



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE SISTEMATIZACIÓN PRÁCTICA

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

ODONTÓLOGA.

Tema

Rehabilitación oral integral en una paciente con alto índice de riesgo cariogénico.

Período septiembre 2018- febrero 2019.

Autora

Nicole Madeleyne Briones Loor

Tutora

Dra. Patricia Bravo Mg. Ge.

Portoviejo- Manabí- Ecuador

2019

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Patricia Bravo certifica que el trabajo de sistematización práctica titulado: Rehabilitación oral integral en una paciente con alto índice de riesgo cariogénico. Período septiembre 2018- febrero 2019. Este trabajo es original de la estudiante Nicole Madeleyne Briones Loor, la misma que ha sido realizada bajo mi tutoría.

Dra. Patricia Bravo Mg. Ge.
Tutora de Sistematización Práctica

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Tema:

Rehabilitación oral integral en una paciente con alto índice de riesgo cariogénico, período septiembre 2018- febrero 2019. Trabajo de sistematización práctica sometido al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.
Coordinadora de la Carrera

Dra. Patricia Bravo Mg.Ge.
Tutora de Sistematización Práctica

Od. Ayda Mendoza. Esp. Endodoncia
Miembro del tribunal

Od. Marco Mendieta. Esp. Periodoncia
Miembro del tribunal

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

La responsabilidad y resultados del presente trabajo de sistematización práctica titulado: Rehabilitación oral integral en una paciente con alto índice de riesgo cariogénico, período septiembre 2018- febrero 2019, corresponde exclusivamente a la autora. Además, cedo mis derechos de autoría del presente trabajo de sistematización práctica a la Universidad San Gregorio de Portoviejo para fines académicos.

Nicole Madeleyne Briones Loor
Autora

AGRADECIMIENTO

Un día no muy lejano me fije una meta, y hoy me encuentro ante una puerta que se abrirá para darme un título que me servirá de mucho en el futuro, por este motivo dejo constancia de gratitud:

A Dios: Que ha sido mi fortaleza en cada momento de mi vida, siempre mi eterno agradecimiento a él por darme la fuerza que he necesitado para culminar una meta más en mi vida.

A mis Padres: Dicen que la mejor herencia que ellos nos pueden dejar, son los estudios; sin embargo, no creo que sea el único legado del cual yo me siento muy agradecida, mis padres me han permitido trazar mi camino y caminar con mis propios pies, ellos son mis pilares de la vida, mi amor y mi eterna gratitud, por su fe, su entrega, su generosidad y su incansable ayuda en todo momento, gracias a ellos he llegado a culminar un peldaño más de mi vida.

A mis hermanos, mis abuelos, mi familia, mis amigos que de una u otra manera me brindaron su colaboración y se involucraron en este sueño.

A mis amigas: La amistad duplica las alegrías y divide las angustias por la mitad, gracias por estar siempre ahí conmigo en todo momento, Katherin García Karolina García, Josselyn Ibarra, Kimberly Cevallos, Gabriela Cusme, Shessnarda Romero, Ericka Mendoza.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo y a la Facultad de Odontología, que me brindó la oportunidad de enriquecer mi personalidad, tanto en el nivel intelectual como en el profesional.

Mi profundo agradecimiento a la Dra. Patricia Bravo, tutora de mi trabajo de sistematización práctica, quien, con su esfuerzo y entrega que la caracteriza supo orientarme en mi trabajo hasta llegar a la feliz culminación del mismo.

Mi eterno agradecimiento a todos.

Nicole Madeleyne

DEDICATORIA

A Dios.

Por ser siempre mi guía principal permitiéndome culminar con mi objetivo.

A mis Padres Mario y Mercedes.

El amor, el esfuerzo y la dedicación que invierten los padres a sus hijos se ven reflejado en las metas alcanzadas. Todo este esfuerzo está dedicado a ustedes que, con su apoyo incondicional, amor y confianza permitieron que logre culminar mi carrera profesional.

Mis hermanos Alejandro y Alison, mi cuñada Erika y mi sobrino Gael.

Ser su ejemplo, modelo de lucha y perseverancia, para que alcancen siempre lo que se propongan en sus vidas.

Jonathan.

En el camino encuentras personas que iluminan tu vida, que, con su amor, paciencia, apoyo, y consejos te ayudan a alcanzar de mejor manera tus metas.

Nicole Madeleyne

RESUMEN

El presente trabajo de sistematización práctica se enfoca en la Rehabilitación Oral integral en una paciente con alto índice de riesgo cariogénico, período septiembre 2018- febrero 2019, el cual se realizó en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Previo al llenado del formulario 033 del Ministerio de Salud Pública (MSP), sumado a los exámenes complementarios, se logró evaluar el estado bucal de la paciente, pudiendo así diseñar y ejecutar un tratamiento adecuado, según el caso requerido.

La ficha 033 reveló presencia de placa bacteriana y cálculo supragingival en los dientes inferiores en la zona anterior, donde se tuvo que realizar detartraje, para luego proceder al cepillado y fluorización, así mismo se registró como extracciones indicadas a piezas dentarias con destrucción coronal, las cuales fueron sometidas a tratamiento quirúrgico. Se realizaron las endodoncias, las cuales fueron planificadas con fines protésicos sin ninguna complicación dichas piezas dentales fueron restauradas con resina para luego colocar un puente fijo y unas coronas de metal porcelana con attaches.

La Rehabilitación Oral integral logró mejorar la calidad de vida de la paciente, restableciendo sus funciones masticatorias, fonéticas y estética, además de mejorar su autoestima y devolverle la seguridad en ella misma.

Palabras claves: Rehabilitación oral; prótesis mixtas; attaches; retenedor extracoronario; retenedor intracoronario.

ABSTRACT

The present work of practical systematization focuses on comprehensive oral rehabilitation in a patient with a high rate of cariogenic risk, during the term September 2018-February 2019, which was carried out in the dental clinics of *San Gregorio of Portoviejo University*.

Prior to filling out the form #033 of the Ministry of Public Health (MSP), in addition to the complementary examinations, it was possible to evaluate the oral status of the patient, thus being able to design and execute an adequate treatment, according to the required case.

The card 033 revealed presence of bacterial plaque and supragingival calculus in the lower teeth in the anterior area, where scaling had to be performed, followed by brushing and fluoridation. Extractions to teeth with coronal destruction were recorded, which were subjected to surgical treatment. The endodontics was performed, which was planned for prosthetic purposes without any complications. These dental pieces were restored with resin and then placed a fixed bridge and some porcelain metal crowns with attaches.

Comprehensive Oral Rehabilitation managed to improve the quality of life of the patient, restoring its chewing, phonetic and aesthetic functions, as well as improving her self-esteem and restoring her self-confidence.

Keywords: Oral rehabilitation; mixed prostheses; attaches; extracoronary retainer; intracoronary retainer.

ÍNDICE

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.....	4
1.5. OBJETIVOS	6
1.6. OBJETIVO GENERAL	6
1.7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPÍTULO II	7
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL	7
2.1. Historia de la enfermedad o problema actual	7
2.1.1. Antecedentes patológicos personales y familiares:	7
2.1.2. Examen clínico	7
2.1.2.1. Examen físico general	7
2.1.2.2. Examen físico extraoral.....	7
2.1.2.3. Examen físico intraoral	8
2.1.3. Odontograma	8
2.1.4. Exámenes complementarios indicados	8
2.1.5. Diagnóstico radiográfico.....	8
2.1.6. Diagnóstico presuntivo	9
2.1.7. Diagnóstico diferencial	9
2.1.8. Diagnóstico definitivo.....	9
2.1.9. Plan de tratamiento	9

2.1.9.1.	Fase periodontal	9
2.1.9.2.	Fase quirúrgica	9
2.1.9.3.	Fase rehabilitadora	9
2.1.9.4.	Fase protésica	10
2.2.	PERIODONCIA	10
2.3.	CIRUGÍA	14
2.4.	ENDODONCIA	20
2.5.	OPERATORIA	26
2.6.	PROTESIS FIJA.....	28
2.7.	PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	31
CAPÍTULO III		40
3.	MARCO METODOLÓGICO	40
3.1.	Modalidad de trabajo	40
3.2.	MÉTODOS.....	40
3.3.	ÉTICA	41
3.4.	PROTOCOLOS DE TRATAMIENTOS	41
3.4.1.	Protocolo de Periodoncia Anexo N° 7.....	41
3.4.2.	Protocolo de Cirugía Anexo N° 8.....	41
3.4.3.	Protocolo de Endodoncia Anexo N° 9.....	42
3.4.4.	Protocolo de Operatoria Dental Anexo N° 10.	42
3.4.5.	Protocolo de Prótesis Fija Anexo N° 11.	43
3.4.6.	Protocolo de Prótesis a Placa Anexo N°12.....	43
3.5.	Marco administrativo.....	44
3.5.1.	Recursos Humanos	44
3.6.	Recursos materiales	44
3.6.1.	Materiales de Periodoncia.....	44

3.6.2.	Materiales de Cirugía.....	45
3.6.3.	Materiales de Endodoncia.....	45
3.6.4.	Materiales de Prótesis fija.....	45
3.6.5.	Instrumentales.....	46
3.6.6.	Materiales de oficina.....	46
3.6.7.	Recursos tecnológicos.....	46
3.7.	Presupuesto.....	46
3.7.1.	Tabla de presupuesto	46
3.8.	Cronograma	46
CAPÍTULO IV	47
4. RESULTADOS	47
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXO	54

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de titulación se refiere a la rehabilitación oral e integral de una paciente con enfermedad sistémica, alto índice de riesgo cariogénico y fracturas de piezas dentales. Teniendo como finalidad rehabilitar integralmente la cavidad bucal de la paciente.

Uno de los objetivos fue dar solución al problema encontrado, con el fin de devolver la tranquilidad y confianza a la paciente, obteniendo óptimos resultados, mejorando su calidad de vida y su estética.

Durante la rehabilitación de la paciente se puso en práctica los conocimientos logrados sobre el proceso de diagnóstico y plan de tratamiento que son los factores fundamentales que determinaron el éxito del tratamiento.

Se aplicó varios protocolos y procedimientos con diferentes instrumentos y métodos para cada especialidad entre ellas: Periodoncia, Cirugía Bucal, Endodoncia, Prótesis Fija y Prótesis Removible.

La autora divide el presente trabajo de sistematización de Praxis, en cuatro capítulos. El primero aborda el planteamiento del problema, delimitación, justificación y objetivos, el segundo desarrolla el marco teórico basado en los diferentes protocolos enunciados por autores reconocidos en el mundo de la odontología moderna, el tercero presenta la metodología empleada para lograr el trabajo de praxis y el último enuncia los resultados alcanzados cuya beneficiaria directa fue la paciente, e indirectos los familiares.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. TEMA

Rehabilitación oral integral en una paciente con alto índice de riesgo cariogénico.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en el mundo la caries ha provocado la pérdida temprana de las piezas dentales, la falta de promoción y prevención ha inducido a una gran morbilidad, sobre todo en las poblaciones con bajos recursos económicos.

La Organización Mundial de la Salud hace énfasis en sus estadísticas, donde se refleja que entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia (OMS, 2012).

Como aporta la Federación Dental Internacional (2015), “la caries dental es una enfermedad multifactorial, causada por la interacción entre la superficie del diente, el biofilm bacteriano (placa dental) y la presencia de azúcares en la dieta” (p.19).

La Federación Dental Internacional destaca que en Latinoamérica la presencia de caries no tratada a tiempo afecta a los dientes permanentes el 40% de los niños, jóvenes y adultos presentan esta patología (FDI, 2015).

Como refiere Mayor et al. (2014) en la revista médica electrónica menciona que “la caries dental es multifactorial, constituye actualmente en Latinoamérica la enfermedad crónica más frecuente en el ser humano, pues del 90 al 95 % de la población sufre esta patología” (p.341).

La caries es una de las enfermedades más comunes que afectan a los dientes, actúa desmineralizando el esmalte y la dentina, este proceso de desmineralización es causado por diversos factores, uno de los principales causantes de esta enfermedad es el

Streptococcus mutans y la ingesta descontrolada de carbohidratos refinados (Ministerio de Salud Pública, 2015).

De acuerdo a los autores Ojeda, Oviedo y Salas (2013) en la revista de CES odontología mencionan que:

Streptococcus mutans es uno de los microorganismos cariogénicos asociados a la caries dental. De acuerdo con la hipótesis de la placa ecológica, la caries dental es la consecuencia de cambios en el balance natural de la microflora de la placa dental causados por la alteración de las condiciones ambientales locales. (p. 44)

En la provincia de Manabí cantón Portoviejo en las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, diariamente asisten pacientes a la consulta odontológica presentando diferentes molestias, en este caso se rehabilitó una paciente con múltiples fracturas en piezas dentales causadas por caries.

1.3. DELIMITACIÓN

Campo: Salud

Área: Odontología

Aspecto: Salud oral

Delimitación espacial: Clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, ubicada en la Provincia de Manabí del Cantón Portoviejo de la República del Ecuador.

Delimitación temporal: Periodo septiembre 2018 -febrero 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es importante debido a la necesidad que tiene la población de recibir atención odontológica de calidad, la mayor problemática se refleja en las comunidades rurales de nuestro país, percibiéndose escasos recursos económicos y dificultad para acceder a un servicio de salud.

Como afirma los “Derechos del Buen Vivir” del Modelo de Atención Integral de Salud (2013) en el Cap. II Sección 7 Art. 32, nos argumenta que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (p. 45)

Partiendo del bienestar de la población se justifica, la importancia de la rehabilitación bucal, ya que se ha evidenciado la relación que existe entre la salud bucal con la salud integral del individuo.

La universidad San Gregorio de Portoviejo en razón de la necesidad que presenta la comunidad en general de recibir tratamientos odontológicos de calidad, aprueba realizar propuestas de rehabilitación bucal, permitiendo la solución de los diferentes problemas que presentan los pacientes, y así contribuir con la sociedad.

Asimismo, a la autora le llamó la atención la paciente lo que le permitió desarrollar el presente plan de tratamiento integral para reforzar conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas durante toda la formación profesional y ofertar en un futuro próximo, servicios de calidad.

La sistematización de prácticas en adultos con alto índice cariogénico, tiene mucha importancia tanto en la educación de la salud bucal, como en la prevención y el control de la caries dental; donde el principal beneficiario es la paciente diagnosticada, ya que fue rehabilitada completamente en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

La factibilidad para cumplir el presente trabajo, se dio por la tutoría de especialistas en cada rama de la Odontología, lo que permitió la rehabilitación oral e integral de la paciente

Este trabajo ha logrado una integración de conocimientos, habilidades y actitudes preparando al futuro profesional para que se desempeñe en su práctica diaria con los conocimientos y habilidades suficientes que le certifique aplicarlos tanto en la parte clínica y realizar diagnósticos entre lo normal y patológico de forma acertada.

1.5.OBJETIVOS

1.6. OBJETIVO GENERAL

- Rehabilitar integralmente a una paciente con alto índice de riesgo cariogénico.

1.7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la masticación a través de la rehabilitación integral con prótesis fija, removibles convencionales y mixtas con ataches.
- Devolver la estética perdida de la paciente debido a la ausencia de piezas dentales y restos radiculares presente en la cavidad bucal.
- Motivar a la paciente mediante charlas de higiene bucal y dieta cariogénica.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL

2.1. Historia de la enfermedad o problema actual

Paciente de 66 años de edad de sexo femenino, raza mestiza; acude a la consulta odontológica presentando molestias en el sector anterior y posterior por la fractura de las piezas dentales #15, 21, 24, manifestando inconformidad por su apariencia. Clínicamente se evidencia un puente anterior de las piezas dentales #13, 12, 11 con fractura en la porcelana por la cara mesial de la pieza dental #11, y también la presencia de caries en las piezas dentales #33 y #32 por las caras mesio-vestibular.

2.1.1. Antecedentes patológicos personales y familiares:

Antecedentes patológicos personales

Hipertensión

Antecedentes patológicos familiares

No refiere antecedentes patológicos.

2.1.2. Examen clínico

2.1.2.1. Examen físico general

Paciente normocefalico, presenta piel y mucosas con hidratación y coloración normal, de acuerdo a edad, sexo y etnia, sin lesiones visibles, con tensión arterial 120/70 mm Hg, temperatura 37°C, frecuencia cardiaca 60 latidos por minuto, y 17 respiraciones por minuto.

2.1.2.2. Examen físico extraoral

Paciente dolicoprosópico, perfil convexo, cabello, cejas y orejas bien implantadas. Ojos simétricos con una musculatura facial normo desarrollada, color de la piel normal sin presencia de alteraciones dudosas aparentes.

Labios finos, textura blanda, consistencia normal, color rosado pálido, con movilidad normal, sin presencia de lesiones.

Palpación: Ganglios normales.

Auscultación: Articulación temporomandibular alterada, presencia de chasquidos bicondilar a la apertura y cierre de la boca, sin sintomatología de dolor.

2.1.2.3. Examen físico intraoral

Paciente edéntulo parcial, con tejidos normales, la encía normal, color rosa pálido, en el maxilar superior e inferior clínicamente no se observa alteraciones, en las partes duras de la cavidad bucal como la encía y paladar duro no se encuentran fistulas o úlceras.

Lengua de consistencia blanda, movimientos libres, de color rosado. En su cara dorsal no se encuentra inflamación, úlceras o variación del tamaño y textura.

La cara ventral de la lengua se observa normal, el frenillo lingual que llega hasta el piso de la boca, con apariencia sana color de mucosa rosada, lisa, brillante.

Glándulas salivales sin aumento de volumen.

2.1.3. Odontograma

- Fractura dentaria de las piezas dentales #15, 21, 24, las cuales han sido tratadas endodóticamente.
- Restauración en la cara oclusal, mesial y distal con filtración de la pieza dental #16.
- Caries por la cara disto-oclusal de la pieza dental #14.
- Caries por las caras mesio-vestibular de las piezas dentales #32, 33.
- Ausencia de las piezas dentales #18, 17, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 46, 47, 48.

2.1.4. Exámenes complementarios indicados

- Radiografía Panorámica.
- Radiografías periapicales.
- Hemograma completo con tiempo de protombina (TP) y tiempo de tromboplastina parcial (TPT).

2.1.5. Diagnóstico radiográfico

Maxilar

- Fracturas de las piezas dentales #15, 21, 24.
- Seno maxilar con anatomía normal.

- No se observan zonas anormales, ni radiolúcidas.
- Hueso normal.
- ATM con anatomía normal.

Mandibular

- Pérdida de la cresta alveolar en los dientes remanentes piezas dentales #35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44,45.
- Disminución del reborde alveolar en la zona posterior de la mandíbula.

2.1.6. Diagnóstico presuntivo

- Caries dental.
- Fractura coronal.

2.1.7. Diagnóstico diferencial

- Caries dental.
- Restos radiculares.

2.1.8. Diagnóstico definitivo

- Caries dental.
- Edentulismo parcial.

2.1.9. Plan de tratamiento

2.1.9.1. Fase periodontal

- Detartraje, profilaxis y fluorización.

2.1.9.2. Fase quirúrgica

- Extracción de restos radiculares # 15, 21, 24
- Extracción de las piezas dentales por caries extensa # 16,14.

2.1.9.3. Fase rehabilitadora

- Restauraciones en las piezas dentales #32, 33.
- Tratamientos de conducto (Biopulpectomía) en las piezas dentales #23, 45.

2.1.9.4. Fase protésica

- Puente fijo metal porcelana piezas dentales # 13, 12, 11, 21, 22,23.
- Coronas metal porcelana con ataches en las piezas dentales # 35,45.
- Confección de prótesis deacrílico parcial removible superior.
- Confección de prótesis parcial removible de cromo cobalto inferior con ataches.

2.2. PERIODONCIA

La periodoncia es una especialidad de la odontología que se encarga de diagnosticar y tratar las diferentes patologías que se presentan en los tejidos periodontales, la terapia periodontal da solución a los problemas causados en el periodonto, eliminando los principales agentes causales como la placa bacteriana, acompañado de un control mecánico, químico y farmacológico se logra disminuir la inflamación de los tejidos gingivales (Ferro y Gómez, 2007).

Tejidos sanos

Encía

Es una fibromucosa que rodea al diente y cubre el hueso alveolar, está formada por tejido conectivo denso y protege a los tejidos de soporte (Eley, Soory y Manson 2012). La encía es de color rosa pálida, firme, presenta un punteado y una textura como la cascara de una naranja, es de márgenes finos y con una forma festoneada que se ajusta al contorno de los dientes (Rossi y Cuniberti, 2004).

Hueso Alveolar

Según Eley, Soory y Manson (2012) el hueso alveolar: “Es un tejido conjuntivo mineralizado, tiene su origen embriológico en la condensación inicial del ectomesénquima alrededor del germen del diente inicial” (p.10). Del mismo modo expresa que una de sus funciones más importantes es sostener y proteger los dientes.

Ligamento Periodontal

Es el que se encarga de resistir las fuerzas de desplazamiento así mismo de proteger a los tejidos dentales de las cargas oclusales excesivas además de mantener al diente en una

posición funcional durante el proceso de erupción dental (Perry, Beemsterboer y Essex, 2014).

Cemento Radicular

Así mismo, el autor anteriormente mencionado refiere que el cemento radicular “puede considerarse como un hueso de anclaje y es el único tejido dental específico del periodonto” (p. 5). El cemento radicular, es de color amarillo pálido y más blando que la dentina, este puede ser contiguo o superponer al esmalte, también puede estar separado del esmalte por una fina banda de dentina expuesta (Eley, Soory y Manson, 2012).

Placa dental

La biopelícula o placa dental es una fina capa blanco amarillento de textura blanda que se adhiere a las superficies del diente, la lengua y las encías, causando inflamación. Esta es producida por la acumulación de alimentos, bacterias y gérmenes. La placa dental se forma continuamente en nuestra boca, después de las comidas (Palma y Sánchez ,2014).

Cálculo dental

La biopelícula calcificada que se deposita sobre las superficies dentarias, que antes era blanda, ahora se ha petrificado con el pasar del tiempo y por la deficiente higiene y el alto consumo de carbohidratos (Gómez, 2014), además describe que la pigmentación que el cálculo supragingival adquiere con el tiempo su color puede ir variando entre un blanquecino y café oscuro de acuerdo con los pigmentos que se consuman en la alimentación.

Recesión gingival

De acuerdo a Sánchez, Pérez y Villaescusa (2014) la recesión gingival es “la exposición de la superficie radicular por la migración apical de la encía. Se mide con la sonda periodontal, en milímetros, desde la línea amelocementaria hasta el margen gingival. Se evalúan no solo por vestibular, sino también por palatino y/o lingual” (p. 2).

Posición real y aparente de la encía

Empleando las palabras de Ríos (2014) menciona que “la posición real está representada por el nivel de inserción de la adherencia epitelial en el diente, mientras que la posición aparente está representada por el nivel del borde del margen gingival” (p.2).

Factores etiológicos

En la etiología de la recesión gingival se involucran diferentes factores como son la edad, técnica de cepillado defectuosa, mala higiene bucal, malposición dentaria, fricción de los tejidos blandos, inflamación gingival, traumatismos oclusales, inserción alta del frenillo, tabaco, enfermedades sistémicas, economía (Sánchez, Saura y Moya, 2014).

Características radiográficas

Uno de los métodos de diagnósticos utilizados en los problemas periodontales son las radiografías periapicales, ya que estas nos ayudan clínicamente a verificar la pérdida de los tejidos duros (Ríos 2014). Este mismo autor señala que en las radiografías “se observa pérdida ósea vertical, que es el mayor factor de riesgo de la pérdida de inserción en paciente no tratados” (p. 2).

Clasificación

La recesión gingival puede ser “localizada o generalizada y estar asociada con una o más superficies” según (García y Bujaldón, 2015 p. 1).

De igual forma este mismo autor sugiere la siguiente clasificación:

La clasificación de Miller es probablemente la más usada de forma común para describir la recesión gingival; según la cual se establecen las siguientes clases:

Clase I: Recesión de los tejidos marginales que no alcanza la línea mucogingival.

Clase II: Recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival sin pérdida de inserción periodontal (hueso o tejidos blandos) en el área interdental.

Clase III: Recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival con pérdida de la inserción periodontal en el área interdental o mala posición dentaria.

Clase IV: Recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival con pérdida severa de hueso o tejido blando en el área interdental y/o severa malposición dental. (p. 2)

Recesión gingival generalizada

La recesión es generalizada cuando está presente en todas las piezas dentales, siendo está considerada una derivación patológica, o una consecuencia de trauma directo repetido a la encía, también se la relaciona con el envejecimiento de las personas (Ríos, 2014).

Sondaje

El sondaje periodontal nos ayuda a evaluar los tejidos periodontales y a detectar las bolsas periodontales si existen. También podemos medir la distancia entre el margen gingival a la base del surco periodontal y diagnosticar el grado de afectación y destrucción del tejido periodontal (Mandel, 2015). Para realizar el sondaje debe introducirse gradualmente la sonda periodontal en el surco o bolsa, hasta observar que el tejido marginal se torne suavemente isquémico, así mismo Ferro (2014) menciona que “para determinar la profundidad de la bolsa, se toma como referencia el fondo del surco y margen gingival” (p.45).

Detartraje

Dicho con palabras de Carranza (2014) el detartraje es “la instrumentación de la corona y de la superficie radicular del diente cuyo objetivo es la remoción de la placa bacteriana, el tártaro y las manchas depositadas sobre estas estructuras” (p. 34).

Control químico de placa

Enjuagatorios de clorhexidina

De acuerdo con Rossi y Cunibertia (2004), en su atlas de periodoncia, concluye que: “La clorhexidina, su substantividad es de 12 horas a una concentración de 0.12%. Por esta razón es considerado un efectivo agente antibacteriano, bactericida en altas concentraciones y bacteriostático en bajas concentraciones a medida que gradualmente se diluye en la saliva” (p. 67).

Una de las propiedades más importantes de la clorhexidina es su elevada substantividad, esto es la asociación prolongada entre un material y un sustrato, más prolongada aún de lo que se esperaría con una deposición mecánica simple (Eley, Soory y Manson, 2012).

Control mecánico de la placa

Una de las principales bases para evitar los problemas de la enfermedad periodontal es el control mecánico de la placa, controlando la acumulación de placa bacteriana en los dientes, se logra mejorar la enfermedad de la caries como la periodontal (Guzmán, 2016).

Desde el punto de vista conceptual Carranza (2014) manifiesta que:

El cepillado dental es la herramienta principal para la remoción de placa mecánico, pero para que esta tenga buenos resultados se debe realizar de manera correcta y con el cepillo adecuado, se debe reforzar con la limpieza interdental. Debemos utilizar esta técnica varias veces al día después de cada comida, para evitar la fuerte adhesión de la placa. (p. 40)

Índice de O'Leary

Es muy importante que el odontólogo utilice este método para valorar la placa dental en todas las superficies de los dientes, lo primero que se realizará es colocar una solución reveladora, el paciente se enjuaga la boca y se examina con la punta del explorador todas las superficies teñidas, luego se procederá a realizar una fórmula matemática la cual nos arrojará el resultado, el número obtenido se divide entre el total de superficies examinadas y se multiplica por 100, obteniendo así el porcentaje del índice (Calao y Barbosa, 2014).

Educación para la salud

De acuerdo con Gómez, (2015) “la educación para la salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud” (p.3).

2.3. CIRUGÍA

Avulsión dentaria

Argumentado lo que nos señala Gonzales (2016) la avulsión dentaria es la completa salida del diente de su alveolo, el autor expone las siguientes indicaciones y contraindicaciones:

Indicaciones

- Patología pulpar.
- Patología periodontal.
- Patología ósea (tumores y quistes).

- Trauma.
- Interconsulta e indicación ortodóncica.
- Diente en mala posición.
- Dientes supernumerarios.
- Dientes impactados.
- Motivos protésicos.
- Estética.
- Profilaxis frente a radioterapia.
- Desfocación profiláctica por patología base.
- Razones económicas. (p. 2)

Contraindicaciones

- Infección aguda.
- Celulitis.
- Pericoronaritis aguda.
- Dientes incluidos en neoplasias.
- Gingivitis ulcero necrótica aguda.
- Estomatitis herpética.
- Enfermedades sistémicas no controladas.
- Alteraciones hematológicas.
- Trastornos de la coagulación. (p. 3)

Extracción por caries dental

Para la extracción de un diente cariado el paciente debe presentar patologías como necrosis pulpar, absceso periapical, osteítis, celulitis o sinusitis no solucionables con tratamientos endodóntico o tratamiento conservador posteriormente a esto se procede a la extracción dentaria (Sánchez, 2016).

Resto radicular

Los restos radiculares como su propio nombre lo indica son fragmentos de raíz dental, que continúan en la cavidad bucal sin ejercer ninguna función (Olate 2015), además los

restos radiculares presente en boca son un foco infeccioso por eso es de gran importancia realizar su extracción inmediatamente (Vallejo 2016).

Evaluación radiológica

En todo procedimiento quirúrgico bucal es indispensable el uso de radiografías periapicales y panorámica Monti (2017) menciona que:

La radiografía periapical es más precisa que las radiografías panorámicas a la hora de aportar información sobre un diente. Aunque con un campo visual mucho más reducido, permiten obtener información más precisa sobre patología, fracturas o fisuras dentarias, reabsorciones radiculares, anomalías dentarias etc. (p.2)

Toma y manejo de la presión arterial

En los hipertensos debe tomarse en cada cita, antes de iniciar cualquier procedimiento, para una toma actualizada de decisiones. “Los pacientes controlados (estadios 1 y 2) pueden recibir cualquier tratamiento dental” (Díaz, 2014, p. 3).

En el caso de “pacientes hipertensos controlados deben emplearse anestésicos locales con vasoconstrictor, en dosis terapéuticas y concentraciones adecuadas, no mayores a 1:100,000 para la epinefrina (xylocaína) y 1:20,000 para la levonordefrina (carbocaína), o bien felipresina (Cytanest) a 1:2,000,000” (Díaz, 2014, p.4).

Posición del paciente y operador maxilar superior

De acuerdo con Raspall 2006 en su libro manifiesta que:

La posición del paciente y del operador es un requisito previo para el éxito de la exodoncia. Tomando el fórceps con la mano derecha con firmeza y control, mientras que la mano izquierda tiene un papel importante de desplazar los tejidos blandos que rodean el diente a extraer, controla el hueso alveolar de vecindad y estabiliza la mandíbula. (p.71)

Del mismo modo este mismo autor nos menciona que “para extracción en el maxilar superior el paciente se ubica en el sillón alto a la altura de los hombros del operador, hiperextensión del cuello. El operador se posiciona a la derecha del paciente” (p. 72).

Protocolo de la avulsión dentaria

Anestesia

Anestesia infiltrativa

La anestesia se infiltra en el pliegue mucovestibular del diente por vestibular y a 2mm de la papila por palatino, en caso que sea necesario se colocará anestesia intraligamentosa (Sánchez, 2016).

Por ello Diaz (2014) señala que “en pacientes hipertensos controlados las amidas, como la lidocaína (xylocaína) y mepivacaína (carbocaína) son el grupo farmacológico más importante, debido a la rapidez con que se manifiestan sus propiedades y a los pocos casos de alergia que se han reportado” (p.5).

Sindesmotomía

Consiste en el despegamiento de los ligamentos que unen el diente a la encía, para evitar un desgarro al realizar la exodoncia. Se separa todo el surco gingival dentario con el sindesmotomo o el botador recto de hoja ancha (Palma y Aguilera, 2014).

Luxación

Según Sánchez (2016) para la luxación “se coloca el botador recto entre la pared alveolar y la parte más superior de la raíz evitando que la raíz se desplace a apical, de manera que se luxen las fibras periodontales” (p. 47).

Citando a Escoda (2015) establece que los movimientos adecuados de rotación aplicados con el botador se realizarán de la siguiente manera:

Se introducirá realizando pequeños movimientos de rotación hasta alcanzar el punto útil, momento en el cual la cara plana o cóncava de la hoja del botador entra en contacto con el diente [...] entre la pared del alvéolo y el lado más elevado de la raíz, excavando incluso la pared ósea para poder apalancar bien, evitando así el riesgo de aplicar presión sobre el fragmento dentario en sentido apical [...] éste actúa como cuña, y si realizamos esta acción alrededor de toda la circunferencia del diente a extraer, conseguiremos su luxación. (p.p 251-252)

Prehensión

Para la prehensión del diente la colocación del pico del fórceps va por debajo del borde gingival, en la posición más apical posible (Raspall , 2006). En los restos radiculares se hará primero la prensión en el cuello dentario, solo que ahora la corona dentaria es inexistente, los movimientos y acciones exodóncicas son iguales que cuando hay corona dentaria (Escoda, 2015), además describe que para la extracción de los incisivos superiores se utiliza el fórceps “adaptando los bocados o mordientes lo más profundamente posible en la región del cuello dentario forzando el hueso alveolar, pero sin dañarlo; se permite un pequeño apoyo en la cortical externa” (p. 250), también menciona, que para realizar la extracción de los premolares superiores “se coloca la parte activa del fórceps en profundidad hasta llegar al borde óseo y se realizan movimientos de luxación laterales, hacia fuera y hacia adentro y una tracción final hacia abajo y afuera” (p. 251).

Tracción

Se deben realizar movimientos que logran la salida del diente de su alvéolo dentario, se puede realizar con fórceps o elevadores, según sea el caso necesario, se realizan movimientos de tracción (Palma y Sánchez, 2014).

Desde el punto de vista de Raspall (2006) manifiesta que “La tracción es el último movimiento que se aplica en un diente, paralelo al eje dentario y en sentido opuesto al ápice con objetivo de desalojar el diente del alvéolo, suele aplicarse simultáneamente a movimientos de lateralidad y rotación” (p. 74).

Extracción del diente del alveolo

Cuando se consigian separar las fibras periodontales del diente se realiza un movimiento de palanca apoyándose en la pared ósea consiguiendo exodoncia del resto y/o pieza dentaria” (Sánchez, 2016).

Chiapasco (2015) expone en su texto que:

Las pinzas para la extracción de restos radiculares en el maxilar inferior son similares a las utilizadas en la extracción de los incisivos, pero con extremos más delgados y cercanos. Para los restos radiculares de la arcada superior se utilizan los fórceps de bayoneta, gracias

a que con los bocados es posible alcanzar cómodamente también la zona de los molares. (p. 122)

Curetaje del alvéolo

Luego de haber logrado la extracción del diente de su alveolo procedemos a eliminar con una cureta o legra los tejidos remanentes del fondo alveolar, detritus del hueso; así favorecemos la cicatrización del alvéolo (Palma, Sánchez, 2014).

Compresión alveolar

Se colocará un apósito de gaza para realizar compresión de tal manera que el paciente pueda realizar una presión al morderlo, este debe mantenerse en boca por al menos 50 minutos luego ser eliminado sin necesidad de incorporar otro apósito (Olate, 2015).

Sutura

Como plantea Sánchez (2016) “la sutura se puede realizar con distintos hilos de sutura reabsorbibles como el catgut de 3/0 con aguja cilíndrica C14, en compañía del portaagujas y pinzas de disección” (p. 50).

Técnica de sutura

Punto simple

Se debe elevar uno de los bordes de la herida con las pinzas, con el portaagujas introducimos la aguja desde el exterior hacia el interior de la mucosa, el hilo se desliza hasta dejar un cabo corto realizamos la misma operación en el otro borde desde el interior al exterior (Hupp, Ellis y Tucker, 2015) además describe que “el primer punto de sutura debe ser colocado en la mitad de la longitud total, y los siguientes puntos en la mitad de cada mitad sucesiva. Así los puntos quedan colocados de forma simétrica” (p. 73).

Indicaciones postextracción

Posteriormente de realizarse las extracciones se sugiere las siguientes indicaciones, el paciente no debe enjuagarse la boca por 12 horas luego de la cirugía, evitar escupir, esto puede causar sangramiento o hemorragia post operatoria por la presión que se ejerce, debe cepillarse con cepillo y pasta dental de manera normal en las zonas donde no se le realizó la cirugía y con mayor cuidado en el lugar de la herida (Morales, 2015).

Farmacoterapia

Amoxicilina 500mg

Luego de realizar la extracción dentaria se le indica a la paciente tomar amoxicilina de 500mg cada 8 horas por siete días por vía oral, teniendo como función la prevención de una infección posterior a la extracción dentaria (Moura, 2014).

Ibuprofeno 400mg

Se le receta un antiinflamatorio de preferencia Raspall (2016) señala que “el ibuprofeno se usa como analgésico simple y como antipirético, además de tener función antiinflamatoria, se administra en una dosis de 400mg cada 8 horas por cinco días” (p. 86).

2.4. ENDODONCIA

Configuración interna del diente

Cavidad Pulpar

La pulpa está compuesta por fibras nerviosas y vasos sanguíneos, está rodeada de dentina y cemento radicular, las cuales forman una pared dura que la protege (Zeledón, 2014).

Cámara pulpar

Es la parte interna de la zona coronaria de diente “está recubierta totalmente por dentina, se relaciona únicamente con los conductos radiculares mediante los orificios que constituye la entrada a los mismos” (Canalda y Brau, 2014, p. 16).

Conducto radicular

Así mismo, el autor anteriormente mencionado refiere que “la forma y calibre del conducto depende de la forma de la raíz que lo contiene, y puede variar el número de raíces según la pieza dentaria” (p. 17).

Métodos de diagnóstico en endodoncia

Antes de realizar un tratamiento endodóntico se debe realizar un correcto diagnóstico, Guzmán (2017), en su artículo, menciona las siguientes indicaciones: “Inspección visual y táctil, percusión, palpación, pruebas de movilidad, pruebas periodontales, pruebas térmicas, pruebas anestésicas, prueba cavitaria, transiluminación, mordida, prueba eléctrica de la pulpa, radiografías” (p.3).

Tratamiento de endodoncia por fines protésicos

Antes de realizar un tratamiento de prótesis fija, como coronas o puentes dentales la mejor opción es la extirpación del conducto pulpar, y la obturación del conducto dentario para tallarlo “sin preocupación de invadir tejido pulpar, según la restauración requerida” (Rivaya, 2016, p. 5).

Radiografías en endodoncia

Uno de los métodos de diagnóstico en endodoncia son las radiografías periapicales, de acuerdo a Ramírez (2015) se debe llevar la siguiente serie radiográfica:

- **Radiografía inicial o diagnóstico:** Se usa como auxiliar en el diagnóstico de las alteraciones de los tejidos duros de los dientes y las estructuras perirradiculares.
- **Radiografía de conductimetría o longitud de trabajo:** Ayuda a calcular y confirmar la longitud de estos conductos antes de la instrumentación.
- **Radiografía de conometría:** Permite confirmar la posición y adaptación del cono principal previo a la obturación.
- **Radiografía final:** Ayuda a valorar en radiografías de control el éxito y el fracaso del tratamiento endodóntico. (p.p 3-5)

Procedimiento para realización de endodoncia

Anestesia

Al realizar un tratamiento endodóntico se debe colocar anestesia locorregional es importante anestesiarse la zona de trabajo “cuando es deseable o necesario que el paciente permanezca consciente manteniéndole en una ausencia de sensibilidad tanto de los dientes como de las estructuras de soporte de los mismos” (Pereira, 2017, p. 6).

Aislamiento del campo operatorio

De acuerdo con Llena y Forner (2014) el aislamiento es el conjunto de procedimientos clínicos, en la cual el diente se separa de manera total de la encía, dientes vecinos y saliva, facilitando las actividades terapéuticas que se van a realizar sobre el diente.

Aislamiento absoluto

Es una técnica que sirve para separar el diente absolutamente de todas las estructuras que lo rodean se debe utilizar un dique de goma elástica, este va sujeto con una grapa el cual va a rodear al diente o a un grupo de dientes, posteriormente el dique se debe tensar con un dispositivo llamado arco de Young (Llena y Forner, 2014).

Acceso al conducto radicular

Según indica Tajuelo (2017), el acceso cameral es la apertura que logra la entrada al sistema de conductos, si el diente tiene caries se debe eliminar el tejido reblandecido con una fresa redonda de acero, luego “se cambia de fresa por una de carburo de tungsteno para seguir penetrando hasta llegar a la cámara pulpar” (p. 10).

Acceso Cameral en Canino Superior

Para realizar la cavidad de acceso se debe guiar por la anatomía del diente García (2016) refiere que “el orificio inicial de acceso es creado ligeramente por debajo de la parte media de la corona por palatino. La cámara pulpar al ser ovoidea debe ser instrumentada para eliminar todos los restos orgánicos” (p. 39).

Acceso Cameral en Premolar Inferior

Teniendo en cuenta Velásquez (2014) el acceso cameral en premolares inferiores se realiza el acceso se lleva a cabo “en una posición ligeramente vestibular en relación al surco central., como indica la figura derecha. La cámara pulpar ovoide es alcanzada con fresa de fisura de extremo cortante y luego fresa redonda número 4 o 6 de tallo largo” (p. 3).

Medicación intraconducto

Como menciona Soares (2014) refiere que “la medicación intraconducto servirá para el control de la inflamación, desinfección del sistema de conductos radiculares para posterior condensación” (p. 133). Así mismo menciona que el fármaco utilizado es el hidróxido de calcio “por el poder antiséptico y su propiedad de estimular o crear condiciones favorables para la reparación hística” (p. 134), para su uso se mezcla con agua destilada, anestesia y suero fisiológico, se suministra con una lima de instrumentación o con una punta dentro del conducto.

Longitud de trabajo

Según menciona Zeledón (2017) “este procedimiento tiene por objetivo obtener una medida de longitud, que corresponde a la distancia desde un punto de referencia coronal hasta el punto donde termina la preparación y obturación del canal radicular” (p. 32). Una mala determinación de la longitud de trabajo puede proporcionar una medición muy corta o muy larga y posteriormente provocar una sobre obturación (Rodríguez, 2017).

Preparación biomecánica del conducto radicular

Según Canalda, Brau (2014) la preparación biomecánica “consiste en procurar obtener un acceso directo o franco al límite CDC a través de la cámara pulpar y el conducto dentinario, preparando una forma conveniente para una completa desinfección y una fácil y perfecta obturación” (p. 162).

Técnica convencional

El autor citado anteriormente refiere que la técnica convencional “está indicada en conductos rectos, se usan las limas K, siempre se mantiene un stop apical siendo la matriz obtenida en una misma longitud o nivel, proporcionando a nivel apical un tope para el material de obturación” (p. 163).

Irrigación

La irrigación tiene como finalidad la eliminación del barro dentinario del conducto radicular "los conductos radiculares pueden ser íntegramente vaciado y todos los detritus contenidos en ellos pueden ser eliminados de manera segura, usando solamente una

solución diluida de hipoclorito de sodio y un correcto ensanchamiento y conformado del sistema de conductos radiculares” (Pérez, 2015, p. 9).

Irrigación con EDTA e Hipoclorito de sodio

El EDTA es utilizado para remover la capa de barro dentinario que se ha producido por la instrumentación mediante una “limpieza eficaz de la pared dentinaria, con aumento de su permeabilidad, quedando así una mejor adaptación del material obturador a la pared del conducto” (Martinelli, 2014, p. 6). Mismo autor refiere que otro irrigante muy usado es el hipoclorito de sodio en bajas concentraciones ya que proporciona “poder antibacteriano, disolvente de tejido orgánico, usado en concentración de 0,5% hasta 2,5%” (p.7).

Irrigación activada

Una vez que los conos estén probados y adaptados, se realiza la irrigación activada con el siguiente procedimiento: “Aplicación de hipoclorito de sodio al 5,25%, activaremos durante 1 minuto según la técnica utilizada, seguido de un lavado con suero fisiológico. A continuación, aplicación del agente quelante líquido, generalmente EDTA al 17% durante 1 minuto, lavado con suero fisiológico” (Lozano Alcañiz, 2014, p.3).

Conometría

Como plantea Gunnar (2014) sostiene que, una vez concluida la preparación biomecánica, se procede a secar el conducto con conos de papel y se introduce “un cono ce gutapercha de la última lima usada en la técnica convencional para llegar hasta la línea CDC y poder condensar” (p. 45).

Obturación del conducto radicular

Tal como argumenta Soares (2014) el objetivo final de la obturación es llenar el espacio del conducto que ha sido conformado con la preparación biomecánica “con materiales inertes o antisépticos que promuevan un sellado estable y tridimensional” (p. 140).

Técnica de condensación lateral

Como plantea Spoletti y Blotta (2016) la técnica de condensación lateral “tiene por objetivo la obliteración tridimensional del conducto radicular con conos de gutapercha y sellador

condensados lateralmente” (p. 72). Mismo autor detalla el proceso paso a paso. El cono de gutapercha principal o más largo se selecciona a partir del tamaño del último instrumento utilizado en toda su longitud para la preparación del conducto. Para rellenar las diferencias entre la gutapercha y la pared del conducto radicular debe usarse, junto con el cono de gutapercha, un material de sellado con el que sólo es necesario recubrir las paredes laterales antes de inundar el conducto en su totalidad. Acto seguido se coloca el cono ajustado hasta la longitud medida previamente y se empieza el proceso de condensación. Los espaciadores son instrumentos largos, cónicos y en punta que se usan para comprimir la gutapercha contra las paredes de los conductos, haciendo lugar para la inserción de conos accesorios del mismo grosor que el espaciador utilizado. El proceso de espaciamiento se repite varias veces, hasta que los conos acuñados impiden todo nuevo acceso al conducto. Con un instrumento calentado al rojo se cortan los extremos de los conos a nivel de la apertura coronaria.

Selladores del conducto radicular

De acuerdo con Rodríguez (2015) argumenta que la finalidad de los selladores de conductos radiculares es “ocupar los espacios producidos entre la gutapercha y las paredes del conducto radicular, como los que hay entre los conos de gutapercha” (p. 24). Soares (2014) en su libro indica las principales características “fácil manipulación y aplicación en el conducto, buen corrimiento, radiopacidad adecuada, buena estabilidad dimensional, impermeabilidad y adherencia, no altera el color del diente, tiene acción antibacteriana, biocompatibilidad” (p.153).

Sealapex

Como indica Zeledón (2014), el sealapex es un material sellado de conductos, tiene un tiempo de trabajo prolongado, se endurece en el interior del diente con presencia de humedad “su plasticidad y corrimiento son adecuadas mientras que su radiopacidad es escasa. Tiene alta solubilidad, por lo tanto, poca estabilidad. Esta solubilidad es la que permite liberar el hidróxido de calcio en el medio en que se encuentra” (p.46).

Indicaciones postoperatorias

Luego de realizar el tratamiento endodóntico se le procede a dar las siguientes indicaciones al paciente Boveda (2017) sugiere:

- Puede continuar su régimen regular de higiene dental.
- Evite morder o masticar sobre el diente durante los primeros días.
- Evite los alimentos pegajosos como los caramelos, o goma, ya que pueden aflojar o quitar el relleno temporal que se coloca al final del procedimiento.
- El diente puede ser bastante sensible durante unos pocos días después de la cita, se debe tomar antibióticos, analgésicos, antiinflamatorio.
- Una restauración permanente se recomienda después de un tratamiento del canal radicular y puede requerir citas adicionales. (p.p 5-6)

2.5. OPERATORIA

Etiología de la caries

Como señala Nocchi (2014) la caries dental se considera una enfermedad crónica multifactorial donde hay interacción de tres factores principales: “El huésped (particularmente saliva y los dientes), la microflora, y el substrato. Además de estos tres factores deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo, el cual deberá considerarse en toda exposición acerca de la etiología de la caries” (p. 67).

Clasificación de Caries según Black

Según plantea Masioli (2013) se clasifica según sus caras implicadas en: “Simple cuando afecta una cara, compuesta: cuando afecta dos caras, compleja cuando afecta tres caras” (p. 33).

Por su parte Barrancos (2008) menciona la clasificación de Black según su extensión:

CLASE I: Cavidades de puntos, fosas y fisuras en las caras oclusales de molares y premolares superiores e inferiores, en sus caras (libres) vestibulares, linguales o palatina y en cingulo de incisivos y caninos superiores e inferiores.

CLASE II: Cavidades en caras proximales de molares y premolares.

CLASE III: Cavidades en caras proximales de dientes anteriores (caninos e incisivos) que no abarque el ángulo incisal.

CLASE IV: Cavidades en caras proximales de incisivos y caninos donde si involucra ángulos y bordes incisales. (p. 56)

Protocolo de operatoria

Aislamiento absoluto del campo operatorio

El aislamiento es un conjunto de maniobras clínicas en la que se aísla de manera total el diente, para que no esté en contacto con la saliva, la encía. Se coloca un dique de goma el cual es sujetado con una grapa y tensado con un arco de Young (Barrancos, 2008).

Aplicación ácido grabador

La función del ácido grabador es “proporcionar una superficie porosa, ya que la desmineralización forma microporos de 20 a 30 micrones de profundidad” (Barrancos, 2008, p. 61).

Técnica de grabado ácido

Según Reis (2016) menciona la siguiente técnica de grabado ácido:

1. Puede realizar un bisel en el esmalte para mejorar la retención, aumentando la superficie grabada (Clase III, IV y V de Black)
2. Proteger los demás dientes que no se van a grabar con tiras de acetato, metálica o una barrera gingival.
3. Ácido fosfórico al 30-37%. Se recomienda usar gel ácido para un mejor control del grabado. Colocar ácido solo en el bisel. Tiempo de grabado 15 a 20seg.
4. Color del diente grabado: pierde brillo. Típico aspecto de tiza.
5. Lavar con agua y aire por 5 segundos. Secar con aire presurizado por 5 segundos, perpendicular al esmalte, protegiendo la dentina para evitar su desecación
6. En caso de grabar el esmalte y la dentina con ácido ortofosfórico (técnica del grabado total) debe tener en cuenta que la dentina se graba en tan solo 15 segundo (Eliminación del barro dentinario) y el secado debe ser tal que la dentina debe tener algo de humedad, por ello que 5 segundos de secado con aire a presión es más que suficiente. (p.p 5-6)

Aplicación del sistema adhesivo

El adhesivo se debe aplicar dos veces durante medio minuto, se espera que se penetre en los poros que fueron formados por el ácido grabador, se eliminan los excesos y se seca colocando un chorro de aire con poca presión por 20 segundos (Reis, 2016).

Colocación de la resina compuesta

Zamuido (2015) menciona que antes de realizar la restauración final se debe seleccionar el color del diente con un colorímetro. Cada colocación de capas de resina se debe fotopolimerizar varias veces para aumentar la conversión de los monómeros resinosos “concluido lo que representaría el cuerpo de dentina, se colocará aproximadamente 2 mm de resina de esmalte y finalmente se adicionará una última capa de resina translúcida para devolver a la pieza dentaria la translucidez normal del esmalte dentario” (p. 5).

Pulido de la restauración

El pulido de las restauraciones tiene como objetivo lograr superficies lisas sin rugosidades y naturales “con el uso de puntas de diamante finas para dar la forma general, seguidas por discos de óxido de aluminio flexibles; puntas, copas y ruedas abrasivas finas y pastas diamantadas para pulir” (Watts Lincoln, 2017, p. 8).

2.6. PROTESIS FIJA

Según indican Watanabe y Ochoa (2015) en su revista, que la prótesis fija es un medio de restituir una o más piezas ausentes, dándole uso a dientes que estén en la boca, para rehabilitar al paciente para que pueda masticar, hablar y tener una estética alta (p.2)

Puente metal cerámica

Salas (2013) expresa que el puente metal cerámico es un aparato protésico permanente que reemplaza a uno o más dientes, este irá unido a los dientes remanentes. El pilar es el diente que va a servir de unión para el puente y el pónico es el diente artificial que será reemplazado.

Modelos de diagnóstico

De acuerdo con Misch (2015) los modelos de diagnóstico “es el resultado en positivo de la cavidad bucal y de los tejidos cercanos que se relacionan para determinar límites en la confección de los modelos” (p. 16).

Los modelos primarios, se cuenta luego de tomar la impresión primaria, donde se debe ver toda la cavidad bucal para realizar cubetas, y usar como modelo primario. Son hechos en yeso como material de primera elección y son diseñados cumpliendo con los límites necesarios para su uso en la programación y seguimiento de algún tratamiento. (Huaynoca, 2016, p.p 3-4)

Diagnóstico radiográfico

Como indica Gulayin (2017) las radiografías son necesarias para hacer un correcto diagnóstico y así mismo verificar que la pieza dentaria tenga tratamiento de conducto: correcto sellado apical y longitud de tratamiento de conducto y ausencia de procesos periapicales (p.2)

Preparación dentaria

Según hace mención Resenstiel (2016) la preparación dentaria consiste en la reducción de las diversas caras del diente como son:

- **Reducción incisal (anterior) u oclusal (posterior):** La reducción incisal de un diente anterior debería dejar 2mm para que el espesor del material sea el adecuado y se obtenga una buena translucidez en la restauración terminada. Los dientes posteriores requieren por lo general, una reducción de 1,5mm debido a que la estética no es tan crítica.
- **Reducción labial o bucal:** La reducción de la superficie facial debería haber producido un espacio suficiente para poder colocar la estructura metálica y la porcelana. Siendo una reducción mínima de 1,2mm hasta 1,5mm.
- **Reducción axial de las superficies proximales y lingual:** Se debe eliminar una estructura dental suficiente para proporcionar un chámfer liso y claro de unos 0,5mm de anchura, se reduce dándole una convergencia de 6 grados.
- **Acabado:** El margen debe proporcionar una buena resistencia al desplazamiento vertical de la punta de un explorador y debe ser liso y continuo circunferencialmente, realizándose con una fresa de diamante o de carburo de punta plana. (p.p 274-277)

Uso del hilo retractor

Gutiérrez e Iglesias (2017) mencionan que el uso del hilo retractor “es el método de manera mecánica y química para la toma de impresión en prótesis fija donde se implica el desplazamiento de la encía provocado a través del hilo retractor, al cual se le agrega sustancias químicas para lograr una vasoconstricción y astringencia en los tejidos” (p. 33).

Manipulación de tejidos blandos por medio de la retracción gingival

González, Caballero y Silva (2013) indican que el objetivo de la retracción se basa en el desplazamiento “de los tejidos gingivales en dirección lateral, que asegure la entrada del material de impresión de baja viscosidad, permita el registro con precisión del área intracrevicular y permita un grosor adecuado de la impresión que disminuya el riesgo de desgarre al ser removida” (p. 2).

Restauración provisional

Sánchez (2016) menciona que la técnica para la elaboración de las restauraciones provisionales se realiza de la siguiente manera:

Se procede a tomar una impresión de alginato de la zona a tallar antes de hacerlo, una vez tallado se coloca vaselina en las paredes de la impresión de alginato y del muñón para facilitar la remoción de la prótesis provisional, se coloca acrílico en la impresión en la zona del diente tallado, se lleva a la boca y dejar fraguar por una reacción exotérmica en 2 minutos, se saca, se recorta, se pule y se cementa con cemento provisional a base de hidróxido de calcio. (p.p 49-50)

Toma de impresión definitiva

Como indica Giraldo (2014) en su artículo la toma de impresión definitiva es un procedimiento que se realizan para lograr “la reproducción exacta y confiable de las estructuras dentarias (tallados para prótesis fija), lo que asegura el éxito de los procedimientos restauradores. Entre estos medios, el más importante es la toma de impresiones definitivas con materiales elastoméricos (silicona de adición)” (p.2).

Elección de una corona con aditamento protésico

Agudo (2013) refiere que “las coronas pueden ser unitarias o su conjunto, mostrando ventajas frente a las coronas unitarias evitando el espacio excesivo en la pieza dentaria,

presenta una correcta distribución de fuerzas y ayuda los puntos de contacto entre pieza dentaria y corona” (p. 5).

Prueba de metal

Determina Hernández (2015) determina en su artículo “se hace la prueba de metal en la que nos centramos en la zona de metal que va a aguantar la corona, colocando papel articular entre el muñón y la estructura para ver contactos y de la misma manera con el diente antagonista” (p.8).

Toma de color

Schemeling (2017) menciona que, en la toma de color, influyen algunos factores tales como el grosor de la cerámica, color del agente cementante, color de la estructura dental, limitaciones de las guías de colores disponibles y composición de los materiales cerámicos.

Prueba de porcelana (bizcocho)

Según indica Sánchez (2016) la prueba del bizcocho "es la última prueba que se puede hacer antes de glasear y por supuesto de acabar la prótesis. Esta prueba se hace para poder corregir los errores de estética, oclusión, fonación, como el control de los contactos interproximales” (p. 52).

Cementación definitiva

Como indica Corts y Abella (2013) durante la cementación se deba hacer la selección del agente de cementado la cual depende en primer lugar, de si se cementará un colado convencional o una restauración unida con adhesivo. “El cemento de ionómeros de vidrio se adhiere al esmalte y a la dentina con la que muestra gran biocompatibilidad, además puede producir un efecto contra las caries” (p.5).

2.7. PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Según Farias, Torre, Porto y Rizzatti (2013) la prótesis parcial removible es un aparato que reemplaza los dientes perdidos colocando dientes artificiales, los cuales van

sostenidos por una estructura metálica o acrílica, la cual mejora la masticación, la estética y el habla del paciente edéntulo parcial.

PPR con ataches

De acuerdo con Kaisser (2010) menciona que:

La PPR consta de conector mayor, conectores menores, apoyos, bases y dientes. Siendo un attachment un conector menor, generalmente prefabricado y representado por un dispositivo mecánico, destinado a promover retención. La combina estructuras fijas y removibles, restableciendo las principales funciones orales como: estética, masticación, fonética, prevención de inclinación, migración, erupción y giroversión de dientes remanentes. (p.3)

Ataches

Los ataches (retenedores) son elementos de anclaje que unen una prótesis fija y una prótesis removible metálica, formando parte de un mismo diseño en una misma arcada, Fulgencio (2016). Como también son dispositivos mecánicos empleados para la fijación, retención y estabilización de una prótesis dental (Misch, 2015, p. 76).

Kaisser (2010) hace mención que: “Las coronas con ataches están indicadas en pacientes con un buen estado de soporte de los tejidos remanentes que constan de dos partes, una fija y una removible con una ventaja estética, respecto a los ganchos tradicionales de las prótesis removibles” (p. 3).

Tipos de ataches

Ataches intracoronarios

De acuerdo con Watanabe y Ochoa hace referencia que:

Los ataches intracoronarios son incorporados enteramente dentro del contorno de la corona, por lo que se considera un aditamento interno. La ventaja de un atache intracoronario es que las fuerzas oclusales que recibe el diente pilar son aplicadas a lo largo del eje longitudinal del diente, dando una considerable resistencia a las fuerzas verticales y laterales, a pesar de ello la mayor ventaja es que eliminan la necesidad de aplicar el gancho vestibular a menudo poco estético y disminuyen el impacto alimenticio. (p. 3)

Ataches extracoronario

El autor anteriormente citado menciona que los ataches extracoronarios “son posicionados enteramente fuera del contorno de la corona. Las ventajas de los ataches extracoronarios son que el contorno normal del diente puede ser mantenido, se necesita de una reducción mínima del diente gracias a un tallado menos agresivo” (p. 4).

Indicaciones de ataches extracoronarios

Davenport (2016) menciona las indicaciones para los ataches extracoroarios las cuales son las siguientes:

Los ataches extracoronarios se emplean para reducir las fuerzas que actúan sobre los pilares y mediante ellos transferirlas a las bases de las prótesis. Su principal indicación son las PPR a extensión distal (clase I de Kennedy) en la que es necesario un mecanismo de rompiefuerzas, aunque también se utilizan en prótesis dentosoportadas. (p. 37)

Contraindicaciones de ataches extracoronarios

Mismo Hernández (2016) refiere que:

Es más difícil de mantener una buena higiene con ataches extracoronarios y los pacientes deben ser instruidos en el uso de hilo dental y accesorios de higiene. No siempre proporcionan un adecuado soporte y retención por su naturaleza resilente. Esto representa un punto de controversia, porque los aditamentos resilentes tienen la habilidad de moverse libremente en todos los planos sin ligarlos al torque del diente. (p. 27)

Ventajas de ataches extracoronarios

Como menciona Davenport (2016) “las ventajas de los ataches extracoronarios son que el contorno normal del diente puede ser mantenido, se necesita de una reducción mínima del diente gracias a un tallado menos agresivo. El patrón de inserción es más fácil para pacientes con problemas de habilidad” (p.38).

Reglas de applegate

Carr (2010) en su artículo menciona las siguientes reglas:

REGLA 1: La clasificación de debe efectuarse después de cualquier extracción dental que pudiera alterar la clasificación

REGLA 2: Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se le considera para la clasificación.

REGLA 3: Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar, se le considera para la clasificación.

REGLA 4: Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se le considera en la clasificación.

REGLA 5: El área (o áreas) desdentadas más posterior siempre es la determinante de la clasificación.

REGLA 6: Las áreas desdentadas distintas de la que determina la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número.

REGLA 7: La extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.

REGLA 8: No puede haber áreas de modificación en arcos clase IV. (p. 52)

Clasificación de Kennedy

De acuerdo con Mallat (2010) las clasificaciones de Kennedy es la siguiente:

Clase I: Área desdentada bilateral ubicada posteriormente a los dientes naturales.

Clase II: Área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes.

Clase III: Área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella.

Clase IV: Área desdentada única bilateral, posicionada en la zona anterior con respecto a los dientes naturales remanentes. (p. 14)

Prótesis parcial removible de cromo cobalto

Indicaciones

La prótesis parcial removible de cromo cobalto está indicada cuando hay ausencia de dientes, espacio de longitud del arco es extensa, el reborde residual resistirá fuerzas de masticación, la condición física o mental del paciente no permita tallar dientes, cuando el tamaño, consistencia o forma del reborde residual presenta un soporte pobre para una dentadura completa y las piezas remanentes brindan retención, soporte y estabilidad para la prótesis (Fernández, 2012).

Contraindicaciones

La prótesis parcial removible de cromo cobalto está indicada cuando los espacios desdentados son pequeños, que más bien está indicado una prótesis fija, índice de caries es alto y se agravaría el problema con la presencia de prótesis con ganchos, higiene es defectuosa, si bien este factor no es determinante, sin embargo, coadyuvaría para un pronóstico desfavorable de la restauración parcial, pacientes que sufren de enfermedades mentales como: epilepsia, locura, o retraso mental (Fernández, 2012).

Ventajas

Como indica Mallat (2010) es la prótesis más utilizada y están creadas de aleación de cromo-cobalto. Este material es totalmente biocompatible. “La principal ventaja de las prótesis parciales removibles es que son muy económicas en comparación con otros tratamientos. Por otra parte, esta prótesis tiene un menor volumen en su estructura, un mejor ajuste y una mayor dureza” (p. 36).

Desventajas

Carr (2010) indica que “la principal desventaja de las prótesis removibles es que se apoya sobre los dientes y se retienen por ganchos aumentando la probabilidad de enfermedad periodontal grave y caries dental en esos dientes donde se apoyan” (p. 22).

Impresión definitiva

Según Pineda (2017) menciona que cuando se realiza la toma de impresión definitiva con silicona de condensación es importante hacer un buen registro tanto de las estructuras macro como son el paladar, superficies dentarias remanentes, tejidos blandos; y a su vez los detalles como: apoyos oclusales, planos guías, etc.

Diseño de la prótesis

De acuerdo con los autores Farias, Torre, Porto y Rizzatti (2013) para el diseño de la prótesis se debe seguir el siguiente protocolo:

Determinar el eje de inserción de la prótesis (con el paralelizador), determinar el eje protético de los dientes pilares, delinear los apoyos, delinear los brazos retenedores, delinear los brazos recíprocos o equilibradores, delimitar los conectores

menores, delinear los conectores mayores, determinar y delinear la extensión de las bases protésicas. (p. 1)

Conector mayor: Barra lingual

Fernández, Acosta, Madrid y Verdugo (2017) mencionan que el conector mayor “tiene forma plana en el lado del tejido, convexo o de lágrima en el lado de la lengua (forma de sección de 1 / 2 pera, con el borde delgado hacia los dientes). Tiene tamaño ancho ocluso-gingival de 4 a 6 mm, espesor entre 1, 5 a 2 mm” (p. 3-5).

Prueba del armazón metálico

De acuerdo con Farias, Torre, Porto y Rizzatti (2013) refieren que “luego de realizar el diseño definitivo, enviamos al mecánico dental de su elección para que elabore el armazón metálico según el diseño ya definido. Vamos a realizar algunos pasos como: inspección del aparato, ajuste a los dientes pilares, ajuste a la oclusión” (p. 2).

Así mismo mencionan que se coloca el armazón metálico de manera lenta en boca, para evitar lastimar al paciente si hay alguna presión, se irá bajando hasta que el aparato llegue a su posición, con el espejo y la sonda vamos a corroborar el ajuste.

Toma de relación céntrica

Siguiendo con Lima, Cabrera y Estrada (2015) se procede a hacer un bloque homogéneo de cera de tamaño del espacio edéntulo y adaptar entre la base metálica y la cera. Luego que se le ha colocado ya la base metálica con los rodetes de cera le decimos a la paciente que cierre normal como que estuviera cerrando su boca o si no podemos proceder a ayudarla a tener su óptima oclusión dirigiendo la mandíbula a la posición correcta. (p. 4) Se la hace llegar a la máxima intercuspidación y así de esa manera sacamos la base en conjunto con los rodetes y colocamos en el modelo tal y cual ah mordida la paciente, para llevar al mecánico que nos haga el enfilado.

Prueba de prótesis en cera

Sánchez (2016) dice que “tenemos que tomar unas normas de referencia. En aquellos casos que tenemos mucho remanente dentario, el enfilado va a ser mucho más fácil. Pero cuando no es así, es más difícil tomar referencias de dónde estaba la línea media, dónde estaba la línea de los caninos, la línea de la sonrisa” (p.p 74-75).

Instalación de la prótesis

Indica Farias, Torre, Porto y Rizzatti (2013) que, durante la instalación de la prótesis se harán desgastes, luego haremos el control y el ajuste de la prótesis, le daremos las instrucciones al paciente de como colocar y retirar la prótesis y le daremos las instrucciones al paciente, vamos a tratar de educar al paciente en salud bucal, y lo vamos a pasar de un paciente de bajo índice de motivación a un paciente de alto índice de motivación.

Prótesis parcial removible de acrílico

Según menciona Siñani (2014) la prótesis parcial removible de acrílico es la más usada. Este tipo de prótesis es sostenido en la boca por las retenciones presentes en los dientes que aún quedan. Se apoya solamente en los tejidos blandos, hueso alveolar remanente y dientes presentes en boca.

Características

De acuerdo con Sánchez (2016) “tiene características en cuanto a economía baja, se necesita menos citas, no se prepara biológicamente los dientes, y el paciente tendrá mejor higiene al quitarse la placa” (p. 83).

Indicaciones

Tiene indicaciones como en individuos de edad avanzada o en jóvenes menores de 20 años, en los que no es aconsejable utilizar prótesis fija, cuando existe grandes espacios desdentados, casos de excesiva pérdida ósea, pacientes con extracciones recientes y en zonas extensas desdentadas, consideraciones económicas (McCracken, 2013, p.p 25-26)

Contraindicaciones

De acuerdo con Sánchez (2016) “tiene contraindicaciones cuando el espacio desdentado es pequeño, que más bien está indicado una prótesis fija, el índice de caries es alto y se agravaría el problema con la presencia de prótesis con ganchos, higiene defectuosa” (p. 85).

Diseño de la prótesis

Retenedores: circunferencial

Como menciona Lima, Cabrera y Estrada en el año 2015, el cuerpo de los retenedores circunferenciales se encuentra generalmente en la cara proximal vecina del espacio edéntulo en la zona supraecuatorial y sus elementos constitutivos se distribuyen alrededor del pilar de acuerdo a la localización del ecuador, van de cervical a oclusal.

Base de acrílico

Así mismo Siñami (2013), “la caracterización de las bases de las prótesis totales y parciales removibles con resinas acrílicas de tonalidades más semejantes a aquellas observadas en el tejido gingival del paciente hace posible mejor resultado estético, y consecuentemente favorece la aceptación de estas prótesis por los pacientes” (p. 5).

Confección y prueba de rodets de oclusión

Citando a Pineda (2017) refiere que la confección y la prueba de rodets de oclusión:

Se realiza la confección de bases acrílicas con rodets para la obtención del registro intermaxilar, se realiza sobre los modelos anatómicos, con cera en las zonas donde están ausentes los dientes, servirá para tomar el registro intermaxilar, con lo cual se podrá determinar la dimensión vertical del paciente anterior y posterior. (p.5)

Enfilado

Como indica Sánchez (2016) el montaje de dientes en prótesis parciales de resina acrílica debe ejecutar de tal manera que la prótesis, una vez instalada en la boca del paciente, quede integrada tanto desde el punto funcional como del estético. “La integración estética depende de la selección de los dientes artificiales atendiendo al tamaño, forma y color de los dientes remanentes, y su colocación en los espacios desdentados” (p. 87).

Prueba en cera de la prótesis

Según indica Pineda (2017) menciona que:

Una vez terminado el enfilado, se procede a asegurar los dientes artificiales con una espátula caliente y luego se termina el contorno de las bases con agregados de cera. El encerado de las bases debe tener un espesor aproximado de unos 2 mm, y deben ser suavizadas y glaseadas antes de realizar una prueba en la boca del paciente. (p. 5)

Terminación y pulido de la prótesis

Continuando con Pineda (2017) se debe eliminar todos los excesos de resina acrílica de la superficie externa de la prótesis, para lo cual utilizamos puntas abrasivas o fresas para acrílico. “Luego se redondean los bordes de las bases. Los excesos de resina que se encuentren junto a los retenedores son fáciles de removerlos con un bisturí de laboratorio o una cuchilla bien afilada” (p. 6).

El pulido se lo realiza con conos y ruedas de fieltro para acabar con cepillos de cerda y piedra pómez. Este paso se lo debe ejecutar con sumo cuidado, evitando que los retenedores se embrollen en las ruedas pulidoras y la prótesis y sea arrojada violentamente contra superficies duras que causarían daños irreparables en la misma. Una vez acabado el pulido, debe lavarse la prótesis con agua y jabón, quedando lista para ser colocada en el paciente (Lima, Cabrera y Estrada, 2015).

Adaptación y colocación de la prótesis

De acuerdo con Sánchez (2016) antes de realizar la instalación de la prótesis:

Debe realizarse una revisión de la superficie interna de las bases detectando ciertas irregularidades de la resina que podrían irritar o lastimar la mucosa. Igualmente se debe revisar el espesor de los bordes de las bases redondeando y puliendo aquellos sitios que presentan superficies agudas o cortantes. Al colocar la prótesis en la boca del paciente debemos asegurarnos que exista un perfecto asentamiento y ajuste, controlando la oclusión y dándole indicaciones al paciente. (p. 90)

Cuidados e higiene de la prótesis

Pineda (2017) menciona que “se le recomendará al paciente dieta blanda, llevar control de la prótesis, correcta higiene bucal, masajes y estimulación de la encía, retirar prótesis luego de cada comida para cepillarla, se debe evitar que se caiga y se rompa” (p. 7).

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Modalidad de trabajo

Sistematización Práctica

3.2. MÉTODOS

La rehabilitación oral e integral se realizó en una paciente de 66 años de edad en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, mediante un diagnóstico previo, llenando el formulario 033 del Ministerio de Salud Pública (MSP), sumado a los exámenes complementarios, como radiografía panorámica, radiografías periapicales, hemograma completo; lo que permitió evaluar el estado bucal de la paciente, pudiendo así diseñar y ejecutar un tratamiento adecuado, según el caso requerido.

Antes de realizar los respectivos tratamientos, se le explicó a la paciente de manera detallada cada uno de los procedimientos que se le iban a realizar y el tiempo que conllevaba cada uno de ellos, accediendo de forma voluntaria y sellando su compromiso a través de la firma de un acta de consentimiento informado.

Los procedimientos operatorios contaron con un espacio disponible en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, los cuales fueron supervisados por los tutores especializados, siguiendo los protocolos establecidos para cada uno de los mismos.

3.3. ÉTICA

Para empezar con el respectivo tratamiento se consultó con la paciente, con el fin de obtener su aprobación y su colaboración en el trabajo de sistematización práctica, se le informó en lo que consistía la Rehabilitación Oral e integral a la cual iba a ser sometida, a su vez se le manifestó que toda la información requerida sería anónima y empleada para fines académicos; aceptando la paciente, firmó los respectivos consentimiento informados, alegando estar de acuerdo y presta a participar en el trabajo de Sistematización de Practica.

3.4. PROTOCOLOS DE TRATAMIENTOS

3.4.1. Protocolo de Periodoncia Anexo N° 7.

Siguiendo el protocolo de Eley, Soory, y Manson (2012) nos menciona los siguientes pasos a seguir:

- Técnicas de Diagnóstico
- Sondaje (ver Figura n°6).
- Exploración dental (ver Figura n°6).
- Eliminación del cálculo supragingival. (ver Figura n°7).
- Pulido de las superficies dentales (ver Figura n°8).
- Enjuagatorios de Clorhexidina.
- Colocación de geles fluorados de uso profesional. (ver Figura n°9).
- Recomendaciones para una buena higiene oral.

3.4.2. Protocolo de Cirugía Anexo N° 8.

Gay Escoda Cosme (2015) nos refiere el siguiente protocolo:

- Evaluación radiológica. (ver Figura n°10).
- Control de signos vitales: Presión arterial. (ver Figura n°11).
- Anestesia. (ver Figura n°12).
- Sindesmotomía. (ver Figura n°13).

- Luxación. (ver Figura n°14).
- Agarre del diente, tracción y expansión del alveolo. (ver Figura n°15).
- Extracción del diente del alveolo. (ver Figura n°16).
- Curetaje del alvéolo. (ver Figura n°17).
- Sutura y Compresión alveolar. (ver Figura n°18).
- Indicaciones postextracción. Analgésicos.

3.4.3. Protocolo de Endodoncia Anexo N° 9.

Soares (2014) propone el siguiente protocolo a seguir en endodoncia:

- Diagnóstico pulpar Radiográfico. (ver Figura n°19).
- Radiografías. (ver Figura n°20).
- Anestesia. (ver Figura n°21).
- Aislamiento (ver Figura n°21).
- Cavidades de acceso. (ver Figura n°21).
- Verificación radiográfica para la instrumentación y Conductimetría. (ver Figura n°21).
- Instrumentación. (ver Figura n°22).
- Irrigación. (ver Figura n°22).
- Adaptación del cono maestro (ver Figura n°23).
- Irrigación activada.
- Secado.
- Obturación de conductos. (ver Figura n°24).
- Verificación radiográfica de la condensación. (ver Figura n°25).
- Corte de cono. Restauración final. (ver Figura n°26).

3.4.4. Protocolo de Operatoria Dental Anexo N° 10.

Según Barrancos (2015) indica el siguiente protocolo para la restauración dental:

- Maniobras previas. (ver Figura n°26)
- Apertura. (ver Figura n°27).
- Conformación, limpieza y desinfección. (ver Figura n°28).
- Colocación de ácido grabador. (ver Figura n°29).

- Colocación de Bonding. (ver Figura n°30).
- Colocación de resina. (ver Figura n°31).
- Pulido y brillo de la superficie restaurada. (ver Figura n°32).

3.4.5. Protocolo de Prótesis Fija Anexo N° 11.

Rosentiel, Land, y Fujimoto (2012) nos indica el siguiente protocolo a seguir:

- Toma de impresión para la confección del modelo diagnóstico. (ver Figura n°33).
- Preparación dentaria. (ver Figura n°34).
- Uso del hilo retractor. (ver Figura n°35).
- Toma de impresión definitiva. (ver Figura n°36).
- Restauración Provisional. (ver Figura n°37).
- Prueba de metal. (ver Figura n°38).
- Prueba de Cerámica. (ver Figura n°39).
- Cementación. (ver Figura n°40).
- Final, educación de higienización al paciente.

3.4.6. Protocolo de Prótesis a Placa Anexo N°12.

Loza y Valverde (2014) indican el siguiente protocolo:

- Diagnóstico. (ver Figura n°41).
- Selección de cubeta.
- Toma de impresión con pasta de condensación. (ver Figura n°42).
- Elaboración de modelo.
- Enviar a laboratorio para obtención de rodets de altura. (ver Figura n°43).
- Obtención de dimensión vertical. (ver Figura n°43).
- Obtención de relación céntrica (técnica de acuerdo al especialista). (ver Figura n°43).
- Selección de dientes color forma y tamaño.
- Envió a laboratorio.
- Adaptación y prueba de estructura PPR y prótesis fija. (ver Figura n°44).
- Prueba de enfilado en el paciente. (ver Figura n°45).

- Enviar a laboratorio.
- Elaboración de la prótesis. (ver Figura n°46).
- Ajuste oclusal. (ver Figura n°46).
- Control posterior. (ver Figura n°46).
- Final, cuidados de la prótesis parcial removible y educación de higienización.

Anexo N° 13

Vista frontal después de la paciente. (ver Figura n°47).

Anexo N° 14

Antes y después (ver Figura n°48 y 49).

3.5. Marco administrativo

3.5.1. Recursos Humanos

- Autor
- Tutor de Titulación
- Tutor de metodología investigativa.

3.6. Recursos materiales

- **Materiales General.**
- Campos operatorios.
- Plástico para embalar.
- Caja de guantes.
- Caja de mascarillas.

3.6.1. Materiales de Periodoncia

- Gasas.
- Clorhexidina.
- Revelador de placa.
- Algodones.
- Cepillo profiláctico.
- Pasta profiláctica.

- Copa de caucho.
- Cubeta de flúor.
- Flúor.
- Suero fisiológico.

3.6.2. Materiales de Cirugía

- Anestésicos.
- Agujas.
- Suero fisiológico.
- Gasas.
- Sutura.
- Hemostático.
- Jeringa descartable.

3.6.3. Materiales de Endodoncia

- Hipoclorito de sodio y EDTA 17%.
- Torundas de algodón.
- Gasas.
- Jeringa descartable.
- Dique de goma.
- Limas K Flex para endodoncia.
- Material de relleno de conducto, Sealapex
- Conos de papel.
- Conos de gutapercha.
- Hidróxido de calcio.
- Ionómero de vidrio.

3.6.4. Materiales de Prótesis fija

- Vaselina.
- Materiales de impresión:
- Alginato.
- Speedex, exaflex.
- Cera.

- Cubetas.

3.6.5. Instrumentales

- Instrumental para diagnóstico.
- Instrumental para periodoncia.
- Instrumental para cirugía.
- Instrumental para endodoncia.
- Instrumental para operatoria dental.
- Instrumental para prótesis fija

3.6.6. Materiales de oficina

- Hojas de papel.
- Esfero azul.
- Lápiz de bicolor.
- Borrador.
- Fotocopia de textos.

3.6.7. Recursos tecnológicos

- Computadora
- Teléfono con buena resolución
- Pendrive

3.7. Presupuesto

El trabajo de titulación Sistematización de Prácticas tuvo un costo de \$1.000,20.

3.7.1. Tabla de presupuesto

(ver Anexo N°3)

3.8. Cronograma

(ver Anexo N°2)

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

Concluido el tratamiento de rehabilitación oral integral, la paciente presenta una encía más saludable, gracias a la profilaxis que se le realizó en las clínicas odontológicas y a la correcta técnica de cepillado que se le explicó en su momento para mejorar su higiene. La encía se observa más sana, su grosor es delgado, presenta un punteado normal, no presenta sangrado gingival al cepillado ni a la exploración clínica, se ha detenido levemente el proceso de retracción gingival.

Una vez realizadas las extracciones dentarias, no presentaron ningún inconveniente postoperatorio, no hubo infección y la cicatrización ha sido exitosa.

Se lograron culminar con éxito las endodoncias, las cuales fueron planificadas con fines protésicos.

Se restauraron las piezas dentales que presentaban caries, y comprometían la cara vestibular. Todas las restauraciones fueron realizadas con resinas de fotocurado, la paciente no presenta en la actualidad ninguna molestia.

Se realizó un puente fijo anterior y dos coronas con attaches, este sistema es una alternativa muy buena y más estética con respecto a las prótesis tradicionales de cromo cobalto con ganchos puesto que no son estéticos.

Con la rehabilitación oral integral se logró mejorar la calidad de vida de la paciente, restableciendo sus funciones masticatorias, fonéticas y estética, además de mejorar su autoestima y devolverle la seguridad en ella misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrancos, M. (2008). *Operatoria Dental*. Buenos Aires: Panamericana.
- Boveda, D. (2017). Postoperatorio en endodoncia. *Intramed Revista*, 5-6. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=75409>
- Calao, F; Barbosa, T. (2014). *Historia clínica odontológica*. Bogotá: EDUCC Editorial.
- Canalda, C, Brau, E. (2014). *Endodoncia tecnicas clinicas y bases cientificas*. Barcelona: ELSEIVER MASSON.
- Cuniberti, E. (2014). *Atlas de Periodoncia*. Buenos Aires: Panamericana.
- Davenport, R. (2016). *Guía Clínica de dentadura parcial*. Inglaterra: ELSEVIER.
- Macías, D. (2013). *Efecto del tratamiento endodóntico en los valores de la presión arterial en pacientes hipertensos*. *Medigraphic Revista*, 3-6. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od131g.pdf>
- Barry, E. (2014). *Periodoncia*. España: Elseiver Mosby.
- Gutiérrez, E; Iglesias, P. (2017). *Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica*. Venezuela: EDITEX.
- Fulgencio, G. (2016). *Manual básico de cirugía oral para el odontólogo*. México: 3Ciencias Editorial.
- Fulgencio, G. (2016). *Manual básico del tratamiento protésico para odontólogos*. México: 3ciencias Editorial.
- García, J. (2016). *Patología y terapéutica dental: endodoncia*. Barcelona: ELSEIVER.
- García, R y Bujaldón, D. (2015). *Recesió gingival*. *Revista Periodontal Scielo*, 1-2. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v27n1/original2.pdf>
- Gay, C. (2015). *Tratado de Cirugía Bucal*. Madrid: ERGON.
- Gómez, M. (2014). *Periodoncia: Fundamentos de Odontología*. Madrid: AMOLCA.

- González, L. (2016). *Manejo de la avulsión de dientes*. *Revista Estomatológica Herediana*, 1-3. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1766/1785>
- Gunnar, B. (2014). *Endodoncia*. México: Manual Moderno.
- Guzmán, J. (2017). *Diagnóstico endodóntico*. *Intramed Revista*, 3-4. Recuperado de <https://docplayer.es/79098901-Revista-de-investigacion-en-ciencias-de-la-salud.html>
- Hernández, G. (2015). *Odontología restauradora en prótesis fija*. *Revista Javeriana*, 1-68. Recuperado de <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/sitiov30/wp-content/uploads/2018/01/revista201702.pdf>
- Hupp, J; Ellis, E y Tucker, M. (2015). *Cirugía Oral y Maxilofacial*. España: ELSEIVER.
- Internacional, F. D. (2015). *El desafío de las enfermedades bucodentales, Una llamada a la acción global*. Ginebra.
- Llena, C, Forner Navarro Leopoldo. (2014). Aislamiento del campo operatorio endodóntico. *Revista Universidad de Valencia*, 4-6. Recuperado de <http://www.endovalencia.com/wp-content/uploads/2015/07/Aislamiento-del-campo-operatorio-en-endodoncia.pdf>
- Malamed, S. (2014). *Manual de Anestesia local*. Barcelona: ELSEIVER.
- Ferro, M. (2014). *Fundamentos de la Odontología*. Bogotá: Universidad Pontificia Javeriana.
- Martinelli, S. (2012). *Dinámica de los irrigantes*. *Scielo Revista*, 6-7. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v14n19/v14n19a06.pdf>
- Masioli. (2013). *Odontología Restauradora de la A a la Z*. Brasil: Ponto.
- Chiapasco, M. (2015). *Tácticas y técnicas en cirugía oral*. Italia: AMOLCA EDITORIAL.

- Monti, L. (2017). *Estudio radiográfico en cirugía bucal. Revista Española de Cirugía oral y maxilofacial*, 1-3. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v32n3/original2.pdf>
- Moura, L. (2014). *Tratamiento con amoxicilina en la prevención de complicaciones postoperatorias. Revista española de cirugía oral y maxilofacial*, 3. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v38n4/1130-0558-maxi-38-04-00188.pdf>
- Nocchi. (2014). *Odontología Restauradora Salud y Estética*. Argentina: Panamericana Editorial.
- OMS. (2012). *Salud Bucodental*. Ginebra.
- Pablo, S, Francisco, B. (2016). *Bases biológicas para la Endodoncia*. Rosario: Masson.
- Palma, A y Sánchez, F. (2014). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. Madrid: España: Paraninfo Ediciones.
- Pérez, M. (2015). *Limpieza y conformación del sistema de conductos radiculares. Acta Odontológica Venezolana*, 9. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000200011
- Perry, Beemsterboer y Essex. (2014). *Periodontología para el higienista dental*. Barcelona: ELSEIVER .
- Ramírez, L. (2015). *Visión actualizada de la Radiología en Endodoncia* . *Revista Odontoestomatológica* , 3-5. Recuperado de https://www.carlosboveda.com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado_20.htm
- Raspall . (2006). *Cirugía Oral e Implantología*. Madrid: Panamericana.
- Reis, L. (2013). *Sistema condicionante en Operatoria. Revista de Operatoria Dental y Biomateriales*, 5-7. Recuperado de <http://www.rodyb.com/wp-content/uploads/2013/02/sistemas-adhesivos.pdf>

- Rodríguez, C. (2014). Determinación de la longitud de trabajo en endodoncia. *Revista Odontoestomatológica de Chile*, 1-3. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v8n2/art05.pdf>
- Rodríguez, L. (2015). *Guía de práctica en Salud en Odontología*. *Revista Bogota Positiva*, 24-25. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%A1da%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Caries%20Dental.pdf>
- Sánchez, A; Saura, M y Moya, Ma. (2014). *Manual de Periodoncia*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Soares, G. (2014). *Endodoncia Técnicas y Fundamentos*. Buenos Aires: Panamericana.
- Sociedad Española de Periodoncia . (2014). *Manual SEPA de periodoncia* . Buenos Aires: Panamericana Editorial.
- Tajuelo, F. (2017). *Apertura en endodoncia y localización de conductos*. Madrid: Liber Factory.
- Zamudio, M. (2015). *Odontología Restauradora*. *Odontoestomatología Revista*, 2-5. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v17n26/v17n26a06.pdf>
- Zeledón, R. (2014). *Guía para Endodoncia*. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Agudo, R. (2013). *Coronas con aditamento*. *Revista de Actualización Boliviana*, 5-6. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v29/v29_a03.pdf
- Carr, D. (2010). *Prótesis parcial removible*. España: ELSEIVER MOSBY.
- Corts, J; Abella, R. (2013). Protocolo de *cementado de restauraciones cerámicas*. *Revista Científica Boliviana Acta Odontológica*, 5. Recuperado de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/actasodontologicas/article/download/950/943/>
- Davenport, R. (2016). *Guía Clínica de dentadura parcial*. Inglaterra: ELSEVIER.

- Gutiérrez, E; Iglesias, P. (2017). *Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica*. México: Editex.
- Schemeling, M. (2017). *Selección del color en prótesis fija*. *Acta Odontológica Revista*, 1-10. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/odovtos/v19n1/2215-3411-odovtos-19-01-00023.pdf>
- Farias, N; Torre, G; Porto, A; Rizzatti, C. (2013). *La prótesis parcial removible en el contexto de la odontología actual*. *Revista Odontológica Venezolana*, 1-4. Recuperado de <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art-26/>
- Fernández, L. (2012). *Prótesis Parcial Removible (Procedimientos clínicos y de laboratorio)*. Lima: Savia.
- Sánchez, F. (2016). *Manual básico del tratamiento protésico para odontólogos*. México: 3ciencias Editorial.
- Giraldo, E. (2014). *Estudio in vitro de la estabilidad dimensional de troqueles para prótesis fija*. *Revista Nacional de Odontología*, 2-4. Recuperado de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/297/308>
- González, C; Caballero, D y Silva, M. (2013). *Técnicas para el manejo del tejido gingival en prótesis fija*. *Avances en Odontología Revista*, 2-3. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v29n4/original3.pdf>
- Gulayin, V. (2017). *Aplicación de la radiografía periapical*. *FOLP Revista*, 2. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/66807/P%3%B3ster_PDF.pdf?sequence=1
- Hernández, L. (2008). *Aditamentos de anclaje, una opción en el tratamiento protésico*. *ADM*, 4-7. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2008/od083g.pdf>
- Huaynoqa, N. (2012). *Elaboración del modelo primario*. *Revista Boliviana*, 3. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v24/v24_a02.pdf

Fernández, E; Acosta, H; Madrid, I y Verdugo, L. (2017). *Rehabilitación de maxilares mediante prótesis removibles*. *Revista Clínica Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 3-5. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v10n2/0719-0107-piro-10-02-00096.pdf>

Kaiser. (2010). *Attachments*. Curitiba : Quintessence.

Lima; Cabrera; Estrada. (2015). *Prótesis Parcial Removible* . *Revista Odontoestomatología*, 2-6. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v17n25/v17n25a06.pdf>

Mallat. (2010). *Protesis parcial removible y sobredentaduras*. España: Elseiver.

McCracken, A. (2013). *Prótesis Parcial Removible*. México: MASSON.

Misch, C . (2015). *Prótesis dental fija*. Barcelona: ELSEIVER MASSON EDITORES.

Resenstiel, S . (2016). *Prótesis Fija Contemporánea*. España: Elseiver.

Siñani, M. (2012). *Técnica de confección de una prótesis parcial removible*. *Revista de Actualización Clínica*, 2-4. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v24/v24_a04.pdf

Watanabe, S; Ochoa, H. (2015). *Rehabilitación oral con prótesis fija*. *Odontología Sanmarquina*, 2-4. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3051/256>

ANEXO

Anexo N° 1. Carta de consentimiento informado

Yo, el abajo firmante, _____

Con residencia en _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Rehabilitación oral integral en una paciente con alto índice de riesgo cariogénico. La egresada Briones Loor Nicole Madeleyne, de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y aproximada duración de la exploración bucal. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del tratamiento que me va a realizar, las mismas que han sido respondidas a mi entera satisfacción, reconozco que se me explico y entendí el procedimiento que se propone, estoy enterada de los beneficios, sé de los riesgos y las probables complicaciones que se pueden presentar y se me ha explicado las alternativas existentes, sin embargo, consciente de que se busca un beneficio, doy mi consentimiento sin obligación y por decisión propia para que estos se efectúen, así mismo para realizar la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, con base en el principio de libertad prescriptiva. Estoy de acuerdo con que los datos personales y odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computarizados de la autora de la investigación.

Nicole Madeleyne Briones Loor.
Egresada de la Carrera de Odontología.

María Hermelinda Casanova.
Paciente.

Anexo N°2. Cronograma de Titulación

SEMANAS	FECHAS	NUMERO DE HORAS			ACTIVIDADES	OBSERV.
		TUTORIAS METODOLOGICA	PRAXIS PROFESIONAL	TUTORIA PERSONALIZADA		
	3-7 SEPT.2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACION	PERIODO DE MATRICULAS ORDINARIAS
	10-14 SEPT. 2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACION	PERIODO DE MATRICULAS ORDINARIAS
	17- 21 SEPT. 2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACION	PERIODO DE MATRICULAS EXTRAORDINARIAS
1	24- 28 SEPT. 2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACION	
2	1-5 OCT. 2018			10	PRESENTACION DE PACIENTES	
3	8-12 OCT. 2018	8		10	PRESENTACION DE PACIENTES	EXEPTO LUNES 8 DE OCT.
4	15- 19 OCT. 2018	8		10	PRESENTACION DE PACIENTES	EXEPTO 18 DE OCT.
5	22- 26 OCT. 2018	8		10	TRABAJO DE TITULACION	
6	29 OCT.- 2NOV. 2018	8		10	TRABAJO DE TITULACION	EXEPTO VIERNES 2
7	5 - 9 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
8	12-16 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
9	19-23 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
10	26 - 30 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
11	3-7 DIC. 2018	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
12	10-15 DIC. 2018	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
13	2-4 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
14	7- 11 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
15	14-18 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
16	21-25 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	

17	28 ENERO- 1 FEB. 2019	8		10	REVISION DE PACIENTES POR TRIBUNAL DESIGNADO	
18	4-8 FEB. 2019			10	ENTREGA BORRADOR DEL INFORME FINAL	
	11-15 FEB. 2019				REVISION POR PROFESORES Y TUTORES / CORRECCION GRAMATICAL	
	18-22 FEB. 2019				PLAGIO/ TRADUCCION RESUMEN	
	28 FEB. 2019				ENTREGA DEL INFORME FINAL	
TOTAL, HORAS		120	80	200		

Anexo N°3. Recursos Económicos

Cantidad	Material	Precio Unitario	Precio Total
1	Pasta profiláctica	\$4,00	\$4,00
1	Cepillo profiláctico	\$0,25	\$0,25
1	Cubeta desechable para flúor	\$0,50	\$0,50
1	Flúor	\$6,50	\$6,50
1	Suero fisiológico	\$3,50	\$3,50
3	Paquete de gasas	\$1,50	\$4,50
20	Jeringa descartable de 10ml	\$0,10	\$2,00
10	Anestésico	\$0,50	\$5,00
10	Aguja para carpule	\$0,15	\$1,50
1	Limas K – files de 1ra. serie	\$7,50	\$7,50
1	Hipoclorito de sodio	\$5,00	\$5,00
1	Fresa redonda	\$2,00	\$2,00
1	Conos de papel	\$9,00	\$9,00
1	Conos de gutapercha	\$9,00	\$9,00
1	Selapex	\$28,00	\$28,00
1	Coltosol	\$10,00	\$10,00
1	Paquete de torundas de algodón	\$0,50	\$7,00
1	Caja de diques de goma	\$0,50	\$19,00
1	Paquete de succionador	\$0,05	\$5,00
3	Agujas navitive	\$3,00	\$9,00
1	Porción de resinas	\$15,00	\$15,00
1	Ionómero de vidrio de fotocurado	\$4,00	\$4,00
1	Fresa cilíndrica	\$1,50	\$1,50
1	Fresa cono invertido	\$1,50	\$1,50
1	Fresa troncocónica	\$1,50	\$1,50
1	Fresa alpina	\$1,00	\$1,00
1	Alginato	\$7,00	\$7,00
2	Yeso extra duro	\$1,50	\$1,50
1	Yeso modelo	\$1,00	\$1,00
1	Fresa de balón	\$1,00	\$1,00
1	Fresa de llama	\$1,00	\$1,00
1	Hilo retractor	\$8,00	\$8,00
1	Speedex	\$20,00	\$20,00
1	Acrílico líquido rápido	\$0,60	\$0,60
1	Acrílico en polvo rápido	\$0,60	\$0,60
2	Coronas de metal-porcelana	\$40,00	\$80,00

1	Puente metal/porcelana de 6 pieza	\$40,00	\$240,00
1	Prótesis acrílica	\$75,00	\$75,00
1	Prótesis cromo cobalto	\$125,00	\$125,00
2	Attaches	\$75,00	\$150,00
1	Caja de guantes	\$8,00	\$8,00
1	Caja de mascarilla	\$3,00	\$3,00
1	Cemento para coronas	\$30,00	\$30,00
30	Radiografías periapicales	\$0,30	\$15,00
1	Radiografía panorámica	\$13,00	\$13,00
10	Paquete campos operatorios	\$1,00	\$10,00
10	Gorros desechables	\$1,00	\$10,00
2	Líquidos reveladores – frascos	\$2,50	\$5,00
100	Impresión – hojas	\$0.10	\$10.00
300	Copias	\$0.03	\$9.00
2	Bolígrafos	\$0,50	\$1,00
1	Hojas de papel – resma	\$4,00	\$4,00
1	Lápiz bicolor	\$0,50	\$0,50
1	Borrador	\$0,50	\$0,50
3	Anillado	\$1,00	\$3,00
	Subtotal.		\$ 916,25
	Imprevistos.	10%	\$ 83,95
	Total.		\$ 1.000,20

Anexo N°4. Examen Físico

Figura N°. 1 Vista Frontal y Lateral del macizo Facial (Antes).

Nota: las fotografías de clínicas son de elaboración propia

Anexo N°5. Técnicas de Diagnóstico



Figura N°. 2 Exámenes complementarios: Radiografía Panorámica



Figura N°. 3 Estado inicial de la boca de la paciente.



LABORATORIO CLÍNICO GAMMA
Somos tu elección porque nos importa tu salud

P.B.X: 2634590
1800 labgamma (522426)
www.gamma.com.ec

1 / 1

Paciente miércoles, 07 de noviembre de 2018 (07:16)

Sra. María Hermelinda Casanova

Médico

Análisis 164
VC 583157

Edad
65 AÑOS

Sexo
Femenino

Historia
375821

	Resultados		Valores de referencia**	
HEMATO-INMUNOHEMATOLOGIA				
Leucocitos	4,500	/ul	4,400 - 11,500	
Hemáties	3,900,000	/ul	4,100,000 - 5,400,000	
Hemoglobina	12.4	g/dl	12.3 - 15.3	
Hematócrito	36.1	%	35.0 - 47.0	
VCM	93	fl.	80.0 - 96.0	
HCM	31.8	pg.	28.0 - 32.0	
CHCM	34.3	%	32.0 - 36.0	
IDE	13.1	%	11.5 - 16.0	
Plaquetas	199	mil/ul	150 - 450	
VPM	10.9	fl.	7.2 - 11.1	
Plaquetocrito	0.217	%		
GI %	0.0 %	0 /ul	Menos de 2.0 %	
N. Segmentados	45.5 %	2048 /ul		
Eosinófilos	2.9 %	131 /ul		
Basófilos	0.2 %	9 /ul		
Linfocitos	43.8 %	1971 /ul		
Monocitos	7.6 %	342 /ul		
Morfología de células sanguíneas: Normal				
HEMOSTASIA Y COAGULACION				
T. Coagulación	4m 44s	minutos	3.00 - 5.00	

JMP 07/nov/2018 10:07

Figura N°. 4 Exámenes complementarios: Hemograma Completo.

Anexo N°6. Historia clínica

Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO USGP

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
U.S.G.P.	Maria Hermelinda	Cesanova	F	65	T97

MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
					X	

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

"Quiero que me arregle la dentadura"

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Paciente Asintomática

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIRSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. EMP. CARDIACA	10. OTRO
							X		

Hipertensión (Paciente)

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA min.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min.
110/70	60/min	37°	17/min

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGEO	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				
		X					

M.A.T.M. Chusquidos Bicondilar

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR 'X' (1,2 o 3). SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MÁL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES			PLACA			
0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	0-1
16	X	17	55	1	0	0
11		21	51			
26		27	65			
35	X	37	75	1	0	0
31	X	41	71	1	1	0
46		47	85			
TOTALES				3	1	0

8 ÍNDICES CPO-cao

	C	P	O	TOTAL
D	1	12	0	13
d				

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo SELLANTE NECESARIO	U PERDIDA (OTRA CAUSA)	— PRÓTESIS TOTAL
* azul SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	□ CORONA
X rojo EXTRACCIÓN INDICADA	(—) PRÓTESIS FIJA	○ azul OBTURADO
X azul PÉRDIDA POR CARIES	(—) PRÓTESIS RE-MOVIBLE	○ rojo CARIES

ODONTOLOGÍA (1)

Figura N°. 5 Formulario 033 MSP.

Anexo N°7. Protocolo de terapia periodontal.

Figura N°.6 Sondaje.



Figura N°.7 Eliminación del Cálculo.

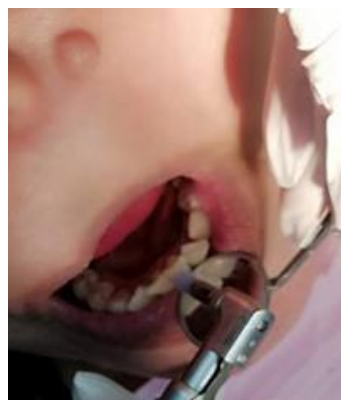


Figura N°.8 Pulido de las superficies dentales.



Figura N°.9 Colocación de geles fluorados de uso profesional.

Anexo N°8. Protocolo de cirugía



Figura N°.10 Evaluación radiológica.



Figura N°.11 Control de signos vitales: Presión arterial.



Figura N°.12 Anestesia.



Figura N°.13 Sindesmotomía.



Figura N°.14 Luxación.



Figura N°.15 Agarre del diente, tracción y expansión del alveolo.



Figura N°.16 Extracción del diente del alveolo.



Figura N°. 17 Curetaje del alvéolo.



Figura N°.18 Sutura Compresión alveolar.

Anexo N°9. Protocolo de Endodoncia

Figura N°.19 Diagnóstico pulpar. Radiografías

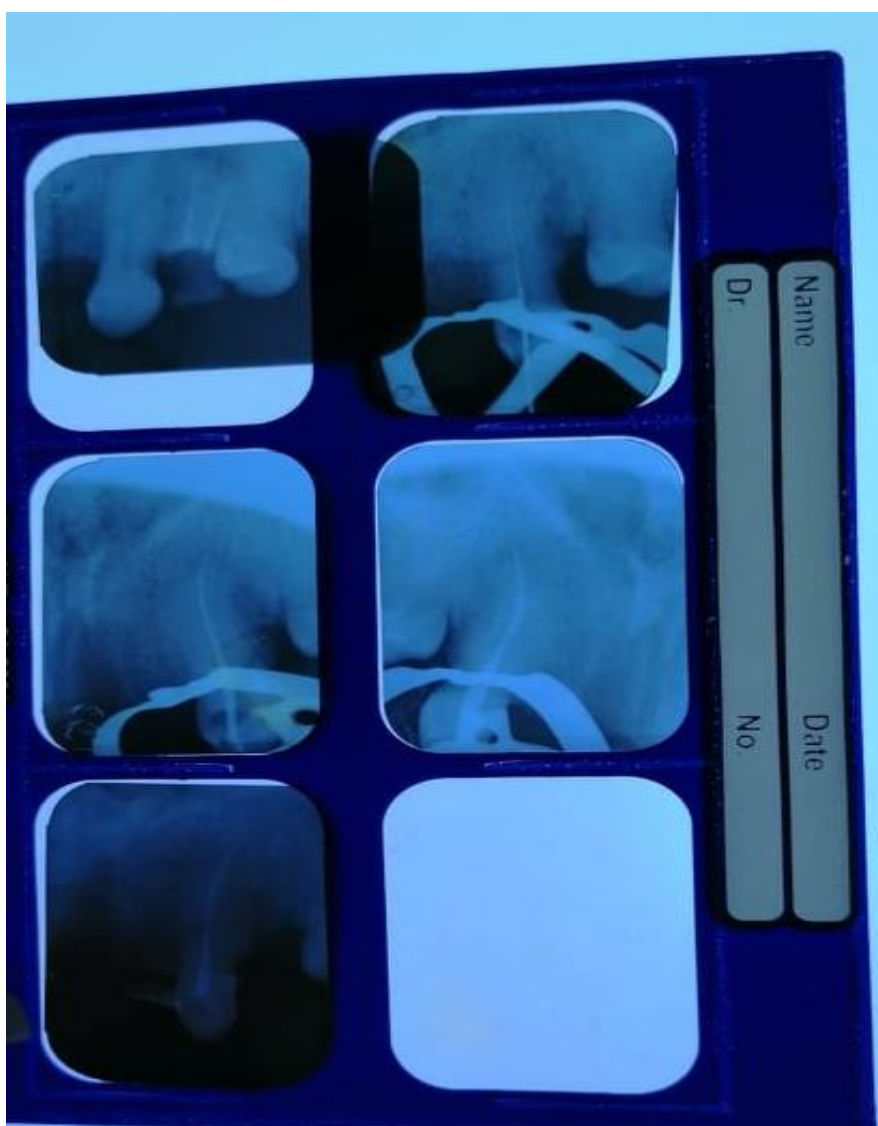


Figura N°.20 Radiografías.



Figura N°.21 Aislamiento, Apertura de acceso y Conductometría.



Figura N°.22 Instrumentación e Irrigación.

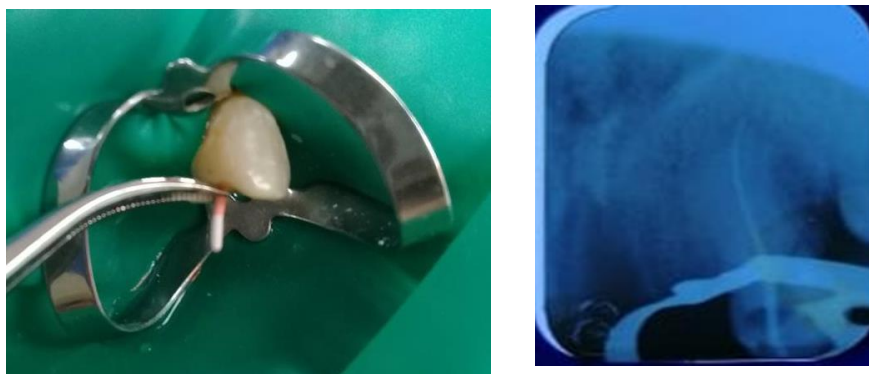


Figura N°.23 Adaptación del cono maestro.



Obturación del conducto P#23.

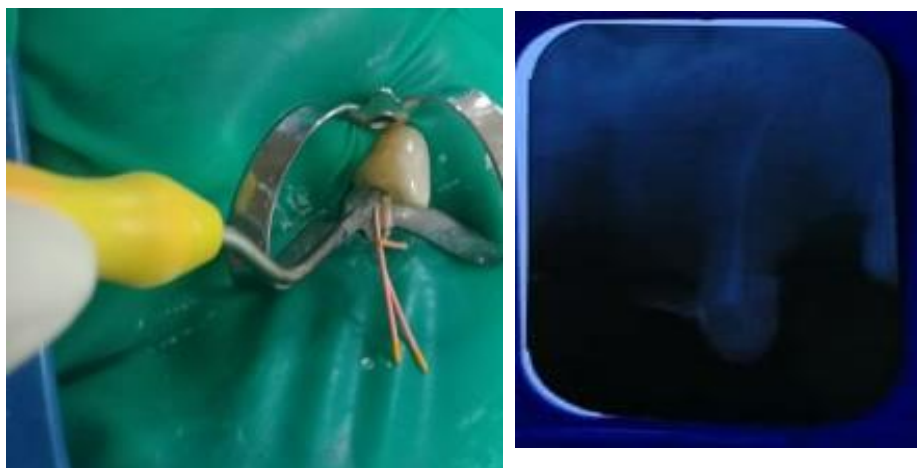


Figura N°.25 Corte de cono y radiografía final.

Anexo N°10. Protocolo de Operatoria

Figura N°.26 Maniobras previas Aislamiento.



Figura N°.27 Apertura.



Figura N°.28 Conformación limpieza y desinfección de la cavidad.



Figura N°.29 Colocación de ácido grabador.



Figura N°.30 Colocación de Bonding.



Figura N°.31 Restauración final.



Figura N°.32 Pulido y brillo de la superficie restaurada.

Anexo N°11. Protocolo de prótesis fija

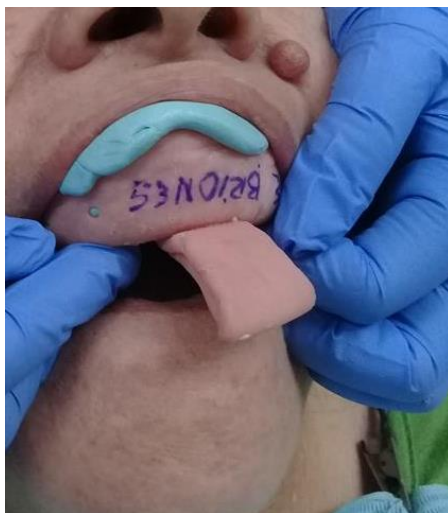


Figura N°.33 Toma de impresión para la confección del modelo diagnóstico.



Figura N°.34 Preparación dentaria.



Figura N°.35 Uso del hilo retractor



Figura N°.36 Toma de impresión definitiva



Figura N°.37 Restauración Provisional.



Figura N°.38 Prueba de metal.



Figura N°. 39 Prueba de cerámica.



Figura N°.40 Final

Anexo N°12. Protocolo de prótesis a placa.



Figura N°.41 Modelos de Diagnóstico.



Figura N°.42 Toma de impresión con pasta de condensación.



Figura N°.43 Registro de mordida.



Figura N°.44 Adaptación y prueba de estructura PPR y prótesis fija.



Figura N°.45 Prueba de enfilado en el paciente.



Figura N°.46 Entrega final de las prótesis.

Anexo N°13.



Figura N°.47 Vista Frontal del macizo Facial (Después)



Figura N°.48 Antes



Figura N°.49 Después