



CARRERA DE ODONTOLOGIA

Trabajo de Sistematización de Práctica

Previo a la obtención del título de Odontólogo

Tema:

Rehabilitación oral integral de un paciente pediátrico, con alto índice cariogénico y lesiones pulpares.

Autora

Janeth Guadalupe Mendoza Giler

Tutora.

Dra. Sandra Susana Parra Iraola

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador

2018-2019

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

Dra. Sandra Susana Parra Iraola, certifica que el Trabajo de Sistematización de Práctica titulado: **Rehabilitación oral integral de un paciente pediátrico con alto índice cariogénico y lesiones pulpares**, es trabajo original de la estudiante Janeth Guadalupe Mendoza Giler, la misma que ha sido realizada bajo mi tutoría.

Dra. Sandra Susana Parra Iraola.

Tutora

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Rehabilitación oral integral de un paciente pediátrico, con alto índice cariogénico y lesiones pulpares.

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

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

Dra. Sandra Susana Parra Iraola

Tutor de sistematización de práctica.

Od. Jorge Luis Mendoza Robles

Miembro del tribunal.

Od. Yohana Geomar Macías Yen Chong

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad y resultados del presente trabajo de sistematización de práctica, titulado: **Rehabilitación oral integral de un paciente pediátrico, con alto índice cariogénico y lesiones pulpares**, corresponde exclusivamente a la autora. Además, cedo los derechos de autoría del trabajo de sistematización práctica a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Janeth Guadalupe Mendoza Giler

Autora.

AGRADECIMIENTO

Resiliencia es la capacidad de hacer frente a las adversidades de la vida, transformar el dolor en fuerza motora para superarse y salir fortalecido de ellas. Una persona resiliente comprende que es el arquitecto de su propia alegría.

Gracias a Dios por bendecir mi vida, el gran Padre, Creador del Mundo que me inspira cada día a amar la vida sobre todas las cosas.

Agradezco a mi Madre pilar fundamental de mi vida, gracias por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, gracias por estar en este arduo camino que con sus consejos he podido llegar a la meta.

A mi segunda Madre, la distinguida Señora Margarita Muñoz Álvarez, como no agradecerle siempre será mi guía, mis primeros conocimientos fue a su lado con su destreza de abuela y maestra.

Gracias al Señor Celso Muñoz por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida gracias por cada palabra y consejo.

A mis hermanos Mario y Atilio por ser mi apoyo constante en cada situación a lo largo de mi vida.

A mi novio el Od. Andrés Castro Zambrano, por siempre brindarme su apoyo y amor incondicional que me impulsa siempre a superar mis derrotas y engrandecer mis logros.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, porque junto con mi fe siempre supe que me acompañaba y me orientaba a ser mejor.

A mi Ángel del Cielo, Francisco Alberto Giler Álvarez, que siempre me bendice en todas mis batallas, proyectos que me he propuesto día a día, gracias Amor de mi vida por siempre estar ahí en mi niñez y hacerla la más feliz, cumplí mi promesa, me proyecté como soñabas en que fuese profesional y con muchos más propósitos en la vida.

RESUMEN

En el desarrollo del trabajo de Sistematización Práctica se realizó la Rehabilitación Oral Integral de un paciente pediátrico, con alto índice cariogénico y lesiones pulpares.

En primera instancia se elaboró la historia clínica odontológica basada en la ficha del formulario 033, estableciendo un diagnóstico definitivo, y elaborando el respectivo plan de tratamiento, partiendo desde lo preventivo hasta lo curativo, para esto se realizó un examen clínico, reflejando un nivel elevado de placa bacteriana y caries dental mediante el modelo de evaluación del riesgo a caries de la ALOP, se procedió a eliminar la placa bacteriana mediante una profilaxis, aplicación de flúor en barniz e inactivaciones de caries con ionómero de vidrio. Se realizaron restauraciones con resina compuesta entre ellas coronas de celuloide en el sector anterior, Se realizaron terapias pulpares de las cuales se indicó protección pulpar indirecta con hidróxido de calcio, exodoncias indicadas de las Piezas #51,61,74. En la fase de ortopedia, se confeccionaron dos mantenedores de espacio; uno fijo banda y ansa, y uno removible estético con guía eruptiva de la pieza #55.

Palabras Clave: Rehabilitación Oral; Caries; Lesiones pulpares; Necrosis.

ABSTRACT

In the development of the practical systematization, an Oral Integral Rehabilitation of a pediatric patient with high cariogenic index and pulpal lesions was performed.

In first instance, the dental clinical history was elaborated based on the form # 033, establishing a definitive diagnosis, and elaborating the respective treatment plan, starting from the preventive to the curative. Thus, a clinical examination was carried out, reflecting a high level of bacterial plaque and dental caries using the caries risk assessment model of the Latin American Association of Pediatric Dentistry (ALOP for its acronym in Spanish), bacterial plaque was removed by prophylaxis, application of fluoride in varnish and inactivation of caries with glass ionomer. Restorations with composite resin were made, including celluloid crowns in the anterior sector. Pulpal therapies were performed, of which indirect pulp protection with calcium hydroxide was indicated, exodontia of parts # 51,61,74. In the orthopedic phase, two space maintainers were created; one fixed band and ansa, and one removable aesthetic with eruptive guide of piece # 55.

Keywords: Oral Rehabilitation; Caries; Pulpal lesions; Necrosis.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I.....	2
1. Problematización.....	2
1.1 Tema.....	2
1.2 DELIMITACIÓN.....	3
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
CAPITULO II	6
2. Marco teórico conceptual	6
2.1.1 Historia de la enfermedad o problema actual	6
2.1.2 Antecedentes patológicos personales y familiares:	6
2.1.3.1 Examen clínico extraoral.....	6
2.1.3.2 Examen intraoral	7
2.1.4 Odontograma	8
2.1.5 Exámenes Complementarios Indicados:	9
2.1.6 Diagnostico radiológico	10
2.1.7 Diagnostico presuntivo:.....	12
2.2 Odontopediatría.....	13
2.2.1 Adaptación del comportamiento.	13
2.2.2 Técnica de adaptación.	13
2.2.4 Técnica Decir, Mostrar, Hacer.	14
2.2.5 Prevención.....	14
2.2.6 Motivación al paciente pediátrico.	14
2.2.7 Recomendación.	14
2.2.11 Prevención en clínica.	15
2.2.12 Profilaxis Dental.....	15
2.2.14 Protocolo de aplicación de Flúor en Barniz.	16
2.2.15 Rehabilitación.....	17
2.2.16 Caries.....	17
2.2.17 Etiología de la Caries.	17
2.2.18 Factores de riesgo.....	17
2.2.19 Clasificación.....	17
2.2.20 Técnicas de Restauración Atraumática.	18
2.2.21 Protocolos clínicos de las técnicas restauradoras TRA.	18
2.2.22 Restauración con resina compuesta.....	18
2.2.23 Restauraciones estéticas.	18

2.2.24	Coronas de celuloide.	19
2.2.25	Procedimiento para la confección de la corona.....	19
2.2.26	Terapia Pulpar.	19
2.2.27	Tratamiento pulpar indirecto (remoción parcial de dentina cariada)	20
2.2.29	Técnica Terapia Pulpar Indirecta	20
2.2.30	Extracción de dientes temporales.....	21
2.2.31	Indicaciones.....	21
2.2.32	Protocolo Quirúrgico.....	21
	Tratamiento de Ortodoncia.....	22
CAPITULO III.....		24
	Marco Metodológico.....	24
3.1	Modalidad de Trabajo	24
3.2	Métodos.....	24
3.3	Ética.....	24
4.	MARCO ADMINISTRATIVO.....	27
4.1	MATERIALES	28
	<i>Materiales de barrera</i>	28
	<i>Materiales de oficina</i>	28
4.1.2	Materiales para la prevención.....	28
4.1.3	Materiales para las operatorias	28
4.1.4	Materiales para tratamientos pulpares	29
4.1.5	Materiales para la extracción.....	29
4.1.6	Materiales para la aparatología.....	29
4.1.7	Tecnológicos.	30
ANEXOS 1.....		32
BIBLIOGRAFÍA.....		¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

Rehabilitación Oral es la especialidad odontológica que tiene por objetivo devolver la estabilidad y un adecuado funcionamiento al sistema estomatognático, con el fin de restablecer la función, oclusión y estética; con la elaboración de un diagnóstico adecuado y una correcta planificación y ejecución de tratamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud, el concepto de salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades (Cuenca, 2012, p.1).

Antes de empezar un tratamiento odontológico se realiza una evaluación del paciente de manera concisa, en donde se efectuará varias planificaciones al caso a tratar. Para esto se deben utilizar métodos de estudio y diagnóstico tales como, la historia clínica, exámenes complementarios como: radiografías panorámicas, periapicales, exámenes de laboratorio, en este caso tratar a un paciente con alto riesgo cariogénico es de suma importancia realizar controles subsecuentes para verificar el éxito de la rehabilitación que se ha sometido a realizarse.

Es muy importante tomar en cuenta el desarrollo de nuevas técnicas de rehabilitación puesto en un enfoque multidisciplinario ya que se refiere a una rehabilitación Integral que no solo significa resolver alguna patología bucal presente, sino devolverles a los pacientes lo que ya han perdido anteriormente y de esta forma mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO I

1. Problematización

1.1 Tema

Rehabilitación oral integral de una paciente pediátrica con alto índice cariogénico y lesiones pulpares.

Planteamiento del problema

Refiriendo la Caries como tema principal del presente trabajo de sistematización práctica, la Organización Mundial de la salud afirma que “en términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia” (OMS, 2012, p.1).

Las lesiones pulpares son la evolución de un proceso carioso, inflamatorio e infeccioso. Paiva (2014) refiere lo siguiente:

En el contexto latinoamericano, los datos sobre distribución de caries dental muestran escasa sistematización. La Mesa de Representantes de Sociedades de Odontopediatria de América Latina en 2014 ofreció una síntesis de datos disponibles acerca de la situación bucodental de sus países. En nuestra investigación encontramos que la prevalencia de caries en escolares (86,2% con un rango que osciló entre 82,9 y 100% de individuos afectados) fue semejante a los datos reportados por los representantes de Perú, Paraguay, Venezuela y México.

Al realizar un estudio estadístico Carpio (2017) refiere un análisis así: “En la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante el periodo 2003 al 2004. Estudio fue de tipo descriptivo y corte transversal, encontró que los diagnósticos pulpares más frecuentes correspondieron a pulpitis aguda (45,1%), pulpa vital (27,4%) y en menor porcentaje es la pulpitis reversible 2%”.

La Guía práctica clínica de caries del Ministerio de Salud Pública expone la prevalencia de caries en distintos grupos además expone que: Los índices de CPOD (promedio de piezas definitivas cariadas, perdidas u obturadas) en Ecuador Caries 11 a la edad de entre 6 y 7 años muestran un CPOD de 0,22, y pasa a 2,95 a la edad de 12 años y a 4,64 (CPOD) a la edad de 15 años. Esto define un nivel severo de acuerdo con lo establecido por la OPS/OMS (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En Manabí, Cantón Portoviejo, la Universidad San Gregorio de Portoviejo, cuenta con clínicas equipadas para poder brindar atención odontológica a la sociedad. En este caso de manera especial en una paciente pediátrica se detectó alto índice cariogénico y lesiones pulpares por tanto se realizó la Rehabilitación Oral Integral, para llevar a cabo este objetivo se realizaron procedimientos de Odontología pediátrica tales como: Tratamientos Preventivos, Operatoria, Tratamientos pulpares, Cirugía y Ortodoncia.

1.2 DELIMITACIÓN

Campo:	Salud.
Área:	Odontología
Aspecto:	Salud oral.

Delimitación espacial: Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, en el cantón Portoviejo, provincia Manabí, República del Ecuador.

Delimitación temporal: Periodo Septiembre 2018- Febrero 2019.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Cabe recalcar que, en la carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, cumple con la Misión al estar altamente comprometidos con la aplicación de conocimientos orientados a la prevención, promoción, rehabilitación e investigación en la salud oral, con valores éticos y humanísticos.

El presente trabajo de sistematización surge del Primer Objetivo del Plan Nacional de Desarrollo en el art. 66 núm. 2 de la Constitución señala que: “El Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación, nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios” (Plan Nacional de Desarrollo 2017).

En la actualidad, existe un gran número de personas con deficiente preocupación por su salud bucal, por lo que se busca crear conciencia para mejorar su higiene, hábitos alimenticios, y motivación por asistir a una consulta odontológica.

Durante el desarrollo del trabajo de Sistematización de Práctica, se ponen en evidencia el potencial teórico-práctico del estudiante al realizar tratamientos de diferentes áreas de la rehabilitación oral a pacientes con problemas dentales.

La autora justifica la realización de este trabajo como una búsqueda del bienestar del paciente pediátrico, con alto índice cariogénico, para lo cual se procedió a realizar la rehabilitación oral para mantener la integridad de los arcos dentarios, y de los dientes; de esta forma posibilitar una correcta transición entre la dentición primaria y la permanente. Psicológicamente el tratamiento dental influyó sobre la conducta de la paciente de manera positiva ya que ésta mostro un cambio de actitud ante su ámbito social.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

- Rehabilitar oral e integral a un paciente pediátrico de 5 años, con alto índice cariogénico y lesiones pulpares.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar un correcto diagnóstico encaminado a restablecer la salud oral del paciente.
- Diseñar plan de tratamiento partiendo desde lo preventivo a lo curativo.
- Ejecutar técnicas restaurativas y procedimientos pulpares para devolver la integridad dental.

CAPITULO II

2. Marco teórico.

2.1.1 Historia de la enfermedad o problema actual

Paciente de cinco años de edad, de sexo femenino raza mestiza, acude a la consulta sin referir alguna sintomatología en su cavidad bucal, pero clínicamente presenta múltiples lesiones de caries en la arcada superior e inferior en las piezas #54,53,52,62,63,64,65,75,73,72,71,81,82,83,84. y presencia de restos radiculares de las piezas #51,61,74.

2.1.2 Antecedentes patológicos personales y familiares:

- **Antecedentes personales**

No refiere.

- **Antecedentes dentales.**

Extracción de la pieza #55.

- **Antecedentes Familiares**

Diabetes – Abuela Materna.

2.1.2.1 Examen clínico extraoral

INSPECCIÓN:

Paciente presenta encía color rosa pálido con buen reborde alveolar, mejillas y labios, en la parte interna sin lesiones, inserciones frénicas y musculares medias.

PALPACIÓN: No alteraciones, ni dolor en la articulación temporomandibular a la palpación.

AUSCULTACIÓN: Durante los movimientos mandibulares no se auscultó algún tipo de chasquido mediante el estetoscopio.

Forma de la cara: Ovoide

Perfil: Recto

Simetría: Aparentemente Simétrico.

Tipo facial: Mesoprosopo

Labios: Normotónicos

Proporcionalidad: Tercio inferior proporcional al tercio medio y superior.

2.1.2.2 Examen intraoral

- Dentición decidua total, mucosa bucal de color y textura normal.
- Presencia de placa bacteriana y calculo a nivel cervical de las piezas posteriores superior e inferior.
- Presencia de Caries.

Maxilar superior De tamaño normal sin presencia de patologías, inserción frénica labial superior medio.

Paladar duro Presenta una mucosa rosa pálida, gruesa y adherida al hueso adyacente, el paladar blando se encuentra de color rosado, liso y brillante.

Mandíbula De tamaño normal, presenta un reborde alveolar sano, carillos y mucosa sin patología o alteraciones. Posición correcta del frenillo lingual, piso y suelo de la boca de apariencia sana.

Lengua De consistencia blanda de color rosado y movilidad libre y normal. En su cara dorsal no se presencia inflamación, úlceras o variaciones de tamaño y textura.

Relación de oclusión

Sentido Anteroposterior

Overjet: 1 mm

Relación de segundos molares temporales: Derecho: No definible. Izquierdo: Plano terminal recto.

Relación canina Derecho: Distoclusión. Izquierda: Distoclusión.

Relación vertical:

Overbite: 1/3 corona

Relación Transversal: Línea media superior no definible.

Línea media inferior: Línea media inferior asimétrica.

2.1.3 Odontograma

Yapias (2017) explica que el odontograma es un esquema utilizado por los Odontólogos, además “se encuentran las características de dientes, se marcará o coloreará según los hallazgos que se encuentren” (p.39). (Ver anexo 4)

- Pieza dentaria #55: Ausencia.
- Pieza dentaria #54: Restauración en la superficie oclusal.
- Pieza dentaria #53: Caries en dentina en la superficie vestibular.
- Pieza dentaria #52: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #51: Resto radicular.
- Pieza dentaria #61: Caries en dentina.
- Pieza dentaria #62: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #63: Caries en vestibular.
- Pieza dentaria #64: Caries en dentina con compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #65: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #75: Presenta caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #74: Resto radicular.
- Pieza dentaria #73: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #72: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #71: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #81: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #82: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #83: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #84: Caries en dentina con compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #85: Presenta sellante de fosas y fisuras.

2.1.4 Exámenes complementarios indicados:

En lo referente a los exámenes complementarios dado que son elementos importantes para diagnosticar también se expone que: “En la evolución de la historia clínica deben quedar indicados los exámenes complementarios, como parte de continuidad en la historia de la enfermedad” (Cuenca 2014, p.537).

- **Hemograma**

La función de los exámenes complementarios es importante según Aragonés (2018) menciona un concepto que el hemograma es una de las pruebas diagnósticas más utilizadas en la práctica médica habitual. Los principales parámetros hematológicos en sangre periférica, aportando una valiosa información acerca de las tres series hemáticas (glóbulos rojos, blancos y plaquetas).

- **Radiografía panorámica.**

La utilidad de las radiografías panorámicas es valorada como uno de los principales exámenes complementarios en las mayorías de clínicas odontológicas Rigsby (2018) plantea que la radiografía panorámica cubre un área más extensa que los rayos X intraorales.

- **Radiografías periapicales.**

Las lesiones se pueden determinar gracias a las radiografías periapicales en el diagnóstico clínico, Verbel (2015) menciona que: “Las radiografías periapicales son imprescindibles en los procedimientos endodónticos, pues proporcionan una información detallada de la zona perirradicular, necesaria para determinar los límites de la lesión dando una visión específica al profesional para su conveniente abordaje” (p.28).

- **Modelos de estudios.**

Los modelos de estudio según Zevallos (2015) proporcionan un registro preciso de una situación determinada, en un momento dado, y posibilitan realizar el análisis estático de la oclusión, así como las consecuencias morfológicas de las funciones del sistema estomatognático en las arcadas dentarias y las estructuras óseas de la cavidad bucal.

2.1.5 Diagnostico radiológico

MAXILAR SUPERIOR

- Altura correcta del reborde alveolar y la apófisis pterigoides.
- Senos con anatomía y altura normal.
- Pieza dentaria #17 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #16 estadio de Nolla 6.
- Pieza dentaria #15 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #14 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #13 estadio de Nolla 6.
- Pieza dentaria #12 estadio de Nolla 7.
- Pieza dentaria #11 estadio de Nolla 7.
- Pieza dentaria #21 estadio de Nolla 7.
- Pieza dentaria #22 estadio de Nolla 6.
- Pieza dentaria #23 estadio de Nolla 7.
- Pieza dentaria #24 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #25 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #26 estadio de Nolla 6
- Pieza dentaria #27 estadio de Nolla 5.

MAXILAR INFERIOR:

- Correcto reborde mandibular y del hueso trabecular.
- Pieza dentaria #47 estadio de Nolla 4.
- Pieza dentaria #46 estadio de Nolla 8.
- Pieza dentaria #45 estadio de Nolla 4.
- Pieza dentaria #44 estadio de Nolla 4.
- Pieza dentaria #43 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #42 estadio de Nolla 7.
- Pieza dentaria #41 estadio de Nolla 8.
- Pieza dentaria #31 estadio de Nolla 8.
- Pieza dentaria #32 estadio de Nolla 7.

- Pieza dentaria #33 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #34 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #35 estadio de Nolla 4.
- Pieza dentaria #36 estadio de Nolla 8.
- Pieza dentaria #37 estadio de Nolla 4.

Fotografía Clínica.

La fotografía clínica es un método de diagnóstico que se convirtió en un aspecto esencial para un adecuado tratamiento a partir de que se le dio más relevancia a la armonía facial y a la estética de la sonrisa en los tratamientos ortodónticos. “La fotografía intraoral y extraoral para el diagnóstico en ortodoncia, idealmente deben tener los mismos parámetros, para reflejar la mayor fidelidad posible de la situación clínica del paciente y así poder establecer comparaciones” (Priego, 2017, p.22).

Análisis Facial.

En Ortodoncia Interceptiva, Kammann (2013) se refiere que es el proceso de diagnóstico el cual inicia con el examen facial, ya que reúne la evaluación de los dientes, esqueleto y tejidos blandos, en una vista lateral y frontal, respetando las pautas éticas, científicas y étnicas de la sociedad, se debe analizar detenidamente la cara del paciente, forma y proporciones con el fin de caracterizarla y clasificarla, identificando las anomalías locales y valorando cómo afectan cualitativa y cuantitativamente al equilibrio facial.

Análisis Frontal.

Dentro de los análisis faciales tomamos en cuenta el análisis frontal, Kammann (2013) menciona que:

Se toma como referencia el punto Trichion y se mide verticalmente hasta el punto Menton, lo que determina la altura facial, esta medida se relaciona con el ancho facial que es la distancia intercigomática y el resultado determina el biotipo facial: ancha, media o larga. Si el resultado es bajo (66%), corresponde a dolicofacial o cara larga, si resulta intermedio (66 a 78%) será mesofacial o medio y si está por encima (78%) es braquifacial o ancho (pp. 2,3)

Simetría vertical.

En la simetría vertical se evalúa la proporción y simetría entre los tercios faciales a través de líneas de referencia perpendiculares al plano medio sagital, Kammann, (2013) determina que son tangentes a estructuras visibles: la raíz del cabello (punto Trichion),

las crestas superciliares (punto Glabella), la línea subnasal (punto subnasal), y una última en el borde inferior del mentón (punto mentoniano), dividiendo así la cara en 3 tercios: superior, medio e inferior. El paralelismo o divergencia de estos planos verticales sirve para valorar la simetría y localizar el defecto.

Simetría transversal

Refiriéndose a la simetría transversal, indica un ángulo que diferencia el tipo de perfil. Se evalúa la simetría de los lados derecho e izquierdo de la cara. Se divide la cara en dos mitades trazando una línea que pase por el puente nasal, punta de nariz, filtrum y mentón. Nunca ambas mitades van a ser idénticas, pero las asimetrías deben ser muy ligeras (Kammann, 2013).

2.1.6 Diagnóstico presuntivo:

Caries Dental.

2.1.7 Diagnóstico diferencial:

Fluorosis, Necrosis Pulpar.

2.1.8 Diagnóstico definitivo:

Caries Dental, Necrosis Pulpar.

2.1.9 Plan de tratamiento

Fase Preventiva:

3. Profilaxis y Aplicación de Flúor en Barniz.

Fase Rehabilitadora:

4. Inactivación de las piezas #54- 53- 52.
5. Inactivación de las piezas #65-63-62.
6. Inactivación de las piezas #75-73-72-71.
7. Inactivación de las piezas #83-82-81.
8. Restauración estética de las piezas #54-53-52.
9. Restauración estética de las piezas #65-64-63-62.
10. Restauración estética de las piezas #75-73-72-71.
11. Restauración estética de las piezas #83-82-81.

Fase Terapéutica:

12. Terapia pulpar de las piezas #64-84.

Fase Quirúrgica:

13. Extracciones de las piezas #51-61-74.

Fase Ortopédica:

14. Aparatología Ortodóntica: Mantenedor de espacio fijo pieza #75-74

15. Mantenedor de espacio removible Estético Anterior piezas #51,61.

2.2 Odontopediatría.

La Odontología pediátrica o Odontopediatría, es la encargada del desarrollo y cuidado de la dentición temporal. También es conocida como "la especialidad que tiene por objetivo el diagnóstico, prevención, tratamiento y control de los problemas de salud bucal del bebé, del niño y el adolescente" (Penido, 2015, p.7).

2.2.1 Adaptación del comportamiento.

Según el Manual de Referencia para Procedimientos clínicos en Odontopediatría Klatchoian, (2015) expone que: "La adaptación del comportamiento, es más que ciencia pura y requiere de habilidades en comunicación, formación y escucha atenta" (p.47).

2.2.2 Técnica de adaptación.

Así mismo, el Autor antes mencionado refiere que la adaptación del comportamiento es de suma importancia y menciona los objetivos, los cuales son: "Establecer una buena comunicación, aliviar el miedo y la ansiedad, realizar una atención odontológica de calidad, construir una relación de confianza entre el dentista y el niño y promover una actitud positiva con su salud bucal" (p.47).

2.2.3 Técnica Decir, Mostrar, Hacer.

De tal manera Klatchoian (2015), se refiere en que esta técnica consiste en explicaciones verbales de los procedimientos con frases apropiadas acorde al desarrollo del paciente (decir), demostraciones para el paciente con aspectos visuales, auditivos, olfativos y táctiles del procedimiento que se va a realizar, de manera cuidadosa y no amenazante (mostrar), y luego sin desviarse de la explicación y de la demostración se debe concluir el procedimiento (hacer).

2.2.5 Prevención.

En la prevención de Caries Slattelid (2011), considera que el gobierno debe permanecer con las campañas de salud para esto afirma que “hay suficiente conocimiento científico sobre la etiología de la caries y sobre los factores causantes de este proceso para que desarrollemos estrategias preventivas eficaces” (p.91). No hay excusas para no utilizar este conocimiento como intento de controlar la caries. Por lo tanto, la profesión dental y las autoridades gubernamentales deben dar una alta prioridad a la prevención de la caries.

2.2.6 Motivación al paciente pediátrico.

Como otra de las adaptaciones al paciente pediátrico, Klatchoian (2015) establece que el refuerzo positivo es una técnica eficaz en recompensar comportamientos deseados y así, fortalecer el retorno de estos comportamientos. tenemos refuerzos sociales como la modulación positiva de la voz, la expresión facial y el elogio verbal. Se pueden usar reforzadores no sociales tales como juguetes y recuerdos.

2.2.7 Recomendación.

Dentro de las recomendaciones pertinentes acerca de la educación para la salud de los niños a los padres de familia García (2015) menciona que los cuidados dentales son a partir ya de los 12 meses de vida del niño, constituye una de las estrategias preventivas más adecuadas frente a la caries, incluyendo recomendaciones dietéticas y las instrucciones de cómo realizar una correcta higiene oral a partir de la erupción de los primeros dientes temporales. El control de dieta no sólo influirá favorablemente en la salud oral sino también en la salud en general del niño.

2.2.8 Técnica Apropriada- Horizontal de Scrub

La técnica Horizontal es el método de elección en niños en edad preescolar, García (2015) menciona que consiste en que los filamentos del cepillo se colocan en un ángulo de 90 grados sobre la superficie vestibular, linguo palatina y oclusal de los dientes. Se realiza una serie de movimientos repetidos de atrás para adelante sobre toda la arcada, la cavidad oral se divide en sextantes y se realizan 20 movimientos por cada sextante.

2.2.9 Crema dental con flúor.

Las topificaciones de flúor en dentífricos son de gran utilidad mientras se apliquen según la cantidad que amerite el paciente que la crema dental es el vehículo ideal para aplicar el flúor en los dientes.

El uso diario de la crema dental con flúor dará lugar a reducciones de la caries de por lo menos un 20%-40%. Desde la edad de dos años la cantidad de crema dental debe ser del tamaño de la uña del niño (tamaño de un guisante) y desde la edad de 5-6 años la cantidad de crema dental de crema dental puede cubrir la mitad de la cabeza del cepillo (Slattelid, 2011, p.101).

2.2.10 Porcentaje de la crema dental.

Slatteid, (2011) confirma que el porcentaje o preparación de la crema dental recomendada a partir de los cinco años de edad es de 1500 ppm, en base a eso la concentración de flúor será de 0.15% y la cantidad usada en una sola aplicación será de 0.6 g, brindando una dosis de flúor en una aplicación de 0.9 mg.

2.2.11 Prevención en clínica.

Aunque sigue manteniendo como “ideal” hacer revisiones cada seis meses para controlar si la higiene se está realizando de manera correcta y confirmar si la implicación de los cuidadores del niño sigue estando al día, la Academia Europea de Odontopediatría recomienda un plan de nueve exámenes clínicos que van desde la primera consulta coincidiendo con la erupción del primer diente temporal y no más tarde del primer cumpleaños del niño hasta la novena que se indica 18 meses después de que se haya establecido contacto entre el primer y el segundo molares permanentes (Ayala, 2014).

2.2.12 Profilaxis Dental.

Dadalto (2015) menciona que: “La profilaxis profesional puede ser realizada con gasa, cepillo de dientes manual o eléctrico, copa de caucho, cepillo de profilaxis y/o instrumentos manuales, seguidos por el uso de hilo dental” (p.118).

2.2.13 Protocolo de Profilaxis.

El protocolo de profilaxis según la Guía Práctica Odontológica del MSP (2015) establece:

- Utilizar previamente revelador de placa bacteriana.
- Apoye el cepillo, con una inclinación aproximada de 45 grados, con respecto al eje mayor de la pieza dental, en la zona donde se unen los dientes y las encías.
- Cepille suavemente con un movimiento de delante hacia atrás, la superficie dental externa, en grupos de dos o tres dientes a la vez.
- Repita la operación con la superficie interna de los dientes.
- Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes anteriores, haga movimientos de arriba abajo, usándola parte delantera del cepillo.
- Cepille las caras oclusales con un movimiento circular de atrás hacia adelante.
- Cepille la lengua suavemente de atrás hacia adelante, para eliminar las bacterias que producen el mal aliento, en su superficie más posterior. (p.83)

2.2.14 Protocolo de aplicación de Flúor en Barniz.

El protocolo de profilaxis según Pesaresi (2015) es el siguiente:

- Antes de empezar con la aplicación del barniz es importante solicitarle a la madre que el niño acuda al consultorio habiendo comido ya que después del tratamiento se sugiere evitar alimentos sólidos durante dos horas.
- Profilaxis dental o cepillado dental previamente a la aplicación del producto.
- Secado de las superficies con una gasa enrollada en el dedo o con el uso de una jeringa triple.
- Se realiza aislamiento relativo con gasa preformada, rollos de algodón son muy voluminosos para niños de esta edad, además el barniz puede pegarse y desprenderse de las superficies dentales si contacta con el algodón.
- Luego de colocar el barniz con el pincel incluido en el kit, se procede a activar el material resinoso del barniz y activarlo a la superficie dental.
- Al finalizar el tratamiento se dan las indicaciones: no cepillarse los dientes durante 12 horas y restringir al niño a no comer o beber nada durante los próximos 30 minutos y de preferencia dieta blanda el día de la aplicación (p.14).

2.2.15 Rehabilitación.

2.2.16 Caries.

La Guía práctica de Protocolos Odontológicos del MSP (2015) la define como: “Enfermedad infectocontagiosa que produce desmineralización de la sustancia inorgánica y desnaturalización de la sustancia orgánica”. Se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros de los dientes, desmineralizando las paredes de las piezas dentarias hasta que la lesión llegue a la pulpa dental.

2.2.17 Etiología de la Caries.

Entre los factores etiológicos se mencionan: alimentación, frecuente con biberón y/o tazas antigoteo conteniendo líquidos azucarados, alimentación con pecho a demanda más allá de la edad recomendada para el destete y lactancia artificial o materna mantenida durante el sueño de forma habitual (Boj, 2011).

2.2.18 Factores de riesgo.

Los factores de riesgo según Slattelid (2011) pueden influenciar directa o indirectamente al riesgo de la caries de los cuales son:

- Enfermedades generales.
- Medicación.
- Situación social de la familia.
- Hábitos dietéticos.
- Rutinas de higiene bucal.
- Exposición al flúor (p.106).

2.2.19 Clasificación de Caries.

Gil (2015) menciona las clasificaciones de la caries según Mount y Hume:

Zona 1. Fosas, fisuras y defectos del esmalte en las superficies oclusales de los dientes posteriores, de las superficies palatinas de los dientes anterosuperiores (cúngulos y fosas) o un defecto simple del esmalte en una superficie lisa de cualquier diente.

Zona 2. Superficies proximales ubicadas en el punto de contacto proximal o en la superficie circundante.

Zona 3. Tercio gingival de la corona que, en caso de recesión gingival, alcanza la raíz anatómica (p.164).

2.2.20 Técnicas de Restauración Atraumática.

Slattelid (2011) afirma que: “El TRA toma una posición entre el cuidado no operatorio y restaurador, puesto que el tratamiento consiste en remover la capa superficial de la dentina cariada con solo los instrumentos de mano y usando un CVI, como un material restaurador y sellador” (p.126).

2.2.21 Protocolos clínicos de las técnicas restauradoras TRA.

El aporte de Massara, (2015) respecto al protocolo restaurador con técnica TRA es:

- Profilaxis con cepillo de Robinson, fricción con algodón piedra pómez y agua
- Acceso a la lesión de la caries, Recortador del margen gingival Puede asociarse el uso de remoción del esmalte.
- Uso de curetas afiliadas, iniciando por los bordes de la cavidad, removiendo cariada toda la dentina reblandecida (dentina infectada), manteniendo la dentina que sale en escama en la porción más próxima a la pulpa.
- El material debe colocarse preferiblemente en incrementos, con espátula para su colocación o jeringa dispensadora, y toda vía presentando brillo. Dejar ligero exceso.
- En el caso de CIV de alta viscosidad, presionar la superficie de la restauración y mantenerlo en posición por 10 a 30 segundos. Ese procedimiento ayuda en el sellado de los surcos adyacentes a la restauración (p.164).

2.2.22 Restauración con resina compuesta.

Boj (2011) refiere que: “Estos materiales son más composites que ionómeros. Su reacción de polimerización es fotoquímica y no hay una reacción de fraguado acido- base espontanea como ocurre con los ionomeros. Requieren de la aplicación de un adhesivo para el sellado de la interfase” (p.199).

2.2.23 Restauraciones estéticas.

De la misma manera el autor ya antes mencionado establece que: “En los dientes temporales, cuando una lesión de superficie proximal no es tratada de forma adecuada, a menudo progresa con rapidez hasta convertirse en una lesión que afecta el borde incisal, debido a la corta longitud de la corona de estos dientes” (p.299).

2.2.24 Coronas de celuloide.

En el tratamiento de lesiones extensas en incisivos temporales con composite, mediante la utilización de preformas de acetato transparentes y removibles como matriz, es el adecuado método de restauración para pacientes pediátricos con este tipo de lesión leve de caries en piezas anteriores (Boj, 2011).

2.2.25 Procedimiento para la confección de la corona

Ortiz (2016) establece en su artículo el procedimiento para confeccionar una corona de matriz celuloide:

- Aislar del campo operatorio.
- Selección de corona de celuloide, según el tamaño de la pieza.
- Selección del color de resina.
- Reducción de las superficies dentales con fresa punta de lápiz. 1,5 mm del borde incisal, 0,5 – 1 mm las superficies interproximales buscando paralelismo entre estas, 0,5 – 1 mm la superficie vestibular y 0,5 mm la superficie lingual-palatina.
- Preparar una pequeña rielera en el tercio gingival en vestibular para aumentar la retención.
- Recorte y adaptación de la corona de acetato, la cual debe ir 1 mm por debajo del borde gingival, también debe quedar adaptada con sus puntos de contacto proximales.
- Se debe tener mucho cuidado en la reducción y colocación, pues es difícil evitar el sangrado de la encía al adaptar el borde gingival.
- Hacer perforación pequeña en la zona incisal de la corona de celuloide con un explorador, para que sirva como un lugar de escape de la resina y del aire atrapado.
- Grabar la superficie dentaria por 30 segundos y colocar el adhesivo polimerizando por 10 segundos.
- Rellenar la corona preformada con el material restaurador hasta sus dos terceras partes, teniendo cuidado de no dejar burbujas.
- Fotocurado de la resina. Separación de la forma de celuloide.
- Adaptado marginal.
- Chequeo de Oclusión.
- Alisado y pulido de la corona.
- No pulir superficie vestibular (pp.1-2).

2.2.26 Terapia Pulpar.

Araujo (2015) refiere en su análisis de las terapias pulpares que:

El objetivo básico de la terapia pulpar es mantener la integridad de los dientes y de los tejidos de soporte. Es deseable mantener la vitalidad pulpar de un diente afectado por una lesión cariosa, lesión traumática u otras injurias. Sin

embargo, un diente desvitalizado puede mantenerse clínicamente funcional (p.165).

2.2.27 Tratamiento pulpar indirecto (remoción parcial de dentina cariada)

El tratamiento pulpar indirecto es un procedimiento de mínima intervención realizado en dientes con lesión cariosa activa profunda. Alcanza al tercio interno del espesor dentinario, con probabilidades de exposición pulpar si todo el tejido afectado fuera removido durante la preparación cavitaria convencional. El tejido cariado reblandecido e irreversiblemente lesionado es removido y el tejido parcialmente desmineralizado localizado próximo a la pulpa es mantenido para evitar la exposición pulpar y cubierto con un material biocompatible. Es colocada sobre la dentina remanente afectada una base de hidróxido de calcio para estimular la cicatrización y reparación. El diente posteriormente es restaurado con un material que proteja contra la microfiltración (Araujo, 2015).

2.2.28 Recubrimiento pulpar indirecto.

Es una técnica de mínima intervención en donde se realiza la remoción parcial de la dentina cariada en una única sesión además es importante resaltar que, anteriormente, esta técnica se realizaba en dos sesiones. Araujo (2015) reitera que, no obstante, evidencias científicas han demostrado que la reapertura del diente tratado no es necesaria, pues no hay más fundamento biológico del paradigma de remoción completa de la dentina afectada por el proceso de desmineralización. La dentina parcialmente desmineralizada remanente permanece pasible durante la remineralización.

2.2.29 Técnica Terapia Pulpar Indirecta

Araujo (2015) brinda en su aporte el protocolo de terapia pulpar indirecta:

- Es realizada bajo anestesia local y aislamiento absoluto.
- La remoción de tejido cariado se realiza inicialmente con instrumentos rotatorios, retirando toda la dentina alterada de las paredes circundantes.
- Después de removido, con cucharilla de dentina, todo el tejido reblandecido, amorfo e insensible a la instrumentación de la pared pulpar, se retirarán capas de dentina subyacente, teniendo cuidado de evaluar la textura de la dentina en el piso de la cavidad, para evitar la sobrepreparación y por consecuencia la exposición pulpar.
- No es necesario remover todo el tejido afectado por la caries.
- En seguida, se realiza la limpieza de la cavidad con suero fisiológico, se aplica una base protectora con cemento de hidróxido de calcio y se

restaura la cavidad con un material permanente debidamente seleccionado, de acuerdo al daño de la estructura dental (p.166).

2.2.30 Extracción de dientes temporales.

La importancia de las extracciones en dientes anterosuperiores temporales según (Boj, 2011) describe que en el caso de los dientes del sector anteroposterior se encuentran las ventajas de cara a la extracción, de ser dientes unirradiculares, con lo cual se controla mejor la técnica de cara a minimizar la posibilidad de fractura radicular y, además se trata de un sector dentario con fácil accesibilidad y visibilidad.

2.2.31 Indicaciones.

Para extraer un diente temporario se recomienda realizar un diagnóstico previo y constatar la integridad dentaria. (Boj, 2015) describe a las causas que más frecuentemente van a indicar la extracción dentaria en este sector son las de etiología traumática e infecciosa por caries. En ambos casos es frecuente el deterioro de la corona dentaria, lo cual dificulta la realización de una correcta presa con el fórceps; en estas circunstancias la luxación cuidadosa con botador facilitara el desalojo alveolar del diente.

2.2.32 Protocolo Quirúrgico.

El protocolo quirúrgico según Pérez (2015) es el siguiente:

- Una toma radiográfica ejecutada al inicio del procedimiento, ayudará no solo en el diagnóstico sino también en el plan de ejecución de la cirugía, disminuyendo así la posibilidad de accidentes durante el acto operatorio.
- La aplicación tópica y local de anestésico, calculada por la edad del paciente, pudiéndose optar por la anestesia general o sedación, de acuerdo a la valoración del profesional responsable y de la conducta del niño.
- Una vez anestesiado, se procede a la sindesmotomía, con la consiguiente separación del tejido periodontal de la pieza dental.
- El uso de fórceps, requiere de movimientos suaves, buen apoyo y además la sujeción con los dedos del área vecina a la extracción, para dar estabilidad al paciente. Los bocados del fórceps deben ser colocados en o bajo la unión amelo cementaria, procedimiento que se conoce como prehensión.
- La cinemática de los fórceps en dientes anteriores, superiores e inferiores, consiste en movimientos antero-posteriores (vestíbulo-palatinos) y rotacionales.
- Terminada la extracción, se aproxima el tejido blando gingival del área de extracción y se procede a colocar una gasa estéril, manteniéndola durante 5 a 10 minutos, con el fin de crear una hemostasia compresiva (p.5).

Tratamiento de Ortodoncia

Dentro de la alternativa estética y funcional del sector anterior (Priego, 2017) establece que: “La presencia de caries temprana severa, caries de aparición temprana, traumatismos dentales, enfermedad periodontal, defectos de la estructura dentaria, son algunas de las causas por las cuales un niño presenta pérdida o ausencia de piezas dentarias” (p.773).

2.2.33 Pérdida de longitud de arco.

Como indicación para portar una aparatología es indiscutible referir a la pérdida de longitud de arco Gutierrez, (2013) menciona que algunas de las consecuencias de la pérdida temprana de piezas dentales son la disminución del perímetro y la longitud del arco con la consecuente desviación de la línea media, y el favorecimiento de la instalación de maloclusiones como apiñamiento, erupción ectópica o impactación de los dientes permanentes, alteración de la relación molar y canina.

2.2.34 Mantenedores de espacio.

Según Díaz (2018) describe que se denomina mantenedor a todo aquel dispositivo, bien fijo bien removible, encaminado a preservar el espacio que han dejado uno o varios dientes, siempre que su uso está comprobado mediante el análisis del espacio, de esta manera Gutiérrez (2013) los clasifica como: Fijos, Removibles, Unilaterales o bilaterales. “Los aparatos fijos están elaborados con una banda o una corona de acero cromado y un alambre de acero soldado a ella. Los removibles son placas acrílicas con ganchos confeccionados en alambre de acero” (p.5).

2.2.35 Guía de erupción posterior.

En la dentición mixta se estudia primordialmente el estadio de erupción del primer molar permanente ya que es la guía de erupción en el arco dentario. Castañeda (2013) menciona en su estudio que el primer molar permanente inferior depende fuertemente de la presencia de la superficie distocoronal del segundo molar temporal para su guía en la erupción, así si el segundo molar temporal se pierde durante la erupción del molar permanente este último continuará su vía de erupción mesial para producir una pérdida intensa de espacio y una posición inclinada, debido a que los extremos radiculares están en dirección distal cuando comienza a brotar.

2.2.36 Banda y ansa.

Este elemento tiene como objetivo mantener el espacio para permitir que la pieza permanente erupcione correctamente. Rosas (2015) concluye que para evitar esta pérdida de espacio es necesario colocar un mantenedor de espacio con guía de erupción, que prevenga la migración mesial del primer molar permanente. Aditamento que luego del brote de este molar, puede ser modificado o cambiado por otro tipo de mantenedor de espacio, que permita que, ante la pérdida temprana del diente temporal, el diente permanente, por erupcionar, conserve su espacio evitando a su vez que se produzca alguna migración que se interponga a la erupción correcta.

CAPITULO III

Marco Metodológico

3.1 Modalidad de Trabajo

Sistematización Práctica.

3.2 Métodos

La rehabilitación se realizó en un paciente de 5 años de edad en las clínicas odontológicas de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, se realizó el diagnóstico previo de acuerdo a la historia clínica 033 del Ministerio de Salud Pública. Además, se determinó un alto índice cariogénico mediante el modelo de evaluación del riesgo a caries de la ALOP.

Se procedió a explicar a la representante de la paciente acerca de los procedimientos que se le iban a realizar previo a la rehabilitación integral de su cavidad oral, accediendo y aceptando los mismos, para lo cual firmo un acta de consentimiento informado, con el fin de iniciar el tratamiento.

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

3.3 Ética.

Para llevar a cabo esta labor se consultó con el paciente y su tutora como representante legal, con el fin de obtener su participación en el trabajo de sistematización de práctica, se les manifestó, en lo qué consistía la rehabilitación oral e integral, en la que

el paciente iba a ser sometido; a su vez se les manifestó la información obtenida sería anónima y que esta sería empleada para fines investigativos; aceptando lo establecido la tutora del niño firmó el consentimiento informado de los tratamientos a realizar y a su vez el consentimiento informado de fotografía, alegando estar de acuerdo y presta a participar en el trabajo de Sistematización Práctica.

3.4 Protocolo de tratamiento.

El Ministerio de Salud Pública (2015) propone el siguiente protocolo de tratamiento:

- 1 Carta de Consentimiento Informado. (Figura 1.1)
- 2 Consentimiento Informado para toma de fotografías. (Figura 1.2)
- 3 Examen extraoral (palpación) (Figura 1,2,3)
- 4 Examen intraoral (Figura 4,5,6).
- 5 Historia Clínica 033 (Figura 8)
- 6 Historia Clínica de Odontopediatria de la USGP (Figura 9)
- 7 Exámenes complementarios. (Figura 9).
- 8 Biometría hemática y pruebas de coagulación. (Figura 10).
- 9 Radiografías
- 10 Técnicas de adaptación (Figura 11, 12).

3.5 Tratamientos preventivos

Respecto a los tratamientos preventivos, autores tales como Aguilar-Ayala (2014), Boj (2011) y García (2015) proponen el siguiente protocolo:

- 11 Profilaxis Dental. (cepillado con pasta profiláctica) (Figura 13, 14).
- 12 Aplicación del barniz. (Figura 15).
- 13 Inactivaciones con técnica TRA. (Figura 16,17).
- 14 Mezcla del ionomero de vidrio. (Figura 18).
- 15 Caries Inactivadas con ionomero de vidrio. (Figura 19).

3.6 Tratamientos Restauradores

En cuanto a los tratamientos restauradores Bordoni (2013) y García (2015) plantean las siguientes alternativas:

3.7 Coronas de celuloides

En lo que respecta el tratamiento restaurador con coronas de celuloide Boj (2011), Bordoni (2013) proponen el siguiente protocolo de preparación.

- 16 Aislamiento relativo con retractor de mejillas y labios. (Figura 20)
- 17 Preparación dentaria con fresa de diamante cilíndrica de punta redondeada. (Figura 21).
- 18 Prueba de corona. (Figura 22).
- 19 Acondicionamiento de la pieza: grabado ácido con el ácido al 37%. (Figura 23).
- 20 Aplicación del sistema adhesivo. (Figura 24).
- 21 Fotocurado (Figura 25).
- 22 Colocación de corona con resina compuesta. (Figura 26).
- 23 Fotocurado (Figura 27).
- 24 Retiro de la corona de celuloide (Figura 28).
- 25 Pulido de los márgenes axiales con discos finos. (Figura 29).
- 26 Chequeo de la oclusión (Figura 30)

3.8 Tratamientos Pulpares.

En cuando a los tratamientos pulpares Araujo (2015), Da Silva (2008) recomiendan la siguiente alternativa.

3.9 Tratamiento pulpar indirecto.

Por lo antes mencionado, Araujo (2015) propone el siguiente protocolo:

- 27 Radiografía Inicial (Figura 31).
- 28 Eliminación de caries con cucharilla (Figura 32).
- 29 Cubrir la dentina afectada con hidróxido de calcio (Figura 33).
- 30 Fotocurado (Figura 35).
- 31 Restauración definitiva con resina compuesta (Figura 34).
- 32 Verificación oclusal y pulido (Figura 36).

3.10 Tratamiento Quirúrgico.

Refiriéndonos en el tratamiento quirúrgico pediátrico Boj (2011), Pérez (2013) recomiendan el siguiente protocolo a seguir:

- 33 Asepsia (Figura 39)
- 34 Aplicación tópica y local de anestésico (lidocaína al 2%). (Figura 40,41).
- 35 Sindesmotomía. (Figura n°42).
- 36 Prehensión de la pieza dentaria #61 y expansión del alveolo. (Figura 43,44).

3.11 Tratamiento Ortodóntico.

En cuanto el tratamiento de ortodoncia Priego (2017), Gutiérrez (2013), Díaz (2018), y Castañeda (2013) proponen el siguiente protocolo:

- 37 Toma de impresión superior (Figura 45).
- 38 Toma de impresión inferior (Figura 46).
- 39 Modelos de estudio (Figura 47).
- 40 Análisis de modelos (Figura 48).
- 41 Confección de ganchos circunferenciales con alambre #8. (Figura 49).
- 42 Acrilado. (Figura 50).

3.12 Adaptación de las aparatologías.

Por consiguiente, en la adaptación de las aparatologías Rosas (2015) establece el siguiente protocolo.

- 43 Prueba de Banda y Ansa (Figura 51).
- 44 Mezcla de Ionomero de Vidrio (Figura 52).
- 45 Cementación de banda y ansa (Figura 53).
- 46 Adaptación de aparatología (Figura 54).
- 47 Verificación de la aparatología (Figura 55).

4. MARCO ADMINISTRATIVO.

- Recursos humanos
- Autor
- Tutor de titulación
- Tutor de metodología investigativa

4.1 MATERIALES

Materiales de barrera

- Guantes
- Mascarillas
- Radiografías
- Campos operatorios
- Torundas de algodón

Materiales de oficina

- Lápiz bicolor
- Esfero azul
- Borrador

4.1.2 Materiales para la prevención

- Pasta profiláctica
- Cepillo profiláctico
- Succionador
- Flúor en barniz marca 3M
- Torundas de algodón
- Gasas

4.1.3 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 celuloideas

- Puntas de goma para pulir
- Pasta Diamond
- Coronas de celuloideas
- Diques de goma látex.
- Perforador de diques
- Arco de Young
- Clamps y porta Clamps

4.1.4 Materiales para tratamientos pulpares

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

4.1.5 Materiales para la extracción

- Anestésicos
- Agujas cortas
- Carpule
- Elevadores
- Forcep 150S
- Gasas
- Algodón

4.1.6 Materiales para la aparatología

- Alginato
- Yeso blanco
- Alambre #8 y #7
- Alicates

- Acrílico rápido en polvo
- Acrílico rápido en líquido
- Aislante

4.1.7 Tecnológicos.

- Computadora.
- Impresora.
- CD
- Celular con buena resolución

CAPITULO IV

RESULTADOS

El presente trabajo tuvo como finalidad la Rehabilitación Oral Integral de un paciente pediátrico con alto índice cariogénico y lesiones pulpares. El tratamiento dio inicio luego que se logró una buena adaptación del niño a la consulta, con la eliminación de la placa bacteriana presente en las superficies dentarias, comenzando con el control de factores de riesgo.

Las inactivaciones de las piezas dentarias con Caries fueron exitosas ya que se eliminó la lesión en su totalidad, manteniendo tejido suficiente para la conservación de las mismas.

Se realizaron terapias pulpares, en las piezas 64 y 84 empleando la técnica de protección pulpar indirecta con hidróxido de calcio, lográndose el objetivo del tratamiento de conservar las piezas dentarias.

Siguiendo el protocolo quirúrgico las piezas 51, 61 y 74 por presentar necrosis pulpar y fracturas coronarias fueron extraídas, con este procedimiento se evitó la propagación del foco infeccioso hacia otras piezas dentarias.

Con el objetivo de mantener el espacio de las piezas temporales extraídas prematuramente, se colocaron mantenedores de espacio, para preservar la longitud del arco hasta el momento del recambio dentario, estos aparatos empleados fueron uno fijo; Banda y ansa cementado en la pieza #75-73, y una aparatología removible estética para el sector anterior de las piezas #51,61, con una guía eruptiva de la Pieza #55.

Se le dieron las recomendaciones correspondientes a la paciente, indicando las técnicas correctas de higiene, cuidados y controles de las aparatologías, y además como mejorar su estilo de vida consumiendo alimentos sanos y visitar con más frecuencia al odontólogo.

Para la realización de este trabajo pusimos en práctica todos los conocimientos adquiridos durante la carrera. Se logró una mejor salud oral del paciente, restableciendo las funciones de estética y masticación, permitiendo una mejor incorporación del niño a la vida social.

ANEXOS 1

ANEXO 1.1 Carta de Consentimiento informado.

Yo, _____, _____

Con residencia en _____

La egresada Janeth Guadalupe Mendoza Giler; de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y aproximada duración del tratamiento.

Accedo a cooperar con el egresado, asistiendo de manera responsable a las citas odontológicas programadas. Reconozco que se me explicó y entendí el procedimiento que se propone, estoy enterada de los beneficios, sé de los riesgos y las probables complicaciones que se me pueden presentar y se me ha explicado las alternativas existentes, sin embargo, consciente de que se busca un beneficio, doy mi consentimiento, sin obligación y por decisión propia para que estos se efectúen, así mismo para realizar la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, con base en el principio de libertad prescriptiva. Estoy de acuerdo con que los datos personales y odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computarizados del autor de la investigación.

Janeth Guadalupe Mendoza Giler

Egresada de la Carrera de Odontología.

Alexandra Solórzano.

Representante legal de Paciente pediátrica

Anexo 1.2 Consentimiento informado para toma de fotografías.

Área o áreas a fotografiar

Fecha:

Autorizo a Janeth Guadalupe Mendoza Giler la toma de fotografías de las partes de mi cuerpo que se encuentren en tratamiento, bajo las siguientes condiciones:

1. Las fotografías se podrán tomar únicamente con el consentimiento de mi médico tratante y únicamente en los momentos en que sea aprobado por él/ella.
2. Las fotografías tomadas podrán ser usadas para mi expediente médico, para investigación y para educación cuidando siempre la dignidad e integridad de mi persona mediante métodos adecuados para su acceso. Estas fotografías y la información en relación a mi caso pueden ser publicados por separado o en conexión con alguna otra información en revistas médicas, libros, folletos, videos y/o cualquier otro medio con fines de educación médica, aprendizaje e investigación, entendiendo específicamente que por ningún motivo se dará a conocer mi identidad.
3. Las fotografías pueden ser modificadas o retocadas si el profesional lo considera necesario.

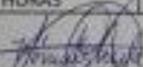
Nombre del paciente

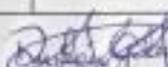
Firma si autorizo

Firma no autorizo

ANEXO 2 Cronograma de Actividades

 UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO CARRERA DE ODONTOLOGIA CRONOGRAMA DE SISTEMATIZACION DE PRACTICAS PERIODO: SEPTIEMBRE 2018 FEBRERO 2019						
SEMANAS	FECHAS	NUMERO DE HORAS			ACTIVIDADES	OBSERV.
		TUTORIAS METODOLOGICA	PRAXIS PROFESIONAL	TUTORIA PERSONALIZADA		
	3-7 SEPT. 2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACION	PERIODO DE MATRICULAS ORDINARIAS
	10-14 SEPT. 2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACION	PERIODO DE MATRICULAS ORDINARIAS
	17-21 SEPT. 2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACION	PERIODO DE MATRICULAS EXTRAORDINARIAS
1	24-28 SEPT. 2018				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACION	
2	1-5 OCT. 2018			10	PRESENTACION DE PACIENTES	
3	8-12 OCT. 2018	8		10	PRESENTACION DE PACIENTES	EXEPTO LUNES 8 DE OCT.
4	15-19 OCT. 2018	8		10	PRESENTACION DE PACIENTES	EXEPTO 18 DE OCT
5	22-26 OCT. 2018	8		10	TRABAJO DE TITULACION	
6	29 OCT. - 2NOV. 2018	8		10	TRABAJO DE TITULACION	EXEPTO VIERNES 2
7	5 - 9 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
8	12-16 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
9	19-23 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
10	26 - 30 NOV. 2018	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
11	3-7 DIC. 2018	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
12	10-15 DIC. 2018	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
13	2-4 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
14	7- 11 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
15	14-18 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
16	21-25 ENERO 2019	8	8	15	TRABAJO DE TITULACION	
17	28 ENERO- 1 FEB. 2019	8		10	REVISION DE PACIENTES POR TRIBUNAL DESIGNADO	
18	4-8 FEB. 2019			10	ENTREGA BORRADOR DEL INFORME FINAL	
	11-15 FEB. 2019				REVISION POR PROFESORES Y TUTORES / CORRECCION GRAMATICAL	
	18-22 FEB. 2019				PLACAJE/ 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 Galarza Santiana
 Coordinadora de Carrera



Fuente: Elaboración de la Coordinación de la Carrera de Odontología.

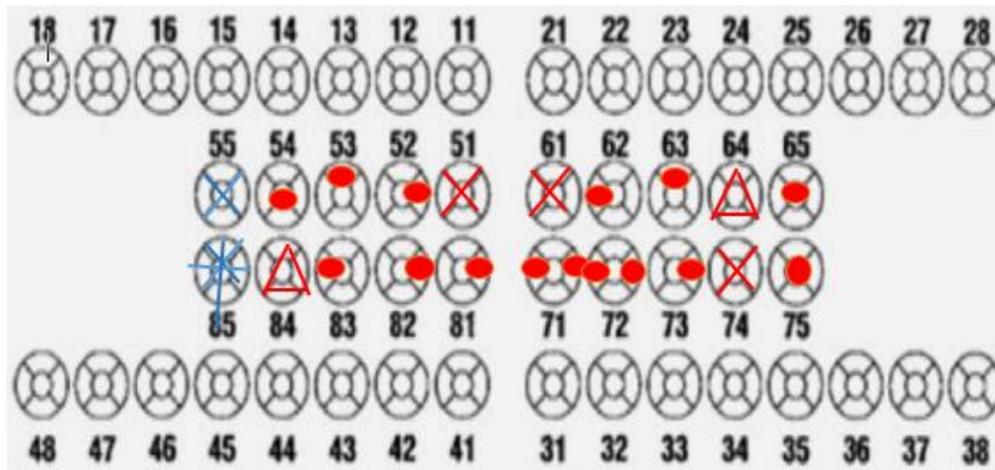
Anexo 3. Tabla de Presupuesto.

<u>Cantidad</u>	<u>Material</u>	<u>Precio</u> <u>Unitario</u>	<u>Precio</u> <u>Total</u>
<u>1</u>	<u>Pasta profiláctica</u>	<u>\$5,75</u>	<u>\$5,75</u>
<u>2</u>	<u>Cepillo profiláctico</u>	<u>\$0,25</u>	<u>\$0,50</u>
<u>1</u>	<u>Aplicador de flúor en Barniz</u>	<u>\$0,30</u>	<u>\$0,30</u>
<u>1</u>	<u>Flúor en barniz</u>	<u>\$3,50</u>	<u>\$3,50</u>
<u>1</u>	<u>Suero fisiológico</u>	<u>\$1,00</u>	<u>\$1,00</u>
<u>1</u>	<u>Paquete de gasas</u>	<u>\$1,50</u>	<u>\$1,50</u>
<u>7</u>	<u>Jeringa descartable de 10ml</u>	<u>\$0,10</u>	<u>\$0,70</u>
<u>7</u>	<u>Anestésico</u>	<u>\$0,50</u>	<u>\$3,50</u>
<u>7</u>	<u>Aguja para carpule</u>	<u>\$0,15</u>	<u>\$1,05</u>
<u>1</u>	<u>Cucharilla Maylleffer</u>	<u>\$25,00</u>	<u>\$25,00</u>
<u>1</u>	<u>Typodont Modelo</u>	<u>\$5,00</u>	<u>\$5,00</u>
<u>1</u>	<u>Fresa redonda</u>	<u>\$2,00</u>	<u>\$2,00</u>
<u>1</u>	<u>Conos de papel</u>	<u>\$7,00</u>	<u>\$7,00</u>
<u>1</u>	<u>Caja de diques de goma</u>	<u>\$0,50</u>	<u>\$19,00</u>
<u>1</u>	<u>Paquete de succionador</u>	<u>\$0,05</u>	<u>\$5,00</u>

<u>1</u>	<u>Kit de Resinas 3M</u>	<u>\$80,00</u>	<u>\$80,00</u>
<u>1</u>	<u>Ionomero de vidrio de fotocurado</u>	<u>\$4,00</u>	<u>\$4,00</u>
<u>1</u>	<u>Fresa cilíndrica</u>	<u>\$1,50</u>	<u>\$1,50</u>
<u>1</u>	<u>Fresa cono invertido</u>	<u>\$1,50</u>	<u>\$1,50</u>
<u>1</u>	<u>Fresa troncocónica</u>	<u>\$1,50</u>	<u>\$1,50</u>
<u>1</u>	<u>Fresa alpina</u>	<u>\$2,00</u>	<u>\$2,00</u>
<u>1</u>	<u>Alginato</u>	<u>\$7,00</u>	<u>\$7,00</u>
<u>2</u>	<u>Yeso extra duro</u>	<u>\$1,50</u>	<u>\$3,00</u>
<u>1</u>	<u>Yeso modelo</u>	<u>\$1,50</u>	<u>\$1,50</u>
<u>1</u>	<u>Fresa de balón</u>	<u>\$1,00</u>	<u>\$1,00</u>
<u>1</u>	<u>Fresa de llama</u>	<u>\$1,00</u>	<u>\$1,00</u>
<u>1</u>	<u>Espátula de Mezclar Ionomero</u>	<u>\$2,00</u>	<u>\$2,00</u>
<u>5</u>	<u>Coronas de Celuloide</u>	<u>\$1,00</u>	<u>\$5,00</u>
<u>1</u>	<u>Hidróxido de Calcio de Fotocurado</u> <u>(liner)</u>	<u>\$15,00</u>	<u>\$15,00</u>
<u>1</u>	<u>Acrílico en polvo rápido</u>	<u>\$0,60</u>	<u>\$0,60</u>
<u>1</u>	<u>Acrílico líquido rápido</u>	<u>\$0,60</u>	<u>\$0,60</u>
<u>1</u>	<u>Caja de guantes de nitrilo</u>	<u>\$15,00</u>	<u>\$15,00</u>

<u>1</u>	<u>Caja de mascarilla</u>	<u>\$5,00</u>	<u>\$5,00</u>
<u>2</u>	<u>Radiografía panorámica</u>	<u>\$13,00</u>	<u>\$26,00</u>
<u>20</u>	<u>Paquete campos operatorios</u>	<u>\$1,00</u>	<u>\$20,00</u>
<u>2</u>	<u>Aparatologías Ortodoncicas.</u>	<u>\$10,00</u>	<u>\$20,00</u>
<u>2</u>	<u>Líquidos reveladores - frascos</u>	<u>\$2,50</u>	<u>\$5,00</u>
<u>100</u>	<u>Impresión – hojas</u>	<u>\$0,05</u>	<u>\$5,00</u>
<u>200</u>	<u>Copias</u>	<u>\$0,02</u>	<u>\$4,00</u>
<u>2</u>	<u>Bolígrafos</u>	<u>\$1,00</u>	<u>\$1,00</u>
<u>1</u>	<u>Hojas de papel – resma</u>	<u>\$4,00</u>	<u>\$4,00</u>
<u>1</u>	<u>Lápiz bicolor</u>	<u>\$1,00</u>	<u>\$1,00</u>
<u>1</u>	<u>Borrador</u>	<u>\$0,50</u>	<u>\$0,50</u>
<u>3</u>	<u>Anillado</u>	<u>\$1,00</u>	<u>\$3,00</u>
<u>Subtotal.</u>			<u>\$336,90</u>
<u>Imprevistos.</u>		<u>10%</u>	<u>\$33,69</u>
<u>Total.</u>			<u>\$370,59</u>

Anexo 4
ODONTOGRAMA



Anexo 4: Odontograma de la Historia Clínica de Odontopediatria Formulario 033.

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Anexo 5 Fotografías de estudio de Proporcionalidad.



Figura 1 Plano Recto



Figura 2 Plano derecho



Figura 3 Plano Izquierdo

Las fotografías en clínica son de elaboración propia.

Anexo 6**Fotos Intraorales de Diagnóstico.**

Figura 4 oclusión de Diagnóstico.



Figura 5 Vista Superior.



Figura 6 Vista Inferior.

Anexo 7.1 Historia Clínica Pediátrica y Plan de Tratamiento.



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA



USGP

CLÍNICA INFANTIL H.C.Nº _____

Historia Clínica

Nombre: Susmy Papinela Galdino Solórzano Edad: 5

Nombre del Padre: Amando Galdino Nombre de la Madre: Nesandra Solórzano

Responsable o Tutor: Amando Galdino Teléfono: 05 930 925

Domicilio: Calle Los Tamarindos

Motivo de la Consulta: Tratamiento de las caries dentales

Antecedentes Patológicos: No Refiere

Antecedentes Obstétricos: Cesárea Normal

Antecedentes Odontológicos: Tiranía por Caries P# 55

Otros: _____

Examen Clínico:

	Patología	Patología
Piel		Lengua
Labios		Glándulas Salivales
Carrillos		Ganglios
Paladar		Art. Tem Mandibular
Piso de la Boca		Otros

ODONTOGRAMA



Otras alteraciones: _____

Diagnóstico Presuntivo: Caries Dental

Diagnóstico Definitivo: _____

Plan de Tratamiento: Proflex B + Fluorización

Inactivación P# 52, 53, 54

Inactivación P# 62, 63, 65

Inactivación P# 71, 72, 73, 75

Inactivación P# 81, 82, 83

Restauración Definitiva P# 52, 53, 54

Restauración Definitiva P# 62, 63, 65

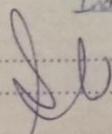
Restauración Definitiva P# 71, 72, 73, 75

Restauración Definitiva P# 81, 82, 83

Taxico Pulpa P# 64, 84

Extracción P# 54, 81, 71

Nombre del Docente: _____

Firma del Docente:  _____

Fecha: _____

Aparatología Ortodóncica

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Anexo 8 Radiografía Panorámica



Fuente: ADAMANTIUM

Anexo 9 Exámenes Complementarios. Hemograma

CONTROL EXTERNO DE LA CALIDAD

**LABORATORIO CLINICO INTERLAB
LABSERVICES S.A.**

LABORATORIO - Av. Rocafuerte s/n entre Av. Guayaquil y Bolívar
- Teléfono: 263732 - 263780 - 263827 - Fax: 2638115
SUCURSAL MEDICAL PLAZA - Av. Mariscal suñer entre Club y La Libertad
- Teléfono: 2638390 - 2638136
SUCURSAL Av. Jorge Washington y Calle América (Esquina diagonal paseo Shopping)
- Teléfono: 2932061 - 2930874

Director Técnico:
Dr. Jorge Sanguinetti

PACIENTE: **MERO FRANCO, BERLINDA AMPARO**

MEDICO: **DR(a):**

FECHA: 23 Oct 2017

Página: 1 de 3

Estamos en red, retire su examen en cualquier sucursal por internet en nuestra pag. web www.interlab.com.ec

ANALISIS	CODIGO PACIENTE	HORA	HABITACION	EDAD	SEXO
1132364		19:44		49 Años	Femenino

NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R REFERENCIA
EXAMEN DE SANGRE			
Hemabías	+ 3700000	mm3	4100000 - 5100000
Hemoglobina	11.20	g /dl	Niños (ambos sexos) Recien nacidos: 15.0 - 24 1 a 23 meses: 10.5 - 14.0 2 a 9 años: 11.5 - 14.5 Hombres: > 10 años: 12.5 - 16.3 > 18 años: 14.0 - 17.5 Mujeres: 10 - 17 años: 12.0 - 15.0 > 18 años: 12.3 - 15.3
Hematócrito	+ 35.00	%	36.00 - 45.00
Leucocitos	6540	mm3	4400 - 11300
N. Cayados %	0.00	%	
N. Segmentados %	43.50	%	34.00 - 71.10
Eosinófilos %	1.70	%	0.70 - 5.80
Basófilos %	0.20	%	0.10 - 1.20
Monocitos %	10.10	%	4.70 - 12.50
Linfocitos %	44.50	%	19.30 - 51.70
- TOTAL -	100.00		
N. Cayados mm3	0.00	mm3	
N. Segmentados mm3	2844.90	mm3	1560.00 - 6130.00
Eosinófilos mm3	111.18	mm3	40.00 - 360.00
Basófilos mm3	13.08	mm3	10.00 - 80.00
Monocitos mm3	660.54	mm3	250.00 - 710.00
Linfocitos mm3	2910.30	mm3	1180.00 - 3740.00

CONTROL EXTERNO DE LA CALIDAD

**LABORATORIO CLINICO INTERLAB
LABSERVICES S.A.**

LABORATORIO - Av. Rocafuerte s/n entre Av. Guayaquil y Bolívar
- Teléfono: 263732 - 263780 - 263827 - Fax: 2638115
SUCURSAL MEDICAL PLAZA - Av. Mariscal suñer entre Club y La Libertad
- Teléfono: 2638390 - 2638136
SUCURSAL Av. Jorge Washington y Calle América (Esquina diagonal paseo Shopping)
- Teléfono: 2932061 - 2930874

Director Técnico:
Dr. Jorge Sanguinetti

PACIENTE: **MERO FRANCO, BERLINDA AMPARO**

MEDICO: **DR(a):**

FECHA: 23 Oct 2017

Página: 2 de 3

Estamos en red, retire su examen en cualquier sucursal por internet en nuestra pag. web www.interlab.com.ec

ANALISIS	CODIGO PACIENTE	HORA	HABITACION	EDAD	SEXO
1132364		19:44		49 Años	Femenino

NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R REFERENCIA
V. M. C.	95	fl%	80 - 90
H. C. M.	30	pg	28 - 33
C. H. C. M.	+ 32	%/dl	32 - 36
RDW	14	%	12 - 15
MPV	10	fl	9 - 12
Plaquetas	288000	mm3	150000 - 450000

Los rangos de referencia reportados utilizarlos solo como guía ya que los valores reales serán variables dependiendo de la edad, sexo y altitud sobre el nivel del mar.

HEMOSTASIA

TIEMPO DE PROTOMBINA	RESULTADO	UNIDADES	R REFERENCIA
T. de Protrombina.Pcte	10.10	segundos	T. de Protombina Control: 12.0 seg
			Valor de Referencia +/- 2.0 seg. del control
Actividad Protrombínica	149.90	%	
I. N. R.	0.84		

RANGOS RECOMENDADOS EN TERAPEUTICA CON ANTICOAGULANTES ORALES

2.0 - 3.0 En Trombosis venosa

Embolia pulmonar o sistémica

IAM, Fibrilación auricular

Válvulas patas

Válvulas artf. Biológicas

2.5 - 3.5 En:

Válvulas artf. mecánicas

Embolia sistémica recurrente

3.0 - 4.0

Prevención de IAM recurrente.

Fuente: Laboratorios LABSERVICES S.A.

Anexo 9 Técnicas de Adaptación (Decir, Mostrar, Hacer)

Figura 11 Adaptación de la paciente.



Figura 12 Simulación de procedimientos.

Anexo 9. Profilaxis y Fluorización.



Figura 13 Eliminación de placa bacteriana con cucharilla.



Figura 14 Profilaxis Dental con cepillo y pasta profiláctica.



Figura 15 Aplicación de barniz de flúor.

Anexo 10 Inactivación de Caries.

Figura 16
Eliminación de Caries.



Figura 17 Técnica A traumática
con cucharilla

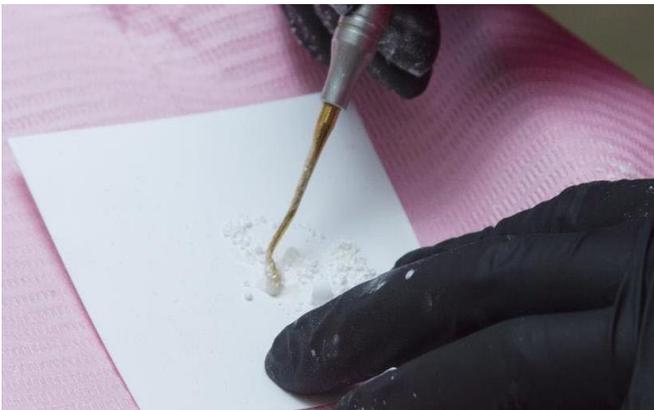


Figura 18 Mezcla de
ionómero de vidrio.



Figura 19 Caries inactivadas con
Ionómero de vidrio.

Anexo 11 Restauraciones con resina Compuesta. (coronas de celuloide)

Figura 20 Aislamiento Relativo.



Figura 21 Preparación dentaria con fresa cilíndrica con punta redondeada.



Figura 22 Prueba de corona.



Figura 23 Grabado Acido.



Figura 24 Aplicación de Bonding



Figura 25 Fotocurado.



Figura 26 Colocación de corona con resina compuesta.



Figura 27 Fotocurado.



Figura 28 Retiro de Corona de celuloide.



Figura 29 Pulido de los márgenes axiales con discos.



Figura 30 Chequeo de la Oclusión.

Anexo 12. Terapia Pulpar.

Figura 31 Radiografía Inicial.



Figura 32 Eliminación de Caries.



Figura 33 Colocación de Hidróxido de Calcio.



Figura 34 Restauración con Resina Compuesta.



Figura 35



Figura 36 Verificación Oclusal y Pulido con fresa alpina.



Figura 37 Antes y después Clínicamente.



Figura 38 Radiografía Final

Anexo 13. Cirugía.

Figura 39 Asepsia.



Figura 40 Colocación de Tópico.



Figura 41 Anestesia infiltrativa.



Figura 42 Sindesmotomía.



Figura 43 Prehención de la pieza dentaria
#61



Figura 44 Extracción.

Anexo 14 Ortodoncia.



Figura 45 Toma de impresión superior.



Figura 46 Toma de impresión inferior.



Figura 47 Modelos de estudio.



Figura 48 Análisis de modelos.



Figura 49 Confección de ganchos circunferenciales



Figura 50 Acrilado.

Anexo 15. Adaptación de las Aparatologías.



Figura 51 Prueba de Banda y Ansa.



Figura 52 Mezcla de ionómero de vidrio.



Figura 53 Cementación de banda y ansa.



Figura 54 Adaptación de aparatología.



Figura 55 verificación de la aparatología.

RESULTADOS

ANTES



DESPUES



DEVOLVIENDO LA ARMONIA A LA SONRISA



ANTES



DESPUES



ANTES



DESPUES

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Ayala, F. J. (2018). Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. *Sociedad Española de Odontopediatria* Recuperado de http://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf p. 3-4.
- Aragónés, J. H. (2018). Hematología práctica: Interpretación del hemograma y de las pruebas de coagulación. *Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria*, p.508.
- Aranda, E. T. (2011). El hemograma como instrumento diagnóstico básico en pediatría. *Sociedad Boliviana de Pediatría* p. 139. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v50n2/a09.pdf>
- Araújo, F. B. (2015). Terapia Pulpar en dientes deciduos y permanentes jóvenes. *Manual de Referencias para procedimientos en Odontopediatria*, pp. 165-166- 167.
- Arriagada, A. L., Saldivia, K. A., Bustos, L., y Hernández-Vigueras, S. (2015). Validez de Pruebas Diagnósticas Endodónticas Aplicadas por Estudiantes de Pregrado de una Universidad Chilena. *J. Odontostomat.* Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v9n3/art16.pdf>
- Biermann, Stefania; Naranjo Sierra, Marí, M. (2013). Dossier temático Caries Dental. *Rev. Javeriana*. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/SICI%3A%202027-3444%28201301%2932%3A68%3C19%3ACARIES%3E2.0.CO%3B2-H> Revista Javeriana pp. 20-21.
- Boj, J. R. (2011). Odontopediatria: La evolución del niño al adulto joven. España: Ripano S.A.
- Bordoni, N., y Squassi, A. (2013). Caries Dental: una mirada actual para una vieja problemática. *Rev. Javeriana*. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/SICI%3A%202027-3444%28201301%2932%3A68%3C81%3ACDMAVP%3E2.0.CO%3B2-G> p.82.
- Buenahora, M. (2014). *Manual de semiología oral*. Bogotá: Universidad del Bosque.
- Camarena-Fonseca, A. R., Gonzales, E. J., Cruzado-Piminchum, L. M., y Durán, a. L. (2016). Métodos de diagnóstico imagenológico para optimizar el plan de tratamiento y pronóstico de caninos maxilares. *Rev. Estomatologica Herediana* Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/3033..>
- Carpio, D. E. (2017). Frecuencia de patologías pulpares y periapicales: estudio retrospectivo. Quito: Universidad Central del Ecuador. *Repositorio Digital* <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15363>.
- Castañeda, N. N. (2013). Guía de erupción. Presentación de un caso clínico. Cuba. Recuperado de [file:///C:/Users/Cmega/Downloads/GU%C3%8DA%20DE%20ERUPCI%C3%93N.%20PRESENTACI%C3%93N%20DE%20UN%20CASO%20CL%C3%8DNICO.%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cmega/Downloads/GU%C3%8DA%20DE%20ERUPCI%C3%93N.%20PRESENTACI%C3%93N%20DE%20UN%20CASO%20CL%C3%8DNICO.%20(1).pdf)

- Casuriaga, A. (2018). Auditoria de Historias Clinicas . *Archivos de pediatria del Uruguay* p.244. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492018000500242&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cuenca Sala, E., y Baca Garcia, P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria. Reino de España: Elsevier.
- Cuenca, K., Rodriguez, M., y Soto. (2014). la historia clinica estomatologica como herramienta . *Revista Cubana de Medicina Familiar*, Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v43n4/mil12414.pdf>.
- Da Silva, I. A. (2008). Tratado de odontopediatria tomo 1. Sao Paulo: Amolca.
- Dadalto, E. C. (2015). Papel de la profilaxis dental en odontopediatria. *Manual de referencias de Procedimientos clinicos en Odontopediatria*, p.101.
- Garcell, K. C., Linares, M. L., Cortés, A. D., y Rodríguez, O. P. (2014). La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. *Rev. Cubana de Medicina Militar* Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400012..
- García, C. B. (2015). Evaluación de factores de riesgo de caries en una muestra de niños de 0 a 3 años de la Comunidad Valenciana, España. *Revista de Odontopediatria*, pp.125, 126.
- Gil, A. M. (2015). Comparación de dos clasificaciones de preparaciones cavitarias y lesiones cariosas: Mount y Hume, y Black. *Revista Cubana de Estomatología* Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000200005 p.164.
- Gutiérrez Marín, N., y López Soto, A. (2013). Mantenedores de espacio colocados del 2008 al 2011 en la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. . *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*, 14, 15.
- Guzmán, F. (2012). La historia clinica elemento fundamental del medico . *Revista Colombiana de Cirugia Plastica* Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf> p. 15.
- Kammann, M. A. (2013). Análisis facial en ortodoncia interceptiva. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*, p.1,2.
- Klatchoian, D. A. (2015). Adaptacion del comportamiento del paciente pediatrico. *Manual de Referencia para procedimientos en Odontopediatria* , p.47.
- M. Díaz, A. L. (2018). Indicaciones para los mantenedores de espacio. *Revista Odontologica Pediatrica*, p.182. Obtenido de <https://www.odontologiapediatrica.com/protocolos/mantenedores-de-espacio/>.
- Marit Slattelid Skeie, e. a. (2011). Odontopediatria Abordaje Clinico. Colombia: Amolca.
- Massara, M. d. (2015). Tratamiento Restaurador Atraumatico. *Manual de Odontopediatria* , p.145.
- Miniterio de Salud Publica. (2015). Guia Practica Clinica Caries. Quito: Dirección Nacional de Normatización, MSP.

- Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2012). Salud Bucodental. Obtenido de OMS: file:///C:/Users/Cmega/Downloads/OMS%20_%20Salud%20bucodental.pdf
- Ortiz-, G. I. (2016). Aspectos relevantes de la preparación para carillas anteriores de porcelana. *Revista Estomatologica Herediana* Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000200008 pp. 5-6.
- Paiva SM, Vidigal EA, Abanto J., y Cabrera-Matta A. (2014). Epidemiología de la caries dental en América Latina. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, p.4.
- Pérez, G. A. (2013). Exodoncia en Niños . *Revista Boliviana* Recuperado de: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000800009&script=sci_arttext, p. 5.
- Pesaresi, E. (2015). Uso de barniz con F-TCP y Fluor Clinpro White Varnish . Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/306400169_Uso_de_Barniz_con_f-TCP_y_fluor_Clinpro_White_Varnish_Caso_Clinico , p. 14.
- Planificacion, C. N. (2017). Plan Nacional De Desarrollo 2017-2021 Toda Una Vida. Quito: Senplades.
- Priego, P. M. (2017). Alternativa estetica y funcional del sector anterior en denticion decidua. *Revista Cientifica Odontologica*, p.773.
- Rigsby, C. K. (25 de 02 de 2018). Radiology Info. Obtenido de Radiology info/ Panoramic : <https://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/panoramic-xray.pdf>
- RIOJAS, M. T. (2014). *Anatomia dental*. Tercera Edicion. Mexico: El manual moderno S.A.
- Rizzo-Rubio LM, Torres-Cadavid. (2016). Comparación de diferentes tecnicas de cepillado para la higiene bucal. *Rev. CES Odontologia* Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n2/v29n2a07.pdf>, p. 56.
- Ronald Seaman Penido, O. A. (2015). Papel de la Odontopediatria. *Manual de Referencia para procedimientos en Odontopediatria*, pp. 7,8.
- Rosas, M. G. (2015). Prevalencia de variaciones cronológicas de la erupción de los incisivos inferiores permanentes. *Revista ADM*, p.198.
- Sanchez, C. A. (2017). *Conducción psicológica del paciente niño en odontopediatria*.
- Sarmiento, R. V. (2011). Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbanos marginales de Lima Norte *Revista Herediana*, 79.
- Silva, R. F., Felter, M., Tolentino, P. H., Rodrigues, L. G., Andrade, M. G., Palomeque, A. M., y Sassi, C. (2017). Importancia Pericial de los Modelos de Yeso Odontológicos para la Identificación de Cuerpo Putrefacto - Relato de Caso. *Int. J Odontostomat*.
Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-381X2017000300273&lng=pt&nrm=iso.

- Verbel Bohórquez J, Ramos Manotas J, y Díaz Caballero. (2015). Radiografía periapical como herramienta en el diagnóstico y tratamiento de quiste periapical. *Avances En Odontoestomatología*, p. 28.
- Yapias, E. (2017). Uso del registro de odontograma y la calidad de servicio de consultorios odontológicos. Peru: Universidad Cesar Vallejos. *Repositorio* http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12932/Yapias_CEK.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Zevallos, M. (2015). Analisis Morfológico. registro y analisis de modelo de estudio en ortopedia maxilo facial. Uruguay: *Universidad de la Republica*.