



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Trabajo de Sistematización Práctica.
Previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tema.

Rehabilitación Oral Integral de una paciente con la pieza dental №. 27 incluida en posición ectópica y múltiples lesiones cariosas en el periodo marzo - noviembre 2015.

Autora.

Génesis Anaís Zamora Avellán.

Tutora.

Dra. Hidelisa Valdés Domech Esp. En Periodoncia.

Cantón - Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2016.

**CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA DEL TRABAJO DE
SISTEMATIZACIÓN PRÁCTICA.**

Dra. Hidelisa Valdés Domech, certifica que el Trabajo de Sistematización Prácticas titulado: **Rehabilitación Oral Integral de una paciente con la pieza dental Nº. 27 incluida en posición ectópica y múltiples lesiones cariosas en el periodo marzo - noviembre 2015**, es trabajo original de la estudiante Génesis Anaís Zamora Avellán, la misma que ha sido realizado bajo mi tutoría.

Dra. Hidelisa Valdés Domech Esp. En Periodoncia.

Tutora del trabajo de sistematización práctica.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Rehabilitación Oral Integral de una paciente con la pieza dental №. 27 incluida en posición ectópica y múltiples lesiones cariosas en el periodo marzo - noviembre 2015.

Trabajo de Sistematización Práctica sometido a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

Dra. Hidelisa Valdés Domech Esp.

Tutora de Sistematización Práctica.

Dra. Amarilis Martín Moya Esp. Mtr. Sb.

Miembro del tribunal.

Dr. Jorge Mendoza Robles Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad del argumento, análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente Trabajo de Sistematización Práctica titulado: **Rehabilitación Oral Integral de una paciente con la pieza dental №. 27 incluida en posición ectópica y múltiples lesiones cariosas en el periodo marzo - noviembre 2015**, corresponde exclusivamente a su autora, además, cedo mis derechos de autoría a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Génesis Anaís Zamora Avellán

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Quiero dejar expresado, mi sentimiento más profundo de sincero agradecimiento al Infinito Creador Dios por todas sus bendiciones. A mi familia, a mis padres: Sr. Antonio Zamora Aguayo y Sra. Mireya Avellán Martínez quienes con su esfuerzo, constancia y persistencia fueron mis aliados en la lucha para llegar a la meta sin olvidar jamás el camino de la superación y el progreso de la excelencia.

Agradezco a las personas que contribuyeron de una u otra manera para cumplir con los requisitos establecidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo y los docentes, que sin su ayuda y conocimientos no hubiera sido posible realizar el presente Trabajo de Sistematización Práctica.

Génesis Anaís Zamora Avellán.

DEDICATORIA.

Dedico el presente Trabajo de Sistematización Práctica a:

Dios: Que a pesar de las adversidades y momentos difíciles he logrado cumplir mis aspiraciones y esperanzas culminando mis estudios para convertirme en un bien para la sociedad.

A mis padres: Sra. Mireya Avellán Martínez y el Sr. Antonio Zamora Aguayo, autores de mis días que con su esfuerzo y sacrificio no desmayaron en su empeño por alcanzar mi objetivo, en especial a mi madre quien fue y será por siempre mi apoyo incondicional la fuente pura de amor y abnegación que compartió alegría, realizaciones y triunfos en mi trayecto estudiantil y de vida.

A mi hermano Ing. René Zamora Avellán con su afecto y paciencia supo brindarme su apoyo en todo momento para ser una profesional.

A mi novio Ing. Jimmy Molina Loor quien con su amor, entrega y fortaleza estuvo junto a mí en la lucha día a día para culminar un peldaño más en mi vida.

Génesis Anaís Zamora Avellán.

RESUMEN.

Este trabajo ha sido elaborado mediante la Sistematización Práctica el cual fue direccionado a la Rehabilitación Oral Integral de una paciente con la pieza dental №. 27 incluida en posición ectópica y múltiples lesiones cariosas en el periodo marzo - noviembre 2015, mediante la historia clínica 033 tomada del Ministerio de Salud Pública, en la cual se recopiló información que determinó la presencia de placa bacteriana, cálculo dental, extracciones indicadas, caries dental y espacios edéntulos.

El presente trabajo se desarrolló en la rehabilitación oral integral, mediante una serie de procedimientos odontológicos que se realizaron en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo para resolver los problemas dentales que presentaba la paciente.

Teniendo como resultado un paciente completamente rehabilitado, devolviendo la estética y fonética el cual mejora su autoestima, apariencia y confianza.

ABSTRACT.

This work has been developed through practice systematization which was addressed to the Comprehensive Oral Rehabilitation of a patient with the tooth №. 27 located in ectopic position and multiple carious lesions in the period March-November 2015, from the history 033 taken from the Ministry of Public Health, which information led to the presence of plaque, dental calculus, specific extractions , dental cavities and edentulous spaces.

The present work was developed in comprehensive oral rehabilitation, through a series of dental procedures performed in clinics at the University San Gregorio de Portoviejo to solve dental problems presented by the patient.

Resulting in a completely rehabilitated patient, restoring aesthetics and phonetics which has enhanced his self-esteem, appearance and confidence.

ÍNDICE.

Certificación de la tutora del trabajo de sistematización práctica.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1
Capítulo I.....	2
1. Problematización.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.3. Delimitación.....	3
1.4. Justificación.....	3
1.5. Objetivo.....	4
1.5.1. Objetivo general.....	4
Capítulo II.....	5
2. Marco Teórico Conceptual y Referencial.....	5
2.1. Historia de la enfermedad actual.....	5
2.2. Periodoncia.....	10
2.2.1. Encía.....	10
2.2.2. Color de encía.....	10
2.2.3. Inflamación gingival.....	10
2.2.4. Etapas de la gingivitis.....	11
2.2.5. Protocolos.....	12
2.3. Operatoria dental.....	14
2.3.1. El diente.....	14
2.3.2. Saliva.....	14

2.3.3. Caries.....	15
2.3.4. Diagnósticos de las lesiones de las caries.....	15
2.3.5. Clasificación de las cavidades según su localización.....	15
2.3.6. Protocolos.....	16
2.4. Exodoncia.....	17
2.4.1. La erupción dentaria.....	17
2.4.2. Impactación.....	17
2.4.3. Protocolos.....	18
2.5. Endodoncia.....	21
2.5.1. La pulpa.....	21
2.5.2. Composición de la pulpa.....	21
2.5.3. Funciones protectoras potenciales del líquido dentario.....	22
2.5.4. Protocolos.....	22
2.6. Prótesis fija.....	24
2.6.1. Corona metal porcelana.....	24
2.6.2. Protocolos.....	25
2.7. Prótesis parcial removible.....	28
2.7.1. Impresión para modelos maestros.....	28
2.7.2. Clasificación de Kennedy.....	28
2.7.3. Protocolos.....	28
Capitulo III.....	31
3. Marco Metodológico.....	31
3.1. Modalidad de trabajo.....	31
3.2. Métodos.....	31
3.3. Protocolos.....	32
3.3.1. Protocolos de periodoncia.....	32
3.3.2. Protocolos de operatoria.....	32
3.3.3. Protocolos de cirugía.....	32
3.3.4. Protocolos de endodoncia.....	33
3.3.5. Protocolos de prótesis fija.....	34
3.3.6. Protocolos de prótesis parcial removible.....	34

3.4. Ética.....	35
3.5. Marco administrativo.....	35
3.5.1. Recursos humanos.....	35
3.5.2. Recursos de materiales.....	35
3.5.3. Recursos tecnológicos.....	38
3.5.4. Recursos económicos.....	38
3.5.5. Cronograma.....	38
Capitulo IV.....	39
4. Resultados.....	39
Anexos.....	41
Bibliografía	

INTRODUCCIÓN.

La rehabilitación oral es la encargada de combinar de forma integral las áreas de prótesis fija, prótesis removible, operatoria, oclusión e implantes dentales para la realización de un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento, adecuado al paciente de alta complejidad que requiere recuperar su salud bucal, para que de esta manera se logre optimizar los resultados para el beneficio del paciente.

Posteriormente analizaremos el contenido del siguiente trabajo el cual se enfocó en la rehabilitación oral integral de una paciente con la pieza dental №. 27 incluida en posición ectópica, con placa bacteriana, cálculo dental, extracciones indicadas, y caries dental. El marco teórico, conceptual y referencial nos ayudara a obtener una apreciación más profunda y clara del tema, mediante el cual dio soluciones a los problemas buco dentales que se presentaron.

Finalmente veremos la intervención realizada que dio solución al caso clínico, para devolver la estética, fonética y la función masticatoria el cual brindo mejoría a la vida del paciente y las técnicas que se usaron para la rehabilitación oral integral completa.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Rehabilitación Oral Integral de una paciente con la pieza dental №. 27 incluida en posición ectópica y múltiples lesiones cariosas en el periodo marzo - noviembre 2015.

1.2. Planteamiento del problema.

A nivel mundial los molares son las piezas más irregulares en cuanto a morfología y erupción se refiere, debido a los procesos evolutivos del ser humano o a las diferencias de tamaño entre los huesos maxilares y el tamaño de las piezas dentarias, no siempre logran erupcionar completamente o no encontraron suficiente espacio en los maxilares, estas piezas dentarias, son muy grandes para un lugar reducido o están orientadas en mala dirección por lo que al intentar erupcionar pueden mover otros dientes, quedarse retenidos e incluidos.

En Latinoamérica se examinaron molares incluidos indicados para extracción, y se tomó registro de las historias respectivas. Se encontró con mayor frecuencia la posición mesioangular con un 55% seguido de la posición vertical con un 26%. Son aquellos dientes que de una u otra manera se encuentran en el interior del hueso o debajo de la mucosa, que no han llegado a erupcionar ni ocupar el plano oclusal y por ende no cumplen su función.

En las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo asiste la comunidad para resolver sus problemas buco dentales, mediante un diagnóstico que se realizó a estas personas se determinó la rehabilitación oral integral de una paciente con la pieza dental №. 27 incluida en posición ectópica y múltiples lesiones cariosas en el periodo marzo - noviembre 2015; realizando principalmente la eliminación de focos infecciosos como cálculo dental, placa bacteriana, destrucción dentaria, que le provocaba a la paciente un medio séptico; mejorando la salud en general de la paciente. Fue indispensable eliminar estos focos infecciosos para la Rehabilitación Oral Integral de la paciente y así trabajar en un campo operatorio aséptico.

1.3. Delimitación.

Campo: salud.

Área: odontología.

Aspecto: rehabilitación oral.

Delimitación espacial: clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Delimitación temporal: periodo marzo-noviembre del 2015.

1.4. Justificación.

La sistematización de práctica se justifica mediante el objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir, en mejorar la calidad de vida, relacionados con los derechos de la salud, educación, alimentación, participación social, relaciones personales y familiares.

La elaboración de la Sistematización Práctica también se justifica por el aporte de la Universidad San Gregorio de Portoviejo a la sociedad y los sectores más vulnerables mediante la capacitación profesional a sus estudiantes para que puedan dar servicios odontológicos con calidad y calidez.

En el ámbito personal comprende el conjunto de acciones y destrezas formativas, uso de técnicas y conocimientos sustentados en teoría obtenidos a lo largo del periodo académico.

1.5. Objetivo.

1.5.1 Objetivo general.

Rehabilitar de manera integral a una paciente con la pieza dental №. 27 incluida en posición ectópica y múltiples lesiones cariosas.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Conceptual y Referencial.

2.1. Historia de la enfermedad actual.

Paciente de 28 años de edad, sexo femenino, raza mestiza, acude a la consulta odontológica por que presentó hace un mes dolor de tipo lancinante, leve soportable, que se da durante la masticación, localizado en la pieza №. 17 (molar superior derecho) lo cual fue tratado con ibuprofeno de 400mg cada 8horas por tres días, no ha referido dolor en la actualidad.

Por lo que se le indica al paciente, el cual decide acudir a nuestro servicio, para mejorar su estética, fonética y devolver la función masticatoria del sistema estomatognático.

Antecedentes patológicos personales y familiares.

No refiere antecedentes patológicos personales.

Refiere que el hermano presenta: diabetes mellitus tipo II.

Examen físico.

Examen físico general.

Paciente consiente, sin alteraciones, deambulación normal de forma activa, con control de los movimientos, en los que se nota coordinación y armonía, se desplaza de

acuerdo a su voluntad, siguiendo las trayectorias que decida, facies patognomónicas de ninguna enfermedad sin lesiones visibles. Presenta piel y mucosa de coloración e hidratación normal, temperatura normal de 37°C, frecuencia cardíaca 80 latidos por minutos, frecuencia respiratoria 18 latidos por minutos, presión arterial 120/80 mm Hg.

Examen físico regional.

Examen físico extraoral.

Al examen físico de cabeza y cuello el paciente no presenta patología aparente, su tonalidad a nivel de labios y piel en estado normal.

Examen físico intraoral.

Inspección: paciente presenta placa y cálculo dental, con múltiples lesiones cariosas comprometiendo esmalte y dentina en las piezas №. 14, 21, 24, 25, 36, 37, 44, 46, lesiones cariosas comprometiendo la pulpa las piezas №. 18, 17, 16, 11, 26, 28, ausencia de las piezas №. 12, 13, 22.

La mucosa bucal, carrillos, paladar, piso de la boca y las glándulas salivales se encuentra en estado y tonalidad normal.

Palpación: presencia de tejidos en estado normales, las piezas dentales no presentan grado de movilidad anormal.

Percusión: horizontal y vertical en estado normal.

Exámenes complementarios indicados.

Radiografía panorámica.

Radiografía periapical.

Hemograma completo.

Diagnósticos radiográficos.

Al examen radiográfico se observa: crestas alveolares normales en sentido horizontal y vertical, ligamento periodontal en estado normal en ambas arcadas, extracción indicada №. 16, 17, 18, 26, 28, presencia de la pieza dental №. 11 con buen soporte óseo, sin lesión periapical y estructura dental remanente indicada para tratamiento de conducto.

Presencia de la pieza №. 27 incluida en posición ectópica. Áreas radiolúcidas a nivel apical en la pieza №. 17.

Diagnóstico de radiografías periapicales.

Las radiografías periapicales son utilizadas para definir un diagnóstico definitivo, observar el grado de la lesión del complejo dentino pulpar en las piezas dentales y determinar el plan de tratamiento ya sea extracción indicada o tratamiento de conducto.

Diagnóstico del hemograma completo.

Están dentro de los parámetros normales.

Diagnóstico presuntivo.

Se observa presencia de múltiples lesiones cariosas, existen caries profunda que compromete la pulpa dental originando una necrosis, inflamación de las encías acumulación de placa y cálculo que daría origen a una gingivitis localiza que afecta el margen y la papilar.

Plan de Tratamiento.

Está enfocado en devolver la estética, fonética y función masticatoria en el siguiente orden:

La paciente requiere detartraje y profilaxis ya que presenta cálculo supragingival en las piezas dentarias de la arcada superior e inferior.

Realizar extracciones de las piezas №. 18, 17, 16, 26, 28, y extracción de la pieza №. 27 impactada en posición ectópica con una cirugía especial.

Tratamiento de endodoncia en la pieza №. 11 con presencia de necrosis, la cual va a requerir prótesis fija (perno y corona metal porcelana).

Presenta caries por lo cual se debe realizar la restauración de las piezas: №. 14, 21, 24, 25, 36, 37, 44, 46.

Además de los procedimientos ya mencionados se debe realizar prótesis removible de acrílico en las zonas edéntulas en el maxilar superior a nivel de las piezas №. 18, 17, 16, 13, 12, 22, 26, 27, 28.

2.2. Periodoncia.

2.2.1. Encía.

Analizando la obra de Newman y colaboradores¹ (2010) puedo citar que:

En un adulto, la encía cubre el hueso alveolar y la raíz del diente hasta un nivel coronal a la unión amelocementaria. La encía se divide anatómicamente en las áreas marginales insertada e interdental. Aunque cada tipo de encía presenta una variación considerable en cuanto a la diferenciación, la histología y el grosor, de acuerdo con sus exigencias funcionales, todos los tipos están estructurados específicamente para funcionar de manera apropiada contra el daño mecánico y microbiano. Es decir, la estructura específica de diferentes tipos de encía refleja su efectividad como una barrera contra la penetración de microbios y agentes nocivos hacia el tejido más profundo. (p. 46)

2.2.2. Color de la encía.

Estudiando la obra de Newman y colaboradores² (2010) puedo referenciar que: “El color de las encías insertada y marginal suele describirse como “rosa coral” y es producido por el suministro vascular, el grosor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentos” (p. 61).

2.2.3. Inflamación Gingival.

Leyendo la obra de Carranza³ (2014) puedo señalar que: “Los cambios patológicos en la gingivitis se relacionan con la presencia de microorganismos bucales insertados en el diente y quizás dentro del surco, o cerca de ellos” (p. 107).

¹ Newman, M., Takei, H., klokkevold, P., & F, C. (2010). *Carranza Periodontología clínica* (Decima ed.). Mexico, Estados Unidos: Elsevier.

² Newman, M., Takei, H., klokkevold, P., & F, C. (2010). *Carranza Periodontología clínica* (Decima ed.). Mexico, Estados Unidos: Elsevier.

³ Carranza y colaboradores. (2014). *Periodontología clínica de Carranza* (Onceava ed.). New York, Estados Unidos de Norteamérica: Amolca.

2.2.4. Etapas de la gingivitis.

Examinando el contenido de la obra de Carranza⁴ (2014) puedo exponer que:

Gingivitis etapa I: Las primeras manifestaciones de inflamación gingival son cambios vasculares que consisten en dilatación de capilares y aumento en el flujo sanguíneo. Estos cambios inflamatorios iniciales ocurren en respuesta a la activación microbiana de leucocitos residentes y a la posterior estimulación de células endoteliales. En el aspecto clínico, no evidencia respuesta inicial de la encía o la placa bacteriana (gingivitis subclínica). (p. 107)

Continuando con el contenido de la obra de Carranza⁵ (2014) puedo referenciar que:

Gingivitis etapa II: la lesión temprana evoluciona a partir de la lesión inicial casi una semana después del inicio de la acumulación de la placa. Clínicamente, la lesión temprana puede tener una apariencia como de gingivitis temprana y se superpone con y evoluciona a partir de la lesión inicial sin una línea clara de división. Conforme pasa el tiempo, pueden presentarse signos de eritema, sobre todo por la proliferación de los capilares y una mayor formación de asas capilares entre las proyecciones interpapilares o los bordes. También puede ser evidente la hemorragia al sondaje. El flujo de líquido gingival y el número de leucocitos que transmigran alcanzan su máximo entre 6 a 12 días después del surgimiento de la gingivitis clínica. (p. 108)

Extendiendo con el contenido de la obra de Carranza⁶ (2014) puedo saber que:

Gingivitis etapa III: con el tiempo, la lesión evoluciona, caracterizada por una predominancia de células plasmáticas y linfocitos B y, tal vez junto con la creación de una pequeña bolsa gingival alineada con un epitelio de la bolsa. Entre las células B encontradas en la lesión establecida las que predominan son las subclases de inmunoglobulina G1 (IgG1) y G3 (IgG3).

En la gingivitis crónica, que se da 2 a 3 semanas después del inicio de la acumulación de placa, se congestionan los vasos sanguíneos, se altera el entorno venoso y el fluido sanguíneo se vuelve lento. (p. 110)

⁴ Carranza y colaboradores. (2014). *Periodontología clínica de Carranza* (Onceava ed.). New York, Estados Unidos de Norteamérica: Amolca.

⁵ Carranza y colaboradores. (2014). *Periodontología clínica de Carranza* (Onceava ed.). New York, Estados Unidos de Norteamérica: Amolca.

⁶ Carranza y colaboradores. (2014). *Periodontología clínica de Carranza* (Onceava ed.). New York, Estados Unidos de Norteamérica: Amolca.

Prolongando el contenido de la obra de Carranza⁷ (2014) puedo transcribir que:

Gingivitis IV: “La extensión de la lesión hacia el hueso alveolar es una característica de la cuarta etapa, que se conoce como lesión avanzada o fase de destrucción periodontal” (p. 111).

2.2.5. Protocolos.

Enfermedad actual.

Investigando el contenido de la obra de Newman y colaboradores⁸ (2010), puedo referir que:

Algunos pacientes pueden ignorar sus problemas, pero muchos reportan hemorragia gingival, dientes flojos, separación de los dientes con aparición de espacios en lugares donde no los había, mal aliento bucal y comezón en las encías que se alivian al introducir un palillo. El paciente también puede tener dolor de múltiples tipos y duración, como constante, ligero, agudo; dolor ligero después de comer; dolores profundos e irritantes en los maxilares; dolor agudo y palpitante; sensibilidad al masticar; sensibilidad al calor y el frío; ardor en las encías y sensibilidad extrema al aire inhalado. (p. 543)

Examen del periodoncio.

Considerando la obra de Newman y colaboradores⁹ (2010) puedo conocer que:

El examen periodontal debe ser sistemático, empezando en la región del molar superior o inferior y después se procede alrededor del arco. Esto evita el enfatizar los hallazgos relevantes a expensas de otras enfermedades, que aunque son menos notorias, pueden ser igual de importantes. Es importante detectar los signos iniciales de la enfermedad gingival y periodontal. (p. 548)

⁷ Carranza y colaboradores. (2014). *Periodontología clínica de Carranza* (Onceava ed.). New York, Estados Unidos de Norteamérica: Amolca.

⁸ Newman, M., Takei, H., Klokkevold, P., & F, C. (2010). *Carranza Periodontología clínica* (Décima ed.). México, Estados Unidos: Elsevier.

⁹ Newman, M., Takei, H., Klokkevold, P., & F, C. (2010). *Carranza Periodontología clínica* (Décima ed.). México, Estados Unidos: Elsevier.

Técnica de sondeo.

Describiendo la obra de Newman y colaboradores¹⁰ (2010) cita que: “La sonda debe insertarse paralela al eje vertical del diente y desplazarse en una circunferencia alrededor de cada superficie de cada diente para detectar las áreas con la penetración más profunda” (p. 552).

Placa y cálculo.

Analizando la obra de Newman y colaboradores¹¹ (2010) puedo transcribir que:

Existen muchos métodos para valorar la acumulación de placa y cálculos. Se puede observar de forma directa la presencia de placa y cálculos supragingivales y la cantidad se mide con una sonda calibrada. Para la detección de cálculos subgingivales, se revisa con cuidado cada superficie dental a nivel de la inserción gingival con un explorador agudo del #17 o #3A. Se puede usar aire caliente para separar la encía y ayudar en la observación del cálculo. (p. 548)

Instrumentos de mano.

Indagando la obra de Eley y colaboradores¹² (2010) puedo exponer que:

Se dispone de un gran número de instrumentos y cada operador elegirá los que consideren más efectivo. Los nombres de los instrumentos describen el diseño del propio instrumento y su modo de acción: curetas, azadas o azadones, limas, hoces y cinceles. Los instrumentos tienen tres partes; un mango, un vástago o tallo y una hoja. El mango tiene que encajar en la mano, de forma que sea estable y no se pueda deslizar con la presión. El vástago del instrumento varía en longitud y en angulación, de forma que todas las superficies del diente resulten accesibles a la hoja, de modo que se puede emplear un vástago corto en las bolsas superficiales y un vástago largo en las bolsas profundas y para los lugares interproximales en la parte posterior de la boca. (p. 207)

¹⁰ Newman, M., Takei, H., Klokkevold, P., & F, C. (2010). *Carranza Periodontología clínica* (Décima ed.). México, Estados Unidos: Elsevier.

¹¹ Newman, M., Takei, H., Klokkevold, P., & F, C. (2010.). *Caranza Periodoncia Clínica*. (Décima. ed.). México.: Elseiver

¹² Eley, B. M., Sorry, M., & Manson, J. D. (2010.). *Periodoncia* (Sexta ed.). Barcelona, Reino de España: Elsevier Churchill Livingstone.

Limpieza y pulido.

Analizando la obra de Carranza¹³ (2014) cita que: “Los instrumentos de limpieza y pulido, como las copas de caucho, el cepillo e hilo dental, se usan para limpiar y pulir las superficies dentales. También hay sistemas de chorros de polvo abrasivo para pulir los dientes” (p. 719).

2.3. Operatoria dental.

2.3.1. El diente.

Observando la obra de Garcia barbero¹⁴ (2014) puedo indicar que:

El diente está formado por tres tejidos calcificados; el esmalte, la dentina y el cemento, que rodea a un núcleo central del tejido conjuntivo, la pulpa. Recubriendo la raíz se encuentra el periodonto, inseparable del cemento ya que, histológica y fisiológicamente, son una unidad. La dentina forma la mayor parte del diente, y está cubierta por el esmalte en la corona y por el cemento en la raíz. La pulpa dental es la responsable de la nutrición y la sensibilidad del diente, y está protegida de los estímulos nocivos extremos por los tejidos duros que la cubren. (p. 3)

2.3.2. Saliva.

Razonando la obra de Barrancos Mooney y Barrancos¹⁵ (2011) puedo citar que:

La saliva es factor de singular importancia en el medio bucal. Las macromoléculas salivales de encuentran comprometidas con las funciones de lubricación, digestión formación de película salival o adquirida, adherencia y agregación bacteriana, formación de placa dental y provisión de un medio protector para el diente (FDI, 1992; Scannapieco FA, 1993).

¹³ Carranza y colaboradores. (2014). *Periodontología clínica de Carranza* (Onceava ed.). New York, Estados Unidos de Norteamérica: Amolca.

¹⁴ Garcia Barbero, J. (2014). *Patología y terapéutica dental: Operatoria dental y endodoncia* (Segunda ed.). Barcelona, Reino de España: Elsevier.

¹⁵ Barrancos Money, J., y Barrancos, P. (2011). *Operatoria dental: Integración clínica* (Cuarta ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Asimismo esta efectiva para mantener el pH de la cavidad bucal y contribuye a regular el pH de la placa dental; mantiene la integridad dentaria por medio de su acción de limpieza de hidratos de carbono y regula el medio iónico para proveer capacidad de remineralización (FDI, 1992; Scannapieco FA, 1993). (p. 353)

2.3.3. Caries.

Considerando la obra de Barrancos Mooney y Barrancos¹⁶ (2011) puedo referenciar que:

En resumen, se puede afirmar que la caries se inicia cuando la interacción entre los microorganismos y su retención en la superficie dentaria (huésped) se mantienen un tiempo suficiente, ya que los productos metabólicos desmineralizantes (ácidos) alcanza una alta concentración en la biopelícula o placa dental, por aporte excesivo de azúcares en la alimentación (sustratos). (p. 300)

2.3.4. Diagnóstico de las lesiones de caries.

Comparando la obra de Cuenca Sala y Baca García¹⁷ (2013) puedo transcribir que: “El propósito final del diagnóstico de caries es que permita elegir la forma más apropiada de intervención para obtener los mejores resultados de salud de un paciente” (p. 98).

2.3.5. Clasificación de las cavidades según su localización.

Analizando la obra de Palma Cárdenas y Sánchez Aguilera¹⁸ (2013) puedo conocer que:

Se clasifican en grupos en función de su localización:

Clase I: cavidades a realizar en fosas y fisuras de las caras oclusales de premolares y molares.

Clase II: cavidades llevadas a cabo en las caras proximales mesial o distal de premolares y molares.

¹⁶ Barrancos Money, J., y Barrancos, P. (2011). *Operatoria denta: Integración clínica* (Cuarta ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

¹⁷ Cuenca Sala, E., & Baca García, P. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones* (Cuarta ed.). Barcelona, Reino de España: Elsevier.

¹⁸ Palma Cárdenas, A. y Sánchez Aguilera, F. (2013). *Técnica de ayuda odontológica*. (Segunda ed.). Madrid, Reino de España: Ediciones Paraninfo, SA.

Clase III: cavidades a realizar en las caras proximales mesial o distal en los incisivos y caninos.

Clase IV: cavidades que se hacen en las caras proximales que afectan al ángulo incisal de los incisivos.

Clase V: cavidades que ocupan las zonas cervicales de todos los dientes por sus caras vestibular, lingual o palatina.

Clase VI: cavidades que se realizan con fines protésicos. (p. 291)

2.3.6. Protocolos.

Aislamiento absoluto.

Investigando la obra de Palma Cárdenas y Sánchez Aguilera¹⁹ (2013) puedo saber que: “Es la única forma de conseguir un campo de trabajo totalmente seco. Su uso es imprescindible para la utilización de materiales de restauración adhesivos, a la vez que permiten cumplir todos los objetivos del aislamiento del campo operatorio dental” (p. 150).

Remoción del tejido cariado.

Describiendo la obra de Nocchi²⁰ (2008) puedo citar que:

En relación con la pregunta de cuanto tejido cariado hay que remover es válido recordar las enseñanzas de Fusayama y Ogawa y cols. Ellos demostraron que la dentina, al sufrir el ataque carioso, se subdivide en dos capas: una superficial, denominada “infectada” y que se presenta irreversiblemente desnaturalizada, sin poder de remineralización, y que debe ser removida durante el procedimiento restaurador, y una capa más profunda llamada “contaminada o afectada”, la cual se muestra reversiblemente desnaturalizada y con capacidad de remineralización, por lo que debe ser preservada. (p. 26)

¹⁹ Palma Cárdenas, A. y Sánchez Aguilera, F. (2013). *Técnica de ayuda odontológica*. (Segunda ed.). Madrid, Reino de España: Ediciones Paraninfo, SA.

²⁰ Nocchi, E. (2008). *Odontología restauradora: Salud y Estética* (Segunda ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Obturaciones con composites.

Estudiando la obra de Palma Cárdenas y Sánchez Aguilera²¹ (2013) puedo indicar que:

Es necesario realizar un grabado ácido de la superficie a la que se va aplicar el sistema adhesivo para proporcionar una superficie con mayor retención al crear microirregularidades porosas. Aplicar gel de ácido ortofosfórico 35-40 % durante 15-20 segundos.

Aplicar el sistema adhesivo. Puede aplicarse con un pincel. Pueden ser sistemas adhesivos de dos pasos (con un bote o frasco para el imprimador que se aplica y se deja penetrar unos 5-10 segundos y después se aplica la resina o bonding, que se polimeriza) o de un paso (“monocomponentes” que cuentan en un solo frasco con el imprimador y la resina de interfase). (p. 314)

2.4. Exodoncia.

2.4.1. La erupción dentaria.

Considerando la obra de Gay Escoda y Berini Aytés²² (2011) puedo referir que: “La erupción dentaria sigue una secuencia determinada y en unos intervalos concretos de tiempo. Si existe un retraso mayor de seis meses, debe investigarse si existe una agenesia o si el diente está incluido” (p. 343).

2.4.2. Impactación.

Razonando la obra de Gay Escoda y Berini Aytés²³ (2011) puedo señalar que:

Así, se denomina impactación a la detención de la erupción de un diente producida o bien por una barrera física (otro diente, hueso o tejido blando) en el trayecto de la erupción detectable clínica o radiográficamente, o bien por una posición anormal del diente. (p. 343).

²¹ Palma Cárdenas, A. y Sánchez Aguilera, F. (2013). *Técnica de ayuda odontológica*. (Segunda ed.). Madrid, Reino de España: Ediciones Paraninfo, SA.

²² Gay Escoda, C., y Berini Aytés, L. (2011). *Tratado de cirugía Bucal*. Madrid, Reino de España: Ergon.

²³ Gay Escoda, C., y Berini Aytés, L. (2011). *Tratado de cirugía Bucal*. Madrid, Reino de España: Ergon.

2.4.3. Protocolos.

Preparación limpia.

Indagando la obra de Chiapasco y colaboradores²⁴ (2010) puedo exponer que:

La preparación limpia está indicada (en pacientes aparentemente sanos) en la mayoría de los procedimientos de cirugía oral, en especial en intervenciones excesivamente invasivas y prolongadas en el tiempo, como la extracción de piezas dentarias erupcionadas e incluidas, pequeños traumas alveolos dentarios, cirugía endodóntica, cirugía preprotésica meno, biopsias, enucleación de pequeños quistes, etc. (p.41)

Técnica anestesia troncular del nervio alveolar superior posterior.

Leyendo la obra de Chiapasco y colaboradores²⁵ (2010) puedo transcribir que:

El nervio alveolar superior tiene su origen en el nervio infraorbitario en la fosa pterigopalatina, a distancia variable del origen, posteriormente se divide en dos o tres ramas. Si la división se realiza en la correspondencia de la superficie del maxilar, las ramas del nervio penetran en dos o tres pequeñas aperturas que conducen hacia las zonas de los canales alveolares posteriores superiores en la correspondencia de la pared posterolateral del seno maxilar. El bloqueo se produce penetrando la ajuga a una altura que se corresponde con la de la región del tercer molar hasta alcanzar la porción más alta de la tuberosidad maxilar. (p. 49,50)

Técnica de incisión y de preparación de colgajo.

Consultando la obra de Chiapasco y colaboradores²⁶ (2010) puedo referenciar que: “El objetivo principal de la incisión de los tejidos durante una intervención quirúrgica es el de obtener un acceso al reparo patológico mediante la creación de colgajos de tejido que serán separados durante la operación” (p. 56).

²⁴ Chiapasco, M. y colaboradores. (2010). *Prácticas y técnicas en cirugía oral* (Segunda ed.). Milano, República Italiana: Amolca.

²⁵ Chiapasco, M. y colaboradores. (2010). *Prácticas y técnicas en cirugía oral* (Segunda ed.). Milano, República Italiana: Amolca.

²⁶ Chiapasco, M. y colaboradores. (2010). *Prácticas y técnicas en cirugía oral* (Segunda ed.). Milano, República Italiana: Amolca.

Separación de los tejidos.

Examinando la obra de Chiapasco y colaboradores²⁷ (2010) puedo citar que: “Una vez realizado el levantamiento de colgajo, este debe ser mantenido separado para permitir la visibilidad de los planos subyacentes. Los tejidos de la cavidad oral son relativamente delicados y requieren de una manipulación cuidadosa” (p. 65).

Avulsión.

Analizando la obra de Gay Escoda y Berini Aytés²⁸ (2011) puedo plantear que: “La exodoncia, tal como hacen Ríes Centeno: Todos los movimientos deben ser efectuados con tal sincronización y armonía que el conjunto de ellos forman un tiempo unico cuya resultante es la extraccion dentaria” (p. 228).

Revision del campo operatorio.

Idagando la obra de Chiapasco y colaboradores²⁹ (2010) puedo conocer que:

Despues de la remoción del reparo patologico, resulta siempre oportuno realizar una cuidadosa revision del campo operatorio con curetas quirurgicas, junto con el lavado con salucion fisiologica, para remover los eventuales residuos de tejido (por ejemplo, fragmentos de piezas dentarias, residuos epiteliales de lesiones quisticas, etc.) y reducir la carga bacteriana transferida en la zona mediante los fluidos intraorales. (p. 67)

²⁷ Chiapasco, M. y colaboradores. (2010). *Prácticas y técnicas en cirugía oral* (Segunda ed.). Milano, República Italiana: Amolca.

²⁸ Gay Escoda, C., y Berini Aytés, L. (2011). *Tratado de cirugía Bucal*. Madrid, Reino de España: Ergon.

²⁹ Chiapasco, M. y colaboradores. (2010). *Prácticas y técnicas en cirugía oral* (Segunda ed.). Milano, República Italiana: Amolca.

Plasma rico en factor de crecimiento.

Describiendo la obra de Tripathi³⁰ (2008) puedo saber que:

Los materiales absorbibles como fibrina (preparada a partir del plasma humano y desecada como lámina o espuma), espuma de gelatina y celulosa oxidada (en forma de tiras que se pueden cortar y colocar en el alveolo) forma una malla que activa el mecanismo de coagulación y controla el sangrado. (p. 269)

Técnica de Sutura.

Razonando la obra de Chiapasco y colaboradores³¹ (2010) puedo citar que:

Los tejidos y la aguja son manipulados utilizando respectivamente una pinza quirúrgica o anatómica y un portaagujas. Para un mejor control de la aguja y una inserción apropiada en el tejido es necesario tomar la aguja con el portaagujas a unos dos tercios de distancia de la punta, para permitir la inserción en el tejido lo más perpendicularmente posible. (p. 71)

Compresión.

Investigando la obra de Solé Besoain y Muños Thomson³² (2012) puedo transcribir que:

El tiempo de compresión debe ser de cinco minutos dependiendo de las características de cada intervención, tipo de procedimiento, complejidad del mismo, necesidad de realizar colgajos, osteotomías, experiencia del operador entre otras y del propio paciente (patología de fondo, predisposición al sangrado) siendo a veces necesario acompañar estas con otras medidas locales. Así mismo podemos embeber la gasa con algún agente químico hemostático. (p. 155)

³⁰ Tripathi, K. D. (2008). *Farmacología en Odontología - fundamentos* (Primera ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

³¹ Chiapasco, M. y colaboradores. (2010). *Prácticas y técnicas en cirugía oral* (Segunda ed.). Milano, República Italiana: Amolca.

³² Solé Besoain, F., y Muños Thomson, F. (2012). *Cirugía bucal para pregrado y el odontólogo general*. Santiago, República de Chile: Amolca.

Remoción de la sutura.

Examinando la obra Chiapasco y colaboradores³³ (2010) puedo referir que: “En la cavidad oral, las suturas son mantenidas in situ en la gran mayoría de todas las intervenciones por un periodo de 6-8 días” (p. 72).

2.5. Endodoncia.

2.5.1. La pulpa.

Considerando la obra de Canalda Shli y Brau Aguadé³⁴ (2014) puedo citar que: “La pulpa es un tejido conectivo que se localiza en el interior de los dientes y está delimitada por la dentina, un tejido duro, calcificado y en continua formación, que condiciona la progresiva disminución del volumen de la pulpa” (p. 4).

2.5.2. Composición de la pulpa.

Estudiando la obra de Canalda Shli y Brau Aguadé³⁵ (2014) puedo plantear que:

La pulpa está constituida por un 25% de materia orgánica y un 75% de agua. La materia orgánica está compuesta por células (dentinoblastos, fibroblastos, fibrocitos, macrófagos o histiocitos, células dendríticas, linfocitos, células mesenquimatosas indiferenciadas y mastocitos), fibras (colágenas, reticulares y de oxitalano) y sustancia fundamental (glucosaminoglucanos, proteoglucanos, colágeno, elastina, interleucina-1, fibronectina). (p. 7)

³³ Chiapasco, M. y colaboradores. (2010). *Prácticas y técnicas en cirugía oral* (Segunda ed.). Milano, República Italiana: Amolca.

³⁴ Canalda Shli, C., y Brau Aguadé, E. (2014). *Endodoncia técnicas clínicas y bases científicas* (tercera ed.). Barcelona, España, Reino de España: Elsevier.

³⁵ Canalda Shli, C., y Brau Aguadé, E. (2014). *Endodoncia técnicas clínicas y bases científicas* (tercera ed.). Barcelona, España, Reino de España: Elsevier.

2.5.3. Funciones protectoras potenciales del líquido dentinario.

Analizando la obra de Gunnar Bergenholtz y colaboradores³⁶ (2011) puedo escribir que:

El flujo de líquido dentinario, ya sea continuo o inducido por estímulos, puede servir para limitar las condiciones invasivas. Después de la exposición dentinaria al ambiente oral, los elementos bacterianos pueden ingresar a la pulpa por medio de los túbulos dentinarios por difusión. (pp. 21-22)

2.5.4. Protocolos.

Necrosis.

Leyendo la obra de Canalda Shli y Brau Aguadé³⁷ (2014) puedo señalar que: “La necrosis pulpar es la descomposición, séptica o no, del tejido conectivo pulpar que cursa con la destrucción del sistema microvascular y linfático, de las células y, en última instancia, de las fibras nerviosas” (p. 62).

Aislamiento absoluto.

Razonando la obra de Nocchi³⁸ (2008) puedo transcribir que:

En la mayoría de los casos clínicos, el profesional debe optar por el aislamiento absoluto, debido a que propicia con mayor facilidad a concretar los factores básicos del aislamiento del campo operatorio, que son el control de la humedad, el acceso al campo operatorio y la prevención de accidentes. (p. 88)

³⁶ Bergenholtz, G. Horsted-Bindslev, P y Claes R. (2011). *Edodoncia* (Segunda ed.). Mexico, Estados Unidos de Mexico: El Manual Moderno.

³⁷ Canalda Shli, C., y Brau Aguadé, E. (2014). *Endodoncia técnicas clínicas y bases científicas* (tercera ed.). Barcelona, España, Reino de España: Elsevier.

³⁸ Nocchi, E. (2008). *Odontología restauradora: Salud y Estética* (Segunda ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana

Apertura cameral y rectificación de la cámara pulpar

Describiendo la obra de Zuolo y colaboradores³⁹ (2012) puedo exponer que:

El conocimiento y el amplio dominio de las características anatómicas de cada diente es de fundamental importancia para la intervención endodóntica. Datos como: longitud promedio, inclinación del diente en la arcada, forma de la corona, forma de la raíz, número de conductos y variaciones, forma de la raíz y del conducto en las secciones transversales por tercios, posición y diámetro inicial del foramen, deben hacer parte del acúmulo de conocimientos del operador para que el tratamiento endodóntico pueda ser realizado con éxito. (p. 59)

Técnica de instrumentación Manipulación de la lima: movimientos de limado y ensanchado.

Examinando la obra de Gunnar Bergenholtz y colaboradores⁴⁰ (2011) puedo referenciar que:

La acción de limado es especialmente ideal con la lima Hedstrom. Remueve dentina de la pared del conducto radicular cuando el instrumento esta insertado a una longitud dada y luego se presiona contra las paredes del conducto al mismo tiempo conforme se retira coronalmente. (pp. 183,184)

Hipoclorito de sodio.

Observando la obra de Torabinejad y Walton⁴¹ (2010) puedo conocer que:

El irrigante más utilizado es NaOCl, también conocido como lejía doméstica. Este producto permite limpiar mecánicamente los residuos que quedan en el conducto, disolver los tejidos vivos y necróticos, suprimir los microorganismos presentes y lubricar el conducto. Además es Barato y fácil de conseguir. (p. 263)

³⁹ Zuolo, M. L., & Kherlakian, D. &. (2012). *Reintervención en endodoncia*. São Pablo, República Federativa del Brasil: Santos.

⁴⁰ Bergenholtz, G; Horsted-Bindslev, P y Claes, R. (2011). *Edodoncia* (Segunda ed.). Mexico, Estados Unidos de Mexico: El Manual Moderno.

⁴¹ Torabinejad, M., & Walton, R. (2010). *Endodoncia – principios y práctica*. Barcelona, Reino de España: Elsevier.

Secado del conducto.

Indagando la obra de Nageswar Rao⁴² (2011) puedo citar que: “Mientras se hacen las preparaciones para cementar la punta de obturación, debe colocarse una punta de papel absorbente en el conducto para absorber la humedad o sangre que pueda estar acumulada” (p. 199).

Obturación con compactación lateral.

Considerando la obra de Nageswar Rao⁴³ (2011) puedo referenciar que:

La obturación se considera completa cuando el espaciador no puede penetrar la masa de obturación más allá de la línea cervical.

En este momento las puntas salientes se cortan del orificio del conducto con un instrumento caliente.

La compactación vertical con un condensador grande asegurará la compresión más tensa posible de la masa de gutapercha y proporcionará un sellado más eficaz contra la filtración coronal. (p. 199)

2.6. Prótesis fija.

2.6.1. Corona metal porcelana.

Analizando la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁴⁴ (2008) puedo plantear que: “La restauración consiste en una corona metálica colada de recubrimiento total (o subestructura) recubierta por una capa de porcelana fundida que imita el aspecto de un diente natural y cuya extensión puede variar” (p. 272).

⁴² Nageswar Rao, R. (2011). *Endodnokia Avanzada*. India, Republica de India: Amolca.

⁴³ Nageswar Rao, R. (2011). *Endodnokia Avanzada*. India, Republica de India: Amolca.

⁴⁴ Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). *Prótesis fija contemporánea* (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

2.6.2. Protocolos.

Instrumentos para la preparación del diente.

Indagando la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁴⁵ (2008) puedo exponer que:

Los instrumentos necesarios para preparar los dientes para una corona metal-porcelana incluyen:

Fresa de diamante con la punta redondeada (grano regular para la reducción tosca y grano fino para el acabado) o fresa de carburo tungsteno.

Fresa de diamante con forma de balón o de rueda (para la reducción lingual de los dientes anteriores).

Fresa de diamante cónicas de extremo plano (para la preparación de hombro).

Piedras de acabado

Explorador y sonda periodontal

Recortadores de margen. (p. 274)

Pernos intrapulpares.

Consultando la obra de Preti⁴⁶ (2008) puedo referir que: “La función de un perno intrapulpar es el de suministrar retención al material de restauración en un diente con gran pérdida de sustancia coronal” (p. 328).

Preparación inicial.

leyendo la obra de Ricketts y Bartlett⁴⁷ (2013) puedo señalar que:

Se comienza haciendo unas ranuras de profundidad y orientación con una fresa de lados paralelos para guiar la profundidad de las ranuras. La reducción del borde incisal debe resultar de la altura del diente que se está tallando en aproximadamente 2mm. Surcos a continuación deben ser conectados entre sí para producir una reducción uniforme del borde incisal. La matriz preoperatoria también puede ayudar a verificar el tallado incisal. (p. 137)

⁴⁵ Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). *Prótesis fija contemporánea* (4 ed.). Reino de España: Elsevier.

⁴⁶ Preti, G. (2008). *Rehabilitación protésica*. Bogotá, República de Colombia: Amolca.

⁴⁷ Ricketts, D., Bartlett, D. (2013). *Odontología Operatoria Avanzada Un Abordaje Clínico*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Restauración provisional.

Investigando la obra de Milleding⁴⁸ (2013) puedo transcribir que:

Después de ser tomadas las impresiones y se haya registrado la relación intermaxilar, se coloca una restauración provisional, lo cual puede fabricarse de diversas manera.

Uso de una corona preformada fabricada comercialmente para rebasarse con acrílico autopolimerizable preferiblemente, y cementarse en lugar con un cemento temporal. (p. 174)

Hilo retractor.

Razonando la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁴⁹ (2008) puedo citar que:

En las zonas en las que va a colocarse un margen subgingival es fundamental la manipulación cuidadosa de los tejidos ya que, de no ser así, se podría producir una recesión gingival permanente y la exposición subsiguiente del collarite metálico. Esto se evita desplazando cuidadosamente el tejido gingival con el uso de un hilo retractor antes del acabado. (p. 279)

Material de impresión

Analizando la obra de Palma Cárdenas y Sánchez Aguilera⁵⁰ (2013) puedo conocer que:

“Como material de impresión se opta por los elastómeros no acuosos por sus excelentes propiedades, siliconas y poliéster, estos últimos por sus características hidrofílicas (véase técnicas de impresión de ambos materiales” (p. 433).

⁴⁸ Milleding, P. (2013). *Preparación Para Prótesis Fija*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca

⁴⁹ Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). *Prótesis fija contemporánea* (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

⁵⁰ Palma Cárdenas, A. y Sánchez Aguilera, F. (2013). *Técnica de ayuda odontológica*. (Segunda ed.). Madrid, Reino de España: Ediciones Paraninfo, SA.

Evaluación del metal

Investigando la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁵¹ (2008) puedo exponer que: “Los colados de metal se deben evaluar para analizar los contactos proximales, la integridad marginal, la estabilidad, el ajuste interno, los contornos externos, la oclusión y el acabado superficial” (p. 887).

Evaluación del biscocho

Consultando la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁵² (2008) puedo saber que:

Durante la fase siguiente en la que se evalúa el biscocho, se revisa la integridad marginal y la estabiliza para determinar si hay alguna distorsión producida durante la cocción de la porcelana. En esta fase también se evalúa los contactos proximales, al igual que los contornos de porcelana, la estabilidad, el tono, la textura y el glaseado. (p. 887)

Cementado de la prótesis final.

Considerando la obra de Palma Cárdenas y Sánchez Aguilera⁵³ (2013) puedo referenciar que: “Una vez realizada la estructura y hechas las pruebas pertinentes de la cavidad oral, se deben proceder a su cementado definitivo. Para esto existen diferentes materiales cuyo objetivo ser unir la prótesis y otras restauraciones indirectas con el diente” (p. 434).

⁵¹ Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). *Prótesis fija contemporánea* (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

⁵² Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). *Prótesis fija contemporánea* (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

⁵³ Palma Cárdenas, A. y Sánchez Aguilera, F. (2013). *Técnica de ayuda odontológica*. (Segunda ed.). Madrid, Reino de España: Ediciones Paraninfo, SA.

2.7. Prótesis parcial removible.

2.7.1. Impresión para modelos maestros.

Indagando la obra de Bassi y colaboradores⁵⁴ (2011) puedo plantear que.

La realización de un modelo maestro que reproduzca con precisión todos los detalles de los tejidos blandos y duros de la arcada es muy importante, porque cualquier error que se detecte durante la fase de la impresión y de su colado tiene como consecuencia la realización de una PPR imprecisa. (p.69)

2.7.2. Clasificación de Kennedy.

Según Molin y Gunne⁵⁵ (2014) puedo citar que:

Esta clasificación se basa en la localización de las brechas edéntulas:

Clase I. La PDPR tiene áreas edéntulas bilaterales sin pilares posteriores (brechas edéntulas a extremo libre).

Clase II. La PDPR tiene una brecha edéntula unilateral de extremo libre.

Clase III. Todas las áreas edéntulas de la PDPR están limitadas, es decir, el paciente tiene dientes remanentes a cada lado de la brecha edéntula.

Clase IV. La PDPR presenta un espacio edéntulo único en la región anterior. Si existen otras brechas edéntulas, la prótesis se clasifica como una Clase III. (pp.170, 171)

2.7.3. Protocolos.

Toma de la impresión del maxilar.

Leyendo la obra de Bassi y colaboradores⁵⁶ (2011) puedo señalar que:

Para tomar correctamente la impresión superior, el paciente debe estar sentado con el pecho derecho y la cabeza a la altura de los codos del operador. Después

⁵⁴ Bassi, F., Schierano, G., & Prevgliano, V. (2011). *Rehabilitación Prótesica- prótesis parcial removible*. Torino, República Italiana: Amolca.

⁵⁵ Molin, M., & Gunne, J. (2014). *Prótesis removible*. Caracas. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁵⁶ Bassi, F., Schierano, G., & Prevgliano, V. (2011). *Rehabilitación Prótesica- prótesis parcial removible*. Torino, República Italiana: Amolca.

de haber recubierto, con un dedo, las superficies oclusales y el paladar y después de haber alejado delicadamente la mejilla del paciente con el espejo se introduce la cubeta centrada correctamente. Se le indica al paciente cerrar ligeramente la boca, para que de esta manera aumente el espacio vestibular. Se introduce a fondo el borde anterior de la cubeta, seguido, con un movimiento rotatorio, de la parte posterior para hacer salir el aire.

Luego se traccionan los frenillos y se mantiene la cubeta inmóvil con ambas manos, con los índices, mientras los pulgares modelan el vestíbulo en posición de espera. (p. 70)

Toma de la impresión mandibular.

Continuando con la obra de Bassi y colaboradores⁵⁷ (2011) puedo exponer que:

Para tomar correctamente la impresión de la arcada mandibular, el operador se debe ubicar delante del paciente. Después de haber cargado la cubeta y haber colocado con un dedo una capa uniforme de alginato sobre las superficies oclusales de los dientes, se introduce en la boca controlándola correctamente, alejando delicadamente la mejilla con el espejo. Cuando la cubeta se introduce, se incita al paciente a levantar la lengua, llevándola sobre el borde de la cubeta para registrar la zona sublingual y por tanto la posición de reposo.

Después de la tracción delicada de los frenillos se sostiene la cubeta con una mano y con la otra se modela el fondo vestibular (posición de espera). (p. 71)

Registro de mordida

Examinando la obra de Rosentiel, Land y Fujimoto⁵⁸ (2008) puedo citar que:

Se puede emplear diferentes técnicas para realizar el registro de RC. La elección del tipo de registro depende de la función que van a cumplir los modelos que van a ser articulados. Por ejemplo, los modelos exactos que se confeccionan con materiales elastómeros se deben articular con material de registro interoclusal de alta fiabilidad como el polivinil siloxano. Sin embargo, los modelos diagnósticos menos exactos obtenidos de impresiones con hidrocoloides irreversibles se pueden articular mejor con materiales menos exhaustivos como la cera interoculal, siempre que ese registro este reforzado adecuadamente. (p. 57)

⁵⁷ Bassi, F., Schierano, G., & Previgliano, V. (2011). *Rehabilitación Prótesis- prótesis parcial removible*. Torino, República Italiana: Amolca.

⁵⁸ Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). *Prótesis fija contemporánea* (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

Instalación de la prótesis en boca

Estudiando el contenido de la obra Loza y Valverde⁵⁹ (2012) puedo referenciar que:

Observe la orientación de los flancos de acrílico de la dentadura que no converjan demasiado hacia la parte interna porque pueden lacerar los tejidos gingivales al momento de introducir la dentadura. En este caso habría que desgastar los bordes de acrílico para facilitar la inserción de la dentadura sin dañar la mucosa gingival. (p. 338)

Instrucciones para el paciente después de la entrega

Investigando la obra de Bassi y colaboradores⁶⁰ (2011) puedo conocer que:

Uno de los puntos esenciales para un buen resultado del tratamiento con PPR son una buena higiene oral y controles periódicos. Cuando el paciente no puede ser motivado en una sola cita es una buena norma someterlo a una serie continuas de comunicaciones, a cada una de las cuales se le dedicará una parte de cada cita. De esta manera el paciente tendrá más información. El paciente seguirá con más atención las maniobras que el odontólogo realiza y acatará las instrucciones que le dan. (p. 123)

⁵⁹ Loza Fernández, D., & Valverde Montalva, R. (2012). *Prótesis parcial removible - Procedimientos clínicos y de laboratorios*. Lima, República de Perú: Savia.

⁶⁰ Bassi, F., Schierano, G., & Previgliano, V. (2011). *Rehabilitación Prótesica- prótesis parcial removible*. Torino, República Italiana: Amolca.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de trabajo.

Sistematización Práctica.

3.2. Métodos.

Paciente de 28 años de edad, sexo femenino, fue rehabilitada en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, mediante un diagnóstico previo que determino el plan de tratamiento y previamente se realizó una historia clínica, basada en el formato del Ministerio de Salud Publica 033, además firmó un consentimiento informado por la cirugía especial del segundo molar incluido. (Ver anexo №. 1).

Presenciando placa bacteriana, cálculo dental, extracciones indicadas y caries dental, se le informó al paciente el diagnóstico y plan de tratamiento sin comprometer la integridad del mismo. Como parte adicional del diagnóstico fue necesario realizar exámenes complementarios como radiografía panorámica, radiografías periapicales en piezas con riesgo, hemograma completo. (Ver anexo №. 2).

3.3. Protocolos.

3.3.1. Protocolo periodoncia. (Ver anexo Nº. 3)

Carranza y colaboradores. (2014), Newman, M., Takei, H., klockevold, P., & F, C. (2010). y Eley, B. M., Sorry, M., & Manson, J. D. (2010.).

Enfermedad actual. (Ver figura Nº. 6)

Examen del periodoncio. (Ver figura Nº. 7)

Técnica de sondeo. (Ver figura Nº. 8)

Placa y cálculo. (Ver figura Nº. 9)

Instrumentos de mano. (Ver figura Nº. 10)

Limpieza y pulido. (Ver figura Nº. 11)

3.3.2. Protocolo de operatoria. (Ver anexo Nº. 4)

Palma Cárdenas, A. y Sánchez Aguilera, F. (2013) y Nocchi, E. (2008).

Aislamiento absoluto. (Ver figura Nº. 12)

Remoción del tejido cariado. (Ver figura Nº. 13)

Obturaciones con composite. (Ver figura Nº. 14)

3.3.3. Protocolo de cirugía. (Ver anexo Nº. 5)

Chiapasco, M. y Colaboradores. (2010), Solé Besoaín, F., y Muños Thomson, F. (2012), Martínez, A. A. M. (2009). Gay Escoda, C., y Berini Aytés, L. (2011) y Tripathi, K. D. (2008).

Preparación limpia. (Ver figura Nº. 15)

Técnica anestésica Troncular del nervio alveolar superior posterior. (Ver figura Nº. 16)

Técnica de incisión y preparación de colgajo. (Ver figura Nº. 17)

Separación de tejidos. (Ver figura Nº. 18)

Avulsión. (Ver figura Nº. 19)

Revisión de campo operatorio. (Ver figura Nº. 20)

Plasma rico en factor de crecimiento. (Ver figura Nº. 21)

Técnica de sutura. (Ver figura Nº. 22)

Compresión. (Ver figura Nº. 23)

Remoción de la sutura. (Ver figura Nº. 24)

3.3.4. Protocolo de endodoncia. (Ver anexo Nº. 6)

Canalda Shli, C., y Brau Aguadé, E. (2014), Nocchi, E. (2008), Zuolo, M. L., & Kherlakian, D. &. (2012), Bergenholtz, G; Horsted-Bindslev, P y Claes, R. (2011), Torabinejad, M., & Walton, R. (2010) y Nageswar Rao, R. (2011).

Necrosis. (Ver figura Nº. 25)

Aislamiento absoluto. (Ver figura Nº. 26)

Apertura cameral y rectificación de la cámara pulpar. (Ver figura Nº. 27)

Técnica de instrumentación. (Ver figura Nº. 28)

Hipoclorito de sodio. (Ver figura Nº. 29)

Secado del conducto. (Ver figura Nº. 30)

Obturación con compactación lateral. (Ver figura Nº. 31)

3.3.5. Protocolo de prótesis fija. (Ver anexo №. 7)

Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008), Ricketts, D., Bartlett, D. (2013), Milleding, P. (2013) y Palma Cárdenas, A. y Sánchez Aguilera, F. (2013).

Instrumentación para la preparación. (Ver figura №. 32)

Pernos Pulpares. (Ver figura №. 33)

Preparación inicial. (Ver figura №. 34)

Restauración provisional. (Ver figura №. 35)

Hilo retractor. (Ver figura №. 36)

Material de impresión. (Ver figura №.37)

Evaluación del metal. (Ver figura №. 38)

Evaluación del biscocho. (Ver figura №. 39)

Cementado de la prótesis final. (Ver figura №. 40)

3.3.6. Protocolo de prótesis parcial removible. (Ver anexo №. 8)

Bassi, F., Schierano, G., & Previgliano, V. (2011), Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008) y Loza Fernández, D., & Valverde Montalva, R. (2012).

Toma de impresión del maxilar. (Ver figura №. 41)

Toma de impresión mandibular. (Ver figura №. 42)

Registro de mordida. (Ver figura №. 43)

Instalación de la prótesis en boca. (Ver figura №. 44)

Instrucciones para el paciente después de la entrega. (Ver figura №. 45)

3.4. Ética.

A la persona que fue intervenida en la rehabilitación oral integral, se le consulto su participación voluntaria, se le informó en qué consistió el tratamiento, además se le dio a conocer que la información será empleada con fines investigativos, firmando un documento de consentimiento de su participación voluntariamente.

3.5. Marco Administrativo.

3.5.1. Recursos humanos

Tutor de trabajo de titulación

Autora

3.5.2. Recursos de materiales

Copias

Bolígrafos

Lápiz bicolor

Borrador

Campos operatorios.

Plástico para embalar.

Caja de guantes.

Caja de mascarillas.

Radiografías.

Gafas.

Gorros.

Barra de gutapercha y hielo.

Pasta profiláctica.

Cepillo profiláctico.

Revelador de placa dental.

Gasas.

Cubetas desechables para flúor.

Flúor.

Diques de goma.

Succionadores de saliva.

Ácido ortofosfórico.

Bonding.

Resinas de fotocurado.

Papel articular.

Anestésicos al 2%.

Agujas largas.

Jeringas.

Hojas de bisturí №. 15.

Sutura Vycril 3-0.

Solución fisiológica.

Agua oxigenada.

Hemostático.

Bata descartable.

Botas descartables.

Fresa quirúrgica redonda.

Receptáculo para muestra de orina.

Factor rico en plaquetas.

Anestésicos con vasoconstrictor.

Agujas cortas.

Limas K de primera serie.

Hidróxido de calcio químicamente puro.

Conos de gutapercha.

Conos de papel.

Liner o ionómero de vidrio.

Coltosol.

Hipoclorito de sodio.

Sealapex.

Alginato.

Yeso piedra y extraduro.

Dientes de acrílico.

Crilene.

Acrílico líquido rápido.

Hilo retractor.

Cemento para coronas (Glass Ionomer).

Material de impresión liviano y pesado (Esaflex).

Cera base y rodete.

Fresas redonda.

Fresa cono invertido.

Fresa troncocónica.

Fresa alpina.

Fresa de balón.

Instrumental de diagnóstico

Instrumental de periodoncia

Instrumental de operatoria

Instrumental de cirugía

Instrumental de endodoncia

Instrumental de prótesis fija

Instrumental de prótesis parcial removible

3.5.3. Recursos tecnológicos.

Cámara fotográfica

Computadora.

Impresora.

Pendrive.

Internet.

3.5.4. Recursos económicos. (Ver anexo №. 9)

3.5.5. Cronograma. (Ver anexo №. 10)

CAPÍTULO IV.

4. Resultados.

Los resultados obtenidos de la rehabilitación oral integral en la paciente, se pudo lograr encías saludables en el paciente, lo cual se obtuvo mediante una profilaxis dental, indicándole la técnica de cepillado para que mantenga su higiene bucal. (Ver anexo №. 11).

Las restauraciones realizadas en las piezas dentales fueron hechas con resinas microhíbridas de fotocurado, con la inclusión de nano-partículas y partículas prepolimerizadas, no presentaron molestias, se encuentran en buen estado, con buena coloración, mejorando la función masticatoria del paciente. (Ver anexo №. 12).

Una vez que se realizaron las extracciones de las piezas, no presentaron inconveniente, la pieza número №. 27 que se encontraba incluida en posición ectópica, la cual se le realizó la cirugía sin complicaciones y el postoperatorio fue exitoso. (Ver anexo №. 13).

En base al diagnóstico, se trató endodónticamente la pieza №. 11, en estado necrótico el cual se obtuvo éxito en la condensación del conducto radicular ya que el material que utilizamos fue a base de hidróxido de calcio sin eugenol (Ver anexo №. 14). Que posteriormente sirvió de anclaje para la colocación de una corona metal


porcelana en el sector anterosuperior derecho el cual mejoró su estética. (Ver anexo №. 15).

Una vez cicatrizada la mucosa bucal se adaptó la prótesis parcial removible de acrílico en las zonas edéntulas de la arcada superior, (Ver anexo №. 16). La rehabilitación oral integral de la paciente le devolvió sus funciones, estética, fonética y masticatorias, además le brindo confianza, elevó su autoestima y mejoró la relación con las personas de su entorno. (Ver anexo №. 17).

ANEXOS.

Anexo No. 1. Historia clínica.

Figura No. 1 Historia clínica del MSP 033.


Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)		EDAD		N° HISTORIA CLÍNICA	
USGP		Martha Susana		Ponce Basulto		F		29		13187239-5	
MES DE LAÑO		1 - 6 AÑOS		7 - 14 AÑOS PROGRAMADO		15 - 18 AÑOS PROGRAMADO		19 - 28 AÑOS		MAYOR DE 29 AÑOS	
										X EMBARAZADA	

1 MOTIVO DE CONSULTA
 Arreglar los Dientes

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
 Paciente Asintomática

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS ANTIBIÓTICO	2. ALERGIAS ANESTESIA	3. REMEDIOS HERBALES	4. VIRSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDÍACA	10. OTRO
NO refiere Antecedentes									

4 SIGNOS VITALES

Presión Arterial: 120/80 Frecuencia Cardíaca: 70/min Temperatura: 37°C F. Respirat.: 18/min

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Sin Patología Aparente

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO / ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL / MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1,2,3); SI APLICA

RECESIÓN											
MOVILIDAD											
VESTIBULAR											
LINGUAL											
VESTIBULAR											
MOVILIDAD											
RECESIÓN											

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	LEVE	ANGLE I	LEVE
16	17	55	-	-	-	-
18	21	51	1	1	-	-
26	27	65	-	-	-	-
36	37	75	1	2	1	-
31	41	71	2	1	1	-
46	47	85	3	2	1	-
TOTALES						

8 ÍNDICES CPO-CEO

	C	P	O	TOTAL
D	14	3	0	17
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo SELLANTE NECESARIO	U HÉRIDA (OTRA CAUSA)	□ PROTESIS TOTAL
* azul SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ CORONA
X rojo EXTRACCIÓN INDICADA	(---) PROTESIS FIJA	○ azul OBTURADO
X azul PÉRDIDA POR CARIES	(---) PROTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

ODONTOLOGÍA (1)

SMS-MSP / HCU-Form 033/2008

Anexo No. 2. Exámenes complementarios.

Figura No. 3: Radiografía panorámica.

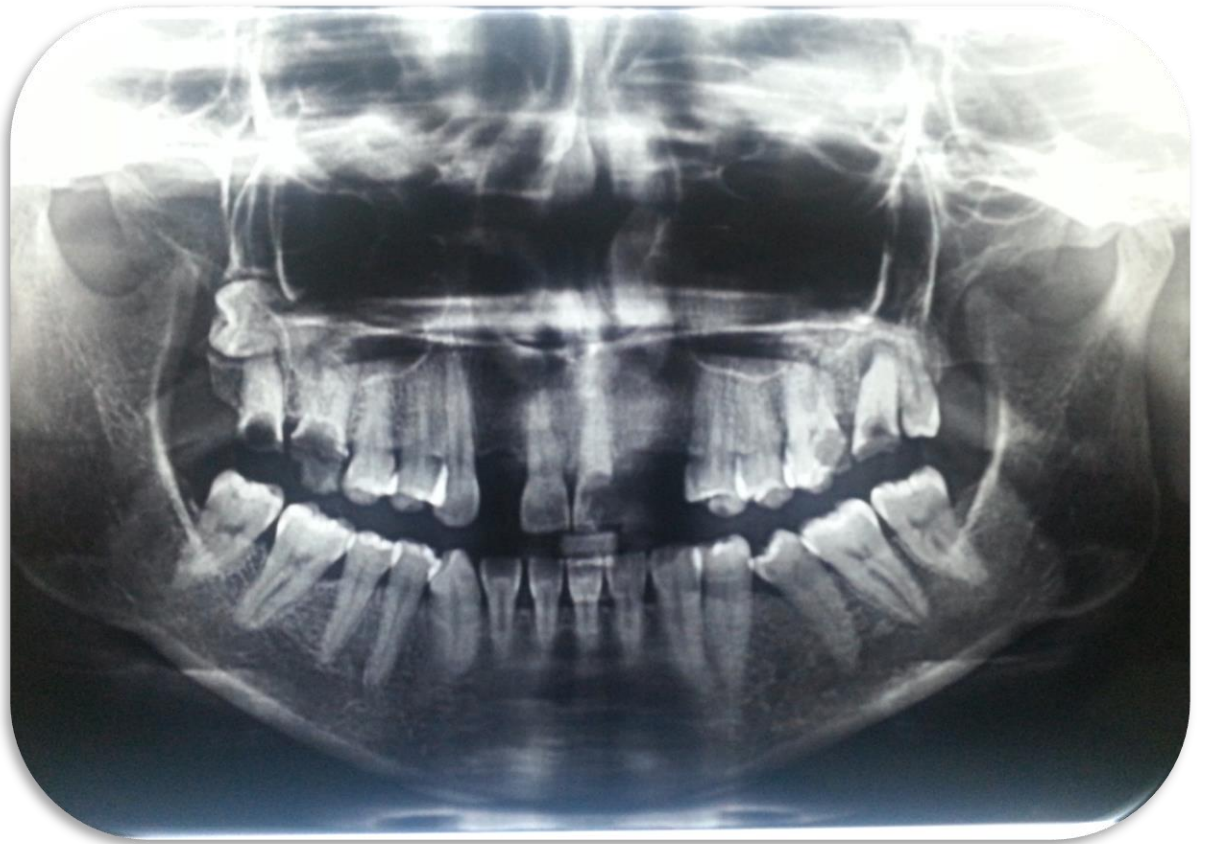
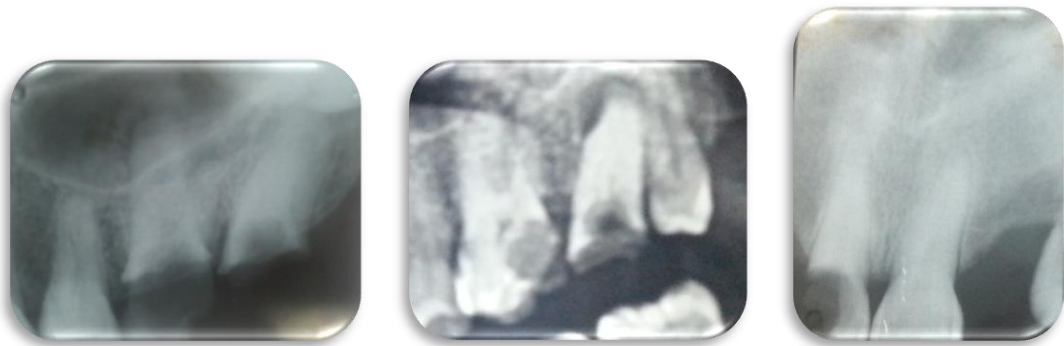


Figura No. 4. Radiografía periapicales de diagnóstico.



Figuras No. 5. Hemograma completo.

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO
ARCANGEL
 Dir: Calle 12 de Marzo y Rocafuerte frente al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
 Lic. Maria Jose Jurado
 Telf: 0990789605

Paciente: PONCE BAZURTO MARTHA Fecha: 06/08/2015
 Medico: Edad: 28 Años


EXAMEN DE SANGRE
Biometria Hematica completa

	<u>Resultado</u>	<u>unidades</u>	<u>valores referenciales</u>
Hematías	4'150.000	xmm3	
Hematócrito	39	%	
Hemoglobina	12.7	g/100ml	
H.C.M.	30.2	pg	(27-34)
V.C.M.	92.9	fl	(90-95)
C.M.H.C.	32.8	g/dl	(30-37)
Leucocitos	6.200	xmm3	4.400 - 9.800
Formula leucocitaria			
N. Cayados	0	%	
N. Segmentados	59	%	40 - 75
Linfocitos	36	%	20 - 43
Monocitos	4	%	3 - 12.5
Eosinófilos	1	%	0 - 5
Basófilos	0	%	0 - 1
L. Atipicos	0	%	
Plaquetas	290.000	xmm3	(150.000 - 450.000)

EXAMEN DE SANGRE
HEMOSTASICOS/ INMUNOHEMATOLOGIA

	<u>Resultado</u>	<u>Unidades</u>	<u>valores referenciales</u>
T.P	12	Seg.	(10 - 14)
T.P.T	32	Seg.	(24 - 35)
T. coagulación	6.9	Minutos	(5 - 10)

Anexo No. 3. Protocolo de periodoncia.


CARRERA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE PERIODONCIA
 HISTORIA CLÍNICA N° _____

CUESTIONARIO DE SALUD QUE DEBE SER CONTESTADO POR EL PACIENTE:

FECHA: 04 de Agosto del 2017
 NOMBRE: Mattia Susana Ponce Basulto DIRECCIÓN: Calle San Francisco (San Agustín de G.)
 TELÉFONO: 0916038129 FECHA DE NACIMIENTO: 10 de Mayo del 1987
 TALLA: 1.65 PESO: 130 lb OCUPACIÓN: Ayuda de Casa
 ESTADO CIVIL: Unión Libre ORIGEN: Porto Rico
 PROCEDENCIA: Porto Rico

Si este cuestionario está siendo respondido por una persona diferente al paciente, indique las razones y su relación con este: _____

POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA **ENCIERRE EN UN CIRCULO**

1. ¿ Ha sido paciente en un Hospital durante los últimos dos años?	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
2. ¿ Ha estado bajo tratamiento médico durante los dos últimos años?	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
3. ¿ Ha tomado alguna droga o medicina el último año?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
4. ¿ Es usted alérgico a algún medicamento o sustancia?	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
5. ¿ Ha tenido alguna hemorragia excesiva que requirió tratamiento?	SI	<input checked="" type="radio"/> NO

6. Si ha tenido alguna de las siguientes enfermedades márquelas:

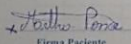
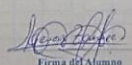

<input checked="" type="checkbox"/> Molestias Cardíacas Leves	<input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades venéreas
<input checked="" type="checkbox"/> Lesiones congénitas cardíacas	<input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input checked="" type="checkbox"/> Soplos en el corazón	<input checked="" type="checkbox"/> Tos persistente	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermed. De Tiroides
<input checked="" type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis	<input checked="" type="checkbox"/> Artritis
<input checked="" type="checkbox"/> Infarto Cardíaco	<input checked="" type="checkbox"/> Colitis	<input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia
<input checked="" type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input checked="" type="checkbox"/> Úlcera	<input checked="" type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico
<input checked="" type="checkbox"/> Presión sanguínea alta	<input checked="" type="checkbox"/> Infecciones urinarias	<input checked="" type="checkbox"/> Usa "Drogas"
<input checked="" type="checkbox"/> Anemia	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input checked="" type="checkbox"/> Alcohólico
<input checked="" type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. (MUJERES) ¿Está usted embarazada? SI NO

8. ¿Ha tenido otra enfermedad? SI NO

¿Cuál? _____

DOY FE DE LA VERACIDAD DE ESTA INFORMACIÓN

 Firma Paciente N° CL. 131392939-5	 Firma del Alumno	 Firma Docente
---	---	--



Figuras No. 6. Enfermedad actual.



Figuras No. 7. Examen del periodoncio.

D	PUNTO DE SONDAJE					FUNCIÓN	MOVILIDAD	HISTORIA CLÍNICA			
	W	V	D	M	L			NIVEL DE INFERIENCIA	ENCÍA INJERIDA	1. CÁLCULO	1. PLACA
18											
17											
16											
15											
14	1	1	2	2	2						
13											
12											
11	1	1	2	2	2						
21	1	1	2	2	2						
22											
23	1	1	3	3	3			1	2		
24	1	1	3	3	3						
25	1	1	3	3	3						
26											
27											
28											
29											
30											
37	1	2	2	2	2						
36	2	2	2	1	1			3	5		
35	1	1	2	2	2			2	4		
34	1	1	2	2	2				3		
33	1	1									
32	2	1	1	1	1						
31	1	1	1	1	1			3	4		
41	2	2	2	1	1			4	6		
42	2	2	2	1	1			3	6		
43	1	1	2	2	2			3	5		
44	2	1	2	2	2						
45								2	5		
46	1	1	2	2	2						
47	2	2	2	2	2						
48											

PORCENTAJE DE ÍNDICE GINGIVAL Y DE PLACA
 FECHA: _____
 ACTIVIDAD:
 HISTORIA CLÍNICA _____
 SONDAJE _____
 SERIE RADIOGRÁFICA _____
 PROFILAXIS _____
 1º CUADRANTE SUPERIOR _____
 2º CUADRANTE SUPERIOR _____
 3º CUADRANTE INFERIOR _____
 4º CUADRANTE INFERIOR _____
 FIRMA: _____
 Se los comunica a los señores estudiantes que deben verificar las Firmas de cada actividad

Figuras No. 8. Técnica de sondeo.



Figuras No. 9. Placa y cálculo.




Figuras No. 10. Instrumentos de mano.



Figuras No. 11. Limpieza y pulido.



Anexo No. 4. Protocolo de operatoria.


CARRERA DE ODONTOLOGIA
 DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO
 HISTORIA MEDICA
 IV, V, VI Y VII

Ficha Clínica
 Nombre del alumno Genesis Zamora A. Semestre 4to
 Nombre del paciente Yonitha Forca B. Edad 28 Ocup. Amo de casa
 Dirección La Angeles Colon Teléfono 0418603872

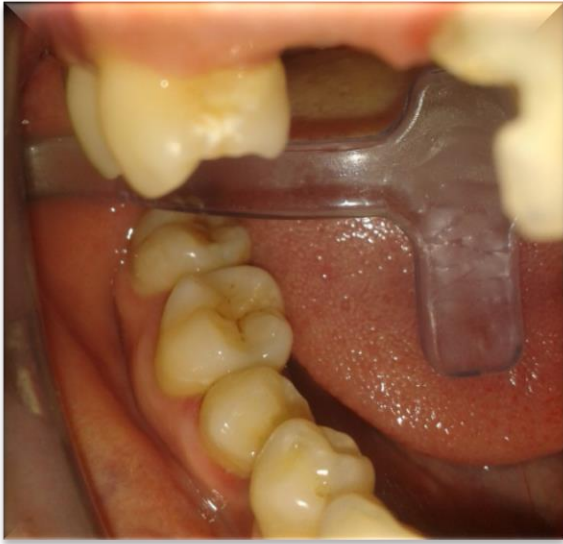
Por favor, marque cualquier enfermedad que haya pasado o presente en la actualidad.

<p>1. PROBLEMAS CARDIACOS</p> <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión <input checked="" type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Otros _____ <p>2. PROBLEMAS HEMATOLOGICOS</p> <input checked="" type="checkbox"/> Tendencia a sangrado <input checked="" type="checkbox"/> Anemia <input checked="" type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Otros _____ <p>3. PROBLEMAS NEUROLÓGICOS</p> <input checked="" type="checkbox"/> Nerviosismo <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia <input checked="" type="checkbox"/> Cefaleas Intensas <input checked="" type="checkbox"/> Tratamiento Polipiléptico <input type="checkbox"/> Otros _____	<p>4. PROBLEMAS DIGESTIVOS</p> <input checked="" type="checkbox"/> Úlcera <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Otros _____ <p>5. PROBLEMAS RESPIRATORIOS</p> <input checked="" type="checkbox"/> Sinusitis <input checked="" type="checkbox"/> Asma <input checked="" type="checkbox"/> Tos Frecuente <input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Otros _____ <p>6. OTRAS PATOLOGIAS</p> <input checked="" type="checkbox"/> Tabaquismo <input checked="" type="checkbox"/> Ingestión de Alcohol <input checked="" type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Otros _____
--	---

ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	51	52	53	54	55	56	57	58
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

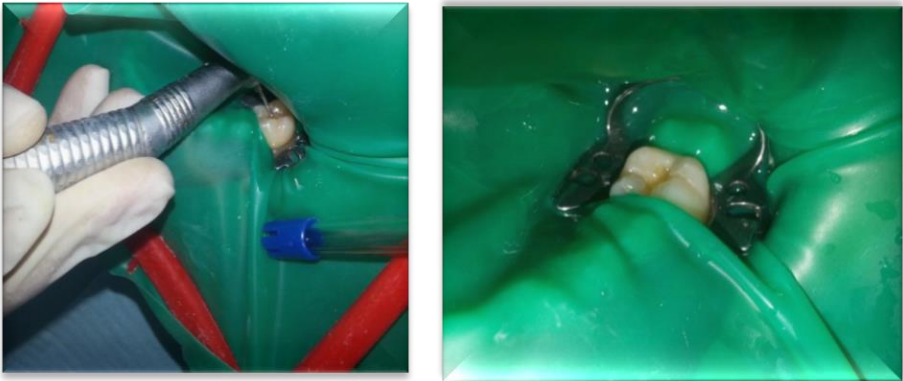
Fecha de entrega 01-09-2011 Firma del Profesor _____ Calificación _____



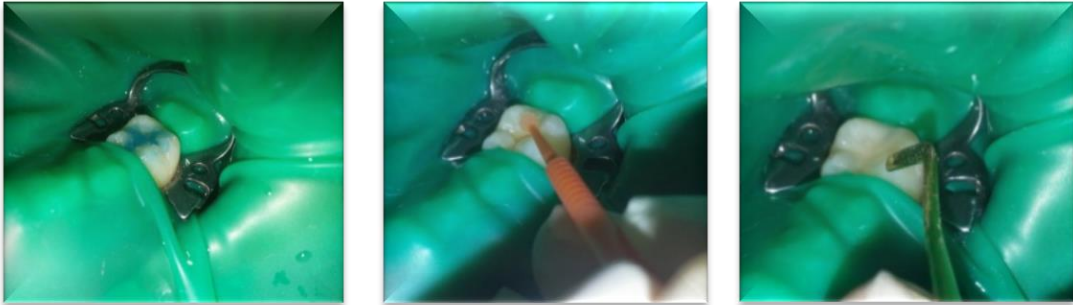
Figuras No. 12. Aislamiento absoluto.



Figuras No. 13 Remoción del tejido cariado.



Figuras No. 14. Obturaciones con composite.



Anexo No. 5. Protocolo de cirugía.

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA N°

Fecha de Ingreso, Portovajeo 06 de Agosto 2015

Nombres y Apellidos del Paciente: Martha Susana Puma Bauroto

Dirección: Los Angeles de Colón Parroquia: Colón

Edad: 28 años Teléfono: 0986038127

Ocupación: Ama de Casa

En caso de emergencia avisar a: Dr. Alberto Sorozga Teléfono: 0988239494

SIGNOS VITALES

Presión Arterial: 120/80/80

Temperatura: 36.5

Tiempo de coagulación:

Tiempo de sangría:

Grupo sanguíneo:

ANTECEDENTES PERSONALES				EXAMEN CLÍNICO					
	SI	NO	No sabe	N		A			
¿Está bajo tratamiento médico?		<input checked="" type="checkbox"/>		Piel	<input checked="" type="checkbox"/>		Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Es propenso a hemorragia?		<input checked="" type="checkbox"/>		Labios	<input checked="" type="checkbox"/>		Cilios Salivales	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Es alérgico a medicamentos?		<input checked="" type="checkbox"/>		Carrillos	<input checked="" type="checkbox"/>		Ganglios	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha tenido complicación con algún tipo de anestésico?		<input checked="" type="checkbox"/>		Paladar	<input checked="" type="checkbox"/>		A.E. Tiempo Mandibular	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Está usted embarazada?		<input checked="" type="checkbox"/>		Mucosa	<input checked="" type="checkbox"/>		Tejido Muscular	<input checked="" type="checkbox"/>	
				Piso de la boca	<input checked="" type="checkbox"/>		Dents	<input checked="" type="checkbox"/>	

ODONTOGRAMA

Nombre del Estudiante: Genesis Evaristo A. Firma del Estudiante: [Firma]

Nombre del Docente: Dr. Julia Celisno Firma del Docente: [Firma]



Figuras No. 15. Preparación limpia.



Figuras No. 16. Técnica anestésica Troncular del nervio alveolar superior posterior.



Figuras No. 17. Técnica de incisión y preparación de colgajo.



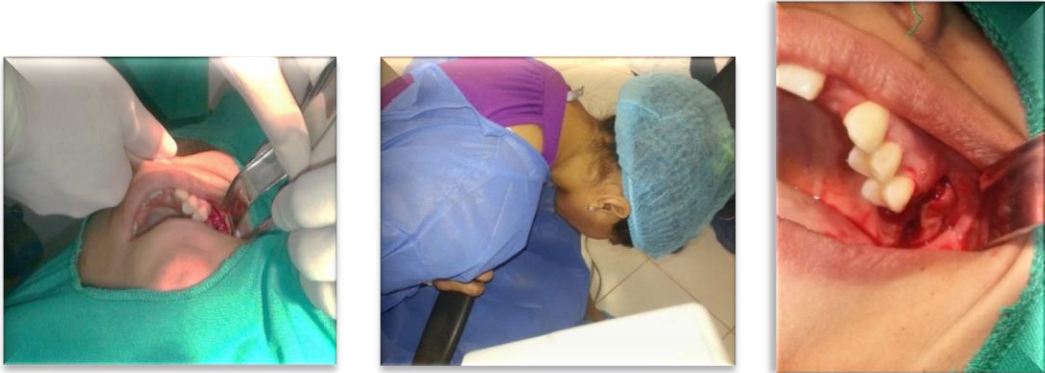
Figuras No. 18. Separación de tejidos.



Figuras No. 19. Avulsión.



Figuras No. 20. Revisión de campo operatorio.



Figuras No. 21. Plasma rico en factor de crecimiento.



Figuras No. 22. Técnica de sutura.



Figuras No. 23. Compresión.



Figuras No. 24. Remoción de la sutura.



Anexo No. 6. Protocolo de endodoncia.

UNIVERSIDAD
SANGREGORIO
CENTRO

Carrera de Odontología

CLÍNICA DE ENDODONCIA

Profesor Dra.

Fecha de iniciación 11-08-2015 Fecha de terminación _____

Nombre del alumno Cecilia Anas Zamora Semestre 4to año

Nombre del paciente Martha Ponce Pieza # 11

Dirección del Paciente Las Angostas de Caba Teléfono del Paciente 0986038129

Interrogatorio Caries profunda

Semiología del dolor (TICUE) Asintomático

Exploración Clínica

Inspección Caries profunda

Palpación normal

Percusión Horizontal - Vertical -

Transluminación normocrónica

Movilidad negativa

Vitalometría

Prueba Térmica negativa Frío - Calor -

Diagnóstico necrosis pulpa

Tratamiento necropulpectomía I

SESIONES

1. Fecha Diagnóstico, acceso coronal, conductometría, PBH, Conometría 11/8/15

2. Fecha Condensación de Conducto 11-08-15

3. Fecha _____

4. Fecha _____

5. Fecha _____

Longitudes: AI 31 m Tq _____ T _____

Conometría cono 35 Ensanchado #40

Regulaciones RX _____

Otras observaciones: _____



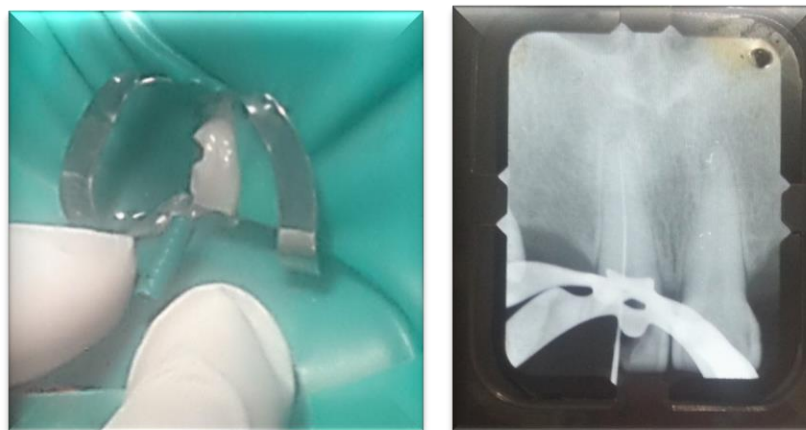
Figuras No. 25. Necrosis.



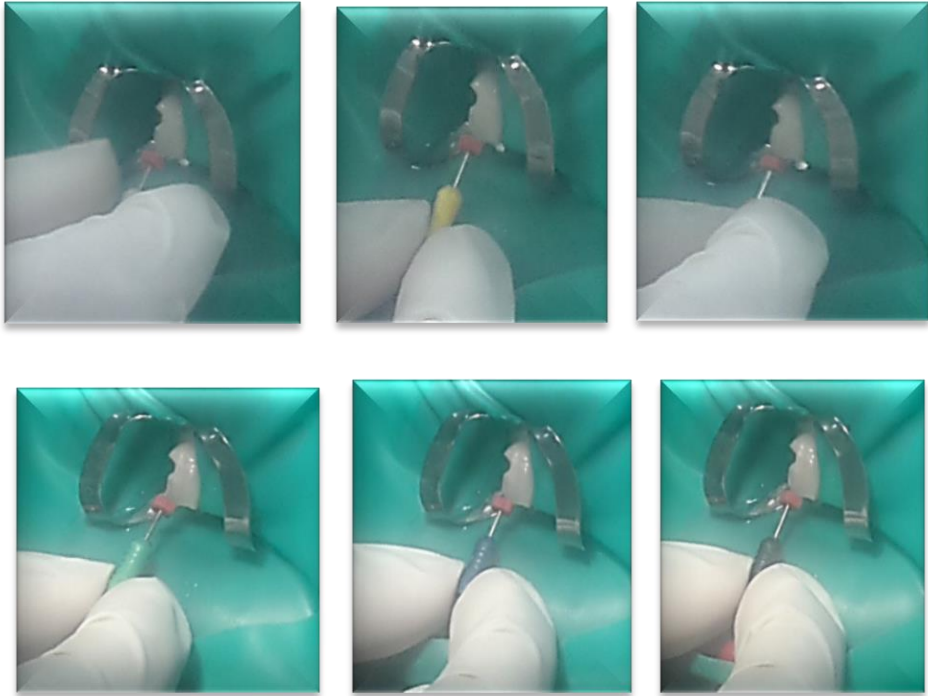
Figuras No. 26. Aislamiento absoluto.



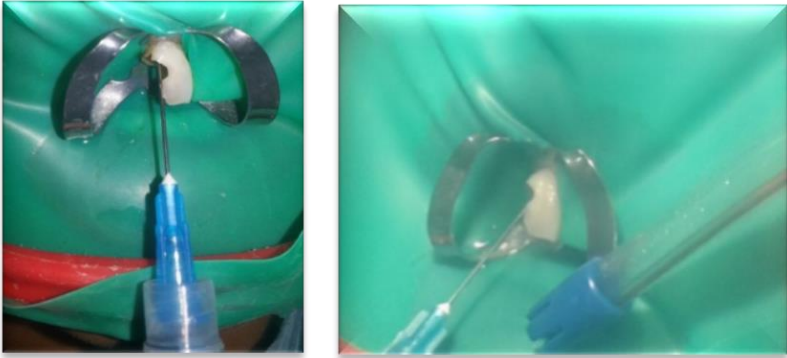
Figuras No. 27. Apertura cameral y rectificación de la cámara pulpar.



Figuras No. 28. Técnica de instrumentación.



Figuras No. 29. Hipoclorito de sodio.



Figuras No. 30. Secado del conducto.



Figuras No. 31. Obturación con compactación lateral.



Anexo No. 7. Protocolo de prótesis fija

Universidad San Gregorio de Portoviejo
Carrera de Odontología

HISTORIA CLÍNICA DE PRÓTESIS Fija

Ficha Clínica
 Nombre del alumno: Geany Camero Dablin Semestre: Hybrido
 Nombre del paciente: Martha Ponce Edad: 38 Ocupación: Amo de Casa
 Dirección: Av. República Teléfono: 0916031184

Antecedentes Personales

1. ENFERMEDADES CARDIACAS
 Presión Arterial: Hipertensión Hipotensión Normal

2. PROBLEMAS SANGUÍNEOS
 Tendencia a Sangrar: SI NO

3. ALERGIAS
 Coagulación:

4. Otras Enfermedades:

Medicación:

SINTOMATOLOGÍA ORAL
 Halitosis (olor metálico, etc.):
 Hipersensibilidad Frío Calor Dureza Acido Duro
 Gingivitis:
 Otras alteraciones:

MOTIVO DE LA CONSULTA: Proteger los dientes

ODONTOGRAMA

MODELO SUPERIOR MODELO INFERIOR

ME: Maxilar Superior ausencia de piezas
 Mx: Maxilar inferior, puente gemelos en buccales
 Rx: Maxilar superior pieza #11 ligamento parodontal en buena zona sin patología, con buena soporte óseo

DIAGNÓSTICO: Diente con tratamiento de conducto, observo de pieza prefabricada y cascos de metal para la

FECHA	PIEZA DENTAL	TRATAMIENTO	CONTROL
24.09.2015	#11	Preparación y protección	[Signature]
25.09.2015	#11	Construcción del puente	[Signature]
4/01/15	#11	Revisión	[Signature]
4/2/15	#11	Revisión	[Signature]
11/03/2015	#11	Apoyo de impresión y laminado	[Signature]
5/04/2015	#11	Protección de metal y protección	[Signature]
03/10/2015	#11	Protección de broca y alambres	[Signature]

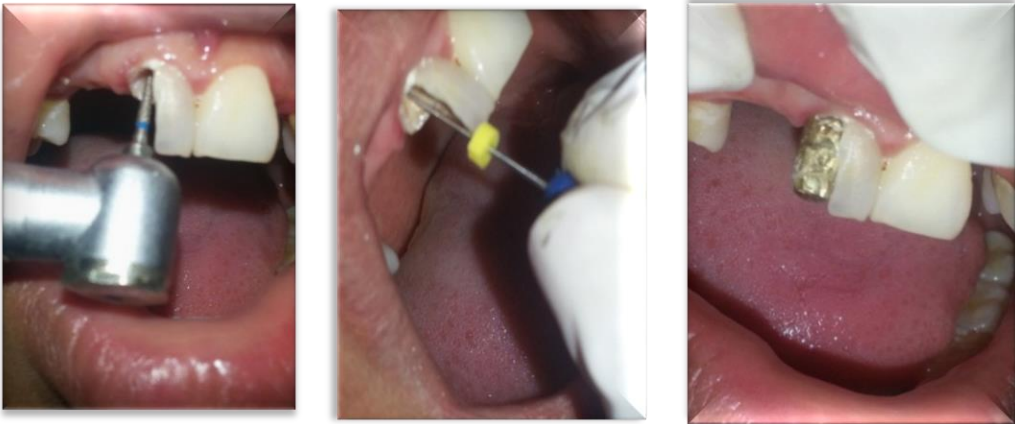
FECHA DE ENTREGA: 3/10/2015 FIRMA DEL PROFESOR: [Signature] CALIFICACIÓN: [Signature]

Dr. Michael Sarmiento B.
CARRERA DE ODONTOLÓGICA
UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIJO

Figuras No. 32. Instrumentación para la preparación.



Figuras No. 33. Pernos intrapulpares.



Figuras No. 34. Preparación inicial.



Figuras No. 35. Restauración provisional.



Figuras No. 36. Hilo retractor.



Figuras No. 37. Material de impresión.



Figuras No. 38. Evaluación del metal.




Figuras No. 39. Evaluación del biscocho.



Figuras No. 40. Cementado de la prótesis final




Anexo No. 8. Protocolo de prótesis parcial removible


Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
 PRÓTESIS PARCIAL DE ACRILICO

Nombre del alumno: Carolina Carroza Buellón N° de historia clínica: 70019
 Curso: Titulación Paralelo: _____

FICHA CLÍNICA
 Nombre del paciente: Martha Susana Ponce Pinoche Edad: 28
 Dirección: Los Angeles de Colón (Calle San Francisco) Teléfono: 0996038129
 N° de piezas superiores: 7 N° de piezas inferiores: 0

ODONTOGRAMA


PASOS	FIRMA	FECHA	NOTA
Preparación de la boca	<i>[Signature]</i>	11/10/15	
Impresión Anatómica	<i>[Signature]</i>	16/10/15	
Toma de relación céntrica	<i>[Signature]</i>	21/10/15	
Prueba de la prótesis en cera	<i>[Signature]</i>		
Entrega de la prótesis	<i>[Signature]</i>		

Observaciones: _____
 Nombre del Docente: Mra. Jorja Guaca Firma: _____

Figuras No. 41. Toma de impresión del maxilar.



Figuras No. 42. Toma de impresión mandibular.



Figuras No. 43. Registro de mordida.





Figuras No. 44. Instalación de la prótesis en boca.



Figuras No. 45. Instrucciones para el paciente después de la entrega.



Anexo No. 9. Recursos económicos

No.	MATERIAL	CANTIDAD	PRECIO
1	Campos operatorios	50	5.00
2	Plástico para embalar	1	3.50
3	Caja de guantes	1	8.50
4	Caja de mascarillas	1	6.50
5	Anestésicos	20	10.00
6	Agujas cortas y largas	25	3.75
7	Suero fisiológico	1	3.00
8	Hipoclorito de sodio	1	3.50
9	Torundas de algodón	1	8.60
10	Paquete de gasas	2	4.00
11	Cepillos profilácticos	2	0.6
12	Pasta profiláctica	1	3.50
13	Flúor	1	4.50
14	Cubetas para flúor	2	0.50
15	Dique de goma	20	7.00
16	Limas para endodoncia	1	7.50
17	Espaciadores	1	8.00
18	Sealapex	1	27.00
19	Conos de papel	1	11.50
20	Conos de gutapercha	1	11.50
21	Acido grabador	1	3.50
22	Bondi	1	4.50

23	Resinas de diferentes tonos	2	45.00
24	Aplicadores	10	1.00
25	Ionómero	1	35.00
26	Bandas y lijas	10	5.00
27	Yeso	3	4.00
28	Materiales de impresión (Alginato)	1	8.50
29	Radiografías	15	6.00
30	Gorros	30	3.00
31	Hojas de bisturí #15.	1	0.25
32	Sutura Vycril 3-0.	1	6.00
33	Bata descartables	2	0.80
34	Botas descartables	4	0.80
35	Resma de papel	1	4.50
36	Esferos	1	0.50
37	Lápiz bicolor	1	0.50
38	Mecánico dental	1	70.00
TOTAL			336.00

Anexo No. 10. Cronograma

S e m a n a	Fecha	Número de Horas			
		Tutorías Metodoló gicas	Praxis Profesio nal	Tutoría Personali zada	Actividades
1	16-17 Abril 2015	5			Talleres presenciales
2	20-24 Abril 2015	10			Talleres presenciales
3	27-30 Abril 2015	10			Talleres presenciales
4	4-8 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
5	11-15 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
6	18-22 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
7	25-29 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
8	1-5 Junio 2015	10			Talleres presenciales
9	8-12 Junio 2015	10			Talleres presenciales
10	15-19 Junio 2015	10			Talleres presenciales
11	22-26 Junio 2015	10			Talleres presenciales
12	29 Junio-3 Julio 2015	10			Talleres presenciales
13	6-10 Julio 2015	5	5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas

					integrales
14	13-17 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
15	20-24 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
16	27-31 julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
17	3-7 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
18	10-14 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
19	17-21 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
20	24-27 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales

21	31 agosto- 4 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
22	7-11 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
23	14-18 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
24	21-25 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
25	28 sept. -2 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
26	5-8 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
27	12-16 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
28	19-23 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en

					clínicas integrales
29	26-30 octubre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
30	9-13 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
31	16-20 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
32	23-27 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
TOTAL DE HORAS		120	80	200	

Anexo No. 11. Profilaxis

Figuras No. 46. Antes.

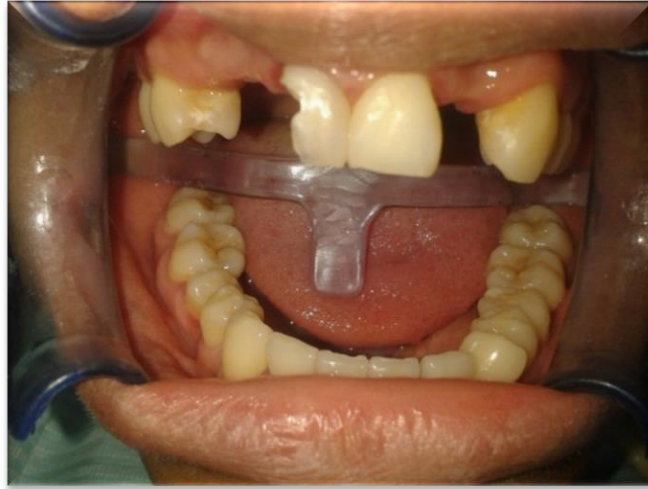


Figuras No. 47. Después.



Anexo No. 12. Operatoria.

Figuras No. 48. Antes.



Figuras No. 49. Después.



Anexo No. 13. Cirugía.

Figuras No. 50. Antes.



Figuras No. 51. Después.

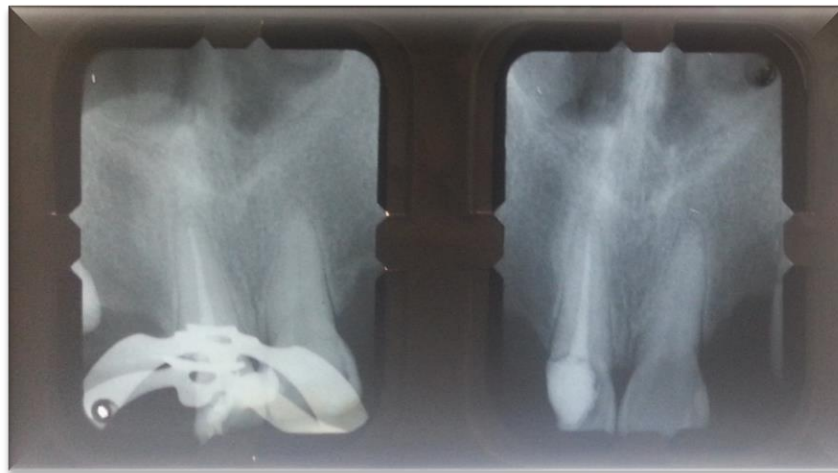


Anexo No. 14. Endodoncia.

Figuras No. 52. Antes.



Figuras No. 53. Después.



Anexo No. 15. Prótesis fija.

Figuras No. 54. Antes.



Figuras No. 55. Después.



Anexo No. 16. Prótesis parcial removible.

Figuras No. 56. Antes.



Figuras No. 57. Después.



Anexo No. 17. Resultado final.

Figuras No. 58. Antes.



Figuras No. 59. Después.



BIBLIOGRAFÍA.

Barrancos, M. J. (2011). *Operatoria denta: Integración clínica* (cuarta ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Bassi, F., Schierano, G., & Previgliano, V. (2011). *Rehabilitación Prótesica- prótesis parcial removible*. Torino, República Italiana: Amolca.

Bergenholtz, G. Horsted-Bindslev, P y Claes R. (2011). *Edodoncia* (Segunda ed.). Mexico, Estados Unidos de Mexico: El Manual Moderno.

Canalda Shli, C., & Brau Aguadé, E. (2014). *Endodoncia técnicas clínicas y bases científicas* (tercera ed.). Barcelona, España, Reino de España: Elsevier.

Chiapasco, M. (2010). *Prácticas y técnicas en cirugía oral* (Segunda ed.). Milano, República Italiana: Amolca.

Cuenca Sala, E., & Baca García, P. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones* (Cuarta ed.). Barcelona, Reino de España: Elsevier.

Eley, B. M., Sorry, M., & Manson, J. D. (2010.). *Periodoncia* (Sexta ed.). Barcelona, Reino de España: Elsevier Churchill Livingstone.

García Barbero, J. (2014). *Patología y terapéutica dental: Operatoria dental y endodoncia* (ed 2 ed.). Barcelona, Reino de España: Elsevier.

Gay Escoda, C., & Berini Aytés, L. (2011). *Tratado de cirugía Bucal*. Madrid, Reino de España: Ergon.

Loza Fernández, D., & Valverde Montalva, R. (2012). *Prótesis parcial removible - Procedimientos clínicos y de laboratorios*. Lima, República de Perú: Savia.

Milleding, P. (2013). *Preparación Para Prótesis Fija*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca

Molin, M., & Gunne, J. (2014). *Prótesis removible*. Caracas.: Amolca.

Nageswar Rao, R. (2011). *Endodoncia Avanzada*. India, República de India: Amolca.

Newman, M., Takei, H., Klokkevoold, P., & F, C. (2010). *Carranza Periodontología clínica* (Decima ed.). Mexico, Estados Unidos: Elsevier.

Newman, T. K. (2014). *Periodontología clínica de Carranza* (onceava ed.). New York, Estados Unidos de Norteamérica: Elsevier.

Nocchi, E. (2008). *Odontología restauradora: Salud y Estética* (Segunda ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Palma Cárdenas, A. y Sánchez Aguilera, F. (2013). *Técnica de ayuda odontológica*. (Segunda ed.). Madrid, Reino de España: Ediciones Paraninfo, SA.

Preti, G. (2008). *Rehabilitación protésica*. Bogotá, República de Colombia: Amolca.

Ricketts, D., Bartlett, D. (2013). *Odontología Operatoria Avanzada Un Abordaje Clínico*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Rosentiel, S; Land, M y Fujimoto, J. (2008). *Prótesis fija contemporánea* (4 ed.). Reino de España: Elseiver.

Solé Besoaín, F., & Muños Thomson, F. (2012). *Cirugía bucal para pregrado y el odontólogo general*. Santiago, República de Chile: Amolca.

Tripathi, K. D. (2008). *Farmacología en Odontología - fundamentos* (Primera ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Torabinejad, M., & Walton, R. (2010). *Endodoncia – principios y práctica*. Barcelona, Reino de España: Elsevier.

Zuolo, M. L., & Kherlakian, D. &. (2012). *Reintervención en endodoncia*. São Pablo, República Federativa del Brasil: Santos.