rivero⁴ <https://orcid.org/0000-0002-7729-2545>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Policlínico Joaquín de Agüero y Agüero. Servicio de Prótesis Estomatológica. Camagüey, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas. Clínica Estomatológica Docente Ismael Clark Mascaró. Servicio de Prótesis Estomatológica. Camagüey, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología. Departamento de posgrado. Camagüey, Cuba.

⁴ Universidad de Ciencias Médicas. Clínica Estomatológica Docente Ismael Clark Mascaró. Servicio de Estomatología General Integral. Camagüey, Cuba.

***Autor para la correspondencia:** aeaespinosa7@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las ciencias de la salud han experimentado un avance notable, sin embargo, hay aristas por perfeccionar. Una de ellas es la que se asumen imprecisiones y el consecuente menos-

cabo científico, está dado por el accionar profesional diferente, carente de consenso ante un mismo problema a consecuencia de insuficientes herramientas. Que, en esencia, son principios y recomendaciones, diseñadas para este objetivo; con un vínculo interdisciplinario permanente, contiguo, sistemático en la labor educativa del paciente antes, durante y después del tratamiento e integración de este al equipo de trabajo como pilar fundamental.

Objetivo: Diseñar un protocolo para la atención interdisciplinaria de pacientes adultos con dimensión vertical oclusiva disfuncional.

Métodos: Se realizó una investigación de desarrollo, el grupo técnico estuvo constituido por nueve estomatólogos conformados en tres equipos: cinco profesionales especializados en Prótesis Estomatológica, dos en Estomatología General Integral, uno en Periondotología y uno en Ortodoncia. Especialistas en Neurología, Psicología, Imagenología y Farmacología. Se trabajó con el universo de investigaciones constituido por los protocolos precedentes disponibles por su publicación o interés de las instituciones de salud en socializarlos. Se utilizó técnica cualitativa de consenso grupo nominal y métodos de investigación: histórico lógico, análisis y síntesis, inducción-deducción, revisión documental, observación sistemática; así como las consideraciones éticas. Se desarrollaron los aspectos inherentes a una modificación de la conceptualización de la dimensión vertical oclusiva. Ello se consideró desde la anuencia de profesionales diversos, enfoque interdisciplinario y construcción colectiva consecuente. Se reelaboró cada aspecto hasta lograr consenso entre los miembros participantes.

Resultados: Documento científico normativo que protocoliza la atención interdisciplinaria del paciente adulto con dimensión vertical oclusiva disfuncional.

Conclusiones: El protocolo diseñado y consensuado permite estandarizar la práctica clínica y la atención interdisciplinaria del paciente adulto con dimensión vertical oclusiva disfuncional en diferentes escenarios previa contextualización del mismo.

DeCS: DIMENSIÓN VERTICAL; GRUPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE; GUÍAS COMO ASUNTO; CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD; GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA COMO ASUNTO.

ABSTRACT

Introduction: Although health sciences have made remarkable progress, there are still areas for improvement. One such area is the lack of consensus among professionals when faced with the same problem due to insufficient tools, which leads to inaccuracies and consequent scientific

undermining. These are essentially principles and recommendations designed to establish a permanent, contiguous, systematic, interdisciplinary link in the educational work with patients before, during, and after treatment. They also emphasize the integration of patients into the work team as a fundamental pillar.

Objective: To design a protocol for the interdisciplinary care of adult patients with dysfunctional vertical occlusal dimension.

Methods: A development study was conducted. The technical group consisted of nine dentists organized into three teams: five specialists in prosthodontics, two in comprehensive general dentistry, one in periodontics, and one in orthodontics. There were also specialists in neurology, psychology, imaging, and pharmacology. The work was carried out with the research universe constituted by the available precedent protocols due to their publication or the interest of health institutions in disseminating them. The qualitative nominal group consensus technique and the following research methods were used: historical-logical analysis and synthesis, inductions and deductions, documentary reviews, and systematic observations, as well as ethical considerations. Aspects inherent in modifying the conceptualization of vertical occlusal dimensions were developed. This was achieved through an interdisciplinary approach with the consent of diverse professionals and consequent collective construction. Each aspect was reworked until there was consensus among the participating members.

Results: A regulatory scientific document that protocols the interdisciplinary care of adult patients with dysfunctional occlusal vertical dimension.

Conclusions: The designed and agreed protocol allows standardizing the clinical practice and interdisciplinary care of the adult patient with dysfunctional occlusal vertical dimension in different scenarios after its contextualization.

DeCS: VERTICAL DIMENSION; PATIENT CARE TEAM; GUIDELINES AS TOPIC; QUALITY OF HEALTH CARE; PRACTICE GUIDELINES AS TOPIC.

Recibido: 11/12/2025

Aprobado: 12/01/2026

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

Las ciencias de la salud han experimentado un avance notable, sin embargo, hay aristas por perfeccionar. Una de ellas, en la que se asumen imprecisiones y el consecuente menoscabo científico, se origina por el accionar profesional diferente, carente de consenso ante un mismo problema a consecuencia de las insuficientes herramientas que, en esencia, son principios y recomendaciones diseñadas para este fin.⁽¹⁾

En concreto, las guías clínicas, vías clínicas y protocolos, conforman las acciones conductuales para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y comorbilidades que se han convertido en tendencia en la práctica médica cubana como respuesta a las necesidades del país, para rectorar la maestría clínica en los diferentes niveles de atención de salud.^(1,2) Documentos científicos normativos que, por demás, en su mayoría, adolecen de la confluencia de la integración de saberes y la personalización de la práctica médica para afrontar la complejidad de los problemas de salud en la contemporaneidad.⁽³⁾

La interdisciplina, en particular, es la búsqueda consecuente de integración de teorías, métodos, instrumentos y fórmulas de acción científica de diferentes disciplinas; a partir de una concepción multidimensional de los fenómenos y el conocimiento del carácter relativo de los enfoques científicos por separado.⁽⁴⁾ En tal sentido, los argumentos son aplicables a toda ciencia y vitales para la determinación de las relaciones craneomandibulares.

Desde la solución conceptual de la brecha que persiste entre los constructos que sostienen las definiciones: Dimensión vertical en reposo (DVR) y dimensión vertical oclusiva (DVO); se sostiene un espacio físico y también conceptual para otros parámetros medibles si de DVO se trata: DVO fisiológica, DVO en uso y DVO disfuncional.⁽⁵⁾ Es prudente interpretar la obtención del todo, como un proceso que incluye todas las aristas pertinentes a la dimensión vertical (DV); para establecer etapas en la rehabilitación, tiempos de espera y procedimientos clínicos estomatológicos de ajuste oclusal⁽⁶⁾

En Cuba, Díaz y Díaz,⁽⁶⁾ proponen el Algoritmo de trabajo para el paciente con bruxismo, desde un enfoque interdisciplinario, pero no describen los métodos para la determinación de este proceder clínico. Asimismo, Suárez,⁽⁷⁾ diseña un Protocolo de atención integral para el paciente adulto con guía anterior disfuncional, sin especificar las técnicas para determinar la dimensión vertical oclusiva (DVO). Por su parte Hernández,⁽⁸⁾ en el Algoritmo desde un modelo predictivo para el seguimiento clínico interdisciplinario del paciente adulto con bruxismo, no considera la DVO disfuncional y por ende, no explica cómo determinarla.

Devolver a las personas el estado de salud fisiológico es un reto, que a criterio del autor 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, contiguo, sistemático en la labor educativa del paciente antes, durante y después del tratamiento e integración de éste al equipo de trabajo como pilar fundamental.⁽⁹⁾ En el que confluye función y estética, para lo que es responsable la DVO y la interpretación clínica de sus parámetros. Razón por la cual se propone diseñar un protocolo para la atención interdisciplinaria de pacientes adultos con DVO disfuncional.

MÉTODOS

Clasificación de la investigación. Se realizó una Investigación de Desarrollo para diseñar un protocolo de febrero 2024 a febrero de 2025.

Universo del grupo técnico:

Constituido por nueve estomatólogos de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas y la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Especialistas de Segundo Grado, conformados en tres equipos: Cinco profesionales especializados en Prótesis Estomatológica, dos en Estomatología General Integral (EGI), uno en Periodontología y uno en Ortodoncia.

Cinco de ellos miembros del equipo multidisciplinario de Oclusión Dentaria y Articulación Temporomandibular (ATM) de Camagüey, todos miembros fundadores de la Cátedra Multidisciplinaria de Oclusión Dentaria Plácido Ardanza Zulueta. Especialistas en Neurología, Psicología, Imagenología y Farmacología. Ocho con categoría docente principal Auxiliar y uno Titular, un profesor consultante. Dos profesores con categoría de Investigador Agregado y uno con categoría de Investigador Auxiliar.

Universo de investigaciones:

Estuvo conformado por las 71 investigaciones que incluían los resultados de dos décadas de trabajo clínico e investigativo desde la consulta del tercer nivel de atención de salud Oclusión Dentaria y ATM de Camagüey (diez Trabajos de Terminación de Residencia, dos Tesis de Maestría, 35 artículos científicos) y los resultados científicos de 20 investigaciones nacionales e internacionales, cuatro textos básicos y dos temáticos actualizados.

Muestra: Se seleccionaron por muestreo intencional 25 investigaciones que conformarían el contenido del protocolo; esgrimidas por el dúo de profesionales de mayor experiencia del grupo técnico, con alta preparación académica e investigativa y ante la duda consultada con un tercer miembro

de similar preparación.

Técnicas y procedimientos:

De obtención de la información. Los componentes de la estructura y contenido del protocolo se fundamentaron en siete elementos:

- Guías para la elaboración de protocolos existentes.^(10,11)
- Protocolos de atención dentro de las Ciencias Médicas.^(12,13)
- Escala de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas.⁽¹⁴⁾
- Protocolos de atención estomatológica en Cuba.^(1,2,15)
- Resultado científico de la experiencia clínica e investigativa del equipo multidisciplinario de la consulta de Oclusión Dentaria y ATM de Camagüey.^(8,16)
- Textos e investigaciones divulgadas en artículos científicos, monografías o páginas Web en las bases de datos de MEDLINE, PubMed y SciELO.^(17,18,19,20)

Se utilizó como palabra clave dimensión vertical oclusiva (DVO), cefalograma para DVO, protocolo de tratamiento, en idioma español e inglés de los últimos diez años.

De procesamiento y análisis estadístico: Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para la inclusión definitiva de las variables en la elaboración del protocolo. Se presentó por el autor la estructura y contenido del protocolo a valoración por los grupos técnico que sesionaron en tres equipos independientes, a través de la técnica cualitativa de consenso del grupo nominal.⁽²¹⁾ Además, se formuló una interrogante abierta para poder expresar valoraciones cualitativas con relación a la retirada o la introducción de algún aspecto, así como brindar y listar sugerencias al respecto.

Es importante resaltar el hecho de haber desarrollado el aspecto inherente a una modificación de la conceptualización de DVO. Ello se consideró desde la anuencia de profesionales diversos, enfoque interdisciplinario y construcción colectiva consecuente. Dada las aclaraciones pertinentes se fomentó el debate en sesión plenaria planificada. Se reelaboró cada aspecto hasta lograr consenso entre los miembros participantes.

Conceptualización de DVO propuestas:

DVO en uso: Es la que al realizar la primera determinación posee el paciente.

DVO fisiológica: Resulta de la discusión diagnóstica del equipo interdisciplinario.

DVO disfuncional: Aquella que, al determinarse, la pérdida sea mayor de 4mm.

Consideraciones éticas

Se respetaron los principios promulgados en la Declaración de Helsinki,⁽²²⁾ que recoge los principios éticos para las investigaciones en seres humanos y las pautas éticas internacionales para la investigación.

Resultado científico

Se establece un resumen del documento científico original, se hace mención a su estructura y a las funciones del grupo técnico. Así como a los elementos que precisan las acciones clínicas (Cuadro 1).

Cuadro 1 Protocolo para la atención interdisciplinaria del paciente adulto con dimensión vertical oclusiva disfuncional

Estomatología		Fecha de elaboración: Año 2024 Fecha de revisión: Año 2026	No. Resolución No. Versión 1.0
	Elaboración	Revisión	Aprobación
Nombre	Equipo interdisciplinario de la consulta del Tercer nivel de atención de Oclusión Dentaria y Articulación temporomandibular de Camagüey.	Profesora. Silvia María Díaz Gómez	Expertos
Cargo	Estomatólogos	Doctora en Ciencias Estomatológicas Profesora titular, Especialista de Segundo grado en Prótesis Estomatológicas Miembro del equipo interdisciplinario de la consulta del tercer nivel de atención de Oclusión Dentaria y Articulación temporomandibular de Camagüey	

RESULTADOS

La determinación de las relaciones craneomandibulares es fundamental en el éxito de la rehabilitación de pacientes total o parcialmente desdentados;⁽²³⁾ las mismas responden a un concepto fisiológico que define el mayor o menor grado de aproximación de la mandíbula al macizo craneofacial en los tres sentidos del espacio.^(24,25,26)

La DVO resultante es la distancia que depende del contacto dentario, puede sufrir modificaciones en el tiempo y el desgaste presente en los dientes provoca inestabilidad; por lo que errar en su registro significa el fracaso futuro de la rehabilitación protésica.⁽²⁷⁾ La práctica clínica se facilitaría de forma ostensible si existiera un método predecible, con validez científica y universal, aplicable para obtener la DVO.

Se han propuesto diversos sistemas; sin embargo, ninguno ha probado ser mejor que otro.⁽²⁸⁾ La aplicación clínica del compás de Willis hace, de forma indudable, práctica la maniobra clínica pertinente; no obstante, se han suscitado subjetividades en comparación con otros procedimientos, en busca de la exactitud en los resultados de la evaluación médica.⁽²⁹⁾

En el artículo científico titulado Detección de incrementos de la Dimensión Vertical Oclusal mediante análisis cefalométrico de Ricketts, Carrera et al.,⁽²⁹⁾referencian a Edwards et al., responsables de proponer el método cefalométrico como un procedimiento que no sólo puede entregar una medición de la altura facial del rostro y además permite evaluar la orientación del plano oclusal, la profundidad de la curva de Spee, la inclinación de las estructuras dentarias anteriores y la guía anterior de la oclusión dentaria. Además de, propiciar mediciones aún más precisas al considerar que sus puntos de referencia están en tejidos duros y no blandos.

Conceptualización de la dimensión vertical:

La dimensión vertical (DV) según refieren Fernández et al.,⁽³⁰⁾ de acuerdo al glosario de términos prostodónticos, como la distancia entre dos puntos anatómicos determinados, por lo general ubicados en la base de la nariz y el mentón, coincidentes con la línea media.

Objetivo: Estandarizar la obtención de la DVO funcional en la atención interdisciplinaria del paciente adulto con DVO disfuncional.

Población diana:

Pacientes mayores de 18 años de edad con DVO disfuncional

Aspectos conceptuales de importancia para la determinación de la DVO:

Se siguieron los conceptos establecidos de dimensión vertical en reposo (DVR) y DVO. De esta última y como parte del trabajo en dúos de especialistas y actividad plenaria del grupo técnico se llegó por consenso a la aprobación de dos nuevos constructos: DVO en uso y DVO fisiológica (Figura 1).

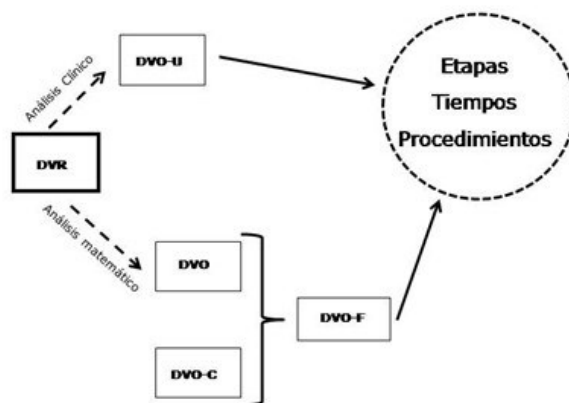


Figura 1 Proceso de determinación de la DVO fisiológica. (Creada por el autor).

Etapas: Cantidad de milímetros a restablecer.

Tiempos: Capacidad adaptativa, tolerancia orgánica, neuroplasticidad cerebral, tono muscular, materiales restauradores.

Procedimientos: Características clínicas del paciente y técnicas de rehabilitación.

DVR: Es la distancia en sentido vertical entre dos puntos, generalmente la base de nariz y el mentón, coincidente con la línea media. En posición postural de reposo, donde existe equilibrio muscular y el paciente tiene facie relajada.⁽³¹⁾

DVO: De un análisis clínico matemático es resultante de la resta, de uno a cuatro mm a la DVR.⁽³²⁾

DVO en uso: Es la registrada cuando los dientes se encuentran ocluyendo entre sí, sea o no portador de prótesis.

DVO fisiológica: Resulta de la discusión de diagnóstica del equipo interdisciplinario a expensas del análisis entre las DVO por método clínico y el cefalométrico.

DVO disfuncional: Aquella que al determinarse la DVO fisiológica, establece que la pérdida en milímetros es mayor de cuatro.⁽¹⁶⁾

Grupo técnico para la atención al paciente

- Especialista en Estomatología General Integral.
- Imagenólogo.
- Neurólogo.
- Psicólogo.
- Farmacólogo.

- Estomatólogo General Integral.
- Protesista.
- Ortodoncista.
- Licenciado en Tecnología de la Salud.
- Licenciados en Atención Estomatológica.

Papel de los miembros del equipo:

El neurólogo, farmacólogo y psicólogo, evalúan de forma integral al paciente que va a recibir tratamiento, para comprobar y coadyuvar a su estabilidad psicosomática, determinante para comenzar el proceder.

El estomatólogo general, estomatólogo general integral, periodontólogo y protesista, atenderán los procesos del sistema estomatognático que impidan el necesario equilibrio para determinar la DVR, la prevención, curación y rehabilitación, será el objetivo de la atención. Minimizar los factores de riesgos como: Hábitos, micro y macrotraumas, procesos agudos, enfermedad periodontal y oclusión traumática, o cualquier otra enfermedad que atente contra de la estabilidad del sistema. La tecnóloga de la salud, se encargará de la esterilización del instrumental, la limpieza de la unidad dental, la organización y cuidado de la consulta.

Por demás será el imagenólogo, el protesista y el ortodoncista, quienes se encargan de determinar la DVO fisiológica y la DVO en uso del paciente a través del método clínico y cefalométrico, el licenciado en atención estomatológica realiza la telerradiografía, para su análisis por los especialistas a cargo.

Procederes clínicos a acometer, se estructuran en tres pasos:

Paso I. Determinar la DVR.

Paso II. Determinar la DVO.

Paso III. Prescripción de la DVO fisiológica.

Paso I. Determinar la DVR:

Primera etapa

El neurólogo, farmacólogo y psicólogo, evalúan de forma integral al paciente que va a recibir tratamiento, para comprobar y coadyuvar a su estabilidad psicosomática, con visión integradora del individuo como ente biopsicosocial.

Neurólogo: Aplicar algoritmo de trabajo y escalas para determinar trastornos de sueño y sus posibles tratamientos.

Psicólogo: Evaluación psicológica del paciente y reforzar los mecanismos y técnicas de relajación como Schultz o entrenamiento autógeno,⁽¹⁶⁾ consistente en siete ejercicios que dan lugar a sucesivas sensaciones de reposo, pesadez y calor en brazos y piernas, descenso del ritmo cardíaco y respiratorio, calor en el plexo solar y frescor en la frente. Sesiones con una duración de tres a cinco minutos. Nunca excedidos del tiempo recomendado pues podrían ser contraproducentes.

Farmacólogo: Evalúa ajustar tratamiento medicamentoso necesario.⁽¹⁶⁾

Segunda etapa:

El estomatólogo general, el estomatólogo general integral, el periodontólogo y el protesista, atenderán los procesos del sistema estomatognático que impidan el necesario equilibrio para determinar la DVR, la prevención, curación y rehabilitación, será el objetivo de la atención. Minimizar los factores de riesgos, como hábitos, micro y macrotraumas, procesos agudos, enfermedad periodontal y oclusión traumática, o cualquier otra enfermedad que atente en contra de la estabilidad del sistema estomatognático.

Paso II. Determinar la DVO:

El imagenólogo, el protesista y el ortodoncista, quienes se encargan de determinar la DVO fisiológica y DVO en uso del paciente, a través del método clínico y cefalométrico, teniendo en cuenta que dichos procedimientos se realizan con el paciente portando aparato protésico o sin él de no poseerlo.

- Método clínico matemático de obtención de la DVO:

En el sillón del complejo dental la obtención de la DVO con el medidor o compás de Willis, citado por Carreras et al.,⁽²⁹⁾ se mide la altura del tercio inferior de la cara desde la base de la nariz hasta el mentón, distancia nasomentoniana, se le indica al paciente efectuar un contacto ligero de los bordes libres de los labios, o una apertura máxima de la boca y mantener la posición hasta que apareciera temblor muscular en los labios, acto seguido se indica el cierre bucal, tragar saliva y mojarse los labios con la lengua y mantener esa posición sin variarla. Posición labial que determina una distancia aproximada a la DVR a la que se le restan de uno a cuatro mm según el caso, lo que corresponde al espacio libre, y se obtiene la DVO.

- Método cefalométrico para obtención de la DVO. Cefalograma de Ricketts, citado por Espinosa et al.⁽²⁸⁾

Se utiliza el Campo II: Problemas óseos; el que determina la posición entre el maxilar y la mandíbula. Previa indicación de telerradiografía de perfil, a la cual se le realiza el análisis cefalométrico al determinarse los siguientes aspectos:

Altura facial anterior o inferior: ángulo formado por la intersección de las líneas centroide mandibu-

lar (Xi) espina nasal anterior (ENA), con Xi suprapogonion (PM) que determina la divergencia de la cavidad bucal durante el crecimiento y su tendencia esquelética. El valor medio es de $47^\circ \pm 4$ (no cambia con la edad), si se encuentra aumentado constituye la mordida abierta esquelética, tendencia a dolicofacial y si está disminuido, mordida profunda, braquifacial. Caracteriza la divergencia de las bases. Este registro coincide con la DVO del paciente y para ello es necesario determinar la posición de los tres puntos cefalométricos siguientes:

Centroidemandibular (Xi): Se encuentra en el centro de la rama montante de la mandíbula y, por lo general, coincide con el agujero dentario inferior y está equidistante del borde inferior de la mandíbula y la escotadura sigmoidea en su parte más declive, tomando como referencia el plano de Frankfurt (FH) y trazando las paralelas al mismo que pasen por dichos puntos y en sentido anteroposterior dos perpendiculares al FH que pasan por el borde anterior y posterior de la rama mandibular respectivamente, se determina un rectángulo cuyas diagonales se unen en el punto Xi.

Suprapogonionprotuberancia mentoniana (PM): Puede ubicarse en la zona de la sínfisis mentoniana donde la concavidad comienza a hacerse convexidad y coincide con la unión de la lámina cortical externa con la interna del mentón óseo. Se utiliza como referencia anterior del eje del cuerpo de la mandíbula y es considerado como un punto estable ya que no sufre modificaciones por el crecimiento.

Espina nasal anterior (ENA): Coincide con el punto más anterior de la espina nasal anterior.

Paso III. Prescripción de la DVO fisiológica:

Todo el grupo técnico participa en la discusión diagnóstica para la toma de decisiones en cuanto a etapas, tiempos y procedimientos (ETIPRO). Los elementos de la historia clínica se conjugan junto a los resultados de los pasos precedentes para establecer conducta a seguir.

El grupo técnico:⁽¹⁶⁾

- Acopia información del filtro interdisciplinario que clasifica al paciente y de los datos que aporta el primer y segundo nivel de atención estomatológica. Resume las características individuales del paciente, aspectos de la historia clínica familiar, la caracterización psicológica y el diagnóstico clínico del paciente.

Desarrolla la programación del plan de tratamiento en conjunto con otras especialidades médicas después de haber concluido alguna de las especialidades o aplicando la interconsulta y contra remisión como elementos permanentes dentro de la atención integral que precisa el paciente, siempre en vínculo con las acciones correspondientes a la atención interdisciplinaria.

- Acomete acciones individualizadas en los pacientes acorde a sus particularidades y diag-

nóstico.

- Evalúa de forma permanente a los pacientes con necesidad de restitución de la DVO y marca los pasos clínicos a seguir para lograrlo.
- Solicita el consentimiento informado al paciente, de preferencia junto a sus familiares (Figura 2).

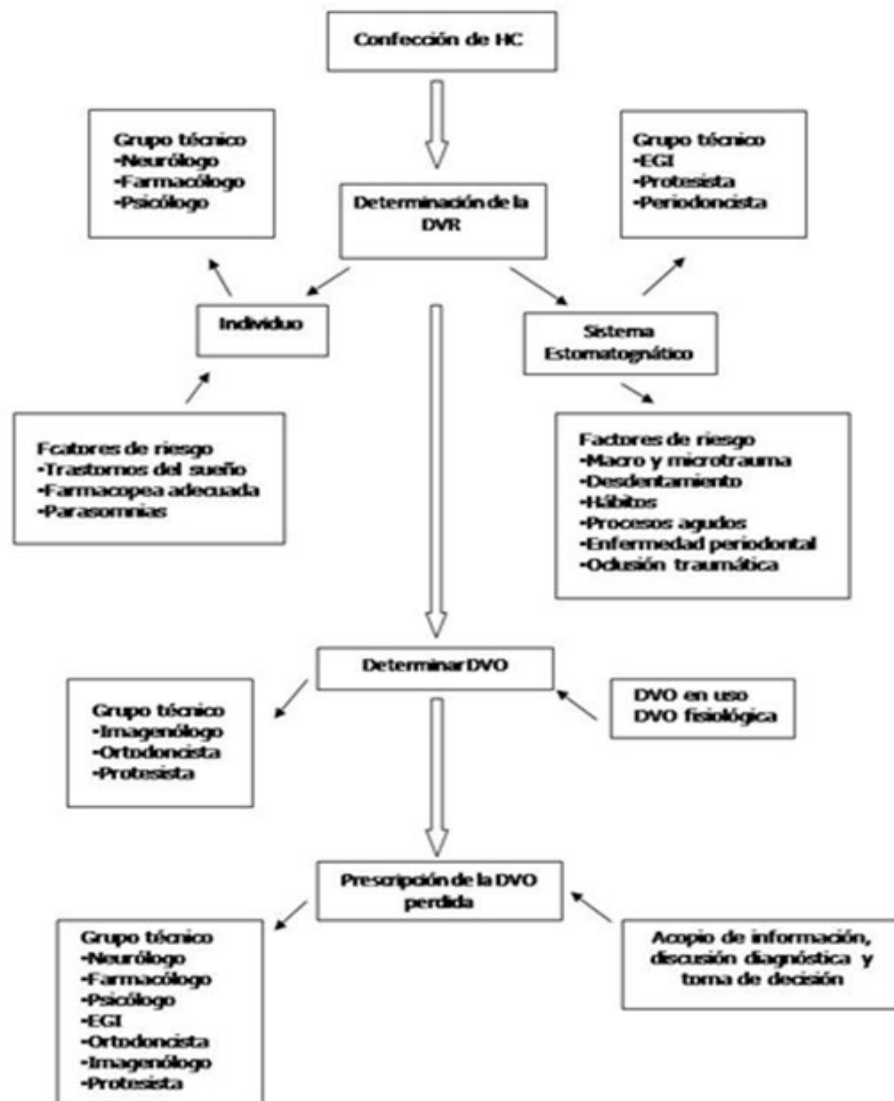


Figura 2 Algoritmo de proceso para la determinación de la DVO. (Creada por el autor).

DISCUSIÓN

En Cuba, se ha desarrollado una cultura a favor de los documentos científicos normativos, que contribuyen a la práctica clínica en las Ciencias Médicas cubanas con independencia de la estructura concebida.^(1,2,15) No son rígidos, con un número definido de epígrafes, tampoco se estereotipan por determinada cantidad de páginas o la evaluación se sostiene solo en indicadores individualizados al problema de salud y contexto de implementación.

En la investigación de Justo,⁽³³⁾ respecto al diseño del Protocolo de actuación para las rehabilitaciones protésicas estomatológicas con implantes dentales de carga inmediata, fue preciso la evaluación de protocolos precedentes. En relación a ello, el puntaje más alto lo obtuvo el documento más cercano a las recomendaciones de la Biblioteca Las casas. Los demás carecían de una guía para su confección, algunos mencionaban la continuidad del tratamiento diagnóstico y quirúrgico, otros solo la secuencia protésica, pero sin mencionar aspectos tales como profesionales a quien va dirigido el protocolo, población diana, recursos necesarios entre otros.

El investigador es del criterio que se impone en alguna medida una estructura promedio que permita un desglose de elementos generales, etapas y procedimientos con cierta similitud en este tipo de documentos rectores; aunque no los aten a feudos preestablecidos de total obligatoriedad. Coincide la investigación con Morales,⁽¹⁾ en la Propuesta de protocolo para el manejo inicial del trauma maxilofacial grave, a punto de partida del instrumento AGREE II y las 15 variables posibles para guiar el diseño estructural de los protocolos.

Acorde con la literatura científica, Díaz et al.,⁽³⁴⁾ se suma a Arias et al.,⁽³⁵⁾ al observar cada protocolo como compendio conjunto finito de pasos, reglas o procedimientos lógicos, sucesivos y bien definidos, en mayor o menor medida. Asumen en la investigación desarrollada la necesidad real de ampliar aspectos válidos en las buenas prácticas estomatológicas de hoy sin incompatibilidad con las diferentes escuelas de medicina del mundo, incluyendo la cubana; imbuidas en la modernización de la práctica clínica desde un método científico. Dado que, se constata desde la lógica investigativa y la experiencia clínica, de que no hay actividad humana que pueda ser realizada con real éxito sin un ordenamiento de las acciones que la componen, según Vaca et al.,⁽³⁶⁾

La provincia Camagüey establece proyectos ajustados a la temática científico metodológica que centra el proceso investigativo en la filosofía implícita en la construcción de los documentos científicos normativos.^(12,13,34) Dentro de las Ciencias Estomatológicas se distinguen como contribuyentes investigaciones de temas afines y herramientas de normalización diferentes.^(7,8) Aunque es meritorio mencionar que no se constatan protocolos referentes al problema de salud.

Desde el programa doctoral territorial de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey para

la obtención del grado científico de Doctor en Ciencias Médicas se destacan estudios desarrollados por estomatólogos y médicos que preconizan la estandarización de la práctica clínica y el pensamiento interdisciplinario sumado al accionar colaborativo con algunos de los problemas de salud responsables de la DVO disfuncional en pacientes adultos con fórmula dentaria íntegra, desdentamiento parcial o total.^(7,8,37)

El principio a criterio del investigador, que no permite análisis crítico en un protocolo está relacionado con el cumplimiento riguroso de la evidencia científica existente y el ordenamiento algorítmico de las secuencias de actividades a desarrollar, consideradas como las mejores, entre las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento; para tal condición, en un momento y lugar. Como fin argumenta Ros,⁽²⁾ de que se cumplan los criterios basados en la validez subjetiva de los procedimientos y métodos clínicos utilizados en la práctica médica y otros datos objetivos (evidencias o pruebas).^(7,8,34,35)

El contenido del protocolo desde la experiencia clínica asistencial e investigativa del autor es primordial, es el elemento que diferencia, singulariza y compromete el valor de la propuesta resolutoria al problema de salud a que se destina. A razón, de que Espinosa et al.,⁽²⁸⁾ explora y analiza las particularidades de la DVO arbitraria y cefalométrica.

Suárez et al.,⁽¹⁴⁾ en el artículo científico, Escala de evaluación de contenido para documentos científicos de estandarización en las Ciencias Médicas, argumentan con rigurosidad que los criterios inherentes a la integración de saberes y al objetivo trazado para guiar la pertinencia del protocolo; definen el documento científico normativo, marcan la individualidad y congruencia del contenido del mismo. Elemento no discrepante con la investigación que ocupa y que el autor ha añadido a las guías y referencias consultadas en el diseño del protocolo.

CONCLUSIONES

A partir del consenso de los métodos existentes para determinar la dimensión vertical oclusiva se diseñó un protocolo que permite estandarizar la práctica clínica y la atención interdisciplinaria del paciente adulto con dimensión vertical oclusiva disfuncional en diferentes escenarios previa contextualización del mismo. Constituye una respuesta científica de interés social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales Navarro D. Propuesta de protocolo para el manejo inicial del trauma maxilofacial grave [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2018[citado 13 Ene 2025]. Disponible en:

<http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=623&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26FK%3DDenia%2BMorales%2BNavarro%26RP%3D5%26SR%3D0%26ST%3DQuick>.

2. 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; 2015[citado 13 Ene 2025]. 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>.

3. Lange M. The Bruxism Status Examination Protocol. Quintessence Publishing [Internet]. 2017 [citado 13 Ene 2025];9(1). [aprox. 12 p.] . Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/317888309_The_Bruxism_Status_Examination_Protocol

4. Pozuelos Estrada F, Rodríguez Miranda F, Travé González G. El enfoque interdisciplinar en la enseñanza universitaria y el aprendizaje basado en la investigación. Un estudio de caso en el marco de la formación. Rev de Educación [Internet]. 2010 [citado 13 Ene 2025];10(4):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revistaeducacion.educacion.es/re357-25pdf>

5. Ministerio de Salud. Protocolo de Referencia y Contrarreferencia Prótesis Fija e Implantología. Servicio de Salud Metropolitano Norte [Internet]. San José: Ministerio de Salud; 2018 [citado 13 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.saludmagallanes.cl/wp-content/uploads/2025/06/Protocolo-R-Y-CR-protesis-fija.pdf>

6. Díaz Gómez SM, Díaz Miralles M. Algoritmo de trabajo para el paciente con bruxismo. Arch méd Camagüey [Internet]. 2017 [citado 6 Mar 2025];21(4):487-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

7. Suárez González MC. Protocolo de la atención clínica al paciente adulto con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional [tesis doctoral]. Las Tunas: Universidad de Ciencias Médicas Las Tunas; 2024[citado 2 Jul 2025]. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2330>

8. Hernández Reyes B. Algoritmo desde un modelo predictivo para el seguimiento clínico interdisciplinario del paciente adulto con bruxismo [Internet]. [tesis doctoral]. Camagüey: Universidad de

Ciencias Médicas; 2024 [citado 27 May 2025]. Disponible en:

<https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2287>

9. Díaz Gómez S, Gutiérrez Hernández M, Grau León I, Díaz Miralles M, Puerto Pérez T, Vara Delgado A. Procedimientos clínicos interdisciplinarios para un nuevo enfoque del bruxismo desde la integración médica en Cuba. Arch méd Camagüey [Internet]. 2021 [citado 15 Ene 2025];25(5): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8473>

10. Sánchez Ancha Y, González Mesa FJ, Molina Mérida O, Guil García M. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Las casas [Internet]. 2011 [citado 25 May 2025];7(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0565.php>

11. López Gómez A, Garita Arce C, Clark Spence I, Angulo Castro JM, Alvarado Rosales MA, Muñoz Chacón P. Metodología para la Elaboración de Guías de Atención [Internet]. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social; 2007 [citado 1 Jun 2025]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/libros/metodologia07.pdf>

12. Mosquera Betancourt G. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento del trauma craneoencefálico en el adulto mayor [Internet]. [tesis doctoral]. Camagüey: Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey; 2010 [citado 15 Ene 2025]. Disponible en:

<https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=688>

13. Monteagudo Canto A. Diagnóstico eficiente y ágil del cáncer de pulmón. Algoritmo de trabajo para hospitales [Internet]. [tesis doctoral]. Camagüey: Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey; 2007 [citado 15 Ene 2025]. Disponible en:

<https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=211>

14. Suárez González MC, Díaz Gómez SM, Vázquez Argote KR, Nuñez Oduardo EA. Escala para documentos científicos de estandarización médica. Rev Bionatura [Internet]. 2024 [citado 15 Ene 2025];9(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en:

<https://revistabionatura.org/wp-content/uploads/2024/10/0-Bionatura-9324.pdf>

15. Sánchez Silot CM. Predicción del fracaso en Rehabilitaciones Protésicas Estomatológicas implanto soportadas definitivas unitarias de carga diferida [Internet]. [tesis doctoral]. La Habana: Facultad de Estomatología Raúl Gómez González; 2019 [citado 28 Abr 2025]. Disponible en:

<http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=78>

16. Castañeda Casal SS, Díaz Gómez SM, Díaz Miralles M, Rodríguez Alpizar R, López Cabrera R. Procedimientos integrales con prótesis fija para restablecer la guía anterior del paciente con bruxis-

mo. Congreso Internacional Estomatología 2020[Internet]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez; 2020 [citado 1 Jun 2025]: [aprox. 11 p.]. Disponible en:

<http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/502/290>

17. Aguirre Carrasco S. Dimensión vertical en pacientes edéntulos portadores de prótesis totales en el asilo Lira [Internet]. [tesis]. Perú: Universidad Tecnológica de los Andes; 2023[citado 1 Jun 2025]. Disponible en:

<https://repositorio.utea.edu.pe/server/api/core/bitstreams/16d97c71-c82b-484d-980a-634a0240a059/content>

18. Casachagua Mayta DK, Isidro Cárdenas WA. Comparación de diferentes métodos para determinar la dimensión vertical oclusal [Internet]. [tesis]. Huancayo- Peru: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2023[citado 1 Jun 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/1436/TESIS%20CASACHAGUA%20-%20ISIDRO%20%281%29.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

19. Alatorre-Castorena O, Velasco-Neri J, Manteca-López V, Llamas-Haro D, Correia Miranda VAD. Métodos de Registro de Dimensión Vertical Oclusal en Pacientes Dentados: Revisión Sistemática. Int J Odontostomat [Internet]. 2021 [citado 22 Nov 2025];15(2): 397-402. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2021000200397&lng=es.

20. Marcelo C, Coachman C, Sesma N, Kois J. Dimensión vertical de la oclusión: decisiones en la planificación del tratamiento y consideraciones terapéuticas. The International Journal of Esthetic Dentistry. Int J Esthet Dent [Internet]. 2019 [citado 17 Feb 2025];12(2). Disponible en:

<https://www.sepes.org/wp-content/uploads/2020/01/Dimension-vertical-de-la-oclusion.pdf>

21. Pérez Andrés C. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2000 [citado 22 Nov 2025] ;74(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272000000400001&lng=es.

22. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. JAMA Network [Internet]. 2024 [citado 27 Jul 2024];333(1). Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2825290>

23. Herrero Solano Y, Arias Molina Y. Trastorno de la personalidad y disfunción de la articulación temporomandibular. Rev cuba estomatol [Internet]. 2019 [citado 27 Jul 2025];56(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1857>

24. Fuentes Casanova FA. Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo. Revisión de la literatura. Rev ADM [Internet]. 2018 [citado 2 Sep 2025];75(4):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81744>
25. Arias Molina Y, Herrero Solano Y, Cabrera Hernández Y, Almeida Villalobos L. Ansiedad, depresión y disfunción de la articulación temporomandibular. Multimed [Internet]. 2018 [citado 9 Jun 2025];22(4):[aprox.11p.]Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/919>
26. Moreno Diéguez O, Pérez Acevedo IL, Sánchez Sanfiel MN, Rodríguez Moreno A M. Caracterización clínica y epidemiológica de los trastornos temporomandibulares. Policlínico13 de Marzo Bayamo. Multimed [Internet].2018 [citado 19 Jun 2025];22(6):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1034>
27. Quiroga del Pozo R, Sierra Fuentes M, del Pozo Bassi J, Quiroga Aravena R. Dimensión vertical oclusal: comparación de dos métodos cefalométricos. Rev Clin de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral[Internet].2016[citado 6 Jun 2025];9(3):[aprox. 6 p.].Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116300441>
28. Espinosa-Rivero A, Díaz-Gómez SM, Díaz-Miralles M, Ramos-Díaz M, Díaz-Acosta IC, Puerto-Pérez TV. Registro cefalométrico de la dimensión vertical oclusiva en pacientes bruxópatas con trastornos temporomandibulares. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2021 [citado 22 Nov 2025] ;25 (6):[aprox. 6 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000600007&lng=es.
29. Carrera Vidal C, Larrucea Verdugo C, Galaz Valdés C. Detección de incrementos de Dimensión Vertical Oclusal mediante análisis cefalométrico de Ricketts. Rev Clin Periodonc Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2010 [citado 19 May 2025];3(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v3n2/art04.pdf>
30. Fernández E, Jaramillo P, González H, Nakouzi J, Padilla T. Dimensión vertical oclusal mediante antropometría de los dedos de la mano. Validación del método antropométrico de Ladda. Rev Clin Periodoncia Implantología y Rehabilitación Oral[Internet]. 2017[citado 14 May 2025];3(10): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072017000300149>
31. González González G, Ardanza Zulueta P. Rehabilitación Protésica Estomatológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

32. Barragán Paredes MA, Viveros Rebolledo CA, Garzón Rayo H. Alteración de la dimensión vertical: Revisión de la literatura Rev Estomatol [Internet]. 2019 [citado 7 Feb 2025];27(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.25100/re.v27i2.8637>
33. Justo Díaz M. Protocolo de actuación para las rehabilitaciones protésicas estomatológicas con implantes dentales de carga inmediata [Internet]. [tesis doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Estomatología; 2020 [citado 21 Feb 2025]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=744&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26FK%3Dprotocolo%26RP%3D5%26SR%3D0%26ST%3DQuick>
34. 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. Arch méd Camagüey [Internet]. 2021 [citado 27 May 2025];25(6):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8485>.
35. Arias Capote JC, Hidalgo Mesa CJ, Hidalgo Cepero HE. Utilidad de las guías, protocolos y algoritmos en la práctica clínica. Rev cuban med [Internet]. 2019 [citado 3 Jun 2025];58(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232019000100005
36. Vaca Coronel GM, Erazo Vaca RX, Tutasi Benítez RV. Método clínico: su importancia en el desarrollo de habilidades diagnósticas en la asignatura de Medicina interna de la Carrera de Odontología. Revista Conrado [Internet]. 2017 [citado 20 May 2025];13(58):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/502>
37. Camejo Sampedro G, Díaz Gómez SM, Mosquera Betancourt G, Brunet Bernal G, Rodríguez Olazábal Y. Propuesta de Consulta Interdisciplinaria de Medicina del Sueño en Camagüey. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2024 [citado 15 May 2025]; 28:[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9883/4836>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Arley Espinosa-Rivero (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Administración del proyecto. Supervisión. Validación. Visualización. Redacción del original, revisión y edición).

Silvia María Díaz-Gómez (Conceptualización. Investigación. Metodología. Supervisión. Redacción del original. Revisión).

Norys Tan-Suárez (Conceptualización. Investigación. Metodología. Supervisión. Redacción del original. Revisión).

Mayelín Soler-Herrera (Conceptualización. Curación de los datos. Investigación. Metodología. Supervisión. Redacción del original y revisión).

Odalís Rubí-Rivero (Conceptualización. Investigación. Redacción del original).