



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Trabajo de Sistematización Práctica.

Previo a la obtención del título de odontólogo.

Tema.

Rehabilitación oral integral de un paciente con enfermedad periodontal crónica en el periodo
marzo-noviembre de 2015.

Autor.

Jorge Camilo Mera Álava.

Tutora.

Dra. Hidelisa Valdés Domech espc. Periodoncia.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

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

Dra. Hidelisa Valdés certifica que el trabajo de Sistematización Prácticas titulado: **Rehabilitación oral integral de un paciente con enfermedad periodontal crónica, en el periodo marzo-noviembre de 2015.** Es trabajo original de la estudiante Jorge Camilo Mera Álava, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Hidelisa Valdés Domech espec. Periodoncia.

Tutora del trabajo de sistematización práctica.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Rehabilitación oral integral de un paciente con enfermedad periodontal crónica, en el periodo marzo-noviembre de 2015. Informe de Sistematización Práctica sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del Título de Odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucia Galarza Santana Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

Dra. Hidelisa Valdés esp. Periodoncia

Tutora del trabajo de sistematización práctica.

Odo. Geomara Dueñas Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

Odo. Ayda Mendoza esp. Endodoncia.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

El suscrito, autor del presente trabajo en sus argumentos, análisis y resultados, titulado: **Rehabilitación oral integral de un paciente con enfermedad periodontal crónica, en el periodo marzo-noviembre de 2015**, ha sido desarrollado en su totalidad por el autor, producto de su idea original, lo cual doy fe para los finales legales consiguientes. Además cedo mis derechos de autoría de la actual investigación, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Jorge Camilo Mera Álava.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Doy gracias a Dios por guiarme y protegerme en este largo camino, por darme fuerzas para no desfallecer cuando creía no poder seguir.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por darme la oportunidad de formarme como profesional y a la vez brindarme los valores para ejercer mi profesión. A mis profesores, por sus enseñanzas, dedicación y sus valiosos consejos. A mi tutora, por su colaboración y ayuda incondicional para la elaboración de este proyecto.

A mi familia y amigos, por ser parte importante, por soportar cada hecho de mi vida tan cambiante, por cada momento.

Jorge Camilo Mera Álava

DEDICATORIA.

La vida da tantas vueltas que uno no sabe dónde termina parado, ni quiénes serán los que se queden cuando todos se hayan ido, existen dos personas que jamás se irán y a quienes les debo todo lo que soy para bien o para mal, esos seres que me amaron desde el momento que supieron que venía al mundo y a quienes les dedico este proyecto, son mis padres: Lcdo. Camilo Mera Vinces y Lcda. Olga Álava Franco; y a mi hermana, por su amistad incondicional y por estar para mí siempre que la necesitaba.

A tres personas a quienes guardo en mi corazón y los inmortalizo en el recuerdo: mis abuelitos Francisco Mera Vinces, Alberto Álava y mi nana Katty Indio, para quien siempre fui su niño. Hoy son mis ángeles que desde el cielo juntos a Dios me protegen. A mis tías, por su apoyo y sus consejos, por las risas y locuras, por su amor materno y su sobreprotección que, aunque ya era un adulto seguía siendo un niño para ellas. A mi abuelita, esa segunda madre que con sus bendiciones me hizo llegar aquí.

A mi hijo Jorge Camilo Mera Véliz, a ese pedazo de cielo que cambio mi vida, ese angelito que vino a llenarme de fuerzas, por él aprendí lo que significa la palabra valentía, quien me hizo entender que ya no tenía vida si no era con él, al que amo y amaré más que a nada en este mundo.

Jorge Camilo Mera Álava

RESUMEN.

El presente proyecto se basa en la rehabilitación oral integral de un paciente con enfermedad periodontal crónica, en el periodo marzo-noviembre de 2015, realizado en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Para la realización de este proyecto se utilizaron técnicas diagnósticas, mediante una historia clínica del Ministerio de Salud Pública 033; se obtuvo información del Estado en el que se presentó por primera vez en la clínica, presencia de placa bacteria acompañada de cálculo, caries, piezas con destrucción coronaria, resto radiculares y espacios desdentados.

Se realizó la rehabilitación oral integral de la cavidad bucal del paciente, siguiendo un plan de tratamiento, para solucionar a la problemática.

Los tratamientos planteados se culminaron obteniendo resultados satisfactorios y a su vez devolviendo sus funciones masticatorias, estéticas y fonética, mejorando la autoestima y confianza del paciente.

ABSTRACT.

This project is based on the comprehensive oral rehabilitation of a patient with chronic periodontal disease, during the March-November 2015 period, performed in clinics of the University San Gregorio in Portoviejo.

To carry out this project, diagnostic techniques were used, through a history of the Ministry of Public Health 033; In this way it was possible to obtain information from the state in which the patient came for the first time at the clinic. It was observed the presence of plaque accompanied by calculation, decay, destruction coronary pieces, root and other edentulous spaces.

Integral oral rehabilitation of the oral cavity of the patient was carried out following a treatment plan to solve the problem.

The treatments were completed with satisfactory results so his masticatory functions, aesthetic and phonetic were returned, improving patient self esteem and confidence.

INDICE.

Certificación del tutor del trabajo de sistematización práctica.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1
Capítulo I.....	2
1. Problematización.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.3. Delimitación.....	3
1.4. Justificación.....	3
1.5. Objetivos.....	4
1.5.1. Objetivo general.....	4
Capítulo II.....	5
2. Marco Teórico Conceptual y Referencial.....	5

2.1.	Historia clínica general del paciente.....	5
2.1.1.	Antecedentes familiares y personales.....	5
2.1.2.	Examen físico.....	6
2.1.3.	Exámenes complementarios.....	8
2.1.4.	Diagnóstico radiográfico.....	8
2.1.5.	Diagnostico presuntivo.....	9
2.1.6.	Plan de tratamiento.....	9
2.2.	Periodoncia.....	10
2.2.1.	Periodonto de inserción.....	10
2.2.2.	Periodonto de protección.....	11
2.2.3.	Placa Bacteria.....	11
2.2.4.	Cálculo dental.....	12
2.2.5.	Profilaxis.....	12
2.2.6.	Remoción de cálculo y placa.....	13
2.2.7.	Raspado y Alisado.....	13
2.2.8.	Periodontitis crónica.....	16
2.3.	Operatoria.....	18
2.3.1	Tejidos dentarios.....	18
2.3.2.	Protección dentino pulpar.....	21
2.3.3.	Protocolos para la preparación cavitaria.....	22
2.3.4.	Protocolo de restauración.....	22
2.4.	Endodoncia.....	23
2.4.1.	Pasos del procedimiento prevaloración.....	25
2.4.2.	Protocolo para el tratamiento endodóntico.....	25

2.4.3.	Obturación del conducto.....	27
2.5.	Cirugía.....	28
2.5.2.	Diagnostico radiográfico.....	29
2.5.2.	Exámenes complementarios.....	29
2.5.3	Pasos para realizar una exodoncia simple.....	29
2.5.4.	Instrucciones postoperatorias.....	31
2.5.5.	Antibióterapia.....	31
2.5.6.	Analgésicos.....	32
2.6.	Protesis fija.....	32
2.6.1.	Preparación del diente para recibir la corona metal- porcelana.....	33
2.6.2.	Selección de agente de unión.....	34
2.6.3.	Preparación de la restauracion y la superficie dental para la cementación.....	34
2.7.	Prótesis parcial removible.....	35
2.7.1.	Clasificación de Kennedy.....	35
2.7.2.	Materiales de impresión.....	36
	 Capítulo III.....	 39
3.	Marco metodológico.....	39
3.1.	Modalidad de trabajo.....	39
3.2.	Métodos.....	39
3.3.	Técnicas de diagnóstico.....	40
3.4.	Protocolos.....	40
3.5.	Ética.....	42

3.6.	Marco administrativo.....	43
	Capítulo IV.....	46
4.	Análisis e interpretación de los resultados.....	46
5.	Anexos.....	48

Bibliografía

INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud amplió la definición de salud para significar “un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no simplemente la ausencia de enfermedad”. La salud bucal juega un papel importante en el bienestar, la rehabilitación oral es una especialidad odontológica que abarca tratamientos de forma integral, estos están directamente relacionados para el restablecimiento de funciones y la estética, además del estado emocional.

El contenido del siguiente trabajo investigativo hace referencia a la Rehabilitación Oral Integral de un paciente de 55 años con presencia de enfermedad periodontal crónica, placa bacteriana, cálculo dental, caries dental, destrucción coronaria, restos radiculares y espacios edéntulos que comprometían tanto la funcionalidad y la estética del paciente, en el periodo Marzo- Noviembre del 2015. El marco teórico, conceptual y referencial nos ayudó a concretar el planteamiento de soluciones a los problemas bucodental.

Por medio del presente trabajo se detalla el caso clínico, el cual mejoró la calidad de vida del paciente, la apariencia física y su estado psicológico emocional. Se presentaron diversos tratamientos que hicieron posible la rehabilitación completa del paciente.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Rehabilitación oral integral de un paciente con enfermedad periodontal crónica, en el periodo marzo-noviembre de 2015.

1.2. Planteamiento del problema.

La periodontitis crónica es la más común de las formas de periodontitis, tiene su expresión significativa en la edad adulta, Los estudios epidemiológicos y las encuestas a nivel mundial según las investigaciones realizadas en el sitio web Medigraphic demuestran que el progreso de la enfermedad es generalmente lento y continuo y la severidad se relaciona directamente con la presencia de placa bacteriana y cálculo dental.

Las enfermedades gingivales inducidas por placa bacteriana como la periodontitis crónica, periodontitis agresiva y enfermedades ulcero-necrosantes podrían presentarse como manifestaciones de Enfermedades sistémicas, según datos obtenidos en la Revista Latinoamericana. La asociación entre ambas podría corresponder a efectos sistémicos generados a partir de la acción de mediadores inflamatorios sistémicos.

En las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, mediante un diagnóstico detallado se determinó la rehabilitación oral integral de paciente con periodontitis crónica; realizando principalmente la eliminación placa bacteriana y cálculo dental, que le provocaba a la paciente un medio séptico; mejorando la salud en general del paciente.

1.3. Delimitación.

Campo: ciencias de la salud.

Área: odontología.

Aspecto: rehabilitación oral.

Delimitación espacial: la presente investigación se desarrolló en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador.

Delimitación temporal: marzo-noviembre de 2015.

1.4. Justificación.

El trabajo de Sistematización Práctica se justifica en base al objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir: Mejorar la calidad de vida de la población, el cual tiene como finalidad sensibilizar a la población en cuanto a la importancia de los hábitos de vida saludables.

Se justifica institucionalmente la realización de este trabajo de Sistematización Práctica ya que la Universidad San Gregorio de Portoviejo brinda atención odontológica a comunidades vulnerables. Se rehabilitó en diferentes áreas a un paciente con periodontitis crónica en el periodo Marzo – Noviembre del 2015.

El presente trabajo beneficia al autor y al paciente, debido a la necesidad de los tratamientos descritos para mejorar la calidad de vida del paciente, dicho trabajo fue factible ya que se contó con las clínicas y los docentes a cargo además el uso de técnicas y conocimientos adquiridos a lo largo de la etapa estudiantil.

1.5. Objetivo.

1.5.1. Objetivo General:

Rehabilitación Oral Integral de un paciente con enfermedad periodontal crónica para devolver sus funciones y la estética.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Historia de la enfermedad actual.

Paciente de 55 años de edad, de sexo masculino, raza mestiza con antecedentes de diabetes e hipertensión. Acude a la consulta odontológica por tener en mal estado los dientes. El paciente presenta cálculo supragingival en la zona anteroinferior, además presenta restos radiculares de las piezas 14, 17 y 45, no refiere dolor, pero hay destrucción coronaria con exposición pulpar de las piezas 34 y 43, por lo que requiere de nuestro servicio para su diagnóstico y tratamiento.

2.1.1. Antecedentes patológicos.

Personales: diabetes.

Familiares: diabetes madre y hermana / hipertensión madre y hermana.

2.1.2. Examen físico.

Examen físico general.

Paciente consciente, ubicado en tiempo y espacio, que deambula sin dificultad y que no presenta facies patognomónicas de ninguna enfermedad. Presenta piel y mucosas con hidratación y coloración normal, sin lesiones visibles, temperatura de 37°C, frecuencia cardiaca de 80 pulsaciones/minuto, presión arterial de 130/90 mm/Hg y frecuencia respiratoria de 16 respiraciones/minuto. Panículo adiposo conservado.

Examen físico regional.

Examen extraoral.

Inspección: al examen físico de la cabeza y cuello no presenta patología aparente. Pliegues cutáneos normales. No hay presencia de ninguna tumefacción o presencia de fístulas.

Palpación: no presenta ningún signo clínico de alteración. La palpación de los ganglios linfáticos no palpables en el área corporal, sin presencia tumefacción o presencia de fístulas

Examen intraoral.

Inspección: el indicador de caries (CPO) es de 32 (C: 1, P:10, O:0) 1 pieza cariada, 11 piezas perdidas y 0 piezas restauradas u obturadas.

La pieza 33 presenta caries, clase III de Black

Las piezas 14, 17 y 45 se les indica extracción por ser restos radiculares

Las piezas 16, 26, 27 son piezas perdidas en el maxilar superior.

Las piezas 36, 37, 46 y 47 son piezas perdidas en el maxilar inferior.

Las piezas 34 y 43 presentan destrucción coronaria, se indican para endodoncia, posteriormente poste de resina más corona metal-porcelana.

La zona anteroinferior presentan placa bacteriana y cálculo supragingival.

Por vestibular: las encías se encuentran inflamadas, con presencia de bolsas y pérdida de inserción periodontal, moderadamente tumefacta, de color rojo pálido, pérdida de graneado gingival, con márgenes gingivales romos y papilas aplanadas.

Parte interna: los labios se encuentran normal, mucosa rosada, lisa, se observa fondo de surco y frenillos labiales en el labio superior como en el inferior. Los carillos presentan una mucosa rosada, lisa. Sin ninguna alteración.

Por palatino: el paladar duro presenta una mucosa rosa pálida, adherida al hueso adyacente, el paladar blando se encuentra de color rosado, liso. Sin ninguna alteración.

La lengua: de consistencia blanda, movimientos libres, de color rosado. El frenillo lingual se encuentra en su disposición normal. Piso o suelo de la boca: de mucosa rosada, lisa y húmeda.

Palpación: en las partes blandas de la cavidad bucal no se encuentra ninguna alteración, en las partes duras de la cavidad bucal no se encuentran fistulas o ulceras, ni crecimientos óseos anormales. No hay aumento del volumen en las glándulas salivales.

Percusión: No refiere dolor en ninguna de las piezas

2.1.3. Exámenes complementarios.

Radiografía panorámica.

Radiografías periapicales.

Hemograma completo.

2.1.4. Diagnostico radiográfico.

Panorámica.

Maxilares. observamos:

Restos radiculares de las piezas 16, 26, 27.

Leve reabsorción ósea en el sector posterior.

Ligamento periodontal normal en las piezas presentes.

Mandíbula. observamos:

Caries en la pieza 33.

Destrucción coronaria de las piezas 34 y 43, con comunicación pulpar .

Resto radicular de la pieza 45.

Reabsorción ósea horizontal en las piezas # 31, 32, 33, 34 y 41, 42, 43, 44.

En la zona anteroinferior inferior se observa la presencia de cálculos supra e infragingival.

2.1.5. Diagnóstico presuntivo.

Periodontitis crónica (Placa y cálculo dental factores locales).

Caries de dentina.

Necrosis pulpar.

Restos radiculares.

Espacios edéntulos.

2.1.6. Plan de tratamiento.

Profilaxis y fluorización.

Exodoncia del resto radicular de las piezas 16, 26, 27 y 45.

Restauración clase III en la pieza 33.

Endodoncia de las piezas 34 y 43.

Poste de resina más corona metal-porcelana.

Prótesis parcial removible acrílica superior e inferior.

2.2. Periodoncia.

“El éxito en la realización de cualquier tratamiento odontológico radica en un adecuado diagnóstico y planificación del mismo, de esta manera se logran optimizar los resultados para el beneficio de los pacientes.” (Cesar Lamas Lara y Col¹, (2012), p.31)

2.2.1. Periodonto de inserción.

Lindhe, Lang y Karrin² (2009), hacen referencia que:

Cemento dentario: El cemento es un tejido mineralizado especializado que recubre las superficies radiculares y, en ocasiones, pequeñas porciones de la corona de los dientes. Posee muchas características en común con el tejido óseo, sin embargo, el cemento no contiene vasos sanguíneos ni linfáticos, carece de inervación, no experimenta remodelación o resorción fisiológica y se caracteriza porque se deposita durante toda la vida de la corona. (p. 31)

Ligamento periodontal: El ligamento periodontal es el tejido blando altamente vascularizado y celular que rodea las raíces de los dientes y conecta el cemento radicular con la pared del alvéolo. En sentido coronal, el ligamento periodontal se continua con la lámina propia de la encía y está delimitado respecto a ella por los haces de las fibras de colágenas que conectan la cresta ósea alveolar con la raíz. (p. 27)

Hueso periodontal: la apófisis alveolar se define como la parte de los maxilares superior e inferior que forma y sostiene los alveolos de los dientes. La apófisis está

¹Cesar Lamas y Col. (2012). *Rehabilitación Oral en Odontalgia*. Trabajo de Investigación Vol. 15 – Numero 1.

²Jan Lindhe, Niklaus Lang y Thorkild Karrin.(2009). *Periodontología Clínica Implantología Odontológica*. (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. República de Argentina

compuesta por hueso que se forma tanto por células del folículo o saco dentario como por células que son independientes del desarrollo dentario. (p.34)

2.2.2. Periodonto de protección.

Mooney, J. B., & Barrancos, P. J.³ (2006), hacen referencia que:

Encía: es la parte de la mucosa masticatoria que recubre los tejidos del proceso alveolar: podemos dividir topográficamente en encía marginal o libre y en encía insertada.

Encía marginal o libre: tiene un ancho de alrededor de 1 mm y se extiende desde el margen gingival hasta el surco marginal (éste último visible clínicamente sólo en el 33% de los pacientes) y forma parte de la pared externa del surco gingival. Desde el punto de vista clínico es de color rosa pálido y aspecto liso. Contornea la pieza dentaria, termina en el margen gingival en forma afilada y se proyecta llegando los espacios interdentarios y formando las papilas.

Encía insertada: la encía marginal se continúa apicalmente con la encía insertada que se extiende hasta la línea mucogingival que las separa de la mucosa de revestimiento. Es de color rosa claro, pálido con manchas de melanina en algunos casos. Tiene consistencia firme y textura puntiforme (semejante a la cascara de naranja) y está firmemente adherida al proceso alveolar subyacente, lo que impide que los movimientos de los labios y los carrillos se transmitan a la encía marginal. (pp. 397 y 398)

2.2.3. Placa Bacteriana

Según Francisco y Vicente⁴ (2009) señalan que “La placa bacteriana dental no es un agregado de bacterias residentes en la superficie dentaria, sino que forma una comunidad bacteriana (biofilm bacteriano) altamente organizada y resistente tanto a su disgregación como a su eliminación” (p. 78).

³Julio Barrancos. (2006). *Operatoria Dental: Integración Clínica*. (4ª ed.) Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

⁴Francisco y Vicente. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

Francisco y Vicente⁵ (2009) señalan que:

El control de la placa bacteriana supone una serie de actividades que deben estar perfectamente coordinadas para obtener los mejores resultados preventivos. En el control de la PB estamos implicados dos responsables: de una parte el profesional (odontólogo y/o higienista) y de otra el propio paciente. Por lo tanto, la responsabilidad de la salud periodontal de nuestros pacientes recae tanto en el profesional (responsable del diseño del protocolo y de la adecuada motivación al paciente) como en el paciente (cumplimiento de las visitas de control y seguimiento de los cuidados recomendados) a partes iguales. (p.49)

2.2.4. Cálculo dental

Langlais, R. P., Miller, C. S., & Nield-Gehrig, J. S.⁶ (2011) señalan que:

Los cálculos consisten en especial en bacterias muertas mineralizadas. Sus componentes químicos son, en su mayor parte, fosfato de calcio, carbonato de calcio, fosfato de magnesio. El cálculo es duro mineralizado y se adhiere con firmeza al diente. Por encima del margen gingival el cálculo se llama calculo supragingival; aparece de color amarillo o pardo, y suele estar colocado cerca de las grandes fuentes de saliva, en pacientes que no remueven mecánicamente la placa en forma regular. El cálculo supragingival se acumula, de manera preferencial, a lo largo del lado lingual de los incisivos. (p. 84)

2.2.5. Profilaxis.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador⁷ (2014) señala que “la profilaxis dental es el procedimiento que remueve la placa bacteriana blanda o mineralizada (cálculos

⁵Francisco y Vicente. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

⁶Langlais, R. P., Miller, C. S., & Nield-Gehrig, J. S. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

⁷Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Protocolos Odontológicos – Salud Bucal*. Edición General: Dirección Nacional de Normatizacio. Quito. Ecuador

supragingivales) y las pigmentaciones sobre las piezas dentarias, es importante para la prevención de algunas enfermedades o alteraciones de carácter bucodental” (p. 53).

El paciente presenta acumulación de placa bacteriana y cálculo supragingival en la zona anteroinferior por lo que es necesario realizar una profilaxis dental como primer paso para la rehabilitación oral.

2.2.6. Remoción de cálculo y placa.

Preti, G. L. R.⁸ (2007), cita que:

Tomando en cuenta que la enfermedad periodontal es una infección inducida por la placa bacteriana, su remoción profesional y la higiene en el hogar son los medios más eficaces para obtener y mantener la salud periodontal.

La terapia etológica consiste en la tartrectomía supra y subgingival y el alisado radicular mediante la utilización de instrumentos manuales, sónicos y ultrasónicos que remueven placa, tártaro, endotoxinas, permitiendo obtener una superficie radicular biológicamente apropiada para el restablecimiento de una adherencia compatible con el estado de salud. (p.127)

2.2.7 Raspado y Alisado.

Díaz, Fonseca, & Parra⁹ (2010), definen en su artículo:

⁸ Preti, G. L. R. (2007). *Rehabilitación protésica* tomo I. Bogotá, Republica de Colombia: Editorial Amolca.

⁹ Díaz, A., Fonseca, M., & Parra, C. (2010). *Cálculo dental una revisión de literatura y presentación de una condición inusual* - Acta odontológica. Venezolana.

El raspado es un procedimiento necesario para retirar los depósitos duros y suaves de la superficie dental, coronal al epitelio de unión, placa bacteriana, cálculo y endotoxinas bacterianas causantes del problema la eliminación del cálculo supragingival puede realizarse por medio de instrumentos de mano exclusivamente o por ultrasonidos, debiendo terminarse en este último caso con instrumental de mano (p. 3).

Según De Roja y Fernández¹⁰ (2009), citan que:

Por raspado radicular se entiende la eliminación de la placa y cálculo de la superficie del diente y, aunque no se especifica si se trata de cálculo supra, subgingival o de ambos, cuando se utiliza este término nos estamos refiriendo por lo general principalmente a la eliminación del cálculo depositado sobre la superficie del diente, la superficie radicular. El raspado radicular se realiza habitualmente combinando la instrumentación sónica/ultrasónica con la manual (con curetas) (p. 30).

Según De Roja y Fernández¹¹ (2009), citan que:

El alisado radicular se refiere a la eliminación del cemento de la raíz que está contaminado por toxinas y enzimas bacterianas, siendo también un objetivo del mismo conseguir una superficie radicular dura y lisa que permita a los tejidos blandos su reinsertión. El alisado sólo se puede realizar con instrumentos manuales y siempre es necesario después de la instrumentación radicular con aparatos sónicos o ultrasónicos, pues estos pueden rayar la superficie del cemento. (p.31)

¹⁰De Rojas, Francisco y Fernandez, Vicente. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

¹¹ De Rojas, Francisco y Fernandez, Vicente. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

Sergas¹² (2006), concluyó:

Los dentífricos contribuyen a la eliminación de la placa mediante sus detergentes y abrasivos; si contienen flúor reforzado el esmalte dental y prevendrá la caries. Sus objetivos son: limpiar y pulir los dientes, mantener el aliento fresco, ser vehículo de agentes terapéuticos y favorecen la salud oral. (p. 180).

Materiales.

Pasta profiláctica profesional.

Acuña, B. H.¹³ (2012), cita que:

Es una pasta, dentífrico o crema dental más abrasiva, de uso profesional que se aplica al cepillo profiláctico o a la copa de caucho para limpiar y desmanchar superficies dentales y brillar todas las superficies dentales. Puede estar compuesta por humectantes, preservativos, abrasivos como piedra pómez y el silicio de zirconio, espesantes y fluoruros. Está indicada para la limpieza de las superficies como placa bacteriana muy adheridas y con manchas de todo tipo. (p. 225)

Geles fluorados de uso profesional.

Sergas¹⁴ (2006), señala que:

La aplicación del gel se hace con cubetas prefabricadas en el mercado o con cubetas individuales por cada paciente. El gel se vierte en la cubeta en una cantidad siempre menor a 2,5% por arcada y se coloca sobre los dientes previamente secados con aire, ya que la presencia de saliva diluye la abundante concentración y reduce significativamente la absorción del Flúor. (p. 187)

¹²Sergas. (2006). *Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud*. (1ª ed.). Editorial Mad, S.L. Reino de España.

¹³ Acuña, B. H. (2012). *Clínica del sano en odontología* (4a ed.), Bogotá, Republica de Colombia: Eco Ediciones.

¹⁴Sergas. (2006). *Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud*. (1ª ed.). Editorial Mad, S.L. Reino de España.

2.2.8. Periodontitis crónica

La principal causa de la enfermedad periodontal es la infección bacteriana. Sin embargo, pequeñas cantidades de placa son compatibles con la salud gingival y periodontal) y algunos pacientes pueden convivir con grandes cantidades de placa durante largos períodos sin desarrollar periodontitis, aunque presenten gingivitis. Otros factores locales y sistémicos predisponen a la acumulación de la placa o alteran la respuesta gingival a la misma. Se consideran factores etiológicos secundarios. (Eley, Soory, Manson,¹⁵ 2012. p.36)

Los factores secundarios pueden ser locales o sistémicos. Diversos factores locales en el entorno gingival predisponen a la acumulación de depósitos de placa e impiden su eliminación. Se denominan factores de retención de placa. Los factores sistémicos o del huésped modifican la respuesta de las encías a la irritación local. (Eley, Soory, Manson,¹⁶ 2012. p.38)

Newmam, Takei, Klokkevold y Carranza,¹⁷ (2014) señalaron que “la periodontitis crónica se ha definido como una enfermedad infecciosa que causa inflamación dentro de los tejidos de soporte dental, pérdida progresiva de la inserción y pérdida ósea” (p. 221).

“La periodontitis crónica se diagnostica clínicamente por medio de la detección de cambios inflamatorios crónicos en la encía marginal, la presencia de bolsa periodontales y la pérdida de inserción clínica.” (Newmam, Takei, Klokkevold y Carranza,¹⁸ 2014 p. 221)

Newmam, Takei, Klokkevold y Carranza,¹⁹ 2014 señalan que:

¹⁵ Eley, Soory, Manson. (2012). *Periodoncia*. (6a ed.). Editorial Elsevier. Barcelona. España.

¹⁶ Eley, Soory, Manson. (2012). *Periodoncia*. (6a ed.). Editorial Elsevier. Barcelona. España.

¹⁷ Newmam, Takei, Klokkevold y Carranza (2014). *Periodontología Clínica de Carranza*. (11a ed.) Editorial Amolca. Venezuela.

¹⁸ Newmam, Takei, Klokkevold y Carranza (2014). *Periodontología Clínica de Carranza*. (11a ed.) Editorial Amolca. Venezuela.

¹⁹ Newmam, Takei, Klokkevold y Carranza (2014). *Periodontología Clínica de Carranza*. (11a ed.) Editorial Amolca. Venezuela.

La periodontitis crónica se considera una enfermedad específica de un sitio. Se cree que los signos clínicos de la periodontitis crónica: inflamación, formación de bolsas, pérdida de la inserción y pérdida ósea son provocadas por efectos directos y específicos de un sitio de la acumulación subgingival de placa. (p. 222)

Newmam, Takei, Klokkevold y Carranza,²⁰ 2014 señalan que:

Además de ser específica de un sitio, la periodontitis crónica se describe como localizada, cuando pocos sitios muestran pérdida ósea o de inserción, o generalizada, cuando muchos sitios alrededor de la boca están afectados de la siguiente manera:

Periodontitis Localizada: se considera cuando menos del 30% de los sitios valorados en la boca muestran pérdida ósea o de la inserción

Periodontitis Generalizada: La periodontitis se considera generalizada cuando el 30% o más de los sitios valorados en la boca presentan pérdida ósea o de la inserción. (p.222)

Podemos asumir que el paciente presenta enfermedad periodontal crónica localizada por tener las encías de la zona anteroinferior inflamadas, con presencia de bolsas y pérdida de inserción periodontal, moderadamente tumefacta, de color rojo pálido, pérdida de graneado gingival, con márgenes gingivales romos y papilas aplanadas.

²⁰ Newmam, Takei, Klokkevold y Carranza (2014). *Periodontología Clínica de Carranza*. (11a ed.). Editorial Amolca. Venezuela.

2.3. Operatoria.

2.3.1 Tejidos dentarios.

Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S.²¹ (2013), podemos citar:

Esmalte.

Es el situado externamente en la corona, siendo el tejido más duro del organismo. Recubre la dentina en la porción coronal del diente, la cual le proporciona un soporte elástico para resistir la presión, debido a que el esmalte es muy frágil, y puede sufrir fracturas. (p. 70)

Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S.²² (2013), podemos citar:

Dentina.

Tejido duro más abundante, situado debajo del esmalte, en la corona, y del cemento en la raíz. Delimita las paredes de la cámara pulpar y de los conductos radiculares. Su dureza es menor que la del esmalte, pero mayor que la del hueso y la del cemento. (p.71)

Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S.²³ (2013), podemos citar:

Cemento.

Tejido mineralizado que recubre la dentina en la porción radicular del diente. Su espesor es mínimo en el cuello y las furcras, y aumento a medida que se dirige hacia apical, no presentándose a nivel de los orificios apicales. Forma parte del periodonto al unirse con el ligamento periodontal. (p.72)

²¹ Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. (2ª ed.), Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo.

²² Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. (2ª ed.), Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo.

²³ Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. (2ª ed.), Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo.

Pulpa.

Se encuentran ubicada en la cámara pulpar y en los conductos radiculares, rodeada de dentina. Está muy vascularizada a través de los vasos sanguíneos que acceden por los orificios apicales junto a los nervios dentales. (Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. ²⁴ 2013. p. 73)

Negroni²⁵ (2009) cita que:

De acuerdo con la localización inicial de la caries de esmalte, esta adopta diferentes formas de propagación. Cuando la caries alcanza el límite amelodentinario, avanza a un ritmo mayor que en el esmalte. La presencia de los túbulos destinarios ayuda a que los microorganismos invadan la pulpa, con la continuación de la evolución natural de la enfermedad. (p.259)

Langlais²⁶ (2011) cita que

Clase I.

Las caries clase I es la caries que afecta la superficie oclusiva de un diente posterior. Se origina cuando las bacterias invaden una oquedad central, un surco o fisura oclusiva profunda, permanecen guarecidas por meses, y producen disolución acida del esmalte.

Clase II.

La caries clase II es la caries que afecta la superficie interproximal de un diente posterior. La caries puede verse en ocasiones de lado lingual o de la mejilla, del

²⁴Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. (2ª ed.), Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo.

²⁵Negroni Marta. (2009). *Microbiología Estomatológica: fundamentos y guía práctica*. (2ª ed.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

²⁶Robert Langlais. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (4ª ed.). Editorial El Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

contacto interproximal. La base del triángulo paralela la cara externa del diente, y la punta del triángulo apunta hacia adentro, a la dentina. (p.65)

Langlais²⁷ (2011) cita que

Clase IV.

La caries clase IV afecta la superficie interproximal y el ángulo de la línea incisiva de un diente anterior. Por lo común se produce cuando la caries clase III permanecen sin ser tratada, permitiendo que la lesión progrese, y socave la dentina que da soporte al ángulo de la línea incisiva, lo que causa como resultado pérdida de esmalte en el ángulo de la línea, cuando el esmalte debilitado es traumatizado por oclusión o masticación.

Clase V.

La caries clase V está caracterizada por destrucción, en el borde gingival de un diente posterior o anterior. Los signos tempranos de la caries clase V son las líneas de calcificación blancas gredosas a lo largo de la porción cervical del diente, en forma paralela, y apenas por encima de la encía. (p. 66)

En la pieza 33 presentan caries de dentina, por su extensión podemos indicar que es una clase III, para su tratamiento se preparara la cavidad, luego se procede a realizar los pasos de una restauración, y su respectivo acabado y pulido.

²⁷Robert Langlais. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (4ª ed.). Editorial El Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

Conceicao²⁸ (2008) señala que:

La odontología restauradora se puede definir como la especialidad odontológica que estudia y aplica de forma integrada el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico dentales. Los tratamientos preventivos o restauraciones deben obtener como resultados el mantenimiento o el restablecimiento de la forma. La función y la estética, así como el de la integridad fisiológica del diente remanente. Los tejidos blandos y el sistema estomatognático. (p. 2)

“Para que haya una buena adhesión es muy importante realizar una previa desinfección de la cavidad, es decir, que las superficies por unir, estén bien limpias, aunque a menudo resulta difícil conseguir y mantener esta situación.” (Vargas²⁹ 2008, p. 44)

2.3.2. Protección dentino pulpar.

Mooney, J. B., & Barrancos, P. J.³⁰ 2006, citan que:

La eliminación completa de la interfaz diente-restauración es un desafío de la odontología adhesiva. A pesar de los procesos alcanzados con los materiales, ninguno provee un sellado absoluto para prevenirlas microfiltraciones.

Los materiales utilizados para la protección dentinopulpar se pueden agrupar en: 1) selladores dentinarios, 2) forros cavitarios y 3) bases cavitarias. (p. 508)

²⁸ Nocchi Conceicao. (2008). *Odontología restauradora – Salud y estética*. (2ª ed.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

²⁹ Vargas y Bonilla. (2008). Revista Odontológica Virtual. *Desinfectantes cavitarios y adhesión a dentina*. (Vol. 9, Núm. 1)

³⁰ Julio Barrancos. (2006). *Operatoria Dental: Integración Clínica*. (4ª ed.) Editorial Médica Panamericana. República de Argentina

2.3.3. Protocolos para la preparación cavitaria.

Palma y Sánchez³¹ (2007) indican que:

Las cavidades se realizan con instrumental rotatorio y fresas de diamante y carburo de tungsteno, cuyo extremo distal tendrán una determinada forma, en función de la extensión y localización de la lesión de caries.

Una vez eliminado el tejido lesionado, se comprueba que su eliminación ha sido completa, para lo que se puede utilizar sustancias químicas colorantes. Se procederá a eliminar la dentina reblandecida con instrumental cortante de mano como las cucharillas excavadoras.

Posteriormente se conforma la cavidad con una morfología adecuada en función del tipo de material que se utilice para la obturación.

En las cavidades que van a ser obturadas con composite no se requiere un espesor mínimo, por lo que se puede conservar mayor estructura dentaria. Los bordes cavitarios requieren un biselado con la superficie (borde cavosuperficial) para evitar la fractura y al mismo tiempo conseguir el sellado periférico de la obturación, alejando el peligro de la recidiva de caries. Favorecen la adhesión del composite y mejora la estética al no existir límite entre la restauración y el esmalte. El biselado se efectúa mediante instrumental rotatorio (fresas de diamante o de carburo de tungsteno). (p. 201).

2.3.4. Protocolo de restauración.

Alves, R. J., Nogueira, E. A.³² (2003), refieren que:

Los procedimientos restauradores propiamente dichos, se refieren al preparado de los sustratos de esmalte/dentina para la adhesión, para la aplicación y polimerización del sistema adhesivo, para la inserción y polimerización de las resinas restauradoras y para las maniobras necesarias para la finalización de las restauraciones. Estos procedimientos pueden variar un poco según el diente y el tipo de restauración, pero en esencia serán, en general, muy parecidos y tendrán como finalidades: la obtención

³¹ Ascensión Palma y Fátima Sánchez. (2007). *Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. (1ª ed.) Editorial Thomson Paraninfo. Reino de España.

³² Alves, R. J., Nogueira, E. A. (2003). *Estética dental: nueva generación*. Editora Artes Médicas. São Paulo, República Federativa del Brasil.

de restauración totalmente indoloras; y la obtención, de menor tiempo posible, de restauraciones duraderas y adecuadas desde el punto de vista estético, funcional y biológico. (p. 118)

2.4. Endodoncia.

Torabinejad y Walton ³³ (2010), señalan que “La pulpa dental es el tejido blando que ocupa la parte central del diente. Produce, sustenta y es una parte integrante de la dentina que la rodea.” (p. 1)

Las consecuencias de las reacciones inflamatorias en la pulpa y los tejidos periapicales han atormentado a la humanidad por miles de años. Históricamente, por lo tanto, el papel principal del tratamiento endodóncico ha sido curar el dolor dental causado por lesiones inflamatorias de la pulpa (pulpitis) y tejido periapical (periodontitis apical). (Bergenholtz, Hørsted-Bindslev y Reit ³⁴ 2011, p. 3)

Bergenholtz, Hørsted-Bindslev y Reit ³⁵ (2011), citan que:

Pulpa vital

Bajo condiciones normales y fisiológicas la pulpa está bien protegida de las lesiones y elementos dañinos en la cavidad oral por una cubierta de tejido duro externo de los dientes y el periodonto intacto. Cuando por cualquier razón se quebranta la integridad de esta barrera de tejidos, los microorganismos y las sustancias que producen pueden acceder a la pulpa y afectar su salud.

³³ Torabinejad y Walton. (2010). *Endodoncia – Principios y Práctica*. (4ª ed.). Editorial El Sevier. Barcelona. España

³⁴ Bergenholtz, Hørsted-Bindslev y Reit. (2011). *Endodoncia*. (2ª ed.). Editorial El Manual Moderno. Mexico.

³⁵ Bergenholtz, Hørsted-Bindslev y Reit. (2011). *Endodoncia*. (2ª ed.). Editorial El Manual Moderno. Mexico.

No obstante, cuando la caries se extiende a la vecindad de la pulpa, la respuesta puede ser destructiva y resultar en dolor intenso y muerte (necrosis) del tejido.

Pulpa necrótica

Como se mencionó, una lesión en la pulpa puede conducir al colapso completo del tejido. La pulpa no vital o necrótica no se puede defender contra la invasión microbiana y permitirá que los microorganismos nativos ingresen a la cámara pulpar, ya sea por medio de una exposición directa o a través de túmulos dentinarios expuestos, o por fracturas en el esmalte, dentina o ambos. (p. 4)

“La necrosis pulpar suele ser asintomática, pero puede asociarse a episodios de dolor espontáneo y de molestias o dolor (de los tejidos perirradiculares) con la presión.”
(Torabinejad y Walton³⁶ 2010, p. 56)

Las piezas 34 y 43 presenta destrucción coronaria con comunicación pulpar, luego de realizar las pruebas de diagnóstico, y que todo resultara asintomático podemos decir que se trata de una pulpa necrótica.

El tratamiento puede realizarse sin importar si el sistema de conductos radiculares está infectado o no. Si no está infectado, la razón del tratamiento es prevenir la colonización y la multiplicación bacterianas en el espacio pulpar y las presentaciones subsecuentes, sintomáticas y asintomáticas, de periodontitis periapical. (Bergenholtz, Hørsted-Bindslev y Reit³⁷ 2011, p. 140)

³⁶ Torabinejad y Walton. (2010). *Endodoncia – Principios y Practica*. (4ª ed.). Editorial El Sevier. Barcelona. España

³⁷ Bergenholtz, Hørsted-Bindslev y Reit. (2011). *Endodoncia*. (2ª ed.). Editorial El Manual Moderno. Mexico.

2.4.1. Pasos del procedimiento prevaloración:

Bergenholtz, Hørsted-Bindslev y Reit³⁸ (2011) citan que:

Después del estudio y diagnóstico clínico, es imperativo hacer la valoración del caso, incluyendo la elaboración de una imagen del diente a tratar. Deben examinarse con mucho cuidado las radiografías preoperatorias y se investiga a fondo o se palpa la superficie radicular externa. Se pone atención especial a:

Una posible inclinación del diente.

El contorno cervical de la corona dental (residual).

El tamaño de la cámara pulpar.

La cantidad de obliteración y estrechez del conducto radicular.

Integridad y trayectoria del ligamento periodontal.

Cantidad de raíces (y conductos radiculares).

Longitud y diámetro de la raíz(s).

El grado de curvatura del conducto radicular (hasta donde sea posible). (p.174)

2.4.2. Protocolo para el tratamiento endodóntico.

Diagnóstico y pronóstico.

Preti, G. L. R.³⁹ (2007), señalan que:

Cualquier iniciativa terapéutica no puede prescindir de un diagnóstico cuidadoso. En endodoncia, con un examen clínico (inspección, palpación, percusión, sondeo periodontal) está siempre asociado un cuidadoso análisis radiográfico, cuyo objetivo es el de localizar las indicaciones de la terapia endodontica. Un diente afectado por una patología pulpar irreversible deberá ser necesaria tratado endodónticamente. (p. 172)

³⁸ Bergenholtz, Hørsted-Bindslev y Reit. (2011). *Endodoncia*. (2ª ed.). Editorial El Manual Moderno. Mexico.

³⁹ Preti, G. L. R. (2007). *Rehabilitación protésica* tomo I. Editorial Amolca. Bogotá, República de Colombia

Soares, I. J., & Goldberg, F. E.⁴⁰ (2002), podemos citar que:

Aislamiento Absoluto

El aislamiento absoluto a través del dique de goma permite el mantenimiento de las condiciones de asepsia y facilita los procedimientos de antisepsia.

Del mismo modo, el aislamiento absoluto mejora la visibilidad y se constituye en una protección inigualada para evitar la deglución o la aspiración de instrumentos o de productos químicos utilizados durante el tratamiento endodóntico. (p. 13)

Acceso al conducto radicular.

El acceso al conducto radicular es el conjunto de procedimientos que se inicia con la apertura coronaria, permitiendo la limpieza de la cámara pulpar y la rectificación de sus paredes, y se continúa con la localización y preparación de su entrada. (p. 35)

Preparación de conducto radicular.

La preparación del conducto, constituida por un conjunto de procedimientos mecánicos (preparación mecánica) y con el auxilio de productos químicos (preparación química), tiene la finalidad limpiar conformar y –en casos de dientes con pulpa mortificada- también desinfectar el conducto radicular y así crear condiciones para que pueda obturarse. (p.65)

Soares, I. J., & Goldberg, F. E.⁴¹ (2013), hacen referencia que:

Sustancias para la irrigación.

La selección de la solución adecuada depende del cotejo entre las propiedades del producto y los efectos deseados en cada una de las condiciones clínicas que puede presentar el diente en tratamiento.

Así en los casos de dientes con pulpa viva, la contaminación microbiana ausente o incipiente permite el uso de productos sin poder antiséptico a favor de la aplicación de sustancias que, por su biocompatibilidad, respetan el muñón apical y a los tejidos apicales, favoreciendo la reparación. En los dientes con pulpa mortificada, la irrigación se integra al conjunto de acciones destinadas a promover la desinfección

⁴⁰ Soares, I. J., & Goldberg, F. E. (2002). *Endodoncia: técnica y fundamentos*. Editorial Médica Panamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

⁴¹ Soares, I. J., & Goldberg, F. E. (2002). *Endodoncia: técnica y fundamentos*. Editorial Médica Panamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

del conducto radicular y la neutralización de las toxinas presentes en su contenido necrótico. (128).

Soares, I. J., & Goldberg, F. E.⁴² (2013), hacen referencia que:

Medicación entre sesiones.

El hidróxido de calcio representa (Ca(OH)₂) representa un auxiliar preciso de la terapéutica endodóntica, se utiliza en diversas situaciones clínicas por su poder antiséptico y su propiedad de estimular o crear condiciones favorables para la reparación hística.

Para usarlo como medicamento temporario entre sesiones, el hidróxido de calcio se mezcla con un vehículo, preferentemente acuoso o hidrofílico (agua estéril, solución fisiológica, propilenglicol polietilenglicol, entre otros), para conformar una suspensión con pH aproximado de 12,4. (133).

2.4.3. Obturación del conducto.

Soares, I. J., & Goldberg, F. E.⁴³ (2002), refieren que:

La obturación del sistema de conductos radiculares tiene por objetivo el llenado de la porción conformada del conducto con materiales inertes o antisépticos que promuevan un sellado estable y tridimensional y estimulen –o no interfieran- con el proceso de reparación. Es axiomático que el sellado tridimensional del conducto radicular por medio de la obturación se constituye en un procedimiento de importancia fundamental. Al ocupar el espacio creado por la conformación, la obturación se constituye en un procedimiento de importancia fundamental. Al ocupar el espacio creado por la conformación, la obturación torna inviable la supervivencia de los microorganismos, evita el estancamiento de líquidos, ofrece condiciones para que se produzca la reparación y contribuye así, de manera decisiva con el éxito de la terapéutica endodóntica. (p. 141).

⁴²Soares, I. J., & Goldberg, F. E. (2002). *Endodoncia: técnica y fundamentos*. Editorial Médica Panamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

⁴³ Soares, I. J., & Goldberg, F. E. (2002). *Endodoncia: técnica y fundamentos*. Editorial Médica Panamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

2.5. Cirugía.

Es primordial mantener la salud y por lo consiguiente, prevenir las enfermedades. Es necesario establecer el diagnóstico de la enfermedad o proceso patología para elegir el correcto tratamiento.

En nuestro caso el paciente presenta cuatro restos radiculares (pueden desencadenar procesos infecciosos); realizar en ellos un tratamiento conservador no resultaría beneficioso, el tratamiento de elección fue la exodoncia de los mismos.

Raspall⁴⁴ (2007) menciona: “Otros procesos dentales pueden dar con frecuencia infecciones del territorio maxilofacial y como consecuencia formación de celulitis y abscesos. Estos son: dientes incluidos, sobreinfección de quistes, restos radiculares e infección de heridas postexodoncia.” (p. 269).

“Se entiende por exodoncia simple aquella que puede llevarse a cabo con la técnica clásica de fórceps y elevadores. Cualquier procedimiento en cirugía oral y especialmente en exodoncia, exige el empleo de una fuerza controlada.” (Raspall⁴⁵ 2007, p. 63).

⁴⁴ Raspall. (2007). *Cirugía Oral e Implantología*. (2ª ed.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

⁴⁵ Raspall. (2007). *Cirugía Oral e Implantología*. (2ª ed.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

2.5.1. Diagnóstico radiográfico.

Treviño⁴⁶ (2009) menciona:

Radiografía periapical. La técnica de la radiografía periapical tiene como objetivo la evaluación de los órganos dentales y las estructuras anatómicas inmediatas a éstos. (p. 30).

2.5.2. Exámenes complementarios.

Treviño⁴⁷ (2009) menciona

Biometría hemática. La biometría hemática (también conocida como hemograma) es un estudio de laboratorio destinado a la medición de todos los componentes de la sangre, este método se conoce como de Coulter, y se encarga de cuantificar los eritrocitos (glóbulos rojos), leucocitos (glóbulos blancos), y plaquetas; así como la cantidad de hemoglobina, y el porcentaje de hematocrito. (pp. 47 y 48).

Pruebas de coagulación. En algunos casos, ya sea por sospechas fundamentadas en los hallazgos de la historia clínica, en la exploración física, o bien, por consumo de algunos medicamentos, es necesario valorar los mecanismos de coagulación del paciente, antes de programarle para alguna intervención quirúrgica. (p. 51).

2.5.3 Pasos para realizar una exodoncia simple

Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S.⁴⁸ (2007), mencionan:

Anestesia tópica.

⁴⁶ Jorge Alberto Martínez Treviño. (2009). *Cirugía Oral y Maxilofacial*. (1ª ed.). Editorial el Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

⁴⁷ Jorge Alberto Martínez Treviño. (2009). *Cirugía Oral y Maxilofacial*. (1ª ed.). Editorial el Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

⁴⁸ Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2007). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. Editorial Paraninfo. Madrid, Reino de España.

Actúa por contacto, anula las funciones de los corpúsculos sensitivos mucosos y se obtiene aplicando una torunda pequeña de algodón impregnada de anestésico sobre la mucosa. El anestésico usado viene en forma de pomada, soluciones viscosas o aerosoles.

Es de corta duración y superficial. Se utiliza para evitar el dolor producido al introducir la aguja en las técnicas infiltrativas o tronculares. También, cuando se quiere drenar una colección purulenta o absceso, en caso de hacer una extracción de dientes temporales con raíces completamente reabsorbidas, para reducir el reflejo de náuseas en la toma de impresiones, y en la maniobra de limpieza con los aparatos de ultrasonidos cuando los pacientes son muy sensibles. (p. 135)

Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S.⁴⁹ (2007), mencionan:

Anestesia infiltrativa, terminal o periférica.

Con ella se suprime la sensibilidad de las terminaciones nerviosas de los nervios dentarios. Se obtiene una anestesia local profunda pero poco extensa. Se emplea sobre todo en el maxilar superior, por las características del hueso, que es de tipo laminar, con cortical poco densa y abundante vascularización. En el maxilar inferior sólo se emplea en la región anterior (entre canino y canino). (p. 135)

Sindesmotomía.

“Está consiste en la sección o el desprendimiento de las inserciones gingivales que se dirigen hacia el diente y con ello dar acceso a los instrumentos tanto de luxación como de extracción.” (Treviño⁵⁰, 2009, p. 133)

⁴⁹ Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2007). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. Editorial Paraninfo. Madrid, Reino de España.

⁵⁰ Jorge Alberto Martínez Treviño. (2009). *Cirugía Oral y Maxilofacial*. (1ª ed.). Editorial el Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

Raspall⁵¹ 2007, señala:

Prehensión. Colocación del pico del fórceps por debajo del borde gingival, en la posición más apical posible.

Impulsión. Movimiento siguiendo el eje dentario que desplaza el fórceps hasta apical, consiguiendo una expansión de la cresta alveolar y el desplazamiento apical del centro de rotación.

Luxación. El objetivo es romper fibras periodontales y dilatar el alvéolo. Se pueden utilizar movimiento de lateralidad y movimiento rotatorios.

Tracción. Ultimo 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. 68)

2.5.4. Instrucciones Postoperatorias

Chiapasco (2004)⁵², refiere que:

Una correcta atención postoperatoria del paciente puede contribuir de forma relevante a minimizar la morbilidad postoperatoria y acelerar la curación. Los factores más habituales que se deben controlar son: edema, dolor, sangrado e infección. Esto puede obtenerse mediante algunas normas domiciliarias y con ayuda farmacológica. (p. 72)

2.5.5. Antibióterapia

“No es imprescindible en la exodoncia simple a no ser por características especiales del paciente (Valvulopatías, discrepancias sanguíneas o estado general deteriorado) o por la presencia de focos sépticos periapicales” (Raspall, 2007⁵³, p. 86).

⁵¹ Raspall. (2007). *Cirugía Oral e Implantología*. (2ª ed.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina

⁵² Chiapasco, M. (2004). *Cirugía oral: texto y atlas en color*. Editorial Elsevier España. Barcelona, Reino de España

⁵³ Raspall. (2007). *Cirugía Oral e Implantología*. (2ª ed.). Editorial Médica Panamericana. República

2.5.6. Analgésicos

“Generalmente se recurren al grupo de antiinflamatorios no esteroides (ibuprofeno, diclofenaco y dexketoprofeno) y combinación con opiáceos (codeína). Es aconsejable utilizar una pauta analgésica en que dos tipos de calmantes se alternen cada tres-cuatro hora” (Raspall⁵⁴ 2007, p. 86).

Al paciente se le prescribió antibioterapia (Curan 1gr, cada 12 por 5 días) por presentar resto radiculares con presencia de foco infeccioso y como analgésico se le envió meloxicam 15mg, 1 diaria por 3 días.

2.6. **Prótesis fija.**

Scotti y Ferrari⁵⁵ (2004) describen:

El tratamiento de los conductos radiculares tiene tres consecuencias relevantes sobre el diente: la pérdida de tejido con un debilitamiento relativo de la estructura dentaria, la alteración de las características fisicomecánicas del diente y la variación de las características estéticas de la dentina y del esmalte residual. (p. 1)

Luego del tratamiento endodóntico de las piezas 34 y 43, se determinó su reconstrucción con un poste de resina, por presentar gran destrucción coronaria, y posteriormente colocar coronas metal – porcelana.

Se han propuesto varias técnicas conservadoras con diferentes tipos de pernos performado que vuelven al concepto de retención de perno-muñón pasivo y sirven de

de Argentina

⁵⁴ Raspall. (2007). *Cirugía Oral e Implantología*. (2ª ed.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina

⁵⁵ Scotti y Ferrari. (2004). *Pernos de fibra: bases teóricas y aplicación clínicas*. Editorial Masson. Reino de España.

sostén a la reconstrucción coronaria de amalgama, composite o cementos de ionómero de vidrio modificado. (Scotti y Ferrari, 2004⁵⁶, p. 10)

Rosenstiel, Land y Fujimoto⁵⁷ (2009) indican: “La restauración consiste en una corona metálica colada de recubrimiento total (o subestructurada) recubierta por una capa de porcelana fundida que limita el aspecto de un diente natural y cuya extensión puede variar” (p. 272).

Rosenstiel, Land y Fujimoto⁵⁸ (2009) indican:

Las restauraciones de metal-porcelana consisten en una capa de porcelana del color del diente unida a una infraestructura de metal colado. Se emplea cuando se requiere una corona completa para restaurar tanto el aspecto como la función. Para conseguir una apariencia natural es necesario que se realice una reducción suficiente de la estructura dental para proporcionar el espacio suficiente para el volumen de la porcelana. (p. 274).

2.6.1. Preparación del diente para recibir la corona Metal- porcelana.

Investigando la página Web de la Revista Odontológica Dominicana⁵⁹ (2005) indican:

Para realizar correctamente el tallado dental hay que saber tres aspectos fundamentales:

⁵⁶ Scotti y Ferrari. (2004). *Pernos de fibra: bases teóricas y aplicación clínicas*. Editorial Masson. Reino de España.

⁵⁷ Rosenstiel y Fujimoto. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea*. (4ª ed.). Editorial Elsevier España. Reino de España

⁵⁸ Rosenstiel y Fujimoto. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea*. (4ª ed.). Editorial Elsevier España. Reino de España

⁵⁹ Domingo Santos y Leili de León. (2005). *Nueva técnica simplificada de preparación dental para coronas completas en dientes anteriores*. Revista Odontológica Dominicana. Volumen 11. Disponible en <http://www.bvs.org.do/revistas/rod/2005/11/01/ROD-2005-11-01-039-050.pdf>.

El conocimiento de la morfología dental y la unidad dentogingival (espacio biológico),

La cantidad de remoción de estructura dental exigida por los materiales restauradores

El formato y diámetro de las fresas utilizadas para el desgaste dental.

2.6.2. Selección de agente de unión.

Rosenstiel, Land y Fujimoto⁶⁰ (2009) indican que:

El agente de unión ideal un tiempo de trabajo largo, se adhiere bien tanto a la estructura dental como a las aleaciones coladas, tiene un buen ajuste, no es tóxico para la pulpa, tiene propiedades de resistencia adecuadas, se comprime en finas capas, su viscosidad y solubilidad es baja y tiene buenas características de trabajo y de fraguado. Además los excesos se eliminan fácilmente. (p. 914)

2.6.3. Preparación de la restauración y la superficie dental para la cementación

Rosenstiel, Land y Fujimoto⁶¹ (2009) indican que:

El rendimiento de todos los agentes de unión se reduce cuando el material se contamina con agua, sangre o saliva. Por lo tanto, la restauración y el diente deben estar limpios y secos una vez evaluados, aunque hay que evitar secarlos en exceso para evitar dañarlos odontoblastos. (p. 915)

⁶⁰ Rosenstiel y Fujimoto. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea*. (4ª ed.). Editorial Elsevier España. Reino de España

⁶¹ Rosenstiel y Fujimoto. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea*. (4ª ed.). Editorial Elsevier España. Reino de España

2.7. Prótesis Parcial Removible.

Palma y Sánchez⁶² (2010), definen que “la prótesis dental, consiste en la reposición o rehabilitación de las piezas dentales en todas sus funciones, masticatoria, fonética y estética facial.” (p. 305).

2.7.1. Clasificación de Kennedy

Rendón⁶³ (2004) indica que:

Kennedy describió los arcos parcialmente desdentados en cuatro clases principales, denominadas I, II, III, IV.

Clase I. Se caracteriza por ser la condición ideal o comprometida en grado mínimo en lo que atañe a la localización y extensión del área edentula, de los dientes pilares y de la oclusión

Clase II. Se caracteriza porque la extensión y la localización del área edentula y la condición de los dientes pilares están moderadamente comprometidas.

Clase III. Se caracteriza porque la extensión y la localización de las áreas edéntulas en ambos maxilares se encuentran significativamente comprometidas, los dientes pilares requiere de una terapéutica localizada importante, las características de la oclusión requieren del restablecimiento del esquema oclusal pero sin alterar la dimensión vertical

Clase IV. Se caracteriza porque la extensión y la localización del espacio edéntulo es de pronóstico reservado, los dientes pilares requieren de un tratamiento extenso, las características de la oclusión normal se han perdido y es necesario un tratamiento completo que incluye el restablecimiento de la dimensión vertical de oclusión (p. 6)

⁶² Ascensión Palma y Fátima Sánchez. (2007). *Técnicas de ayuda Odontológica y Estomatológica*. (1ª ed.). Editorial Paraninfo. Reino de España.

⁶³ Redon Yúdice, (2006). *Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño*. Editorial Médica Panamericana. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos

Como lo menciona Giraldo⁶⁴ (2008):

Habitualmente, en este primer control, podemos encontrar:

Heridas o dolor en los tejidos blandos.

Dificultades funcionales: sensación de volumen excesivo, hipersalivación, dificultad en la fonética y masticación.

El segundo control es conveniente realizarlo a las 72 horas, el cual nos dará una idea más completa de cómo está funcionando la prótesis y si el paciente está adaptándose a ella. El control del paciente debe continuar a la semana, al mes, trimestralmente y una vez al año, especialmente con prótesis a extensión distal, en las cuales la reabsorción ósea es más manifiesta produciéndose desajustes que pueden hacer que los aparatos se transformen en elementos iatrogénicos. En cada ocasión deben reforzarse los conceptos de higiene, tanto oral como de la prótesis. (p. 87).

2.7.2. Materiales de impresión.

Alginato.

Macchi, R. L.⁶⁵ (2007), podemos citar que:

La presentación comercial más hablada de este material es en polvo. El envase puede contener la cantidad necesaria para tomar una impresión promedio (una sola vez), como lo que se evitará la necesidad de medir la cantidad a emplear. También se puede, y es más frecuentemente por razones de costo, adquirirlo una lata u otro envase hermético en cantidad mayores, con lo que se hace necesario disponer de algún dispositivo (algo parecido a una cuchara) para medir la cantidad apropiada para la situación clínica a encarar.

Independientemente de la forma del envase, el polvo contiene como elemento principal (aunque no necesariamente en la porción mayor) una sal de ácido alginico. Este ácido se denomina así porque proviene de algas marinas, es decir un polímero que deriva de un ácido manurónico. (p.232)

⁶⁴ Olga Giraldo. (2008). Como evitar fracasos en protesis dental parcial removible. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq. Volumen 19. Disponible en <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2231-7120-1-PB.pdf>.

⁶⁵ Macchi, R. L. (2007). *Materiales dentales*. (4ª ed.). Editorial Médica Panamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

Mallat⁶⁶ (2004) señala que: “La potente musculatura bucal tiene un papel decisivo en la supervivencia de las piezas dentarias y en los resultados de la prótesis que se va a instalar.” (p.10).

Mallat⁶⁷ (2004),señala que:

Longitud del espacio desdentado

Cuanto más largo sea este espacio, la fuerza oclusal en esta hemiarcada será mayor en los dientes pilares. Si una prótesis fija no es adecuada por la longitud de este espacio se considerará la colocación de implantes o una prótesis removible con coronas coladas en los pilares que lleven preparaciones para la adaptación de la prótesis, seguido de un ajuste oclusal que elimine los contactos prematuros y sobre todo las fuerzas que se generen cuando se realicen los movimientos de lateralidad.

Calidad del soporte del reborde alveolar

Un reborde alveolar ancho, con una mucosa típica en piel de naranja poco marcada, tensa y fuerte absorberá una gran cantidad de cargas, como en general se observa en el maxilar superior y en el que podemos augurar un excelente pronóstico de duración. Pero si se está frente a un reborde alveolar fino, móvil con pliegues que provocan constantes variaciones de posición, siendo fácilmente desplazable, con una encía blanda, el pronóstico es sombrío y con un futuro problemático con dificultades de adaptación y reajustes periódicos. En general, la mandíbula es una superficie menor que el maxilar y. no obstante, recibirá la misma fuerza que el superior cuya mucosa es mucho más amplia y fuerte. El mejor periostio es aquel que siendo fuerte y duro presenta un grosor de 1 mm. aproximadamente.

Calidad de los pilares que se van a utilizar

El estudio periodontal mediante radiografías permitirá emitir un primer diagnóstico. Se podrá descubrir si los molares son uni o tri radicales, lo cual varía extraordinariamente el pronóstico. La movilidad de los pilares o su rigidez es importante. En una movilidad tipo I se debería investigar la causa que la produce y eliminarla e intentar que consolide la pieza: en caso de que el retoque oclusal no la

⁶⁶ Mallat, E. (2004). *Protesis parcial removible y sobredentaduras*. Madrid: Elsevier.

⁶⁷ Mallat, E. (2004). *Protesis parcial removible y sobredentaduras*. Editorial Elsevier. Madrid. España

mejore puede considerarse la posibilidad de la extracción. En estos casos hay que ferulizar las piezas en grupos de dos o tres ya que irán sobrecargadas por elementos retentivos. Cuando se realiza una PPR todos los pilares deben estar bien consolidados. Una movilidad tipo II ya cuestiona la conservación de la pieza. Finalmente, una movilidad tipo III o una malposición dentaria son indicaciones claras de extracción. (p.10)

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de trabajo.

Sistematización práctica.

3.2. Métodos.

Se rehabilitó a un paciente de 55 años de edad, sexo masculino, en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, mediante un previo diagnóstico realizado por medio de la historia clínica odontológica 033 del Ministerio de Salud Pública (MSP). (Anexo n°1).

Se explicó al paciente en que consiste el estudio y los tratamientos a realizar y que será incluido solo si accede de forma voluntaria, expresado a través de la firma de un acta de consentimiento informado, mencionado que el periodo para concluir la rehabilitación se aproxima a los 3 meses. (Anexo n° 2)

Fue necesario realizar exámenes complementarios como radiografía panorámica, radiografías periapicales y hemograma completo, los tratamientos descritos y realizados siguieron un protocolo de trabajo. (Anexo n° 3)

3.3. Técnicas de diagnóstico.

Inspección visual.

Observación clínica.

Inspección táctil.

Palpación.

Percusión.

Auscultación.

Exploración

Radiografía panorámica.

Radiografías periapicales.

Exámenes complementarios.

Biometría hemática.

Pruebas de coagulación.

3.4. Protocolos:

3.4.1. Protocolo de periodoncia. (Anexo n° 4)

Remoción de placa bacteriana y detartraje.

Raspado y alisado.

Cepillado mecánico profesional.

Fluorización con cubetas.

3.4.2. Protocolo de operatoria. (Anexo n° 5)

Protección dentino pulpar.

Protocolo de preparación cavitaria.

Protocolo de restauración.

3.4.3. Protocolo de endodoncia. (Anexo n° 6)

Diagnóstico y pronóstico.

Aislamiento del campo operatorio.

Acceso del conducto radicular.

Preparación de conducto.

Obturación del conducto.

Restauración pos tratamiento endodóntico.

3.4.4. Protocolo de cirugía (Anexo n°7)

Técnica de anestesia local.

Aplicación de elevador.

Luxación de los restos.

Exodoncia de restos.

Postoperatoria del paciente.

3.4.5. Protocolo de prótesis fija (Anexo n° 8)

Toma radiográfica del diente a tratar.

Poste de resina

Preparación del diente.

Cementación de la corona.

3.4.6. Protocolo de prótesis parcial removible. (Anexo n° 9)

Toma de impresión con alginato.

Prueba de los dientes en cera.

Adaptación de la placa acrílica parcial removible.

3.5. Ética.

Al paciente que se intervino en esta rehabilitación oral integral, se le consultó su participación voluntaria y de manera detallada se le informó en qué consistía el trabajo, así mismo se explicaron cada uno de los tratamientos a realizar, también se le dio a conocer que la información será confidencial y solo será empleada con fines investigativos, firmando el documento del consentimiento de su participación.

3.6. Marco administrativo.

3.6.1. Recursos humanos.

Tutora.

Autor.

3.6.2. Recursos materiales.

Plástico para embalar.

Campos operatorios.

Caja de guantes.

Caja de mascarillas.

Caja de anestésicos.

Caja de agujas.

Suero fisiológico.

Hipoclorito de sodio.

Torundas de algodón.

Paquete de gasas.

Cepillos profilácticos.

Pasta profiláctica.

Flúor.

Cubetas para flúor.

Dique de goma.

Limas para endodoncia.

Espaciadores.

Material de relleno de conducto

Conos de papel.

Conos de gutapercha.

Acido grabador.

Bondi.

Resinas de diferentes tonos.

Aplicadores.

Ionómero.

Bandas y lijas.

Yeso.

Materiales de impresión.

Cera.

Soplete.

Instrumentos de diagnóstico.

Instrumentos de aislamiento absoluto.

Instrumentos de periodoncia.

Instrumentos de cirugía.

Instrumentos de endodoncia.

Instrumentos de operatoria dental.

Instrumentos de prótesis parcial removible.

Hojas de papel.

Esferos.

Lápiz de bicolor.

Borrador.

Textos.

3.6.3. Recursos tecnológicos.

Computador.

Impresora.

Cámara.

CD.

Pendrive.

Copias.

3.6.4. Recursos Económicos. (ver anexo n° 9).

3.6.5. Cronograma. (ver anexo n° 10).

CAPITULO IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados

La rehabilitación oral integral del paciente se describe de forma satisfactoria, presentando encías saludables, la eliminación de focos infecciosos como cálculo dental; las encías se muestran de un tono rosado, no hay presencia de sangrado, ni de inflamación y se puede notar levemente que se ha detenido el proceso de retracción gingival.

En la pieza número 33 se realizó una restauración clase III por presencia de cavidad cariosa hacia mesial, usando resina se procuró dar la debida morfología, no presenta molestia para el paciente y en cuanto a la estética tuvo buena aceptación.

Los dientes tratados endodónticamente fueron restaurados mediante poste de resina y posteriormente con coronas metal – porcelana, pues estas son más resistentes a las fuerzas masticatorias, devolviendo la estética y funcionabilidad, y así reestablecer la naturalidad del en el sector afectado

Una vez extraídos los restos radiculares no se presentó inconveniente, en el postoperatorio su cicatrización fue exitosa y los rebordes alveolares se encuentran normales.

En base al diagnóstico de rehabilitación oral integral se fabricaron prótesis parciales removibles de acrílico, su la elaboración fue el último de los tratamientos realizados y su adaptación nos garantizó el aumento del autoestima y confianza del paciente, permitiendo conservar piezas remanentes y restaurar las piezas perdidas.

Con rehabilitación oral integral del paciente se devolvió la función y estética adecuada, además de brindarle más seguridad, confianza y lograr elevar su autoestima, podemos decir que no hay satisfacción más grande que mejorar la calidad de vida de un paciente y a la vez cumplir mi objetivo.

Anexo No. 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

Acepto ser parte en este trabajo titulado: **Rehabilitación Oral Integral de un paciente con enfermedad periodontal crónica**. El egresado Jorge Camilo Mera Alava de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, me ha informado las características, objetivos y aproximada duración de los tratamientos que requiero para mejorar mi salud bucal, tenido a su vez la oportunidad de hacerle preguntas acerca de los mismos.

Accedo a cooperar, mencionando que se me explicó los tratamientos que se propone, los beneficios, los riesgos y las posibles complicaciones, comprendo y soy consciente de que se busca un beneficio, dando mi consentimiento sin obligación y por decisión propia.

_____ / ____ / ____

Firma del paciente

Día Mes Año

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ El objetivo de este trabajo de Sistematización Práctica. Mencionando que la participación de dicho trabajo es totalmente voluntaria, Respondiendo en medida de lo posible sus preguntas. Una vez explicados los tratamientos y concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Mera Álava Jorge Camilo

Egresado de la Carrera de Odontología.

Anexo 3. Exámenes complementarios.

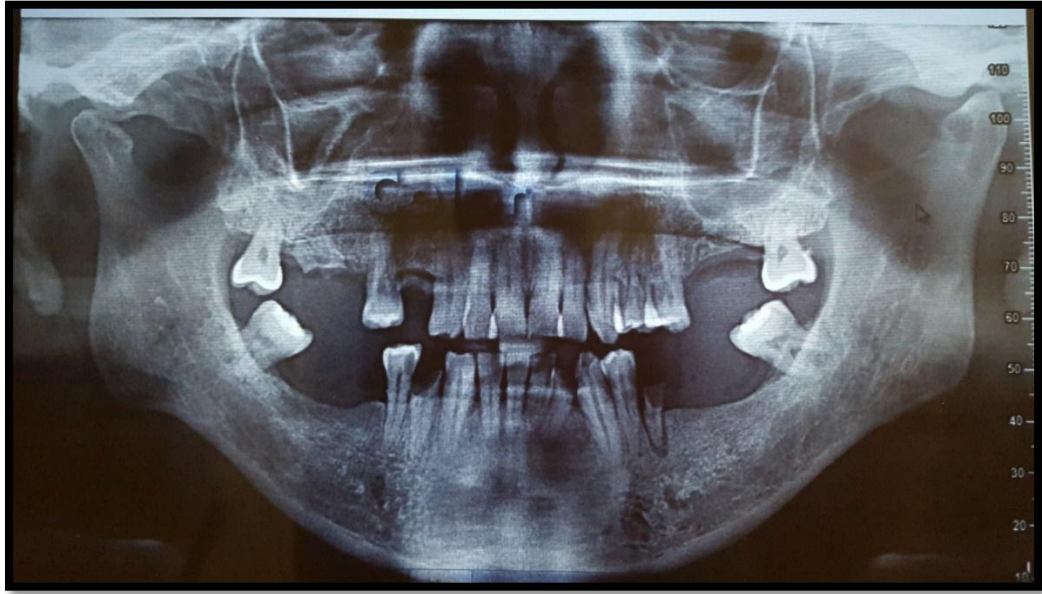
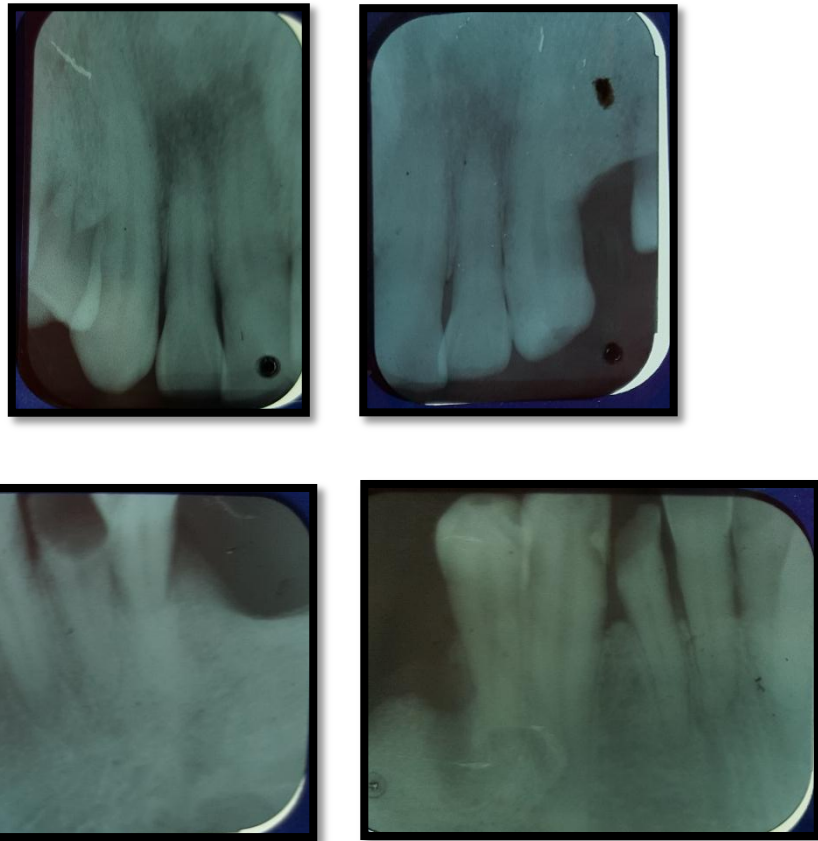


Figura 3.1. Radiografía panorámica.



Figuras 3.2. Radiografías periapicales de diagnóstico.



LABORATORIO DE ANALISIS CLIN
 Lcdo. Danny Paul Bravo Rodriguez
 Lcda. Rosanna Quijano de Bravo
 Lcda. Jennifer Paola Bravo Quijano
 LABORATORISTAS CLINICOS

Dirección: Calles 12 de Marzo y Rocafuerte
Frente al Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda - Tlf: 263582
Portoviejo - Manabí - Ecuador

Paciente ENRIQUE ARAUZ MOREIRA
 Fecha: 08-Ago-2015
 Dr(a). --

Solicitud No. 9,027

Examen	Resultado	Unidad	Valores Referen
HEMATOLOGIA:			
HEMOGRAMA:			
HEMATIES	4,230,000	mm ³ / μ L	4,500,000 - 5,900,000
HEMOGLOBINA	12.10	g/dl	13.00 - 18.00
HEMATOCRITO	37.0	%	40.0 - 51.0
VCM	87.5	fL	80.0 - 98.0
HCM	28.6	pg	27.0 - 32.0
CHCM	32.7	%	31.0 - 36.0
PLAQUETAS	383,000	mm ³ / μ L	140,000 - 440,000
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.6	fL	9.0 - 13.0
LEUCOCITOS	7,800	x 10 ³ / μ L	5,000 - 10,000
N. CAYADOS	0.0	%	
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	56.0	%	50.0 - 60.0
LINFOCITOS	36.0	%	30.0 - 40.0
EOSINOFILOS	7.0	%	1.0 - 5.0
MONOCITOS	1.0	%	1.0 - 3.0
ERITROSEDIMENTACION/HORA	27	mm ³	0 - 10
MORFOLOGIA CELULAR	HIPOCROMÍA		
HEMOSTASIA:			
T. DE COAGULACION (TUBO DE VIDRIO)	7.92	min.seg	5.00 - 12.00
T. DE PROTOMBINA			
TP	11.65	seg	10.00 - 14.00
CONTROL	11.15	seg	10.00 - 14.00
RIN	1.00		
% DE ACTIVIDAD PROTROMBINICA	100.0	%	70.0 - 100.0
T. PARCIAL DE TROMBOPLASTINA			
TPT	25.98	seg	25.00 - 40.00
CONTROL APTT	25.51	seg	25.00 - 40.00
BIOQUIMICA:			
GLUCOSA BASAL	85.8	mg/dl	70.0 - 105.0
COLESTEROL TOTAL	181.5	mg/dl	0 - 200.0
HDL COLESTEROL	46.3	mg/dl	35.0 - 75.0
LDL COLESTEROL	111.5	mg/dl	87.0 - 150.0
TRIGLICERIDOS	108.9	mg/dl	10.0 - 150.0

Fecha Impresión 08-Agosto-2015

Page 1 of 3



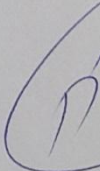


LABORATORIO DE ANALISIS
Lcdo. Danny Paúl Bravo Rodríguez
Lcda. Rosanna Quijano de Bravo
Lcda. Jennifer Paola Bravo Quijano
LABORATORISTAS CLÍNICOS

Dirección: Calles 12 de Marzo y Rocafuerte
Frente al Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda - Tlf: 2
Portoviejo - Manabí - Ecuador

Paciente ENRIQUE ARAUZ MOREIRA
Fecha: 08-Ago-2015
Dr(a). --
Solicitud No. 9,027

Examen	Resultado	Unidad	Valores
ORINA			
UROANALISIS			
FISICO			
COLOR	AMARILLO PALIDO		
ASPECTO	TURBIO		
QUIMICO			
DENSIDAD	1,015		
PH	5.0		
NITRITOS	NEGATIVO		
PROTEINAS	NO	mg/dl	
GLUCOSA	NO	mg/dl	
C. CETONICOS	NO		
UROBILINOGENO	NO		
BILIRRUBINA	NO		
SANGRE	25 ERIT/UL		
LEUCOCITOS	NO		
SEDIMENTO			
LEUCOCITOS	3 - 8 XC,		
HEMATIES	25 - 30 XC,		
CELULAS	CELULAS EPITELIALES: 1 - 5 XC,		
FIBRAS MUCOSAS	++		
BACTERIAS	+		


Lcda. D.
LABOR
R.P. Lib



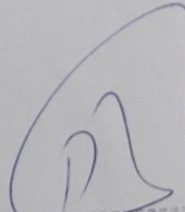
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO
Lcdo. Danny Paúl Bravo Rodríguez
Lcda. Rosanna Quijano de Bravo
Lcda. Jennifer Paola Bravo Quijano
LABORATORISTAS CLINICOS

Dirección: Calles 12 de Marzo y Rocafuerte
Frente al Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda - Tlf: 2635822
Portoviejo - Manabí - Ecuador

Paciente ENRIQUE ARAUZ MOREIRA
Fecha: 08-Ago-2015
Dr(a). --

Solicitud No. 9,027

Examen	Resultado	Unidad	Valores Referenciales
UREA	42.9	mg/dl	10.0 - 50.0
CREATININA	0.88	mg/dl	0.60 - 1.30
ACIDO URICO	8.60	mg/dl	3.00 - 7.00
PROTEINOGRAMA:			
PROTEINAS TOTALES	8.11	g/dl	6.00 - 8.00
ALBUMINA	4.91	g/dl	3.80 - 6.10
GLOBULINA	3.20	g/dl	0 - 3.80
RELACION A/G	1.53		1.20 - 2.20


Lcdo. D. Paúl Bravo Rodríguez
LABORATORISTA CLINICO
R.P. Libro # Folio 123 N° 356

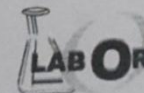


Figura 3.3. Hemograma completo.

Anexo N° 4. Protocolo de periodoncia.



Figura 4.1. Remoción de placa bacteriana y detartraje.



Figura 4.2. Raspado y alisado



Figura 4.3. Cepillado mecánico profesional.



Figura 4.4. Fluorización con cubetas.

Anexo N° 5. Protocolo de operatoria

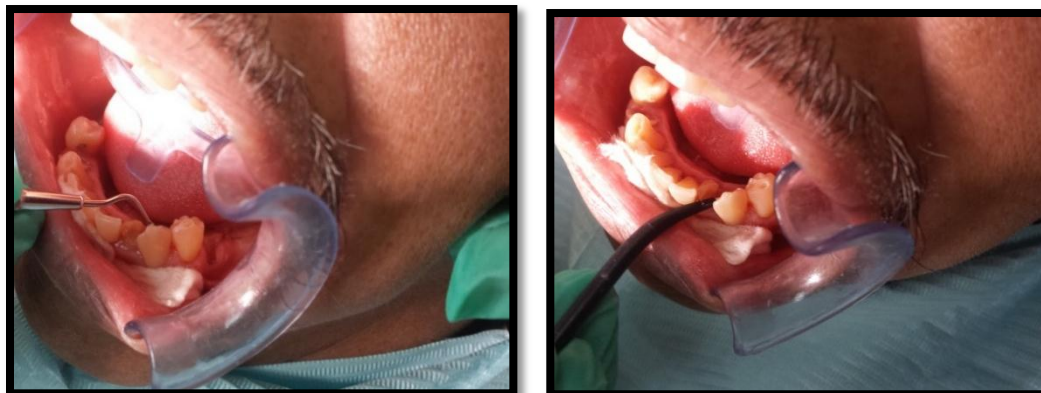


Figura 5.1. Protección dentino pulpar



Figura 5.2. Protocolo de preparación cavitaria.



Figura 5.3. Protocolo de restauración.

Anexo N° 6. Protocolo de endodoncia.

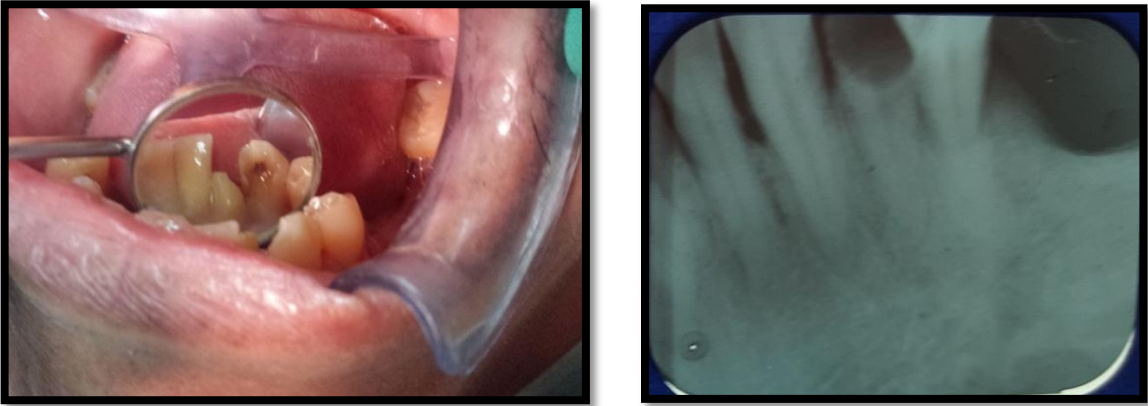


Figura 6.1. Diagnóstico y pronóstico.



Figura 6.2. Aislamiento del campo operatoria

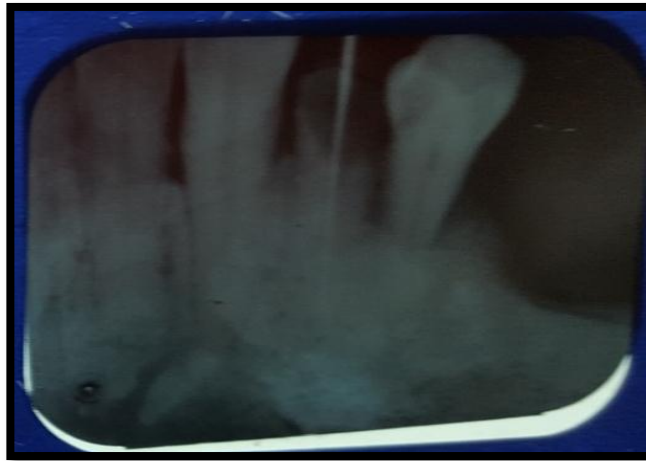


Figura 6.3. Acceso del conducto radicular



Figura 6.4. Preparación de conducto



Figura 6.5. Obturación del conducto.



Figura 6.6. Restauración pos tratamiento endodóntico

Anexo N°7. Protocolo de cirugía

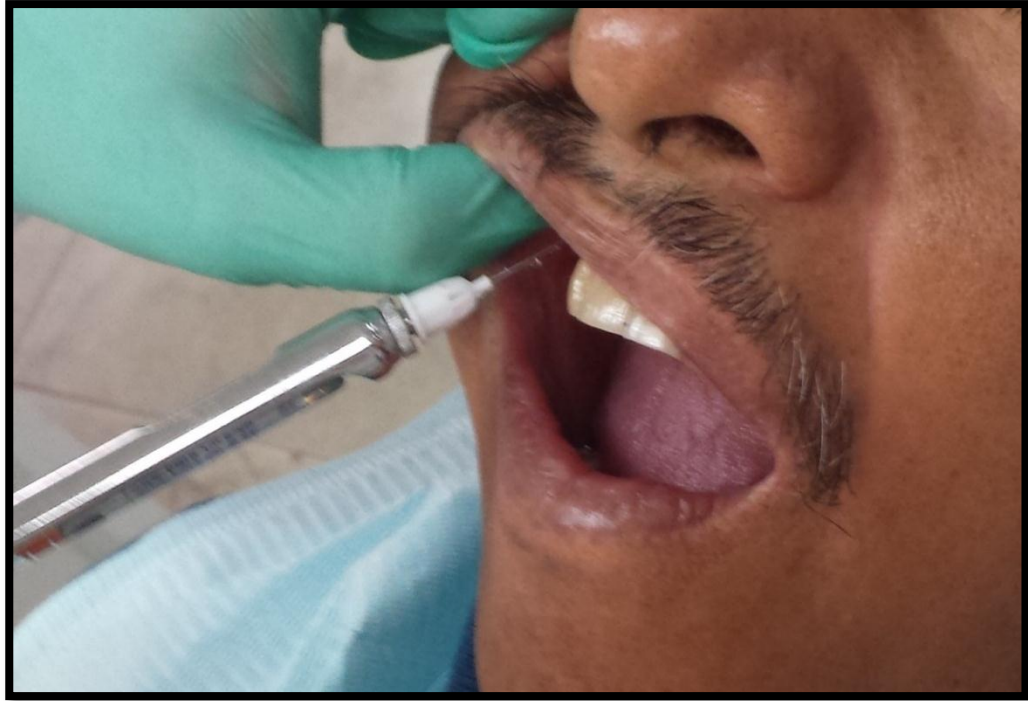


Figura 7.1. Técnica de anestesia local.



Figura 7.2. Aplicación de elevador.



Figura 7.3. Luxación de los restos.

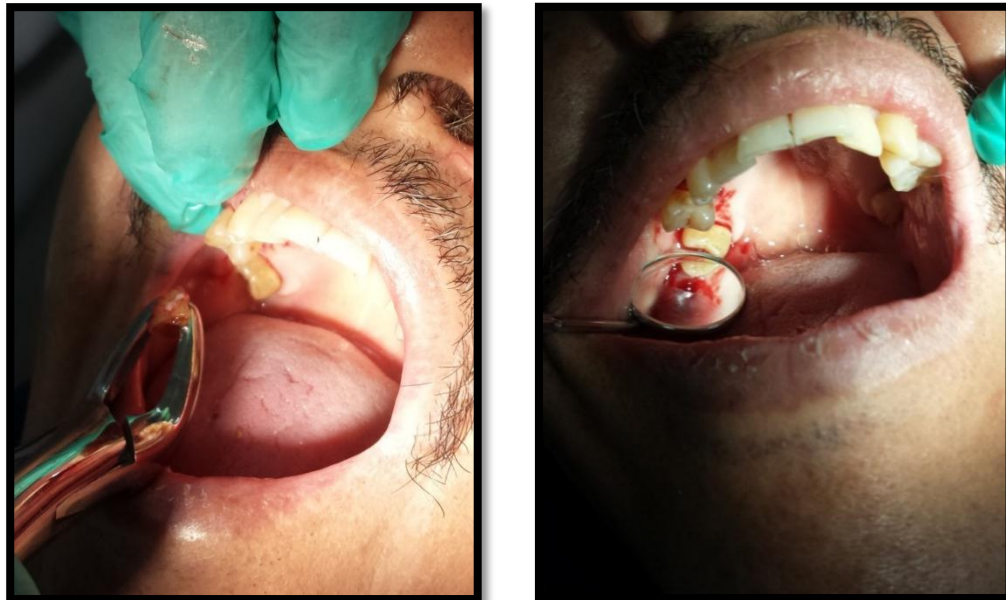


Figura 7.4. Exodoncia de restos.

Anexo n° 8. Protocolo de prótesis fija



Figura 8.1. Toma radiográfica del diente a tratar.



Figura 8.2. Poste de Resina



Figura 8.3. Preparación del diente



Figura 8.4. Cementación de la corona.

Anexo n° 9. Protocolo de prótesis parcial removible

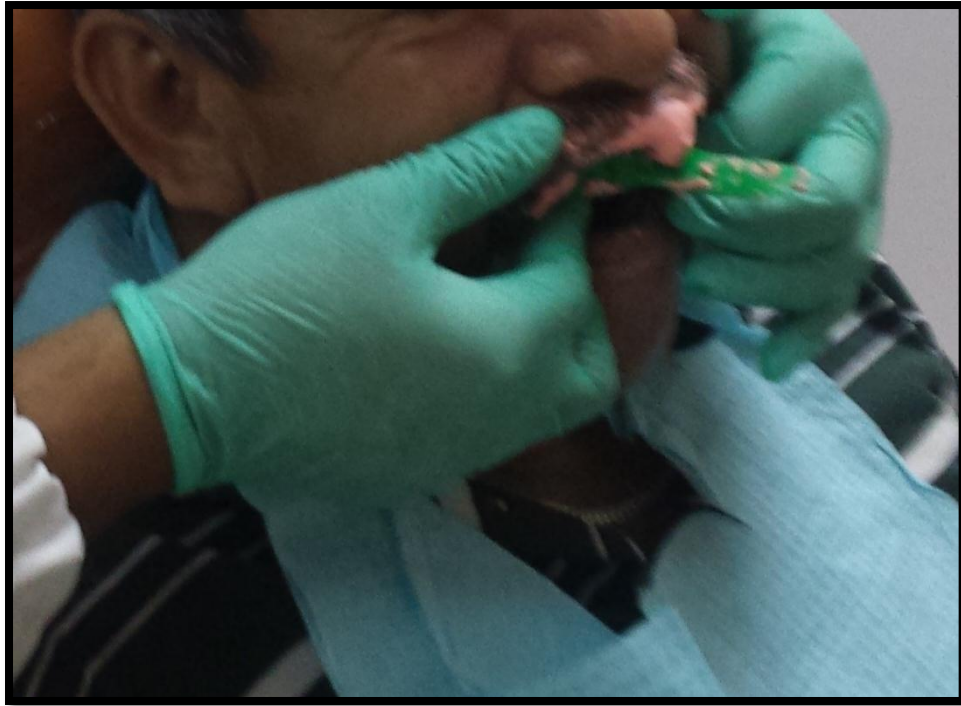


Figura 9.1. Toma de impresión con alginato.



Figura 9.2. Prueba de los dientes en cera.



Figura 9.3. Adaptación de la placa acrílica parcial removible.



Figura 9.4. Adaptación de la placa acrílica parcial removible.

ANTES



DESPUES



10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPEÚTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRÍA QUÍMICA RAYOS-X OTROS
 Preplax y fluorización Restauración Placa #33, Extracción 11, 14, 35, Corono de metal Porcelana 14, 35, Endodancia 33, 14

11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
		DEF-DEFINITIVO						
1	Ex odontológico	2012			3	Gingivitis y enfermedades bucales	X05	
2	Ray dental Retenido	X08			4	Caries dental	X02	

FECHA DE APERTURA: _____ FECHA DE CONTROL: _____ PROFESIONAL: Dr. Yhuselym Ardao CÓDIGO: _____ FIRMA: *Yhuselym Ardao* NÚMERO DE HOJA: _____

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 03/08/15	Placa bacteriana	Expre odontológico Historia Clínica Sonaje		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 2 FECHA 05/08/15	Caries de dentina #33	Restauración de Resina	no comer por 1 hora	CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 3 FECHA 05/08/15	Ray dental Retenido #14, 17, 35	Extracción de la pieza 14, 17, 35	Dielabanda y Reposo 24 horas	CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 4 FECHA 11/08/2015	Placa bacteriana calculus dental	Eliminación del cálculo, Raspado y Aligado. fluorización	no comer por 24 hora tacto es	CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 5 FECHA 09/08/2015	necrosis pulpar	necro pulprelomia lunado y amonetría		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 6 FECHA 31/08/2015	necrosis pulpar	(condensación) Restauración provisoria		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 7 FECHA 21/09/15	necrosis pulpar	necro pulprelomia lunado, amonetría		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 8 FECHA 24/09/15	toma de impresión Dstrucción coronal coronal metal Porcelana	toma de impresión con alginato. Prmónica		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>
SESIÓN 9 FECHA 29/09/15	necro pulprelomia	Condensación Restauración provisoria		CÓDIGO FIRMA <i>[Firma]</i>

SNS-MSP / HCU-Form 033/2008

ODONTOLOGO

Dr. Michel S.
ESP. ODONTOLÓGICO
LIBRO 4 - FOLIO
CÓDIGO
FIRMA *[Firma]*

2-80-26

Profesor



Carrera de Odontología

UNIVERSIDAD DE SAN GREGORIO

restauración y fijación + extracción D14, 35
restauración fija
corona metal porcelana 94, 52, Endodancia 33, 4el

11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	PRE-DEFINITIVO	CIE	PRE-DEF	CIE	PRE-DEF
1	Exodontología	2012	1	1	1	K02	1
2	Ray dental radiografía		1	1	1	K02	1

12 TRATAMIENTO		PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESION 1	FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES		
1	01/10/05	Fija-Distracción de corona clinica	Distracción Provisional Puente de vagina	Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLÓGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
2	02/10/05	Distracción de corona clinica fija	tallado impresión y provisional	Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLÓGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
3	03/10/05	Protésis metal ceramica	Prueba de metal	Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLÓGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
4	09/10/05	Protésis metal ceramica	colocación de puente de vagina restauración	Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLÓGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
5	15/10/05	Protésis metal ceramica	Prueba de diámetro	Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLÓGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
6	15/10/05	Protésis metal ceramica	tallado y provisional	Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLÓGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
7	21/10/05	Protésis metal ceramica	Prueba de metal	Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLÓGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
8	22/10/05	Protésis fija metal ceramica	Cementado	Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLÓGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
9	22/10/05	Protésis fija metal ceramica	Prueba hincado	Dr. Michel Sarmiento P. ESP. ODONTOLÓGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17

SNS-MSP / HCU Form 033/2004

RECIBO DE CONSULTA

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTO RICO

CARRERA DE ODONTOLOGIA

ESTABLECIMIENTO: SAN GREGORIO

NOMBRE: *Gregorio* APELLIDO: *San Gregorio* EDAD: *45* SEXO: *M*

TITULO DE CONSULTA: *Quiero problemas dentales*

ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: *Quiero problemas dentales*

EVALUACION ESTADO ACTUAL: *Quiero problemas dentales*

PROGRAMADO 1 AÑO: PROGRAMADO 2 AÑOS: PROGRAMADO 3 AÑOS: PROGRAMADO 4 AÑOS: PROGRAMADO 5 AÑOS: PROGRAMADO 6 AÑOS: PROGRAMADO 7 AÑOS: PROGRAMADO 8 AÑOS: PROGRAMADO 9 AÑOS: PROGRAMADO 10 AÑOS: PROGRAMADO 11 AÑOS: PROGRAMADO 12 AÑOS: PROGRAMADO 13 AÑOS: PROGRAMADO 14 AÑOS: PROGRAMADO 15 AÑOS: PROGRAMADO 16 AÑOS: PROGRAMADO 17 AÑOS: PROGRAMADO 18 AÑOS: PROGRAMADO 19 AÑOS: PROGRAMADO 20 AÑOS: PROGRAMADO 21 AÑOS: PROGRAMADO 22 AÑOS: PROGRAMADO 23 AÑOS: PROGRAMADO 24 AÑOS: PROGRAMADO 25 AÑOS: PROGRAMADO 26 AÑOS: PROGRAMADO 27 AÑOS: PROGRAMADO 28 AÑOS: PROGRAMADO 29 AÑOS: PROGRAMADO 30 AÑOS: PROGRAMADO 31 AÑOS: PROGRAMADO 32 AÑOS: PROGRAMADO 33 AÑOS: PROGRAMADO 34 AÑOS: PROGRAMADO 35 AÑOS: PROGRAMADO 36 AÑOS: PROGRAMADO 37 AÑOS: PROGRAMADO 38 AÑOS: PROGRAMADO 39 AÑOS: PROGRAMADO 40 AÑOS: PROGRAMADO 41 AÑOS: PROGRAMADO 42 AÑOS: PROGRAMADO 43 AÑOS: PROGRAMADO 44 AÑOS: PROGRAMADO 45 AÑOS: PROGRAMADO 46 AÑOS: PROGRAMADO 47 AÑOS: PROGRAMADO 48 AÑOS: PROGRAMADO 49 AÑOS: PROGRAMADO 50 AÑOS: PROGRAMADO 51 AÑOS: PROGRAMADO 52 AÑOS: PROGRAMADO 53 AÑOS: PROGRAMADO 54 AÑOS: PROGRAMADO 55 AÑOS: PROGRAMADO 56 AÑOS: PROGRAMADO 57 AÑOS: PROGRAMADO 58 AÑOS: PROGRAMADO 59 AÑOS: PROGRAMADO 60 AÑOS: PROGRAMADO 61 AÑOS: PROGRAMADO 62 AÑOS: PROGRAMADO 63 AÑOS: PROGRAMADO 64 AÑOS: PROGRAMADO 65 AÑOS: PROGRAMADO 66 AÑOS: PROGRAMADO 67 AÑOS: PROGRAMADO 68 AÑOS: PROGRAMADO 69 AÑOS: PROGRAMADO 70 AÑOS: PROGRAMADO 71 AÑOS: PROGRAMADO 72 AÑOS: PROGRAMADO 73 AÑOS: PROGRAMADO 74 AÑOS: PROGRAMADO 75 AÑOS: PROGRAMADO 76 AÑOS: PROGRAMADO 77 AÑOS: PROGRAMADO 78 AÑOS: PROGRAMADO 79 AÑOS: PROGRAMADO 80 AÑOS: PROGRAMADO 81 AÑOS: PROGRAMADO 82 AÑOS: PROGRAMADO 83 AÑOS: PROGRAMADO 84 AÑOS: PROGRAMADO 85 AÑOS: PROGRAMADO 86 AÑOS: PROGRAMADO 87 AÑOS: PROGRAMADO 88 AÑOS: PROGRAMADO 89 AÑOS: PROGRAMADO 90 AÑOS: PROGRAMADO 91 AÑOS: PROGRAMADO 92 AÑOS: PROGRAMADO 93 AÑOS: PROGRAMADO 94 AÑOS: PROGRAMADO 95 AÑOS: PROGRAMADO 96 AÑOS: PROGRAMADO 97 AÑOS: PROGRAMADO 98 AÑOS: PROGRAMADO 99 AÑOS: PROGRAMADO 100 AÑOS:

N° HISTORIA CLINICA: *1455*

FECHA DE APERTURA: *23/10/2015* FECHA DE CONTROL: *26/10/2015* PROFESIONAL: *Dr. Michel Sarmiento* FIRMA: *[Firma]* NÚMERO DE HOJA: *1*

11 DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE
1	Ex odontológico	20.12	1	3	Ortopedia y enlucidos	105
2	Ray dental óptico	X083		4	Caries dental	102

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA: <i>23/10/2015</i>	<i>Problemas de mordida Anclaje</i>	<i>orientación</i>		<i>Dr. Michel Sarmiento ESP ODONTOLÓGICA LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17</i>
SESIÓN 2 FECHA: <i>26/10/2015</i>	<i>Toma Protesis parcial de arcades sup.</i>	<i>toma de impresión</i>		<i>Dr. Michel Sarmiento ESP ODONTOLÓGICA LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17</i>
SESIÓN 3 FECHA: <i>26/10/2015</i>	<i>toma Protesis parcial de arcades inf.</i>	<i>toma de impresión</i>		<i>Dr. Michel Sarmiento ESP ODONTOLÓGICA LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17</i>
SESIÓN 4 FECHA: <i>27/10/2015</i>	<i>Protesis parcial de arcades sup.</i>	<i>enlucidos / prueba de la protesis anterior</i>		<i>Dr. Michel Sarmiento ESP ODONTOLÓGICA LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17</i>
SESIÓN 5 FECHA: <i>27/10/2015</i>	<i>Protesis parcial de arcades inferior</i>	<i>enlucidos / prueba de la protesis anterior</i>		<i>Dr. Michel Sarmiento ESP ODONTOLÓGICA LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17</i>
SESIÓN 6 FECHA: <i>29/10/2015</i>	<i>Protesis parcial de arcades superior</i>	<i>adaptación y ajuste de la protesis de arcades</i>		<i>Dr. Michel Sarmiento ESP ODONTOLÓGICA LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17</i>
SESIÓN 7 FECHA: <i>29/10/2015</i>	<i>Protesis parcial de arcades inferior</i>	<i>adaptación y ajuste de la protesis de arcades</i>		<i>Dr. Michel Sarmiento ESP ODONTOLÓGICA LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17</i>
SESIÓN 8 FECHA:				
SESIÓN 9 FECHA:				

ODONTOLOGIA (2)

Anexo N° 9. Recursos económicos

MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO.	PRECIO TOTAL.
Guantes.	1 caja	7.5	7.5
Mascarillas.	1 caja	4	4
Campos operatorios.	15 paquetes.	1	15
Gorros plásticos.	30 gorros.	0.50	15
Caja de radiografías.	1 caja	27	27
Caja de diques de goma.	1 caja	14	14
Cepillo profiláctica.	10 uni.	0.25	2.50
Kit de Resinas de fotocurado.	1 kit.	8.5	40
Líquidos revelador y fijador.	2 uni.	2.5	5
Anestésicos con vasoconstrictor.	15 uni.	0.5	7.5
Agujas cortas y largas.	15 uni.	0.5	7.5
Succionadores.	20 uni.	0.25	5
Suero fisiológico.	1 uni.	2.5	2.5
Hipoclorito de sodio.	1 uni.	3.5	3.5
Clorhexidina al 2%.	1 uni.	5	5
Conos de papel.	1 caja	7	7
Conos de gutapercha.	1 caja	7	7
Juego de limas H.	1 caja	7	7
Juego de espaciadores.	1 caja	7	7
Cemento para coronas (FUJI 1)	1 uni.	45	45
Pasta Selapex.	1 uni.	25	14
Dientes acrílicos.	5 uni.	1.7	8.5
Hidróxido de calcio.	1 uni.	6	2
Alginato.	1 uni.	7	5
Material pesado Speedex.	1 uni.	18	10
Yeso extraduro.	1 funda.	1.5	1.5
Yeso piedra.	2 fundas.	1.2	2.4
Gasas.	1 paquete	4	4
Algodones.	3 rollos	0.5	1.5
Coronas de Metal-Porcelana.	2 uni.	40	80
Prótesis Parcial Removible.	2 uni.	25	50
Hilo retractor.	1 uni.	8	3
Agujas Navitive.	2 uni.	3	6
Fresas.	6 uni.	1.20	7.20
Coltosol	1 uni.	10	4
Acrílico líquido y polvo	3 uni.	1.20	3.60
Radiografía Panorámica.	1 uni.	15	15

Exámenes Complementarios	1	42	42
Hojas de papel	1 resma	5	5
Anillados.	3	1	3
Viáticos del paciente.	1	70	70
Viáticos personales.	1	120	120
Total.			691.7

Anexo N° 10.

**CRONOGRAMA DE TITULACIÓN
PERIODO MARZO-AGOSTO 2015**

Semana	Fecha	Número de Horas			
		Tutorías Metodológicas	Praxis Profesional	Tutoría Personalizada	Actividades
1	16-17 Abril 2015	5			Talleres presenciales
2	20-24 Abril 2015	10			Talleres presenciales
3	27-30 Abril 2015	10			Talleres presenciales
4	4-8 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
5	11-15 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
6	18-22 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
7	25-29 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
8	1-5 Junio 2015	10			Talleres presenciales
9	8-12 Junio 2015	10			Talleres presenciales
10	15-19 Junio 2015	10			Talleres presenciales
11	22-26 Junio 2015	10			Talleres presenciales
12	29 Junio-3 Julio 2015	10			Talleres presenciales
13	6-10 Julio 2015	5	5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales

14	13-17 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
15	20-24 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
16	27-31 julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
17	3-7 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
18	10-14 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
19	17-21 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
20	24-27 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
21	31 agosto- 4 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
22	7-11 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
23	14-18 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
24	21-25 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
25	28 sept. -2 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
26	5-8 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
27	12-16 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
28	19-23 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
29	26-30 octubre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales

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

BIBLIOGRAFÍA

Barrancos, B. M. (2006). *Operatoria Dental - Integración Clínica* (Cuarta ed.). Buenos Aires: Panamericana.

Beldaño, C. (2005). *Tesisuchile*. Obtenido de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/benaldo_c/sources/benaldo_c.pdf

Canalda, C., & Brau, C. (2006). *Endodoncia: Técnicas Clínicas y Bases Científicas*. Barcelona: Elsevier.

Carranza, N. (2003). *Periodontología Clínica*. (Novena ed.). Editorial Interamericana.

Cohen, S., & Hargreaves, K. (2011). *Vías de la Pulpa*. Barcelona: Elsevier.

Cuniberti, N., & Rossi, H. (2009). Lesiones cervicales no cariosas: La lesión dental del futuro. *Actualizaciones Odontológicas Gabor*, 1- 7.

Díaz, A., Fonseca, M., & Parra, C. (2010). Cálculo dental una Revisión de Literatura y Presentación de una condición inusual. *Acta Odontológica Venezolana*.

Donado, M. (2014). *Cirugía Bucal: Patología y Técnica*. Barcelona: Elsevier Masson.

Echeverría, J. (2007). *Manual de Periodoncia*. Madrid: Ergon.

Enrile de Rojas, F., & Fuenmayor Fernández, V. (2009). *Manual de Higiene bucal*. Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=__8Xco483NgC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

Enrile, F., & Fuenmayor, V. (2009). *Manual de Higiene bucal*. Buenos Aires: Medica Panamericana.

- Giraldo, O. (2008). Como evitar Fracasos en prótesis dental parcial removible. *Fac. Odontol. Univ. Antioquia*, 19(2).
- Gómez S, y. c. (1997). Estudio de la microfiltración: Modificación a un método. *Avances en Odontoestomatología*, 265- 271.
- Lamas Lara, C., Paez Fernandez, J. J., Paredez Coz, G., Angulo de la Vega, G., & Cardoso Hernández, S. (2012). Rehabilitacion Integral en Odontologia. *Odontologia SanMarquina*, 15(1), 31-34. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a09v15n1.pdf
- Langlais, R. P.-G. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.
- Lindhe, J., & Lang, N. (2009). *Periodontologia clinica e implantologia odontologica* (Quinta ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- López, J. (2004). Etiología, clasificación y patogenia de la patología. *Salamanca*, 52-62.
- Mallat, E. (2004). *Protesis parcial removible y sobredentaduras*. Madrid: Elsevier.
- Martinez, J. (2009). *Cirugia oral y maxilofacial*. Mexico: El Manual Moderno.
- Melleding, P. (2013). *Preparaciones para Protesis Fija*. Venezuela: AMOLCA.
- MSP. (2004). *Normas Técnicas, Administrativas y Protocolos de Atención en Salud Bucal*. Panamá.
- MSP. (2014). *Protocolos Odontológicos*. Quito, Ecuador.
- Negroni, M. (2009). *Microbiologia Estomatologica. Fundamentos y guía práctica*. (2a. ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Orlando, L. (2006). Anestesia local en Cirugia oral y Maxilo Facial. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*. Obtenido de www.sld.cu/galerias/doc/uvs/saludbucal/anestesia_local.doc

- Otero Cogide, G., Otero Cogide, F., & Otero Cogide, M. (2003). *La Anestesia para el Cirujano Dentista*. Mexico: Prado, S.A. de C.V.
- Palma Cárdenas, A., & Sánchez Aguilera, F. (2007). *Técnicas de Ayuda Odontologica y Estomatologica*. (1era. ed.). Madrid: Thomson Paraninfo. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- R., O. L. (2008). Como evitar fracasos en protesis dental parcial removible. *Rev. de la facultad de odontologia de la universidad de Antioquia.*, 19(2), 80 - 88. Obtenido de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2231-7120-1-PB.pdf>
- Ramos, P., & Rosales, G. (2007). Limpieza y obturación del sistema de conductos: Biopulpectomía, necropulpectomía y técnica de condensación lateral modificada. *Lacandona*, 83- 95.
- Raspall, G. (2007). *Cirugia oral e implantologia* (Segunda ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Rendón, R. (2006). *Prótesis Parcial Removible: Conceptos actuales Atlas de Diseño*. Mexico: Medica Panamericana S.A.
- Romero, R. (2006). *Odontologos Ecuador*. Obtenido de <http://www.odontologosecuador.com/espanol/artpacientes/amb/pulpitis-dental-aguda.htm>
- Rosenstiel, L. F. (2009). *Protesis Fija Contemporanea* (Cuarta ed.). Barcelona: Elsevier.
- Santos Pantaleón, D., & De León, L. (enero - diciembre de 2005). Nueva técnica simplificada de preparación dental para coronas completas en dientes anteriores. *Revista Oodontologica Dominicana*, 11, 39 - 50. Obtenido de <http://www.bvs.org.do/revistas/rod/2005/11/01/ROD-2005-11-01-039-050.pdf>
- Scotti, R., & Ferrari, M. (2004). *Pernos de fibra: bases teóricas y aplicaciones clínicas*. España: Masson.

Sergas. (2006). *Tecnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud* (1era. ed., Vol. 2). España : Mad, S.L.

Soares, I., & Goldberg, F. (2013). *Endodoncia: Tecnicas y Fundamentos*. Buenos Aires: Medica Panamericana.

Treviño, J. A. (2009). *Cirugia oral y maxilofacial* . Mexico : El Manual Moderno.

Vargas, C. B. (Septiembre de 2008). Desinfectantes cavitarios y adhesión a dentina. *Odontologia Vital*, 9(1), 44-47. Obtenido de <https://my.laureate.net/Faculty/docs/Faculty%20Documents/OdontoFINALRespaldo%209.pdf#page=45>