



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

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

Tema:

Rehabilitación oral de paciente geriátrico con presencia de restos radiculares y edentulismo parcial, en el período marzo-noviembre de 2015.

Autora:

Alba Gabriela García Mendoza.

Tutor:

Dr. Fabricio Loor Alarcón. Mg. Ge.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí –República del Ecuador.

2016.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE SINTEMATIZACIÓN PRÁCTICA.

Dr. Fabricio Loor Alarcón, certifica que la Sistematización de Prácticas titulada: Rehabilitación oral de paciente geriátrico con presencia de restos radiculares y edentulismo parcial, en el período marzo-noviembre de 2015, es trabajo original de la estudiante Alba Gabriela García Mendoza, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Fabricio Loor Alarcón. Mg. Ge.

Tutor del trabajo de sistematización práctica.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Rehabilitación oral de paciente geriátrico con presencia de restos radiculares y edentulismo parcial, en el período marzo-noviembre de 2015.

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

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

Dr. Fabricio Loor Alarcón Mg. Ge.

Tutor de sistematización práctica.

Dra. Bernardita Navarrete. Mg. Gs.

Miembro tribunal.

Odo. Marco Mendieta Cedeño. Esp. Per.

Miembro tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad del presente trabajo de sistematización práctica, argumentos, análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo, titulado: Rehabilitación oral de paciente geriátrico con presencia de restos radiculares y edentulismo parcial, en el período marzo-noviembre 2015; corresponde exclusivamente a su autora, además cedo los derechos de autoría del trabajo de sistematización práctica a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Alba Gabriela García Mendoza.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por guiarme, por permitirme superar los obstáculos que se presentaron a lo largo de mi camino estudiantil, sin Él, todo hubiese sido más difícil o imposible.

A mis pacientes, a mis padres, ya que sin su voluntad y confianza hacia mí, no hubiese sido posible completar los casos clínicos de cada semestre.

A aquellos docentes que estimo y que aportaron a mi formación profesional, quisiera mencionarlos, pero son varios.

A mi tutor, Dr. Fabricio Loo Alarcón porque además de ser un buen docente, es también amigo, que me ha sabido guiar tanto en mi formación profesional como en la redacción de mi trabajo de titulación.

¡Gracias por todo!

Alba Gabriela García Mendoza.

DEDICATORIA.

A Dios, por las bendiciones recibidas y por ser mi fortaleza en mis momentos más tristes y difíciles.

A mis padres, a mis ángeles en el cielo, mi abuelito Neptalí Mendoza Intriago, mi abuelita Ernestina Zamora Guerrero... Mi abuelita tanto quería que una de sus nietas fuese Doctora... ¡Cómo quisiera que estuviese a mi lado en estos momentos, para que vea que se le hizo realidad su deseo y poder compartirlo juntas!

Alba Gabriela García Mendoza.

RESUMEN.

El presente trabajo de sistematización práctica versa sobre “Rehabilitación oral de paciente geriátrico con presencia de restos radiculares y edentulismo parcial, en el período marzo-noviembre 2015”; el mismo que fue desarrollado por su autora con la colaboración de docentes supervisores de praxis en clínica.

Paciente masculino de 71 años, sin antecedentes patológicos personales, fue atendido en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Se intervino con profilaxis, restauraciones de procesos cariosos con resina en las piezas N° 12, 18, 28, 37, 38, 45, 47, 48; después se realizaron exodoncias de las piezas N° 17, 31, 41 y de los restos radiculares N° 22, 32, 33, 34, 35, 36; endodoncias en las piezas N° 14 y 15, a esta última se le colocó un poste de resina y luego se restauró con una corona de metal-porcelana, devolviendo así su morfología y estética.

Al final, y después de haber transcurrido el tiempo necesario para la cicatrización de los tejidos en las zonas en donde fueron realizadas las exodoncias, se elaboraron prótesis removibles acrílicas con las cuales se pudo mejorar las funciones estomatognáticas, estética, oclusión y sobre todo, confianza y autoestima del paciente.

SUMMARY.

This systematization practice refers to the "Oral Rehabilitation of a geriatric patient with presence of root fragments and partially edentulous in the period March-November 2015"; the same that was developed by the author in collaboration with faculty supervisors in clinical practice.

Male patient of 71 years with no personal medical history, was treated at the dental clinic of the University San Gregorio de Portoviejo.

Prophylaxis and restorations of carious processes with resin parts No. 12, 18, 28, 37, 38, 45, 47, 48 were conducted. Extractions of parts No. 17, 31, 41 and root remains No. 22, 32, 33, 34, 35, 36 were subsequently performed; endodontics on parts No. 14 and 15, the latter is placed a resin post and then restored with a porcelain fused to metal crown, thus returning the morphology and aesthetics.

In the end, and after the time required for tissue healing in areas where they were performed extractions, acrylic dentures were developed with which it was possible to improve the stomatognathic functions, aesthetics, occlusion and above all, to enhance confidence and self-esteem of the patient.

ÍNDICE.

Certificación del tutor del trabajo de sistematización práctica.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Summary.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1
Capítulo I.	
1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Planteamiento del problema .	2
1.3. Delimitación de la investigación.	5
1.4. Justificación.	6
1.5. Objetivo.	8
1.5.1. Objetivo general.	8

Capítulo II.

2.	Marco Teórico Referencial y Conceptual.	9
2.1.	Historia clínica.	9
2.1.1.	Antecedentes patológicos personales y familiares .	9
2.1.2.	Examen físico general.	10
2.1.3.	Examen físico regional.	10
2.1.4.	Exámenes complementarios.	12
2.1.5.	Diagnóstico definitivo.	13
2.1.6.	Plan de tratamiento.	13
2.2.	Rehabilitación oral.	14
2.3.	Periodoncia.	15
2.3.1.	Periodonto en condiciones de salud.	15
2.3.2.	Envejecimiento fisiológico de los tejidos periodontales.	15
2.3.3.	Placa bacteriana y cálculo dental.	19
2.3.4.	Protocolo a seguir en periodoncia.	20
2.4.	Operatoria dental.	22
2.4.1.	Restauraciones estéticas de clase I.	23
2.4.2.	Protocolos a seguir en una restauración estética de clase I.	24
2.5.	Cirugía oral.	30
2.5.1.	Extracciones dentarias.	30
2.5.2.	Protocolo a seguir para realizar una exodoncia simple.	31
2.6.	Endodoncia.	36
2.6.1.	Endodoncia en adultos mayores.	36
2.6.2.	Sistema ProTaper.	32

2.6.3.	Protocolo a seguir para realizar una exodoncia.	39
2.7.	Prótesis fija.	41
2.7.1.	Restauración de diente tratado endodóncicamente.	42
2.7.2.	Protocolo a seguir para restaurar diente tratado endodóncicamente.	43
2.7.3.	Preparación de coronas de metal-porcelana.	45
2.7.4.	Protocolo a seguir para preparación de corona metal-porcelana.	45
2.7.5.	Restauraciones fijas provisionales.	47
2.7.6.	Manipulación de tejidos y toma de impresiones.	47
2.8.	Prótesis parcial removible.	50
2.8.1.	Diagnóstico protético en un anciano.	51
2.8.2.	Protocolo a seguir para realizar prótesis parciales removibles.	53

Capítulo III.

3.	Marco Metodológico.	57
3.1.	Modalidad del trabajo.	57
3.2.	Métodos.	57
3.2.1.	Protocolo de periodoncia.	57
3.2.2.	Protocolo de operatoria.	57
3.2.3.	Protocolo para realizar una exodoncia simple.	58
3.2.4.	Protocolo para realizar una endodoncia.	59
3.2.5.	Protocolo en prótesis fija.	59
3.2.6.	Protocolo a seguir para realización de prótesis parciales removibles	60
3.3.	Ética.	61
3.4.	Marco administrativo.	61

Capítulo IV.	
4. Análisis e Interpretación de Resultados.	65
Anexos.	67
Bibliografía.	

INTRODUCCIÓN.

La salud oral es un factor primordial en la calidad de vida de las personas, los años acarrear cambios físicos, fisiológicos, en los mecanismos de curación y reparación, por todo esto, el tratamiento odontológico en los adultos debe ser multifactorial, basándose además de los conocimientos de las patologías bucales más comunes, también en conocimientos sobre nutrición, farmacología, psicología y bioética.

Las personas de estratos socioeconómicos bajos, o personas con poca o ninguna educación son los que menos salud oral o menos dientes propios tienen, en comparación con aquellas personas con un estrato socioeconómico alto o que han recibido educación.

La rehabilitación oral integral, se enfoca en crear el marco adecuado para mejorar o devolverle las funciones estomatognáticas al paciente, no sólo se trata de resolver el problema del dolor, sino también de restaurar las piezas dentarias, de realizar extracciones, prótesis dentales fijas o removibles, etc. Todo esto con la finalidad de devolverle también la confianza y autoestima, y relaciones interpersonales al paciente.

En el presente trabajo de titulación, se señalan tanto los aspectos normales o fisiológicos como los patológicos a nivel oral, de manera general así como también a nivel geriátrico; se menciona también diagnóstico y tratamiento de cada uno de ellos. Finalmente se puede ver el resultado de todo el proceso de rehabilitación oral de dicho paciente.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Rehabilitación oral de paciente geriátrico con presencia de restos radiculares y edentulismo parcial, en el período marzo-noviembre 2015.

1.2. Planteamiento del problema.

Consultando informaciones disponibles en la página web de la Universidad Peruana

Cayetano Heredia, en su Revista Estomatológica Herediana, por Belaúnde, M. y

colaboradores¹ (2012), puedo citar que:

A nivel mundial, en los adultos se ha encontrado una deficiente higiene oral evidenciándose así un alto nivel de pérdida de piezas dentarias, caries dental, alta prevalencia de enfermedad periodontal, xerostomía y lesiones premalignas o cáncer oral. Siendo más prevalente la pérdida de piezas dentarias, el impacto es más negativo en personas edéntulas ya que la pérdida de dientes reduce el rendimiento de la función masticatoria afectando en la elección de los alimentos, consecuentemente causando la pérdida de peso en las personas afectadas. El edentulismo además de causar problemas en la masticación, trae desventajas sociales como en la comunicación. Es más prevalente en los adultos mayores en todo el mundo y está asociado al nivel socio-económico. En varios estudios epidemiológicos muestran que los adultos mayores con nivel socio-económico bajo con o sin nivel educativo presentan más índices de edentulismo que las personas adultas mayores con mejor nivel socio-económico y con educación. El edentulismo afecta la salud oral, la salud en general y la calidad de vida de las personas afectadas ya que varía la dieta alimenticia, de variar el gusto de los alimentos trayendo como consecuencia la malnutrición y desnutrición. Aún las personas que usan prótesis ya sean parciales o totales no tienen la misma efectividad masticatoria que teniendo todas las piezas dentarias. Siendo los principales contribuyentes al edentulismo la

¹Belaúnde, M. y colaboradores. (2012). Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. Revista Estomatológica Herediana. 22. Consultado el 04 de noviembre, 2015. En: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/129/105>

enfermedad periodontal crónica y la caries dental. Aunque en algunos estudios indican que la caries dental es la razón más importante para realizar la extracción dental en comparación con la enfermedad periodontal. La pérdida de dientes afecta a las personas de diferentes edades, pero se observa más en los adultos ya que por el tiempo de vida han desarrollado enfermedades crónicas como la caries dental y la periodontitis. Sin embargo no es un resultado inevitable del envejecimiento. Por otra parte el impacto de la promoción de la salud oral y las acciones públicas como el consumo de agua fluorada, sugieren que el edentulismo se puede prevenir. (pp. 77 y 78)

Consultando informaciones disponibles en un artículo de la página web Medigraphic, por los Medina-Solís, C. y colaboradores² (2006), puedo referenciar que:

Las investigaciones reportan que durante las últimas décadas la prevalencia y experiencia de caries ha declinado en algunos segmentos de la población de la mayoría de los países desarrollados, y que esta tendencia se ha visto parcialmente reflejada en algunos países de América Latina y el Caribe. (p. 270)

Consultando informaciones disponibles en un artículo de la página web de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por Medina, C. y colaboradores³ (2011), puedo exponer que:

La Organización Mundial de la Salud ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. En este sentido, los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto total en salud de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. Además, el acceso a la atención bucodental es limitado; y a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos. En todo el mundo se

²Medina-Solís, C. y colaboradores. (2006). Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Medigraphic. 17:269-286. Consultado el 04 de noviembre, 2015. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio064e.pdf>

³Medina, C. y colaboradores. (2011, enero-marzo). Salud bucodental en Hidalgo, México: una revisión crítica de la literatura científica. Boletín informativo de la Coordinación de Investigación. 42. Consultado el 04 de noviembre, 2015. En: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EnferAlter/Carlo_Med/64.pdf

considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento, pero, en realidad, puede prevenirse. Existe la idea de que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, cuando en realidad afecta a entre el 60% y el 90% de la población escolar. La caries dental es también la enfermedad bucodental más frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos, seguida de la enfermedad periodontal, que también afecta a una gran parte de la población. (pp. 3 y 4)

El paciente tratado en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, presentó una higiene oral deficiente, acompañada de placa bacteriana, cálculo y pérdida ósea, motivo por el cual existía movilidad en ciertas piezas dentales, asimismo presentaba historia de caries dental en varias piezas, los cuales fueron factores que contribuyeron a la pérdida de varias piezas dentales, dando como resultado el edentulismo parcial, además de que también presentaba restos radiculares, en los cuales estaba indicada la extracción. Esta situación afectaba negativamente al paciente, ya que al haber ausencia de piezas dentales, y presencia de restos radiculares no existía una función masticatoria óptima alterando su sistema estomatognático, además, la presencia de placa bacteriana y cálculo provocaba halitosis lo cual pudo condicionar las relaciones sociales e interpersonales, que junto a la estética contribuía a la baja autoestima del paciente.

1.3. Delimitación de la investigación.

Campo:	Salud.
Área:	Odontología.
Aspecto:	Rehabilitación oral.
Delimitación espacial:	Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, en el cantón Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador.
Delimitación temporal:	Período marzo-noviembre de 2015.

1.4. Justificación.

Una vez determinada la problemática, se podrán establecer los métodos adecuados para restablecer la salud oral, estética, funcionalidad y calidad de vida del paciente, cumpliendo de esta manera con el objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, consultando esta información disponible en la página web del Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social⁴ (2013), puedo transcribir que:

Entre los derechos para mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación (art. 12), a vivir en un ambiente sano (art. 14), a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de la situación social y económica (art. 30), al ejercicio del derecho a la ciudad (art. 31) y a la salud (art. 32). La calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución, dentro del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (art. 340), para la garantía de servicios sociales de calidad en los ámbitos de salud, cultura física y tiempo libre, hábitat y vivienda, transporte y gestión de riesgos. (p. 57)

⁴Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013, junio 24). Objetivo 3 Mejorar la calidad de vida de la población. Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017. 1. Consultado el 04 de noviembre, 2015. En: <https://www.biess.fin.ec/files/ley-transparencia/plan-nacional-del-buen-vivir/Resumen%20PNBV%202013-2017.pdf>

Se justifica este trabajo de sistematización práctica como requisito previo para la obtención del grado de odontólogo, donde el egresado demostró sus conocimientos y capacidades teórica-práctica al rehabilitar a un paciente con una situación lamentable en lo referente a la salud del sistema estomatognático con funciones disminuidas, lo que afectaba a su salud general, es así que el presente trabajo de praxis tuvo la finalidad de ayudar de manera directa al paciente mediante la rehabilitación oral, devolviéndole la funcionalidad al sistema bucal, mejorando su estilo de vida y motivándolo al cuidado de la higiene oral.

Además de favorecer al paciente también beneficia institucionalmente a la Universidad San Gregorio de Portoviejo al vincularse directamente con la comunidad, ofreciendo sus servicios odontológicos de manera gratuita, impactando positivamente a nivel del cantón y la provincia.

1.5. Objetivo.

1.5.1. Objetivo general.

Rehabilitar un paciente geriátrico con presencia de restos radiculares y edentulismo parcial.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Historia clínica.

Paciente masculino, sin antecedentes patológicos. Refirió dolor en la pieza N°14, por la presencia de caries profunda cervico-coronal, dolor de tipo lancinante, de intensidad aguda soportable, localizado, que se daba durante el estímulo con bebidas o alimentos fríos, el cual se aliviaba con el calor, los mismos síntomas refirió para la pieza número N° 17, la cual tenía presencia de caries profunda en la superficie palatina. El paciente también refirió sentirse incómodo por la presencia de múltiples restos radiculares, debido a fracturas dentales que sucedieron en distintos períodos.

El paciente, al principio sentía inseguridad de realizarse los tratamientos de rehabilitación oral, debido a que anteriormente no acudía con regularidad al odontólogo, nunca había utilizado prótesis dentales, y tenía una salud oral deficiente, pero a medida de que se le fueron explicando los beneficios que obtendría a nivel de su salud oral, estética y funcionalidad, sintió mayor confianza.

2.1.1. Antecedentes patológicos personales y familiares.

Antecedentes patológicos personales: no refirió antecedentes

Antecedentes patológicos familiares: refirió que su mamá padecía de diabetes.

2.1.2.Examen físico general.

Paciente normolíneo, consciente, ubicado en tiempo y espacio, que camina y habla sin dificultad, no presentaba facies patonogmónica de ninguna enfermedad. Presentaba piel y mucosas con coloración normal, sin lesiones visibles, temperatura de 37°C, frecuencia respiratoria de 15 por minuto, frecuencia cardíaca de 75 pulsaciones/minuto y presión arterial de 120/60. Panículo adiposo conservado.

2.1.3.Examen físico regional.

Examen extraoral.

Inspección.

Paciente sin patología aparente, a nivel de cabeza y cuello, presentaba una simetría facial normal, sin presencia de edema, ni tumores, cicatrices o lesiones.

Palpación.

Cadenas ganglionares no palpables.

Auscultación.

Pulso carotídeo de 70 p/min.

Examen intraoral.

Inspección.

El paciente presentaba: caries en las piezas N° 18, 17, 14, 12, 28, 37, 38, 45, 47, 48, restos radiculares de las piezas N° 22, 32, 33, 34, 35, 36, restauración defectuosa en la pieza N° 15, ausencia de las piezas N° 11, 16, 21, 26, 27, 43, 44, 46.

El índice CPO indicaba:

Caries: 9, Perdidas: 8, Obturadas: 1.

Se observa presencia de placa bacteriana de consistencia blanda, color blanco amarillento, localizada a nivel de todas las piezas dentarias, y cálculo supragingival, especialmente en las superficies linguales del sector anteroinferior de la mandíbula, y recesión gingival.

La encía se observaba de color rosa pálido, brillante, sólo en ciertas zonas una ligera inflamación por presencia de placa bacteriana.

Los carrillos no presentaban lesiones ulcerosas o ampollares, lo que si se observó fue la presencia de Gránulos de Fordyce a nivel de ambos carrillos, lo cual es una condición fisiológica, en los espacios donde había ausencia de piezas dentarias, las mejillas o carrillos no ocupaban dichos espacios.

La mucosa del piso de la boca tenía un aspecto delgado, de color rosa pálido, húmedo, y se observó una prominencia color violeta en la parte central, que indicaba la presencia de várices en el suelo de la boca. Las amígdalas se observaron de aspecto normal. El paladar duro presentaba una mucosa rosa pálido, firme, gruesa, bien adherida al hueso, rugas palatinas de aspecto normal, sin presencia de torus palatino. Paladar blando de color rosa, normal, de aspecto liso, brillante y húmedo.

La úvula también se observa de aspecto normal, al igual que la lengua, la cual era de color rosado, húmeda, de buena hidratación.

Palpación.

El paciente no refiere ningún tipo de molestia al momento de la palpación, pero sí se presencia movilidad en las piezas N° 41, 31, grado 1.

Percusión.

Horizontal: resultados negativos en piezas N° 14, 15.

Vertical: resultados negativos en piezas N° 14, 15.

2.1.4. Exámenes complementarios.

Radiografía panorámica.

A través de la radiografía panorámica se pudo obtener mayor información a nivel dentario y óseo, se observaron: las crestas alveolares verticales y horizontales en la arcada superior, y horizontales en la arcada inferior, espacios edéntulos en ambas arcadas, presencia de restos radiculares, restauración defectuosa que llega hasta la cámara pulpar en la pieza N° 15, y aparentemente hipercementación a nivel de la pieza N° 48.

En el maxilar superior: restauración u obturación defectuosa en la pieza N° 15 que llega a cámara pulpar, resto radicular de la pieza N° 22, pérdida ósea en las zonas edéntulas, principalmente a nivel de los espacios donde existieron las piezas N° 11, 21 (de tipo vertical), ligamento periodontal normal alrededor e todas las piezas presentes.

En la arcada inferior: se observó hipercementosis a nivel de la pieza N° 48, presencia de restos radiculares de las piezas N° 32, 33, 34, 35, 36, pérdida ósea a nivel de las piezas N° 31, 41, 42, principalmente a nivel de las piezas N°31, 41, ligamento periodontal normal.

Exámenes de laboratorio.

Los valores se encuentran normales.

2.1.5.Diagnóstico definitivo.

Placa bacteriana y cálculo supragingival.

Caries en las piezas N° 12, 14, 17, 18, 28, 37, 38, 45, 47, 48.

Pulpitis vital irreversible en la pieza N° 14.

Periodontitis de causa traumática en la pieza N° 15.

Restos radiculares de las piezas N° 22, 32, 33, 34, 35, 36.

Edentulismo parcial.

2.1.6.Plan de tratamiento.

Profilaxis y fluorización.

Restauraciones con resina en las piezas N° 18, 12, 28, 38, 37, 48, 47, 45.

Endodoncias en las piezas N° 14, 15.

Exodoncias de las piezas N° 17, 31, 41 y de los restos radiculares N° 22, 32, 33, 34, 35, 36.

Prótesis fija en la pieza N° 14.

Prótesis parcial removible (de material acrílico) en ambas arcadas, reemplazando los espacios edéntulos.

2.2. Rehabilitación oral.

Rehabilitación oral en el paciente adulto mayor.

Analizando la obra de Roisinblit R. y colaboradores⁵ (2010), puedo citar que: “La planificación de la rehabilitación oral en el adulto debe combinar el análisis de los parámetros mecánicos, funcionales y biológicos” (p. 237).

Examinando la obra de Roisinblit R. y colaboradores⁶ (2010), puedo referenciar que:

El diagnóstico de las estructuras remanentes es indispensable antes de la planificación, ya que en el anciano, la pérdida o modificación de estructuras como consecuencia del desgaste o la remodelación de los tejidos, genera pautas muchas veces diferentes en la toma de decisiones con respecto al adulto joven. Es necesario acopiar suficiente información sobre las fuerzas funcionales y parafuncionales previas a la reconstrucción y su influencia a futuro. El objetivo de este conocimiento es predecir la performance clínica de la restauración. (p. 237)

Estudiando la obra de Roisinblit R. y colaboradores⁷ (2010), puedo exponer que:

Fundamentalmente en Geriátrica, la restauración tiene como pauta primaria asegurar en cada paciente la óptima función masticatoria, manteniendo los parámetros estéticos y fonéticos. Esto deriva del conocimiento de cómo las fuerzas generadas por la musculatura en las estructuras oclusales, son derivadas a través de las piezas remanentes y los tejidos blandos periféricos al hueso circundante que lo absorberá. La planificación deberá considerar, además, la adaptación de los tiempos operatorios a las posibilidades del paciente. (p. 237)

⁵Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

⁶Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

⁷Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

2.3. Periodoncia.

Observando la obra de Eley, B. M., y colaboradores⁸ (2010), puedo transcribir que: “Es fundamental conocer el periodonto en condiciones de salud para entender su comportamiento en presencia de enfermedad enfermedad” (p. 1).

2.3.1. Periodonto en condiciones de salud.

Encía.

Investigando la obra de Eley, B. M., y colaboradores⁹ (2010), puedo conocer que:

La encía sana es rosa, firme, de márgenes finos y con una forma festoneada que le permite ajustarse al contorno de los dientes. Su color puede variar según la cantidad de pigmentación por melanina en el epitelio, el grado de queratinización el mismo y la vascularización y naturaleza fibrosa del tejido conjuntivo subyacente. En individuos caucásicos, la pigmentación es mínima; en pacientes de origen africano o asiático, puede haber zonas de color marrón o azul-negro que cubran una gran parte de la encía; en individuos de origen mediterráneo, se encuentran parches ocasionales de pigmentación. (p. 1)

Ligamento periodontal.

Indagando la obra de Eley, B. M., y colaboradores¹⁰ (2010), puedo saber que:

El ligamento tiene un grosor de entre 0,3 y 0,1 mm. Es más ancho en la parte más coronal del alvéolo y en el ápice, y más estrecho a la altura del eje de rotación del diente, ligeramente apical al punto medio de la raíz. En ausencia de enfermedad, presenta un intervalo normal de movilidad del diente. (p. 5)

2.3.2. Envejecimiento fisiológico de los tejidos periodontales.

Analizando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹¹ (2010), puedo citar que:

⁸Eley, B. M., Soory, M., y Manson, J. D. (2010). Periodoncia (6ª ed.). Reino de España: Elsevier.

⁹Eley, B. M., Soory, M., y Manson, J. D. (2010). Periodoncia (6ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹⁰Eley, B. M., Soory, M., y Manson, J. D. (2010). Periodoncia (6ª ed.). Reino de España: Elsevier.

A medida que envejecemos ocurren dos fenómenos paralelos: una declinación fisiológica normal, que abarca complejas interacciones de los procesos biológicos, psicológicos y sociológicos, y un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades. Aunque estos procesos se influyen entre sí, los cambios fisiológicos son independientes del desarrollo de la enfermedad. (p. 189)

Ferro, M. y Gómez, M.¹² (2007), en su obra señala que:

Con el aumento de edad, se ha evidenciado una mayor prevalencia de recesiones gingivales. Esto parece estar relacionado con una acumulación de efectos ambientales como lo es un cepillado dental muy vigoroso y una atrofia periodontal que es normal debido al proceso de envejecimiento. Al mismo tiempo, se ha observado una disminución en el hueso alveolar relacionado también con el mismo. (p. 55)

Salud gingivo-periodontal.

Examinando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹³ (2010), puedo referenciar que:

Los tejidos y las células del cuerpo van modificándose a medida que los años transcurren, tanto en su estructura como en su función. Es importante diferenciar cambios producidos por el envejecimiento intrínseco, de los producidos por la exposición crónica a factores de riesgo como el alcohol, el cigarrillo y medicamentos utilizados por periodos prolongados. (p. 189)

Estudiando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹⁴ (2010), puedo exponer que:

En el Simposio realizado en Iowa en 1992, se sugirió que la edad “per.-se” produce mínimos cambios en la mucosa oral humana, dato que se ha corroborado en recientes estudios clínicos. Esos pequeños cambios no tienen que ver con la edad, sino con alteraciones metabólicas a nivel sistémico, como la diabetes, o bien como efecto colateral de algunos medicamentos o hábitos, como el fumar por ejemplo. En

¹¹Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República de Argentina: E-Book.

¹²Ferro, M. y Gómez, M. (2007). Periodoncia Fundamentos de la Odontología (2ª ed.). Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

¹³Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

¹⁴Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

estos casos hay una alteración en el metabolismo de los aminoácidos y una disminución en la secreción salival respectivamente. (p. 189)

Ligamento periodontal.

Observando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹⁵ (2010), puedo transcribir que:

Puede presentar una reducción en su ancho; esto podría deberse a la menor carga funcional, dada la nutrición blanda que adoptan los adultos mayores. Al respecto hay controversias, ya que algunos autores hablan de un aumento del espacio periodontal. Tal vez estos cambios estarían en relación a la función y al número de dientes presentes en boca. (p. 190)

Investigando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹⁶ (2010) puedo conocer que:

“El tejido periodontal se hace más fibroso y disminuye su contenido celular. Presenta una estructura irregular con calcificación de algunas fibras y también entre ellas. La síntesis de colágeno disminuye y se hace más lábil” (p. 190).

Cemento.

Indagando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹⁷ (2010), puedo saber que:

La continua aposición del cemento conduce a un incremento del mismo, en especial en la zona apical, tal vez como una adaptación a la erupción continua. Hay un aumento del cemento acelular, como así también se encuentran más cantidad de sitios con reabsorción. De esta forma, la superficie expuesta al medio bucal es más susceptible a las caries y, cuando se la expone a la luz de la bolsa, es una superficie porosa que favorece la colonización microbiana. (p.190)

¹⁵Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

¹⁶Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

¹⁷Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

Hueso.

Analizando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹⁸ (2010), puedo citar que: “A partir de los 40 años aproximadamente, el hueso cortical comienza a sufrir un aumento de la porosidad, siendo este porcentaje mayor en mujeres posmenopáusicas. Hay también una pérdida del esponjoso que es irreversible, ya que no se regenera” (p. 190).

Dientes.

Examinando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹⁹ (2010), puedo referenciar que: “No hay ningún mecanismo que repare el desgaste oclusal que sufren los dientes. El esmalte presenta mayor fragilidad, es menos permeable y la dentina presenta una esclerosis dentinaria por calcificación de los túbulos dentinarios” (p. 190).

Fluido gingival.

Estudiando la obra de Roisinblit R. y colaboradores²⁰ (2010), puedo exponer que: “En estudios de gingivitis experimental, el flujo del fluido gingival de un grupo de adultos mayores en relación a un grupo de jóvenes fue el doble, ante igual presencia de placa” (p. 190).

Observando la obra de Harpenau, L. y colaboradores²¹ (2014), puedo transcribir que:

¹⁸Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

¹⁹Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

²⁰Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

²¹Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W., y Sanz, M. (2014). Periodoncia e implantología dental de Hall. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

Todos los pacientes deben ser valorados en búsqueda de enfermedades periodontales y cuando esté indicado, será necesario realizar un examen exhaustivo, así como una valoración del riesgo existente para identificar factores locales y sistémicos que pudieran contribuir en el proceso patológico. Una vez que éstos han sido identificados, se le informará al paciente y se desarrollará un plan de tratamiento para lograr modificar tantos factores como sea posible. (¶ 1)

2.3.3. Placa bacteriana y cálculo dental.

Investigando la obra de Harpenau, L. y colaboradores²² (2014), puedo conocer que:

La placa bacteriana ha sido establecida como el factor etiológico principal de la enfermedad periodontal inflamatoria. El cálculo supragingival y subgingival son factores secundarios importantes, y, así como la placa bacteriana, deberán ser removidos como parte del tratamiento periodontal inicial. Las indicaciones de higiene bucal y los cuidados preventivos, así como la limpieza periodontal apropiada, deberán ser parte del plan de tratamiento dirigido a controlar estos factores. (¶ 2)

Indagando la obra de Ferro, M. y Gómez, M.²³ (2007), puedo saber que: “El cálculo dental no es más que biopelícula calcificada que se deposita sobre las superficies dentales, bien sean coroneales o radiculares y podría llegar a considerarse como la etapa final de la formación de la biopelícula” (p.65).

Áreas en donde más se encuentra cálculo dental.

Analizando la obra de Ferro, M. & Gómez, M.²⁴ (2007), puedo citar que:

Puede formarse en cualquier diente pero se encuentran más frecuentemente en las caras libres de los dientes localizados en las áreas adyacentes a la salida de los conductos de las glándulas salivares; esto es en vestibular de los molares superiores

²²Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W., y Sanz, M. (2014). Periodoncia e implantología dental de Hall. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

²³Ferro, M. y Gómez, M. (2007). Periodoncia Fundamentos de la Odontología (2ª ed.). República de Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

²⁴Ferro, M. y Gómez, M. (2007). Periodoncia Fundamentos de la Odontología (2ª ed.). República de Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

(parótida/conducto de Stenon) y en las caras linguales de los anteriores inferiores (sublinguales/conductos de Wharton). (p. 65)

2.3.4. Protocolo a seguir en periodoncia.

Evaluación de la profundidad de la bolsa durante el sondeo.

Examinando la obra de Lindhe y colaboradores²⁵ (2009) puedo referenciar que:

La profundidad de la bolsa, esto es la distancia entre el margen gingival y el fondo del surco gingival y la bolsa, se mide hasta el milímetro más cercano con una sonda periodontal graduada con un extremo de diámetro estandarizado de 0,4-0,5 mm. (p. 577)

Evaluación del nivel de inserción determinado con sonda.

Estudiando la obra de Lindhe y colaboradores²⁶ (2009), puedo exponer que:

El nivel de inserción (NIS) se evalúa hasta el milímetro más cercano con una sonda graduada y se expresa como la distancia en milímetros entre la unión amelocementaria (UAC) y el fondo de la bolsa gingival/periodontal sondeable. La evaluación clínica requiere la medición de la distancia entre el margen gingival libre (MGL) y la UAC en cada superficie dentaria. (p. 577)

Evaluación de la movilidad dentaria.

Observando la obra de Lindhe y colaboradores²⁷ (2009), puedo transcribir que:

La pérdida continua de tejidos de sostén durante la progresión de la enfermedad periodontal puede dar como resultado el aumento de la movilidad dentaria. Sin embargo, el trauma oclusal también puede generar movilidad dentaria. Por ende, hay que saber si la razón de la mayor movilidad dentaria es producto del ensanchamiento del ligamento periodontal, de la disminución de la altura de los tejidos de sostén o una combinación de ambas cosas. (p. 583)

²⁵Lindhe, J., Lang, N. y Karring, T. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

²⁶Lindhe, J., Lang, N. y Karring, T. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

²⁷Lindhe, J., Lang, N. y Karring, T. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Clasificación de la movilidad dentaria según Miller (1950).

Investigando la obra de Lindhe y colaboradores²⁸ (2009), puedo conocer que:

- Grado 0: movilidad “fisiológica” medida en la corona. El diente se mueve dentro del alvéolo alrededor de 0,1-0,2 mm en sentido horizontal.
- Grado 1: aumento de la movilidad de la corona del diente superior a 1 mm en sentido horizontal.
- Grado 2: aumento visible de la movilidad de la corona del diente superior a 1 mm en sentido horizontal.
- Grado 3: movilidad intensa de la corona del diente tanto en sentido horizontal como vertical que altera la función del diente. (p. 583)

Análisis radiográfico - hueso alveolar.

Indagando la obra de Lindhe y colaboradores²⁹ (2009), puedo saber que:

La altura del hueso alveolar y el contorno de la cresta ósea se examinan mediante radiografías. Las radiografías proporcionan información sobre la altura y la forma del hueso alveolar interproximal. Las estructuras enmascaradoras como las raíces de los dientes suelen dificultar la identificación del contorno vestibular y lingual de la cresta ósea alveolar. Por lo tanto, el análisis de las radiografías debe combinarse con la evaluación minuciosa de la ficha periodontal para llegar a la estimación correcta de los defectos óseos “horizontales y “angulares”. (p. 583)

Estado de higiene bucal.

Analizando la obra de Lindhe y colaboradores³⁰ (2009), puedo citar que “Junto con el examen de los tejidos periodontales es preciso evaluar los hábitos de higiene bucal del paciente” (p. 584).

²⁸Lindhe, J., Lang, N. y Karring, T. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

²⁹Lindhe, J., Lang, N. y Karring, T. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

³⁰Lindhe, J., Lang, N. y Karring, T. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Raspaje y alisado radicular.

Examinando la obra de Ferro M. y Gómez M.³¹ (2007), puedo referenciar que: “La Academia Americana de Periodoncia define RASPAJE como la instrumentación de la corona y superficies radiculares de los dientes para remover placa, cálculos y pigmentaciones” (p. 284).

Estudiando la obra de Ferro M. y Gómez M.³² (2007), puedo exponer que: “Alisado radicular es el tratamiento definitivo diseñado para remover el cemento o las superficies de dentina rugosas, impregnadas de cálculos o contaminadas con microorganismos y sus toxinas” (p. 284).

Observando la obra de Aragonese, J. y colaboradores³³ (2014), puedo transcribir que: “El tratamiento periodontal no quirúrgico puede realizarse mediante varios métodos, entre los que se incluyen la instrumentación manual con curetas, los instrumentos sónicos y ultrasónicos así como la terapia ablativa con láser” (p. 281).

³¹Ferro, M. y Gómez, M. (2007). Periodoncia Fundamentos de la Odontología (2ª ed.). República de Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

³² Ferro, M. y Gómez, M. (2007). Periodoncia Fundamentos de la Odontología (2ª ed.). República de Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

³³Aragonese, J., Cervantes, N., Sala, L., y Fernández-Roldán, M. (2014). Guía preclínica de implantología, periodoncia y cirugía bucal. Reino de España: Editorial Médica Ripano.

2.4. Operatoria dental.

Investigando la obra de Roisinblit R. y colaboradores³⁴ (2010), puedo conocer que:

En relación con la Operatoria Dental, las necesidades del paciente geronte se enfocan principalmente hacia el reemplazo de viejas restauraciones que han cumplido su ciclo de vida útil, a la restauración de piezas dentales que han perdido tejido, no tanto por acción de la caries dental, sino como consecuencia de abrasiones y erosiones cervicales (abfracciones), desgastes de caras oclusales y bordes incisales; y, con mayor frecuencia, a la incidencia de afecciones radiculares, producto de reabsorción ósea y gingival generada a través de la prolongada conservación de las piezas dentarias de la población. (p. 215)

Indagando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.³⁵ (2011), puedo saber que:

La caries dental, es la enfermedad más común del ser humano según Bhaskar, puede definirse de diferentes maneras. F.V. Domínguez la describe como una secuencia de procesos de destrucción localizada en los tejidos duros dentarios que evoluciona en forma progresiva e irreversible y que comienza en la superficie del diente y luego avanza en profundidad. (¶ 1)

2.4.1. Restauraciones estéticas de clase I.

Analizando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.³⁶ (2011), puedo citar que:

Según Black, las lesiones clase I se ubican en hoyos y fisuras de: a) la cara oclusal de los premolares y los molares, b) el tercio oclusal y medio de la cara bucal de los molares inferiores, c) el tercio oclusal y medio de la cara lingual de los molares superiores y d) el cingulum de los incisivos superiores. Según las superficies involucradas, la restauración que abarca una sola cara del diente, se denomina simple. Cuando abarca dos caras, se denomina compuesta. De acuerdo con la extensión de la lesión la restauración puede ser: a) pequeña, b) mediana o c) grande. (¶ 1)

³⁴Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

³⁵Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³⁶Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

La necesidad de restauraciones estéticas en dientes posteriores.

Examinando la obra de Chain, M. C. & Baratieri L. N.³⁷ (2001), puedo referenciar que:

Todavía, significantes avances científicos y el énfasis en tecnología en el sentido de proporcionar un patrón de tratamiento más biológicamente orientado, sumado a un cuadro actual que denota una disminución dramática en la prevalencia y progreso de la enfermedad caries, exige una reconsideración de muchos conceptos preestablecidos y procedimientos clínicos convencionales, convergiendo todos los esfuerzos para técnicas adhesivas mucho más conservadoras que, aliadas a la disponibilidad de materiales de última generación, crearon un nuevo marco en odontología restauradora, donde materiales no adhesivos y antiestéticos no participan. (p. 3)

Estudiando la obra de Chain, M. C. & Baratieri L. N.³⁸ (2001), puedo exponer que:

Los materiales metálicos tradicionales, principalmente las amalgamas que, aunque se desempeñan con eficiencia, presentan serias limitaciones, tales como la remoción desnecesaria de tejido vital saludable, descoloración por difusión iónica y principalmente la falta de estética. Además de eso, muchas son las corrientes contrarias a su utilización debido al supuesto riesgo de intoxicación cumulativa que este material puede proporcionar, haciendo que países como Japón lo eliminaran de la práctica odontológica. (p. 3)

2.4.2. Protocolos a seguir en una restauración estética de clase I.

Restauración pequeña.

Tiempos operatorios de la preparación:

Maniobras previas.

Observando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.³⁹ (2011), puedo transcribir que:

“Las maniobras previas son: buche antiséptico, observación de anatomía dentaria, diagnóstico pulpar, examen radiológico, transiluminación, análisis de la oclusión,

³⁷Chain, M. y Baratieri L. (2001). Restauraciones Estéticas con Resinas Compuestas en Dientes Posteriores. República Federativa del Brasil: Editora Artes Médicas.

³⁸Chain, M. y Baratieri L. (2001). Restauraciones Estéticas con Resinas Compuestas en Dientes Posteriores. República Federativa del Brasil: Editora Artes Médicas.

³⁹Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

corrección de cúspides, eliminación de cálculo y de placa, selección del color, anestesia y preparación del campo” (§ 1).

Aislamiento relativo.

Estudiando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁴⁰ (2011), puedo exponer que: “El aislamiento relativo es el que se basa en la colocación de elementos absorbentes dentro de la boca unto con una boquilla aspiradora para eliminar el exceso de saliva y otros líquidos” (p. 494).

Analizando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁴¹ (2011), puedo transcribir que:

En el caso del sector posterior, en el que la acumulación de saliva es más abundante, se requieren tres rollos: uno por bucal, otro por lingual y un tercer rollo en la zona de los molares del maxilar superior para bloquear la salida del conducto de Stenon. (p. 498)

Investigando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁴² (2008), puedo conocer que: “Existen ciertos dispositivos comerciales que facilitan la retención de los rollos de algodón en su sitio y ofrecen diversidad de formas según el fabricante. Algunos se combinan con un aspirador de saliva” (p. 498).

⁴⁰Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴¹Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴²Barrancos, J. y Barrancos, P. (2008). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Indagando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁴³ (2011), puedo saber que: “El separador de labios Spandex, habitualmente utilizado para fotografía odontológica, permite una excelente visualización de la cavidad bucal” (pp. 498 y 499).

Apertura y conformación.

Investigando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁴⁴ (2011), puedo conocer que:

Una vez determinada la ubicación de los topes de céntrica, se procede a la apertura de la lesión, procurando respetar al máximo el esmalte intacto de la superficie oclusal. Para esto deben utilizarse fresas piriformes pequeñas, como la 329 y la 330, y no superar $\frac{1}{4}$ del ancho intercuspídeo del istmo oclusal. (p. 918)

Extirpación de tejidos deficientes.

Indagando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁴⁵ (2011), puedo saber que:

Con los pasos realizados previamente, se logra extirpar el 80% o más de tejidos cariados. Lo poco que puede quedar en algunos sitios específicos de la preparación se elimina ahora con presa redonda lisa a baja velocidad lavando, secando y observando bien la superficie de la dentina; se repite el procedimiento hasta llegar a obtener dentina sana, lo que se corrobora con detector de caries. (p. 920)

Protección dentinopulpar.

Analizando la obra de Barrancos J. y Barrancos, P.⁴⁶ (2011), puedo citar que:

La protección dentinopulpar, como se entiende actualmente, es el tratamiento de la dentina que tiende a proteger la vitalidad pulpar. Cabe reiterar aquí que la protección comienza con el control cuidadoso de toda maniobra con instrumental

⁴³Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁴Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁵Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁶Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

rotatorio, verificando el estado de las fresas, la velocidad y presión de corte y que la refrigeración sea adecuada. (p. 921)

Examinando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁴⁷ (2011), puedo referenciar que: “El material usado para la protección dentinopulpar puede ser: a) sellador dentinario, b) forro cavitario y c) base cavitaria” (p. 921).

Terminación de paredes.

Estudiando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁴⁸ (2011), puedo exponer que: “Este tiempo operatorio consta de una sola etapa, que se realiza con facilidad: el alisado” (p. 922).

Limpieza.

Observando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁴⁹ (2011), puedo transcribir que: “Se lava la preparación con agua abundante para eliminar detritos y luego con solución hidroalcohólica detergente” (p. 922).

Tiempos operatorios de la restauración.

Investigando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁵⁰ (2011), puedo conocer que: “Los tiempos de la restauración con composite son: 1) preparación del sistema de matriz,

⁴⁷Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁸Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁹Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁵⁰Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

2) técnica adhesiva, 3) colocación del sistema de matriz, 4) manipulación del composite, 5) inserción, adaptación y modelado, 6) terminación y 7) control posoperatorio” (p. 923).

Preparación del sistema matriz.

Indagando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁵¹ (2011), puedo saber que: “No corresponde para restauraciones de clase I pequeñas” (p. 923).

Técnica adhesiva.

Analizando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁵² (2011), puedo citar que:

Grabado. (...) Los tiempos y las formas de aplicación del ácido varían según los productos utilizados. (...)

Lavado. Se lava con agua o rocío de agua-aire abundante durante 20 segundos para eliminar los residuos que forma el ácido en contacto con los tejidos mineralizados.

Secado. El esmalte debe quedar absolutamente seco, con su color blanco tiza característico, pero la dentina debe permanecer levemente húmeda para favorecer la penetración de los adhesivos hidrófilos modernos.

Colocación del sistema adhesivo. (...) Se aplica el sistema adhesivo, se seca y se polimeriza o no, dependiendo del producto. Se aplica una segunda capa, se seca y se polimeriza, si es necesario. (pp. 924 y 925)

Colocación del sistema matriz.

Examinando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁵³ (2011), puedo referenciar que: “No corresponde” (p. 925).

⁵¹Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). *Operatoria Dental* (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁵²Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). *Operatoria Dental* (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁵³Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). *Operatoria Dental* (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Manipulación del composite.

Analizando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁵⁴ (2011), puedo citar que:

El material de restauración se lleva a la preparación y se adapta contra las paredes y el piso con los instrumentos adecuados.

Durante las maniobras de inserción y adaptación del composite, es conveniente reducir la intensidad del foco luminoso para evitar el endurecimiento prematuro del material. Se debe llenar la preparación en varias veces, con capas que no excedan los 2 mm de espesor, endureciendo cada porción insertada. La distancia entre el material y el extremo de la unidad de fotopolimerización no debe ser mayor de 1 mm. Algunas lámparas poseen varios transmisores de luz para el sector posterior. (p. 926)

Terminación.

Esta etapa debe dividirse en cuatro pasos: 1) forma, 2) alisado, 3) brillo y 4) resellado.

Examinando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁵⁵ (2011), puedo referenciar que:

Forma. Se procurará eliminar aquello que exceda el límite cavitario y devolver al diente su anatomía oclusal. Se utilizan piedras diamantadas de grano mediano o fino (entre 30 μm) de diferentes formas (truncocónica, llama, esférica, bala) y se trabaja con toques muy leves a alta o mediana velocidad, evitando dañar el esmalte circundante. (...)

Alisado. En esta etapa se procurará obtener una superficie completamente lisa en el material de obturación para ello se pueden utilizar, a mediana o baja velocidad, los siguientes elementos: a) piedras diamantadas especiales para pulir de grano fino y extrafino (entre 15 y 5 μm); b) fresas de 12 filos, c) piedras de alúmina blanca de formas variadas (truncocónica, aguja, llama, bala, etc.) (...)

Brillo. Se utilizan fresas de 30 y 40 filos de formas variadas (SS White, Midwest, Shofu, Brasseler) y puntas de goma siliconada (Enhance, Denstply, Politip, Vivadent) de forma truncocónica, bala o rueda. (...) Se continúa con cepillos, brochas o tacitas de goma y pastas abrasivas comerciales (Command Ultrafine Luster Paste/Micro I, Prisma-Gloss). Los elementos rotatorios deben usarse a baja velocidad y en toques muy leves. Debe evitarse la producción de calor.

⁵⁴Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁵⁵Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Resellado. Luego de obtener la forma, el alisado y el brillo se vuelve a grabar de 5 a 10 segundos, se lava, se seca y se aplica un adhesivo de esmalte o un endurecedor superficial para rellenar microporos o corregir algún pequeño defecto causado al alisar y aumentar la resistencia al desgaste (Fortify, Optiguard). (pp. 926 y 927)

Control posoperatorio.

Indagando la obra de Barrancos, J. y Barrancos, P.⁵⁶ (2011), puedo saber que:

Se retira el aislamiento absoluto y se controla la oclusión con papel de articular. Finalmente, se aconseja una aplicación de 40 segundos con la unidad de fotopolimerización después del alisado. Esto se debe a que la capa superficial de material, que es la más completamente polimerizada y con mayor dureza, fue removida durante la terminación. Además la superficie alisada del composite permite mejor transmisión de la luz hacia la masa del material de restauración. (p. 938)

2.5. Cirugía oral.

Consideraciones especiales en el paciente geriátrico.

Estudiando la obra de López, A. y Martín-Granizo, R.⁵⁷ (2012), puedo exponer que:

Las personas mayores de 70 años representan entre el 20 y 40% de todos los pacientes quirúrgicos. Establecer el cociente riesgo/beneficio del acto quirúrgico es muy importante ya que estos pacientes cursan con frecuencia con enfermedades intercurrentes (cardiopulmonares, hepáticas, renales, psiquiátricas, etc.) las cuales originan una limitación funcional que incrementa el riesgo de muerte perioperatoria. (¶ 4)

Observando la obra de López, A. y Martín-Granizo, R.⁵⁸ (2012), puedo transcribir que:

En la valoración del riesgo quirúrgico, aunque la edad no es una contraindicación es considerada un factor de riesgo independiente para la muerte postoperatoria. Por

⁵⁶Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). *Operatoria Dental* (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁵⁷López, A. y Martín-Granizo, R. (2012). *Cirugía oral y maxilofacial*. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

⁵⁸López, A. y Martín-Granizo, R. (2012). *Cirugía oral y maxilofacial*. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

otro lado, las edades cronológica y fisiológica no son necesariamente equivalentes. Todas las complicaciones son más frecuentes en pacientes inactivos. (¶ 5)

2.5.1. Extracciones dentarias.

Investigando la obra de Chiapasco M. y colaboradores⁵⁹ (2015), puedo conocer que:

La extracción de un diente erupcionado se indica cuando después de lesiones de naturaleza variada (traumática, endodóncica, periodontal, etc.), la pieza ya no es recuperable con éxito, o cuando su conservación no luce oportuna, tomando en cuenta el estado de salud general del paciente o de la situación local. (p. 113)

Indagando la obra de Moya, M. y colaboradores⁶⁰ (2011), puedo saber que:

No todas las exodoncias son iguales y las situaciones cambian en cada paciente, las hay muy fáciles y muy complicadas y muy frecuentemente sucede la complicación de la extracción dentro del acto operatorio. Por eso no hay que tomar este procedimiento a la ligera, sino seguir y respetar los principios de la cirugía, para no volver de este procedimiento sencillo una complicación tanto para el paciente, como para el equipo profesional. (p. 366)

Exodoncia por caries.

Analizando la obra de Hupp, J. y colaboradores⁶¹ (2014), puedo citar que:

Quizá el motivo más frecuente y ampliamente aceptado para extraer un diente es que presente una caries tan avanzada que no pueda restaurarse. La extensión de la caries y su posibilidad de restauración son criterios que se deben establecer entre el dentista y el paciente. En ocasiones, la complejidad y el coste de salvar un diente muy cariado también hacen que la exodoncia sea una alternativa razonable. Esto cobra mayor fuerza ante la disponibilidad de excelentes prótesis implantables. (p. 91)

⁵⁹Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). *Tácticas y técnicas en Cirugía Oral* (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

⁶⁰Moya, M., Pinzón, M, y Forero, D. (2011). *Manual de Odontología Básica Integrada*. República de Colombia: Zamora Editores.

⁶¹Hupp, J., Ellis, E., y Tucker, M. (2014). *Cirugía oral y maxilofacial contemporánea* (6ª ed.). Reino de España: Elsevier.

Exodoncia por dientes fracturados.

Examinando la obra de Hupp, J. y colaboradores⁶² (2014), puedo referenciar que:

Una indicación poco frecuente de exodoncia es un diente con una fractura de la corona o de la raíz. El diente fracturado puede causar dolor y no puede tratarse mediante técnicas más conservadoras. A veces ya se ha sometido a un tratamiento endodóntico con anterioridad. (p. 91)

2.5.2. Protocolo a seguir para realizar una exodoncia simple.

Historia clínica del paciente.

Estudiando la obra de Gay, C. y Berini, L.⁶³ (2004), puedo exponer que:

Es preciso que la anamnesis sea amplia y exhaustiva, profundizaremos y analizaremos cualquier detalle con la finalidad de detectar antecedentes o procesos patológicos sistémicos graves (alergias, enfermedades cardíacas, etc.) que puedan alterar el curso de la exodoncia o incluso llegar a contraindicarla. En el caso de detectar cualquier proceso morbo importante, se debe remitir el paciente al médico especialista, con el fin de estudiar adecuadamente el caso y adoptar la preparación pertinente. (p. 200)

Exploración de la cavidad bucal.

Observando la obra de Gay, C. y Berini, L.⁶⁴ (2004), puedo transcribir que: “Consiste en efectuar un estudio local y regional de los dientes, periodonto y el resto de estructuras bucales, analizando especialmente los motivos de la exodoncia” (p. 200).

Estudios complementarios.

Observando la obra de Gay, C. y Berini, L.⁶⁵ (2004), puedo conocer que: “Dependiendo de los hallazgos obtenidos con la exploración local, regional y general, y de los datos de la anamnesis, indicaremos los estudios complementarios adecuados al caso

⁶²Hupp, J., Ellis, E., y Tucker, M. (2014). Cirugía oral y maxilofacial contemporánea (6ª ed.). Reino de España: Elsevier.

⁶³Gay, C., y Berini, L. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Reino de España: Ergon.

⁶⁴Gay, C., y Berini, L. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Reino de España: Ergon.

⁶⁵Gay, C., y Berini, L. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Reino de España: Ergon.

(análisis sanguíneos con pruebas de hemostasia, pruebas de alergia a medicamentos, etc.)”
(p. 200).

Evaluación radiográfica.

Investigando la obra de Chiapasco M. y colaboradores⁶⁶ (2015), puedo exponer que:
“Debe ser analizada siempre, aún en el caso de extracciones aparentemente simples y carentes de factores de complicación, ya que permite observar detalles no examinables clínicamente y, por esta razón, constituye una ayuda diagnóstica fundamental y un documento médico-legal importante” (p. 116).

Fases de la extracción simple.

Anestesia local.

Indagando la obra de Chiapasco M. y colaboradores⁶⁷ (2015), puedo conocer que:

Para la extracción de las piezas de la arcada superior se utiliza la anestesia del plexo, realizada tanto sobre la vertiente vestibular como sobre la palatina. En la arcada inferior se utiliza la anestesia del plexo tanto en la vertiente vestibular como lingual para los dientes anteriores. (p. 120)

Sindesmotomía.

Analizando la obra de Chiapasco M. y colaboradores⁶⁸ (2015), puedo citar que: “La sindesmotomía es realizada con un elevador separador afilado o con un instrumento

⁶⁶Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). *Tácticas y técnicas en Cirugía Oral* (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

⁶⁷Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). *Tácticas y técnicas en Cirugía Oral* (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

⁶⁸Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). *Tácticas y técnicas en Cirugía Oral* (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

especial, el sindesmótomo; puede ser también con la hoja del bisturí, a pesar de que esta acción requiere mayor control del instrumento por parte del operador” (p. 121).

Luxación del diente con un elevador recto.

Examinando la obra de Gay, C. & Berini, L.⁶⁹ (2004), puedo referenciar que: “Se ejecuta con el botador o elevador, introduciendo la punta progresivamente en el alvéolo por las caras vestibular y mesial con ligeros movimientos en dirección vestíbulo lingual-palatino y con otros muy prudentes en sentido mesiodistal” (¶ 7).

Agarre del diente, luxación y expansión del alvéolo mediante pinzas de extracción o fórceps.

Estudiando la obra de Chiapasco, M. y colaboradores⁷⁰ (2015), puedo exponer que:

La luxación de un diente consiste en la expansión del alvéolo dentario y en la interrupción total de las fibras del ligamento periodontal que conectan al proceso alveolar y al cemento radicular, una adecuada luxación prevé movimientos lentos, amplios y con fuerza creciente, dirigidos, antes que nada, a la cortical más delgada y cedible, y después hacia la más robusta. La presión debe ser aplicada durante algunos segundos, para permitir la expansión del proceso alveolar. Durante la luxación del diente, la palpación del proceso alveolar permite dosificar la fuerza aplicada, reduciendo el riesgo de fracturar corticales. Cuando el alvéolo empieza a expandirse, el fórceps o pinza de extracción puede ser posicionado más apicalmente, obteniendo una acción mucho más eficaz. (p. 124)

Extracción del diente del alvéolo.

⁶⁹Gay, C., y Berini, L. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Reino de España: Ergon.

⁷⁰Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). Tácticas y técnicas en Cirugía Oral (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

Observando la obra de Chiapasco, M. y colaboradores⁷¹ (2015), puedo transcribir que: “Después de la expansión del hueso alveolar y la luxación del diente, éste puede ser removido con una tracción delicada en sentido coronal y vestibular” (p. 125).

Verificación de la integridad del diente extraído.

Investigando la obra de Chiapasco, M. y colaboradores⁷² (2015), puedo conocer que: “Una vez finalizada la extracción, el diente debe ser limpiado e inspeccionado para verificar su integridad” (p. 125).

Curetaje alveolar y revisión de la cavidad.

Indagando la obra de Chiapasco, M. y colaboradores⁷³ (2015), puedo saber que:

Los residuos de tejido blando (ligamento periodontal, tejido infectado, epitelio quístico) eventualmente presentes sobre las paredes o en el fondo del alvéolo deben ser removidos: esta operación, cuando es ejecutada cuidadosamente, reduce el riesgo de infecciones residuales, favorece la cicatrización del alvéolo con neoformación ósea y evita la formación de quistes residuales. (p. 125)

Irrigación del alvéolo con solución fisiológica.

Analizando la obra de Chiapasco, M. y colaboradores⁷⁴ (2015), puedo citar que “Finalmente, el alvéolo es irrigado abundantemente con solución fisiológica estéril, para remover eventuales fragmentos de tejido dental, de hueso o de sarro” (p. 127).

⁷¹Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). Tácticas y técnicas en Cirugía Oral (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

⁷²Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). Tácticas y técnicas en Cirugía Oral (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

⁷³Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). Tácticas y técnicas en Cirugía Oral (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

⁷⁴Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). Tácticas y técnicas en Cirugía Oral (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

Compresión del alvéolo.

Examinando la obra de Chiapasco, M. y colaboradores⁷⁵ (2015), puedo referenciar que:

El hueso alveolar, expandido anteriormente, puede ser reconducido a su dimensión normal mediante una compresión digital de las paredes del alvéolo. Pero en la ejecución de esta maniobra es necesario aplicar una fuerza compresiva y controlada para evitar un colapso excesivo del alvéolo o la fractura de las corticales. (p. 127)

Sutura.

Estudiando la obra de Chiapasco, M. y colaboradores⁷⁶ (2015), puedo exponer que:

“En el caso de extracciones simples y sin la preparación de colgajos mucoperiósticos la sutura también puede resultar superflua” (p. 127).

Posicionamiento de una gasa humedecida por encima de la herida.

Observando Chiapasco, M. y colaboradores⁷⁷ (2015), puedo transcribir que:

Para favorecer la hemostasia en el inmediato posoperatorio resulta útil posicionar una gasa embebida en solución fisiológica por encima del alvéolo. La gasa no debe ser de dimensiones excesivas, ya que debe ejercer una ligera compresión solo sobre la zona afectada. Para mantener el tampón de gasa en su posición, el paciente es invitado a cerrar delicadamente las arcadas. (p. 127)

2.6. Endodoncia.

Investigando la obra de Leonardo, M. R.⁷⁸ (2005), puedo conocer que:

La Endodoncia, actualmente está considerada como una de las ramas más importantes de la Odontología, en razón de su desarrollo técnico científico; pero

⁷⁵Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). Tácticas y técnicas en Cirugía Oral (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

⁷⁶Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). Tácticas y técnicas en Cirugía Oral (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

⁷⁷Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). Tácticas y técnicas en Cirugía Oral (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

⁷⁸Leonardo, M. R. (2005). Endodoncia Tratamiento de conductos radiculares. República Federativa del Brasil: Editora Artes Médicas.

antes de alcanzar ese grado, estuvo supeditada a los más variados conceptos y filosofías que caracterizaron las diversas épocas de esa evolución. (¶ 1)

Indagando la obra de Leonardo, M. R.⁷⁹ (2005), puedo saber que:

También en lo referente a la importancia, es posible concluir que la Endodoncia nos proporciona la satisfacción de servir a nuestros pacientes en cuatro importantes aspectos: Funcional; Estético, Psicológico y Económico, por ser una especialidad que preserva el elemento dental, sea por medio de métodos conservadores de la vitalidad pulpar o por el tratamiento de los conductos radiculares, o por la cirugía paraendodóntica o también por la restauración del color natural de los dientes. (p. 15)

2.6.1. Endodoncia en adultos mayores.

Analizando la obra de Roisinblit R. y colaboradores⁸⁰ (2010), puedo citar que:

El descenso de las tasas de mortalidad de las últimas décadas, sumado a la aplicación de pautas preventivas y una práctica odontológica conservadora permitieron que un número mayor de adultos retengan sus propios dientes hasta edades avanzadas. Como consecuencia de esto, también aumentó la cantidad de endodoncias en este grupo etario. Se observa una tendencia decreciente en estos tratamientos en pacientes jóvenes, debido al descenso de caries en este sector, mientras se incrementan en los de edad avanzada. (p. 203)

Examinando la obra de Roisinblit R. y colaboradores⁸¹ (2010), puedo referenciar que:

Según algunas estadísticas, el pronóstico es más favorable. Probablemente, esto se deba a que el ápice está más calcificado, el hueso periapical es más denso y, por lo general, los pacientes que llegaron a una edad más avanzada son más sanos. Aunque prácticamente no existen contraindicaciones para el tratamiento endodóntico, es sólo mediante la historia clínica médica que se puede determinar qué paciente necesita alguna protección especial. (p. 203)

⁷⁹Leonardo, M. R. (2005). Endodoncia Tratamiento de conductos radiculares. República Federativa del Brasil: Editora Artes Médicas.

⁸⁰Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

⁸¹Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

Pulpitis vital irreversible.

Estudiando la obra de Hargreaves, K. y Cohen, S.⁸² (2011), puedo exponer que: “Cuando la afección pulpar evoluciona hacia una pulpitis irreversible es necesario instaurar un tratamiento para eliminar el tejido enfermo” (p. 36).

Pulpitis irreversible sintomática.

Observando la obra de Hargreaves, K. y Cohen, S.⁸³ (2011), puedo transcribir que:

Los dientes que se caracterizan por una pulpitis irreversible sintomática muestran un dolor intermitente o espontáneo. La rápida exposición de los dientes de este grupo a drásticos cambios de temperatura (especialmente a estímulos fríos) aumentará y prolongará los episodios de dolor incluso después de eliminar el estímulo térmico. El dolor puede ser agudo o sordo, localizado o referido. Típicamente, el aspecto radiográfico del hueso perirradicular muestra cambios mínimos. Al progresar, la pulpitis irreversible puede manifestarse por un ensanchamiento del ligamento periodontal en la radiografía y puede haber indicios de irritación pulpar por una calcificación extensa de la cámara pulpar y del espacio del conducto radicular. Entre los antecedentes puede haber obturaciones profundas, caries, exposición de la pulpa, o cualquier otra agresión directa o indirecta pulpar, reciente o antigua, y se puede apreciar radiográfica o clínicamente o venir sugerida por los antecedentes dentales. Normalmente, si no se trata una pulpitis irreversible sintomática, el diente acaba sucumbiendo hacia la necrosis. (pp. 36 y 37)

Pulpitis irreversible asintomática.

Investigando la obra de Hargreaves, K. y Cohen, S.⁸⁴ (2011), puedo conocer que:

En ocasiones, una caries profunda no dará lugar a ningún síntoma, incluso aunque clínica y radiográficamente la caries haya avanzado hasta la pulpa. Si no se trata, el diente puede empezar a desarrollar síntomas o la pulpa acabará necrosándose. En los casos de pulpitis irreversible asintomática debe instaurarse un tratamiento endodóntico lo antes posible para que no se produzca una pulpitis irreversible sintomática y ocasione dolor intenso y molestias al paciente. (p. 37)

⁸²Hargreaves, K. y Cohen, S. (2011). Cohen Vías de la Pulpa (10ª ed.). Reino de España: Elsevier.

⁸³Hargreaves, K. y Cohen, S. (2011). Cohen Vías de la Pulpa (10ª ed.). Reino de España: Elsevier.

⁸⁴Hargreaves, K. y Cohen, S. (2011). Cohen Vías de la Pulpa (10ª ed.). Reino de España: Elsevier.

2.6.2. Sistema ProTaper.

Indagando la obra de Sahli, C. C. y Aguadé, E. B.⁸⁵(2014), puedo saber que:

El sistema ProTaper (Dentsply/Maillefer) está formado por 8 instrumentos, 3 denominados S (Shaping), S1, S2, SX, para dar conicidad a lo largo de todo el conducto, y 5 F (Finishing), F1, F2, F3, F4 y F5 para incrementar el calibre y la conicidad de la zona apical. Se comercializan en 21, 25 y 31 mm, con excepción del SX, que tiene 19 mm. Su conicidad es variable y progresiva: aumenta hacia coronal en las S y disminuye en las F. El paso de rosca es variable, y es más amplio hacia coronal. La sección presenta una forma en triángulo equilátero con los lados convexos hacia el exterior. Posteriormente, se labró una concavidad en los lados convexos para disminuir la masa de metal en los instrumentos F denominados ProTaper Universal. La punta es ligeramente activa y la longitud del segmento cortante es de 14 mm. El instrumento S1 (anilla violeta en el mango) presenta en la punta un calibre 17 y conicidad del 2%; esta aumenta hacia coronal, y es del 6% en D6 y del 11% en D14, con un calibre de 120 a esta altura. El S2 (anilla blanca) tiene un calibre en la punta de 20 con una conicidad del 4%, que aumenta hacia coronal de modo similar a S1. El SX tiene un calibre en la punta de 19 con una conicidad del 3,5%; esta va aumentando hasta D9, en la que es del 19%, disminuyendo a un 2% hasta D14 para no sobrepasar el calibre 120. Los instrumentos F presentan las siguientes características en los 3 mm apicales: F1 20/.07, F2 25/.08, F3 30/.09. A partir de D4 la conicidad disminuye al 5,5% (F1), 6% (F2) y 7% (F3), y es de alrededor del 5% para todos ellos en D14. F4 es un 40/.06 y F5 un 50/.05. El color de la anilla en el mango sigue las normas ISO. (pp. 166 y 167)

2.6.3. Protocolo a seguir para realizar una endodoncia:

Anestesia.

Analizando la obra Roisinblit R. y colaboradores⁸⁶ (2010), puedo citar que:

Es importante obtener información acerca de los medicamentos que consume el paciente, sin dejar de lado la automedicación que, si bien no interfiere con el tratamiento endodóncico, el profesional debe conocer para tomar en consideración en el caso de una reacción clínica adversa. Dentro de las patologías generales a tener en cuenta, previo a una endodoncia en el adulto mayor, se encuentran las cardiovasculares, los soplos patológicos, la enfermedad cardíaca congénita, la angina de pecho y las lesiones valvulares. Estas, a su vez, pueden influir

⁸⁵Sahli, C. C. y Aguadé, E. B. (2014). Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas (3ª ed.). Reino de España: Elsevier.

⁸⁶Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

produciendo un agravamiento de los síntomas, aun cuando no son una contraindicación. (p. 203)

Examinando la obra Roisinblit R. y colaboradores⁸⁷ (2010), puedo referenciar que:

Como precaución, si bien generalmente no está contraindicada la anestesia local con vasoconstrictores, es prudente utilizar anestésicos con baja concentración de adrenalina (1:100.000). El dolor y el temor provocan en el paciente la liberación de catecolaminas endógenas que pueden ser superiores a la contenida en un anestubo, por lo que se debe lograr una anestesia local completa de la pieza a tratar. (p. 23)

Aislamiento del diente.

Estudiando la obra de Hargreaves, K. y Cohen, S.⁸⁸ (2011), puedo exponer que:

Las ventajas y la necesidad absoluta del dique de goma siempre deben prevalecer sobre las razones de conveniencia y rapidez (razones citadas con frecuencia por los clínicos que condenan su uso). Una vez correctamente colocado, el dique de goma facilita el tratamiento al aislar el diente de obstáculos (p. ej., saliva, lengua) que puedan interferir con el procedimiento. El dique se puede colocar con rapidez, y facilitará el trabajo. (p. 109)

Observando la obra de Hargreaves, K. y Cohen, S.⁸⁹ (2011), puedo transcribir que:

Un método rápido para colocar el dique consiste en situar el arco del clamp a través del orificio del dique y colocar la goma sobre las aletas del retenedor (es necesario un clamp con aletas). La pinza estira el clamp para mantener su posición en el dique, y el dique se conecta al marco de plástico, lo que permite colocar el dique, el clamp y el marco con un movimiento. Una vez asegurado el clamp en el diente, el dique se pasa bajo las aletas con un instrumento plástico. (p. 112)

Acceso coronal.

Investigando la obra de Hargreaves, K. y Cohen, S.⁹⁰ (2011), puedo conocer que:

⁸⁷Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

⁸⁸Hargreaves, K. y Cohen, S. (2011). Cohen Vías de la Pulpa (10ª ed.). Reino de España: Elsevier.

⁸⁹Hargreaves, K. y Cohen, S. (2011). Cohen Vías de la Pulpa (10ª ed.). Reino de España: Elsevier.

El acceso ideal proporciona una entrada recta en el orificio del conducto, con una forma de embudo que conduce suavemente al conducto o a los conductos. La proyección de la línea central del conducto hasta la superficie oclusal del diente indica la localización de los ángulos de la línea. La conexión de los ángulos de la línea crea la forma de la abertura. Puede ser necesario modificar la abertura para facilitar la localización de los conductos y crear una forma conveniente. El clínico debe encontrar un equilibrio entre la creación de un acceso adecuado y la eliminación de un exceso de dentina, que podría comprometer la restauración final o favorecer la fractura de la corona. (p. 151)

Instrumentación de conductos con sistema ProTaper.

Indagando la obra de Sahli, C. C. y Aguadé, E. B.⁹¹ (2014), puedo saber que:

La técnica es sencilla, ya que por lo general solo se utilizan 4 o 5 instrumentos. Sin embargo, son sensibles a la presión hacia apical y no se deben girar demasiado tiempo en la misma situación. Como todos los instrumentos sin planos radiales, trabajan bien con un ligero apoyo parietal. Se inicia la secuencia con S1 (17/.02) hasta donde se encuentre resistencia. Luego se emplea el SX (19/.03) en las zonas coronales del conducto radicular con apoyo anticurvatura. Tras irrigar y usar la LPA se vuelve a instrumentar con S1, alcanzándose por lo general la longitud de trabajo. Después se emplea el S2 (20/.04) hasta la longitud de trabajo. Con ello ya se habrá conformado una conicidad a lo largo del conducto radicular. Para ampliar e incrementar la conicidad de la zona apical del conducto se utiliza F1 (20/.07) hasta la constricción y luego F2 (25/.08) y F3 (30/.09), si es posible, ya que al ser estos instrumentos poco flexibles, muchas veces F2 y F3 se emplean en step-back o se termina la zona apical con instrumentos más flexibles, como ProFile Vortex o RaCe. (pp. 182 y 183)

Obturación de los conductos radiculares.

Analizando la obra de Sahli, C. C. y Aguadé, E. B.⁹² (2014), puedo citar que:

Consiste en rellenar, de la manera más hermética posible, la totalidad del sistema de conductos radiculares con un material que sea estable y que se mantenga de forma permanente en él, sin sobrepasar sus límites, es decir, sin alcanzar el periodonto. (p. 206)

⁹⁰Hargreaves, K. y Cohen, S. (2011). Cohen Vías de la Pulpa (10ª ed.). Reino de España: Elsevier.

⁹¹Sahli, C. C. y Aguadé, E. B. (2014). Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas (3ª ed.). Reino de España: Elsevier.

⁹²Sahli, C. C. y Aguadé, E. B. (2014). Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas (3ª ed.). Reino de España: Elsevier.

2.7. Prótesis fija.

Examinando la obra de Rosenstiel y colaboradores⁹³ (2009), puedo referenciar que:

El tratamiento con prótesis fija consiste en la sustitución o restauración de los dientes naturales mediante la colocación de análogos artificiales que se van a mantener fijos en la boca. Sus objetivos son la restauración de la estética, el restablecimiento de la función y el mantenimiento de la comodidad. (p. 3)

Estudiando la obra de Pegoraro, L. y colaboradores⁹⁴ (2001), puedo exponer que:

“El éxito del tratamiento con prótesis fija es determinado a través de tres criterios: longevidad de la prótesis, salud pulpar y gingival de los dientes involucrados y satisfacción del paciente” (p. 45).

Observando la obra de Pegoraro, L. y colaboradores⁹⁵ (2001), puedo transcribir que:

“Para alcanzar esos objetivos, el cirujano – dentista debe saber ejecutar todas las fases del tratamiento, tales como examen, diagnóstico, planificación y cementación de la prótesis. Todas las fases principales e intermedias son importantes y una depende de la otra” (p. 45).

2.7.1. Restauración de diente tratado endodóncicamente.

Investigando la obra de Rosenstiel y colaboradores⁹⁶ (2009), puedo conocer que:

Un diente tratado endodóncicamente debería tener un buen pronóstico. Puede desarrollar una función normal y servir satisfactoriamente como pilar de una

⁹³Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

⁹⁴Pegoraro, L. y colaboradores (2001). Prótesis Fija. República Federativa del Brasil: Editora Artes Médicas.

⁹⁵Pegoraro, L. y colaboradores (2001). Prótesis Fija. República Federativa del Brasil: Editora Artes Médicas.

⁹⁶Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

prótesis dental fija (PDF) o de una prótesis dental parcial removible. A pesar de ello, se necesitan técnicas especiales para restaurar un diente así. Habitualmente se ha perdido una cantidad considerable de estructura dental debido a caries, tratamiento endodóncico y la colocación de restauraciones anteriores. (¶ 1)

Indagando la obra de Muniz, L. y colaboradores⁹⁷ (2011), puedo saber que:

La preparación postendodóntica para postes de fibra es una técnica que consiste en la preparación para el poste de fibra en dientes tratados endodónticamente, que está fundamentada en la selección de un poste con diseño y diámetro compatibles con la anatomía endodóntica, en lo que se refiere al área que será utilizada para la retención. Presenta como objetivo posibilitar un buen ajuste del poste a las paredes del conducto radicular con el menor desgaste posible. (p. 212)

Analizando la obra de Rosenstiel y colaboradores⁹⁸ (2009), puedo citar que:

Se dispone de pernos de metal, fibra de vidrio, fibra de carbono, cerámica y fibra de vidrio prefabricados. Las últimas dos opciones proporcionan alternativas estéticas a los pernos metálicos. Típicamente, los pernos prefabricados se utilizan con un procedimiento de dos pasos: primero se cementa el perno y a continuación se aplica un material plástico para el muñón (como resina de composite, amalgama o vidrio ionómero). Después de darle la forma adecuada al núcleo y a la estructura dental remanente, se fabrica una corona de manera convencional. (p. 338)

2.7.2. Protocolo a seguir para restaurar un diente tratado endodóncicamente.

Remoción del material de relleno endodóncico.

Examinando la obra de Rosenstiel y colaboradores⁹⁹ (2009), puedo referenciar que:

“Habitualmente se utilizan dos métodos para retirar la gutapercha: 1) utilizando un condensador endodóncico caliente y 2) utilizando un instrumento rotatorio, en ocasiones en conjunción con agentes químicos” (p. 348).

⁹⁷Muniz y colaboradores (2011). Rehabilitación estética en dientes tratados endodónticamente – Postes de Fibra y Posibilidades Clínicas Conservadoras. República Federativa del Brasil: Editora Santos.

⁹⁸Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

⁹⁹Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

Estudiando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹⁰⁰ (2009), puedo exponer que:

Antes de retirar la gutapercha, calcular la longitud apropiada del perno. Debe ser adecuado para la retención y resistencia, pero no tan largo como para debilitar el sellado apical. Como guía, hacer la longitud del perno igual a la altura de la corona anatómica (o dos tercios de la longitud de la raíz), pero dejando 5 mm de gutapercha apical. (p. 348)

Ensanchamiento del conducto.

Observando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹⁰¹ (2009), puedo transcribir que:

“Ensachar el conducto uno o dos tamaños con una fresa, una lima endodónica o un ensanchador que encaje en la configuración del perno. Cuando se utilizan instrumentos rotatorios, pueden alternarse los ensanchadores Peeso y las fresas del tamaño correspondiente” (p. 358).

Investigando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹⁰² (2009), puedo conocer que:

“Utilizar un perno prefabricado cuyo tamaño coincida con los instrumentos endodóncicos estándar. Un perno cónico se adapta mejor al conducto que un perno de paredes paralelas y requiere menos remoción de dentina para conseguir un ajuste adecuado” (p. 358).

Cementado.

¹⁰⁰Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹⁰¹Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹⁰²Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

Indagando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹⁰³ (2009), puedo saber que: “El agente de unión debe rellenar todos los espacios muertos en el interior del sistema de conductos radiculares. Los vacíos pueden causar la inflamación periodontal de los conductos laterales” (p. 370).

Analizando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹⁰⁴ (2009), puedo citar que:

Se inserta suavemente el perno-muñón para reducir la presión hidrostática, que podría llevar a la fractura radicular. Si se va a utilizar un perno de paredes paralelas, debe prepararse un surco a lo largo de la pared lateral del perno que permita el escape del exceso de cemento. (p. 370)

2.7.3. Preparación de coronas de metal-porcelana.

Examinando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹⁰⁵ (2009), puedo referenciar que: “La restauración consiste en una corona metálica colada de recubrimiento total (o subestructura) recubierta por una capa de porcelana fundida que imita el aspecto de un diente natural y cuya extensión puede variar” (p. 272).

Estudiando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹⁰⁶ (2009), puedo exponer que:

Para que funcione bien, la preparación para una corona de metal-porcelana requiere una reducción dental considerable en las zonas en las que el metal se va a cubrir con una porcelana dental. El color oscuro de la subestructura metálica sólo se cubre utilizando un espesor suficiente de porcelana, consiguiéndose al mismo tiempo que el veneer reproduzca el aspecto del diente natural. (p. 272)

¹⁰³Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹⁰⁴Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹⁰⁵Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹⁰⁶Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

Observando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹⁰⁷ (2009), puedo transcribir que:

Sus indicaciones típicas son similares a las de las coronas completas totalmente metálicas: destrucción dental extensa por caries, traumatismo o restauraciones previas que impiden el uso de una restauración más conservadora; necesidad de una retención y resistencia mayores; diente tratado endodóncicamente conjuntamente con una estructura de soporte adecuada (una corona con perno) y la necesidad de recontornear las superficies axiales o corregir pequeñas inclinaciones. (p. 273)

2.7.4. Protocolo a seguir para la preparación de una corona de metal-porcelana:

Surcos guía.

Investigando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹⁰⁸ (2009), sobre la preparación de los surcos guía puedo saber que:

1. Prepárense tres surcos profundos, uno en el centro de la superficie vestibular y otros dos en las localizaciones aproximadas de las líneas ángulo mesiofacial y distofacial. Se preparan en dos planos la porción cervical paralela al eje axial del diente y la porción incisal (oclusal siguiendo el contorno facial normal.
2. Llévase a cabo la reducción facial en los planos cervical e incisal. (...)
3. Prepárense tres surcos profundos (aproximadamente de 1,8 mm) en el borde incisal de los dientes anteriores. (...) En los dientes posteriores en los que los topes oclusales van a recaer sobre la porcelana debe existir un espacio libre de 2 mm. (...). (p. 274)

Reducción oclusal.

Indagando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹⁰⁹ (2009), puedo saber que:

Los dientes posteriores requieren, por lo general, una reducción menor (1,5) debido a que la estética no es tan crítica, pero debe tenerse la precaución de no reducir excesivamente la superficie oclusal debido a que esto acortaría las paredes axiales, dando lugar a una retención y una resistencia inadecuadas en la preparación terminada. (pp. 274 y 277)

¹⁰⁷Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹⁰⁸Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹⁰⁹Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

Reducción labial.

Analizando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹¹⁰ (2009), puedo citar que: “Es necesario un mínimo de 1,2 mm para que el ceramista fabrique una restauración un aspecto satisfactorio (es preferible que sean 1,5 mm), lo que requiere una reducción dental importante” (p. 277).

Reducción axial de las superficies proximales y lingual.

Examinando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹¹¹ (2009), puedo referenciar que: “Ha de eliminarse una estructura dental suficiente para proporcionar un chámfer liso y claro de unos 0,5 mm de anchura” (p. 279).

Acabado.

Estudiando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹¹² (2009), puedo exponer que: “Han de redondearse todas las líneas ángulo y la preparación debe tener un acabado satinado, sin marcas del tallado con la fresa de diamante” (p. 280).

2.7.5. Restauraciones fijas provisionales.

Observando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹¹³ (2009), puedo transcribir que:

Existen muchos procedimientos con una gran variedad de materiales para fabricar restauraciones fijas provisionales satisfactorias. Al irse introduciendo materiales nuevos, aparecen también técnicas nuevas, lo que hace que la variedad sea mayor.

¹¹⁰Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹¹¹Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹¹²Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹¹³Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

Es un principio útil que todos los procedimientos tienen en común la formación de una cavidad en un molde en el que se empaqueta un material plástico. (p. 470)

2.7.6. Manipulación de tejidos y toma de impresiones.

Fabricación de una cubeta individual.

Investigando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹¹⁴ (2009), puedo conocer que: “Una cubeta individual mejora la exactitud de la impresión con un material elastomérico limitando el volumen del material y disminuyendo, de esta manera, dos fuentes de error: las tensiones durante la remoción y la contracción térmica” (p. 446).

Indagando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹¹⁵ (2009), puedo saber que: “las cubetas individuales pueden fabricarse con resina acrílica autopolimerizable, resina termoplástica o resinas fotopolimerizables” (p. 446).

Analizando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹¹⁶ (2009), puedo citar que:

Se necesita un espesor de la resina de unos 2 a 3 mm para que su rigidez sea la adecuada. El espacio libre entre la cubeta y los dientes debe ser también de 2 a 3 mm, pero se necesita más espacio para los materiales de poliéter, más rígidos. (p. 447)

Desplazamiento de los tejidos gingivales con un hilo.

Examinando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹¹⁷ (2009), puedo referenciar que: “Puede obtenerse un ligero ensanchamiento del surco gingival colocando un hilo no

¹¹⁴Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹¹⁵Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹¹⁶Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

impregnado y dejándolo en posición durante un tiempo suficientemente largo. El hielo se introduce en el surco y presiona mecánicamente las fibras periodontales circunferenciales” (p. 435).

Toma de impresiones.

Estudiando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹¹⁸ (2009), puedo exponer que: “Cuando se toman impresiones con materiales elastoméricos, es esencial la ayuda del auxiliar, salvo cuando se utiliza la técnica de automezclado” (p. 452).

Selección del tono.

Observando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹¹⁹ (2009), puedo transcribir que:

El proceso en el que se replica el color de los dientes adyacentes en metal-porcelana o en una corona de cerámica se define como *proceso de replicación del color*. El proceso de replicación del color de las restauraciones fijas consiste en la selección del tono seguida de la duplicación del tono. La selección del tono se realiza bien mediante la selección visual, que es la técnica más común, o bien con instrumental de análisis, cada vez más popular. La duplicación del tono se realiza en el laboratorio, empleando la porcelana correspondiente escogida durante la fase de duplicación del tono o bien con mezclas de porcelana más sofisticadas que se utilizan para fabricar la restauración fija. (p. 712)

Fase de metal.

Investigando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹²⁰ (2009), puedo conocer que “La restauración de metal-cerámica está compuesta por una estructura de metal que sujeta

¹¹⁷Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea* (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹¹⁸Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea* (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹¹⁹Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea* (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

a un revestimiento cerámico unido química y mecánicamente a él. El componente químico de la unión se obtiene mediante la cocción” (¶ 4).

Fase de porcelana.

Indagando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹²¹ (2009), puedo saber que:

La mayoría de los fabricantes de porcelanas dentales modernas especifican cuáles son los sistemas de aleaciones con los que un material es compatible. Normalmente esta compatibilidad se refiere a los coeficientes relativos de expansión térmica. El tono seleccionado clínicamente determina cuáles son los polvos que hay que combinar. Dependiendo de las características del tono, se pueden combinar varios polvos para obtener el resultado estético deseado. (p. 752)

Glaseado.

Analizando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹²² (2009), puedo citar que: “Las restauraciones de metal-cerámica se glasean para crear una superficie brillante similar a la de los dientes naturales. El ciclo de glaseado se puede realizar al mismo tiempo que la caracterización superficial” (pp. 760 y 761).

2.8. Prótesis parcial removible.

Examinando la obra de Bortolotti, L.¹²³ (2006), puedo referenciar que:

Los pacientes que llegan a nuestra consulta y que necesitan de un tratamiento protésico removible, total o parcial, son generalmente individuos en edad anciana, ya portadores de prótesis, a menudo distorsionadas debido a modificaciones y a rebasados por la pérdida progresiva de elementos dentales; con gran frecuencia

¹²⁰Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹²¹Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹²²Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹²³Bortolotti, L. (2006). Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

presentan malas condiciones higiénicas de los dientes residuales, de los tejidos de soporte y de los aparatos protésicos. Si los dientes perdidos nunca fueron sustituidos, los dientes remanentes no están en grado de proveer una masticación adecuada, o el paciente es portador de prótesis incompletas, desproporcionadas, que producen dolor si se someten a la carga masticatoria, se compromete el estado nutricional, debido a las restricciones dietéticas que se imponen los pacientes para superar este inconveniente. (¶ 1)

Estudiando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹²⁴ (2010) puedo exponer que: “Es bien sabido que la pérdida de piezas dentarias puede traer distintas secuelas, como migraciones, inclinaciones de sus ejes, interferencias oclusales, parafunciones, pérdida de la dimensión vertical, etc.” (p. 250).

Observando la obra de Rosenstiel y colaboradores¹²⁵ (2009), puedo transcribir que:

Algunos ancianos sobrellevan con resignación la pérdida de sus dientes como una inevitable consecuencia de la avanzada edad. Otros lo hacen porque los tratamientos les resultan muy costosos o porque requieren muchas citas, etc., rodeándose de una serie de mitos que a la larga actúan como una barrera. (p. 250)

Investigando la obra de Bassi, F. y colaboradores¹²⁶ (2008), puedo conocer que “La integración biológica-funcional de la rehabilitación protésica en la cavidad bucal, que permita la máxima profilaxis estructural, presupone una alta biocompatibilidad de los materiales utilizados” (p. 222).

¹²⁴Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

¹²⁵Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

¹²⁶Bassi, F. y colaboradores. (2008). Rehabilitación Protésica. República Italiana: Editorial Amolca.

2.8.1. Diagnóstico protético en un anciano.

Indagando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹²⁷ (2010), puedo saber que: “Se deberá evaluar no solo su aspecto exterior, sino también su tonicidad muscular, coordinación neuromuscular, asimetrías, articulación temporomandibular, apertura bucal, tamaño, forma y relación entre los maxilares, labios, condiciones de la mucosa y lengua” (p. 250).

Analizando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹²⁸ (2010), puedo referenciar que:

Uno de los elementos importantes a observar es la cantidad de dientes que posee y la forma en que están ubicados. Esto va a ayudar a determinar su función actual. En realidad, siempre hablando de personas mayores, las piezas dentarias más importantes son, además de los dientes anteriores, los premolares. (p. 251)

Examinando la obra de Roisinblit R. y colaboradores¹²⁹ (2010), puedo exponer que:

Para hacer un diagnóstico protético es necesario ver también la receptividad y colaboración del paciente, ya que los dientes forman parte de un ser humano con temores y ansiedades. Por eso, es necesario escucharlo, que nos cuente sus experiencias anteriores, los inconvenientes que tienen para él sus prótesis, sus expectativas, etc. (p. 251)

Estudiando la obra de Loza, D. y Valverde, H.¹³⁰ (2007), puedo conocer que:

Para el diseño de la prótesis parcial removible se han propuesto varias clasificaciones para facilitar el diseño aplicando principios básicos en cada caso de dentadura parcial, de modo que no se tomen en cuenta sólo aspectos mecánicos,

¹²⁷Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

¹²⁸Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

¹²⁹Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

¹³⁰Loza, D. y Valverde, H. (2007). Diseño de Prótesis Parcial Removible. Reino de España: Editorial Médica Ripano.

sino también las condiciones biológicas de los tejidos orales que estarán en contacto con la prótesis en función. (p. 101)

Observando la obra de Loza, D. y Valverde, H.¹³¹ (2007), puedo transcribir que: “La clasificación de edéntulos parciales más aceptada y conocida es la de KENNEDY” (p. 101).

2.8.2. Protocolo a seguir para realizar prótesis parciales removibles.

Impresiones primarias.

Investigando la obra de Bortolotti, L.¹³² (2006), puedo conocer que “Para la toma de las impresiones primarias se requiere un material de fácil uso, preciso y suficientemente elástico para poder superar los socavados eventualmente presentes, sin desgarrarse; estas características son propias de los hidrocoloides irreversibles” (p. 19).

Modelos primarios.

Indagando la obra de Bortolotti, L.¹³³ (2006), puedo saber que: “Los modelos primarios representan la reproducción en positivo de la arcada edéntula y de una parte de las áreas de la cavidad bucal que tienen relación con ella, obtenidas con la impresión primaria, anatómica o panorámica” (§ 1).

¹³¹Loza, D. y Valverde, H. (2007). Diseño de Prótesis Parcial Removible. Reino de España: Editorial Médica Ripano.

¹³²Bortolotti, L. (2006). Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

¹³³Bortolotti, L. (2006). Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Impresiones secundarias o definitivas.

Analizando la obra de Molin, M. y Gunne, J.¹³⁴ (2014), puedo referenciar que: “las impresiones satisfactorias para las PDPR (prótesis dentales parciales removibles) deben reproducir exactamente todos los detalles de la dentición, los tejidos blandos y las áreas periféricas sin compresión” (p. 207).

Modelos definitivos.

Examinando la obra de Bortolotti, L.¹³⁵ (2006), puedo exponer que: “La tarea del técnico dental en esta etapa resulta muy delicada, ya que debe salvaguardar las informaciones contenidas en la impresión y reproducirla fielmente en el modelo secundario” (¶ 2).

Registro de las relaciones maxilomandibulares.

Observando la obra de Bortolotti, L.¹³⁶ (2006), puedo transcribir que:

La conditio sine qua non para el registro de las relaciones intermaxilares es la estabilidad de las bases de oclusión: si falta esta propiedad es imposible comenzar el procedimiento clínico; es necesario, entonces, asegurarse de que las bases sean estables y retentivas. (¶ 1)

Investigando la obra de Bortolotti, L.¹³⁷ (2006), puedo conocer que:

Después de haber insertado en la cavidad bucal la base superior, se ejerce una presión con el índice sobre el centro del paladar para que se adhiera completamente

¹³⁴Molin, M. y Gunne, J. (2014). Prótesis Removible. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

¹³⁵Bortolotti, L. (2006). Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

¹³⁶Bortolotti, L. (2006). Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

¹³⁷Bortolotti, L. (2006). Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

a los tejidos; después se presiona sobre la superficie oclusal del rodete de cera en la zona de los seis, primero sobre el rodete por ambos lados al mismo tiempo, después sólo de un lado, inicialmente a la derecha y después a la izquierda, Y luego se ejerce una tracción vertical en la zona de los incisivos. Si todas estas maniobras no desplazan la placa, significa que está estable y retentiva. Luego se remueve la base superior y se introduce la inferior; cuando ésta está bien posicionada sobre la cresta se le pide al paciente que lleve la lengua hacia la bóveda palatina: de esta manera los tejidos se asienten perfectamente en su posición y se puede proceder a realizar las maniobras de estabilidad como para la arcada superior (la tracción sobre los incisivos se realizará obviamente hacia arriba). Si la estabilidad y la retención son satisfactorias, se puede iniciar el registro de la relación intermaxilar. (¶ 3)

Selección del color dental.

Indagando la obra de Bortolotti, L.¹³⁸ (2006), puedo saber que: “el color debe ser siempre elegido de común acuerdo con el paciente. Si éste desea un color más claro de la propuesta es necesario complacerlo para obtener el resultado por él deseado” (p. 99).

Enfilado dental.

Analizando la obra de Molin, M. y Gunne, J.¹³⁹ (2014), puedo referenciar que: “Los dientes artificiales se enfilan conforme al registro oclusal. El enfilado debe establecer contactos oclusales uniformes entre los dientes opuestos. Además las cargas oclusales deben distribuirse uniformemente en los dientes artificiales y la dentición remanente” (p. 212).

Control y ajuste del enfilado.

¹³⁸Bortolotti, L. (2006). Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

¹³⁹Molin, M. y Gunne, J. (2014). Prótesis Removible. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Examinando la obra de Molin, M. y Gunne, J.¹⁴⁰ (2014), puedo exponer que: “Si existen desviaciones oclusales deberá realizarse un nuevo registro utilizando la estructura como un rodete de mordida. En caso de inexactitudes graves puede ser necesario remover los dientes artificiales” (p. 212).

Entrega de la prótesis.

Observando la obra de Bortolotti, L.¹⁴¹ (2006), puedo transcribir que: “Antes de la entrega definitiva, las prótesis son cuidadosamente controladas para evitar que eventuales modificaciones acontecidas durante la polimerización puedan determinar inestabilidad o puntos de presión excesiva” (§ 1).

Investigando la obra de Molin, M. & Gunne, J.¹⁴² (2014), puedo conocer que: “el interior de la prótesis se debe examinar y ajustar si hay defectos en el material de la base, pequeñas esferas de acrílico en las superficies internas y bordes filosos” (p. 213).

Indagando la obra de Molin, M. y Gunne, J.¹⁴³ (2014), puedo saber que:

El paciente debe recibir la información adecuada y específica relacionada con el mantenimiento de la dentición remanente así como de la prótesis. La necesidad de controles periódicos, en donde se detectan los problemas que pudieran surgir y la implementación de medidas adecuadas, deben ser enfatizadas, además de establecer un acuerdo relativo a los controles regulares. (p. 214)

¹⁴⁰Molin, M. y Gunne, J. (2014). Prótesis Removible. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

¹⁴¹Bortolotti, L. (2006). Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

¹⁴²Molin, M. y Gunne, J. (2014). Prótesis Removible. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

¹⁴³Molin, M. y Gunne, J. (2014). Prótesis Removible. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de trabajo.

Sistematización práctica.

3.2. Métodos.

Para la realización del presente trabajo, se rehabilitó a un paciente con edentulismo parcial y presencia de restos radiculares. El plan de tratamiento fue subsecuente:

3.2.1. Protocolo de periodoncia.

Evaluación de la profundidad de la bolsa durante el sondeo (Ver figura N° 1).

Evaluación del nivel de inserción determinado con sonda (Ver figura N° 2).

Evaluación de la movilidad dentaria.

Análisis radiográfico - hueso alveolar (Ver figura N° 3).

Estado de higiene bucal (Ver figura N° 4).

Raspaje y alisado radicular (Ver figura N° 5).

Cepillado (Ver figura N° 6).

Fluorización (Ver figura N° 7).

3.2.2. Protocolo de operatoria.

Restauración estética clase I.

Tiempos operatorios de la preparación:

Maniobras previas.

Aislamiento relativo (Ver figura N° 8).

Apertura y conformación (Ver figuras N° 9 y 10).

Extirpación de tejidos deficientes.

Protección dentinopulpar.

Terminación de paredes.

Limpieza.

Tiempos operatorios de la restauración:

Preparación del sistema matriz (No corresponde).

Técnica adhesiva (Ver figura N° 11).

Colocación del sistema matriz (No corresponde).

Manipulación del composite (Ver figura N° 12).

Terminación (Ver figura N°13).

Control posoperatorio.

3.2.3. Protocolo para realizar una exodoncia simple.

Historia clínica del paciente (Ver figura N° 14).

Exploración de la cavidad bucal.

Estudios complementarios (Ver figura N° 15).

Evaluación radiográfica.

Fases de la extracción simple:

Anestesia local (Ver figura N° 16).

Sindesmotomía (Ver figura N° 17).

Luxación del diente con un elevador recto (Ver figura N° 18) .

Agarre del diente, luxación y expansión del alvéolo mediante pinzas de extracción o fórceps (Ver figura N° 19).

Extracción del diente del alvéolo (Ver figura N° 19).

Verificación de la integridad del diente extraído (Ver figura N° 20).

Curetaje alveolar y revisión de la cavidad.

Irrigación del alvéolo con solución fisiológica (Ver figura N° 21).

Compresión del alvéolo (Ver figura N° 22).

Sutura (Ver figura N° 23).

Posicionamiento de una gasa humedecida por encima de la herida (Ver figura N° 24).

3.2.4. Protocolo para realizar una endodoncia.

Anestesia (Ver figura N° 25).

Aislamiento del diente (Ver figura N° 26).

Acceso coronal (Ver figura N° 27).

Instrumentación de conductos con sistema ProTaper (Ver figura N° 28).

Obturación de los conductos radiculares (Ver figura N° 29).

3.2.5. Protocolo en prótesis fija.

Restauración de diente tratado endodóncicamente. (Ver figuras N° 30 y 31).

Remoción del material de relleno endodóncico.

Ensanchamiento del conducto.

Cementado de poste de resina.

Preparación del diente para corona de metal-porcelana:

Surcos guía (Ver figura N° 32).

Reducción oclusal.

Reducción labial (Ver figura N° 33).

Reducción axial de las superficies proximales y lingual (Ver figuras N° 35).

Acabado.

Restauraciones fijas provisionales (Ver figura N° 36).

Manipulación de los tejidos y toma de impresiones:

Fabricación de una cubeta individual.

Desplazamiento de los tejidos gingivales con un hilo (Ver figura N° 37).

Toma de impresiones (Ver figura N° 38).

Selección del tono (Ver figura N° 39).

Fase de metal (Ver figura N° 40).

Fase de porcelana (Ver figura N° 41).

Glaseado (Ver figura N° 42).

3.2.6. Protocolo a seguir para la realización de prótesis parciales removibles.

Impresiones primarias (Ver figura N° 43).

Modelos primarios (Ver figura N° 44).

Impresiones secundarias o definitivas.

Modelos definitivos.

Registro de las relaciones maxilomandibulares (Ver figura N° 45).

Selección del color dental.

Enfilado dental.

Control y ajuste del enfilado (Ver figura N° 46).

Entrega de la prótesis (Ver figura N° 47).

3.3. Ética.

Al paciente se le consultó su participación en este trabajo, informándole en qué consistía, además de darle a conocer que el proceso, así como los resultados obtenidos, serían empleados para la realización del proyecto o trabajo de titulación, más no para otro fin, y que se actuaría con discreción y confidencialidad. El paciente firmó un documento, el consentimiento informado.

También se le informó al paciente que durante el proceso de atención y en los tratamientos se utilizarían medidas de bioseguridad, factor esencial para prevenir la propagación de infecciones, virus, bacterias y otros tipos de contaminación durante los procedimientos, asegurando la integridad tanto del paciente como del operador.

3.4. Marco administrativo.

Recursos humanos:

Tutor.

Autora.

Materiales:

Radiografías periapicales y panorámicas.

Mascarillas.

Caja de guantes.

Campos operatorios.

Anestésicos Scandonest 2% con vasoconstrictor.

Agujas cortas.

Hipoclorito de sodio al 5%.

Jeringas descartables.

Suero fisiológico.

Torundas de algodón.

Gasas.

Eyectores de saliva.

Diques de goma.

Cemento Sealapex.

Resinas de composite.

Ionómero de vidrio.

Yeso.

Alginato.

Espátula de mezclar yeso.

Vaso dapen.

Arco de Young.

Polvos y líquidos acrílicos.

Hidróxido de calcio (Dycal).

Pasta profiláctica.

Revelador de placa.

Instrumentales:

Instrumental de periodoncia.

Instrumental de endodoncia.

Instrumental de cirugía.

Instrumental de operatoria dental.

Instrumental de prótesis fija.

Instrumental de prótesis removible.

Útiles de oficina:

Bolígrafos.

Hojas de papel.

Lápiz.

Lápiz bicolor.

Borradores.

Impresiones.

Anillados.

Recursos tecnológicos:

Computadora

Impresora.

CD.

Pendrive.

Cámara.

Internet.

Económicos: el presente trabajo de sistematización de prácticas tuvo un costo aproximado de \$368.95, financiado por la autora.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de Resultados.

La rehabilitación oral fue satisfactoria, ya que al paciente se le devolvió su salud periodontal, se eliminaron los procesos cariosos, se realizaron las endodoncias, se realizó una prótesis fija y prótesis parciales removibles tanto en la arcada superior como en la arcada inferior, obteniendo un esquema oclusal favorable, mejorando la estética y las funciones del sistema estomatognático.

Como resultado de la profilaxis, raspado y alisado radicular el estado de salud gingival mejoro notablemente, devolviendo las características normales de la encía, también se eliminó la halitosis.

Se eliminaron los procesos cariosos en las piezas N° 12, 18, 28, 37, 38, 45, 47, 48 y se restauró con resina, en cuanto a la estética, morfología y funcionalidad, se consideran satisfactorias.

Se extrajeron las piezas N° 17, 31, 41 y los restos radiculares N° 22, 32, 33, 34, 35, 36, y se regularizó el reborde alveolar residual para que haya una óptima regeneración ósea que contribuya a una buena adaptación protésica.

Las piezas dentales que presentaron patologías pulpares fueron tratadas, primero mediante la eliminación de caries y luego endodóncicamente, la pieza N° 15 se restauró con resina y la pieza N° 14 se rehabilitó con poste de resina y con corona de metal-porcelana.

Para reemplazar las piezas perdidas y devolver la oclusión, se elaboraron prótesis parciales removibles acrílicas en el maxilar superior e inferior, considero que debido a que el paciente nunca había utilizado prótesis dentales y tenía notorias migraciones dentales, los cuales fueron factores para que perdiera la línea media, se debía elaborar unas prótesis que más que estética fuese funcional, tratando de que sean lo más armoniosa posible con el resto de sus dientes y de aspecto natural de acuerdo a la edad del paciente. Se logró una buena oclusión, y el paciente se sintió satisfecho con el cambio y los resultados obtenidos.

Finalmente, se ha cumplido con el objetivo principal, mencionado al principio de este trabajo de sistematización de prácticas: rehabilitar al paciente, logrando su complacencia por haber recuperado sus funciones estomatognáticas perdidas a lo largo de su vida, por otro lado manifiesto satisfacción propia por haber culminado con éxito el presente trabajo.

ANEXOS.

Periodoncia.



Figura N°. 1. Sondaje



Figura N°. 2. Nivel de inserción.



Figura N°. 3. Análisis radiográfico – Hueso.



Figura N°. 4. Estado de higiene oral.



Figura N°. 5. Raspaje y alisado.



Figura N°. 6. Cepillado.



Figura N°. 7. Fluorización.

Operatoria.



Figura N° 8. Aislamiento relativo.



Figura N° 9. Apertura y conformación.



Figura N° 10. Apertura y conformación



Figura N° 11. Técnica adhesiva.



Figura N° 12. Manipulación del composite.

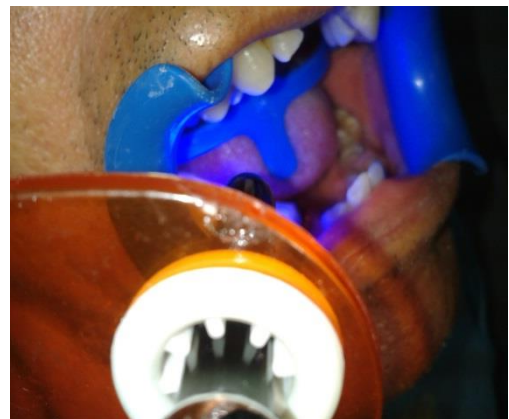


Figura N° 13. Terminación.

Cirugía.

SAN GREGORIO **CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA N° [] [] []

Fecha de Ingreso, Portaviejo: 06/12/2015
 Nombre y Apellidos del Paciente: Néstor Sigfredo Paredes Intriago
 Dirección: J. Paredes - J. Intriago
 Parroquia: J. Intriago
 Edad: 71 años
 Teléfono: 09852225143
 Ocupación: Agricultor

En caso de emergencia avisar a: _____ Teléfono: _____

SIGNOS VITALES

Presión Arterial: 110/70/60
 Temperatura: _____
 Tiempo de coagulación: _____
 Tiempo de sangría: _____
 Grupo sanguíneo: _____

ANTECEDENTES PERSONALES	EXAMEN CLÍNICO		
	S	N	A
¿Está bajo tratamiento médico?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es propenso a hemorragias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es alérgico a medicamentos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido complicación con algún tipo de anestesia?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma algún medicamento?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN CLÍNICO

Lengua: _____
 Glánd. Salivales: _____
 Cavidad Bucal: _____
 Arc. Temporales: _____
 Mucosa: _____
 Placa de la boca: _____
 Otros: _____

ODONTOGRAMA

18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

20 21 22 23 24 25 26 27 28

36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20

48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30

Nombre del Estudiante: M. López
 Nombre del Docente: Dr. Wilson Aguirre
 Firma del Estudiante: M. López
 Firma del Docente: Dr. Wilson Aguirre

Figura N°. 14. Historia clínica.

gamma MEDICINA DE LABORATORIO

Paciente: Sr. Néstor Sigfredo Paredes Intriago
 Fecha: Jueves, 6 de agosto de 2015 (15-25)
 Edad: 71 AÑOS
 Sexo: Masculino
 Historia: 317586

Resultados

HEMATO-INMUNOHEMATOLOGÍA

Resultado	Unidad	Valores de referencia**
Leucocitos	7,130	/ul 4,400 - 11,500
Hemates	4,650,000	/ul 4,500,000 - 6,000,000
Hemoglobina	14.7	g/dl 14.0 - 17.5
Hematocrito	40.8	% 40.0 - 52.0
VCM	88	fL 80.0 - 96.0
HCM	31.6	pg 28.0 - 32.0
CHCM	36.0	% 32.0 - 36.0
IDE	12.8	% 11.5 - 16.0
Plaquetas	152	mil/ul 150 - 450
VPM	9.8	fL 7.2 - 11.1
Plaquetocrito	0.149	%
N. Chabados	0.0	% 0
N. Segmentados	59.0	% 42-72
Eosinófilos	3.1	% 0-5
Basófilos	0.4	% 0-1
Linfocitos	30.2	% 20-40
Monocitos	7.3	% 2-10

Morfología de células sanguíneas: Normal

HEMOSTASIA Y COAGULACION

Resultado	Unidad	Valores de referencia**
T. Sangría	2m 32s	minutos 1.00 - 3.00
T. Coagulación	5m 01s	minutos 3.00 - 5.00

Dr. Manuel Ignacio Alcivar B.
 Patólogo Clínico
 DIRECTOR DE LABORATORIO

Figura N°. 15. Exámenes complementarios.



Figura N°. 16. Anestesia local.



Figura N°. 17. Sindesmotomía.



Figura N°. 18. Luxación con elevador.



Figura N°. 19. Agarre y extracción.



Figura N°. 20. Verificación del diente.



Figura N°. 21. Irrigación con solución.



Figura N°. 22. Compresión del alvéolo.



Figura N°. 23. Sutura.



Figura N°. 24. Gasa humedecida.

Endodoncia.



Figura N°. 25. Anestesia.

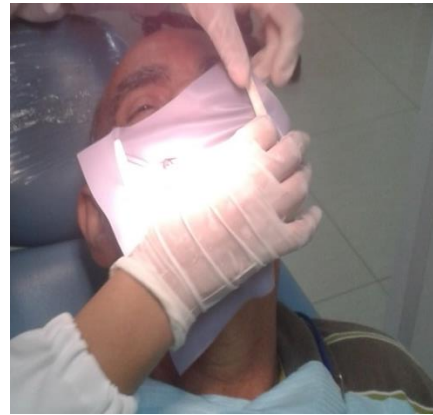


Figura N°. 26. Aislamiento del diente.



Figura N°. 27. Acceso coronal.



Figura N°. 28. Instrumentación sistema ProTaper.

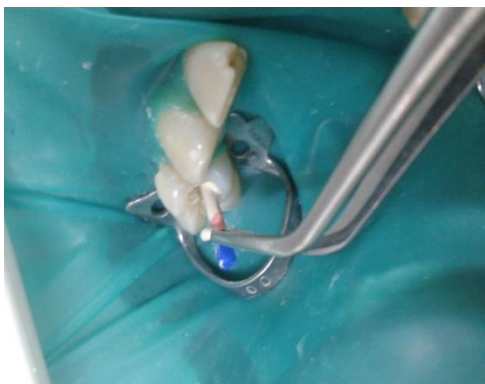


Figura N°. 29. Obturación de conductos.

Prótesis fija.

Restauración de diente tratado endodónticamente con poste de resina para recibir corona de metal porcelana:



Figuras N°. 30 y 31. Restauración de diente tratado endodónticamente.

Preparación del diente para corona de metal-porcelana:



Figura N°. 32. Surcos guía.



Figura N°. 33. Reducción labial.



Figuras N°. 34 y 35. Reducción axial de las superficies proximales y lingual.



Figura N°. 36. Restauración provisional.



Figura N°. 37. Desplazamiento con hilo



Figura N°. 38. Toma de impresiones



Figura N°. 39. Selección del tono.



Figura N°. 40. Fase de metal.
porcelana.



Figura N°. 41. Fase de



Figura N°. 42. Glaseado.

Prótesis parcial removible.



Figura N°. 44. Toma de impresiones.



Figura No. 45. Modelos de estudio.



Figura N°. 46. Registro de las relaciones maxilomandibulares.



Figura N°. 47. Control del enfilado



Figura N°. 48. Entrega de la prótesis

11 DIAGNÓSTICO		PRE-REQUISITO	CE PRE DEP	CE PRE DEP
1				
2				

FECHA DE INICIO	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	SEÑETO DE SELLO

12 TRATAMIENTO				
SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA: 03/10/15	K02.0	Extracción #20-21A	Melioran 10mg Antibiótico 500mg	Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 2 FECHA: 05/10/15	K02.0	Extracción #20-21B		Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 3 FECHA: 02/11/15	K02.1	Extracción de dientes #11-12 Restauración con resina		Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 4 FECHA: 03/11/15	K02.3	Extracción #13-14 Extracción #21	Melioran 10mg	Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 5 FECHA: 08/11/15	K02.0	Extracción #15-16		Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 6 FECHA: 01/12/15	K02.0	Extracción #17-18	Melioran 10mg	Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 7 FECHA:				Código: Firma:
SESIÓN 8 FECHA: 06/12/15	Colocación de parte mixta aproximación resina K04.0	Prótesis Parte mixta (resina) Restauración #17-18		Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 9 FECHA: 07/12/15	Impresión onix y modelos de estudio			Código: Firma: [Firma]

11/12/15 - controlado - Concha Paredes

ODONTOLÓGICA (2)

11 DIAGNÓSTICO		PRE-REQUISITO	CE PRE DEP	CE PRE DEP
1				
2				

FECHA DE INICIO	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	SEÑETO DE SELLO

12 TRATAMIENTO				
SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA: 19/10/15	Extracción de segunda Preparación			Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 2 FECHA: 21/10/15	K02.1	Restauración resina #15 Módulo de metal		Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 3 FECHA: 25/10/15		Extracción #16-17-18		Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 4 FECHA: 22/11/15		Impresión definitiva Módulo definitivo		Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 5 FECHA: 04/11/15		Registro de mordida		Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 6 FECHA: 09/11/15		Moldes de patas en cera		Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 7 FECHA: 11/11/15		Entrega de prótesis		Código: Firma: [Firma]
SESIÓN 8 FECHA:				Código: Firma:
SESIÓN 9 FECHA:				Código: Firma:

ODONTOLÓGICA (2)

CARRERA DE ODONTOLÓGIA
CLÍNICA DE PERIODONCIA

HISTORIA CLÍNICA N° T.0066

CUESTIONARIO DE SALUD QUE DEBE SER CONTESTADO POR EL PACIENTE:

FECHA: 04 Agosto 2015
 NOMBRE: Wilson Rodríguez Bello Trujillo DIRECCIÓN: Los Pinos - Junín
 TELEFONO: 0435 825 5147 FECHA DE NACIMIENTO: 01 Agosto / 1944
 TALLA: PESO: OCUPACIÓN: Agricultor
 ESTADO CIVIL: Casado ORIGEN: Junín
 PROCEDENCIA: Junín

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

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

1. ¿ Ha sido paciente en un Hospital durante los últimos dos años? SI NO

2. ¿ Ha estado bajo tratamiento médico durante los dos últimos años? SI NO

3. ¿ Ha tomado alguna droga o medicina el último año? SI NO

4. ¿ Es usted alérgico a algún medicamento o sustancia? SI NO

5. ¿ Ha tenido alguna hemorragia excesiva que requirió tratamiento? SI NO

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

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

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

8. ¿ Ha tenido otra enfermedad? SI NO

¿Cuál? _____

DOY FE DE LA VERACIDAD DE ESTA INFORMACIÓN

Wilson Rodríguez Bello Trujillo
Firma Paciente
N° cl. 12003747-1

Alba García Rodríguez
Firma del Alumno

Wilson Rodríguez Bello Trujillo
Firma Docente

FICHA PERIODONTAL

D	P. DE SONDAJE					FURCACION	MOVILIDAD	NIVEL DE INSERCIÓN	ENGA INERTADA	I. CÁLCULO	I. PLACA
	M	V	D	M	L						
18	2	2	2	2	2		0	7			1
17	-	-	-	-	-						
16	-	-	-	-	-						
15	2	2	2	2	2		0	10	0		1
14	2	2	2	2	2		0	11	0		1
13	2	2	2	2	2		0	12	0		1
12	1	2	2	2	2						
11	-	-	-	-	-						
21	-	-	-	-	-						
22	-	-	-	-	-		0	1	0		1
23	-	-	-	-	-		0	1	1	0	1
24	2	2	2	2	2		0	2	1	0	1
25	2	2	2	2	2						
26	-	-	-	-	-						
27	-	-	-	-	-						
28	2	2	2	2	2		0	0	7	0	1
38	2	2	2	2	2		0	0	5	1	1
37	2	2	2	2	2		0	0	5	1	1
36	-	-	-	-	-						
35	-	-	-	-	-						
34	-	-	-	-	-						
33	-	-	-	-	-						
32	-	-	-	-	-						
31	2	2	2	2	2		0	6	8	1	1
41	2	2	2	2	2			4	8	1	1
42	2	2	2	2	2						
43	-	-	-	-	-						
44	-	-	-	-	-		0	2	7	1	1
45	-	-	-	-	-						
46	-	-	-	-	-						
47	2	2	2	2	2		0	2	5	1	1
48	2	2	2	2	2		0	0	5	1	1

PORCENTAJE DE ÍNDICE GINGIVAL Y DE PLACA

FECHA 4/1/2015 8/12/2011	ACTIVIDAD HISTORIA CLÍNICA SONDAJE SERIE RADIOGRÁFICA PROFILAXIS	FIRMA
6/8/2015 6/11/2011 6/11/2011 6/11/2011	1° CUADRANTE SUPERIOR 2° CUADRANTE SUPERIOR 3° CUADRANTE INFERIOR 4° CUADRANTE INFERIOR	

Se les comunica a los señores estudiantes que deben verificar las Firmas de cada actividad

DEPARTAMENTO DE HISTORIA MÉDICA IV SFP Y V SFP

Fecha Clínica: 0026
 Nombre del alumno: Alex Cordero
 Nombre del paciente: Víctor Pardo
 Dirección: Jura
 Semestre: 7thulacion
 Edad: 31
 Ocupación: Agente de Aduanas
 Teléfono: 0985275147

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

1. PROBLEMAS CARDÍACOS

Hipertensión
 Hipotensión
 Otros _____

2. PROBLEMAS HEMATOLÓGICOS

Tendencia a sangrado
 Anemia
 Hemofilia
 Otros _____

3. PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

Nerviosismo
 Epilepsia
 Cefaleas intensas
 Tratamiento Psiquiátrico
 Otros _____

4. PROBLEMAS DIGESTIVOS

Úlceras
 Hepatitis
 Otros _____

5. PROBLEMAS RESPIRATORIOS

Sibilos
 Asma
 Tos Frecuente
 Tuberculosis
 Otros _____

6. OTRAS PATOLOGÍAS

Tabaquismo
 Bebedores de Alcohol
 Quimioterapia
 Otros _____

ODONTOGRAMA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA N° _____

Fecha de Ingreso, Portoviejo: 06/Ago/2015
 Nombre y Apellidos del Paciente: Víctor Pardo Intingo
 Dirección: Los Andes - Jura
 Parroquia: Jura
 Edad: 32 años
 Teléfono: 0985275147
 Ocupación: Agente de Aduanas

En caso de emergencia avisar a: _____ Teléfono: _____

SIGNOS VITALES

Presión Arterial: 120/80/60 mmHg
 Temperatura: _____
 Tiempo de coagulación: _____
 Tiempo de sangría: _____
 Grupo sanguíneo: _____

ANTECEDENTES PERSONALES	Sí		No sabe		No		Sí		No		Sí		No	
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
¿Está bajo tratamiento médico?														
¿Es propenso a hemorragias?														
¿Es alérgico a medicamentos?														
¿Ha tenido complicación con algún tipo de anestesia?														
¿Está embarazada?														

EXAMEN CLÍNICO

	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Piel										
Língua										
Clad. Salivales										
Ganglios										
Am. Temporales										
Mandib.										
Mucosa										
Tejido Muscular										
Otros										

ODONTOGRAMA

Nombre del Estudiante: Alex Cordero
 Nombre del Docente: Dr. Wilson Espinoza
 Firma del Estudiante: [Firma]
 Firma del Docente: [Firma]

CLÍNICA DE ODONTOLÓGIA
UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIJEJO

FECHA	SESIÓN	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
06 Agosto 2015	1ª	Extracción resto # 32, 33	Alba García
20 Agosto 2015	2ª	Extracción resto # 34, 35, 36	Alba García
24 Agosto 2015	3ª	Extracción pieza # 41	Alba García
03 Sept 2015	4ª	Extracción pieza # 38 (resto) y 31	Alba García
09 Sept 2015	5ª	Extracción pieza # 41	Alba García

OBSERVACIÓN

* Hoy 06 Agosto 2015. Realicé extracción de resto radiculares de las piezas # 32, 33. Utilicé anestésico con vasoconstrictor y rest. Meloxicam #3, de 15mg. Tomar 1 diana, por 3 días.

* Hoy 20 Agosto 2015. Realicé extracción de resto radiculares de piezas # 34, 35, 36. Utilicé anestésico con vasoconstrictor y rest. Meloxicam de 15mg #3, (1 diana). Y Azitromicina 500mg #5 (1 diana).

* Hoy 24 Agosto 2015. Realicé extracción de pieza # 41. Utilicé anestésico con vasoconstrictor y rest. Meloxicam 15mg #3, Azitromicina 500mg #5.

* Hoy 3 de Septiembre 2015 - Realicé extracción de piezas # 31 y # 38 (resto). Utilicé anestésico con vasoconstrictor y rest. meloxicam de 15mg #3. Tomar 1 diana. Rest. Meloxicam 15mg #3. (tomar 1 diana).

* Hoy 09 de Septiembre 2015 - Realicé extracción de pieza # 41. Utilicé anestésico con vasoconstrictor y rest. Meloxicam 15mg #3. (1 diana).

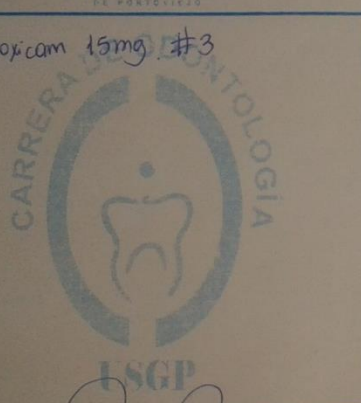
AUTORIZACIÓN		
Hoy 06 de Agosto 2015 autorizo al estudiante Alba García para que realice la extracción de la pieza dental N° 32, 33. Bajo mi responsabilidad. <i>[Firma]</i> Firma del paciente o representante	Hoy 20 de Agosto 2015 autorizo al estudiante Alba García para que realice la extracción de la pieza dental N° 34, 35, 36. Bajo mi responsabilidad. <i>[Firma]</i> Firma del paciente o representante	Hoy 09 de Sept. 2015 autorizo al estudiante Alba García para que realice la extracción de la pieza dental N° 41. Bajo mi responsabilidad. <i>[Firma]</i> Firma del paciente o representante
Hoy 03 de Septiembre 2015 autorizo al estudiante Alba García para que realice la extracción de la pieza dental N° 31, 38. Bajo mi responsabilidad. <i>[Firma]</i> Firma del paciente o representante	Hoy 03 de Septiembre 2015 autorizo al estudiante Alba García para que realice la extracción de la pieza dental N° 31, 38. Bajo mi responsabilidad. <i>[Firma]</i> Firma del paciente o representante	Hoy 09 de Septiembre 2015 autorizo al estudiante Alba García para que realice la extracción de la pieza dental N° 41. Bajo mi responsabilidad. <i>[Firma]</i> Firma del paciente o representante

**UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIJEJO
CLÍNICA DE ODONTOLÓGIA**

PACIENTE: Néstor Porceda
FECHA: 06 Agosto 2015
ALUMNO: Alba García
DOCENTE: Dr. Wilson Espinoza
Rp.

EDAD: 71 años.

① Meloxicam 15mg #3



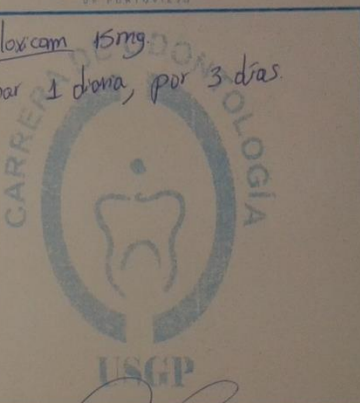
.....
FIRMA DEL DOCENTE

**UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIJEJO
CLÍNICA DE ODONTOLÓGIA**

PACIENTE:
FECHA:
ALUMNO:
DOCENTE:
Prescripción:

EDAD:

① Meloxicam 15mg
Tomar 1 diana, por 3 días



.....
FIRMA DEL DOCENTE

Universidad San Gregorio de Portoviejo
Carrera de Odontología
CLÍNICA DE ENDODONCIA

Profesor Dra. Xuxuly Alvarado

Fecha de iniciación 4/Agosto/2015 Fecha de terminación 01/Sept/2015
 Nombre del alumno Alba GARCIA Semestre Tributación
 Nombre del paciente ANSELITA PARRALES Pieza # 19
 Dirección del Paciente JASSON Teléfono del Paciente 085233147
 Interrogatorio le duele el diente con el agua fría

Semiología del dolor (TICUE): T= Intenamente I= Agudo S= Súbita
 C= Múltiples duele el estímulo U= Localizado? E= Falso al frío, activa al calor

Exploración Clínica

Inspección Caries profunda
 Palpación Normal
 Percusión Leve agudo Horizontal - Vertical -
 Transluminación Normal
 Movilidad -

Vitalometría

Prueba Térmica Frio + Calor -
 Diagnóstico pulpitis vital irreversible
 Tratamiento Biopulpectomía

Sesiones

Retirada de caries
 1. Fecha Diagnóstico (Acaso cariado) 11/08/15 19/08/15
 2. Fecha Conductometría (V:R/P:19) 25/08/15 25/08/15
 3. Fecha Carotomía 24/09/15 24/09/15
 4. Fecha Conductometría 1/09/15 1/09/15
 5. Fecha Restauración con pasta de resina 22/9/15 22/9/15

Longitudes: AI _____ Tq _____ T 19mm
 Conometría 19 Ensanchado _____
 Regulaciones RX _____
 Otras observaciones: _____

Universidad San Gregorio de Portoviejo
Carrera de Odontología
CLÍNICA DE ENDODONCIA

Profesor Dra. Xuxuly Alvarado

Fecha de iniciación 01/Sept/2015 Fecha de terminación _____
 Nombre del alumno Alba GARCIA Semestre Tributación
 Nombre del paciente ANSELITA PARRALES Pieza # 19
 Dirección del Paciente JASSON Parroquia: JASSON Tele: _____
 Interrogatorio le duele a con agua fría, al caliente

Semiología del dolor (TICUE): T= Intenamente I= Agudo S= Súbita
 C= Múltiples duele el estímulo U= Localizado? E= Falso al frío, activa al calor

Exploración Clínica

Inspección Restauración defectuosa profunda
 Palpación Negativa
 Percusión _____ Horizontal - Vertical +
 Transluminación Discrepancia
 Movilidad -

Vitalometría

Prueba Térmica Frio - Calor -
 Diagnóstico Restauración de causa traumática
 Tratamiento _____

Sesiones

1. Fecha Diagnóstico, Acaso cariado 08/09/15 08/09/15
 2. Fecha Conductometría (V:R/P:19) 15/09/15 15/09/15
 3. Fecha Carotomía 15/09/15 15/09/15
 4. Fecha Conductometría 22/09/15 22/09/15
 5. Fecha Restauración con resina 31/08/2015 31/08/2015

Longitudes: AI _____ Tq _____ T _____
 Conometría 19 V: 19mm Ensanchado _____
 Regulaciones RX _____
 Otras observaciones: _____



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

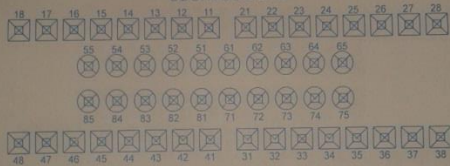


Nombre del alumno: Alba García N° de historia clínica: 70026
Curso: Titulación Paralelo: _____

FICHA CLÍNICA

Nombre del paciente: Méstor Portas Edad: 71 años
Dirección: Junín Teléfono: _____
N° de piezas superiores: 9 N° de piezas inferiores: 6

ODONTOGRAMA



PASOS	FIRMA	FECHA	NOTA
Preparación de la boca	<i>[Signature]</i>	28/10/15	
Impresión Anatómica	<i>[Signature]</i>	28/10/15	
Toma de relación céntrica	<i>[Signature]</i>	09/Nov/15	
Prueba de la prótesis en boca	<i>[Signature]</i>	09/Nov/15	
Entrega de la prótesis	<i>[Signature]</i>	11/Nov/15	

Observaciones: _____
Nombre del Docente: Dr. Burgos Firma: *[Signature]*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en la sistematización de prácticas pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento

_____ / ____ / _____

Firma del participante (representante) día mes año

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la rehabilitación oral. Dejando claro en todo momento que la participación es totalmente voluntaria. Hemos contestado a las preguntas en la medida de lo posible y hemos preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Estudiante de Odontología.

PRESUPUESTO

MATERIAL	CANTIDAD	PRECIO
Campos operatorios	50	5,00
Plástico para embalar	1	3.50
Caja guantes	1	8.50
Caja de mascarillas	1	7.00
Anestésico	25	12.50
Agujas	25	3,75
Suero fisiológico	1	2,25
Hipoclorito de sodio	1	3.75
Torundas de algodón	1	5.50
Paquete de gasas	2	5.60
Cepillos profilácticos	2	0.60
Pasta profiláctica	1	3.50
Flúor	1	4.00
Cubeta para flúor	2	0.50
Dique de goma	25	8.75
Limas para endodoncia	1	8.50
Espaciadores	1	8.50
Sealapex	1	36
Conos de papel	1	12.00
Conos de gutapercha	1	12.00
Acido grabador	1	3.50
bonding	1	4.00
Resinas kit	1	45.00
Aplicadores	10	1.00
Ionometro	1	35.00
Bandas celuloideas y lijas de papel	10	5.00
Yeso piedra	3	3.00
Materiales de impresión	1	8.00

Láminas de cera	3	1,50
Resma de papel	1	0.50
Esferos	1	4.50
Lápiz bicolor	1	0,50
Mecánico dental Prótesis acrílica removibles	2	50.00
Mecánico dental Prótesis fija	2	50.00
Total		368.95

**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.

Aragoneses, J., Cervantes, N., Sala, L., y Fernández-Roldán, M. (2014). Guía preclínica de implantología, periodoncia y cirugía bucal. Reino de España: Editorial Médica Ripano.

Barrancos, J. y Barrancos, P. (2008). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Barrancos, J. y Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental (4ª ed.). República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Bassi, F. y colaboradores. (2008). Rehabilitación Protésica. República Italiana: Editorial Amolca.

Belaúnde, M. y colaboradores. (2012). Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. Revista Estomatológica Herediana. 22. Consultado el 04 de noviembre, 2015. En:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/129/105>

Bortolotti, L. (2006). Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Chain, M. y Baratieri L. (2001). Restauraciones Estéticas con Resinas Compuestas en Dientes Posteriores. República Federativa del Brasil: Editora Artes Médicas.

Chiapasco, M., y colaboradores. (2015). Tácticas y técnicas en Cirugía Oral (3ª ed.). República Italiana: Amolca.

Eley, B. M., Soory, M., y Manson, J. D. (2010). Periodoncia (6ª ed.). Reino de España: Elsevier.

Ferro, M. y Gómez, M. (2007). Periodoncia Fundamentos de la Odontología (2ª ed.). Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Gay, C., y Berini, L. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Reino de España: Ergon.

Hargreaves, K. y Cohen, S. (2011). Cohen Vías de la Pulpa (10ª ed.). Reino de España: Elsevier.

Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W., y Sanz, M. (2014). Periodoncia e implantología dental de Hall. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

Hupp, J., Ellis, E., y Tucker, M. (2014). Cirugía oral y maxilofacial contemporánea (6ª ed.). Reino de España: Elsevier.

Leonardo, M. R. (2005). Endodoncia Tratamiento de conductos radiculares. República Federativa del Brasil: Editora Artes Médicas.

Lindhe, J., Lang, N. y Karring, T. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

López, A. y Martín-Granizo, R. (2012). Cirugía oral y maxilofacial. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Loza, D. y Valverde, H. (2007). Diseño de Prótesis Parcial Removible. Reino de España: Editorial Médica Ripano.

Medina-Solís, C. y colaboradores. (2006). Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Medigraphic. 17:269-286. Consultado el 04 de noviembre, 2015. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio064e.pdf>

Medina, C. y colaboradores. (2011, enero-marzo). Salud bucodental en Hidalgo, México: una revisión crítica de la literatura científica. Boletín informativo de la Coordinación de Investigación. 42. Consultado el 04 de noviembre, 2015. En: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EnferAlter/Carlo_Med/64.pdf

Molin, M. y Gunne, J. (2014). Prótesis Removible. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Moya, M., Pinzón, M, y Forero, D. (2011). Manual de Odontología Básica Integrada. República de Colombia: Zamora Editores.

Muniz y colaboradores (2011). Rehabilitación estética en dientes tratados endodónticamente – Postes de Fibra y Posibilidades Clínicas Conservadoras. República Federativa del Brasil: Editora Santos.

Pegoraro, L. y colaboradores (2001). Prótesis Fija. República Federativa del Brasil: Editora Artes Médicas.

Roisinblit, R., y colaboradores. (2010). Odontología para las personas mayores (1ª ed.). República Argentina: E-Book.

Rosenstiel, S., Land, M. y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea (4ª ed.). Reino de España: Elsevier.

Sahli, C. C. y Agudé, E. B. (2014). Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas (3ª ed.). Reino de España: Elsevier.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013, junio 24). Objetivo 3 Mejorar la calidad de vida de la población. Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017. 1. Consultado el 04 de noviembre, 2015. En: <https://www.biess.fin.ec/files/ley-transparencia/plan-nacional-del-buen-vivir/Resumen%20PNBV%202013-2017.pdf>

