



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

“PRÓTESIS FIJA Y REMOVIBLE Y SU INCIDENCIA EN LOS PROBLEMAS
BUCODENTALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA CDLA. SAN CRISTÓBAL”

PROPUESTA ALTERNATIVA

TESIS DE GRADO

**Sometida a consideración del Tribunal examinador como requisito previo a
la obtención del título de:**

ODONTÓLOGA

APROBADA.

CERTIFICACIÓN

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. Sc., certifica que la tesis de investigación titulada "PROTESIS FIJAS Y REMOVIBLES Y SU INCIDENCIA EN LOS PROBLEMAS BUCODENTALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA CDLA. SAN CRISTOBAL" es trabajo original de Mary Gissella Intriago Alvarez. La misma que ha sido realizada bajo mi dirección".

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. Sc

DIRECTORA

Dra. Gladys Vaca Mg. Sc.
PRESIDENTA

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

Dra. Lilian Bowen Mg. Sp.
MIEMBRO

Dr. Marco Flores Mg. Sp.
MIEMBRO

Abg. Ramiro Molina
SECRETARIO DE LA FACULTAD

ÍNDICE

Introducción.....	1	5.1.8.- Programas.....	13
Antecedentes.....	3	5.2.- PROTESIS FIJA Y REMOVIBLES.....	15
CAPÍTULO I		5.2.1.- Historia de las Prótesis Dentales.....	15
1.1. Planteamiento del problema.....	4	5.2.2. Prótesis fija.....	16
1.2. Formulación del problema.....	5	5.2.2.1. Tipos de prótesis fija.....	17
CAPÍTULO II		5.2.2.1.1. Corona.....	17
2. Justificación.....	6	5.2.2.1.2. Coronas de recubrimiento parcial	17
CAPÍTULO III		5.2.2.1.3 Coronas de recubrimiento total.....	17
3. Formulación de objetivos.....	7	5.2.2.2. Incrustaciones intracoronaes.....	18
3.1. Objetivo General.....	7	5.2.2.3 Puentes.....	18
3.2. Objetivos Específicos.....	7	5.2.2.3.1. Componentes del puente.....	18
CAPÍTULO IV		5.2.2.4. Materiales utilizados prótesis fija.....	18
4. Hipótesis.....	8	5.2.2.4.1 Metal.....	19
4.1. Hipótesis General.....	8	5.2.2.4.2 Cerámica.....	20
4.2. Hipótesis Específicas.....	8	5.2.2.4.3 Acolite.....	21
CAPITULO V		5.2.2.4.4. Aleaciones.....	21
5.-Marco Teórico.....	9	5.2.2.4.4.1 Aleaciones de oro para colados.....	21
Marco Institucional.....	9	5.2.2.4.4.2. Aleaciones de metales altamente nobles	22
5.1.- SUBCENTRO DE SALUD DE LA CDLA. SAN CRISTOBAL.		5.2.2.4.4.3. Aleaciones de metales nobles.....	22
5.1.1.- Historia.....	9	5.2.2.4.4.4 Aleaciones predominantes.....	23
5.1.2.- Funcionamiento.....	10		
5.1.3.- Horario De Atención.....	11		
5.1.4.- Recursos Humanos Del Subcentro De Salud.....	11		
5.1.5.- Ubicación Geográfica.....	11		
5.1.6.- Aspectos Socio-Económicos Y Culturales.....	12		

5.2.2.4.4.5. Cromo Cobalto.....	24	5.2.3.1.2. Prótesis mucosoportadas...	41
5.2.2.4.4.6. Cromo Níquel.....	24	5.2.3.1.3. Prótesis dentomucosoportadas.....	41
5.2.2.4.4.7. Duracast.....	24	5.2.3.2. Prótesis mixta.....	41
5.2.2.4.4.8. Goldent.....	24	5.2.3.3. Materiales utilizados en prótesis removibles.....	42
5.2.2.4.4.9. Liga de Plata.....	25	5.2.3.4. Limitaciones de la prótesis removibles.....	42
5.2.2.4.4.10. Níquel.....	25	5.2.3.5. Preparación de los dientes.....	42
5.2.2.4.4.11. Oropent.....	25	5.2.3.5.3. Mejoramiento del soporte y la retención protética.....	43
5.2.2.4.4.12. Orodent.....	26	5.2.4. Prótesis provisionales.....	45
5.2.2.4.4.13. Titanio.....	26	5.2.4.1. Importancia de las prótesis provisionales.....	46
5.2.2.4.5. Corrosión.....	26	5.2.5. Prótesis flexible.....	46
5.2.2.5. Relación prótesis-periodoncia..	26	5.2.6. Funcionalidad de las prótesis dentales.....	49
5.2.2.6. Preparación dentaria.....	28	5.2.6.1. Retención.....	50
5.2.2.6.1. Márgenes gingivales de la preparación.....	28	5.2.6.2. Soporte.....	50
5.2.2.6.2. Preparación final.....	32	5.2.6.3. Estabilidad.....	51
5.2.2.6.3. Preparación de la parte proximal.....	34	5.2.6.4. Fijación.....	51
5.2.2.6.4. Preparación del sector anterior.....	34	5.2.6.5. Estética.....	52
5.2.2.6.5. Preparación del margen gingival.....	34	5.2.7. Salud.....	53
5.2.2.6.6. Preparación de la guía anterior.....	35	5.2.8. Uso de las prótesis, cuidados e higiene.....	54
5.2.2.7. Elementos de retención removibles.....	36	5.2.9. Estudio del paciente.....	56
5.2.3. Prótesis parcial removibles.....	39	5.2.10. Ecuación de la prótesis parcial removibles.....	56
5.2.3.1. Tipos de prótesis removibles.....	40	5.2.11. Anatomía del área de soporte.....	56
5.2.3.1.1. Prótesis dentosoportadas....	40		

5.2.11.1 Papila incisiva.....	57	5.3.3. Relación entre las lesiones y el tipo de prótesis.....	65
5.2.11.2 Arrugas palatinas.....	57	5.3.3.1. Lesiones ocasionadas por Prótesis completa base de acrílico.....	65
5.2.11.3. Torus palatino.....	57	5.3.3.2. Lesiones ocasionadas por Prótesis- alteraciones del soporte.....	65
5.2.11.4. Línea vibrátil.....	57	5.3.3.3. Pérdida de retención.....	65
5.2.11.5..Fóvea palatina.....	58	5.3.3.4. Reabsorción.....	66
5.2.11.6. Surco hamolar.....	58	5.3.3.5. Lesiones ocasionadas por Prótesis parcial removible metálica o acrílica.....	66
5.2.11.7. Submucosa palatina.....	58	5.3.3.6. Lesiones ocasionadas por Prótesis fija.....	66
5.2.11.8. Estante horizontal.....	58	5.3.4. Dermatitis de contacto por medicamentos.....	67
5.2.11.9..Tubérculo retromolar.....	58	5.3.5. Estomatitis de contacto.....	67
5.2.11.10. Línea milohiodea.....	59	5.3.5.1. Estomatitis alérgica.....	67
5.2.11.11 Zona retromilohiodea.....	59	5.3.5.2. Estomatitis inmediata.....	68
5.2.11.12. Torus mandibulares.....	59	5.3.5.3. Estomatitis de contacto irritativa.....	69
5.2.11.13. Vestíbulos.....	59	5.3.6. Piorrea alveolar.....	71
5.2.11.14..Frenillos.....	60	5.3.7. La candidiasis bucal.....	71
5.2.11.15. Modiolo.....	60	5.3.7.1. Síntomas.....	73
5.2.12. Impresiones preliminares producto de prótesis fijas y removibles.....	60	5.3.7.2. Pruebas y exámenes.....	73
5.3. Problemas bucodentales ocasionados por prótesis fijas y removibles.....	63	5.3.7.3. Tratamiento.....	73
5.3.1. Problemas dentales ocasionados por prótesis removibles.....	64	5.3.7.4. Pronóstico.....	74
5.3.2. Lesiones que las prótesis desencadenan a los tejidos.....	64	5.3.8. Gingivitis.....	74
5.3.2.1. En los dientes.....	64	5.3.9. Halitosis producto de prótesis fija.....	75
5.3.2.2. Musculos.....	64	5.3.10 Efectos dañinos de los materiales a los tejidos.....	75
5.3.2.3. Articulación.....	65		
5.3.2.4. Mucosas.....	65		

5.3.11. Lesiones antomopatológicas que causan las prótesis.....	76
5.3.11.1. Lesiones agudas.....	76
5.3.11.2. Lesiones crónicas	76
5.3.11.3. Clasificación de Newton.....	76
5.3.11.4. Como tratar las lesiones ocasionadas por prótesis.....	77
5.3.12. Lesiones por mal diseño protésico.....	77

CAPÍTULO VI

6. Metodología de investigación	
6.1. Modalidad básica de la investigación.....	80
6.1.1. Tipos o niveles de investigación	81
6.1.2. Técnicas	81
6.1.3. Instrumentos.....	81
6.1.4. Recursos.....	81
6.1.4.1. Talento humano.....	81
6.1.4.2. Recursos materiales.....	82
6.1.4.3. Recursos económicos.....	82
6.1.4.4. Recursos Tecnológicos.....	82
6.1.5. Población.....	82
6.1.6. Tamaño de la muestra.....	82

CAPÍTULO VII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

7.1. Análisis e interpretación de resultados.....	89
7.2. Conclusiones.....	127

7.3. Recomendaciones.....	128
---------------------------	-----

Bibliografía

Propuesta

Anexos

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES QUE UTILIZAN PRÓTESIS FIJA Y REMOVIBLES QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA CDLA. SAN CRISTOBAL

Graficuario #1

¿Qué tiempo lleva usando su prótesis dental?.....81

Graficuario # 2

¿Ha tenido usted algún problema dental ocasionado por su prótesis dental?.....83

Graficuario # 3

¿Cree usted que durante la utilización de su prótesis dental su estado bucal ha: mejorado, empeorado o sigue igual?.....85

Graficuario # 4

¿Ha sentido molestias al colocar su prótesis?.....87

Graficuario # 5

¿Utiliza alguna crema que ayude a retener su prótesis?.....89

Graficuario # 6

¿Acude periódicamente a controlar el estado de su prótesis?.....91

Graficuario # 7

¿Tiene el cuidado de limpiar su prótesis: en la mañana, en la noche, después de cada comida?.....93

Graficuario # 8

¿Retira su prótesis antes de dormir?.....95

7.2. RESULTADOS DE LAS FICHAS CLINICAS ODONTOLOGICAS REALIZADAS A LOS PACIENTES QUE UTILIZAN PROTESIS FIJA Y REMOVIBLES QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLOGICA EBN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA CDLA. SAN CRISTOBAL.

Graficuario # 9

Tipo de prótesis.....97

Graficuario # 10

Tipo de prótesis fija.....99

Graficuario # 11	
Tipo de prótesis removible.....	101
Graficuario # 12	
Presencia de Recesion gingival.....	103
Graficuario # 13	
Presencia de Candidiasis.....	105
Graficuario # 14	
Presencia de Desgaste cervical.....	107
Graficuario # 15	
Presencia de Gingivitis.....	109
Graficuario # 16	
Presencia de Inflamación Papilar.....	111
Graficuario # 17	
Presencia de Bordos Oscurecidos en la prótesis.....	113
Graficuario # 18	
Pacientes sin problemas Bucodentales.....	115
Graficuario # 19	
Acumulación de placa Bacteriana.....	117
Graficuario # 20	
Índice CPO.....	119
Graficuario # 21	
Higiene oral simplificada.....	121
Graficuario # 22	
Índice de cálculo.....	123

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este trabajo investigativo parte del problema que ocasionan las prótesis fijas y removibles en la salud bucodental de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Subcentro de salud de la Cdla. San Cristóbal.

Las prótesis fijas y removibles son uno de los tratamientos restauradores más usados, para elaborarlos se requieren de muchas condiciones en las que se incluyen pasos realizados en el consultorio, en el laboratorio dental y la tercera condición es la colaboración del paciente que la va a usar. Según estos requerimientos se podrá evaluar el éxito o fracaso del trabajo protésico.

Un diseño protésico mal realizado puede dar un mensaje erróneo al laboratorio de las necesidades de la prótesis, lo que va a dificultar su adaptación en boca y por ende provocará el desarrollo de problemas gingivales y dentales.

Es necesario preparar la cavidad oral del paciente para el uso de prótesis, esta preparación consiste en restaurar piezas que se encuentren en malas condiciones, realizar tratamientos gingivales si lo amerita el caso, endodoncias y demás procedimientos que requiera el paciente para restablecer su salud oral; de no ser así estos problemas ya presentes se empeorarán con el pasar del tiempo y podrán provocar la destrucción de las piezas pilares de la prótesis y los elementos retentivos de la misma.

La colaboración del paciente con tratamiento protésico es de suma importancia, ya que estos elementos facilitan la acumulación de placa bacteriana, y el desarrollo de gingivitis, es por este motivo que existe la

necesidad de que el paciente visite periódicamente al odontólogo para solucionar problemas desarrollados por el uso de las prótesis y realizarse profilaxis que acondicionen la cavidad bucal para su progresivo uso.

Si la toma de impresiones nos da una copia errónea de la boca provoca que el trabajo una vez entregado por el laboratorio no se acople a las necesidades del paciente y genere ciertas dificultades en el uso: como excesivas presiones, ganchos mal ubicados, prótesis sobre extendidas que ofenden los tejidos gingivales.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El problema se ha formulado de la siguiente manera:

¿De qué manera las prótesis fijas y removibles inciden en los problemas bucodentales de las personas que acuden a la consulta odontológica en el Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristóbal durante el periodo octubre 2009-marzo del 2010?

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN

Las prótesis, constituyen una de las mejores opciones de los pacientes para mejorar su estado bucal ante la pérdida de piezas dentarias; pero ¿son éstas siempre la mejor solución? Los pacientes recurren a las prótesis fijas y removibles para reemplazar piezas dentarias perdidas, o en malas condiciones, pero a largo plazo el uso de éstas puede provocar una infinidad de problemas bucodentales.

Esta investigación pretende estudiar a fondo los efectos producidos por trabajos protésicos en la salud bucal de los pacientes, ya sea por la mala realización de las mismas o por la falta de cuidados hacia ellas.

Se considera de mucha importancia este estudio ya que gran parte de pacientes adultos usan este tipo de tratamientos, y es necesario preservarlos y mantener también el buen estado de las piezas remanentes que sirven como pilares de los mismos y que no sean motivo de nuevas extracciones a futuro por causa de fracturas, exposiciones pulpares, excesivos desgastes... entre otros

De este modo la investigación aportará a la concientización del odontólogo al realizar prótesis fijas y removibles y el conocimiento de los daños que se pueden provocar, beneficiando así a gran cantidad de pacientes que acuden a la consulta odontológica por este tipo de tratamientos.

Para esta investigación se realizará un estudio de los pacientes atendidos en el Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristóbal que utilizan prótesis y que acuden a la consulta para solucionar problemas que estas causan.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar el uso de prótesis fija y removible y su incidencia en los problemas bucodentales de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristóbal.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ❖ Investigar el porcentaje de pacientes que utilizan prótesis fijas y removibles, que acuden al Subcentro Salud de la Cdla. San Cristóbal; para establecer cuáles de ellos presentan problemas bucodentales.
- ❖ Establecer las enfermedades bucodentales más frecuentes que presentan los pacientes portadores de prótesis para determinar la relación de estas lesiones con la presencia de aparatos protésicos
- ❖ Determinar los elementos de las prótesis que desencadenan problemas bucodentales; para descubrir el papel que estos cumplen en la incidencia de problemas bucodentales.
- ❖ Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS.

4.1. HIPÓTESIS GENERAL.

Las prótesis fijas y removibles influyen considerablemente en la presencia de problemas bucodentales en los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Subcentro de salud de la Cdla. San Cristóbal.

4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA.

- ❖ Un porcentaje significativo de pacientes que utilizan prótesis fijas y removibles atendidos en el Subcentro de salud de la Cdla. San Cristóbal presentan problemas bucodentales.
- ❖ Las enfermedades bucodentales más frecuentes causadas por el uso de prótesis fija y removibles es la gingivitis y caries dental.
- ❖ Las prótesis removibles de acrílico inciden en el alto porcentaje de enfermedades bucodentales.

CAPÍTULO V

MARCO TEÓRICO

LINEAMIENTO DEL MARCO TEÓRICO

5.1.- MARCO INSTITUCIONAL

HISTORIA DEL SUBCENTRO DE SALUD DE LA CDLA. SAN CRISTOBAL.

La ciudadela San Cristóbal se inició a partir del año 1972, posterior a la invasión de un grupo de aproximadamente 8 – 10 familias de escaso recursos económicos en las tierras del Sr. Exipión Guerrero, el mismo trato de desalojar a éstas familias con la fuerza policial, pero dicha acción resulto infructuosa.

Al ver que realmente se trataba de personas indigentes, decidió donar sus tierras bajo el asesoramiento del Sr. Onésimo Bravo.

Se acogió entonces a varias familias, años después bajo la ventas de terrenos se decidió organizar una comunidad la cual fue bautizada como “SAN CRISTOBAL” nombre escogido por su propietario original.

La Unidad Operativa fundada en 1980 se la denominó Profesor Felipe Saúl Morales. Funcionó en primera instancia en la Escuela Ena Alí Guillén debido a que el alumnado se encontraba de vacaciones y no se tenía local propio.

Iniciada las clases, el personal fundador integrado por la Sra. Norma Hidalgo Auxiliar de Enfermería y la Dra. Sonia Burgos primer Directora de la Unidad se trasladó a una casa frente a la Escuela donde laboraron hasta la culminación del Subcentro.

El Subcentro cuenta con un comité de salud que está conformado por las siguientes personas:

PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD:	Sra. Delfina García Cedeño
VICEPRESIDENTE:	Sra. Zoila Vivas de Chinga
SECRETARIA:	Sra. Merly Zambrano.
TESORERA:	Sra. Digna Macías

FUNCIONAMIENTO

El Subcentro de Salud San Cristóbal cuenta actualmente con las instalaciones necesarias para un servicio básico de atención médica, obstétrica, de enfermería y odontológica, el cual permite brindar a los pacientes de la comunidad y de zonas aledañas una atención de calidad.

La infraestructura del S.C.S San Cristóbal es de concreto y de una sola planta, la cual pertenece al Área de Salud N° 1 de Portoviejo.

A continuación se detallan los departamentos y áreas con los que cuenta el Subcentro:

- Departamento Médico.
- Departamento Obstétrico.
- Departamento Odontológico.
- Departamento de Control de Tuberculosis.
- Área de Vacunación.
- Área de preparación.
- Área de curaciones.
- Farmacia.
- Departamento de estadísticas.
- Sala de espera.
- Bodega.
- Baños.

HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención establecido por el Ministerio de Salud Pública comprende de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs.

RECURSOS HUMANOS

El SCS San Cristóbal cuenta con el siguiente personal de trabajo:

- Director de la Unidad Operativa: Dra. Johanna Macías
- Médico Rural: Dra. Gabriela Cevallos
- Obstetra: Dra. Araceli Zambrano
- Odontólogo Rural: Dr. Enrique García
- Enfermera Rural: Lcda. Liliana Calderón
- Auxiliar de Enfermería: Sra. Norma Hidalgo
- Interna de Enfermería: Lili Alcívar
- Auxiliar de Estadísticas: Sr. Cristian Quiroz
- Auxiliar de Servicios: Sr. Jhon Chinga.
- Auxiliar de Odontología: Lcda. Yuri Anchundia
- Interna de odontología: Emilia García.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

El SCS San Cristóbal ubicado en la Ciudadela de su mismo nombre, está situado en la Parroquia 18 de Octubre, al norte del Cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí.

Está limitado por:

Norte: Cdla. El Maestro

Sur: Cdla. Universitaria

Este: Cdla. Luz de América

Oeste: Cdla. 1° de Mayo

ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS Y CULTURALES

El SCS San Cristóbal, se encuentra ubicado en la zona urbana al norte del Cantón Portoviejo, tiene como zonas de afluencia a las ciudadelas: San Cristóbal El Maestro, Luz de América, Nuevo Paraíso, Universitaria, Los Cedros, Negrital, San José y Atanasio Santos.

El agua potable se encuentra en la mayoría de los hogares, ya que esta se distribuye en su mayoría a través de tuberías y se registra por medidores, pero debido a la irregularidad en el abastecimiento muchas viviendas cuentan con cisternas bajas para almacenar el líquido.

La mayoría de los hogares cuenta también con energía eléctrica y cada uno posee su propio medidor.

El alcantarillado sanitario permite la eliminación de las aguas servidas pero en épocas de lluvia copiosas tiende a colapsarse. En la zona de Nuevo Paraíso aun se cuenta con pozas sépticas y no utilizan el sistema de alcantarillado.

La recolección de basura se realiza a través de carros administrados por el municipio local, pero la recolección no es diaria en las diferentes ciudadelas. Gran parte de los habitantes de la ciudadela San Cristóbal y de las Zonas de afluencia poseen un nivel socio-económico medio-alto, a pesar de que en las zonas del el Negrital, San José y Nuevo Paraíso continúan siendo de clase media-baja porque la mayoría ha emigrado de zonas rurales.

Debido al nivel socio económico la mayoría de los habitantes de la Comunidad cuentan con un nivel de educación profesional y de personas dedicadas al comercio formal, pero así también hay familias cuyo promedio

de vida depende de los trabajos eventuales, esto permite que sus familias estudien en instituciones particulares y fiscales.

El acceso a la comunidad es a través de la Avenida Reales Tamarindos y 1° de Mayo, por medio de la Cooperativa de Transporte Ciudad del Valle. Además existe otra ruta que es recorrida por los buses de la Cooperativa Portoviejo, cuyo eje de acceso es a través de la Vía Crucita-Portoviejo. Cierta parte de la Población cuenta con vehículos particulares (carro, moto y bicicleta).

La ciudadela cuenta con un comité Parroquial, así como el comité de Salud, el comité de Usuarios para ayudar en las necesidades del Sub Centro y para fortalecer el Vínculo con la Comunidad.

5.1.6. PROGRAMAS

Los Programas que se ejecutan a diario en el Sub Centro de Salud San Cristóbal son los siguientes:

- PAI (Programa Ampliado de Inmunización)
- SIVAN (Sistema Integral de Vigilancia Nutricional)
- AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Propias de la Infancia)
- PIM (Programa Integral de Micronutrientes)
- DOC (Detección Oportuna del Cáncer)
- PF (Planificación Familiar)
- PSE (Programa de Salud Escolar)
- PCD (Programa de Crecimiento y Desarrollo)
- PMI (Programa Materno Infantil)
- PCT (Programa de Control de Tuberculosis)
- POE (Programa de Odontología a Embaraza

MARCO TEÓRICO

5.2. PROTESIS FIJAS Y REMOVIBLES.

5.2.1. HISTORIA DE LAS PRÓTESIS DENTALES

“La confección y fabricación de prótesis dentales es una tarea importante desde la antigüedad.

Se cree que los fenicios ya usaban oro blando, o en rollo, y alambre de oro para su construcción, también soldaduras e impresiones de modelos.

No obstante, en el año 754 a.d.C., los etruscos, artesanos habilidosos en la época, producían puentes muy complejos en los que se empleaban bandas de oro soldadas entre sí por púnticos hechos de diferentes piezas dentales de humanos o animales.

En el año 600 a.d.C se tratan las reliquias de Mayer, se describe una prótesis en la que un par de centrales habían sido reemplazados por un diente de Boj.

En el año 300 a.d.C, se descubre la artesanía romana y se confirma que las coronas ya se usaban siglos a.d.C.

En el año 65 a.d.C se mencionó el uso de marfil y de madera para hacer dientes artificiales.

Los primeros juegos europeos de dentaduras datan del siglo XV, aunque como ya es mencionado anteriormente, existieron mucho antes de entonces. Los dientes eran tallados de hueso o de marfil, o simplemente se preparaban a partir de dientes recuperados de los cementerios, pues al parecer existían

donantes muertos o incluso vivos, que cambiaban sus dientes a cambio de algo que les beneficiara, tal vez dinero. Estas dentaduras eran incómodas, y estéticamente inapropiadas, pues estaban conectadas visiblemente a una base con hilos de metal o seda.”²²

5.2.2. PRÓTESIS FIJA.

Es la que el paciente no puede retirar de la boca, sino que va cementada a los dientes tallados, es decir, reducidos en espesor y altura. Su limpieza consiste en el cepillado de todas las coronas o puentes con cepillo dental y pasta dentífrica.

Para el pónico (funda que sustituye al diente o dientes ausentes) se utiliza además una seda dental especial llamada Super-floss que se pasará entre el pónico y la encía de dentro a fuera o viceversa, facilitando así su limpieza y evitando la acumulación de restos alimenticios.

Si se detecta algún cambio en la prótesis debe consultar con el odontólogo sin demora.

De todas maneras, se aconseja un control periódico de la misma a intervalos de tiempo regulares para tener un control de las caries y enfermedad periodontal, y así poder efectuar un diagnóstico precoz.

Son prótesis completamente dentosoportadas, que toman apoyo únicamente en los dientes.

El odontólogo talla los dientes que servirán como soporte, denominados dientes pilares y situados en los extremos de cada zona edéntula (sin dientes), en los cuales irán cementadas las prótesis fijas cuidadosamente ajustadas. Para ello en clínica, el odontólogo toma impresiones y registros de

²² es.wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental..:

mordida que posteriormente enviará al laboratorio donde el protésico vacía las impresiones en yeso, y confecciona sobre los modelos resultantes las estructuras de la prótesis fija.

5.2.2.1. TIPOS DE PRÓTESIS FIJA

Podemos clasificar a la prótesis fija según su forma en coronas o puentes que se explicaran a continuación.

5.2.2.1.1- CORONAS

“Una corona es una restauración individual para una pieza dentaria (o diente) en concreto. En ocasiones son también llamadas "fundas", sobre todo por el paciente, que no las ve como una prótesis en sí.

Esto es así, porque en realidad, las coronas se colocan sobre el diente natural del paciente, que habrá sido previamente tallado, y como si de una funda se tratara.

Como en toda prótesis fija, los dientes se realizan artesanalmente, personificados para cada paciente y ciñéndose a las necesidades de su anatomía dentobucal.”³

Coronas de recubrimiento parcial :

- Extracoronales: 3/4, 4/5, 7/8 y onlays
- Intracoronales: Inlays o incrustaciones

Coronas de recubrimiento total :

³ **SMITH Bernard G**, Planificación y confección de coronas y puentes. Edición 1991

- Extracoronales: Veneer (metal- material estético); Total vaciada, Jacket5

Incrustaciones intracoronales:

Restauraciones que basan su retención a expensas de las paredes internas como externas del diente pilar.

- Corona Richmond o pivotada
- Endoposte
- A extensión.
- Intercalar

5.2.2.3. PUENTES

Se denomina puente al aparato protésico que sirve para reemplazar dos o más piezas dentales.

Se componen de los siguientes elementos:

- Diente pilar: Es el diente al que va cementado el retenedor del puente.
- Retenedor: Parte del puente que va cementada al diente pilar.
- Póntico: Su función es reponer a los dientes faltantes que se encuentran entre los pilares.
- Conector: Es aquella parte que une los retenedores con el póntico.”⁴

5.2.2.4. MATERIALES UTILIZADOS PRÓTESIS FIJA

A lo largo de la historia, a medida que se han ido adquiriendo mayores conocimientos y se han ido perfeccionado las técnicas, los materiales con los

⁴.wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental

que se fabrican las prótesis dentales han variado. Desde las primitivas reposiciones con marfil e incluso dientes naturales humanos y animales, hasta los materiales más actuales e innovadores. Actualmente los materiales de fabricación son tres: la resina, el metal y la cerámica.

METAL

Para la confección de prótesis, se han utilizado elementos de fabricación tan característicos como el oro, metal precioso de uso muy extendido para coronas y puentes, que hoy día se ha visto claramente relegado, aunque siga usándose excepcionalmente, así como por su significado cultural en determinadas etnias y países. Actualmente, se usan multitud de aleaciones metálicas en distintas concentraciones. Además del oro y sus aleaciones, otra aleación noble podría ser la producida entre Ag-Pd (plata-Paladio). No obstante, las aleaciones más usadas para la confección de prótesis suelen ser Cr-Co (Cromo-Cobalto) y Cr-Ni (Cromo-Níquel), ambas de metales no nobles. El metal en prótesis se trabaja mediante el colado con la técnica de la cera perdida, excepto el metal de las prótesis parciales de resina y de la ortodoncia removible, que son alambres prefabricados, o bien si existe el uso de otras tecnologías como los sistemas CAD/CAM para mecanizado con 3 o 5 ejes .

Atención especial merecen las distintas posibles alergias hacia algunos metales, siendo ejemplo claro la producida por el níquel, sucediendo posiblemente incluso en más del 10% de la población femenina y siendo significativamente inferior en la masculina (que parece ser más sensible al cromo).²

Cuando esto ocurre, existen algunas alternativas como las aleaciones preciosas, aleaciones paladio-plata, titanio, alúmina, o el circonio. Este último es cada vez más usado, pues el circonio, fabricado con diseño y fresado

asistido por ordenador (CAD-CAM) es un material que no tiene reacciones alérgicas, tan duro como las aleaciones metálicas no nobles (aunque más frágil), y mucho más estético y preciso.

CERÁMICA

La cerámica, también llamada porcelana, es un material de origen mineral, duro, frágil y rígida, obtenido por la acción del calor en un horno. Existen distintos tipos de cerámicas para la confección de prótesis dentales, pudiendo clasificarse según su temperatura de fusión (de alta fusión y baja fusión), y también por su composición química (porcelana feldespática y porcelana aluminosa). Este material es actualmente muy usado, pues bien manipulada proporciona al diente artificial unas cualidades muy similares a las de los dientes naturales. Resina

Actualmente se usan distintos tipos de resina tanto para la confección de prótesis de resina, como para las bases de las prótesis metálicas, para la ortodoncia removible y para los 'provisionales' (puentes de resina que protegen los tallados mientras se realizan las prótesis fijas de porcelana). Es un material fácil de manipular, tal vez el más sencillo de todos, a la vez que resulta ser el más económico. Los dientes acrílicos que se montan en las diferentes restauraciones, también son de resina.

Según los materiales empleados podemos clasificarlas en:

- Simple: Cuando se elabora de un solo material. Ejemplo: metal, cerámica, acrílico, cerómeros.

- Compuesta: Cuando se elabora con una combinación de dos materiales: Ejemplo: Metal - cerámica, metal - acrílico, metal - cerámico.

Entre los materiales utilizados para su elaboración podemos citar los siguientes:

ACOLITE.- Metal blanco de baja fusión que es usado para colados dentales. Su costo es accesible y su resistencia muy baja, además pierde el brillo rápidamente.

5.2.2.4.4. ALEACIONES.- Aleación es la combinación de dos ó más elementos en diversas formas que adquiere propiedades y características metálicas; la cual puede estar formada de metales preciosos (Au, Ag, Pd, Pt) o no preciosos (Ni, Cr, Mo, Co, ~, Zn, Sn, In, Hg, Be).

Toda aleación que se utilice en el ser humano, específicamente en odontología, debe tener ciertas características entre las que se destacan la de las propiedades biológicas, ya que se han observado reacciones de hipersensibilidad de contacto modificación de la reactividad que experimenta un organismo por previo contacto con una sustancia extraña llamada antígeno; en otras palabras, inducción de una respuesta alérgica a menudo por un largo período de tiempo, a metales de sistemas de aleaciones dentales, siendo la dermatitis de contacto alérgica al metal una de las más frecuentes manifestaciones de enfermedades de la piel.

5.2.2.4.4.1. TIPOS DE ALEACIONES

ALEACIONES DE ORO PARA COLADOS DENTALES:

Tipos de Aleaciones. Se basan en su composición y propiedades físicas:
a) Tipo I (blanda) para incrustaciones pequeñas que no sufren presión.

- b) Tipo II (mediana) en restauraciones donde se prefiere la capacidad de pulido a la dureza: las incrustaciones que se sujetan a presiones moderadas: coronas $\frac{3}{4}$, pilares totales incrustaciones de 2 o 3 superficies.
- c) Tipo III (dura) para incrustaciones que se sujetan a cargas grandes: Incrustaciones y coronas en la que las fuerzas oclusales constituyen un aspecto clínico importante: Coronas totales y puentes.
- d) Tipo IV (extradura) se emplean en estructuras de dentadura parcial removible pero no para un diente aislado: barras y ganchos para base de dentaduras, prótesis parcial.

ALEACIONES DE METALES ALTAMENTE NOBLES: (Preciosos)

Tienen un mínimo de 60 % de peso de elementos nobles, por lo menos el 40% es oro:

1.- Oro-platino-paladium

2.- Oro-paladium-plata

3.- Oro-paladium

Las aleaciones de alto contenido de oro cumplen con las normas ISO 9693 y NIOM AP2 tipo a.

ALEACIONES DE METALES NOBLES:

Tienen un mínimo de 25% en peso de metales nobles, sin requerimientos para porcentajes de oro:

1.- Paladium-plata

2.- Paladium-cobre-galium

3.- Paladium-galium

Las aleaciones de este grupo cumplen con las normas ISO 9639 y NIOM

AP2 tipo c :

(aleaciones de base paladio).

Son adecuadas para puentes de tramo corto o largo, trabajos combinados y microfresados. También pueden utilizarse para la técnica de sobrecolado para ataches y muy indicado para estructuras implantosoportadas. Debido a su alto contenido de paladio, las aleaciones de este grupo presentan una buena resistencia a la corrosión.

Las aleaciones de Pd-Ag pueden ser soldadas sin problemas antes y/o después de la cocción de la porcelana.

ALEACIONES PREDOMINANTEMENTE BASES: (No - preciosos)

“Tienen menos que el 25% de peso de metales nobles sin requerimientos para Oro.

El módulo de elasticidad de estos es mucho mayor que para las aleaciones de metales altamente nobles y de las aleaciones de metales nobles. Se oxidan fácilmente a temperaturas elevadas. Por lo tanto las prótesis fijas no serán tan fácilmente flexibles.

Una aleación que sea más resistente a la flexión prevendrá la fractura del componente frágil de la porcelana”⁵.

1.- Cromo-níquel

2.- Berilium o Berilio Ojo: Problemas de alergias

3.- Níckel Ojo: Problemas de alergias al Ni

^{5 5} www.imbiomed.com.mx/.../articulos.php

4.- Cromo-cobalto

CROMO-COBALTO "VITALIUM" "ESTELITAS HAYNES".

El módulo de elasticidad del Cr-Co es el más elevado de todos los sistemas cerámicos de aleación. Composición: 35-65% cobalto, 20-35% Cromo, hasta 35% de Níquel. Otros metales que lo constituyen son: Be, Tungsteno, Magnesio, Sílice, estos endurecen y aportan a la resistencia.

CROMO NIQUEL.

Es una solución sólida que se compone de una matriz. Cantidad de Ni 60 a 80% se une al Cr 10-25%, constituyentes básicos son el Hierro 10-12% en mucho menos proporción: Berilio, Aluminio, Boro, Molibdeno, Carbono, Silicio, etc.

5.2.2.4.5. OTROS MATERIALES

DURACAST.

Utilizado clínicamente desde 1974 en odontología. Fue formulado de acuerdo a las especificaciones exigidas por el comité de Coordinación de Metales Ferrosos de la comunidad Europea, este metal es de color amarillo oro, después del pulido metálico.

Tiene compatibilidad biológica y propiedades semejantes a las aleaciones tipo III. Las desventajas son el cambio de color al estar en la cavidad bucal, ya que es un ambiente húmedo y la pérdida de brillo.

GOLDENT.

Este metal tiene el mismo uso que el oro odontológico tipo III-IV. El color es amarillo, se funde a temperatura relativamente alta, a mas o menos 830° C.

Tiene resistencia al desgaste pero tiene la desventaja que al oxidarse con el pH salival pierde su brillo y cambia de coloración. Usado para prótesis unitarias totales y parciales.

NIQUEL.

Se ha reportado que el 9% de la población femenina y el 0.9% de la población masculina tienen alergia a este metal. La A.D.A. ha sugerido una etiqueta para aquellos metales que contengan Níquel; esta debe decir que tales aleaciones no deben ser utilizadas en personas con sensibilidad conocida al Níquel.

ORODENT.

De color amarillo se funde a una baja fusión 320-350°C. Usado en pósticos, incrustaciones y coronas. Tiene las mismas desventajas que el oro.

TITANIO.

Posee alta resistencia a la corrosión, baja densidad, módulo elástico excelente biocompatibilidad. Se funde a 1.800 °C. Es un metal bastante liviano. Es reactivo con el Oxígeno y considerado como pirofórico

5.2.2.4.5. CORROSION.

“Proceso químico o electrolítico a través del cual un metal es atacado por agentes naturales como el aire y agua, resultando en una parcial o completa disolución, deterioro o debilitamiento de cualquier sustancia sólida.

Los metales por lo general son más susceptibles al ataque por las reacciones”⁶

5.2.2.5.- RELACIÓN PRÓTESIS-PERIODONCIA

A pesar de la tecnología que cada día avanza a gran escala, la prótesis fija puede ser el mayor beneficio o el peor perjuicio que el profesional de la odontología proporciona al paciente, es por ello que la Prostodoncia moderna enfatiza en la relación Prótesis-Periodoncia, ya que finalmente es la respuesta de los tejidos periodontales lo que determina el éxito o fracaso de un tratamiento protésico, en tal sentido, todo procedimiento protésico debe preservar y mantener la salud periodontal incluyendo encía y oclusión.

En prótesis fija la altura de la línea de terminación gingival ha sido un tema de discusión en las últimas décadas, debido a que las investigaciones clínicas han demostrado que el surco gingival debe quedar libre de cuerpos extraños para evitar reacciones inflamatorias que inician la enfermedad periodontal, sin embargo, se acepta una profundidad de 0,5 a 1mm¹ dentro del surco cuando privan razones estéticas, en cuyos casos los cuidados de higiene bucal y control de placa deben extremarse.

Las técnicas modernas en odontología restauradora, combinadas con los avances en prevención de caries y enfermedad periodontal han eliminado las antiguas razones de la colocación de los márgenes sub.-gingivales, lo que se persigue ahora es reevaluar las técnicas de acuerdo con las nuevas investigaciones científicas.

“El relacionar los métodos de separación gingival con los tejidos periodontales es significativamente importante cuando se habla de Prostodoncia fija, pues debe tenerse en cuenta que los tejidos gingivales

⁶ www.imbiomed.com.mx/.../articulos.php

deben estar sanos antes de iniciar cualquier tratamiento restaurador, tener especial cuidado cuando la encía libre es delgada y solo hay una pequeña zona de encía adherida, puesto que pueden provocarse retracciones gingivales traumáticas irreversibles”⁷.

La separación gingival se puede realizar a través de métodos mecánicos, combinados (mecánico-químico) y quirúrgicos (electro-cirugía y curetaje gingival rotatorio), pudiendo con cualquiera de ellos lesionar en mayor o menor grado los tejidos periodontales si no se tienen los cuidados adecuados con cada uno, sin embargo, estudios clínicos e histológicos han demostrado que cualquier método de separación gingival puede ser utilizado con resultados favorables de cicatrización, siempre que la encía haya estado sana antes del procedimiento.

Los objetivos de la Prostodoncia fija están orientados en primer lugar a devolver función y estética y en segundo lugar, mantener las condiciones de salud logradas con los procedimientos previos.

La separación gingival no se trata de una mera técnica para lograr un propósito y ejecutarla por sí misma, lo cual, no garantiza el éxito si no se toman en cuenta los aspectos mencionados anteriormente.

5.2.2.6. PREPARACIÓN DENTARIA

Todos los autores que describan las preparaciones dentarias hablan de la corrección de partes desventajosas, creación de las áreas retentivas y asientos de la preparación, que produce la superficie favorable para el apoyo de la corona, además hay que tener en cuenta el ajuste marginal y oclusal en presencia de los dientes vecinos, sin producir las interferencias oclusales.

⁷ wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental

No hay que producir las superficies inclinadas ya que la fuerza horizontal puede causar una migración dentaria con pérdida extensa de apoyo para la prótesis.

La producción de un asiento produce una carga vertical al eje dentario. Apoyo más eficaz es el que actúa en sentido vertical al eje de apoyo del diente y se armonizan las fuerzas oclusales.

Desgaste inicial: deben unirse las guías de profundidad respetando la profundidad e inclinación establecidas.

Para este fin se puede usar la misma piedra cilíndrica en las caras libres y por gingival en la parte palatina/lingual y la piedra en forma de pimpollo (llama o de pilota de rugby) en la parte de la cara lingual / palatina en la concavidad de los dientes del sector anterior.

5.2.2.6.1. MÁRGENES GINGIVALES DE LA PREPARACIÓN

Lo mejor para el cuidado de los tejidos gingivales es poner el margen supra-gingival, pero en realidad esto no es siempre posible. A veces estética requiere un margen subgingival y en estas situaciones este debe extenderse de 0.5 a 1 mm, pero no más de la mitad de la profundidad de bolsa gingival, que asegura la atadura epitelial.

En caso de que los márgenes están ubicados muy subgingivalmente es aconsejable realizar una cirugía de alargue de corona clínica para facilitar las impresiones y tener un acceso más accesible para la impresión. En cualquier nivel del margen gingival es importante que los bordes gingivales no tengan ningún sitio sin apoyo en la estructura del diente, ya que el borde de la corona puede separarse del diente produciendo un hueco marginal. Para el chequeo de la adaptación de la corona hay que usar los instrumentos de mano, como por ejemplo el explorador para diagnóstico.

Es materia de controversia el sitio en donde deberá colocarse la terminación gingival de la restauración al margen libre de la encía.

Estos factores suelen ser independientes, por lo que deberán ser considerados en cada individuo antes de llegar a una decisión. Existen argumentos obvios para los márgenes subgingivales como supragingivales, yuxtapingivales. Cada uno posee ventajas y desventajas. Quizá el factor más importante, independiente del sitio en que se coloque el margen, es el grado de precisión del ajuste, superficie, el tipo de material que entrará al contacto gingival.

“ Diversos estudios científicos demuestran que la utilización de márgenes subgingivales es compatible con la salud gingival, siempre y cuando se cumplan los siguientes principios: respetar el espacio biológico y mantenerlo, los márgenes de la preparación no deben situarse nunca a menos de 2,5 mm de la cresta ósea, el grosor de encía adherida debe ser al menos de 3 mm, si se quiere mantener la salud periodontal y prevenir la pérdida de inserción, preferiblemente la encía no debe ser fina”⁸.

Los materiales que contactan con la encía deben estar extremadamente bien pulidos, en caso contrario, con facilidad retendrán placa bacteriana, además las coronas no deben ser sobrecontorneadas ya que en este caso se aumenta la retención de placa.

La preparación con un espesor mayor, según el autor quizás puede dar a la corona con una apariencia estética, pero debilita, que compromete la vitalidad pulpar.

Para la reducción del borde que tiende un chamfer redondeado, se aconseja el uso de la piedra de diamante en forma de torpedo (ISO forman 289 / 290, o 014). Para la reducción suficiente la superficie oclusal y bordes redondeando se usa ISO 277 del tamaño 023. Las piedras de diamante

⁸ odontocom.blogspot.com/.../problemas-causados-por-las-protesis

especialmente diseñadas para el chamfer disminuyen cantidad de errores en la preparación que a su vez permite preparar y examinar el perfil que disminuye las fuerzas tensionales para el núcleo cerámico.

Tradicionalmente, se prepara el hombro o el chamfer de 0.8-1,2 mm. Sin embargo, los hombros de estas profundidades pueden comprometer fuerza del diente y salud pulpar, sobre todo para los dientes como incisivo inferior. Un problema similar ocurre en dientes con coronas clínicas largas debido al estrechamiento de su diámetro en la región cervical. En una preparación larga que se extiende más allá de la unión amelo-cementario, para quitar el socavado debe tallarse una cantidad adecuada del tejido dentario. Cuando no se lo puede realizar, se prepara un hombro mínimo de 0,5-0,7 mm.

En casos cuando hace falta la altura del remanente dentario para aumentar la resistencia se puede realizar el alargue de corona clínica. Con este paso clínico se puede ganar la altura necesaria de la corona clínica usando la técnica de gingivectomía convencional, o con electrobisturi o usando la técnica de ala flexible (técnica de colgajo) con reconstrucción del hueso (si es necesario). Es un medio inestimable para la mejor retención.

El alargue debe ser planeado, y debe ser realizado unos 2-3 meses antes de la impresión final para permitir a los tejidos gingivales cicatrizar y obtener su forma final. No se puede hacer alargue de corona clínica cuando hay dientes vecinos apiñados, cuando hay que hacer un alargue en zona estética que da un margen gingival muy retraído, cuando hay lesiones de furca de la pieza de cuestión o de la vecina.

Existen casos en donde las indicaciones para colocar los márgenes subgingivales son evidentes. En los segmentos anteriores de la boca, las coronas deberán terminar subgingivalmente por los motivos estéticos. Deberá procederse con especial cuidado durante la reducción dentaria para colocar la línea de terminación con el menor trauma posible, especialmente

donde la encía sea delgada y delicada o donde existe una zona inadecuada de encía insertada. Este proceso provoca con seguridad de retracción gingival, exponiendo todo el margen y dando un aspecto cosmético desagradable. Otra indicación para colocar márgenes subgingival

“La modificación significativa del contorno axial de la restauración exige la extensión subgingival de los márgenes. Especialmente existe cierta retracción alrededor del diente que requiera una restauración como resultado de la terapia básica, trauma por cepillado, o debido a una ligera afectación de la furca. Si los contornos en la región gingival no son alisados, existe la tendencia a la acumulación y retención de placa bacteriana. Se presentan también indicaciones importantes para terminar los márgenes supragingivales, salvo que la caries o las necesidades cosméticas determinen lo contrario, los márgenes deberán dejarse en la zona supragingival en regiones en donde la zona de encía insertada sea inadecuada, o donde la corona clínica sea excesivamente larga, como se encuentra después de la terapéutica periodontal.

En el caso de los dientes anteriores, donde las exigencias estéticas son mayores, se utilizarán márgenes subgingivales.”⁹

Cuando se trata de una prótesis fija convencional en el sector posterior, donde la estética no sea un factor relevante en el tratamiento, se dejarán márgenes yuxta o supragingivales. La conservación de la estructura dentaria ayuda mantener la vitalidad y reduce sensibilidad postoperatoria.

5.2.2.6.2. PREPARACIÓN FINAL

Según el Dr. Blair F.M los pasos de la preparación dentaria final consisten en la reducción de las superficies vestibular, oclusal palatino / lingual, mesial y distal con la piedra de diamante troncocónica de punta redondeada # 586-014 con tamaño de la cabeza (1/10 mm.) de 014, longitud de la cabeza de 8

⁹ odontocom.blogspot.com/.../problemas-causados-por-las-protesis

mm., diámetro de 0.95 mm. y una angulación de 3° usando la refrigeramiento de spray de agua. El Dr. Brunton P.A dice que hay que empezar la preparación con las caras mesial y distal siguiendo después con las caras vestibular, lingual y, por último, la cara oclusal conservando la anatomía oclusal.

El seguimiento de la preparación dentaria consiste en preparación de varios elementos, asegurando que cada elemento de reducción está completo antes de empezar el próximo. Por ejemplo, si al comenzar se prepara la superficie oclusal habrá un mejor acceso para la preparación del proximal.

Durante la preparación axial es mejor completar la pared más difícil primero, ya que cualquier modificación de la alineación requerida puede hacerse en áreas más accesibles realizando la reducción que tiene sus propias consideraciones especiales.

La preparación tiene varios puntos importantes como la reducción de la altura de la corona dentaria para reemplazar este espacio con material de la corona, también hay que reproducir las inclinaciones para que la oclusión este estable sin producir las migraciones tampoco engramas. Y además en caso de los dientes anteriores hay que respetar los movimientos que se realiza la mandíbula en movimientos protrusivos, céntricos y excéntricos.

La técnica para medir la profundidad de preparación descrita por el Dr. Nattress consiste en el uso del índice de silicona, de color contrastante, agregando la silicona al espacio creado por preparación dentaria, después de tomar la impresión previa al tallado. Posteriormente se corta con un bisturí la impresión y se mide el grosor de la silicona que fue agregada últimamente. Otro método que ofrecieron los investigadores es el uso de un microscopio óptico, con una resolución de ± 0.02 mm, o una cámara intraoral atada a una computadora personal para capturar una imagen y realizar su análisis. Según el Dr. Blair F. M el uso del índice de silicona es más útil para verificar la

preparación de la superficie palatina o lingual, que también se puede verificarse con el grosor del provisorio.

5.2.2.6.3. PREPARACIÓN DE LA PARTE PROXIMAL

Esta es la fase más difícil de la preparación. La reducción del proximal en muchos dientes es dificultosa. Es mejor empezar con una piedra de diamante del diámetro fino, posteriormente aumentando su diámetro, asegurando espacio suficiente para producir un contacto proximal, entre la prótesis y la corona del diente vecino.

Cuando la preparación básica está completa, hay que verificar el camino de inserción y afilamiento. Si se puede observar la preparación oclusal hay que verificar la ausencia del socavado.

Se aconseja realizar este tipo de examinación con un ojo cerrado porque un socavado puede percibirse como un afilamiento cuando esta visto con dos ojos. Hay que tener cuidado especial para verificar la unión entre el proximal y reducciones por vestibular y por lingual ya que son sitios comunes para la localización del socavado.

5.2.2.6.4. PREPARACIONES DEL SECTOR ANTERIOR

Con la excepción de provisión de un ángulo oblicuo de la cúspide funcional, las preparaciones anteriores necesitan consideración similar a las preparaciones posteriores. Sin embargo, hay un punto importante que consiste en la reducción del incisal que se realiza primero.

Esto mejora acceso de la preparación subsiguiente, como así también ayuda a preparar las superficies libres con dos planos inclinados que no interfirieren al camino de inserción de la corona. La pared palatina necesita reproducir la concavidad natural de dientes maxilares y dicha concavidad será mantenida por la guía anterior. Asimismo dicha reducción no debe interferir en los movimientos laterales y protrusivos.

5.2.2.6.5. PREPARACIÓN DEL MARGEN GINGIVAL (FINAL)

Para la preparación de chamfer con la superficie lisa se usan las piedras para terminaciones (ISO versión 072) a velocidad de 15.000 a 40.000 rpm, o shaped extra-fino para terminaciones (ISO versión 504).

“El chamfer definitivo se realiza con una piedra que se usa para este fin, del grano extrafino (shaped carbide finishing ISO versión 072) con velocidad de 15.000 a 40.000 o con una fresa de multiplefilo”¹⁰.

Es indispensable el uso adecuado spray acuoso, uso de las piedras de diamante de diferentes granos de diamante de lo más grande a más fino, diseñadas para tal fin y a la velocidad adecuada, sin usar las piedras redondas en las preparaciones afilo-afiladas en la parte de preparación final.

En dientes antero-superiores, particularmente en los caninos, el cingulum es bien desarrollado, lo que se puede aprovechar para un asiento de la prótesis sin desgastar mucho el esmalte usando la piedra del diamante cilíndrica con una punta redondeada. La superficie lingual en el sector antero-inferior es normalmente demasiado vertical y el cingulum es poco desarrollado que no permite preparación de un asiento. La parte incisal puede prepararse con piedra de diamante cilíndrica adelgazada, dejando una parte del tejido dentario sano, libre de socavado, que no va a producir interferencias al colocar la corona.

5.2.2.6.6. PREPARACIONES DE LA GUÍA ANTERIOR

La armonía dentaria tiene una gran relación con la anatomía dentaria, ya que las preparaciones deben tener la estructura anatómica y contener todas las concavidades y convexidades que presentan en distintas áreas.

¹⁰ odontocom.blogspot.com/.../problemas-causados-por-las-protesis

En el grupo incisivo las pruebas de los espacios logrados con el desgaste deben ser observadas no solo en posición de cierre sino también en los movimientos excéntricos.

El grupo canino se verifica solamente en sierra pues un tallado correcto también puede contactar en excéntricas. El desgaste debe llegar a eliminar este contacto (si es posible). A veces antes de empezar el tratamiento hay que realizar un tratamiento ortodóntico.

También hay que mencionar que la preparación de los dientes anteriores tiene ciertas pautas que no pueden ser cambiadas como por ejemplo: proporción, tamaño forma, la alineación tridimensional, altura funcional, ángulo de desoclusión, punto de acoplamiento. Pero lo que puede ser modificado es el tipo de acoplamiento, tipo de desoclusión y leves modificaciones del ángulo de desoclusión y por supuesto la apariencia estética. También hay que controlar la pronunciación de las letras F, V y S.

La altura funcional es la cantidad de entrecruzamiento medida desde el borde incisal de los incisivos inferiores hasta el borde incisal de los dientes antero superiores (inclusive caninos).

Angulo de desoclusión que se mide en relación con el plano infraorbitario, que deberá generar desoclusión. Su componente horizontal tiene relación con la altura funcional, es decir, si a una restauración le cambiaran en forma grosera ese ángulo estarían al frente a una aberración protésica en la que el eje coronario no seguirá el eje radicular.

La altura funcional debe estar en la armonía entre los cuadrantes posteriores y anteriores. La concavidad de la cara palatina de los incisivos superiores debe reflejar la trayectoria condílea y además la inclinación de la corona debe estar relacionada con la misma, y con el ángulo de desoclusión.

En el plano horizontal: la alineación de todos los bordes incisales de los dientes anteriores con respecto a las puntas cuspideas vestibulares de los cuadrantes posteriores y la forma en sí que adopta este sector anterior con la tonicidad de los tejidos blandos y el biotipo del paciente.

También deben estar relacionados con ATM (articulación temporo mandibular) y mecanismos de desoclusión.

5.2.2.7. ELEMENTOS DE RETENCIÓN

Pueden ponerse ranuras en una o más de las paredes de la preparación dentaria. Las piedras de diamante deben ser de diámetro suficiente para poder proporcionar una ranura que no se bloqueará.

La ranura debe ponerse dentro de un volumen suficiente de tejido sano del diente ya que su ubicación en un área débil puede producir la fractura o alteración pulpar.

El diente también puede ser menos vulnerable si la base de la ranura se encuentra a un 0.5 mm por encima del margen gingival.

Para ser eficaz la ranura debe hundirse, por lo menos, por la mitad del diámetro de la piedra (0,5-0,6 mm). Hay que asegurarse que las paredes de la ranura no chocan contra el camino de inserción de la corona. Esto exige sostener la piedra de diamante paralelo al camino de inserción y no paralelo con la pared axial adelgazada, además se controla con un provisorio, chequeando su grosor etc.

Las cajas funcionan semejantemente a las ranuras proporcionando resistencia aumentada y retención, son menos conservadores. Pero puede ser que un diente puede haber contenido una restauración previa con una forma de caja, que se puede incorporarse en una preparación de la corona.

“La retención de la prótesis está dada por las preparaciones realizadas con los principios de paralelismo, áreas axiales deben tener una convergencia que es el ángulo entre la pared de la preparación y el eje largo de la preparación, si esta conicidad es de 3-9°, la misma da a la preparación una buena retención”¹¹.

La disminución en la retención de coronas convencionalmente consolidadas cuando este ángulo acerca a 20°, que provoca el aumento de tensión dentro del cemento que puede romper el laúd de cemento, además las superficies incisales y oclusales deben estar preparadas paralelamente al plano oclusal, que a su vez reduce el radio de rotación de la prótesis.

También la rotación es resistida por el cemento y por la forma de preparación, que a su vez no puede ser redondeada. El problema deafilamiento realmente no puede ser tan crítico para las coronas, pero es muy importante para no producir el socavado. Es útil saber que la piedra de diamantes tiene un ángulo de 5-6° de la convergencia que sirve para inspeccionar afilamiento de la preparación sosteniendo la turbina en el mismo sentido para toda la superficie.

Los factores que influyen en resistencia y retención son los siguientes grado de conicidad, cemento, cizallamiento y rugosidad del superficie. Los cementos convencionales son fuertes en condensación y débiles en tensión, por lo tanto las preparaciones deben diseñarse en una forma que limitara la tensión flexural del cemento, sobre todo cuando se aplican fuerzas oblicuas a la corona. Además las preparaciones que dejan mucha dentina expuesta requieren un sistema de adhesión especial a la dentina.

Los límites preparados en el esmalte van a necesitar los métodos adecuados para la cementación y adhesión al mismo.

¹¹ **SACCHI Hector** . Coronas y Ouentes de Porcelana, Capitulo X Pág. 167-179 Edicion 1973

Un estudio realizado por los Dres. Edelhoff D. demostró un aumento significativo en resistencia y retención cuando paredes axiales se extienden de 2-3 mm en altura. Si el volumen del diente permite se puede realizar una preparación menos destructiva.

La corrección de la base de la preparación puede producir un hombro profundo, destruyendo excesivamente el tejido dentario que además puede producir un compromiso pulpar.

Cuando la corona clínica no tiene suficiente altura para confeccionar la preparación correcta se puede realizar la gingivectomia. Es un medio inestimable de reforzar la retención. Si la última posición del margen del gingival es crítica la cirugía debe ser realizada 2-3 meses antes de la impresión final para permitir a los tejidos gingivales recuperar totalmente su forma y cicatrizarse.

5.2.3. PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

“Es aquella que puede ser retirada por el paciente, es decir, que no va cementada en boca, pero no repone todos los dientes de una arcada como la prótesis total removible, sino algunos de ellos”¹².

La longevidad de la misma dependerá tanto del paciente (grado de higiene, asistencia a revisiones, etc.) como del odontólogo (valoración periódica de tejidos duros y blandos y de la adaptación y estabilidad de la prótesis).

El paciente debe tener claros unos puntos en cuanto a inserción y desinserción de la prótesis.

¹² wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental

Para ponérsela se debe coger con ambas manos, se lleva al lugar que le corresponde y se coloca en su posición final, pero jamás mordiendo con los dientes antagonistas para así evitar deformaciones.

Para quitársela se toman los ganchos con los dedos pulgares, y con los índices se levanta, siguiendo la trayectoria correcta.

Con el paso del tiempo se manifiestan cambios orales y problemas que necesitan un reajuste, un rebasado (aplicación de una capa de resina en la cara interna de la prótesis) o una reparación para que la prótesis siga cumpliendo su misión, tanto si hablamos de la prótesis parcial removible como de la prótesis total removible.

Estas situaciones que requieren corregir la prótesis son: la edad, la variación de peso, el desgaste de las superficies masticatorias, la reabsorción de la cresta ósea, la pérdida o extracción de algún diente, fracturas de la prótesis, desajustes de la prótesis con anclajes, etc.

Las pautas de higiene de este tipo de prótesis son exactamente iguales que para la prótesis total removible.

En cuanto a su uso durante el sueño diremos que se puede dormir con la prótesis puesta o no, según la comodidad del propio paciente.

Las prótesis pueden ser según su material de:

- Prótesis removible de resina
- Prótesis removible metálica o esquelética

Son prótesis dentomucosoportadas, por tanto se sujetan en los dientes del paciente y en la mucosa su objetivo es devolver o mejorar en el paciente su función masticatoria, fonética y estética.

5.2.3.1. TIPOS DE PRÓTESIS REMOVIBLES

Las prótesis removibles pueden ser totales y parciales.

La prótesis total es una prótesis que se construye para los desdentados totales, en esta se incluyen 32 piezas artificiales

Se les llama parciales porque no hay falta de todas las piezas dentarias, y el diseño del aparato permite que el paciente se lo pueda sacar de la boca cuando quiera.

. DENTOSOPORTADAS:

Aquellas que son soportadas por los dientes pilares, o remanentes, del paciente, que son dientes naturales que este aún conserva.

Los dientes pueden conservar íntegramente su estructura, o pueden ser (en la gran mayoría de los casos) dientes previamente tallados por el odontólogo. Dentosoportadas son las prótesis fijas.

MUCOSOPORTADAS:

Aquellas que se soportan sobre el proceso alveolar, en contacto con la encía que es un tejido fibromucoso.

Las prótesis completamente mucosoportadas son las típicas "dentaduras postizas" (prótesis completas de resina).

DENTOMUCOSOPORTADAS:

Aquellas que combinan los dos tipos de soportes anteriormente mencionados, es decir, se soportan tanto en los dientes remanentes del paciente como en el proceso alveolar. Son las prótesis de metal, las prótesis parciales de resina, y las prótesis mixtas.

5.2.3.2. PRÓTESIS MIXTA

Es una combinación de prótesis fija y prótesis removible dentro de la misma arcada, es decir, una parte va cementada en boca y la otra se la puede quitar y poner el propio paciente.

Este tipo de prótesis utiliza unos elementos llamados ataches, que sirven para la fijación y estabilización de la prótesis. Constan de una pieza macho y una pieza hembra, cada una en una parte de la prótesis, de forma que al unirlos encajan entre sí. Estos elementos son más estéticos que los ganchos y funcionalmente actúan mejor. En caso de rotura de los mismos se debe acudir al dentista.

Las pautas de higiene de este tipo de prótesis serán las mismas que para la prótesis fija y la prótesis removible. Se cepillará con jabón neutro y cepillo, la parte removible, y con un cepillo dental y pasta dentífrica la parte fija, sin olvidar el uso del Super-floss.

5.2.3.3. MATERIALES UTILIZADOS EN PRÓTESIS REMOVIBLES

Si la base que soporta las piezas dentarias es de acrílico, decimos que es una prótesis parcial removible acrílica, y si la base es metálica decimos que es un esquelético o prótesis esquelética.

5.2.3.4. LIMITACIONES DE LAS PRÓTESIS REMOVIBLES.

Con el tiempo, los dientes naturales remanentes en la boca se desplazan o cambian de posición, sobre todo los que resultan recargados o empujados por los aparatos de prótesis, y, además, el hueso sobre el que éstos se

apoyan también cambia de forma, con lo que dichos aparatos se desadaptarán y podrán producir algunas molestias o ulceraciones que requieren la adecuación por el dentista, y la sustitución, al cabo de un tiempo variable, por otras nuevas.

Además, los elementos metálicos (y también los plásticos) de los aparatos de prótesis removible pueden experimentar fracturas con el uso, debido a lo que se llama fatiga elástica (algo parecido a lo que ocurre con un alambre cuando se dobla para un lado y otro repetidas veces); tales fracturas requieren una reparación inmediata, para evitar problemas sobreañadidos causados por las estructuras rotas.

5.2.3.5. PREPARACIÓN DE LOS DIENTES

“La conservación de remanentes dentarios es ampliamente reconocida en la literatura odontológica como de mucho valor para la preservación del hueso alveolar, sobre todo en los pacientes de tercera edad”¹³.

Estudios longitudinales de Tallgreen citado por Fuentes, señalan que la reabsorción ósea es acentuada durante los primeros años, luego de extraídas las piezas dentarias y afirman también que la reabsorción en la mandíbula es cuatro veces mayor que en el maxilar superior.

De esto se desprende la importancia de conservar dientes en dicho maxilar. Posteriores estudios de Crum y Rooney compararon la pérdida ósea entre pacientes con prótesis convencionales y sobredentaduras. Mediante la conservación de los caninos mandibulares la reabsorción del hueso alveolar que los rodea se reducía ocho veces, constatándose además que el resto del

¹³ www.slideshare.net/.../geriodontologia1-presentation

reborde alveolar también se había mantenido tanto en altura como en espesor.

La preservación del reborde alveolar tiene gran importancia para el paciente desde el punto de vista funcional y también estético, ya que brinda un mejor soporte a la sobredentadura requerida para la rehabilitación y así mismo conserva los tejidos de soporte de la misma.

5.2.3.5.1. MEJORAMIENTO DEL SOPORTE Y LA RETENCIÓN PROTÉTICA.

“ La presencia de raíces mejora el soporte en forma directa comportándose como verdaderos pilares sobre los que asienta la prótesis, pero también en forma indirecta disminuyendo la tasa de reabsorción alveolar”¹⁴.

Además las piezas conservadas pueden ser utilizadas como medio de retención mejorando esa propiedad de la prótesis y con ello la estabilidad. Esta ventaja es quizás, la más llamativa y 'espectacular' para los pacientes pues generan mayor confort en el uso de las prótesis.

La obtención de mayor retención es, en esencia, el objetivo principal que persiguen los odontólogos ya que con ello mejoran notablemente la estabilidad protética y obtienen satisfacción de los pacientes.

La obtención de todas estas características con el uso de las sobredentaduras, incide directamente en la mejoría de los factores estéticos que constituyen la principal exigencia del paciente edéntulo,

¹⁴ www.slideshare.net/.../geriodontologia1-presentation

5.2.4. PRÓTESIS PROVISIONALES.

Son prótesis parciales o totales removibles que se usan para mejorar la estética y la función masticatoria con carácter transitorio hasta que se confeccione la prótesis definitiva.

Las removibles pueden ser inmediatas o diferidas. Las inmediatas se colocan en el mismo acto operatorio siempre y cuando estén indicadas, el ejemplo más común es el de extracciones múltiples y colocación inmediata de la prótesis.

En el caso de implantes, por lo general no colocamos la provisional en el mismo acto, la diferimos algunos días, las prótesis provisionales se construyen generalmente de acrílico y van cementadas sobre el tallado.

5.2.4.1. IMPORTANCIA DE PRÓTESIS PROVISIONALES.

Son importantes porque cumplen varias misiones entre ellas:

- Proteger las piezas talladas, que si son vitales estarán sensibles a los cambios térmicos, ácidos y dulces, si están endodonciadas no tendrán sensibilidad.
- Efecto estético mientras se prepara la prótesis definitiva.
- Efecto de ferulización de las piezas talladas, evitaremos el desplazamiento de las piezas talladas, ya que si éste se produce, la prótesis definitiva no ajustará

5.2.5. PROTESIS FLEXIBLES

El confort y la estética en el uso de prótesis removibles, ha llegado al máximo de su desarrollo con el advenimiento del nylon, como material de confección protésico.

Es un material ideal para la confección de prótesis parciales, a veces completas, desarrollada a base de una resina de nylon termoplástico, biocompatible, con propiedades físicas y estéticas exclusivas.

El nylon pertenece a la familia de las súper poliamidas, razón por la cual se enaltece aun más las propiedades elásticas del material. Consiste en una cadena estable de polímeros que no contiene monómeros, es decir no se realiza por mezcla de ambos materiales al igual que el acrílico, por lo tanto no suelta componentes reactivos después de estar polimerizado y en uso. Así se descarta por completo cualquier tipo de reacción alérgica.

Su fabricación consiste en calentar trocitos de nylon, y moldeándolos por inyección dentro de la forma deseada, que previamente con el enfilado y el encerado, se tiene preparado para su mutación; el material se presenta en tubos metálicos que luego de ser calentados a una temperatura superior a 60 grados C, se lo inyecta a presión, dentro del encofrado, para así obtener la prótesis, debiendo tener la precaución de aliviar los ángulos muertos, ya que van a ser altamente retentivos por su condición elástica y pueden dañar la mucosa bucal.

Debido a su fortaleza, no deben ser tan toscas ni gruesas como las de acrílico; los retenedores, al ser delgados, de 2 mm aproximadamente, no ejercen presión horizontal sobre el ecuador de la pieza dentaria y así provocar fuerzas lesivas sobre la pieza pilar.

La flexibilidad del material, al estar en un medio acuoso a 37 grados, aumenta, permitiendo ser más blanda la textura, contribuyendo a una mejor adaptación, sobre una mucosa blanda; es decir, estos materiales termoplásticos reemplazan por completo el metal, por lo tanto se acomodan a

las anfractuosidades naturales del reborde alveolar, amortiguando las presiones.

“En pacientes con presencia de protuberancias importantes tales como los torus mandibulares y el palatino, si se requiere realizar una prótesis, se deben reducir quirúrgicamente para lograr adaptación al reborde, de esta manera al ser tan delgado el material y flexible, podemos colocarla y adaptarla sin presiones innecesarias”¹⁵.

Otra función interesante sería la colocación de encía artificial, en piezas dentarias con enfermedad periodontal mantenida y controlada, con pérdida de soporte de las piezas dentarias, donde colocando este material estético por vestibular, entre las troneras interdentarias con una excelente retención apariencia visual armónica, sin dañar el epitelio subyacente.

Ventajas de prótesis flexibles:

- Excelente memoria plástica.
- Irrompible.
- Durabilidad
- Muy livianas.
- Estética, confortable e hipoalergénica.
- Rompefuerzas.
- No se deteriora en contacto con fluidos bucales.
- Flexibilidad.

Solución funcional:

¹⁵ www.infoprotesisdental.info/pdf/peligros

Correcta distribución de fuerzas en áreas edéntulas.

Elimina presiones tangenciales en dientes remanentes naturales pilares

Estimulación de encía por flexibilidad de la resina.

Al ser solamente mucosoportadas, protege a las piezas remanentes, no esforzándolas con diferentes presiones. Deben confeccionarse en forma sobreextendida en el reborde edéntulo ya que como una bota de ski, sobre la nieve debe presionar y no hundirse.

Se recomienda su uso en los siguientes casos: cada caso es diferente en cuanto aceptación se refiere, fueron fabricadas en nylon para amortiguación de las mucosa y el caso ideal es intercalar, es decir pieza dentaria natural, y a reponer en forma alternada en planos oclusales interrumpidos. Ya que no es necesario ningún tipo de preparación previa ni tallada en dientes naturales, salvo algunos pequeños apoyos para evitar así la incrustación de las prótesis en tejido blando luego de un período importante de uso.

Es aconsejable en:

- pacientes alérgicos al polidimetil metacrilato
- pacientes con torus palatinos y mandibulares.
- pacientes con paladar hendido y enfermedad periodontal avanzada

5.2.6. FUNCIONALIDAD DE LAS PROTESIS DENTALES.

Tal vez sea el objetivo de mayor importancia en una prótesis, puesto que recuperar la funcionalidad de una boca es lo básico para el bienestar del paciente, y es lo primero, aunque no lo único, que ha de lograrse.

Las funciones de la boca que ante todo se deben recuperar son: primero una masticación eficaz (eficiente trituración de los alimentos), sin que la prótesis interfiera en la deglución, puesto que ambas funciones influyen directamente en algo tan fundamental como lo es la alimentación, y segundo una fonética

adecuada que permita al paciente una correcta comunicación, sin que la prótesis interfiera en ella, sino todo lo contrario, que la posibilite. Además de esto, obviamente debe tenerse en cuenta que las prótesis no deben interferir en la respiración.

Para lograr la funcionalidad de la prótesis, se deben tener en cuenta 3 factores:

RETENCIÓN

Toda prótesis, sea del tipo que sea, debe tener un sistema de retención eficiente, es decir, que la restauración se mantenga sujeta en la boca y no se caiga o salga de su posición, ya que de no ser así la masticación, deglución y fonética, se verán afectadas e incluso imposibilitadas.

Si la prótesis es fija, no existirá ningún tipo de problema con su retención. Si es una prótesis removible metálica, la disposición de los ganchos metálicos, así como la eficacia de los mismos, debe ser la adecuada, puesto que básicamente la retención de la prótesis será producida por los mismos.

Si se trata de una prótesis completa de resina, la más problemática al respecto, se deberá tener en cuenta el buen diseño de la base de la dentadura así como su superficie, que deberá ser lo suficientemente amplia para lograr una mayor retención en boca (para mejorar la retención en este tipo de prótesis, existen productos adhesivos como cremas y polvos).

Si la prótesis es mixta, el atache deberá funcionar correctamente, pues es este el que facilita la retención...

SOPORTE

El soporte de las prótesis, es decir las estructuras de la boca (dientes y periodonto) que soportarán las prótesis, deberán ser cuidadosamente escogidas, ya que tanto la estabilidad como la retención, dependerá en parte de un buen soporte. Debe tenerse en cuenta las fuerzas oclusales para que el soporte sea, dentro de lo posible, el más amplio y mejor repartido en boca.

ESTABILIDAD

La estabilidad de una prótesis es fundamental, ya que una prótesis inestable (que "baila" en la boca), entre otras cosas se balanceará al morder por uno u otro lado, por lo que no es una prótesis funcional ya que dificulta la masticación y la fonética, además de ser ya de por sí incómoda en boca. La estabilidad deberá ser observada mientras se buscan el soporte y la retención más adecuadas, para lograr que los tres principios fundamentales estén interrelacionados y conseguidos equilibradamente.

Tanto la unidad de retención, como de soporte o estabilidad contrarrestan el movimiento protésico atento a las diferentes fuerzas que actúan sobre el aparato protésico y, de no estar correctamente diseñado, inevitablemente desplazarían al aparato de su inserción.

Sin embargo, si analizamos la interfase "prótesis" "soporte" y, llamamos a la primera "aparato protésico" y al segundo "terreno protésico" tendríamos pues, unidades funcionales que dependan de uno (en su diseño y constitución) y unidades funcionales que dependen del otro (en cuanto a su preparación previa). Ejemplo de ello es la Torre de Pisa, cuya inclinación se debe tanto a sus componentes estructurales, como al terreno que la soporta (cuando empezaron a construirla el terreno empezó a ceder, por lo que la parte superior tiene una inclinación distinta a la de la parte inferior).

FIJACIÓN

La Fijación no depende del aparato protésico, sino del terreno de soporte .De la misma manera que cada aparato protésico tiene sus propias unidades de retención, soporte y estabilidad; cada prótesis tendrá su propia unidad de fijación.

En Prótesis Total, la unidad de fijación estará dada por la estabilidad de la mucosa adherida al hueso, vale decir que, una excelente soporte en cuanto a cantidad de superficie y a contorno fisiológico del reborde residual deberá depender de la cantidad de hueso remanente (que es en definitiva quien soportará las fuerzas oclusales) y no de un tejido hiperplásico móvil o pendular. En prótesis removible o fija estará dada por la relación de inserción periodontal de las piezas pilares con respecto a la corona clínica del mismo. En prótesis implanto retenida la unidad de fijación está íntimamente ligada a la oseointegración del implante.

ESTÉTICA

Tal vez podría decirse que en la sociedad actual, como en tiempos pasados, la estética se busca por necesidad y por ello, ya sea una necesidad impuesta o autoimpuesta, la estética y buena apariencia, se convertirá en otro objetivo más para las prótesis.

La belleza es algo cultural, un concepto abstracto y subjetivo, por ello tal vez no siempre el paciente tendrá el mismo criterio de 'prótesis estética' con respecto al de los profesionales sanitarios. Cuando se habla de estética en este campo, puede aparecer el error de relacionar lo mejor y más bello con lo más perfecto, dentaduras blancas, dientes alineados a la perfección y sin ningún tipo de desgaste, etc., no obstante, el objetivo protésico será conseguir una dentadura de aspecto estético, pero no tan perfecto como sí

natural, teniendo en cuenta la edad del paciente, sexo del paciente, morfología facial del paciente, tamaño de la cara y la propia dentadura del paciente.

Los dientes deberán colocarse del mismo color y forma que las piezas naturales, sobre todo si el paciente conserva parcialmente su dentadura. Estéticamente, una dentadura completa y sana es importante, sin embargo, las prótesis no se limitan a restaurar las dentaduras, sino que también restauran la dimensión vertical de la boca y el aspecto global de la cara.

A la hora de confeccionar una prótesis, deberá tenerse en cuenta la línea media (que permite saber dónde va el primer central), la línea de sonrisa (que permite establecer la longitud de los dientes), y la línea de los caninos (que permitirá determinar la amplitud del grupo anterior).

El término **dentadura postiza** es tal vez el más conocido, en ocasiones usado para generalizar todo tipo de prótesis, no obstante, la utilización de estas palabras es en realidad un error. Existen diversos tipos de prótesis dentales, y cada una de ellas serán las indicadas según las necesidades del paciente.

En ocasiones existen más de una solución protésica para una misma boca, en cuyo caso el odontólogo deberá explicar las ventajas e inconvenientes de unas prótesis sobre otras, para que finalmente sea el paciente quien, aconsejado, elija, tal vez por salud, comodidad, eficacia o incluso por precio, pues estos son algunos de los factores a tener en cuenta. Cuando la propia boca es la que limita el tratamiento prostodóntico, el tipo de prótesis a utilizar será el que indique el odontólogo.

Las prótesis podrían clasificarse de diversos modos teniendo en cuenta diferentes características de las mismas (tipo de soporte, materiales de

confección, tipo de restauración, etc.), no obstante, según algunos factores, los tipos de prótesis se pueden clasificar de este modo:

SALUD

La sola funcionalidad de la prótesis ya significa calidad de vida y por tanto salud para el paciente, pero además de esto, otro objetivo fundamental es evitar que el resto de las estructuras dentarias del aparato masticador sufran deterioros, puesto que las prótesis reparan incluso la dimensión vertical de la boca, evitando así mal posiciones articulares que tendrían efectos muy dispares.

Cuando una boca carece de la totalidad o parcialidad de las piezas dentarias, las diferentes estructuras que componen dicha cavidad oral se van adaptando a la nueva situación, lo que producirá posibles situaciones inadecuadas para la salud de los dientes o para la salud oral en general.

Las prótesis dentales deben tener en cuenta las fuerzas oclusales o masticatorias, que son las presiones que se realizan durante la masticación de alimentos, para que esta presión esté repartida y equilibrada, evitando así el sufrimiento mecánico de la boca y futuros problemas desencadenados.

5.2.7. USO DE LA PRÓTESIS, CUIDADOS E HIGIENE

Cada prótesis presentará unas determinadas indicaciones de las que deberá ser informado el paciente por el odontólogo. Según el tipo de prótesis el paciente deberá concienciarse en mayor o menor medida del mantenimiento de la misma, no obstante, son las prótesis removibles (aquellas que el paciente puede retirar de la boca y colocar nuevamente por sí mismo), las que necesitarán de una especial indicación para el usuario. Algunos consejos generales para este tipo de prótesis bien podrían ser:

Lavar la prótesis después de cada comida, usando un cepillo de dientes convencional o bien un cepillo especial para prótesis (que se puede adquirir en cualquier farmacia), aplicando jabón o cualquier tipo de lavavajillas líquido (véase fairy, mistol, etc.), después aclarar muy bien con agua.

El uso de pasta dentífrica para limpiar este tipo de prótesis está contraindicado ya que provoca la opacidad y deterioro de la capa externa de la prótesis eliminando con el tiempo su brillo original, promoviendo la porosidad del material, que en el futuro facilitará la agregación de bacterias a la misma y consiguio la formación de placa bacteriana y sarro.

Es importante la higiene de la prótesis así como de la propia boca, principalmente por salud y por tanto por comodidad y bien estar, evitando además el deterioro de la prótesis, así como malos olores o la simple pérdida de las características estéticas de la misma.

Por ello el odontólogo suele insistir al paciente en la necesidad de realizar esta operación, si no tras cada comida, al menos una vez al día.

- Retirar la prótesis para dormir, puesto que es recomendable que los tejidos de la boca descansen de la presión a la que se ven sometidas, al menos unas horas diariamente.
- Mientras se mantenga la prótesis fuera de la boca, se aconseja conservarla en agua, bien sola, o bien añadiéndole unas pastillas desinfectantes preparadas para ese menester. De este modo se evitan golpes y deformaciones, al mismo tiempo que se conservan mejor los materiales de los que están hechas las prótesis.
- Cuando se mantenga la prótesis retirada de la boca, tal vez antes de dormir, es aconsejable realizar masajes en las encías, puesto que de

este modo se mejorará el riego sanguíneo, lo que hará que la reabsorción de los tejidos sea al menos algo menor.

“En coronas y puentes fijos, el cepillado deberá realizarse de igual modo que el de una dentadura natural, existiendo hilos dentales especialmente diseñados para este tipo de prótesis, siendo recomendables también los enjuagues bucales con gluconato de clorhexidina o incluso fluoruro de sodio, previamente recetados por el odontólogo.”¹⁶

5.2.8. ESTUDIO DEL PACIENTE

Es necesario realizar un minucioso estudio del paciente para evaluar las posibilidades de éxito o fracaso del trabajo protésico.

5.2.9. ECUACIÓN DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLES.

“Se refiere al equilibrio que debe existir entre lo bueno y lo malo que puede producirse a causa de las prótesis, para esto se señalan las ventajas y desventajas de la utilización de la prótesis, teniendo siempre el paciente la última decisión.

Las ventajas generales de las prótesis son la restitución del aspecto, la pronunciación, y la masticación.

La provisión de dentaduras parciales puede representar una contribución positiva a la salud oral, previniendo o minimizando las consecuencias indeseables de la pérdida de dientes.

Los efectos perjudiciales pueden deberse a la placa que fácilmente se acumula alrededor de las prótesis, al trauma directo producido por cualquier

¹⁶ [wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental](https://es.wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental)

componente de estas, a las fuerzas funcionales transmitidas por prótesis mal diseñadas y a errores en la oclusión.

5.2.10- ANATOMÍA DEL ÁREA DE SOPORTE DE LAS PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES.

Se deben considerar los siguientes elementos:

PAPILA INCISIVA.

Este blando cojín de tejido recubre al canal incisivo a través del cual pasan los vasos y nervios que alimentan la parte anterior de la mucosa palatina.

Las superficies labiales de los incisivos centrales naturales se encuentran aproximadamente 1 cm. Por delante del centro de la papila, relación que debe recordarse al colocar los dientes artificiales.

ARRUGAS PALATINAS.

Son crestas transversas e irregulares que aparecen en la parte anterior del paladar duro. Es una zona de discriminación táctil fina y por ello las prótesis han de diseñarse dejando esta zona tan descubierta como sea posible. Desde este punto de vista el borde anterior de la dentadura mostrada aquí es preferible al borde indicado por la línea discontinua.

TORUS PALATINO.

Una prominencia ósea de desarrollo, a veces visible en el centro del paladar. Esta estructura a menudo está cubierta de mucoperiostio relativamente incomprensible. Una prótesis soportada por mucosa habrá de aliviarse sobre el torus a fin de evitar el balanceo y flexión sobre la línea media.

LINEA VIBRATIL.

Unión entre la mucosa móvil del paladar blando y la estática del paladar duro. Si se ha tomado la decisión de cubrir con la placa protésica una amplia zona del paladar, el borde posterior del conector mayor habrá de situarse sobre el tejido comprensible justo por delante de la línea vibrátil.

FOVEA PALATINA.

Orificios de unos pequeños conductos colectores de glándulas salivales palatinas, que se encuentran frecuentemente ceca de la línea vibrátil.

SURCO HAMOLAR.

Depresión mucosa situada detrás de la tuberosidad del maxilar. El surco recubre el espacio entre el amulus pterigoideo y la tuberosidad y marca del límite de la extensión de una silla protésica cuando no hay diente de apoyo distal.

SUBMUCOSA PALATINA.

La variación del espesor de la submucosa tiene influencia en la comprensibilidad de la superficie de soporte y consecuentemente en el grado de soporte mucoso ofrecido a una prótesis parcial removible.

ESTANTE HORIZONTAL BUCAL.

Se extiende entre la cresta alveolar residual y la línea oblicua de la mandíbula. Superficie horizontal, relativamente ancha cubierta de hueso cortical plano, es una de las más importantes zonas de soporte, de particular importancia para el soporte de las sillas libres.

TUBERCULO RETROMOLAR.

Su parte anterior es firme y fibrosa, y representa una parte importante de la mucosa, apta para recibir prótesis. Ofrece soporte y ayuda para resistir el desplazamiento distal. La parte posterior es móvil y cae fuera de esta zona.

En ausencia de los dientes posteriores, un punto en medio de este tubérculo retromolar sirve para indicar el nivel posterior del plano oclusal.

LINEA MILOHIODEA.

Cresta ósea en la que se inserta el musculo milohioideo. A medida que se produce la reabsorción del hueso alveolar, tiende a incrementarse la prominencia de la cresta milohioidea, predisponiendo al dolorimiento de la mucosa bajo las dentaduras colocadas en esta zona.

ZONA RETROMILOHIODEA (BOLSA LINGUAL)

Parte del surco lingual que se encuentra por detrás y debajo de la línea milohioidea. Siempre que los movimientos funcionales lo permitan, el borde lingual de una silla libre deberá extenderse en esta zona a fin de proporcionar estabilidad óptima.

TORUS MANDIBULARES.

Hinchazones de desarrollo del hueso que pueden encontrarse a veces lingualmente en la región premolar. Son bilaterales, múltiples y simétricos. Pueden dificultar la colocación de barras linguales y, si es preciso, habrán de eliminarse quirúrgicamente.

VESTIBULOS

Canales mucosos que se encuentran entre la cresta alveolar de una parte y los labios, mejillas o lengua de otro.

Se necesita una impresión funcional precisa de la profundidad y anchura de los vestíbulos, ya que en la mayoría de los casos los rebordes de las prótesis habrán de rellenar las dimensiones registradas.

Es particularmente importante obtener una impresión cuidadosa de la forma del surco lingual ya que esta determinara la forma, extensión y posición de los conectores mayores.

FRENILLOS.

Pliegues de la membrana mucosa que cruzan los vestíbulos y contienen submucosa fibrosa pero no fibras musculares. Aparecen bucalmente en la región premolar y también en la línea media. Se precisa espacio suficiente desde el borde de la dentadura para permitir el libre movimiento funcional.

MODIOLO.

Entrecruzamiento de fibras musculares situados cerca de la comisura de los labios. El modiollo puede fijar la comisura de la boca en cualquier lugar necesario para la función y durante la masticación cierra el surco bucal para evitar el escape de alimentos

5.2.11. IMPRESIONES PRELIMINARES

“Se obtienen con cubetas del comercio. Los modelos obtenidos se necesitan para la planificación del tratamiento incluyendo el diseño de las dentaduras parciales y para la confección de cubetas individuales que serán usadas en la obtención de impresiones de trabajo más exactas, necesarias para la construcción de las prótesis parciales removibles”¹⁷.

¹⁷ J.C. DAVENPORT, R. M. BASKER, J. R. HEATH Y J. P. Ralph, A Colour Atlas of Removable Partial Dentures 1988, Pág. 9 – 41

5.3. PROBLEMAS BUCODENTALES PRODUCTO DE PROTESIS FIJAS Y REMOVIBLES

Las lesiones por prótesis tienen mayor prevalencia entre la población adulta, siendo el rango de edad media de aparición de estas lesiones 68'15. Esto tiene sentido ya que los ancianos tienen una mayor pérdida de piezas dentales y por tanto se ven obligados a utilizarlas para mantener la funcionalidad bucal masticatoria y, en algunos casos, estética.

En nuestro estudio la prevalencia de mujeres con este tipo de lesiones también es elevada. Esto puede deberse a dos motivos distintos: puede ser que las mujeres sean más vulnerables a este tipo de lesiones habiendo una mayor predisposición; por lo que acuden más al odontólogo.

El segundo sería su interés por mantener una salud bucodental adecuada y una correcta estética dental, por lo que también acudirían más al odontólogo.

En cuanto al diagnóstico clínico podemos afirmar que la presencia de distintos microorganismos tanto en las prótesis como en la cavidad bucal es prevalente, habiendo una mayor incidencia de enfermedad por *C. Albicans*, seguido de *S. Aureus* y en último lugar *S. mutans*.

Entre los factores de riesgo de padecer enfermedades causadas por estos microorganismos destacan: la falta de higiene, pH salivar ácido y llevar continuamente puesta la prótesis.

En lo referente al diagnóstico anatomopatológico hemos observado que tienen una mayor prevalencia las estomatitis protésicas. La estomatitis protésica está indudablemente relacionada con la presencia de

microorganismos en la cavidad bucal, como los anteriormente mencionados, por lo que el resultado

Es bastante concluyente.

En segundo lugar quedarían las hiperplasias fibrosas, que están ligadas a la presencia de nódulos dolorosos.

El tratamiento dependerá, en cada caso, de la situación del paciente:

.

En lo referente al pH salivar ácido el tratamiento sería la disminución en dieta de carbohidratos ya que estos producen la elevación del pH.

La hiperplasia fibrosa tiene un tratamiento efectivo basado en la retirada de la prótesis.

La evolución es mayoritariamente positiva por lo que el grado de recuperación es elevado, excepto en algunos casos en los que ha habido cierta resistencia a los antibiótico por parte de algunos microorganismos.

La evolución fue positiva al sustituir el tratamiento por otro distinto. Por tanto, en base a nuestro estudio podemos concluir que:

- La edad avanza se considera un factor de riesgo respecto a la pérdida dentaria lo que produce una aumento del uso de las prótesis.
- La candidiasis es la enfermedad con mayor prevalencia en los lesionados por prótesis.
- Los factores de riesgo de padecer este tipo de enfermedades son: falta de higiene, pH salivar ácido y llevar continuamente la prótesis.
- La lesión anatomopatológica más frecuente producida por prótesis es la estomatitis seguida de la hiperplasia fibrosa.
- En general los tratamientos que se impusieron tuvieron una resolución positiva.

- Los tratamientos más recomendados son: retirada de prótesis (en la mayoría de los casos), utilización de antimicrobianos (antibióticos y antifúngicos), limpiezas y cepillado de mucosas en casos de higiene pobre.

5.3.1. PROBLEMAS DENTALES

El hecho de que cada prótesis dental haya de ser confeccionada necesariamente sobre un modelo inerte y extremadamente duro (yeso y/o yeso piedra) implica que de su posterior traslado e inserción sobre tejidos biológicos (mucosa bucal, dientes, encía, etc.) se deduzca necesariamente su adaptación debido a que los tejidos bucales presentan resiliencias y cierto grado de movilidad debido a los microtraslados hídricos dentro del seno de los tejidos.

“La capacidad de percepción de partícula que puede detectarse entre los dientes es de alrededor de 12-16 micras. Esta extraordinaria sensibilidad para discriminar contactos o partículas se deriva de la alta sensibilidad táctil interdental y no puede ser detectada por ningún dispositivo existente en la actualidad”¹⁸.

La cinética de la articulación temporomandibular, considerada como elemento anatómico fundamental en cualquier tratamiento protético, no puede ser reproducido con total exactitud, incluso con los más sofisticados aparatos; por ello la adaptación de cualquier tipo de prótesis dental a los movimientos complejos de ambas articulaciones ha de hacerse individualmente en la boca.

¹⁸ .- www.infoprotesisdental.info/pdf/peligros

De todo ello se deriva la necesidad de que los ajustes deban ser hechos en la fase Clínica, con participación activa del paciente.

5.3.2. LESIONES QUE LAS PRÓTESIS DENTALES PUEDE ENCADENAR EN LOS DISTINTOS TEJIDOS

Las prótesis dentales pueden desarrollar con el paso del tiempo ciertas lesiones a nivel de tejidos bucodentales, en los dientes, los músculos, la ATM, Oseas y mucosas

EN LOS DIENTES

- Facetas de desgaste,
- erosiones,
- movilidad excesiva,
- migraciones,
- abscesos periodontales,
- dolor periodontal,

MÚSCULOS

- mialgias,
- limitaciones de la movilidad mandibular,
- hipertrofias, productoras, en ocasiones, de asimetrías faciales,
- cefaleas,
- etc.

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

- dolor articular,
- ruidos articulares (chasquidos y crepitaciones)

.

MUCOSAS

- ulceraciones,
- leucoplasias,
- procesos degenerativos neoplásicos,
- etc.

5.3.3. RELACIÓN ENTRE LAS LESIONES Y EL TIPO DE PRÓTESIS

Prótesis completa de base acrílica. Los mayores peligros derivan de la no consecución de la estabilidad protésica, estática y dinámica, así como de la escasa eficacia funcional resultante.

Alteraciones del soporte (osteofibromucosa), con zonas de sobrepresión que, como mínimo, ocasionan erosión, úlceras, hiperplasia e hipertrofia mucosa con aparición de doble encía, etc... En casos avanzados existe el peligro de malignización.

Pérdida de retención: la prótesis se desestabiliza en reposo y función, no consiguiendo buena capacidad masticatoria, lo que crea incomodidades al paciente y agrava su estado nutricional con alteraciones psicoanímicas, pudiendo desencadenar depresión, ansiedad y déficit alimenticio.

Reabsorción ósea alveolar exagerada, por inestabilidad general de la prótesis que incrementa todas la patologías referidas y hace inservible la restauración.

Prótesis parcial removible de estructura metálica o de base acrílica

Aumento de movilidad dentaria y cambios de posición y pérdida de los dientes, relacionados con los complejos retentivos u otros componentes de la PPR.

Acelerada reabsorción alveolar residual, sobre todo en clases a extremo libre, con pérdida de la capacidad biomecánica y funcional de la prótesis.

Erosiones, úlceras y/o hiperplasias mucosas en relación con elementos rígidos de la PPR.

Desencadenamiento de un síndrome de disfunción cráneo-mandibular.

Prótesis fija:

Destrucción de pilares, con pérdida de los mismos y de la restauración por filtración marginal.

Gingivitis, hipertrófia gingival y enfermedad periodontal con pérdida ósea y fracaso a medio plazo de la restauración.

Sobrecarga de dientes pilares, con movilidad y pérdida subsiguiente.

Desencadenamiento de un síndrome de Disfunción Cráneo-Mandibular. Problema estético.

Patologías sistémicas comunes a todas las prótesis:

Episodios tóxicos (derivados de la corrosión), crisis alérgicas (sensibilización a materiales), e incluso reacciones anafilácticas.

5.3.4. DERMATITIS DE CONTACTO POR MEDICAMENTOS

La estomatitis ocasionada por dermatitis de contacto alérgica o irritativa puede estar provocada por la aplicación de anestésicos tópicos, enjuagues que contengan antibióticos, jarabes para resfriados, pastas dentífricas, lápices labiales perfumados, adhesivos dentales y componentes acrílicos de resinas de las prótesis dentales.

5.3.5. ESTOMATITIS DE CONTACTO

Son irritativas en la boca y en los labios.

Existe la denominada “estomatitis por torunda de algodón” que observan muchos dentistas, provocada por la colocación de torundas de algodón colocadas en el surco vestibular y que lesionan en ocasiones la mucosa y/o la encía del maxilar superior.

“Cuando se retira la torunda, las capas superficiales de la misma se adhieren a la mucosa subyacente y al cabo de uno o dos días aparece una lesión cubierta por fibrina, que es dolorosa y que cura espontáneamente.

La etiología de esta “estomatitis” no está bien conocida.

5.3.5.1. TIPOS DE ESTOMATITIS.

ESTOMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICAS:

Están provocadas por una reacción celular retardada.

Las sustancias capaces de poseer esta capacidad sensibilizante serán las que penetren fácilmente a través de la mucosa bucal, y que una vez atravesada la mucosa sean capaces de contactar con las células de Langerhans.

El hecho de que unas personas sean sensibles a una sustancia y otras no depende de varios factores como la diferente composición de la saliva, la integridad anatómica de la mucosa o el aumento de las células

ESTOMATITIS DE CONTACTO TIPO INMEDIATO:

Están producidas fundamentalmente por la liberación de histamina. Los productos que con mayor frecuencia

Se han relacionado con este tipo de reacciones son los dentífricos, gomas de mascar, colutorios, metales y medicaciones tópicas. En estos productos son los saborizantes, antisépticos, astringentes, conservantes, etc., los que suelen estar incriminados.

Los autores exponen una estomatitis plasmocelular acompañada de eritema y edema gingival con sintomatología de ardor o quemazón intensos de la boca

Las manifestaciones clínicas más observadas son:

- eritema localizado o difuso
- inflamación localizada o difusa
- úlceras de repetición o aftas
- liquen plano
- glositis en forma de lengua geográfica

El diagnóstico viene dado por la realización de pruebas epicutáneas, pero resulta difícil dada la creciente

Complejidad de los componentes de las prótesis dentarias, dentífricos, colutorios, etc.

ESTOMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVAS:

Clínicamente son similares a las alérgicas pero en ellas no interviene el sistema inmunológico,

Dependiendo solamente de la capacidad del agente irritante, de su concentración y del tiempo de actuación del mismo.

Son reacciones poco frecuentes ya que las sustancias químicas están poco tiempo en contacto con la mucosa oral y la saliva puede neutralizar muchas de ellas. En este grupo de sustancias destacamos la menta, Los desinfectantes bucales y antibióticos. Las especias y picantes utilizados para condimentación, los ajos, la cebolla y los cítricos pueden dar reacciones

En las estomatitis protésicas ocasionadas por microorganismos el tratamiento más efectivo consiste en la administración de antimicrobianos, ya sean antibióticos (*S. mutans*, *S. Aureus*) o antifúngicos (*C. Albicans*)

En las estomatitis por traumatismos el tratamiento es retirar la prótesis para que los tejidos de soporte se recuperen en su totalidad. En ocasiones es recomendable el cepillado de la mucosa.

Cuando el padecimiento es debido a una falta de higiene el tratamiento es bastante sencillo consiste en retirar la prótesis para su correcta limpieza y realizar una limpieza bucal.

En lo referente al pH salivar ácido el tratamiento sería la disminución en dieta de carbohidratos ya que estos producen la elevación del pH.

La hiperplasia fibrosa tiene un tratamiento efectivo basado en la retirada de la prótesis.

La evolución es mayoritariamente positiva por lo que el grado de recuperación es elevado, excepto en algunos casos en los que ha habido cierta resistencia a los antibiótico por parte de algunos microorganismos. Le evolución fue positiva al sustituir el tratamiento por otro distinto.

Por tanto, en base a nuestro estudio podemos concluir que:

- La edad avanza se considera un factor de riesgo respecto a la pérdida dentaria lo que produce un aumento del uso de las prótesis.
- El sexo femenino posee un mayor riesgo de padecer lesiones por prótesis.
- La candidiasis es la enfermedad con mayor prevalencia en los lesionados por prótesis.
- Los factores de riesgo de padecer este tipo de enfermedades son: falta de higiene, pH salivar ácido y llevar continuamente la prótesis.
- La lesión anatomopatológica más frecuente producida por prótesis es la estomatitis seguida de la hiperplasia fibrosa.
- En general los tratamientos que se impusieron tuvieron una resolución positiva.
- Los tratamientos más recomendados son: retirada de prótesis (en la mayoría de los casos), utilización de antimicrobianos (antibióticos y antifúngicos), limpiezas y cepillado de mucosas en casos de higiene pobre.

5.3.6. PIORREA ALVEOLAR

Cuando a los síntomas de la gingivitis se suma la supuración de pus, se trata de una piorrea alveolar. Esta enfermedad compromete la estabilidad de los dientes, porque ataca de forma directa el ligamento alveolar.

Aunque de naturaleza infecciosa, el desarrollo de la piorrea alveolar se ve favorecido por la falta de higiene bucal. Se registra con más frecuencia entre los ancianos, y con mayor incidencia aún entre la población que padece avitaminosis o diabetes.

“Esta enfermedad, además de propiciar la caída de los dientes, encierra el peligro de que los bacilos y sus toxinas puedan alcanzar otras zonas del cuerpo, donde existen posibilidades de que produzcan diversos trastornos,

como una nefritis, o una endocarditis, entre otros. Esta suma de riesgos directos e inducidos obliga a ponerse cuanto antes en manos del odontólogo¹⁹.

Además de la higiene bucal y de la eliminación de la placa bacteriana, en esta enfermedad hay que desinfectar la parte afectada de manera local pero drástica y, si presentara bolsas purulentas, deberán ser extirpadas lo antes posible mediante cirugía.

5.3.7. LA CANDIDIASIS BUCAL

Es causada por formas de un hongo llamado *cándida*. Una pequeña cantidad de este hongo vive en la boca la mayor parte del tiempo y por lo general es mantenido a raya por el sistema inmunitario y otros tipos de gérmenes que normalmente también viven allí.

Sin embargo, cuando el sistema inmunitario está débil, el hongo puede multiplicarse, llevando a que se presenten úlceras (lesiones) en la boca y en la lengua. Las siguientes circunstancias pueden incrementar las probabilidades de desarrollar candidiasis bucal:

- Tomar esteroides
- Tener una infección por VIH o SIDA
- Recibir quimioterapia para el cáncer o medicamentos que inhiban el sistema inmunitario después del trasplante de un órgano
- Ser muy viejo o muy joven
- Tener mala salud

¹⁹ **WOOD K Norman W GOAZ Paul** Diagnostico Diferencial de las lesiones orales 5ta edición 1998, Capítulo 6, Pág. 71-88

La candidiasis bucal se observa comúnmente en bebés y no se considera anormal en ellos a menos que dure por más de dos semanas.

La *cándida* también puede causar infección por hongos levaduriformes en la vagina.

Las personas que tienen diabetes y tuvieron niveles altos de azúcar en la sangre son más susceptibles a contraer la candidiasis en la boca (candidiasis bucal), debido a que el azúcar extra en la saliva actúa como alimento para la *cándida*.

Tomar altas dosis de antibióticos o tomar antibióticos durante mucho tiempo también incrementa el riesgo de candidiasis oral. Los antibióticos destruyen algunas de las bacterias saludables que ayudan a impedir que la *Cándida* prolifere demasiado.

Las personas con prótesis dentales mal ajustadas también son más susceptibles a desarrollar candidiasis bucal.

SÍNTOMAS

La candidiasis bucal aparece como lesiones aterciopeladas y blanquecinas en la boca y en la lengua. Debajo de este material blanquecino, hay tejido enrojecido que puede sangrar fácilmente. Las lesiones pueden aumentar lentamente en número y tamaño.

PRUEBAS Y EXÁMENES

El médico o el odontólogo casi siempre pueden diagnosticar la candidiasis bucal observando la boca y la lengua, ya que estas lesiones micóticas tienen una apariencia distintiva. Si no está claro del todo, se puede llevar a cabo uno de los siguientes exámenes para buscar los organismos *cándida*:

- Examen microscópico de raspados bucales
- Cultivo de lesiones bucales

TRATAMIENTO

Para la candidiasis bucal, a menudo NO es necesario el tratamiento, debido a que ésta se resuelve por sí sola al cabo de dos semanas.

Si usted desarrolla un caso leve de candidiasis bucal después de tomar antibióticos, consumir yogur o tomar cápsulas de acidófilos de venta libre puede servir.

Use un cepillo de dientes suave y enjuáguese la boca con una solución de agua oxigenada diluida al 3% varias veces al día.

El buen control de los niveles de glucemia en personas con diabetes puede ser todo lo que se necesita para eliminar una infección de candidiasis bucal.

El médico puede prescribir un enjuague bucal antimicótico (nistatina) o tabletas (clotrimazol) para chupar si tiene un caso de candidiasis bucal severo o un sistema inmunitario debilitado. Estos productos generalmente se necesitan por 5 a 10 días. Si no funcionan, se pueden prescribir otros medicamentos.

Si la infección se ha diseminado a todo el cuerpo o si usted tiene VIH/SIDA, se pueden utilizar medicamentos más fuertes como ketoconazol (Nizoral) o fluconazol (Diflucan).

PRONÓSTICO

La candidiasis bucal en adultos puede curarse; sin embargo, el pronóstico a largo plazo depende del estado inmunitario y de la causa del déficit inmunitario.

5.3.8. GINGIVITIS

La gingivitis, es una afección de las encías que puede obedecer tanto a causas internas como externas. Entre las causas externas se cuentan la placa bacteriana, la irritación por restos entre los dientes y las prótesis dentales mal colocadas.

En estos casos, el tratamiento consiste en eliminar la placa o los restos alimentarios y en adaptar la prótesis para que ajuste bien. Como complemento, deben aplicarse sobre las encías pinceladas de líquidos antisépticos, y limpiarse la boca de forma adecuada y con asiduidad.

Entre las causas de origen interno destacan las enfermedades toxicoinfecciosas, como la escarlatina y la tífus, las carencias graves de vitaminas, la diabetes y las alteraciones endocrinas que suelen registrarse en los estados de gravidez y de menopausia.

El tratamiento se centrará entonces en curar o en tratar la enfermedad, o la causa por la que la gingivitis ha aparecido como un efecto secundario.

Cuando la gingivitis no es tratada en su fase incipiente por un profesional, antes de invadir el interior del diente y agravar la situación, pueden retraerse las encías y formarse abscesos en el tejido enfermo, causa segura de trastornos y de dolores posteriores.

5.3.9. HALITOSIS

“La halitosis o mal aliento normalmente proviene de la cavidad bucal o de las vías nasales. El mal olor proviene de compuestos sulfurados volátiles que surgen de la descomposición bacteriana de alimentos y restos celulares.

Entre las causas comunes están la enfermedad periodontal, la caries y las formas agudas de gingivitis, prótesis con ajuste deficiente, abscesos de la cavidad bucal y “recubrimiento” (sarro) de la lengua.

El tratamiento incluye corregir el desaseo, tratar la infección y cepillar la lengua. Cualquier causa de xerostomía producirá y exacerbará la halitosis. El olor pasajero con algún alimento como el ajo puede por sí mismo identificarse. En algunos casos el mal aliento proviene de “bolsas” llenas de restos tisulares (hísticos) en las criptas amigdalinas, divertículo esofágico, estasis de esófago (como se observa en casos de acalasia y estenosis), sinusitis y absceso pulmonar.”²⁰

5.3.10. EFECTOS DAÑINOS DE LOS MATERIALES A LOS TEJIDOS

A la hora de llevar por primera vez una prótesis en boca, el paciente se encuentra, además de con la dificultad de acostumbrarse a su nueva situación oral, con el desconocimiento de los pasos necesarios para su cuidado e higiene. Y tan importante como reponer los dientes perdidos es mantener la prótesis en perfecto estado, por lo que este a

partado puede resultar de gran interés para el paciente portador de la misma. Pero no todas las prótesis necesitan los mismos cuidados, y por ello las agruparemos en distintos apartados.

5.3.11. LESIONES ANATOMOPATOLOGICAS QUE CAUSAN LAS PROTESIS

Las lesiones pueden ser de dos tipos: agudas o crónicas.

²⁰ www.harrisonmedicina.com/content.aspx

LESIONES AGUDAS:

Son aquellas que se producen por prótesis nuevas y mal ajustadas que ejercen una presión excesiva sobre tejidos blandos provocando isquemia arterial y/o ulceración y dolor

.LESIONES CRÓNICAS:

Se deben a una alteración gradual del tejido de sostén. La se hace inestable por lo que no encaja adecuadamente produciendo leves roces sobre el tejido. Esto conducirá a un proceso de inflamación que dará lugar a una hiperplasia papilar, denominada papilomatosis.

5.3.11.3. CLASIFICACIÓN DE NEWTON:

- “Newton tipo I: zona localizada con inflamación simple por todo o parte de la mucosa palatina en contacto con la dentadura.
- Newton tipo II: es eritematoso, es un tipo generalizado y simple presentando una eritema más difuso pero sin hiperplasia.
- Newton tipo III: hiperplasia papilar inflamatoria (tipo Granular) que normalmente implica la parte central del paladar duro y el canto alveolar”²¹

5.3.12. CÓMO TRATAR LAS LESIONES PRODUCIDAS POR PRÓTESIS

Consiste en retirar las prótesis durante períodos prolongados.

Esto es útil para eliminar la inflamación y mejorar.

En ocasiones es necesaria la intervención quirúrgica antes de aplicar una nueva prótesis. Al disminuir el soporte debido a la reabsorción alveolar, los rebordes de las prótesis tienden a profundizar poco a poco en el surco, presionando a los tejidos

²¹ odontocom.blogspot.COM/.../problemas-causados-por-las-protesis

Blandos. Tras la corrección de la prótesis la lesión disminuye de tamaño e incluso puede recuperar una coloración normal, aunque suele permanecer un nódulo o masa residual de tejido fibroso que requiere extirpación quirúrgica.

5.3.13. LESIONES POR MAL DISEÑO PROTESICO

“Aparte de las llagas o úlceras por decúbito (de desencadenamiento agudo y muy sintomático) y las deficiencias estéticas que también conllevan, las prótesis dentales concebidas, ejecutadas o adaptadas incorrectamente pueden causar importantes daños a medio y largo plazo, de sintomatología insidiosa (por lo que pueden pasar largo tiempo inadvertidos) pero con consecuencias graves, como:

Por sobrecargas:

- Desgastes y fracturas dentarias
- Necrosis pulpar o reabsorción radicular externa (rizólisis), que requieren endodoncia o extracción.

Por trauma oclusal secundario

- Pérdida de soporte óseo y movilidad dentaria

Por exceso de áreas retentivas:

- Dolor al insertar y desinsertar la prótesis, y ulceraciones por decúbito
- Osteólisis en línea de máximo contorno del reborde, pérdida de retención (que puede comprometer el soporte óseo para prótesis futuras).

Por errores en dimensión vertical:

Si el error fue por defecto: Queilitis angular (rágades), dolor articular.

Si el error fue por exceso: dolor articular y muscular, dificultad para tragar, dolor y reabsorción ósea vertical en las crestas alveolares edéntulas (con pérdida de estabilidad y retención)

Por errores en la determinación de relación condilar (posición mandibular) en intercuspidadación:

Síndrome disfuncional o dolor-disfunción de la articulación témporo-mandibular (o cráneo-mandibular), también llamado síndrome de Costen, algo-mío-facial o algo-mío.facial (una grave limitación funcional invalidante, que cursa con cefaleas, mareos, vértigos, hipoacusia, acúfenos, tinnitus y un amplio cortejo sintomático médico a distancia, y que, por su deficiente diagnóstico médico, conduce frecuentemente a tratamiento con psicofármacos)

Por acúmulo de factores carcinogénicos (ulceraciones por deficiente adaptación de las prótesis, sumado a mala higiene, sobre todo con hábito tabáquico y alcohólico):.

La existencia de tales peligros para la salud por prótesis inadecuadas no es una afirmación alarmista y gratuita, sino que está reconocida en la literatura científica médica y odontológica”²².

²² odontocom.blogspot.com/.../problemas-causados-por-las-protesis

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACION.

Se aplicara el método bibliográfico ya que para la presente investigación se requerirá textos referentes al tema.

Se realizara una investigación de campo para lo cual se aplicaran:

- **Encuestas** dirigidas a los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Subcentro de salud San Cristóbal que utilizan prótesis removibles o fijas.
- **Observación** mediante la obtención de diagnosticos de los pacientes del Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristóbal.

6.2. TIPOS O NIVELES DE INVESTIGACION.

- **Exploratorio:** porque se ha detectado un problema repetido en este Subcentro de Salud, que se refiere a problemas bucales ocasionados por la presencia o utilización de prótesis fijas y removibles.
- **Descriptivo:** porque se desglosa el problema y sus posibles causas.
- **Analítico:** porque se efectuara un análisis del problema y sus efectos
- **Sintético;** porque se llegara a una conclusión que ayudara a un mejor entendimiento del problema.
- **Propositivo:** porque se hará una propuesta alternativa para el mejorar el problema de las prótesis fijas y removibles como causa de lesiones bucodentales..

6.3.- TÉCNICAS.

- Encuestas dirigidas a los pacientes del Subcentro de salud de la Cdla. San Cristóbal portadores de prótesis removibles y fijas.
- Observación de los pacientes portadores de prótesis fijas y removibles del Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristóbal.

6.4.- INSTRUMENTOS.

- Formulario de Encuestas
- Ficha Clínica odontológica

6.5.- RECURSOS.

6.5.1.- TALENTO HUMANO.

- Tutora.
- Investigadora
- Pacientes del Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristóbal
- Odontólogo del Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristóbal

6.5.2.- RECURSOS MATERIALES.

- Materiales de oficina
- Textos
- Fotocopiados
- Encuadernación
- Instrumental de diagnóstico
- Suministros de impresión

6.5.3.- RECURSOS ECONOMICOS.

La investigación tendrá un costo de 284.5 dólares financiados por autogestión.

6.5.4.- RECURSOS TECNOLOGICOS.

- Computadora
- Internet
- Pen drive
- Escáner
- Cámara fotográfica
- Equipo de impresión

9.5.- POBLACIÓN

La población la constituyen 120 pacientes ingresados en el registro odontológico del Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristóbal.

9.6.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra la conforman 63 pacientes atendidos en el Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristobal que utilizan prótesis fijas y removibles

CAPITULO VII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

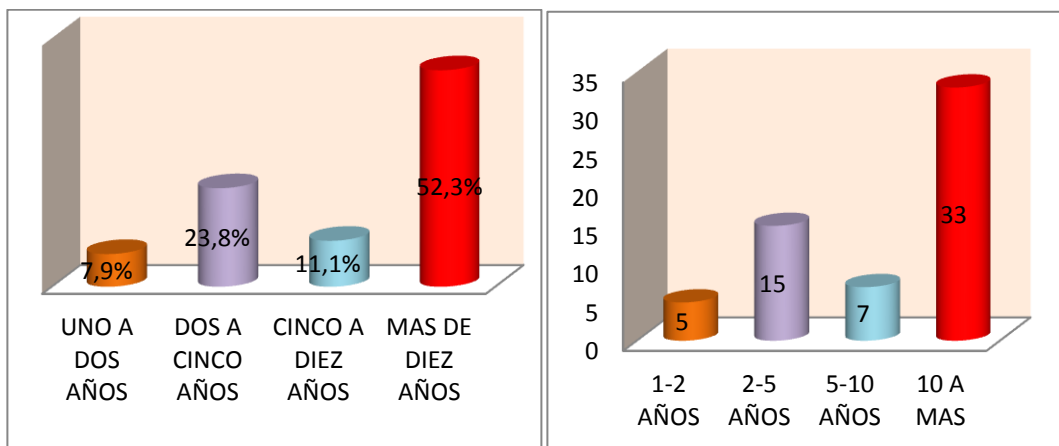
7.1.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD DE LA CDLA. SAN CRISTOBAL.

GRAFICUADRO # 1

¿QUÉ TIEMPO LLEVA USANDO SU PRÓTESIS DENTAL?

	ALTERNATIVA	F	%
a)	UNO A DOS AÑOS	5	7,9 %
b)	DOS A CINCO AÑOS	15	23,8 %
c)	CINCO A DIEZ AÑOS	7	11,1 %
d)	MAS DE DIEZ AÑOS	33	52,3 %
	TOTAL	63	100 %

REPRESENTACION GRAFICA PORCENTUAL



FUENTE: Encuesta a los pacientes portadores de prótesis

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 63 personas encuestadas portadoras de prótesis 5 que corresponden al 7,9% usan su prótesis hace uno o dos años, 15 personas que corresponden al 23,8% las usan desde hace 2 a 5 años, 7 personas que corresponden al 11,1% de los pacientes, usan sus prótesis hace 5 a 10 años y 33 de ellos que corresponden al 53,3% tienen más de 10 años usando su prótesis.

Por lo tanto el mayor porcentaje de los pacientes ha usado su prótesis por mas de diez años, le siguen las que usan de 2 a 5 años.

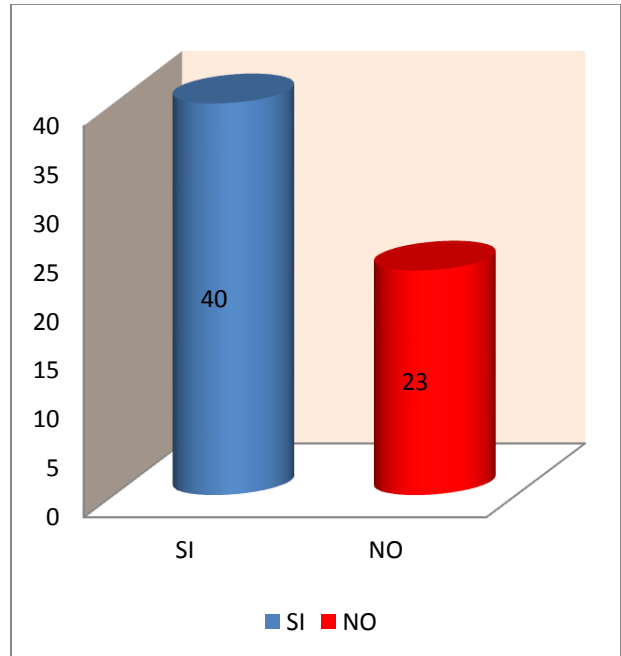
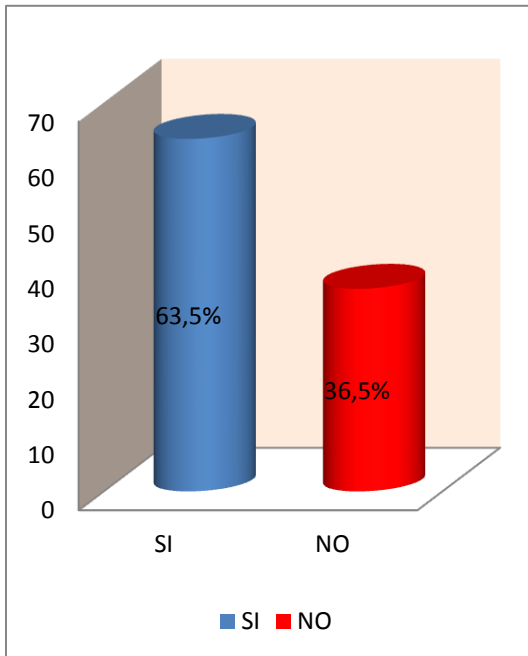
Información obtenida en www.infoprotesisdental.info/posibles.htm afirma que **aparte de las llagas o úlceras por decúbito (de desencadenamiento agudo y muy sintomático) y las deficiencias estéticas que también conllevan, las prótesis dentales concebidas, ejecutadas o adaptadas incorrectamente pueden causar importantes daños a medio y largo plazo.**

GRAFICUADRO # 2

¿HA TENIDO USTED ALGÚN PROBLEMA DENTAL OCASIONADO POR SU PRÓTESIS DENTAL?

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SI	40	63,5
b)	NO	23	36,5
	TOTAL	63	

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Encuesta a los pacientes portadores de prótesis
ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 63 pacientes encuestados, 23 que corresponden a un 36,5% no ha presentado problemas ocasionados por el uso de prótesis dental y 40 personas que corresponden a un 63,5% ha presentado problemas debido al uso de su prótesis dental.

Por lo tanto un porcentaje mayor de los pacientes ha presentado problemas bucodentales debido al uso de su prótesis dental.

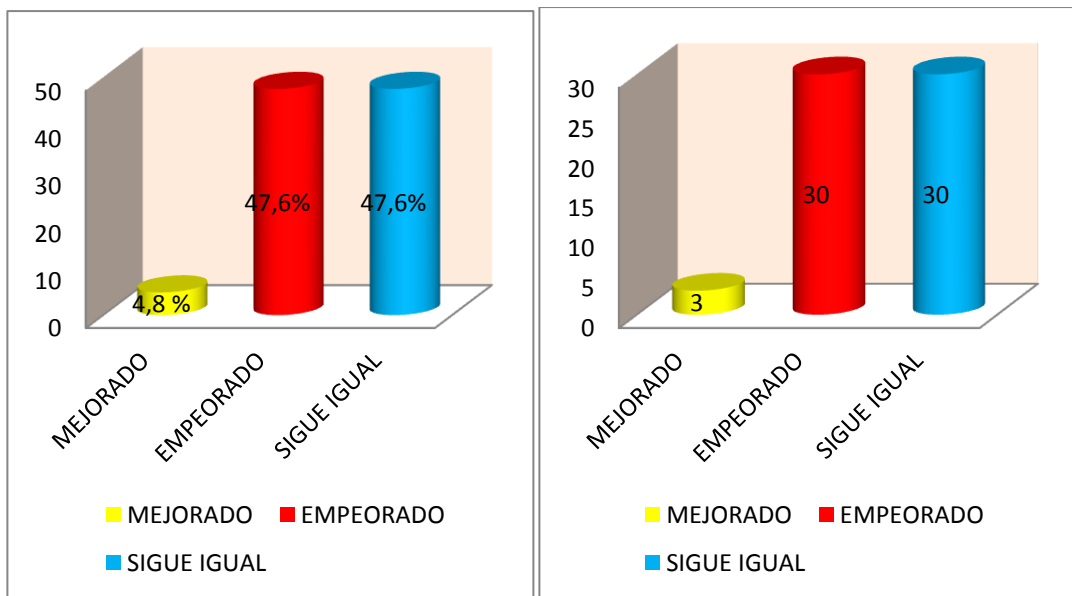
En odontocom.blogspot.com/.../problemas-causados-por-las-prótesis se encontró la siguiente información: **La existencia de tales peligros para la salud por prótesis inadecuadas no es una afirmación alarmista y gratuita, sino que está reconocida en la literatura científica médica y odontológica, y en la Jurisprudencia.**

GRAFICUADRO # 3

¿CREE USTED QUE DURANTE LA UTILIZACIÓN DE SU PRÓTESIS DENTAL SU ESTADO BUCAL HA: MEJORADO, EMPEORADO O SIGUE IGUAL?

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	MEJORADO	3	4,8 %
b)	EMPEORADO	30	47,6 %
c)	SIGUE IGUAL	30	47,6 %
	TOTAL	63	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Encuesta a los pacientes portadores de prótesis

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 63 pacientes encuestados 3 que corresponden al 4,8 % dice haber mejorado su estado bucal con la utilización de prótesis dental, 30 que corresponden a un 47,6 % dice haber empeorado y las 30 siguientes que corresponden al 30% cree que su estado bucal sigue igual.

Por lo tanto de los pacientes encuestados el mínimo porcentaje dice haber mejorado su estado bucal con la utilización de su prótesis

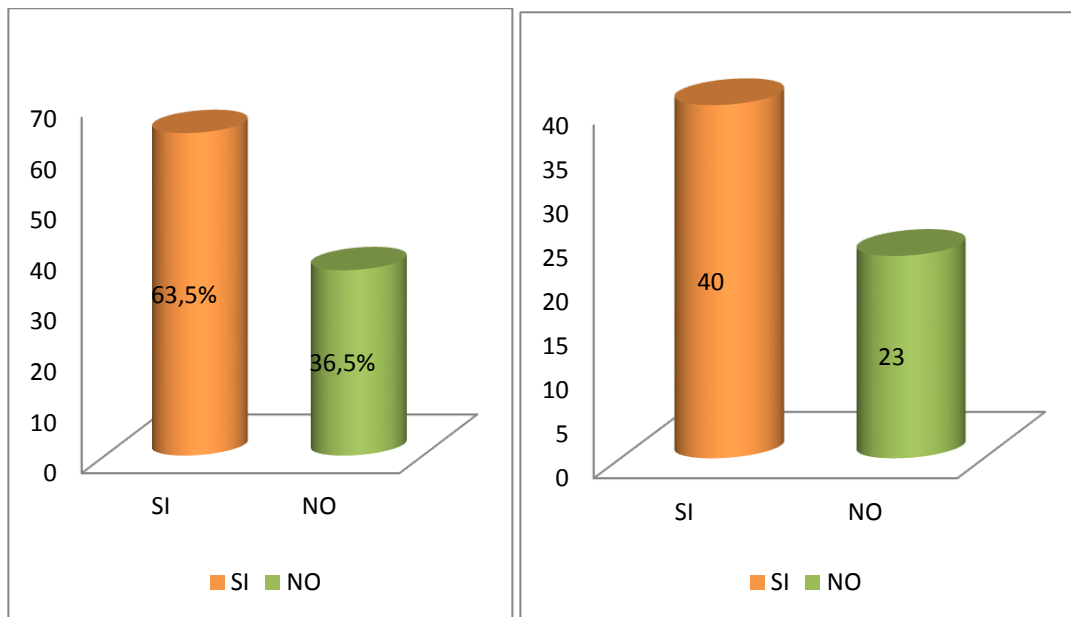
RAMFJORD, S. y ASH, M en su libro: Periodontología y Periodoncia. 2da. Ed. Panamericana. Buenos Aires.1982. 560-563 dice que **la prótesis fija puede ser el mayor beneficio o el peor perjuicio que el profesional de la odontología proporciona al paciente, ya que finalmente es la respuesta de los tejidos periodontales lo que determina el éxito o fracaso de un tratamiento protésico**

GRÁFICUADRO # 4

¿HA SENTIDO MOLESTIAS AL COLOCARSE LA PRÓTESIS?

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SI	40	63,5
b)	NO	23	36,5
	TOTAL	63	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Encuesta a los pacientes portadores de prótesis

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

40 pacientes que corresponden a un 63,5% de los 63 pacientes encuestados sienten molestias al colocarse la prótesis y 23 pacientes que corresponden al 36,5% restante no ha sentido molestias al colocarse la prótesis.

Es decir que el mayor porcentaje de las personas encuestadas ha sentido molestias al colocarse la prótesis.

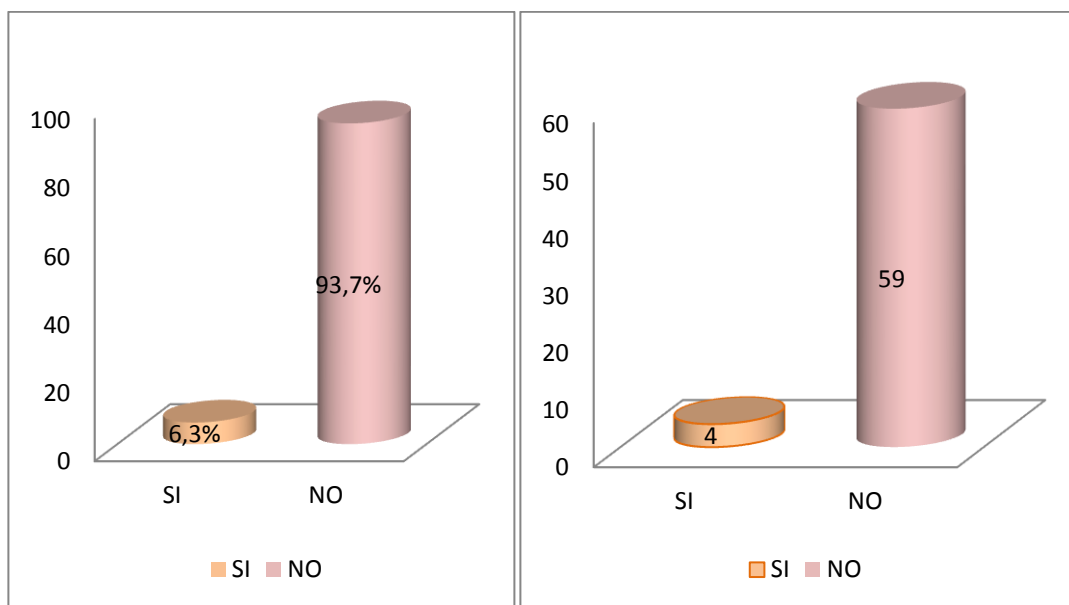
Según información obtenida en [es.wikipedia.org/wiki/Prótesis dental](https://es.wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental). **Las prótesis removibles no son meros instrumentos mecánicos, sino que transmiten fuerzas a los dientes, a las encías y al hueso, por lo que requieren un especial cuidado de adaptación, cuya duración varía según las personas y las prótesis (normalmente, varias semanas). Al final, seguramente no tendrá consciencia de llevar prótesis, pero es necesario que tenga paciencia y que, durante este periodo de acostumbramiento, acuda a realizar las adaptaciones y correcciones que sean necesarias.**

GRAFICUADRO # 5

¿UTILIZA ALGUNA CREMA QUE AYUDE A RETENER SU PRÓTESIS?

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SI	4	6,3
b)	NO	59	93,7
	TOTAL	63	100%

REPRESENTACION GRAFICA PORCENTUAL



FUENTE: Encuesta a los pacientes portadores de prótesis

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

59 pacientes que corresponden al 93,7% de los 63 pacientes encuestados no usan cremas que ayuden a retener su prótesis y 4 pacientes que corresponden a un 6,3% si las usa.

La mayoría de los pacientes no utiliza cremas adhesivas.

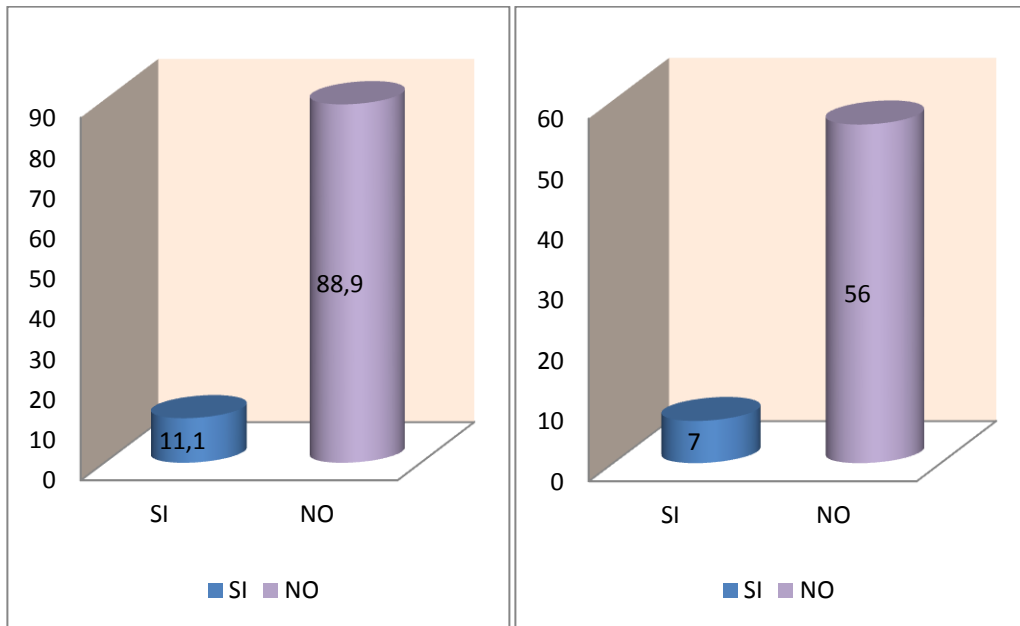
Información de www.imbiomed.com.mx/.../articulos.php dice: **A veces, los problemas biomecánicos de retención, soporte y estabilidad, se encuentran en un diagnóstico impreciso, en un diseño discutible y en una ejecución del tratamiento insuficiente por parte del odontólogo. En estos casos, el realizar de nuevo la prótesis según la teoría y técnica adecuada, puede solucionar el problema. Pero en ocasiones, a pesar de efectuar un tratamiento protésico correcto, las características del sustrato sobre las que van colocadas, no permite un adecuado comportamiento biomecánico, o al menos, no el que el usuario desea. Siendo así, el paciente recurre en numerosas ocasiones, con o sin la prescripción facultativa a la utilización de mecanismos alternativos de retención, como son los adhesivos para prótesis**

GRAFICUADRO # 6

¿ACUDE PERIÓDICAMENTE A CONTROLAR EL ESTADO DE SU PRÓTESIS?

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SI	7	11,1
b)	NO	56	88,9
	TOTAL	63	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Encuesta a los pacientes portadores de prótesis

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

7 pacientes que corresponden solo a un 11,1% de los pacientes encuestados acude periódicamente al odontólogo para controlar el estado de su prótesis y 56 pacientes que corresponden al 88,9% restante de los 63 pacientes encuestados dice no asistir a control alguno.

Por lo tanto la el mayor porcentaje de los pacientes no acude a controlar periódicamente el estado de su prótesis.

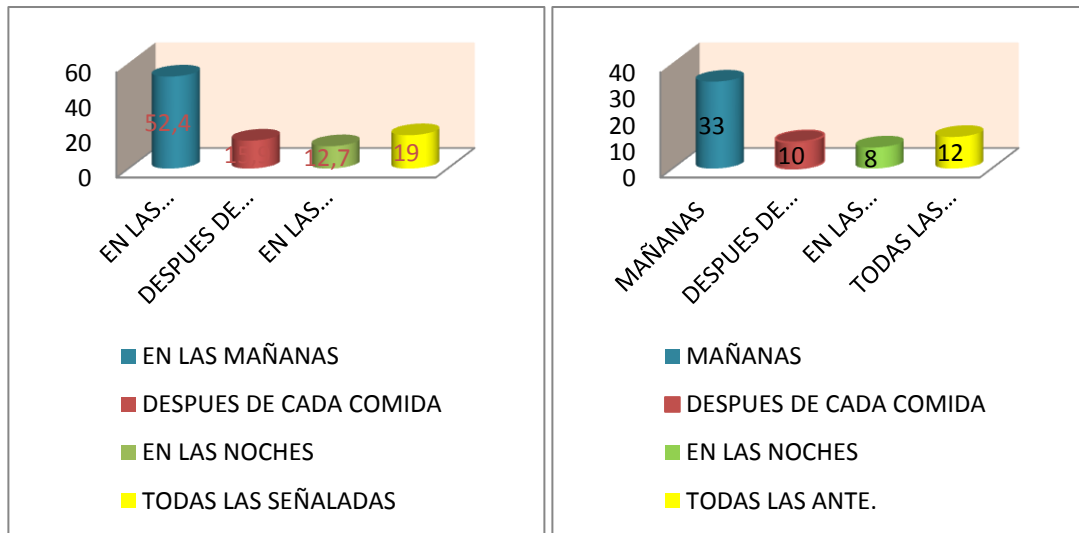
Según es.wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental.: **Se debe realizar una revisión cada seis meses para observar el estado de los dientes y mucosas, detectar desgastes en los dientes y realizar las adaptaciones apropiadas para corregir los desajustes provocados por el cambio de forma de los maxilares y de la posición de los dientes, que siempre ocurren con el paso del tiempo.**

GRAFICUADRO # 7

¿TIENE EL CUIDADO DE LIMPIAR SU PROTESIS?

	CATEGORIA	F	%
a)	EN LAS MAÑANAS	33	52,4
b)	DESPUES DE CADA COMIDA	10	15,9
c)	EN LAS NOCHES	8	12,7
d)	TODAS LAS SEÑALADAS	12	19
	TOTAL	63	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Encuesta a los pacientes portadores de prótesis

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

33 Pacientes que corresponden al 52,4% de los pacientes encuestados limpia su prótesis en las mañanas, 10 pacientes que corresponden a un 15,9% lo realiza después de cada comida, 8 pacientes que corresponde a un 12,7% limpia su prótesis en las noches, y 12 pacientes que corresponden al 19% restante lo hace en las mañanas, después de cada comida y en la noche.

Según lo dicho por las personas encuestadas, solo el 15,9% limpia su prótesis después de cada comida, que sería lo ideal y el resto de personas asegura realizar la limpieza de su prótesis en otros horarios.

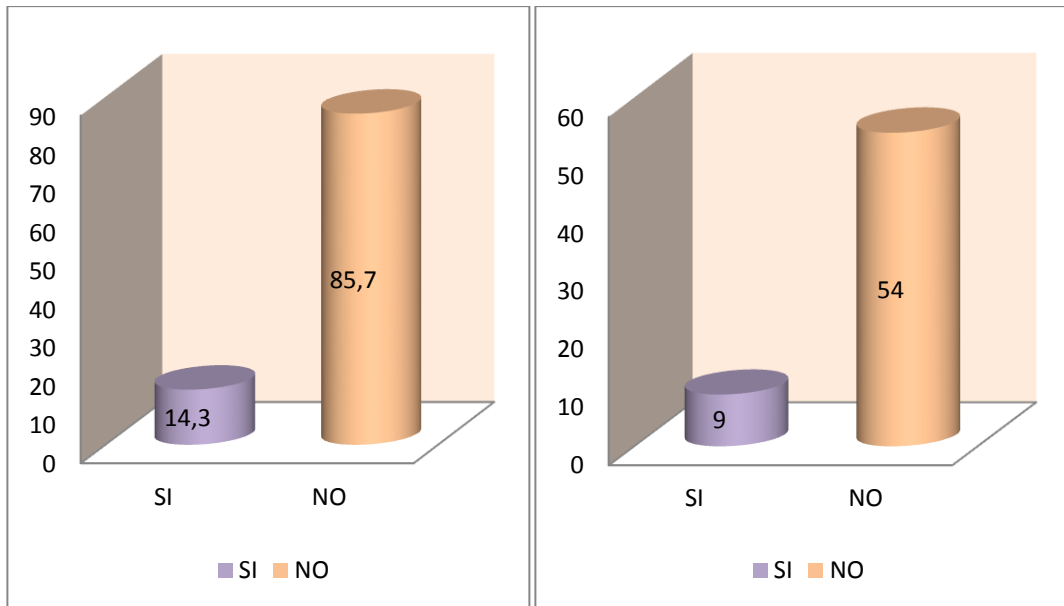
Información encontrada en es.wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental. Dice: **Después de cada comida debe lavar las prótesis y la boca. Las prótesis se deben limpiar, al menos una vez al día, con un cepillo especial para prótesis (de venta en farmacias) o un cepillo de uñas con cerdas de nailon, y un poco de pasta dentífrica o, mejor, jabón, para evitar la formación de sarro y el depósito de tinciones. Después, aclárelas muy bien con agua.**

GRAFICUADRO # 8

¿RETIRA SU PRÓTESIS ANTES DE DORMIR?

	CATEGORIA	F	%
a)	SI	9	14,3%
b)	NO	54	85,7%
	TOTAL	63	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Encuesta a los pacientes portadores de prótesis

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

54 pacientes que corresponden al 85,7% de los 63 pacientes encuestados no retira su prótesis al dormir y solo 9 pacientes que corresponden al 14,3% de ellos, lo hace.

Es decir la mayoría de los pacientes encuestados no retira su prótesis al dormir.

*La dirección electrónica es wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental. **Recomienda retirar la prótesis para dormir, puesto que es recomendable que los tejidos de la boca descansen de la presión a la que se ven sometidas, al menos unas horas diariamente.***

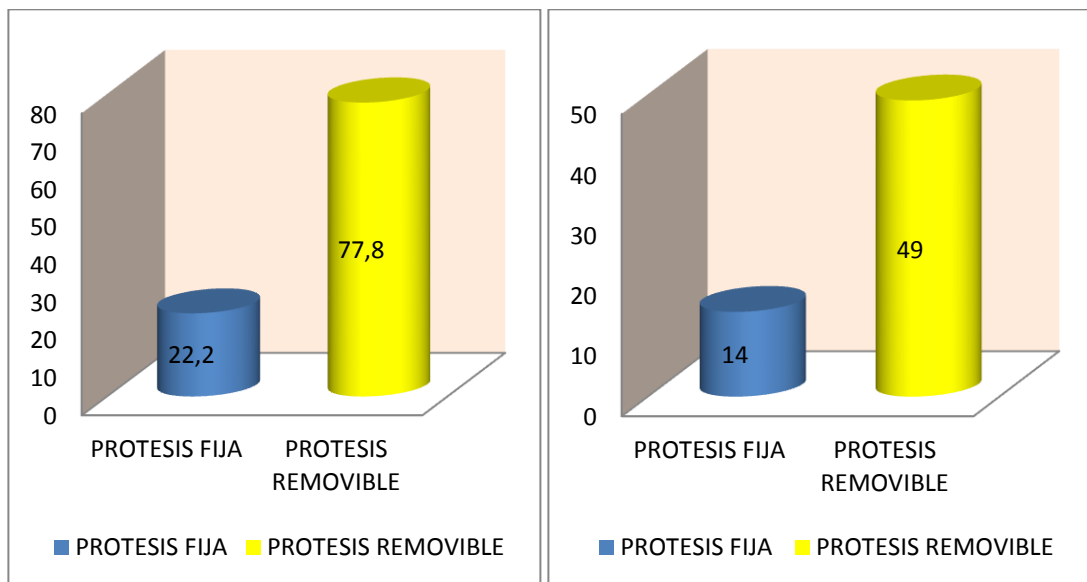
7.2. RESULTADOS DE LAS FICHAS CLINICAS ODONTOLÓGICAS REALIZADAS A LOS PACIENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD DE LA CDLA SAN CRISTOBAL

GRAFICUADRO # 1

TIPO DE PROTESIS

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	PROTESIS FIJA	14	22,2%
b)	PROTESIS REMOVIBLE	49	77,8%
	TOTAL	63	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según las historias clínicas realizadas 49 pacientes que corresponde al 77,85% de los 63 pacientes observados usan prótesis removible y 14 pacientes que corresponden al 22,2% de ellos usa prótesis fija.

Por lo tanto la mayoría de los pacientes observados utiliza prótesis removible.

Informacion de www.rodriquerzrecio.com/consejos_protesis_ortodoncia_

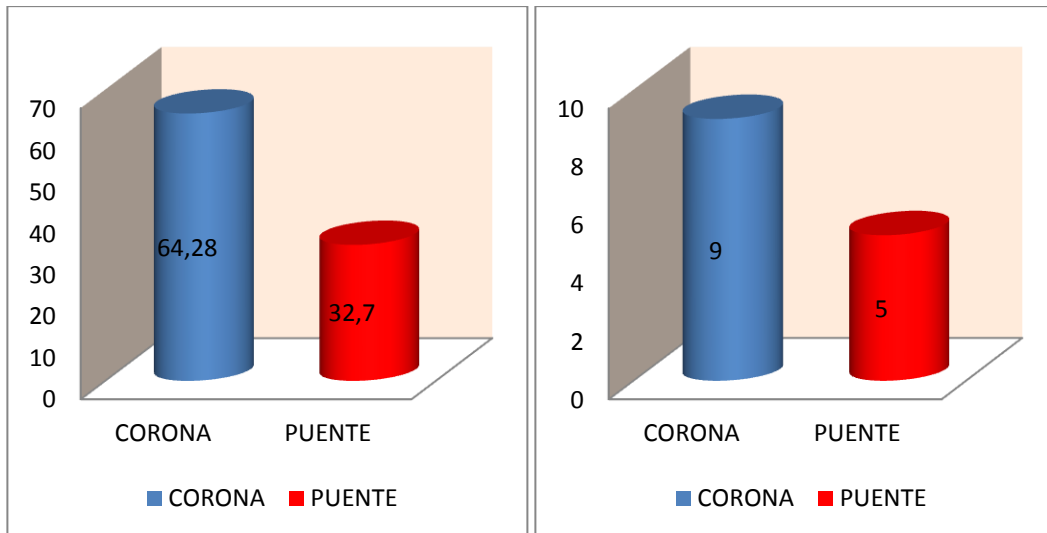
Dice: Con el tiempo, los dientes naturales remanentes en la boca se desplazan o cambian de posición, sobre todo los que resultan recargados o empujados por los aparatos de prótesis, y, además, el hueso sobre el que éstos se apoyan también cambia de forma, con lo que dichos aparatos se desadaptarán y podrán producir algunas molestias o ulceraciones que requieren la adecuación por el dentista, y la sustitución, al cabo de un tiempo variable, por otras nuevas

GRAFICUADRO # 2

TIPO DE PRÓTESIS FIJA

	CATEGORIA	F	%
a)	CORONA	9	64,28%
b)	PUENTE	5	32,7%
	TOTAL	14	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 14 pacientes que corresponden a los pacientes portadores de prótesis fijas, el 64,28% de ellos es decir el mayor porcentaje utiliza coronas y el 32,7% puentes fijos.

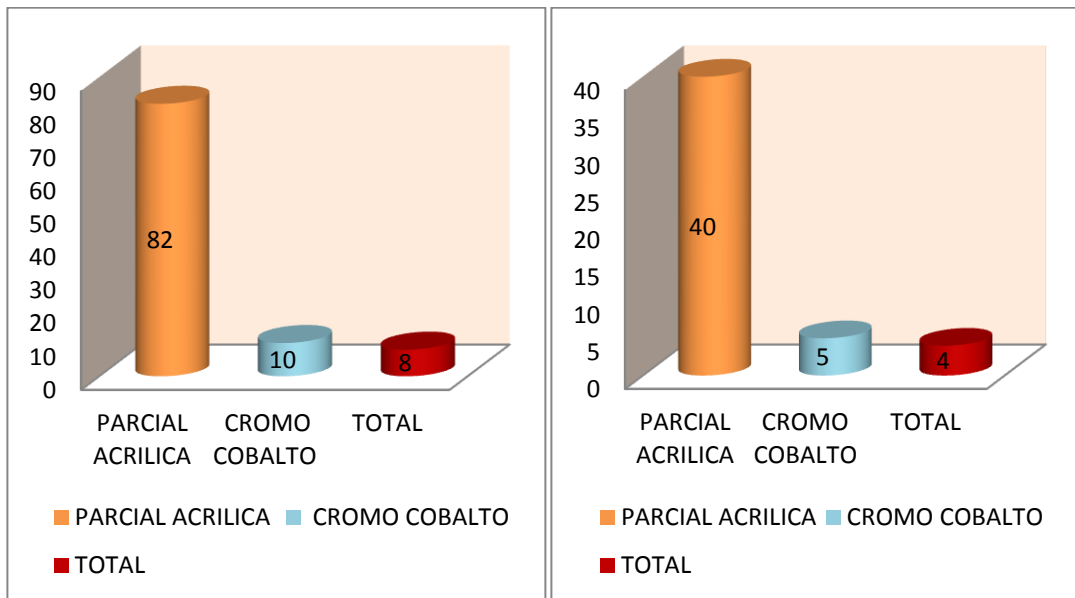
www.infoprotesisdental.info/pdf/peligros informa que **Los peligros derivan de la incorrecta adaptación marginal, morfología no adecuada de pónicos y retenedores o de problemas oclusales**

GRAFICUADRO #3

TIPO DE PRÓTESIS REMOVIBLE

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	PARCIAL ACRILICA	40	82%
b)	PARCIAL CROMO COBALTO	5	10%
c)	TOTAL	4	8%
	TOTAL	49	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTREPRETACIÓN

Del 77,8% de los pacientes portadores de prótesis removible 40 pacientes que corresponden al 63, 5% son de acrílico, 4pacientes que corresponden al 7,9% son de cromo cobalto y 5 pacientes que corresponden al 6,3% usan prótesis totales acrílicas

Por lo tanto la mayoría de los pacientes utiliza prótesis removibles parcial de acrílico.

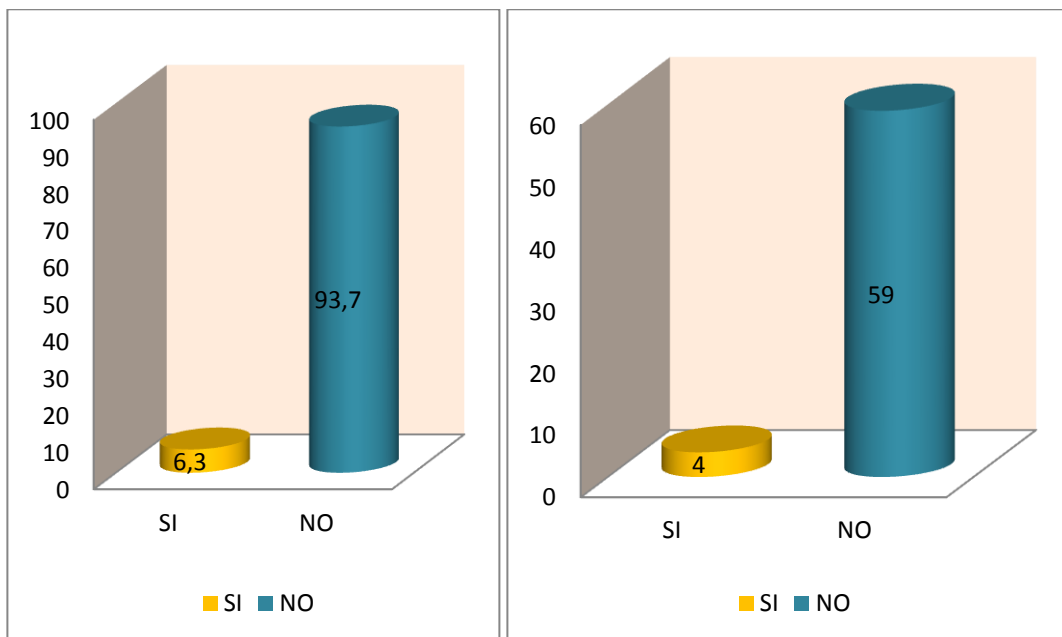
*Información encontrada en www.infoprotesisdental.info/pdf/peligros afirma **que la Prótesis parcial removible de estructura metálica o de base acrílica provocan erosiones, úlceras y/o hiperplasias mucosas en relación con elementos.***

GRAFICUADRO # 4

RECESIÓN GINGIVAL

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SI	4	6,3%
b)	NO	59	93,7
	TOTAL	63	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4 pacientes que corresponden al 6,3% presentan recesión gingival y 59 pacientes que corresponden al 93,7% de ellos no presenta este problema.

Solo existen 4 casos de recesión gingival, el mayor porcentaje de pacientes no lo presenta.

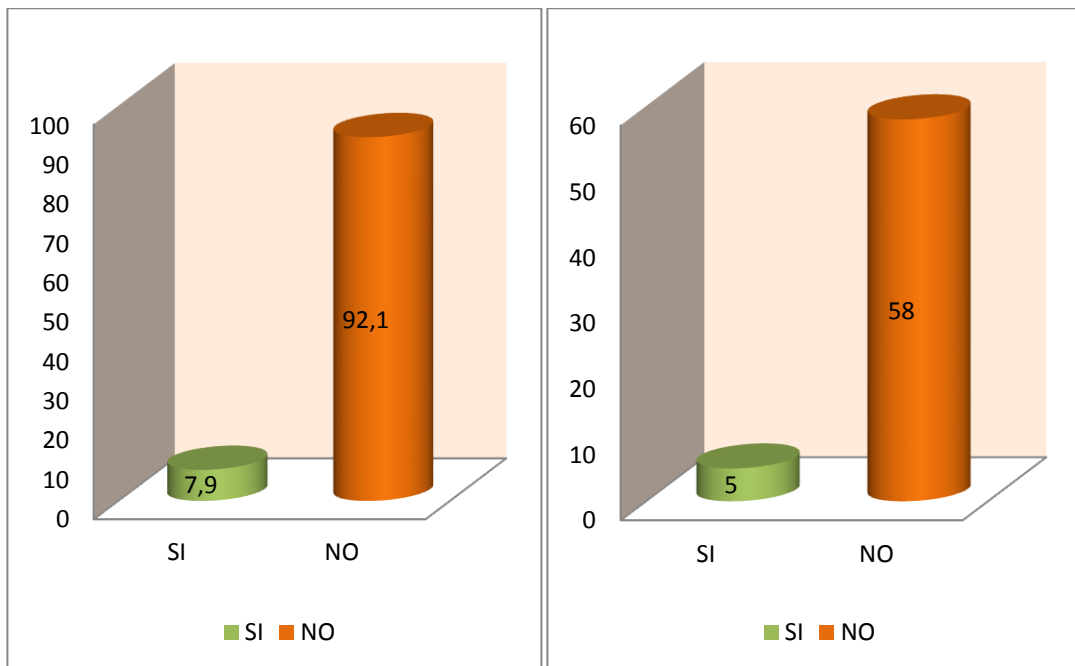
Según **RAMFJORD RAMFJORD, S. y Ash, M** : Periodontología y Periodoncia. 2da. Ed. Panamericana. Buenos Aires.1982. 560-563. **la prótesis fija puede ser el mayor beneficio o el peor perjuicio que el profesional de la odontología proporciona al paciente, es por ello que la Prostodoncia moderna enfatiza en la relación Prótesis-Periodoncia, ya que finalmente es la respuesta de los tejidos periodontales lo que determina el éxito o fracaso de un tratamiento protésico.**

GRAFICUADRO # 5

CANDIDIASIS

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SI	5	7,9%
b)	NO	58	92,1%
	TOTAL	63	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

58 pacientes que corresponden al 92,1% no presenta candidiasis bucal, y solo 5 pacientes que corresponden al 7,9% la presentan, este porcentajes involucra a los 4 pacientes que utilizan prótesis total.

Por lo tanto la mayoría de los pacientes no presenta candidiasis bucal, pero esta se encontró en los 4 pacientes que utilizan prótesis total de acrílico.

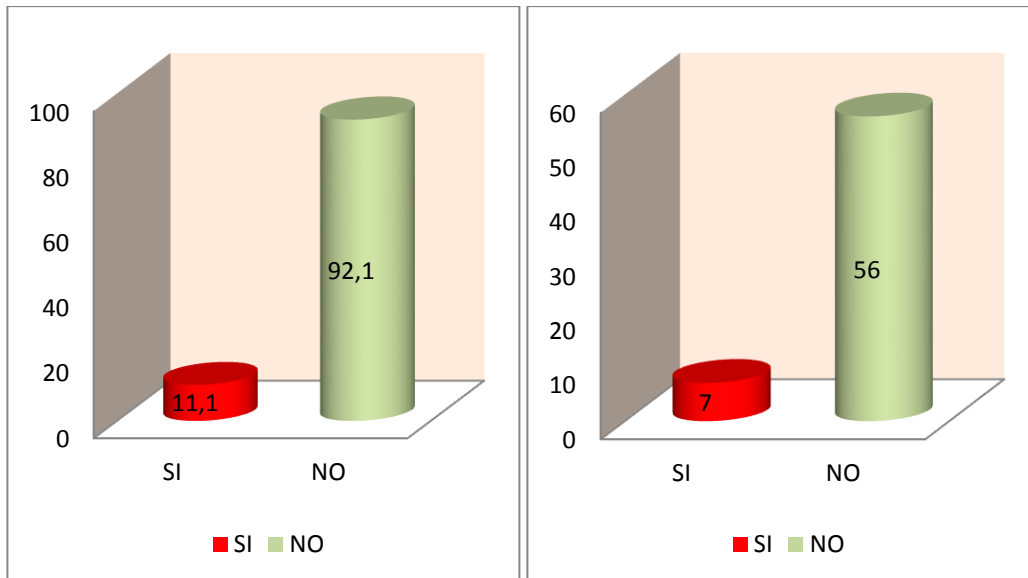
WOOD K Norman W GOAZ Paul Diagnostico Diferencial de las lesiones orales 5ta edición 1998, Capítulo 6, Pág. 71-88 dice: que **las personas con prótesis dentales mal ajustadas también son más susceptibles a desarrollar candidiasis bucal.**

GRAFICUADRO # 6

DESGASTE CERVICAL

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SI	7	11,1%
b)	NO	56	88,9%
	TOTAL	63	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

56 pacientes que corresponden al 92,1% no presentan desgaste cervical y solo 7 pacientes que corresponden al 11,1% si lo presentan.

Según odontocom.blogspot.com/.../problemas-causados-por-las-prótesis

Las prótesis dentales pueden desarrollar con el paso del tiempo ciertas lesiones a nivel de tejidos bucodentales, en los dientes, los músculos, la ATM, óseas y mucosas, en los dientes se presentan; facetas de desgaste, erosiones, movilidad excesiva y migraciones.

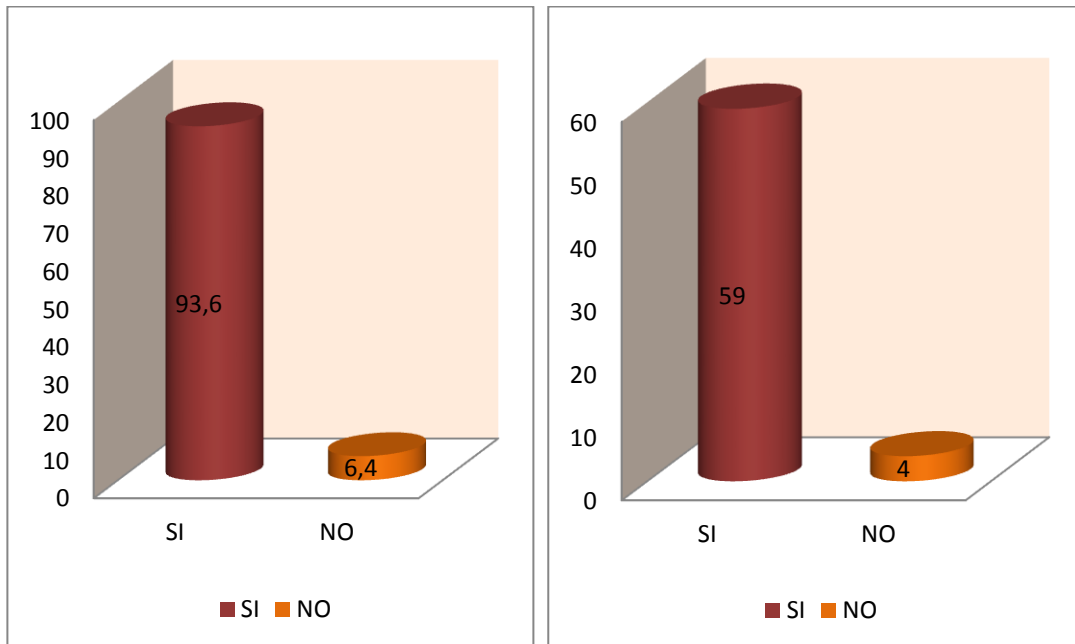
Por lo tanto en la mayoría de pacientes observados no se evidencio la presencia de desgaste cervical.

GRAFICUADRO # 7

GINGIVITIS

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SI	59	93,6%
b)	NO	4	6,4%
	TOTAL	63%	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

59 pacientes que corresponden al 93,6% de los pacientes observados presentan gingivitis, y solo 4 pacientes que representan el 6,4% no la presenta.

La mayoría de las personas observadas presenta gingivitis.

En: www.infoprotesisdental.info/pdf/peligros se encontró que:

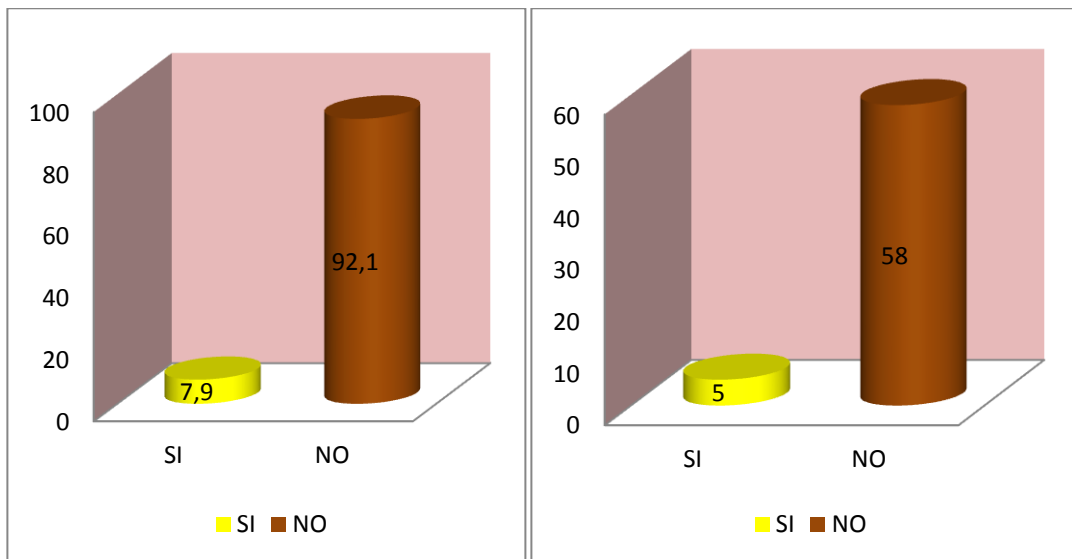
La gingivitis, es una afección de las encías que puede obedecer tanto a causas internas como externas. Entre las causas externas se cuentan la placa bacteriana, la irritación por restos entre los dientes y las prótesis dentales mal colocadas.

GRAFICUADRO # 8

INFLAMACION PAPILAR

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SI	5	7,9%
b)	NO	58	92,1%
	TOTAL	63	100%

REPRESENTACION GRAFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Solo 5 pacientes que corresponden al 7,9 de los pacientes presenta inflamación papilar, lo que quiere decir que la mayoría de pacientes, un 92,1% que representan 58 pacientes no presentan inflamación papilar.

Por lo tanto se encontró un mínimo porcentaje de los pacientes con inflamación papilar pero la mayoría que es de un 92,1% no presenta este problema.

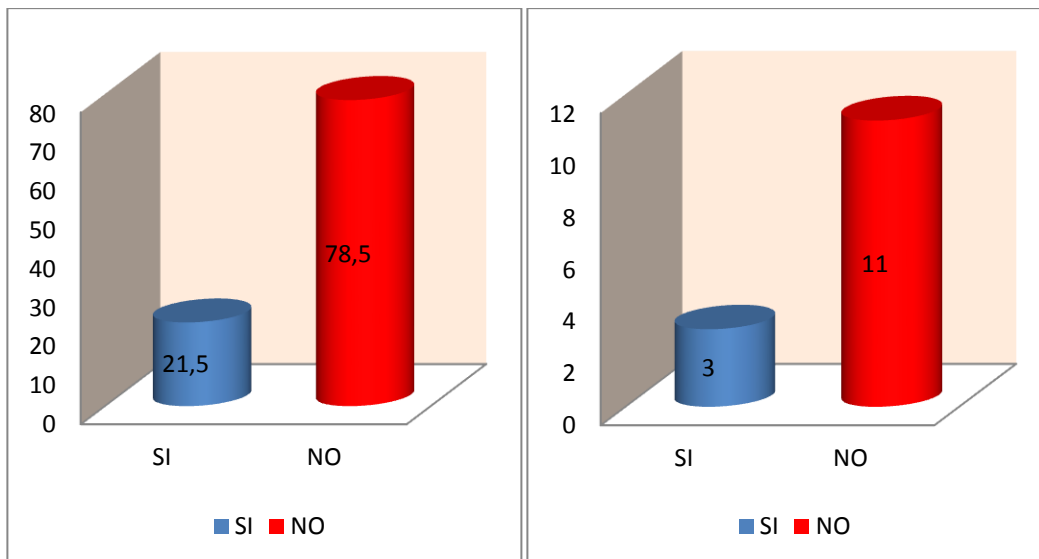
En "http://es.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%B3tesis_dental se encontró que **las lesiones crónicas se deben a una alteración gradual del tejido de sostén. La que se hace inestable por lo que no encaja adecuadamente produciendo leves roces sobre el tejido. Esto conducirá a un proceso de inflamación que dará lugar a una hiperplasia papilar, denominada papilomatosis.**

GRAFICUADRO # 9

BORDES OSCURECIDOS

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SI	3	4,8%
b)	NO	11	95,2%
	TOTAL	14	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL.



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

3 pacientes que corresponden al 21,5% de los 14 pacientes que utilizan prótesis fija presentan los bordes de su prótesis oscurecido, pero el mayor porcentaje que se La mayoría de las personas observadas, es decir ría el 78,5% que representa a 11 pacientes no lo presenta.

Es decir que el mayor porcentaje de los pacientes que usa prótesis fija no presento bordes de la prótesis oscurecidos.

Información Conseguida en [.wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental](https://es.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%B3tesis_dental) dice:

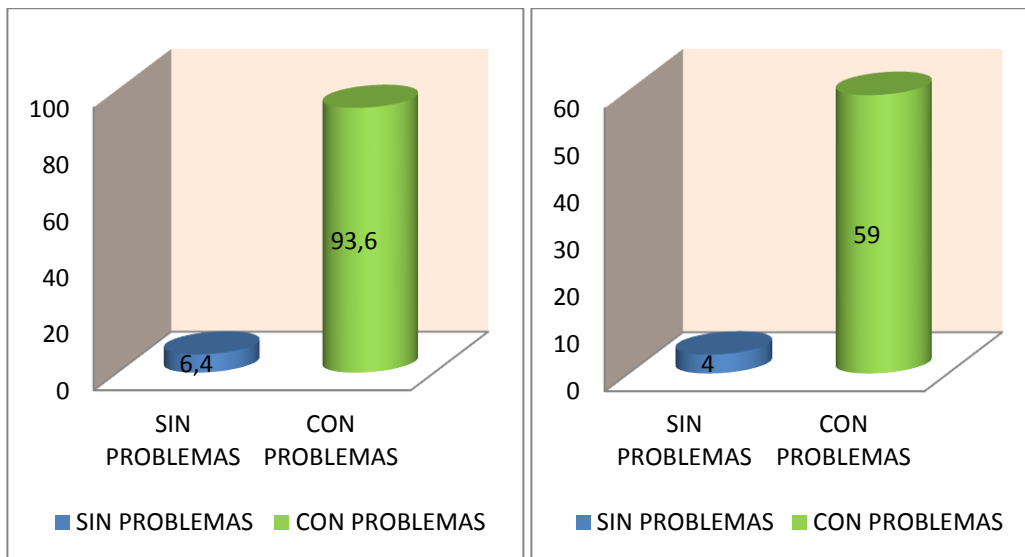
Los objetivos de la Prostodoncia fija están orientados en primer lugar a devolver función y estética y en segundo lugar, mantener las condiciones de salud logradas con los procedimientos previos, la separación gingival no se trata de una mera técnica para lograr un propósito y ejecutarla por sí misma

GRAFICUADRO # 9

PACIENTES SIN PROBLEMAS BUCODENTALES

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SIN PROBLEMAS	4	6,4%
b)	CON PROBLEMAS	59	93,6%
	TOTAL	14	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

59 pacientes que corresponden al 93,6% presentan problemas bucodentales y solo 4 pacientes, es decir un 6,4% no los presenta.

Por lo tanto la mayoría de los pacientes presentó problemas bucodentales.

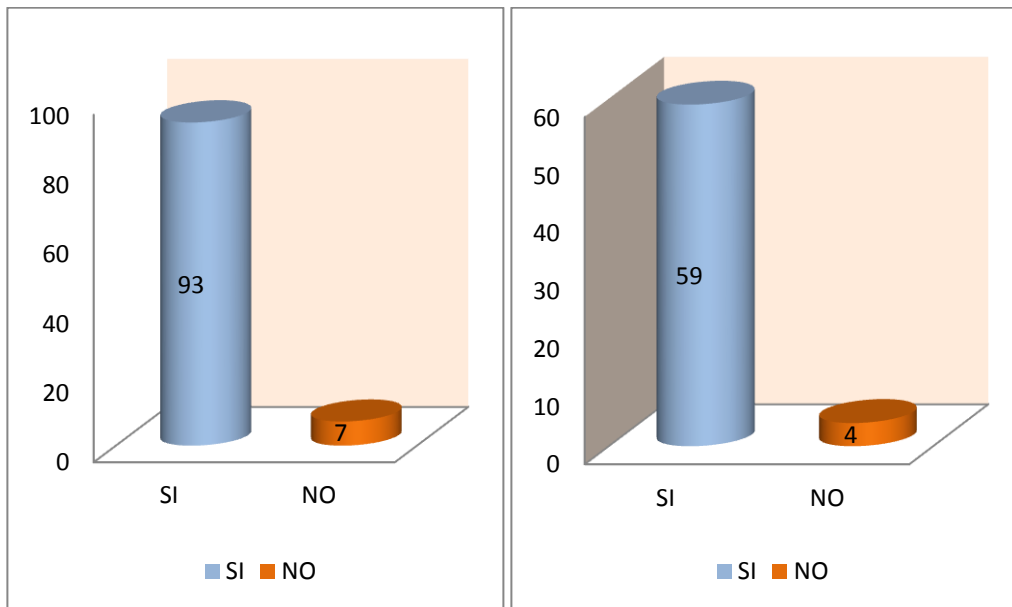
Información de [.wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental](https://es.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%B3tesis_dental) dice: **La sola funcionalidad de la prótesis ya significa calidad de vida y por tanto salud para el paciente, pero además de esto, otro objetivo fundamental es evitar que el resto de las estructuras dentarias del aparato masticador sufran deterioros**

GRAFICUADRO # 10

ACUMULACION DE PLACA BACTERIANA A NIVEL DE LA ZONA CON PROTESIS DENTAL

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	SI	53	85%
b)	NO	10	15%
	TOTAL	14	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

59 personas que corresponden a 93% de los pacientes observados presentan acumulación de placa bacteriana en la zona con presencia protésica y solo 4, que corresponden al 7% no los presenta.

La mayoría de los pacientes observados presento acumulación de placa bacteriana en la zona donde se encuentra la prótesis dental.

Según información obtenida en el libro **J.C. DAVENPORT, R. M. BASKER, J. R. HEATH Y J. P. Ralph La provisión de dentaduras parciales puede representar una contribución positiva a la salud oral, previniendo o minimizando las consecuencias indeseables de la perdida de dientes.**

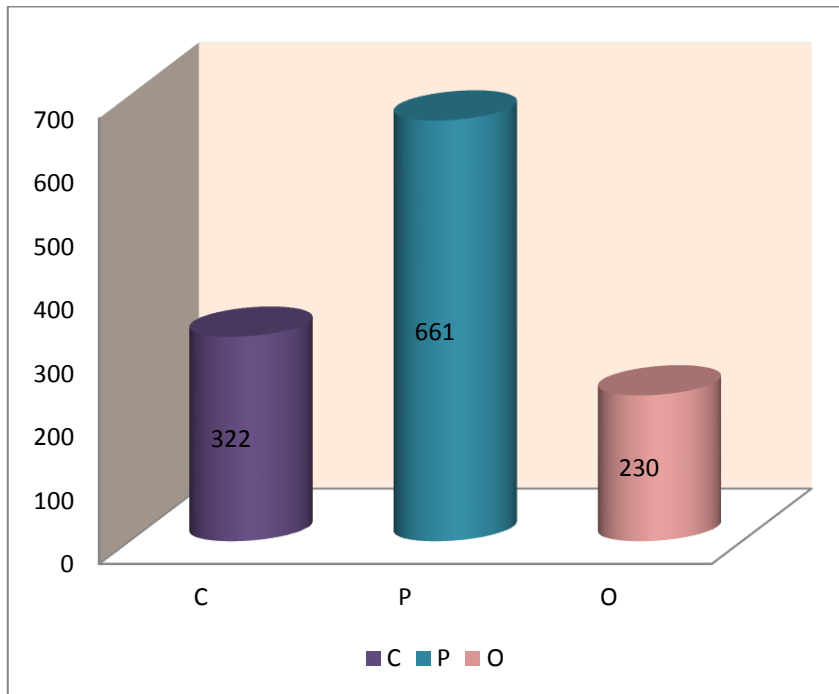
Los efectos perjudiciales pueden deberse a la placa que fácilmente se acumula alrededor de las prótesis

GRAFICUADRO # 10

ÍNDICE CPO

	ALTERNATIVA	F	%
a)	C	322	
b)	P	661	
c)	O	230	

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En los 63 pacientes observados se encontraron: 322 piezas cariadas. 661 piezas perdidas y 230 piezas obturadas.

Estableciendo un promedio de los pacientes observados se determinó que de las treinta y dos piezas que conforman el arco dentario, poseen 5 piezas cariadas, que corresponde al 13% de su dentadura, 12 piezas perdidas, que corresponden al 36% de su dentadura y 4 piezas obturadas que corresponden al 11% de su dentadura.

Información de www.slideshare.net/.../geriodontologia1-presentation asegura **que Para que el sistema estomatognático pueda funcionar de forma óptima, es ideal la conservación de la mayor cantidad de dientes posibles en boca, no sólo para cumplir con una masticación eficiente y con los requerimientos estéticos del paciente, sino además porque los dientes tienen una importante función de sensibilidad propioceptiva, característica que se pierde cuando son reemplazados en su totalidad por elementos protésicos**

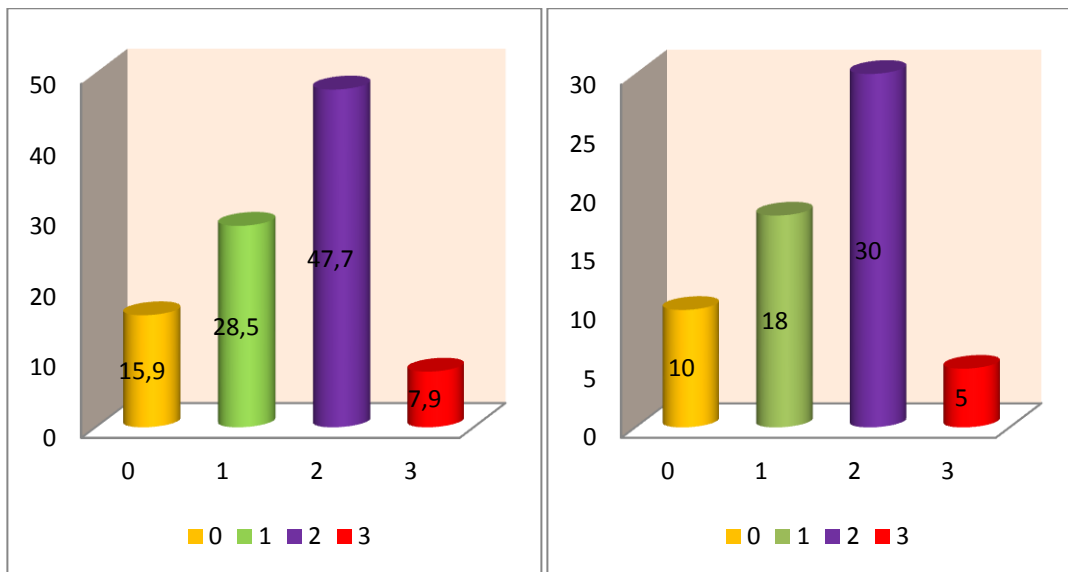
GRAFICO # 21

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

INDICE DE PLACA

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	0	10	15,9%
b)	1	18	28,5%
c)	2	30	47,7%
d)	3	5	7,9%
	total	63	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica

ELABORADO POR: Mary Intriago

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 62 pacientes observados, 10 que corresponden al 15,9% presenta placa en nivel 0, 18 pacientes que corresponden al 28,5% presentan placa en nivel 1, 30 pacientes que corresponden al 47,7 % presentan placa en nivel 2, y 5 pacientes que corresponden al 7,9 % presentan placa en nivel 3.

Por lo tanto el mayor porcentaje de los pacientes posee placa en nivel 2

Información encontrada en www.sergiohiskin.com.ar/ac09.htm dice:

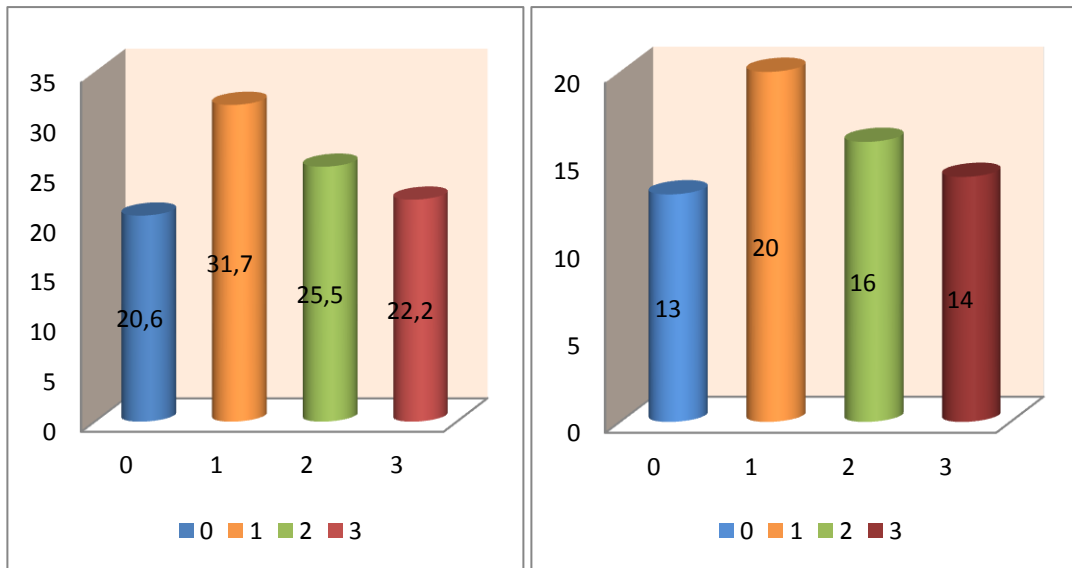
La acumulación de placa sobre y bajo las prótesis dentales contribuye también a la halitosis y a la adherencia, de sarro y placa bacteriana., favoreciendo la formación de pigmentos y calculo estéticamente desagradable

GRAFICUADRO # 22

INDICE DE CÁLCULO DENTAL

	ALTERNATIVAS	F	%
a)	0	13	20,6%
b)	1	20	31,7%
c)	2	16	25,5%
d)	3	14	22,2%
	total	63	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PORCENTUAL



FUENTE: Ficha clínica odontológica
ELABORADO POR: La investigadora

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 63 pacientes observados, 13 de ellos que corresponden al 20,6% presenta nivel 0 de cálculo dental, 20 pacientes que corresponden al 31,7% presentaron nivel 1 de cálculo dental, 16 pacientes que corresponden al 25,5 % presentan nivel 2 de cálculo dental, y 14 pacientes que corresponden al 22,2% presentan nivel 3 de cálculo dental.

Es decir que solo 13 pacientes no presentan cálculo dental de los 63 pacientes observados, pero los 40 pacientes restantes presentaron cálculo dental

En el sitio www.harrisonmedicina.com/content.aspxse encontré; **La halitosis o “mal aliento” normalmente proviene de la cavidad bucal o de las vías nasales. El mal olor proviene de compuestos sulfurados volátiles que surgen de la descomposición bacteriana de alimentos y restos celulares.**

7.2. CONCLUSIONES

Finalizando este proyecto de investigación, que ha permitido extender los conocimientos y cumplir los objetivos planteados se llega a las siguientes conclusiones.

- De los 63 pacientes observados, el 77,8% usa prótesis removibles y 22,2% usa prótesis fija, de lo 49 pacientes portadores de prótesis removibles, 40 que corresponden al 82% de estos 49 pacientes utilizan prótesis parcial de acrílico, 5 que corresponden al 22,2% usa prótesis de cromo-cobalto y 4 que corresponden al 8% usa prótesis total de acrílico. De los 14 pacientes que corresponden al 22,2% de los 63 pacientes observados que utilizan prótesis fija 9 utilizan coronas, esto representa un 64,28% de estos 14 pacientes y 5 que corresponden al 32,7% de estos, utilizan puentes, por lo tanto se determino que el mayor porcentaje de los pacientes usan prótesis parcial removible que en la mayoría son de acrílico.
- Las enfermedad más frecuente es la gingivitis que se presentó en un 93,6% de los pacientes, seguida por la caries dental, ya que se encontraron en los 49 pacientes con piezas remanentes un total de 322 caries, haciendo un promedio de ellas se establece que corresponden a 5,4 caries por pacientes, se encontró un total de 661 piezas extraídas y 230 piezas obturadas, otro problema frecuente fue la acumulación de placa bacteriana a nivel de la presencia protésica, que se presento en un 85% de los pacientes observados , es decir en 53 pacientes.

- Se encontró que 5 pacientes portadores de puentes fijos presentaron inflamación papilar, 7 pacientes que corresponden al 11,1 % de los pacientes presentaron desgaste cervical, este desgaste de presencia en los 5 pacientes portadores de prótesis de cromo cobalto, y 2 más en prótesis acrílicas con ganchos en piezas remanentes.

7.3. RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones servirán para informar a los pacientes sobre los cuidados que deben tener con su tratamiento protésico. Y a los profesionales de la salud dental para evaluar las necesidades protésicas de cada paciente.

- Es importante que los pacientes portadores de prótesis fijas y removibles tengan el cuidado necesario para lograr que su prótesis cumpla su función sin ofender los demás tejidos orales, para esto es necesaria la limpieza de la prótesis después de cada comida en el caso de prótesis removibles, retirarla al dormir para que los tejidos musculares de la boca descansen de la presión a la que se someten a lo largo del día, y en lo que respecta a la prótesis fija, el paciente debe tratar de llevar a cabo la mejor forma de limpieza de su corona o puente sin lastimar los tejidos gingivales y evitar también la filtración de alimentos.
- No se debe descuidar el tratamiento protésico, una vez adquirida la prótesis es recomendable visitar al odontólogo por lo menos una vez al año para controlar su estado, se debe tratar de solucionar los demás problemas presentes en la cavidad oral como la caries dental y la gingivitis para lograr que la prótesis cumpla la función requerida. De

parte del profesional de salud oral es indispensable explicar al paciente la necesidad de tratar problemas dentales antes de la colocación de la prótesis dental ya que estos podrían empeorar con el paso del tiempo y la condición de la prótesis en boca.

- El profesional debe valorar el diseño protésico a conciencia de acuerdo a la necesidad de cada paciente, escogiendo siempre la mejor opción para él, que le brinde comodidad en la limpieza y mantenimiento de la misma y asegurándose que los elementos de la prótesis como ganchos y demás, cumplan con la función correspondiente sin lesionar tejidos.

BIBLIOGRAFIA

- 2 **BERNIER, Joseph L** enfermedades orales de Bernier Tratamiento de las enfermedades orales Bernier, Joseph L
- 3 **J.C. DAVENPORT, R. M. BASKER, J. R. HEATH Y J. P. Ralph, A** Colour Atlas of Removable Partial Dentures 1988, Pág. 9 – 41
- 4 **RAMFJORD, S. y Ash, M** : Periodontología y Periodoncia. 2da. Ed. Panamericana. Buenos Aires.1982. 560-563.
- 5 **SACCHI Hector** . Coronas y Ouentes de Porcelana, Capitulo X Pág. 167-179 Edicion 1973.
- 6 **SENDHE Jean** . Periodontologia Clínica 2da edición
- 7 **SMITH Bernard G**, Planificacion y confeccion de coronas y puentes. Edicion 1991
- 8 **STEWART Y KUEBKER Rudd** Actualidades medico-odontologicas latinoamericana. Edicion 1983
- 9 **WOOD K Norman W GOAZ Paul** Diagnostico Diferencial de las lesiones orales 5ta edición 1998, Capítulo 6, Pág. 71-88
- 10 odontocom.blogspot.com/.../problemas-causados-por-las-protesis
- 11 wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental
- 12 www.imbiomed.com.mx/.../articulos.php
- 13 [es.wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental.:](http://es.wikipedia.org/wiki/Prótesis_dental.)
- 14 www.infoprotesisdental.info/pdf/peligros
- 15 biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2008-2009_G14
- 16 www.slideshare.net/.../geriodontologia1-presentation
- 17 www.sergiohiskin.com.ar/ac09.htm
- 18 www.infoprotesisdental.info/posibles.htm

PROPUESTA ALTERNATIVA

IDENTIFICACION DEL PROYECTO

TITULO DE LA PROPUESTA

Programa odontológico – Control de los efectos del tratamiento protésico en los pacientes portadores de prótesis fijas y removibles que acuden a la consulta odontológica en el Subcentro de salud de la Cdla. San Cristóbal.

INTRODUCCION.

Es de suma importancia que los pacientes portadores de prótesis dentales accedan a un control de dichos tratamientos para conservar así una buena salud buco-dental y disminuir los efectos que provocan las prótesis a los tejidos que conforman la cavidad oral, de esta manera se podrá minimizar la necesidad de extracciones posteriores, ya sean por caries o enfermedad periodontal .

1. LOCALIZACION GEOGRÁFICA

El SCS San Cristóbal ubicado en la Ciudadela de su mismo nombre, está situado en la Parroquia 18 de Octubre, al norte del Cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí.

Está limitado por:

Norte: Cdla. El Maestro

Este: Cdla. Luz de América

Sur: Cdla. Universitaria

Oeste: Cdla. 1° de Mayo

2. JUSTIFICACION

Según el estudio realizado existe un alto índice de problemas buco-dentales ocasionados por la utilización de prótesis fijas y removibles, por este motivo me permito crear una propuesta alternativa que servirá para que estos pacientes se informen y al mismo tiempo puedan acceder a controles dentales periódicos, y aplacar así el daño que durante mucho tiempo ha producido un mal llevado tratamiento protésico.

3. MARCO INSTITUCIONAL

La ciudadela San Cristóbal se inicio a partir del año1972, posterior a la invasión de un grupo de aproximadamente 8 – 10 familias de escaso recursos económicos en las tierras del Sr. Exipión Guerrero, el mismo trato de desalojar a estas familias con la fuerza policial, pero dicha acción resulto infructuosa. Al ver que realmente se trataba de personas indigentes, decidió donar sus tierras bajo el asesoramiento del Sr. Onésimo Bravo.

Se acogió entonces a varias familias, años después bajo la ventas de terrenos se decidió organizar una comunidad la cual fue bautizada como “SAN CRISTOBAL” nombre escogido por su propietario original.

La Unidad Operativa fundada en 1980 se la denomino Profesor Felipe Saúl Morales. Funciono en primera instancia en la Escuela Ena Ali Guillen debido a que el alumnado se encontraba de vacaciones y no se tenía local propio.

Iniciada las clases, el personal fundador integrado por la Sra. Norma Hidalgo Auxiliar de Enfermería y la Dra. Sonia Burgos primer Directora de la Unidad se trasladó a una casa frente a la Escuela donde laboraron hasta la culminación del Subcentro.

El Subcentro de Salud San Cristóbal cuenta actualmente con las instalaciones necesarias para un servicio básico de atención médica, obstétrica, de enfermería y odontológica, el cual permite brindar a los pacientes de la comunidad y de zonas aledañas una atención de calidad.

La infraestructura del S.C.S San Cristóbal es de concreto y de una sola planta, la cual pertenece al Área de Salud N° 1 de Portoviejo

A continuación se detallan los departamentos y áreas con los que cuenta el Subcentro:

- Departamento Médico.
- Departamento Obstétrico.
- Departamento Odontológico.
- Departamento de Control de Tuberculosis.

3. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir los problemas bucodentales en los pacientes portadores de prótesis fijas y removibles que asisten a la consulta odontológica en el Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristóbal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Disminuir el índice de extracciones dentales posteriores a la colocación de prótesis fijas y removibles.
- Disminuir el índice de enfermedades inflamatorias e infecciosas de la mucosa oral
- Dar a conocer a los pacientes la forma adecuada de higienizar las prótesis.
- Enfatizar la importancia de la asistencia a la consulta odontológica para prevenir las lesiones orales.

5. DESCRIPCION DEL PROYECTO

Se trata de incluir a los pacientes portadores de prótesis fijas y removibles a programas de salud oral, ya que estos son uno de los pacientes mas propensos a problemas dentales por sus antecedentes de extracciones.

De esta manera se podrá evaluar el estado y la función de la prótesis, tanto fija como removable y detectar cualquier anomalía que estas presenten, de tal forma que traten de solucionarse los problemas inmediatos y de prevenir lesiones posteriores.

Así mismo que esta sea la oportunidad del odontólogo para educar al paciente sobre que debe y que no debe hacer con su prótesis, la manera adecuada de limpiarla, cuando y como es recomendable usarla y la importancia del aseo de los dientes remanentes.

Este programa debe estar a cargo del personal que labora en el area de odontología y la ayuda del interno de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y consistirá en:

Realizar la ficha clínica y el diagnostico a cada paciente.

Detectar los problemas que deben solucionarse

Tratamiento de precaución y morbilidad .

En consulta se deberá explicar al paciente la importancia de sacarse la prótesis al dormir, de limpiar la placa con agentes antibacteriales y masajear las encías cuando no se esté usando la prótesis.

6. BENEFICIARIOS.

Con este proyecto se beneficiaran los pacientes que utilizan prótesis fijas y removibles, que acuden a la consulta odontológica en el Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristóbal.

7. DISEÑO METODOLOGICO

Se iniciará socializando con el personal que labora en el área de odontología del Subcentro de Salud de la Cdla. San Cristóbal para coordinar el programa odontológico dirigido a los pacientes que utilizan prótesis dentales que acuden a la consulta odontológica en esta Unidad de Salud.

Se Clasificara a los pacientes portadores de prótesis dentales, tomando como referencia las historias clínicas y fichas odontológicas correspondientes.

Luego se procederá a localizar a los pacientes para la realización de profilaxis, y actualización de las fichas odontológicas.

En consulta se informara a los pacientes su diagnostico y se hará referencia a los cuidados que debe tener con su tratamiento protésico.

Se realizaran afiches informativos con los temas: como debe limpiar su prótesis?, Importancia del mantenimiento y cuidado de la prótesis dental, y consecuencias del descuido del tratamiento protésico.

10. SOSTENIBILIDAD

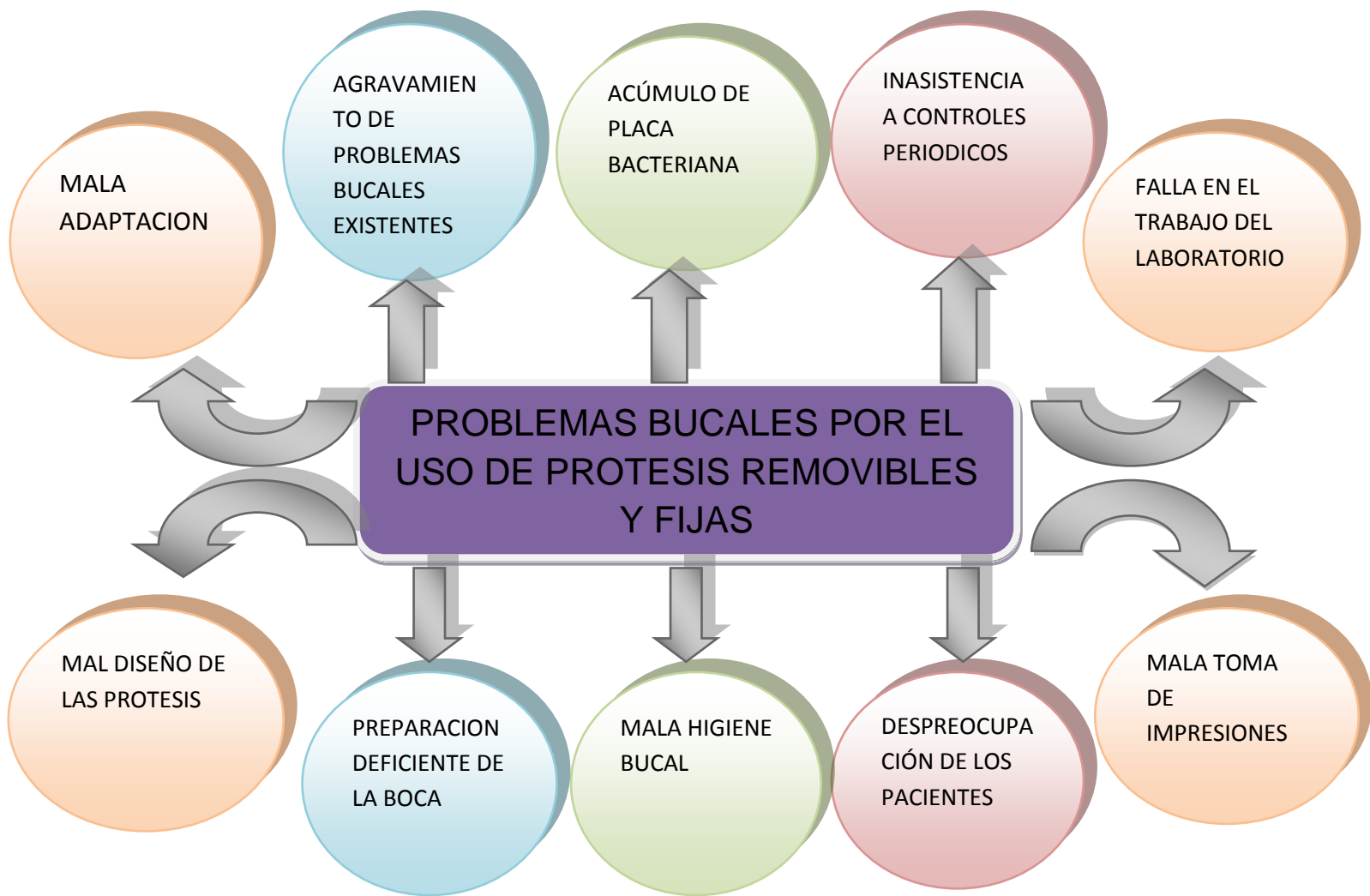
Esta propuesta es sostenible porque existe un odontólogo de planta, y la asistencia del interno de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, que están consientes de la importancia de brindar tratamiento preventivo a este tipo de pacientes que presentan frecuentes afecciones a su salud oral.

11. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La propuesta será financiada por la autora de este proyecto y el MSP.

1.1 ARBOL DE PROBLEMAS

ARBOL DE PROBLEMAS



1.2 PRESUPUESTO DE LA TESIS

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTION	AP. INSTITUCIONAL
PAPEL	3	RESMAS	4.50	13.50	13.50	
FOTOCOPIAS	1000	UNIDAD	0.03	30.00	30.00	
TINTA PARA IMPRESIÓN	2	TONER	15.00	30.00	30.00	
INTERNET	100	HORA	1.00	100.00	100.00	
ENCUADERNACION	10	EJEMPLARES	7.00	70.00	70.00	
MASCARILLAS	1	CAJA	5.00	5.00	5.00	
ESFEROS	1	CAJA	6.00	6.00	6.00	
GRAPAS	1	CAJA	2.00	2.00	2.00	
GUANTES	1	CAJA	7.00	7.00	7.00	
FOLDERS	2	UNIDAD	3.00	6.00	6.00	
PEN DRIVE	1	UNIDAD	15.00	15.00	15.00	
TOTAL				284.5	284.5	

