



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICA

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL A UN PACIENTE
PEDIÁTRICO CON RIESGO CARIOGÉNICO.

AUTORA:

Giler Santistevan Ivonne Guadalupe

TUTORA:

Dra. Sandra Susana Parra Iraola

Esp.en Ortodoncia

Portoviejo – Manabí – Ecuador

2019

**CERTIFICACIÓN DE TUTOR DEL TRABAJO DE
SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICA.**

Yo, Sandra Susana Parra Iarola, tutora de la estudiante Giler Santistevan Ivonne Guadalupe, con cédula de ciudadanía número 1313129536, del semestre de titulación (PRAXIS), certifico haber aprobado la revisión de su trabajo de sistematización de práctica, para posteriores pasos en cuanto a la aprobación del mismo para titularse en el presente periodo.

Dra. Sandra Susana Parra Iraola
Esp. en Ortodoncia
Tutora del trabajo de Sistematización Práctica

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los suscritos miembros del tribunal de revisión y sustentación del trabajo de titulación:

Rehabilitación oral integral a un paciente pediátrico con riesgo cariogénico, ha sido presentada y realizada por la Egresada Ivonne Guadalupe Giler Santistevan. Ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucia Galarza Santana Mg.G.s
Coordinadora de la Carrera

Dra. Sandra Susana Parra Iraola
Esp. en Ortodoncia
Tutor de Sistematización de Prácticas

Dra. Katusca Briones Solórzano Mg.G.e
Miembro del Tribunal

Od. Celia Ponce Faula Mg.G.s
Miembro del Tribunal

DECLARACIÓN DE LA AUDITORÍA

La responsabilidad y resultados del presente trabajo de sistematización de prácticas titulado: Rehabilitación oral integral a un paciente pediátrico con riesgo cariogénico, en el periodo de septiembre 2018 a marzo del 2019, corresponde exclusivamente a la Autora.

Ivonne Giler Santistevan

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de manera especial e infinita a Dios por haber permitido cumplir este sueño tan anhelado, lo que al principio parecía inalcanzable hoy se vuelve realidad.

Agradezco de todo corazón a mi Mamá Licenciada Karina Santistevan por ser el pilar en todos los momentos de mi vida, en aquellos que creía que no podría más, a mis hermanas Karla y Gema por estar presente con amor en estos años de estudio, a mi Mamá de corazón Maribel Santistevan por apoyarme en la realización de este sueño, a mi amor Tony Robinson quien me enseñó a creer en mí cuando perdía la esperanza, agradezco al Pastor Eduardo Arteaga por sus sabios consejos y su comprensión. Un especial agradecimiento a mi Padre que, aunque no esté físicamente siempre fue un impulso para salir a delante en mi carrera, gracias infinitas en el cielo Papá, gracias a mi familia en general por brindarme siempre un buen consejo y ánimos para no rendirme, a mis amigas Mishell, Gema, Ingrid, Yulay y Luzmila por estar en los buenos y malos momentos. Gracias docentes de la Universidad San Gregorio por formarme en valores y conocimientos, gracias por convertirme en la profesional de hoy en día.

DEDICATORIA

Quiero Dedicar este logro a Dios por ser la base fundamental y guiador de mi vida.

A mis Padres: Licenciada Karina Santistevan y Abogado Carlos Giler (+), por su total comprensión y amor incondicional. A mis Hermanas: Gema y Karla por su gran apoyo, compañía y sobre todo por su gran cariño. A mis Sobrinas: Isabella, Danna y Abby por motivarme con su amor puro y sincero, y a toda mi familia en general, docentes y amigos que de una u otra manera aportaron para que esta meta sea posible.

Ivonne Giler

RESUMEN

Se realizó la rehabilitación oral integral a un paciente pediátrico con riesgo cariogénico, en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Basados en los protocolos de atención como primera instancia se elaboró la historia clínica odontológica, formulario 033 del MSP y la ficha de odontopediatría, en la cual se registraron las principales patologías existentes, estableciéndose así el diagnóstico definitivo y plan de tratamiento.

El tratamiento odontológico se comenzó con actividades preventivas como: profilaxis, fluorización, y aplicación de sellantes de fosas y fisuras. Posteriormente se efectuaron tratamientos restauradores atraumáticos y convencionales.

Continuamos con tratamientos más complejos como terapias pulpares y exodoncias, teniendo a favor que la niña ya estaba adaptada a la consulta odontológica.

Finalizando la rehabilitación se realizó el tratamiento de ortodoncia, empleando un mantenedor de espacio removible; cada procedimiento realizado en la niña partió desde lo más sencillo a lo más complejo, de esta manera se logró que la niña perdiera el miedo, con lo que se consiguió una mejor adaptación a la consulta.

Palabras Claves: alto índice de caries; rehabilitación oral integral; protocolos de atención.

ABSTRACT

Integral Oral Rehabilitation was performed on a pediatric patient with a high caries index in the clinics of *San Gregorio of Portoviejo University*.

Based on the protocols of attention as first instance, the dental clinical history, the form No. 033 of the Public Health Ministry, and the pediatric dentistry record were elaborated, in which the main pathologies were registered, thus establishing the definitive diagnosis and treatment plan.

The dental treatment was started with preventive activities such as: Prophylaxis, fluoridation, and application of pit and fissure sealants. Afterwards, atraumatic and conventional restorative treatments were performed.

We continued with more complex treatments such as pulp and orthodontic therapies, taking into account that the patient was already adapted to the dental practice.

At the end of the rehabilitation, the orthodontic treatment was performed, using a removable space maintainer; each procedure performed on the girl started from the simplest to the most complex. In this way, the child was able to lose her fear, which resulted in a better adaptation to the consultation.

Keywords: high caries index; comprehensive oral rehabilitation; cares protocols.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
1. Problematización.....	2
1.1 Tema 2	
1.2 Planteamiento del Problema.....	2
1.3 Delimitación.....	3
1.4 Justificación.....	3
1.5 Objetivos.....	4
1.5.1 Objetivo general.....	4
1.5.2 Objetivos específicos.....	4
CAPITULO II.....	5
1. Marco teórico.....	5
2. Historia de la enfermedad o problema actual.....	5
2.1 Motivo de consulta.....	5
2.2 Antecedentes patológicos personales y familiares:.....	5
2.3 Examen Clínico.....	5
2.3.1. Examen Físico Extraoral.....	5
2.3.2. Examen Intraoral.....	6
2.3.3. Odontograma:.....	7
2.3.4. Exámenes complementarios indicados:.....	7
2.3.5. Diagnóstico radiológico:.....	8
2.3.6. Diagnóstico diferencial:.....	10
2.3.7. Diagnostico presuntivo:.....	10
2.3.8. Diagnóstico definitivo:.....	10
2.3.9. Plan de tratamiento.....	10
2.3.10. Pronóstico.....	11
2.4. Odontopediatría.....	11
2.5. Psicología del niño.....	11
2.6. Comportamiento del niño en la consulta con el odontólogo.....	11

2.6.1. Técnicas de manejo del comportamiento	12
2.6.2. Decir – mostrar – hacer	12
2.6.3. Refuerzo positivo	12
2.7. Prevención.....	12
2.7.1. Educación para la salud.....	12
2.7.2. Hábitos higiénicos	13
2.7.2.1. Cepillado dental.....	13
2.7.2.2. Técnicas de cepillado dental	13
2.7.2.3. Pasta dental.....	13
2.7.2.4. Hábitos dietéticos	13
2.7.2.5. Alimentos cariogénicos	14
2.7.2.6. Alimentos cariostáticos	14
2.7.3. Profilaxis	14
2.7.4. Flúor	15
2.7.5. Sellantes	16
2.8. Cariología.....	16
2.8.1. Caries dental.....	16
2.8.2. Factores de riesgo de caries.....	17
2.8.2.1. Como detectar caries	17
2.8.2.2. Lesión cariosa según localización	17
2.8.3. Lesión cariosa según la profundidad.....	17
2.8.4. Clasificación de la caries dental según tejido afectado	18
2.8.4.1. Caries incipiente.....	18
2.8.4.2. Caries de esmalte.....	18
2.8.4.3. Caries de dentina	18
2.8.4.4. Caries de dentina profunda.....	18
2.9. Tratamiento restaurador	19
2.9.1. Tratamientos atraumáticos	19
2.9.2. Restauraciones con resina	20
2.9.2.1. Clase I.....	20

2.9.2.2. Clase II	20
2.9.2.3. Clase III	21
2.9.2.4. Clase IV	21
2.9.3. Carillas de resina	22
2.9.4. Coronas de celuloideas.....	22
2.10. Tratamiento pulpares.....	23
2.10.1. Tratamiento pulpares indirecto.....	23
2.11. Extracciones en dentición temporal	23
2.12. Aparatología en odontopediatría	24
2.12.1. Mantenedores removibles	24
2.12.2. Diseño y confección de la prótesis.....	25
CAPITULO III	26
3. Marco metodológico	26
3.1. Modalidad de Trabajo.	26
3.2. Métodos.....	26
3.3. Ética.....	26
3.4 Protocolo de Tratamiento	27
3.4. Marco administrativo.	31
3.5. Materiales	31
3.5.1. Materiales de barrera.....	31
3.5.2. Materiales de oficina	31
3.5.3. Materiales para la prevención	31
3.5.4. Materiales para las operatorias	31
3.5.5. Materiales para tratamientos pulpares.....	32
3.5.6. Materiales para la extracción.....	32
3.5.7. Materiales para la aparatología	32
3.5.8. Tecnológicos.	32
3.6. Presupuesto.....	33
3.6.1. Tabla de presupuesto.....	33
3.7. Cronograma.....	33

CAPITULO IV	34
4. Resultados	34
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

La odontopediatría en el área de la odontología tiene como principio poder ofrecer a los pacientes un buen diagnóstico y tratamiento, así como solucionar las patologías encontradas en los dientes o maxilares, llegando a rehabilitar no solo la parte estética y funcional del paciente sino también la parte emocional del niño.

Dentro de los problemas de Salud Pública en el Ecuador se encuentran las enfermedades bucodentales siendo su principal afectación la caries dental comprometiendo gravemente a la mayoría de los escolares.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo permite la rehabilitación oral integral a un paciente pediátrico con riesgo cariogénico, mediante la sistematización de prácticas clínicas, mejorando la calidad de vida de la niña.

Para la rehabilitación realizada en la paciente se siguieron los protocolos establecidos, poniendo en práctica todos aquellos conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, permitiendo de esta manera devolver la salud bucodental al paciente.

La autora presenta este informe de praxis dividido en cuatro capítulos, el primero enuncia el planteamiento del problema, el segundo desarrolla el marco teórico conceptual haciendo énfasis en los protocolos con autores reconocidos, en el tercero se desarrolla la metodología aplicada y el cuarto expone los resultados alcanzados.

CAPÍTULO I

1. Problemática

1.1 Tema

Rehabilitación Oral Integral a un paciente pediátrico con riesgo cariogénico.

1.2 Planteamiento del Problema

Vásquez y Ferreria (2016) afirman que un número considerable de la población se encuentra afectado en la salud bucal, al no contar con los conocimientos adecuados sobre estas enfermedades ni cómo prevenirlos, afectando de manera considerable a los niños, comprometiendo directamente en su salud y calidad de vida.

Núñez y García (2010) mencionan en su artículo de bioquímica que la caries dental que es un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la superficie del órgano dental cuando entra “en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros” (p. 2). La mayoría de las enfermedades y afecciones bucodentales requieren una atención odontológica profesional; sin embargo, la limitada disponibilidad o la inaccesibilidad de estos servicios hace que sus tasas de utilización sean especialmente bajas entre población.

Según el análisis de Ojeda, et al., (2014) la caries es una enfermedad infecciosa, posiblemente la más prevalente a través de la cual existe un proceso de desmineralización, que a través del tiempo conlleva al desgaste o pérdida de minerales, la misma que puede provocar o no como resultado una cavidad en el diente.

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2014) menciona que a nivel mundial el 100% de los adultos presenta caries dental y entre el 60 y 90 % de los niños en las escuelas también padecen de esta enfermedad, la misma que se conduce al dolor y molestia.

Mediante esta investigación se concretó que “a través del Estudio Epidemiológico Nacional de la Salud Bucal en escolares menores de 15 años del Ecuador en el año 2009 muestra que, a los 6 años de edad, existe un promedio de 7,9% en el ceop (promedio de piezas temporales cariadas, extraídas y obturadas) y a los 12 años, de 13.5% (p.11).

En la Universidad San Gregorio de Portoviejo, en las clínicas de odontopediatría con frecuencia se observa una gran demanda de niños con riesgo cariogénico lo cual puede desencadenar posibles infecciones en la cavidad oral, pérdida temprana de los dientes temporales y como consecuencia alteraciones de la oclusión.

1.3 Delimitación

Campo: Salud

Área: Odontología

Aspecto: Salud Oral

Delimitación Espacial: Clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo

Delimitación Temporal: Periodo septiembre 2018- febrero 2019

1.4 Justificación

El presente trabajo de sistematización de un paciente pediátrico se justifica por la importancia de mantener la integridad de la dentición primaria hasta el momento de su exfoliación, puesto que juega un papel esencial en el desarrollo de la niña y puede verse afectada adversamente por factores entre los cuales el más frecuente es la caries dental, ya que puede conducir a alteraciones en el desarrollo fisiológico, psicológico y social de la niña.

Zavala y Castellón (2014) añaden que el tiempo es uno de los factores indispensables para el desarrollo de caries, es por eso que la primera consulta deberá darse a los 6 meses, tiempo en el que aparecen los primeros dientes, pero normalmente el niño llega a la consulta entre los 2 y 3 años, “exponiendo al infante a una ausencia de cuidado dental por un periodo de dos a dos años y medio, tiempo en que los riesgos de la presencia de caries son severos” (p.1).

Tomando en cuenta el riesgo de caries en pacientes pediátricos, se realizó el presente trabajo de sistematización como caso clínico, permitiendo aplicar nuevos conocimientos teóricos y prácticos, teniendo como objetivo principal la recuperación y el mantenimiento de la salud bucal de la niña, quien fue la beneficiaria directa e indirectos sus familiares.

La factibilidad del trabajo de praxis la otorgó la Universidad San Gregorio de Portoviejo ya que aportó con tutorías de calidad en prevención y control de la caries, que han sido de valor fundamental para que se pueda realizar la rehabilitación integral del paciente; capacitada con óptimos conocimientos para poder elaborar un adecuado diagnóstico y correcto plan de tratamiento, siguiendo como premisa que se parte de lo preventivo a los tratamientos restauradores con mayor complejidad.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Rehabilitar integralmente a un paciente pediátrico con riesgo cariogénico.

1.5.2 Objetivos específicos

- Realizar un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento para mejorar la salud oral del paciente.
- Lograr una rehabilitación oral para mejorar la salud bucodental del paciente pediátrico.
- Crear adecuados hábitos alimenticios y de higiene para la conservación de la salud oral del paciente.

CAPITULO II

1. Marco teórico

2. Historia de la enfermedad o problema actual

Paciente de 7 años de edad de sexo femenino, raza mestiza; acude a la consulta odontológica por presentar múltiples caries en el sector anterior y posterior de las arcadas, presenta pérdida de estructura dental en el sector anterior en las piezas # 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 ocasionado por trauma oclusal, producto de su mordida bis a bis.

2.1 Motivo de consulta

“Quiero limpiarme los dientes”

2.2 Antecedentes patológicos personales y familiares:

Personales: No refiere

Familiares: Hipertensa (Abuela materna)

2.3 Examen Clínico

2.3.1. Examen Físico Extraoral.

Cabeza: Paciente mesocefálico, cabello bien implantado, sin masa papables ni visibles. Presenta orejas simétricas bien implantadas sin salida de secreciones no dolorosas a la tracción; nariz con buena implantación sin alteraciones anatómicas.

Cuello: Simétrico de largo y ancho conservado, ausencia de ganglios linfáticos inflamados ni tumoraciones, no presenta adenopatías, se observa y se palpa pulso carotideo normal.

Palpación: Piel integra de buena coloración y pigmentación no sensibles a la palpación; apertura y cierre normal de la Articulación temporomandibular.

Auscultación: no presenta chasquidos y crepitaciones en la articulación temporomandibular.

Inspección

Forma de la cara: Ovoide

Perfil: Recto

Labios Normotónicos

Asimetría: Ligera asimetría en el tercio inferior.

Tipo Facial: Mesoprosopo

Tercios Faciales: Tercio inferior aumentado con respecto al tercio medio.

Análisis Facial

Burgué y Cedeño (2017) establecen que el análisis facial se utiliza con el fin de evaluar por medio de un método clínico los rasgos del paciente, mediante el cual se pueden verificar simetrías e imperfecciones notorias. Es uno de los métodos más utilizados hoy en día, al utilizar fotografías clínicas, que ayudan a los profesionales a detectar un problema bucal, a través de técnicas que ayuden a un tratamiento sumamente adecuado que dirija a mejorar la salud del paciente.

Fotografías Extraorales e Intraorales

Vélez Trujillo (2016) hace énfasis en que para poder realizar un adecuado análisis facial son esenciales la toma de fotografías intraorales y extraorales. Las fotografías tomadas intraoralmente deben incluir al paciente en oclusión frontal y oclusión lateral. “Para sacar las fotografías oclusales se sienta al paciente donde tenga apoyo y se utilizan separadores de labios y carrillos; se le solicita al paciente que ocluya y se seca con la jeringa triple (p. 4).

En las fotografías extraorales, siempre deben estar expuestos el cuello y el mentón, obteniendo así una toma frontal que debe darse en colocación natural de la cabeza, labios en reposo y orejas expuestas, de esta misma manera se realizarán las fotografías laterales derechas e izquierda.

2.3.2. Examen Intraoral

Inspección: mucosas húmedas y normocoloreadas, encías y paladar de textura y color normal; exhibe labios y lengua móviles, luciendo dientes incompletos y asimétricos. Presenta dentición temporal, con ausencia de dientes 1.6 y 2.6 por presentar erupción tardía de los mismos; manifiesta múltiples lesiones cariosas la cual ocasionaron destrucción de las piezas dentales #5.4, 7.5, 8.4, 8.5, y a causa de la mordida bis a bis presenta fracturas en los dientes 5.2, 5.1, 6.1, 6.2

Palpación: En la mucosa labial no presenta tumefacciones, ni masas duras, el paladar se encuentra normal y la lengua no presenta anomalías.

Relación Anteroposterior:

Relación de segundos molares temporales: Plano terminal Recto

Relación Canina:

Neutroclusión Derecha

Distoclusión Izquierda

Overjet: 1mm

Relación Vertical:

Overbite: 0

Relación transversal:

Líneas medias: coincidentes entre sí y con el plano medio facial.

2.3.3. Odontograma:

Como menciona Barrancos (2015) el odontograma permite tener actualizada la información sobre el estado de la salud dental del paciente, el cual mediante un registro ofrece de manera detallada la valoración de cada órgano dental, para un mejor plan de tratamiento de las piezas obturas, pérdidas y tratadas.

2.3.4. Exámenes complementarios indicados:

De la misma manera, Ellis y Tucker (2015) mencionan que para completar un estudio mas detallado serán necesarios realizar exámenes complementarios como lo es el hemograma completo. “El hemograma completo brinda información importante sobre los tipos y las cantidades de células en su sangre, especialmente los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas” (p. 88).

Radiografía Panorámica

Roldán Oñate (2016) manifiesta también la importancia de realizar otros exámenes de complemento como son las radiografías panorámicas y periapicales. “La Radiografía panorámica es una técnica radiográfica que produce en una única imagen las estructuras faciales incluyendo ambos arcos dentarios y sus estructuras de soporte” (p, 6).

Radiografías periapicales

Como indica Verderosa (2017) las radiografías periapicales o radiografías intraorales se realizan con la finalidad de obtener imágenes de uno o dos dientes para poder estudiar las estructuras propias y adyacentes al diente como son el tejido óseo, ligamento periodontal, corona y raíz.

Modelos de estudios

Los modelos de estudio conatituyen también una base de diagnóstico, los mismos que se obtienen mediante la toma de impresión con alginato, la cual permite la reproducción o representación de los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. Estos modelos permiten analizar la forma y posición de los dientes así como la oclusión del paciente.

2.3.5. Diagnóstico radiológico:

Kamman y Quirós (2015) describe que el diagnóstico radiológico se realiza tomando en cuenta como patrón los diez estadios de Nolla:

Estadio de Nolla 1: Ausencia de la cripta

Estadio de Nolla 2: Inicio de la calcificación

Nolla 3: 1/3 de la corona.

Estadio de Nolla 4: 2/3 de la corona

Estadio de Nolla 5: Corona casi completa.

Estadio de Nolla 6: Corona Completa.

Estadio de Nolla 7: 1/3 radicular.

Estadio de Nolla 8: 2/3 radicular.

Estadio de Nolla 9: Raíz casi completa.

Estadio de Nolla 10: Raíz casi completa y ápice cerrado (Kamman, Quirós, 2015, p. 3).

Cuadrante 1

P# 1.7 Estadio de nolla 5, corona casi completa

p# 1.6 Estadio de nolla 7, 1/3 radicular

P# 1.5 Estadio de nolla 6, corona completa

P# 5.5 Reabsorción de un tercio de raíz

P# 1.4 Estadio de nolla 6, corona completa

P# 5.4 Reabsorción de dos tercios de raíz, corona perdida por caries

P# 1.3 Estadio de nolla 6, corona completa

- P# 5.3 Reabsorción de un tercio de raíz
- P# 1.2 Estadio de nolla 6, corona completa
- P# 5.2 Reabsorción de un tercio de raíz
- P# 1.1 Estadio de nolla 6, corona completa
- P# 5.1 Reabsorción de un tercio de raíz, corona incompleta

Cuadrante 2

- P# 2.7 Estadio de nolla 5, corona casi completa
- P# 2.6 Estadio de nolla 7, 1/3 radicular
- P# 2.5 Estadio de nolla 6, corona completa
- P#6.5 Reabsorción de un tercio de raíz
- P# 2.4 Estadio de nolla 6, corona completa
- P# 2.3 Estadio de nolla 6, corona completa
- P# 6.3 Reabsorción de un tercio de raíz
- P#2.2 Estadio de nolla 6, corona completa
- P# 6.2 Reabsorción de un tercio de raíz, corona incompleta
- P#2.1 Estadio de nolla 6, corona completa
- P# 6.1 Reabsorción de un tercio de raíz, corona incompleta

Cuadrante 3

- P# 3.7 Estadio de nolla 5, corona casi completa
- P# 3.6 Estadio 8, 2/3 radicular
- P # 7.5 Reabsorción de dos tercios de raíz, corona perdida por caries
- P# 3.5 Estadio de nolla 5, corona casi completa
- P# 7.4 Reabsorción de un tercio de raíz
- P# 3.4 Estadio de nolla 6, corona completa
- P# 7.3 Reabsorción de un tercio de raíz
- P# 3.3 Estadio de nolla 5, corona casi completa
- P#3.2 Estadio de nolla 8, 2/3 radicular
- P#7.2 Reabsorción de un tercio de raíz
- P#3.1 Estadio de nolla 8, 2/3 radicular
- P# 7.1 Reabsorción de un tercio de raíz

Cuadrante 4

P# 4.7 Estadio de nolla 5, corona casi completa

P# 4.6 Estadio de nolla 8, 2/3 radicular

P# 8.5 Raíz completa, corona casi perdida por caries

P# 4.5 Estadio de nolla 5, corona casi completa

P# 8.4 Reabsorción de un tercio de raíz, corona casi perdida por caries

P# 4.4 Estadio de nolla 6, corona completa

P#8.3 Reabsorción de un tercio de raíz

P# 4.3 Estadio de nolla 6, corona completa

P# 8.2 Reabsorción de un tercio de raíz

P# 4.2 Estadio de nolla 8, 2/3 radicular

P# 8.1 Reabsorción de un tercio de raíz

P# 4.1 Estadio de nolla 8, 2/3 radicular

2.3.6. Diagnóstico diferencial:

Caries dental, patologías pulpares

2.3.7. Diagnostico presuntivo:

Caries dental

2.3.8. Diagnóstico definitivo:

Caries dental

Pulpitis reversible

2.3.9. Plan de tratamiento

Fase preventiva:

Profilaxis, fluorización

Sellantes

Fase Restauradora:

Inactivaciones Piezas # 5.5, 6.3, 6.5, 7.4, 7.3,

Restauraciones con Resina Compuesta # 5.5, 6.3, 6.5, 7.4, 7.3, 8.2

Coronas celuloideas piezas # 5.2, 5.1, 6.1

Carilla de resina pieza # 6.2

Fase Terapéutica:

Terapias Pulpares piezas # 5.1, 6.1

Fase Quirúrgica:

Extracciones pieza # 5.4, 7.5, 8.4, 8.5

Fase Ortopédica:

Placa Hawley con dientes

2.3.10. Pronóstico

Favorable

2.4. Odontopediatría

Duggal, et al. (2014) manifiestan que la odontopediatría permite analizar de manera detallada la boca del niño y las enfermedades relacionadas a esta, también se la puede llamar odontología pediátrica.

2.5. Psicología del niño

En cuanto a la psicología infantil, Medina (2013) establece la importancia de la aplicación de la psicología en los niños por ser personas más vulnerables y complicadas en la adaptación de conducta, es por eso que la odontología pediátrica es importante para evitar futuras traumas a futuro en el paciente, de tal manera que se “debe tratar de que el niño tenga una experiencia satisfactoria y estimulante, a fin de que ésta no se convierta más tarde en miedo, que pueda dar origen a fobias y verdaderos traumas a futuro” (p. 2).

2.6. Comportamiento del niño en la consulta con el odontólogo

Es de suma importancia que el profesional en odontopediatría lleve de manera adecuada al paciente a tratar, la paciencia es uno de los factores más valorados para el niño, ya que mediante esta el podrá darse cuenta que no lo están obligando, sino que el odontólogo busca su cooperación.

2.6.1. Técnicas de manejo del comportamiento

Como indica Bordoni (2010) El manejo del comportamiento en pacientes infantiles brinda que el niño esté confortable y seguro, permitiendo un mejor comportamiento; por este motivo “la decisión para utilizar las técnicas de manejo del comportamiento en la situación odontológica es un concepto que no depende solamente de criterios universales en la profesión, sino también de la validez social donde participan padres, pacientes, sistema legal y personal de apoyo” (p. 95).

2.6.2. Decir – mostrar – hacer

Medina (2013) sugiere que la técnica decir mostrar hacer se aplica en el niño para que de esta manera pierda el miedo a lo desconocido; esto consiste en que se le mostrará el instrumental que se va a utilizar en él de manera didáctica, permitiendo que el paciente pierda el temor y esté presto a colaborar en el tratamiento.

2.6.3. Refuerzo positivo

Como indica Reyes (2014) premiar a los niños por el buen comportamiento en la consulta, resulta reconfortante para el paciente siendo “necesario aplicar inmediatamente el refuerzo y repetirlo con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento del niño. Los reforzadores pueden ser materiales, verbales y no verbales” (p. 2-3).

2.7. Prevención

Respecto a la prevención, Miñana (2013) refiere que el flúor favorece a los dientes en tener una mejor resistencia hacia lo ácidos que atacan el esmalte dental, de esta manera lo vuelve menos propenso a desarrollar caries. Las pastas dentales, enjuagues bucales y alimentos que contienen flúor son de suma importancia para el paciente pediátrico.

2.7.1. Educación para la salud

Domínguez (2017) también forman parte de las técnicas de educación para la salud, las entrevistas, charlas y demostraciones, Además de esto tener una buena educación en la salud, ayudará educar al paciente en la prevención y cuidado dental; es decir tiene como fin “de modificar conductas, establecer formas de vida sana, crear modos o estilos de vida favorecedores para que las personas puedan disfrutar de una vida saludable” (p. 5).

2.7.2. Hábitos higiénicos

2.7.2.1. Cepillado dental

Bordoni (2010) atribuye que el cepillado dental tiene como objetivo mantener la higiene bucal del paciente, el cual ayuda a remover o eliminar la biopelícula oral.

2.7.2.2. Técnicas de cepillado dental

McDonald y Avery (2018) atribuyen en que el mejor cepillado y el que mas se debe utilizar en los niños es el de la técnica horizontal ayudando a la eliminación de la placa banteriana; por lo tanto “la manera correcta es colocar el cepillo horizontalmente sobre la superficies vestibulares y linguales, y se mueve hacia adelante y hacia atrás con un movimiento de barrido” (p. 127).

2.7.2.3. Pasta dental

Saavedra (2015) determina que el niño puede utilizar pasta dental siempre y cuando sea en presencia de un adulto, para que de esta manera lo supervise y no la ingiera, siendo adecuada su uso entre los dos y tres años. La cantidad de dentrífugo que se colocada en el cepillo no debe exceder al tamaño de una lenteja.

De esta manera Rojas (2015) hace referencia a las partes por millón que contienen las pastas dentales de acuerdo a las edades, las mismas que tienen un efecto protector en el control de la caries dental en niños. De esta manera se establece que los dentrífugos con mayor concentración de flúor muestran mayores efectos preventivos que las de menor concentración. Por lo tanto, en niños menores a seis años, “los usos de pastas con concentraciones de flúor de 1000 a 1500 ppm tienen mayor efecto protector comparado con las pastas de baja concentración de flúor (menor a 600 ppm)” (p.41-42).

2.7.2.4. Hábitos dietéticos

González (2013) determina que la dieta no es tan solo de importancia para la alimentación del niño, sino también es elemental para que no se desarrolle la caries dental. Es adecuado que en el paciente padiatrigo se establezcan momentos para la ingesta de azúcares e hidratos de carbono, y que se logré así la aceptación del niño al consumir sus alimentos.

2.7.2.5. Alimentos cariogénicos

Miñana (2013) explica que la dieta es fundamental en el desarrollo de las caries. El excesivo consumo de azúcar, eleva la capacidad de contraer riesgo cariogénico, siendo así la sacarosa representa al glúcido que aporta a desarrollar caries por su abundante adhesividad; “otros hidratos de carbono con capacidad cariogena son la glucosa y el almidón, cuyas fuentes son cereales y legumbres, resulta más perjudicial tras su modificación por procesos de refinado industrial” (p. 2).

2.7.2.6. Alimentos cariostáticos

Según indica González Sanz (2013) la ingesta de alimentos cariostáticos es primordial para el desarrollo de caries, principalmente cuando el paciente presenta riesgo. Es importante la dieta que se establezca y la incorporación de flúor para disminuir la carga cariogénica.

2.7.3. Profilaxis

La profilaxis dental es el proceso de remover la placa bacteriana que se encuentre sobre la superficie de los dientes, la cual se realiza con instrumentos manuales tales como cepillo profilaxico, pasta dental o copas de caucho.

Protocolo para realización de profilaxis dental

Según el MSP (2014) determina que el protocolo debe realizarse de la siguiente manera:

1. Enjuague con clorhexidina al 0,12%.
2. Raspaje con instrumentos manuales (destartrotomos) para remover la placa bacteriana de difícil remoción con el cepillado.
3. Eliminación de placa bacteriana en las superficies dentales con cepillo profilaxico, utilizando pasta odontológica que remueve la placa restante.

2.7.4. Flúor

Como menciona López (2013) en su artículo: “El flúor es un elemento no metálico, halógeno que se encuentra como uno de los componentes esenciales del organismo el cual está asociado a tejidos calcificados (huesos, dientes) al poseer afinidad por el calcio y por los tejidos mineralizados” (p. 1).

De esta manera, Saavedra (2015) también determina que la aplicación del flúor sobre la superficie de los dientes contribuye a mejorar la defensa contra las caries, logrando su disminución entre el 40 y 60%, mejorado de esta manera el esmalte y la salud dental.

Fluorterapia

Como mencionan Mamani y López (2013) el flúor también puede ser aplicado por diversas formas tales como: gel, enjuagues, barnices, espuma, dentífricos, y materiales odontológicos así mismo por alimentos mediante la dieta.

Colocación de flúor acidulado

Existen diferentes tipos de fluor para aplicación en las superficies dentales. Jiménez (2013) menciona que el flúor más utilizado es el de fosfato acidulado que se encuentra al 1.23%, siendo de fácil manejo para el paciente pediátrico, provocando una mejor aceptación por el niño.

Protocolo de colocación de flúor acidulado

Polin (2015) establece que el protocolo a seguir es el siguiente:

1. Elegir y probar las cubetas a utilizarse.
2. Limpieza de los dientes: puede utilizarse cepillo profiláctico y pasta dental
3. Enjuague con agua
4. Secar de los dientes
5. Cargar la cubeta con el flúor
6. Colocación de la cubeta en boca durante 4 minutos: Se utiliza un eyector de saliva para tratar de no contaminar el área que se está trabajando.
7. Retirar la cubeta: una vez que se le retira la cubeta el paciente podrá escupir, y no podrá consumir alimentos ni agua en una media hora.

2.7.5. Sellantes

Botero (2014) menciona que los sellantes de fosas y fisuras se colocan en las caras oclusales para la prevención de caries, evitando de esta manera la colonización de bacterias para prevenir al diente de caries futuras, de esta manera el MSP (2014) establece el protocolo para la colocación de sellantes con ionómero de vidrio, el cual esta basado en los siguientes pasos:

1. Diagnóstico de la pieza que se va a tratar.
2. Limpieza dental: se puede utilizar cepillo profilaxico y pasta dental.
3. Lavar y secar las superficies previas a la colocación del ionómero.
4. Acondicionamiento de la superficie de 10 a 15 segundos
5. Lavado de las superficies con una torunda de algodón embebida en agua.
6. Secar la superficie con torunda de algodón.
7. Aplicación del ionómero de vidrio en la superficie dental.
8. Colocar aislante de vaselina y realizar técnica de dígito-presión para mejor adaptación del material.
9. Remover los excesos del ionómero.
10. Aplicar una capa adicional de vaselina.

2.8. Cariología

2.8.1. Caries dental

Valdéz (2014) indica que la caries dental está representada por la destrucción de los tejidos duros del diente, uno de los factores por la cual se desarrollan son las bacterias las cuales proporcionan ácidos que son perjudiciales para el esmalte dental.

Como mencionan García y González, (2012) la Organización Mundial de la Salud (OMS) “define la caries como un proceso patológico localizado, de origen externo, que se inicia después de la erupción dentaria, determinando un reblandecimiento del tejido duro de los dientes y que evoluciona hacia la formación de una cavidad” (p. 422).

2.8.2. Factores de riesgo de caries

Andrade y Barbosa (2012) indican que el riesgo de caries en los pacientes libres de enfermedad y en los que tienen lesiones esta dada por: “la posibilidad que tiene el paciente de adquirir la enfermedad de caries, debe restringirse a los pacientes libres de enfermedad, mientras que en los pacientes que tienen lesiones, el término adecuado sería la actividad de caries, y no riesgo” (p. 85). Además, se manifiesta que la detección de caries va a estar dada por la exploración clínica, y factores asociados como es el flujo de la saliva, alimentación y la higiene oral.

2.8.2.1. Como detectar caries

McDonald y Avery (2018) aportan en su contenido diciendo que la caries se detecta mediante la exploración clínica es decir de manera visual, táctil y por medios complementarios como son las radiografías.

2.8.2.2. Lesión cariosa según localización

Parodi (2017) establece que la caries se clasifican de acuerdo a su localización en :

Clase I: compromete las caras oclusales del sector posterior.

Clase II: en caras interproximales en dientes posteriores.

Clase III: caras interproximales en dientes anteriores

Clase IV: caras interproximales mas el borde incisal de los dientes anteriores

Clase V: Cuando compromete el área cervical de dientes anteriores y posteriores.

2.8.3. Lesión cariosa según la profundidad

Así mismo, Parodi (2017) existe otra clasificación de la caries de acuerdo al grado de afectación:

Grado 1: la lesión se encuentra en el esmalte del diente.

Grado 2: la lesión se encuentra en el esmalte y dentina.

Grado 3: la lesión afecta a la dentina y a la pulpa.

2.8.4. Clasificación de la caries dental según tejido afectado

En cuanto a la clasificación según el tejido afectado Langlais (2014) explica que la caries empieza descalcificando el esmalte hasta llegar a la pulpa, por la pérdida de minerales su primer aspecto se presenta con manchas blancas en la superficie del esmalte; esta “lesión inicial se denomina incipiente. Al madurar la lesión causa destrucción del esmalte y propagación a lo largo de la unión dentina-esmalte (UDE), a través de la dentina, y por último hacia la pulpa” (p.64).

2.8.4.1. Caries incipiente

Balda y Solórzano (2015) determinan que la primera fase empieza con pérdida de calcio y acumulación de placa, lo mismo que provoca manchas blancas en la superficie del diente, la segunda fase consiste en la producción de ácidos que conllevan a la tercera fase que es la desmineralización de la superficie.

2.8.4.2. Caries de esmalte

Según Jiménez (2013) en esta fase el esmalte se empieza a romper y la remineralización no va a actuar de manera correcta por lo que la lesión se vuelve irreversible.

2.8.4.3. Caries de dentina

Zavarce y Solórzano (2015) refieren que una vez que la caries ha llegado a esmalte continúa afectando el siguiente tejido que es la dentina, provocando dolor agudo en el órgano dental.

2.8.4.4. Caries de dentina profunda

Strehl (2015) en su aporte de caries profunda menciona que cuando la caries ya se encuentra en la dentina continúa avanzando afectando la dentina profunda, la cual merece atención ya que se necesita de buenas técnicas para poder evitar una exposición pulpar.

2.9. Tratamiento restaurador

2.9.1. Tratamientos atraumáticos

Boj, et al., (2013) explican que el tratamiento atraumático tiene la finalidad de eliminar el tejido cariado de una manera manual (cucharilla), que más sencilla para el niño, evitando pasar a lo traumático como es uso de la turbina, tratando de preservar el tejido, así mismo se sugiere la utilización de un material restaurador como es el ionómero de vidrio, presentando como ventaja el contenido de fluor, que permite la recuperación favorable de la pieza afectada.

Imparato (2015) también atribuye que esta técnica se debe utilizar en pacientes que no tengan afectado la pulpa, que no presenten dolor ni reabsorción. Este tipo de tratamiento podrá establecerse en dientes deciduos o permanentes que no demuestren molestias severas .

Protocolo de Tratamiento Atraumático

Vasconez (2014) sugiere que el protocolo para el tratamiento atraumático es el siguiente:

1. Diagnóstico de la pieza a tratar.
2. Remoción de la placa con cepillo profilaxico y pasta dental.
3. Eliminación del tejido infectado con instrumentos manuales (cucharillas.)
4. Lavar y secar la superficie.
5. Aislamiento con rollos de algodón.
6. Lavar y secar con torundas de algodón
7. Acondicionar las superficies por 10 a 15 segundos; se usará el mismo líquido del ionómero de vidrio.
8. Lavar y secar la superficie con torundas de algodón.
9. Aplicar el ionómero de vidrio sobre la superficie.
10. Colocar aislante (vaselina) y aplicar digitopresión
11. Retirar el exceso de material.
12. Aplicar una capa extra de vaselina.

2.9.2. Restauraciones con resina

Como menciona Bordoni (2010) antes de empezar la restauración se debe aislar con dique de goma, eliminar el tejido cariado, se realiza el adecuado biselado para una mejor retención, y con minuciosa aplicación se realiza la técnica adhesiva, y la restauración con compómero propiamente dicha.

2.9.2.1. Clase I

Protocolo de Clase I

Borba (2016) determina el protocolo de restauraciones clase I en los siguientes pasos:

1. Aislamiento con dique de goma.
2. Limpieza de la caries y preparación de la cavidad.
3. Lavado y secado de la cavidad, colocación de bases cavitarias (si es necesario)
4. Realizar grabado ácido del esmalte y la dentina.
5. Lavar con abundante agua y secar.
6. Colocación del adhesivo.
7. Colocación del compómero y fotopolimerización capa por capa.
8. Acabado y pulido de la superficie y se verificación de la oclusión.

2.9.2.2. Clase II

McDonald y Avery (2018) las lesiones proximales requieren de mucho cuidado con el diente adyacente, no se debe por ningún motivo lesionarlos.

Protocolo de clase II

Borba (2016) determina que el protocolo que se realiza en clase II esta basado en los siguientes pasos:

1. Aislamiento relativo.
2. Eliminación del tejido infectado.
3. Lavado y secado de la cavidad.
4. Colocación de adhesivo.
5. Colocación del compómero, se debe hacer con suma precaución por la posibilidad de micro filtración en esta área.
6. Al terminar se fotopolimeriza.
7. Se pule la superficie y se comprueba la oclusión.

2.9.2.3. Clase III

Barrancos (2014) establece que las lesiones de clase III suelen presentarse con frecuencia cuando hay apiñamientos y tamaño reducido de las arcadas, se deberá tratar de cuidar el borde incisal mientras no esté afectado por caries.

Protocolo clase III

McDonald y Avery (2018) en el protocolo de clase III recomiendan lo siguiente:

1. La preparación de la clase III utiliza una cola de milano en la superficie lingual y ocasionalmente en la cara vestibular del diente, permitiendo una retención adicional y el acceso necesario para la inserción correcta del material restaurador.
2. Se graba el diente y se aplica el adhesivo, colocada una matriz correcta y firmemente ayuda al contorno y fijación de la resina durante la polimerización,
3. se realiza al final el contorno de la restauración con una fresa con forma de llama y el pulido con copa de goma y abrasivo (McDonald y Avery, 2018, p.193-194).

2.9.2.4. Clase IV

Martínez y Álvarez (2018) refieren que las clases IV están determinada a la forma de la caries, si no hay espacio entre el diente adyacente es recomendable utilizar una banda de celuloide.

Protocolo de clase IV

Brooke Dave, (2014) indica los siguientes pasos para el protocolo clase IV:

1. Aislamiento con dique de goma.
2. Limpieza de la caries y preparación de la cavidad.
3. Lavado y secado de la superficie.
4. Colocar una matriz de acetato para la separación del diente adyacente.
5. Grabado ácido.
6. Lavar y secar la superficie.
7. Colocar el adhesivo.
8. Colocación del compómero por incrementos y fotopolimerizar.
9. Acabado y pulido de la superficie.
10. Retirar el dique y comprobar la oclusión.

2.9.3. Carillas de resina

Las carillas de resina pueden corregir el tamaño, el color y la forma del diente afectado, según Borba (2016) indica que se emplean como películas delgadas que se aplican a la cara vestibular del órgano dental.

Protocolo

Según el protocolo de carillas de Brooke (2014) en su libro de pediatría, nos dice que los pasos a seguir son:

1. Aislamiento con dique de goma.
2. Desgaste de la cara vestibular a preparar.
3. Lavado y secado de la superficie.
4. Colocación de la matriz de acetato.
5. Grabado ácido.
6. Lavar con abundante agua y secar la superficie.
7. Colocar el primer como acondicionador.
8. Colocación del compósito y polimerización capa a capa.
9. Pulido y control de oclusión.

2.9.4. Coronas de celuloideas

Mendoza y Solano (2014) refieren que las coronas de celuloide son moldes estéticos que ayudarán a devolver a la pieza dental afectada su armonía, siendo de mejor elección cuando hay mucha pérdida de estructura dental, son de fácil remoción y una vez terminadas se aprecia una superficie lisa.

Técnica tradicional de elaboración de corona de celuloideas

Según Borba (2016) señala que existen diferentes técnicas tradicionales, tales como:

1. Aislamiento absoluto.
2. Eliminación de caries.
3. Elección de la corona de celuloide.
4. Se selecciona el color adecuado del compómero.
5. Reducción de las superficies dentales.
6. Recorte y adaptación de la corona de acetato, la cual debe ir 1mm por debajo del borde gingival

7. Grabar la superficie dentaria y fotopolimerizar.
8. Rellenar la corona con el material restaurador
9. Colocar la corona de celuloide, retirar los excesos del material, y fotopolimerizar.
10. Retirar la corona de celuloide, pulir y control de oclusión.

2.10. Tratamiento pulpares

El objetivo de la terapia pulpar es mantener la integridad de los dientes y de los tejidos adyacentes, este tipo de tratamiento está indicado en dientes que han pasado por traumas o caries profundas sin que haya exposición pulpar.

2.10.1. Tratamiento pulpares indirecto

Andrade y Faraco (2016) explican que se puede realizar una terapia pulpar indirecta en dientes deciduos o permanentes que requieran recubrimiento pupar, de esta manera establecen los siguientes pasos:

1. Se realiza bajo anestesia local si es necesario.
2. Aislamiento absoluto para evitar la contaminación de bacterias.
3. Se elimina el tejido cariado empleando instrumentos rotatorios y cucharillas, se debe tener en cuenta evitar la sobrepreparación y por consecuencia la exposición pulpar.
4. Se limpia la cavidad con suero fisiológico.
5. Se aplica una base protectora de hidróxido de calcio y se fotocura.
6. Se restaura la cavidad con ionómero de vidrio y se realiza la restauración definitiva de elección.

2.11. Extracciones en dentición temporal

Maquera (2014) atribuye que la extracción dentaria en dientes deciduos o temporales no siempre está indicada debido a que algunos dientes exfolian solos. Sin embargo, se recomienda realizar la extracción en las siguientes normativas:

- Extracción inmediata en dientes intruidos por trauma
- Presencia de enfermedades sistémicas
- Alteración en la secuencia eruptiva por persistencia del diente deciduo
- Lesiones pulpares incapaces de ser resueltas
- Erupción ectópica de caninos maxilares, o cuando existe el riesgo de resorción de los incisivos permanentes (Maquera, 2014, p. 2).

Técnica

Muñoz (2017) determina que antes de empezar se debe realizar una radiografía inicial de la pieza dentaria a extraer, dentro de la técnica que se sugiere tenemos lo siguiente:

1. Se inicia el procedimiento con la aplicación de anestésico tópica y local.
2. Una vez anestesiado, se realiza la sindesmotomía, para la separación del tejido periodontal, lo que facilita utilizar elevadores para la luxación para la correcta luxación.
3. Una vez luxado, se da paso a toma del fórceps lo cual requiere de movimientos suaves, y protección del área.
4. Una vez terminada la extracción, se aproxima el tejido blando gingival, se coloca una gasa estéril, manteniéndose en boca de 5 a 10 minutos, creando de esta manera una hemostasia compresiva.

2.12. Aparatología en odontopediatría

McDonald y Avery (2018) establecen que los mantenedores de espacio van a preservar el espacio perdido, evitando la migración de las piezas dentales.

2.12.1. Mantenedores removibles

Salgado (2016) también aporta conocimientos sobre los mantenedores removibles, los cuales son aparatos retenidos por ganchos en los dientes pilares, que tienen como función principal sustituir el espacio que se ha perdido.

Objetivos del tratamiento protésico

Boj, et al., (2013) hace mención que los objetivos que tiene un mantenedor de espacio son primordial en la rehabilitación del niño entre los cuales están los siguientes:

- Restablecer la función masticatoria, cuando se trata de pérdida dentaria múltiples
- Permitir una correcta deglución, apareciendo cuando las pérdidas dentarias se producen en el sector anterior
- Restablecer la armonía estética y evitar repercusiones psicológicas, ya que afecta la imagen general del niño, quedando mal frente a sus amigos, dando baja autoestima
- Evitar alteraciones en la fonación, en pronunciar ciertas vocales y consonantes

- Evitar la aparición de hábitos, como succión del labio inferior, problemas oclusales, desplazamientos de otros dientes
- Mantener el espacio disponible, para evitar perder el espacio del diente deciduo como la longitud de la arcada para una correcta futura erupción (Boj, et al, 2013, p. 509-510).

2.12.2. Diseño y confección de la prótesis

El diseño de la prótesis se realiza en base al diagnóstico, de acuerdo a esto se establece la aparatología que el paciente necesita. Como primer paso una vez obtenido el modelo se realiza la confección de los ganchos, se acila, pule y se adapta en el paciente.

CAPITULO III

3. Marco metodológico

3.1. Modalidad de Trabajo.

3.2. Métodos

La Rehabilitación oral integral se realizó en una paciente de 7 años de edad en las clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, mediante un minucioso y detallado diagnóstico implementado con el formulario 033 del Ministerio de Salud Pública (MSP), y una ficha de Odontopediatría de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Antes de efectuar el tratamiento establecido, se procedió a explicar tanto al paciente como a su representante (madre) de manera detallada cada uno de los procedimientos que se le iban a realizar previo a la rehabilitación integral en la cavidad oral, accediendo y aceptando los mismos; para lo cual se elaboró un consentimiento informado firmado por su tutor, con el fin de iniciar el tratamiento de manera segura.

Todos los procedimientos fueron realizados en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, bajo la inspección de los docentes asignados en cada área.

3.3. Ética

Para realizar este tratamiento se consultó con el representante legal (madre) de la menor, con el fin de obtener su aceptación en el trabajo de sistematización de práctica, se les explicó tanto a la tutora como a la niña en lo que consistía la rehabilitación oral integral, en la que el paciente iba a ser sometido; de la misma manera se le manifestó que la información obtenida sería anónima y que se la emplearía con fines investigativos; aceptando lo establecido la tutora del niño firmó el consentimiento informado de los tratamientos, así como el consentimiento de fotografía, afirmando estar de acuerdo a participar en el trabajo de Sistematización de Práctica (ver anexo 1 y 2).

3.4 Protocolo de Tratamiento

Historia Clínica 033 (ver anexo 3 y 4).

Ficha Clínica de Odontopediatria de la USGP (ver anexo 5).

Odontograma (ver anexo 6).

Examen extraoral

Examen intraoral (ver anexo 9).

Radiografía Panorámica (ver figura 10.1).

Radiografías Periapicales (ver figura 10.2).

Hemograma Completo (ver anexo 11).

Modelos de Estudio (ver anexo 12).

Fotografías Extraorales (ver anexo 13).

Fotografía Frontal (ver figura 13.1).

Fotografía Frontal Sonriendo (ver figura 13.2).

Fotografías Laterales (ver figura 13.3).

Análisis Facial (ver anexo 14).

Fotografías Intraorales (ver anexo 15).

Técnicas de adaptación (ver anexo 16).

Decir-mostrar-hacer (ver figura 16.1).

Refuerzo positivo (ver figura 16.2).

Educación para la salud (ver anexo 17).

Ficha de Riesgo Cardiogénico (ver anexo 18).

Tratamientos Preventivos

Profilaxis (ver anexo 19).

Enjuague con clorhexidina al 0.12 (ver figura 19.1).

Raspado con Destartrotomos. (ver figura 19.2).

Cepillado Dental (ver figura 19.3).

Fluorización (ver anexo 20).

Elección de la cubeta (ver figura 20.1).

Limpieza del diente (ver figura 20.2).

Lavado de los dientes. (ver figura 20.3).

Secado de los dientes (ver figura 20.4).

Cargado de la cubeta con flúor (ver figura 20.5).

Colocación de la cubeta superior. (ver figura 20.6).

Colocación de la cubeta inferior (ver figura 20.7).

Retiro de las cubetas (ver figura 20.8).

Sellante. (ver anexo21).

Diagnostico (ver figura 21.1).

Cepillado. (Ver figura 21.2).

Lavado y secado de la superficie (ver figura 21.3).

Acondicionamiento con I.V (ver figura 21.4).

Lavado y secado con torundas de algodón (ver figura 21.5).

Colocación del ionomero de vidrio (ver figura 21.6).

Vaselina aislante (ver figura 21.7).

Presión digital sobre la superficie (ver figura.8).

Retiro del aislamiento (ver figura 21.9).

Tratamiento Restaurador Atraumático (ver anexo22).

Diagnostico (ver figura 22.1).

Eliminación de la placa bacteriana (ver figura 22.2).

Eliminación del tejido cariado (ver figura 22.3).

Lavado y secado de la superficie (ver figura 22.4).

Acondicionamiento con I.V (ver figura 22.5).

Lavado y secado con torundas de algodón (ver figura 22.6).

Colocación del I.V (ver figura 22.7).

Digitopresión y aislante con vaselina (ver figura 22.8).

Restauración con Resina en Sector Posterior (ver anexo23).

Aislamiento (ver figura 23.1).

Eliminación del tejido Cariado (ver figura 23.2).

Grabado ácido ortofosfórico (ver figura 23.3).

Lavado y secado de la superficie (ver figura 23.4).

Colocación del bonding (ver figura 23.5).

Colocación de la Resina (ver figura 23.6).

Fotocurado de la resina (ver figura 23.7).

Pulido (ver figura 23.8).

Tratamiento Pulpar (ver anexo 24).

Desinfección de la cavidad (ver figura 24.1).

Secado de la cavidad (ver figura 24.2).

Aplicación del Hidróxido de Calcio (ver figura 24.3).

Fotocurado del Hidróxido (ver figura 24.4).

Colocación del I.V (ver figura 24.5).

Restauración con resina en Sector Anterior (ver anexo 25).

Aislamiento (ver figura 25.1).

Eliminación del tejido cariado (ver figura 25.2).

Colocación del ácido ortofosfórico (ver figura 25.3).

Lavado de la superficie (ver figura 25.4).

Secado de la superficie (ver figura 25.5).

Colocación de bonding (ver figura 25.6).

Colocación de la resina (ver figura 25.7).

Fotocurado de la resina. (Ver figura 25.8)

Pulido (ver figura 25.9).

Coronas de Celuloide. (ver anexo 26).

Aislamiento (ver figura 26.1).

Elección de corona de celuloide (ver figura 26.2).

Selección del Color (ver figura 26.3).

Reducción de las superficies (ver figura 26.4).

Grabado con ácido ortofosfórico (ver figura 26.5).

Lavado de la superficie (ver figura 26.6).

Secado de la superficie (ver figura 26.7).

Colocación de adhesivo (ver figura 26.8).

Relleno de la corona con resina (ver figura 26.9).

Colocación de la corona y retiro de excesos (ver figura 26.10).

Fotocurado de la corona con resina. (ver figura 26.11).

Control de oclusión (ver figura 26.12).

Pulido. (ver figura 26.13).

Carilla de Resina (ver anexo27).

Desgaste de la cara vestibular (ver figura 27.1).

Lavado de la superficie (ver figura 27.2).

Secado de la superficie (ver figura 27.3).

Colocación de banda celuloide (ver figura 27.4).

Grabado con ácido ortofosfórico (ver figura 27.5).

Lavado y secado de la superficie (ver figura 27.6).

Colocación de bonding (ver figura 27.7).

Colocación de resina. (ver figura 27.8).

Fotocurado (ver figura 27.9).

Extracción Dental (ver anexo 28).

Anestesia tópica (ver figura 28.1).

Anestesia Infiltrativa (ver figura 28.2).

Luxación (ver figura 28.3).

Retiro con fórceps (ver figura 28.4).

Hemostasia Comprensiva (ver figura 28.5).

Colocación de gasa estéril (ver figura 28.6).

Ortodoncia, Aparatología removable (ver anexo29).

Toma de impresión superior (ver figura 29.1).

Toma de impresión inferior (ver figura 29.2).

Impresiones con alginato (ver figura 29.3).

Realizado del vaciado (ver figura 29.4).

Diseño de aparato en el modelo de estudio.

Elaboración de ganchos (ver figura 29.5).

Acrilado del aparato. (ver figura 29.6).

Rebajado y Pulido.

Adaptación de la aparatología ortodóncica. (ver figura 29.7).

Control de la oclusión (ver figura 29.8).

3.4. Marco administrativo.

Recursos humanos

Autor

Tutor de titulación

Tutor de metodología investigativa

3.5. Materiales

3.5.1. Materiales de barrera

Guantes

Mascarillas

Radiografías

Campos operatorios

Torundas de algodón

3.5.2. Materiales de oficina

Lápiz bicolor

Esfero azul

Borrador

3.5.3. Materiales para la prevención

Pasta profiláctica

Cepillo profiláctico

Succionador

Flúor acidulado

Torundas de algodón

Gasas

Cubetas desechables

3.5.4. Materiales para las operatorias

Fresas múltiples filo

Fresas cilíndricas, punta de lápiz y redondas

Fresas de pulido kit de grano fino (kenndo)

Fresas de pulido kit de grano grueso (kenndo)

Ácido fosfórico al 37% (3M)

Bonding (3M)

Microblush

Resinas híbridas (3M)

Ionómero de vidrio
Coltosol
Bandas de celuloides
Puntas de goma para pulir
Pasta Diamond
Coronas de celuloides
Diques de goma látex.
Perforador de diques
Arco de Young
Clamps y porta Clamps

3.5.5. Materiales para tratamientos pulpares

Dycal
Hipoclorito de sodio
Ionómero
Diques de goma látex.
Perforador de diques
Arco de Young
Clamps y porta Clamps
Cucharilla

3.5.6. Materiales para la extracción

Anestésicos
Agujas cortas
Carpule
Elevadores
Fórceps 150S y 151S
Gasas
Algodón
Suero Fisiológico

3.5.7. Materiales para la aparatología

Alginato
Yeso blanco
Alambre # 0.8mm
Alicates
Acrílico rápido en polvo
Acrílico rápido en líquido
Aislante

3.5.8. Tecnológicos.

Computadora.
Impresora.
CD

Pendrive

Celular con buena resolución

3.6. Presupuesto

El trabajo de titulación: Sistematización de práctica tuvo un costo de \$696.30

3.6.1. Tabla de presupuesto.

(Ver anexo 7)

3.7. Cronograma.

(Ver anexo 8)

CAPITULO IV

4. Resultados

La rehabilitación oral integral de la niña logró devolver la función masticatoria, estética y fonética que se habían perdido por la caries dental. (Ver anexo 30)

Al realizar el diagnóstico, se consiguió verificar mediante el formulario 033 y la ficha clínica pediátrica las anomalías bucales presentes en el paciente, se efectuaron exámenes complementarios, que permitieron llevar a cabo el tratamiento rehabilitador del paciente pediátrico.

Antes de intervenir al paciente fue necesario educar tanto al niño como a su representante con temas preventivos, lo cual determinaría el éxito o fracaso del tratamiento.

Fue preciso establecer el tiempo apropiado para la adaptación de la consulta, partiendo de lo más sencillo a lo más complejo. Este procedimiento incluyó tratamientos preventivos como profilaxis, fluorización, para tratar el proceso de caries iniciales y prevenir la aparición de nuevas lesiones cariosas, aplicación de sellantes de fosas y fisuras en los primeros molares permanentes para protegerlos de caries futuras con ionómero de vidrio.

Se realizaron restauraciones atraumáticas (TRA-ART), en piezas con caries activas y no activas, disminuyendo de esta manera la carga cariogénica; después de la colocación del ionomero se procedió a realizar un desgaste para la aplicación del compómero (resina) fotopolimerizable con aislamiento absoluto.

Se efectuaron tratamientos pulpares indirectos en el sector anterior, utilizando hidróxido de calcio en jeringa, colocándose en el piso de la dentina, seguido de este tratamiento las piezas fueron terminadas con coronas de celuloide, además de esto se realizó una carilla de resina para terminar con la estética siguiendo los protocolos del mismo.

Las piezas que mostraron mayor destrucción y que no pudieron restaurarse fueron extraídas eliminándose así el foco infeccioso.

na vez realizadas las extracciones se continuó con el tratamiento de ortodoncia, para lo cual se confeccionó una aparatología removible, con el fin de mantener el espacio de las piezas extraídas, en el maxilar superior se reemplazó con dientes artificiales las piezas # 5.4, 6.4 y en el inferior las piezas # 7.4 y 8.4; con lo que se logró devolver la parte funcional, estética y psico-social al paciente.

Al concluir este trabajo de sistematización de prácticas, se lograron los objetivos propuestos, donde se pusieron en práctica todos los conocimientos adquiridos durante la formación profesional en la carrera de Odontología, rehabilitando a la paciente, lo que permitió devolverle la salud oral.

BIBLIOGRAFÍA

- Bartrina. (2014). *Nutrición Comunitaria*. Madrid: Editorial Cantabria.
- Alanis, S. (2016). Mantenedor de espacio o recuperador de espacio. *Medigraphic Revista*, 4-7. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od1111f.pdf>
- Alcayaga, R. (2013). La interacción paciente-dentista. *Odontoestomatol Revista*, 1-2. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v20n4/original2.pdf>
- Alejandra, V. (2014). Cariogenicidad de la placa y riesgo de caries. *Revista Sociedad Chilena de Odontopediatría*, 1-3. Recuperado de: <https://odontopediatria.cl/wp-content/uploads/2015/08/vol-27-n2-2012.pdf>
- Andrade, P. (2016). Terapia pulpar en dientes decíduos. *Revista Odontopediatria*, 2-8. Recuperado de: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria-Capitulo-19.pdf>
- Balda, Z. (2015). Lesión inicial de caries. *Acta Odontológica Venezolana*, 2-6. Recuperada de: https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/lesion_inicial_caries.asp
- Barrancos, M. (2015). *Operatoria Dental: avances clínicos, restauraciones y estética*. Buenos Aires: Panamericana.
- Boj, C . (2013). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. Barcelona: Masson Editorial.
- Bordoni, N. (2010). *Odontología pediátrica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Botero, P . (2014). *Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar*. Medellín: EDUEC Editorial.
- Brooke, D. (2014). *Pediatría*. México: Manual Moderno.

- Burgué, C. (2017). La cara y su análisis. *Revista Odontoestomatológica*, 2-3. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/la_cara,_sus_proporciones_esteticas.pdf
- Carolina, S. (2015). Relación del flúor en la salud oral de los niños. *Revista Chilena de Odontopediatría*, 2-5. Recuperado de: <https://odontopediatria.cl/wp-content/uploads/2015/08/vol-27-n1-2012.pdf>
- Cisneros, D. (2017). La educación para la salud bucal en edades tempranas . *Revista Medisan*, 5. Recuperado de : <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n10/san131011.pdf>
- Ministerio de Salud Publica. (2014). Protocolos Odontológicos. Quito: La Caracola Editores. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Protocolos-Odontol%C3%B3gicos.pdf>
- Garchitorena, S. (2015). Abordaje biológico de la caries profunda en dentina. *Revista Odontoestomatología*, 7. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392010000200002
- González, S. (2013). Relación entre caries dental y el consumo de alimentos. *Nutrición Hospitalaria*, 2-4. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008
- Gulayin, H. (2017). Aplicación de la radiografía periapical . *FOLP Revista*, 2. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/66807/P%C3%B3ster_.pdf-PDFA.pdf?sequence=1
- Gurrola, M. y Álvarez, B. (2018). Cavidades para dentición infantil. Zaragoza: Universidad Autónoma de México. Recuperado de: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-nacional-autonoma-de-mexico/odontopediatria/apuntes/cavidades-denticion-infantil/2573547/view>
- Hebling, B. (2016). Operatoria dental en odontopediatría. *Revista de Odontopediatría*, 6-9. Recuperado de: [:https://www.revistaodontopediatria.org/tools/descargar-revista/revista/%3Fi%3DALOP-2016-1+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec](https://www.revistaodontopediatria.org/tools/descargar-revista/revista/%3Fi%3DALOP-2016-1+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec)

- Mamani, L. (2013). Alimentos cariostáticos. *Revista Boliviana*, 1-3. Recuperado de: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v35/v35_a03.pdf
- Maquera, P. (2014). Exodoncia en niños. *Revista latinoamericana de odontopediatría*, 1-6. Recuperado de: <https://odontopediatria.cl/wp-content/uploads/2015/08/ALOP-2014-2.pdf>
- Jiménez, M. (2013). *Odontopediatría en atención primaria*. Madrid: Editorial Vértice. Recuperado de: <https://www.aepap.org/sites/default/files/introodontopediatria.pdf>
- McDonald y Avery. (2018). *Odontología pediátrica y del adolescente*. España: Elsevier.
- Medina, J. (2013). Adaptación del niño a la consulta odontológica. *Revista Odontológica Venezuela*, 1-5. Recuperado de: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/4799/1/UDLA-EC-TOD-2016-10.pdf>
- Mendoza, A. y Solano, R. (2014). *Guía de Odontopediatría*. Sevilla: Masson.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Evaluación de tecnologías sanitarias. Boletín ETES, 5. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/08/Bolet%C3%ADn-N1-FINAL.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Protocolos Odontológicos. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Protocolos-Odontol%C3%B3gicos.pdf>
- Miñana, V. (2013). Promoción de salud bucodental. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 2-4. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n51/grupo.pdf>
- Monty, D. Angus, C. y Jack, T. (2014). *Odontología pediátrica*. Colombia: Manual Moderno.
- Muñoz, P. (2017). Exodoncia temporal. *Revista Bolivariana*, 2-4. Recuperada de: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v23/v23_a09.pdf

- Núñez, D. y García, L. (2010). Bioquímica de la caries dental. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9n2/rhcm04210.pdf>
- Parodi, E. (2017). Tipos de caries. Actualización de Actas Odontológicas, 2-4. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ao/v14n1/2393-6304-ao-14-01-00014.pdf>
- Reyes, S. (2014). Manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica. *Revista Latinoamericana de Odontopediatría*, 2-4. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v27n1/0121-246X-rfoua-27-01-00086.pdf>
- Polin, M. (2015). Odontopediatría. Chile: *Meredian Editorial*. Recuperado de: <https://odontopediatria.cl/wp-content/uploads/2015/08/Revista-Odontopediatria-2015-30-2.pdf>
- Roldán, O. (2016). Radiografía panorámica método de diagnóstico. *Medical Revista*, 2. Recuperado de: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/192/315>
- Rojas, S. (2015). Uso de pasta fluoradas en niños. *Sociedad de Odontopediatra de Chile Revista*, 40-43. Recuperado de: <https://odontopediatria.cl/wp-content/uploads/2015/08/ALOP-2014-2.pdf>
- Vasconez, N. (2014). Protocolos Odontológicos: Salud Bucal. Quito: MSP Gobierno de la República del Ecuador. Recuperado de: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20Caries%20final%20%2024-12-2014.pdf>
- Vásquez, S. y Ferreria, G. (2016). Caries dental en menores en situación de pobreza. *Revista estomatológica herediana*, 17. Recuperado de: <https://cv.conacyt.gov.py/publicar/cv?id=83488b575f8d30d46a554fec58402b>
- Vélez, T. (2016). Análisis fotográfico. Universidad Cooperativa de Colombia, 4,5,7,8. Recuperado de: <https://www.ucc.edu.co/prensa/2016/PublishingImages/Paginas/inicia-jornada-de-rendicion-de-cuentas-en-la-universidad-/Resumen%20Balance%20Social%202016.pdf>

- Wambier, I. (2015). Tratamiento Restaurador Atraumático (ART). *Revista Odontopediatría ALOP*, 2-4. Recuperado de: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria-Capitulo-18.pdf>
- Zavala, A. Castellón, M. (2014). Rehabilitación oral en niños, con enfoque preventivo y psicológico. *Revista Tamé*, 1. Recuperado de: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_7/Tam137-5.pdf

ANEXOS



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento y autorización:

Yo, _____ C.I. _____

Representante del niño(a), he entendido los detalles respecto al plan de tratamiento, sus propósitos, complicaciones y beneficios, comprendo y estoy satisfecho con la información recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado convenientemente que me fueran aclaradas.

En consecuencia doy mi consentimiento para la realización de tratamientos odontológicos como: Profilaxis, fluorización, sellantes, restauraciones, extracciones, tratamientos de conducto, aparatologías de ortopedia, entre otros.

Por ellos autorizo a _____ para llevar a cabo el procedimiento, supervisado por el docente _____ responsable de la clínica odontológica.

Lo que firmo en Portoviejo, _____ de 201_____

Firma del representante

Parentesco

Anexo 1. Consentimiento informado del tratamiento.

Fuente: Universidad san Gregorio de Portoviejo.




Consentimiento Informado para toma de fotografías

Área o áreas a fotografiar: _____

Fecha: _____

Autorizo a _____ la toma de fotografías
 extraorales e intraorales, bajo las siguientes condiciones:

1. Las fotografías tomadas podrán ser usadas para el expediente odontológico, para investigación y para educación cuidando siempre la dignidad e integridad del menor mediante métodos adecuado para su acceso. Estas fotografías y la información obtenida del estudio pueden ser publicadas por separado o en conexión en revistas de salud, aprendizaje e investigación, entendiendo específicamente que por ningún motivo se dará a conocer la identidad.
2. Las fotografías pueden ser modificadas o retocadas en la medida en que se considere necesario.

Nombre del representante firma si autorizo firma no autorizo

Anexo 2 Consentimiento informado de fotografías

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo

Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Curso de Odontología
USGP

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA	

MENOR DE 1 AÑO	1 - 3 AÑOS	3 - 5 AÑOS PROGRAMADO	3 - 14 AÑOS NO PROGRAMADO	11 - 14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 18 AÑOS	MAYOR DE 18 AÑOS	ENFERMAZADA
----------------	------------	-----------------------	---------------------------	-------------------------	--------------	------------------	-------------

REGISTRAR LA CAUSAL Y EL PROBLEMA EN LA VISIÓN DEL ESPIONAMIENTO

1 MOTIVO DE CONSULTA

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

REGISTRAR EN ESTE ESPACIO LA ENFERMEDAD, SÍNTOMAS, SIGNOS Y/O LESIONES, TIPO DE ASISTENCIA, EVALUACIÓN ESTOMATOLÓGICA

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS ANTIBIÓTICAS	2. ALERGIAS ANESTÉSICAS	3. HEMO. RECIDIVAS	4. HIRSIDIA	5. TUBER. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDÍACA	10. OTRO
--------------------------	-------------------------	--------------------	-------------	------------------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

1. FRECUENCIA	2. FRECUENCIA	3. TEMPERATURA	4. FRECUENCIA
ARTERIAL	CARDÍACA MIN	ORAL °C	RESPIRATORIA MIN

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

REGISTRAR EN ESTE ESPACIO EL TIPO DE OCLUSIÓN Y LA CLASIFICACIÓN DE LA OCLUSIÓN

1. LARGOS	2. MEDIANOS	3. MEDIANOS SUPERIORES	4. MEDIANOS INFERIORES	5. LINGUALES	6. PALADARES	7. FREOS	8. CARPILOS
9. QUADRIPLAS BILATERALES	10. QUADRIPLAS UNILATERALES	11. A. F. M.	12. QUADRIPLAS				

6 ODONTOGRAMA

INDICAR CON ESTOS SÍMBOLOS EL TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO EN CADA UNA DE LAS PARTES QUE SE INDICAN EN LOS ÍNDICES Y/O CLASIFICACIONES MANDIBULARES Y SI APlica

RECESADA

MOVILIDAD

VESTIBULAR

LINGUAL

VESTIBULAR

MOVILIDAD

MOVILIDAD

RECESADA

MOVILIDAD

VESTIBULAR

LINGUAL

VESTIBULAR

MOVILIDAD

MOVILIDAD

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
				LEVE	ANGLE I	LEVE
				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
				SEVERA	ANGLE III	SEVERA

PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
16 17 25 35 41 46	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1
TOTALES			

8 INDICES CPO- coo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	o	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

⊖ F.P.D. SILLANTE NECESARIO	⊕ HENDIDA (SIN CAUSAL)	⊖ HENDIDA (SIN CAUSAL)
⊗ SILLANTE REALIZADO	△ ENGENDRIA	⊖ CORTINA
⊖ EXTIRPACION ANOMALA	⊖ FUGITIVOS PER	⊖ SUD
⊖ PARODONTOPATIAS	⊖ HIGIENE REMOVIDA	⊖ SUD

SNG-MSP / HCU-Form 033-2008

Anexo 3 Anverso Ficha clínica 033

Fuente: Ministerio de Salud Pública

10 PLANES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO Y EDUCACIONAL										
BIOMETRIA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAYOS X	OTROS							
11 DIAGNÓSTICO										
PRE-PRESUNTIVO				CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF	
1						1				
2						4				
FECHA DE APERTURA		FECHA DE CONTROL		PROFESIONAL		CÓDIGO	FIRMA	NÚMERO DE HOJA		
12 TRATAMIENTO										
SESION Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES			PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA				
SESION 1						CÓDIGO	FIRMA			
FECHA										
SESION 2						CÓDIGO	FIRMA			
FECHA										
SESION 3						CÓDIGO	FIRMA			
FECHA										
SESION 4						CÓDIGO	FIRMA			
FECHA										
SESION 5						CÓDIGO	FIRMA			
FECHA										
SESION 6						CÓDIGO	FIRMA			
FECHA										
SESION 7						CÓDIGO	FIRMA			
FECHA										
SESION 8						CÓDIGO	FIRMA			
FECHA										
SESION 9						CÓDIGO	FIRMA			
FECHA										

ODONTOLÓGIA (2)

SNIS-MSP / HCU-Form 033/2008

Anexo 4 Reverso Ficha clinica 033

Fuente: Ministerio de Salud Publica

Odontopediatría

N° H.C. _____ Fecha _____

Nombre del paciente _____ Edad _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del Estudiante _____ Semestre _____

Adaptación
 Profilaxis
 Aplicación de Flúor
 Sellantes
 Restauración limitada a Esmalte ___ Dentina ___
 Extracción/Exfoliación
 Terapia pulpar

Pulpotomía Pulpectomía N.I.E.T. Diagnóstico pulpar _____

Protocolos	Indicaciones	Firmas
Apertura cameral		
Eliminación de pulpa cameral		
Conductometría	M ___ D ___ P ___	
Instrumentación radicular		
Material de obturación		
Restauración final		

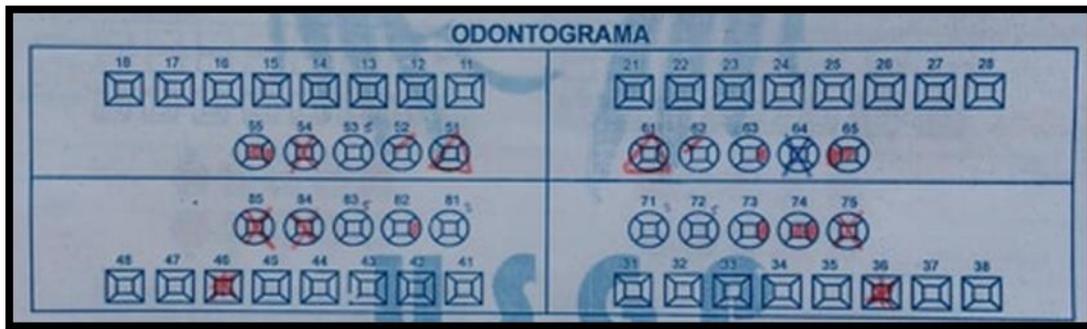
<p>DETERMINAR</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">11 12 13 14 15</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>GENERAL</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">11 12 13 14 15</p>	16	17	18	19	20	21	22	23	<input type="checkbox"/>	20	21	22	23	24	<input type="checkbox"/>	<p>DETERMINAR</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">31 32 33 34 35</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>GENERAL</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	24	25	26	27	28	29	30	31	<input type="checkbox"/>	31	32	33	34	35	36	<input type="checkbox"/>																																	
16	17	18	19	20	21	22	23																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
20	21	22	23	24																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
24	25	26	27	28	29	30	31																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
31	32	33	34	35	36																																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												

Nombre del docente _____ Firma _____

Valoración _____ Calificación _____

Anexo 5 Ficha clínica de Odontopediatría

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo



Anexo 6 Odontograma

Fuente: llenado de odontograma de elaboración propia

Material	Costo/Caja/Frasco	N° Unidades o Porción	Costo de Unidad o Porción	Costo
Campos Operatorios	\$10.00	40	\$0.15	\$6.00
Pasta Profiláctica	\$5.00	1	\$4.50	\$4.25
Cepillo Profiláctico	\$5.00	15	\$0.25	\$3.75
Cubetas desechables para Fluor	\$10	3	\$0.20	\$0.60
Fluor	\$4.00	1	\$4.00	\$4.00
Paquete de Gasa	\$2.00	50	\$2.00	\$2.00
Radiografías Periapicales	\$20	10	\$0.50	\$5.00
Radiografía Panorámica	\$20.00	1	\$20.00	\$20.00
Guantes	\$12.00	1	\$12.00	\$12.00
Mascarilla	\$5.00	30	\$0.10	\$3.00
Algodón	\$3.00	1	\$3.00	\$3.00
Succionador de saliva	\$10.00	15	\$0.25	\$3.75
I.V Fuji IX	\$28.85	1	\$28.85	\$28.85
Vaselina	\$0.50	1	\$0.50	\$0.50
Fresas Kendu	\$10.00	10	\$1.00	\$10.00
Fresas punta de Goma	\$10	10	\$1.00	\$10.00
Fresas Redondas	\$1.50	5	\$1.50	\$7.50
Abre Boca Pediátrico de goma	\$2.50	4	\$2.50	\$10.00
Abre boca pediátrico de plástico	\$2.00	1	\$2.00	\$2.00
Cucharilla mayleffer	\$25.00	2	\$25.00	\$50.00
Kit de Resinas	\$275	1	\$275	\$275
Anestésicos	\$70	4	\$70	\$2.80
Alginato	\$8.00	1	\$8.00	\$8.00
yeso	\$1.00	2	\$1.00	\$2.00
Cubetas para toma de impresión	\$2.00	2	\$2.00	\$4.00
Acrílico líquido	\$0.60	1	\$0.60	\$0.60
Acrílico polvo	\$0.60	2	\$0.60	\$1.20
Dientes Artificiales	\$2.50	2	\$2.50	\$5.00
Líquidos Reveladores	\$7.00	2	\$7.00	\$14.00
Agujas Pediátricas	\$0.50	4	\$0.50	\$2.00
Suero Fisiológico	\$2.50	1	\$2.50	\$2.50
Microbrush	\$7.00	1	\$7.00	\$7.00
Anestésico tópico	\$3.50	1	\$3.50	\$3.50
Impresiones		450	0.15	67.50
Portaca o empaste		3	\$15	45
Transporte/Incentivos				\$70
Total				\$696.30

Anexo 7 Tabla de presupuesto



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIJEJO
CARRERA DE ODONTOLOGIA
CRÓNograma DE SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS
PERIODO: SEPTIEMBRE 2018 FEBRERO 2019

SEMANAS	FECHAS	NUMERO DE HORAS			ACTIVIDADES	OBSERV.
		TUTORIAS METODOLÓGICA	PRAXIS PROFESIONAL	TUTORIA PERSONALIZADA		
	3-7 SEPT. 2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACIÓN	PERIODO DE MATRÍCULAS ORDINARIAS
	10-14 SEPT. 2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACIÓN	PERIODO DE MATRÍCULAS ORDINARIAS
	17-21 SEPT. 2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACIÓN	PERIODO DE MATRÍCULAS EXTRAORDINARIAS
1	24-28 SEPT. 2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACIÓN	
2	1-5 OCT. 2018			10	PRESENTACION DE PACIENTES	
3	8-12 OCT. 2018	8		10	PRESENTACION DE PACIENTES	EXEPTO LUNES 8 DE OCT.
4	15-19 OCT. 2018	8		10	PRESENTACION DE PACIENTES	EXEPTO 18 DE OCT.
5	22-26 OCT. 2018	8		10	TRABAJO DE TITULACION	
6	29 OCT. - 2 NOV. 2018	8		10	TRABAJO DE TITULACION	EXEPTO VIERNES 2
7	5-9 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
8	12-16 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
9	19-23 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
10	26-30 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
11	3-7 DIC. 2018	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
12	10-15 DIC. 2018	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
13	2-4 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
14	7-11 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
15	14-18 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
16	21-25 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
17	28 ENERO- 1 FEB. 2019	8		10	REVISION DE PACIENTES POR TRIBUNAL DEMUNICI	
18	4-8 FEB. 2019			10	ENTREGA NORMALIZADOR DEL BO-CRONS PRAXI	
	11-15 FEB. 2019				REVISION POR PROFESORES Y TITORES / CORRECCION GRAMATICAL	
	18-22 FEB. 2019				PUNAJE/ TRADUCCION RESUMEN	
	28 FEB. 2019				ENTREGA DEL INFORME FINAL	
TOTAL HORAS		120	80	200		

Elaborado por:
Dra. Mónica Cabrera Sánchez
Responsable de Titulación

Aprobado por:
Dra. Lucía Galarrá Salfiana
Coordinadora de Carrera

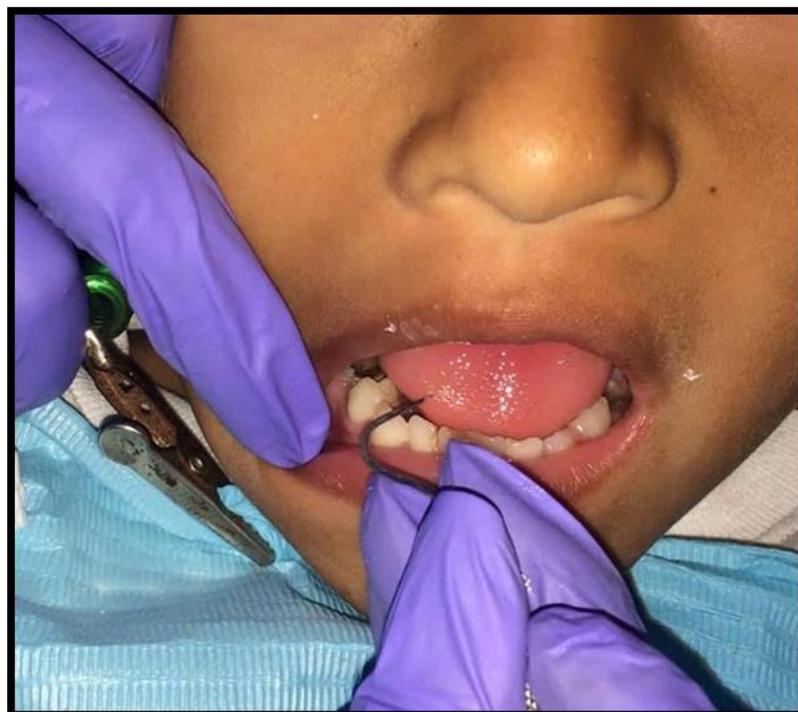


Anexo 8 Cronograma

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo



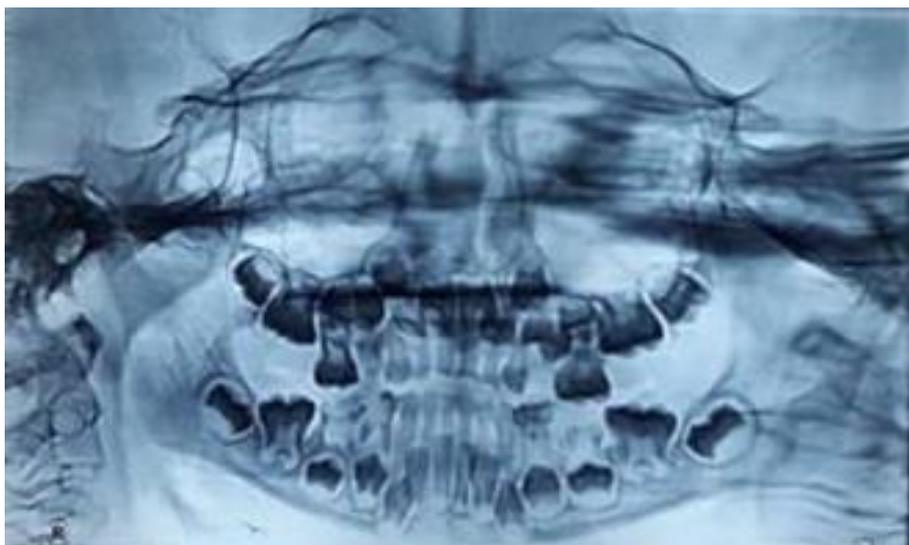
9.1 Palpación



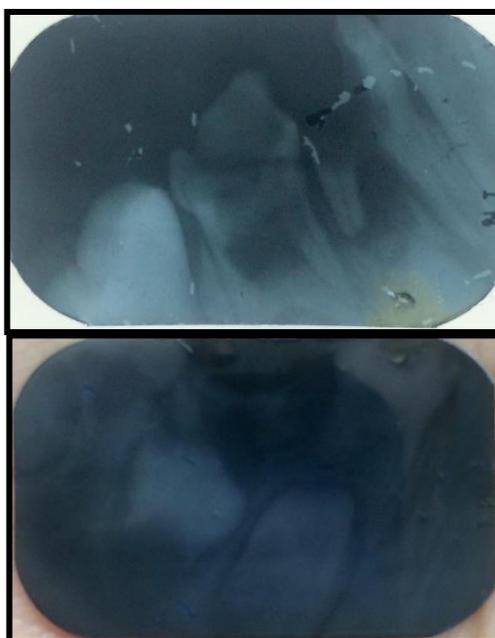
9.2 Inspección

Anexo 9 Palpación e inspección

Fuente: fotografías tomadas en clínicas de elaboración propia.



10.1 Radiografía Panorámica



10.2 Radiografías Periapicales

Anexo 10 radiografía panorámica y periapicales

LABORATORIO CLÍNICO GAMMA
Somos tu elección porque nos importa tu salud

P.B.X: 2634590
1500 labgamma (522426)
www.gamma.com.ec

1 / 1 Paciente **miércoles, 28 de noviembre de 2018 (07:16)** Edad **7 AÑOS**
Niña Marilyn Jamileth Pincay Vega Análisis 11 Sexo **Femenino** Historia 377218
Médico AV 587084

Resultados		Valores de referencia**	
HEMATO-INMUNOHEMATOLOGIA			
Leucocitos	5,340	/ul	5,000 - 14,500
Hemates	4,670,000	/ul	4,000,000 - 5,200,000
Hemoglobina	12.1	g/dl	11.5 - 14.5
Hematócrito	36.6	%	31.0 - 45.0
VCM	78	fl.	71.0 - 91.0
HCM	25.9	pg.	22.0 - 32.0
CHCM	33.1	%	32.0 - 36.0
IDE	12.8	%	11.5 - 16.0
Plaquetas	346	mil/ul	150 - 521
VPM	8.6	fl.	7.2 - 11.1
Plaquetocrito	0.298	%	Menos de 2.0 %
GI %	0.0 %	0 /ul	
N. Segmentados	40.0 %	2136 /ul	
Eosinófilos	15.0 %	801 /ul	
Basófilos	0.0 %	0 /ul	
Linfocitos	38.0 %	2029 /ul	
Monocitos	7.0 %	374 /ul	
Morfología de células sanguíneas: Normal			
VSG (1ra. Hora) Westergren	3	mm.	Hombres < 15 mm. Mujeres < 20 Niños < 10 RN. 0 - 2 Embarazadas < 45

* Resultados verificados
MSV 28/nov/2018 12:33

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

Se considera el punto (.) como separador decimal y la coma (,) como separador de miles para todos los resultados.

(*) Los valores de referencia de este informe en la mayoría de los casos se muestran de acuerdo a la edad y sexo del paciente. Las determinaciones de Laboratorio deben ser consideradas como ayuda al diagnóstico y su interpretación/comparación debe ser la historia clínica y evolución particular de cada paciente.

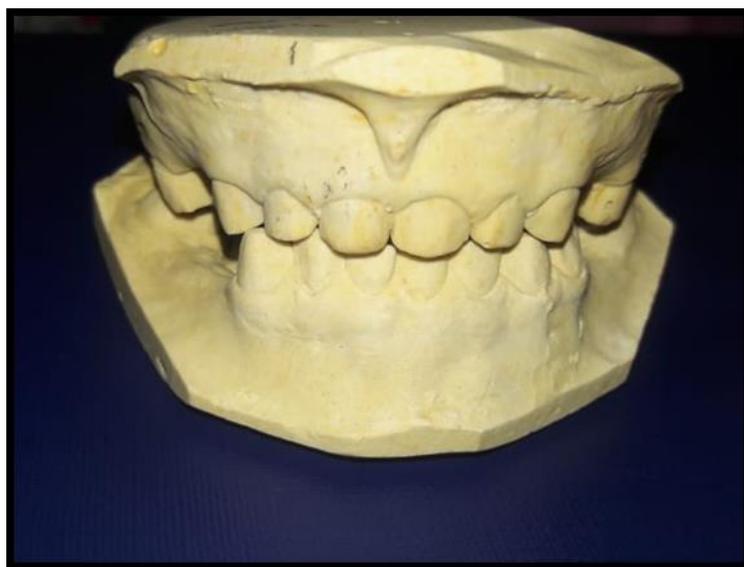
Portoviejo Matriz Av. Manabí y Av. América, entre Banca del Pacífico y Fibrecs	Portoviejo Sucursal Rocafranco y 12 de Marzo esquina, sector Hospital "Dr. Verdi Cevallos Sotola"	Manabí Calle 16 y Av. 37 esquina, Centro Médico Nueva, barrio "Las Acacias"	Bahía Malecón Alberto Serrano y Calle Agustina Escobedo
---	--	--	--

Anexo II Hemograma completo

Fuente: Exámenes de Resultados del laboratorio Gamma



Modelo diagnostico



Modelo Definitivo

Anexo 12 Modelos de Estudios



13.1 Fotografía frontal



13.2 Fotografía frontal sonriendo



13.3 Fotografías Laterales

Anexo 13 Fotografías Extraorales



Anexo 14 Análisis Facial



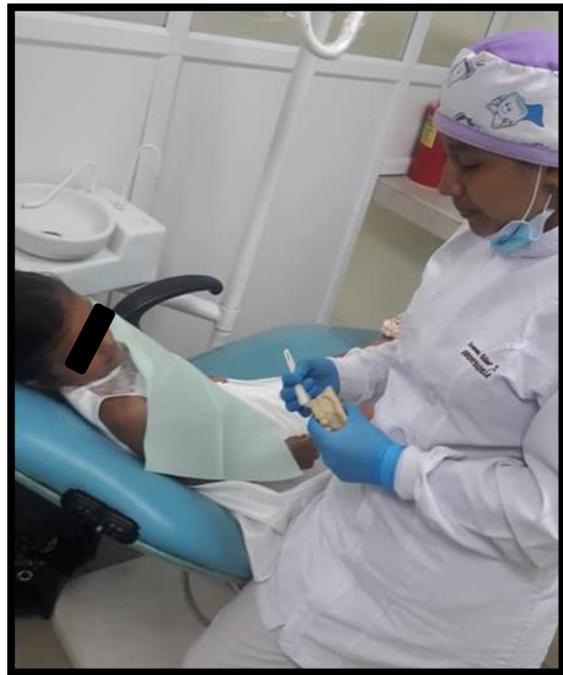
Arcadas en oclusión



Fracturas por trauma oclusal



Dientes totalmente destruidos por caries



16.1 Decir-mostrar-hacer



16.2 Refuerzo Positivo

Anexo 16 Técnicas de Adaptación



Anexo 17 Educación para la salud

Factores de riesgo a ser considerados (Comprobar los más adecuados)		Indicadores de Riesgo	
		Identificado	No identificado
Parte 1 – Historia Médica			
B (22, 23)	Necesidad especial relacionada con coordinación motora o cooperación ^A	si	no
B (24, 25)	Alteración de flujo salival (boca seca) ^A	si	no
B (26-28)	Utilización de medicamentos cariogénicos	si	no
B (29-33)	Nivel de educación y socioeconómico del país	Bajo o medio	alto
B (34-36)	Padres o niñeras con caries	si	no
B (37)	Frecuencia de visita al consultorio odontológico	Ninguna o irregular	Regular
B (38-42)	Experiencia anterior de caries Tiempo transcurrido desde la última lesión de caries	Si hasta 24 meses	no >24 meses
B (43, 44)	Presencia de brackets u otros aparatos ortodónticos ^F	si	no
A (45)	Frecuencia diaria de cepillado	< o igual a 1 vez	2-3 veces
B (46-51)	Frecuencia diaria de ingesta de alimentos cariogénicos (incluye: mamadera, ingesta de otros líquidos que no sea agua, consumo de jugos, refrigerantes, bebidas deportivas)	Más de 4 veces	Hasta 4 veces
A (45, 52)	Exposición a flúor ^{F,G}	- no usa pasta fluorada - no usa agua fluorada	- usa pasta fluorada - bebe agua fluorada
Parte 2 – Evaluación Clínica			
(19, 53)	Placa visible (blanca y pegajosa)	presente	ausente
(19)	Gingivitis (encia edematosa y roja)	presente	ausente
A (54, 55)	Defecto de esmalte, surcos y fisuras profundas.	presente	ninguna

Anexo 18 Ficha de Riesgo Cariogénico



19. 1 Enjuague con clorhexidina al 0.12%



19. 2 Raspado con Destartrotomo



19.3 Cepillado Dental

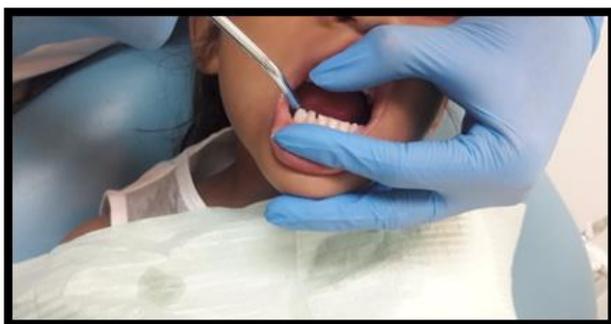
Anexo 19 Profilaxis



20.1 Elección de la cubeta



20.2 Limpieza de los dientes



20.3 Lavado de los dientes



20.4 Secado de los dientes



20.5 Cargado de la cubeta con flúor

Anexo 20 Fluorización



20.6 Colocación de la cubeta superior



20.7 Colocación de la cubeta inferior



20.8 retiro de las cubetas

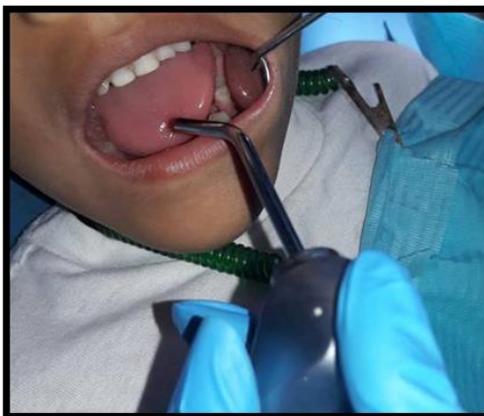
Anexo 20 Fluorización



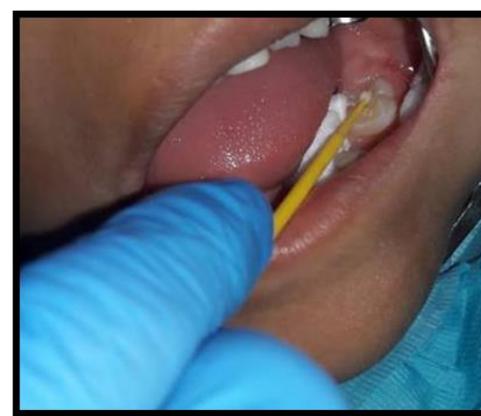
21.1 Diagnóstico



21.2 Cepillado



21.3 Lavado y secado de la superficie



21.4 Acondicionamiento (liquido del I.V)

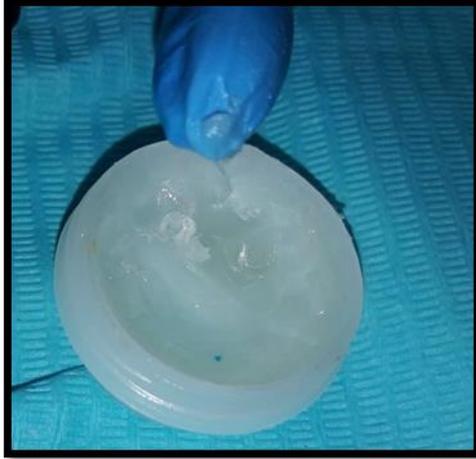


21.5 lavado y secado con torunda de algodón



21.6 Colocación del I.V

Anexo 21 Sellantes



21.7 Vaselina Aislante



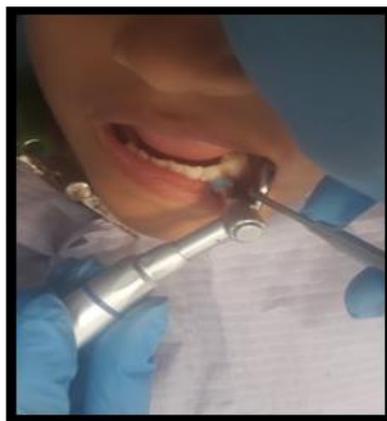
21.8 Presión digital sobre la superficie



21.9 Retiro del aislamiento



22.1 Diagnóstico



22.2 Eliminación de la placa bacteriana



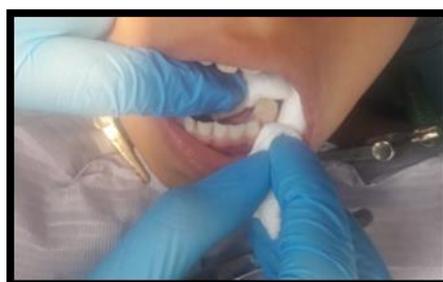
22.3 Eliminación del tejido Cariado



22.4 Lavado y secado de la superficie



22.5 Acondicionamiento con I.V



22.6 lavado y secado con torundas



22.7 Colocación del I.V

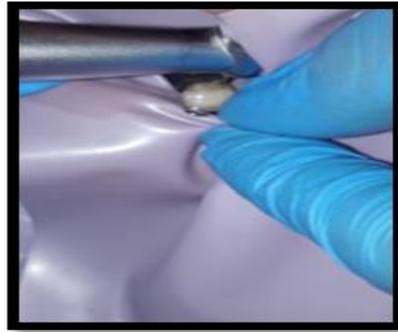


22.8 Digitopresión y aislante con vaselina

Anexo 22 Tratamiento Restaurador Atraumático



23.1 Aislamiento



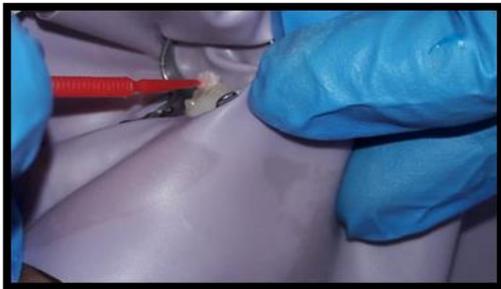
23.2 Eliminación de tejido cariado



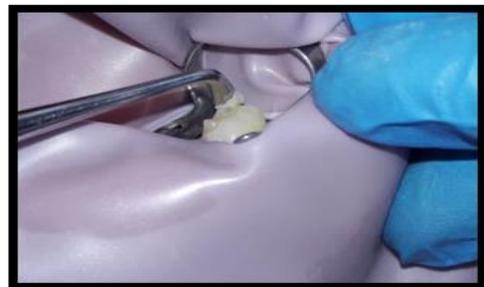
23.3 Grabado ácido



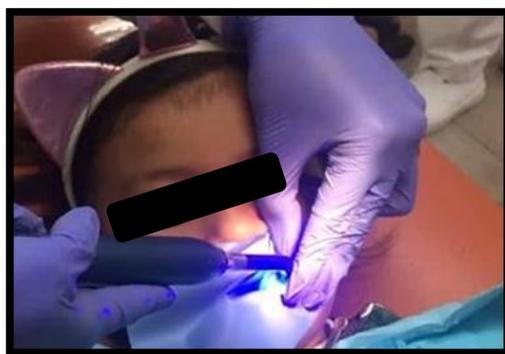
23.4 Lavado y secado



23.5 Colocación de bonding



23.6 Colocación de resina



23.7 Fotocurado de la resina



23.8 Pulido

Anexo 23 Restauración con resina Posterior



24.1 Desinfección de la cavidad



24.2 Secado de la cavidad

24.3 Aplicación de hidróxido de calcio



25.4 Fotocurado del hidróxido



25.4 Colocación del ionómero de vidrio

Anexo 24 Tratamiento pulpar



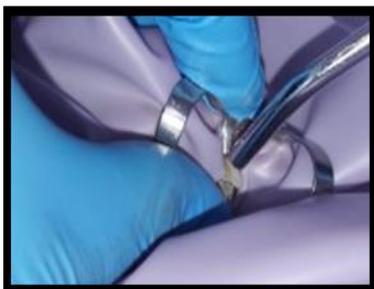
25.1 Aislamiento



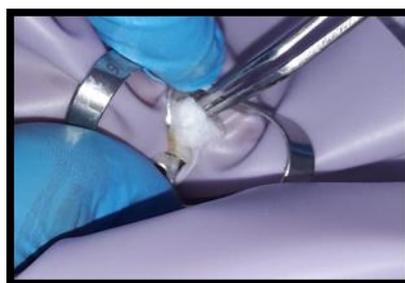
25.2 Eliminación de tejido cariado



25.3 colocación de ácido



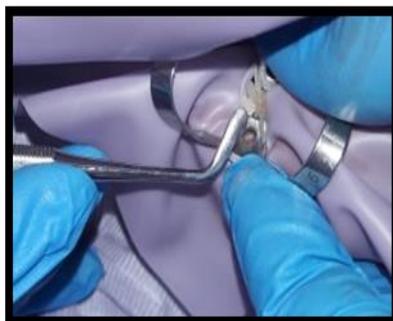
25.4 lavado



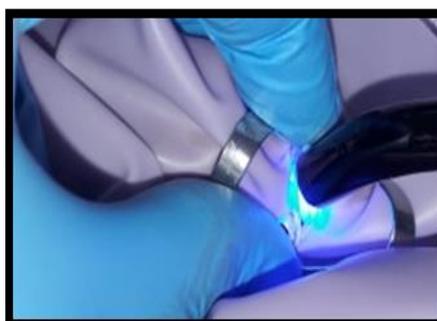
25.5 secado



25.6 Bonding



25.7 colocación de resina



25.8 Fotocurado



25.9 Pulido

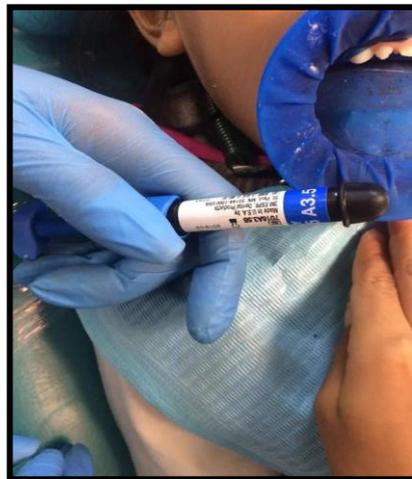
Anexo 25 Restauración con resina en Anterior



26.1 Aislamiento



26.2 Elección de la corona de celuloide



26.3 Selección del color



26.4 Reducción de las superficies



26.5 Grabado Acido

Anexo 26 Coronas de Celuloide



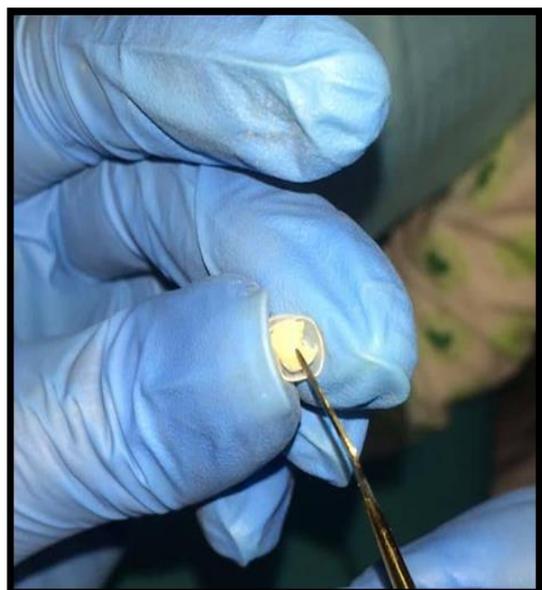
26.6 Lavado de la superficie



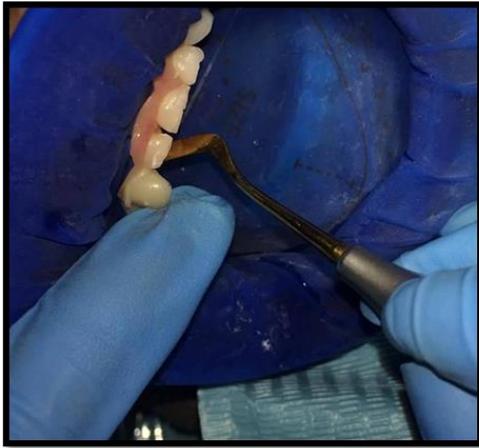
26.7 Secado de la superficie



26.8 Adhesivo



26.9 Relleno de la corona con resina



26.10 Colocación de la corona y retiro de excesos



26.11 Fotocurado



26.12 Control de oclusión



26.13 pulido



27.1 Desgaste de la cara vestibular



27.2 Lavado



27.3 secado

27.4 colocación de banda
celuloide

27.5 Grabado acido



27.6 lavado y secado



27.7 colocación de bonding



27.8 colocación de resina



27.9 Fotocurado

Anexo 27 Carilla de Resina



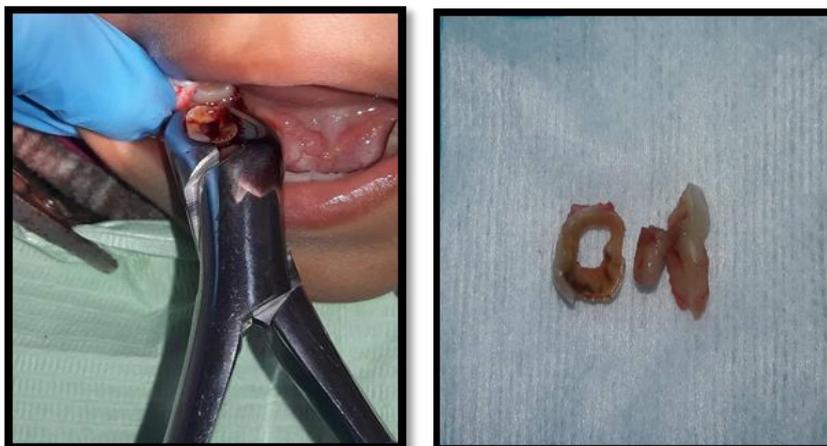
28.1 Anestesia Tópica



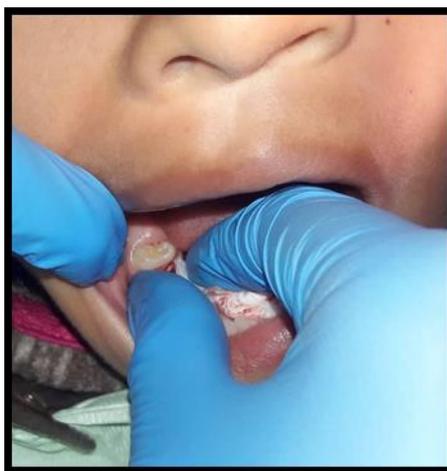
28.2 Anestesia infiltrativa



28.3 Luxación



28.4 Retiro con fórceps



28.5 hemostasia comprensiva



28.6 colocación de gasa estéril



29.1 Toma de impresión superior 29.2 Toma de impresión Inferior



29.3 Toma de Impresión con Alginato



29.4 Vaciados



29.5 confección de ganchos



29.6 Acrilado



29.7 Adaptación de la prótesis



29.8 Control de oclusión



Sin Aparatología



Con Aparatología

Anexo 30 Tratamiento Terminado