



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Trabajo de Sistematización de Práctica.

Previo a la obtención del título de:
Odontóloga.

Tema

Rehabilitación oral integral en un paciente pediátrico, con alto riesgo cariogénico.

Autora

Radmila Mariela Vélez Macías.

Tutora

Dra. Susana Parra Iraola. Ortodoncista.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2018 - 2019

Certificación de la tutora del trabajo de sistematización práctica

Dra. Sandra Susana Parra Iraola. Especialista en Ortodoncista. Certifica que el Trabajo de Sistematización de Práctica titulado: Rehabilitación oral integral en un paciente pediátrico, con alto riesgo cariogénico, periodo septiembre 2018 – febrero 2019, es trabajo original de la estudiante, Radmila Mariela Vélez Macías, el mismo que ha sido realizada bajo mi tutoría. Certifico que se culmina dicho proceso de diagnóstico y rehabilitación con la consumación de una propuesta restauradora que deja como respuesta un adecuado criterio de integración funcional y formal.

De esta manera, considero que se encuentra concluido en su totalidad, el trabajo de sistematización práctica previo a la obtención del título de Odontóloga, la que estuvo bajo mi dirección y supervisión.

Dra. Sandra Susana Parra Iraola Esp. Ortodoncia.

Tutor 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 en un paciente pediátrico, con alto riesgo cariogénico, periodo septiembre 2018– febrero 2019. Trabajo de Sistematización Práctica sometido a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg. Gs.

Coordinadora de la Carrera.

Dra. Sandra Susana Parra Iraola. Esp. Ortodoncia.

Tutora de sistematización de práctica.

Od. Yohana Macias Yen Chong Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

Od Jorge Luis Mendoza Robles Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

Declaración de autoría

La responsabilidad y resultados del presente trabajo de sistematización de práctica, titulado: Radmila Mariela Vélez Macías, corresponde exclusivamente al autor. Además, cedo los derechos de autoría del trabajo de sistematización práctica a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Radmila Mariela Vélez Macías

Autora.

Agradecimiento

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo primordialmente agradezco a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida, ilumino cada paso de este largo recorrido hasta culminarlo.

A mis padres de corazón Marlín Suárez Bazurto y Raúl Macías Cantos por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron. A mis amados Padres Annabell Macías Suárez y Stálin Vélez Hidalgo quienes estuvieron apoyándome y sembrando el camino del bien.

Mi profundo agradecimiento a mis hermanos Stálin Vélez y Asunción Vélez por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mi novio Alexander Piloso Cedeño quien estuvo apoyándome constantemente en mi trabajo de sistematización práctica, que con su apoyo he alcanzado mi mayor meta, a través de sus consejos, de su amor, y paciencia.

De igual manera mi agradecimiento a la Universidad San Gregorio de Portoviejo, a toda la Carrera de Odontología, a mis profesores en especial a la Dra. Sandra Susana Parra Iraola, quien con la enseñanza de su valioso conocimiento hizo que pueda culminar con mi trabajo siendo mi principal guía, gracias por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres de corazón Marlín Suarez Bazurto y Raúl Macías Cantos, por ser los pilares más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional junto a mis amados Padres Annabell Macías Suarez & Stalin Vélez Hidalgo que los amo con mi vida.

Mis hermanos Stálin y Asunción junto a mí amado novio Alexander Piloso que estuvo apoyándome, dándome valor, fuerza, templanza cuando más lo necesitaba.

Resumen

En la sistematización de práctica se realizó la rehabilitación oral integral de un paciente pediátrico masculino de 6 años de edad, con alto riesgo cariogénico, realizado en la clínica de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, periodo septiembre 2018 - febrero 2019.

En primera instancia se elaboró la historia clínica odontológica basada en el formulario 033, y la ficha de Odontopediatría que establece la carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, identificando las patologías presentes e instaurando el diagnóstico definitivo, para posterior realizar el plan de tratamiento e iniciar la rehabilitación oral, efectuando diferentes tratamientos odontológicos; preventivos como: profilaxis, fluorización y sellantes indicados para detener el proceso cariogénico así como los tratamientos restauradores en los que se ejecutó la remoción de caries dental con la colocación de ionómeros como base cavitaria y restauración definitiva con resina estéticas, posteriormente se realizaron los tratamientos pulpares, se eliminaron piezas dentales que ya no eran factibles salvar, finalmente se procedió con el diseño de la aparatología ortodóntica para mantener los espacios necesarios en el paciente, logrando resultados óptimos y muy significativos en la rehabilitación oral de la paciente, siendo el área de Odontopediatría encargada de restablecer las funciones del sistema dentario, devolviendo aspectos de salud, estética y función oral en los niños.

Palabras claves: Rehabilitación Oral; Tratamientos Preventivos; Caries; Tratamientos Pulpares.

Abstract

In the practical systematization the integral oral rehabilitation of a male pediatric patient of 6 years of age with high cariogenic risk was performed in the clinic of San Gregorio of Portoviejo University, during the term September 2018-February 2019.

First, the dental clinical history was elaborated based on the form No. 033, and the Pediatric Dentistry Card required by the Dentistry Major of San Gregorio of Portoviejo University, identifying the present pathologies and establishing the definitive diagnosis, to later carry out the plan of treatment and initiate oral rehabilitation, executing different dental treatments. Among the preventive measures: prophylaxis, fluoridation and sealants indicated to stop the cariogenic process as well as the restorative treatments in which the removal of dental caries was executed with the placement of ionomers as a cavity base and definitive restoration with aesthetic resin. Afterwards, the pulp treatments were carried out, dental pieces that were no longer feasible to save were eliminated, and finally the design of orthodontic appliances to maintain the necessary spaces in the patient proceeded, achieving optimal and very significant results in the oral rehabilitation of the patient, being the area of Pediatric Dentistry responsible for restoring the functions of the dental system, returning aspects of health, aesthetics and oral function in children.

Key Words: Oral Rehabilitation; Preventive Treatments; Caries; Pulp Treatments.

Índice

Introducción.....	XI
CAPÍTULO I.....	1
1. Problematización	1
1.1. Tema	1
1.2. Planteamiento del problema	1
1.3. Delimitación	2
1.4. Justificación.....	2
1.5. Objetivo	3
1.5.1. Objetivo general	3
1.5.2. Objetivos específicos.....	3
CAPITULO II.....	4
2. Marco teórico conceptual	4
2.1. Historia clínica actual	4
2.2. Historia clínica.....	8
2.3. Odontopediatría.	8
2.4. Comportamiento del paciente.....	9
2.5. Técnicas de Adaptación.....	10
2.6 Tratamientos Preventivos.	12

2.7. Caries dental	19
2.8. Tratamientos pulpares.....	22
2.9. Exodoncia en dientes primarios.....	24
2.10. Tratamiento de ortodoncia.....	25
CAPÍTULO III	28
3. Marco Metodológico	28
3.1. Modalidad de trabajo	28
3.2. Métodos.....	28
3.3. Ética.	29
3.4. Protocolo de tratamiento.....	29
3.5. Marco Administrativo.....	31
3.6. Materiales.....	31
3.6.1. Materiales para prevención (profilaxis, fluorización, sellantes)	32
3.6.2. Materiales para operatoria.....	32
3.6.3. Materiales para tratamientos de conducto.....	33
3.6.4. Materiales para exodoncias.	33
3.6.5. Materiales para ortodoncia.	34
3.6.6. Tecnológicos.	34
3.7. Presupuesto.	34
3.7.1. Tabla de presupuesto.....	34

CAPÍTULO IV	35
4. Resultados.....	35
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS.....	42

Introducción

Rehabilitar un paciente pediátrico demanda una gran competencia a nivel de comportamiento, ya que es complicado desde la adaptación hasta el hecho de trabajar una sistematización. La rehabilitación oral pediátrica ofrece una diversidad de tratamientos restauradores, de modo que la pérdida parcial o extensa de la estructura dentaria o del órgano dental cuenta con alternativas que le permiten el restablecimiento de sus funciones adecuadamente (Guerrero Castellón y Corona Zavala, 2014).

La educación sanitaria es el pilar más importante en la prevención de la caries dental, concienciar a los niños de la gran importancia que tiene el cuidado dental para su salud, la higiene bucal debe estar dirigida al control. El flúor es útil para prevenir la aparición de la caries interfiriendo en el metabolismo de las bacterias reduciendo su papel patógeno ya que la presencia de flúor facilita la incorporación de calcio a los tejidos duros del diente, a su remineralización, ya sea este de forma tópica o en gel (Vidal Ramón, 2018).

Al igual que el flúor los sellantes entran en los tratamientos preventivos, son beneficiosos porque actúan como una barrera protectora en las fosas y hendiduras naturales del esmalte, las cuales están fuera del alcance de las cerdas del cepillo dental, contra los microorganismos y sus productos que pueden atacar a los dientes y causar la caries (Gil Padrón y Hernández, 2002).

El primer tratamiento de morbilidad dental es la caries dental ya que es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (higiene bucal, la saliva y los dientes), la microflora (infecciones bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica). Además de estos factores, deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo (Nuñez y García Bacallao, 2010).

Las restauraciones con resinas y las coronas de celuloideas son procedimiento muy importantes empleados para la rehabilitación oral del paciente con múltiples lesiones cariosas. En cuanto a las coronas de composita fototermocuradas presentan una adaptación buena, la superficie es homogénea y libre de poros, lo que le da una buena estética y mayor resistencia a la abrasión (Rojas Reynoso y Gasca Argueta, 2014).

Como prevención ante una exodoncia los tratamientos pulpares en dentición temporal cumplen con la función de mantener la integridad y la salud de los tejidos orales, es deseable poder mantener la vitalidad de la pulpa de los dientes afectados por caries o traumatismos, sin embargo un diente puede seguir siendo funcional eliminando la pulpa parcial o totalmente (Vidal Ramón, 2018).

Cuando no se puede salvar una pieza dental se opta por la extracción dentaria, en la sociedad actual, representa uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en la consulta odontológica (Villares López, Rodríguez, Ruíz y Romero, 2016).

Una de las funciones de la dentición temporal es mantener el espacio para sus sucesores permanentes, por lo que es importante preservar los dientes temporales hasta el momento del recambio. Los mantenedores de espacio evitan la pérdida de longitud del arco, son empleados para facilitar la erupción de los dientes subyacentes y evitan la sobre erupción de los antagonistas (Moreno Alanis, Pedraza, y Lara, 2010).

CAPÍTULO I

1. Problematización

1.1. Tema

Rehabilitación oral integral de un paciente pediátrico, con alto riesgo cariogénico, periodo septiembre 2018 – febrero 2019.

1.2. Planteamiento del problema

Un problema hay que determinarlo siempre desde lo macro a lo micro, para poder ver las necesidades y dar la solución. “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).

Amado Schneider (2014) refiere que esta enfermedad llamada caries dental aún es considerada un problema a nivel de salud pública en los países de Latinoamérica, considerando los índices ceo-d, CPO-D muy alto, observando un aumento en su prevalencia a diferencia de otros continentes, por ello en Ecuador correspondiente a junio del 2014, donde se encontró que en niños de 3 a 11 años de edad existe una prevalencia de 62,39%.

Según Schwendicke (2014) los estudios epidemiológicos reportados por el MSP en Manabí del 2011, presenta un elevado porcentaje de dientes afectados por lesiones cariosas que se incrementa de forma proporcional a medida que la edad del individuo aumenta, evaluando el costo beneficio que las técnicas tradicionales, mínimamente invasivas y no invasivas.

1.3. Delimitación

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Salud oral

Delimitación espacial: Realizado en las clínicas de la Universidad San Gregorio De Portoviejo, en el cantón Portoviejo, provincia Manabí, Republica del Ecuador.

Delimitación temporal: Periodo septiembre 2018 – febrero 2019.

1.4. Justificación

La realización de este trabajo se justifica por la alta incidencia de caries que presenta la población infantil a nivel mundial, y específicamente a nivel de Ecuador y Manabí, debido a múltiples factores, por medio de este trabajo se logró recopilar información que servirá para futuras investigaciones, y poner en practica diferentes técnicas y protocolos aplicados al pacientes pediátricos.

Niños con un índice elevado de caries son atendidos frecuentemente en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Mostrando que dicha afección altera el bienestar físico y mental de los pacientes. Por tal razón el objetivo de realizar la rehabilitación del paciente pediátrico con alto riesgo cariogénico, fue devolver la salud oral integral, por medio de procedimientos preventivos y restaurativos, logrando mejorar su salud general para que de esta forma se incorpore a la sociedad física, psíquica y emocionalmente sano.

Según el Consejo Nacional de Planificación (2017) lo antes mencionado busca conseguir el objetivo 1, ya que la salud constituye un componente primordial de una vida digna, esta repercute en el plano individual como el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos

inter-generacionales. De igual forma, la aproximación a la salud se debe hacer con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, hasta la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita, concentrando los esfuerzos para combatir la malnutrición en sus tres expresiones, eliminar la prevalencia de enfermedades transmisibles y controlar las no transmisibles. Así mismo el derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación.

1.5. Objetivo

1.5.1. Objetivo general

Rehabilitar integralmente a un paciente pediátrico, con alto nivel de riesgo cariogénico, periodo septiembre 2018 – febrero 2019.

1.5.2. Objetivos específicos

- Determinar el diagnóstico de las patologías bucales mediante estudios preliminares.
- Ejecutar los diferentes tratamientos a realizar en el paciente pediátrico.
- Realizar los protocolos indicados al paciente de acuerdo al autor citado.

CAPITULO II

2. Marco teórico conceptual

2.1. Historia clínica actual

Paciente de 6 años de edad de sexo masculino, raza mestiza; acude a la consulta porque la mamá refiere que “quiere arreglarse los dientes”, no refiere síntomas asociados, como malestar, dolores de cabeza, fiebre. Se observó también múltiples piezas dentarias con lesiones de caries a nivel de las piezas número: 55, 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65, 74, 73, 84, 85. Estado actual del paciente asintomático.

2.1.1. *Motivo de consulta.*

La madre refiere que “quiere arreglarse los dientes”

2.1.2. *Antecedentes patológicos personales y familiares:*

Personales: No refiere.

Familiares: No refiere.

2.1.3. *Examen físico regional.*

2.1.3.1. *Examen físico extraoral.*

Inspección: no presenta maculas, pápulas ni nevus en su facie.

Auscultación: no presenta chasquido ni crepitaciones a nivel de la articulación temporomandibular.

Forma de la cara: Ovoide.

Perfil: Convexo.

Labios: Normotónicos

Tercios faciales. 1/3 inferior disminuido con relación al 1/3 medio.

Asimetría: aparentemente izquierda

Tipo facial: Mesoprosopo.

2.1.3.2. Examen físico intraoral.

Inspección: A la inspección de la mucosa labial sana se observa una superficie roja y húmeda sin lesiones anormales, ni masas ni desviaciones de color, en la inserción del frenillo, esta inserción muscular no está traccionando los tejidos gingivales y no está causando su retracción.

Palpación: En la mucosa labial no presenta tumefacciones, ni masas duras ni sensibilidad a la palpación, respecto al suelo de la boca no presenta tumoración, placa blanca o roja, las glándulas normales y sin dolor, con el paladar normal sin anomalía y la superficie dorsal y bordes de la lengua en la palpación se encuentra normal.

Oclusión

Anteroposterior:

Relación de primeros molares permanentes: mesioclusión bilateral

Relación de segundos molares temporales: no definible

Relación canina. Derecho: distocclusión Izquierdo: no definible

Overjet: 2mm

Vertical

Overbite: 2mm

Transversal

Líneas medias: inferior coincidente con el plano medio facial.

2.1.4. Odontograma.

El odontograma es un esquema de las arcadas dentarias, una cedula personal cuyo diagrama dental consigna las características anatómicas de los dientes, así como de las particularidades y modificaciones con fines de identificación, organizándolos por cuadrantes señalando las

patologías y/o tratamientos con los cuales llegan los pacientes (Oliva Vera, 2018) (ver Anexo 4).

2.1.5. Exámenes complementarios indicados.

Radiografía panorámica.

Como primera instancia hay que saber que es esta técnica radiográfica extraoral, permite observar la totalidad de las estructuras dentales como periorales se la obtiene con la ayuda de un aparato denominado Ortodontomógrafo (Luna y Torrez , 2013).

Radiografías periapicales.

A diferencia que las radiografías periapicales, son radiografías intraorales que tienen la característica particular de mostrar una pieza dentaria completa, junto al hueso adyacente que lo rodea; es muy útil para revelar la presencia de caries, enfermedad periodontal, varios tipos de lesiones periapicales (Luna y Torrez , 2013).

Hemograma completo.

No obstante el hemograma es un examen relativamente simple y en algunas situaciones nos ayuda en la evaluación diagnóstica. Este examen entrega datos sobre hematocrito (Hto), concentración de la hemoglobina (Hb), concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM), volumen corpuscular medio (VCM), recuento de eritrocitos, leucocitos y plaquetas (Becker, 2013).

Modelos de estudio.

En cuanto a los modelos de estudio son importantes para la práctica clínica e investigación en odontología, y fundamentales en ortodoncia para el diagnóstico, plan de tratamiento, evaluación de resultados y presentación de casos. Las medidas realizadas en los modelos de yeso generalmente incluyen el tamaño dentario y del arco, las cuales son necesarias para el análisis de espacio (Restrepo, Castellanos, Grhes y Santos, 2015).

2.1.6. Diagnóstico radiológico.

Estadío de Nolla 3: Piezas # 17, 15, 14, 24, 25, 27, 37, 47.

Estadío de Nolla 4: Piezas # 12, 22, 34, 35, 44, 45.

Estadío de Nolla 5: Piezas # 13, 23, 33, 43.

Estadío de Nolla 7: Piezas # 11, 21.

Estadío de Nolla 8: Piezas # 32, 31, 41, 42.

Estadío de Nolla 9: Piezas # 16, 26, 36, 46.

2.1.7. Diagnóstico diferencial.

- ✓ Caries dental.
- ✓ Patología periapicales.

2.1.8. Diagnóstico presuntivo.

- ✓ Caries dental
- ✓ Placa bacteriana

2.1.9. Diagnóstico definitivo.

Pieza #55 caries ocluso-distal.

Pieza #54 caries mesial.

Pieza #53 caries distal.

Pieza #52 caries mesial-vestibular- distal-palatino-incisal.

Pieza #51 corona totalmente destruida.

Pieza #61 caries vestibular-mesial-palatino-incisal.

Pieza #62 caries mesial-distal.

Pieza #63 caries distal.

Pieza #64 caries distal-palatino.

Pieza #65 caries mesio-ocluso-distal.

Pieza #75 caries oclusal-distal-vestibular-lingual.

Pieza # 74 caries mesio-ocluso-distal.

Pieza #73 caries distal.

Pieza #83 sana.

Pieza #84 caries mesio-ocluso-distal.

Pieza #85 destrucción total de corona.

2.1.10. Planes de tratamiento.

Profilaxis y fluorización.

Restauraciones con resina compuesta P # 54, 53, 63.

Restauraciones estéticas coronas celuloideas P # 62

Tratamientos pulpares P # 55, 52, 65, 84

Extracción P # 51, 61, 64, 74, 85

Elaboración de mantenedor de espacio estético superior y mantenedor de espacio funcional inferior

2.1.11. Pronóstico.

Favorable

2.2. Historia clínica.

Cuenca, Rodríguez, Soto y Pentón (2014) relatan que la historia clínica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médico-estomatológica y es vital en la interrelación entre los diferentes niveles de atención. El método clínico aproxima al diagnóstico y no es más que el método científico aplicado a la atención individual de un paciente. Este es la vía para la ejecución del proceso de atención médica, por tanto, es el conjunto ordenado de procedimientos para conseguir un diagnóstico, pronóstico y tratamiento correctos.

2.3. Odontopediatría.

Es importante determinar que la especialidad de la Odontología Pediátrica es la rama de la odontología responsable del ejercicio profesional, la enseñanza y la investigación para el

diagnóstico, la prevención y el tratamiento integral del sistema estomatognático del niño durante el período perinatal, la niñez y la adolescencia que presenten problemas físicos, mentales y/o emocionales (Ortíz, 2018).

2.4. Comportamiento del paciente.

Para determinar el comportamiento del paciente es importante saber el manejo de la conducta del paciente pediátrico, exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño, la clasificación de este tipo de paciente, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar, son importantes para definir qué tipo de manejo del comportamiento se le puede dar al paciente (Soto y Reyes, 2005).

Dentro del comportamiento del paciente pediátrico las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones. Sin embargo el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas de situaciones específicas, son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra (Soto y Reyes, 2005).

2.4.1. Factores que influyen en el comportamiento.

Álvarez y Casanova (2006) establecen que en la situación dental, el miedo y la ansiedad son prácticamente indistinguibles, en la literatura se expresa de diversos modos, pero predomina el término de ansiedad dental. A continuación se expone la diferencia de cada uno:

- Miedo.
- Perturbación angustiosa del ánimo por un peligro real o imaginario.
- Recelo o aprensión que uno tiene que le suceda una cosa contraria a lo que deseaba.
- Reacción a un peligro real o amenazante.

2.4.1.1. Miedo

Es importante saber identificar el miedo dental ya que puede contemplarse desde una doble perspectiva. Por un lado, como reacción fóbica aprendida y condicionada por una experiencia previa o aprendizaje social (a veces sin haber llegado a pasar por ninguna consulta); por la otra, como respuesta adicional a otros miedos en estados propensos a padecer desórdenes psicológicos. El miedo invade y afecta a la persona tanto en su vida social como a nivel familiar, laboral y/o en el estudio (Álvarez y Rivero, 2006).

2.4.1.2. Ansiedad

Determinando la ansiedad la definimos como el estado de inquietud del ánimo. Angustia que acompaña a muchas enfermedades, reacción emocional, respuesta o patrón de respuesta, rasgo de personalidad, estado, síntoma, síndrome y experiencia interna, reacción a un peligro irreal o imaginario (Álvarez y Casanova, 2006).

2.5. Técnicas de Adaptación.

Es importante aplicar la comunicación del odontólogo con el paciente pediátrico ya que es un factor primordial en la satisfacción del paciente, el profesional de la salud puede estar desatento al estilo de comunicación, pero pacientes y padres están siempre muy atentos algunos comportamientos del dentista están correlacionados a la baja satisfacción de los padres, tales como: la prisa en las consultas, no dedicar tiempo al explicar los procedimientos, impedir la presencia de los padres en el consultorio y demostrar impaciencia (Ascensão, Noronha, y Ayrton, 2017).

2.5.1. Comunicación y abordaje lingüístico.

Siempre que se pueda conversar con el niño debemos de aplicar el abordaje lingüístico apropiado ya que está representado por los comandos usados universalmente en odontopediatría, tanto con el niño cooperador como con el no cooperador (Ascensão, et al., 2017).

2.5.2. Decir-Mostrar-Hacer.

No obstante esta técnica abarca explicaciones verbales de los procedimientos en frases apropiadas al nivel del desarrollo del paciente (decir); demostraciones para el paciente de los aspectos visuales, auditivos, olfativos y táctiles del procedimiento a realizar (mostrar); y entonces, sin desviarse de la explicación y de la demostración, llegar a la conclusión del procedimiento (hacer) (Ascensão, et al., 2017).

2.5.3. Control de la voz

Aunque no es recomendado el control de la voz es una alteración controlada del volumen, del tono o del ritmo de la voz para influenciar y dirigir el comportamiento del paciente (Ascensão, et al., 2017).

2.5.4. Comunicación no verbal.

Por ello la comunicación no verbal se establece a través de la postura, expresión facial y el lenguaje corporal del profesional. Esta puede funcionar como un refuerzo para obtener un comportamiento apropiado del niño (Ascensão, et al., 2017).

2.5.5. Refuerzo positivo.

Determinamos que el refuerzo positivo es una técnica eficaz para recompensar comportamientos deseados y fortalecer el retorno de esos comportamientos (Ascensão, et al., 2017).

2.5.6. Distracción.

Es la técnica de desviar la atención del paciente de lo que pueda ser percibido como un procedimiento desagradable. Dar al paciente una pausa corta durante un procedimiento estresante puede ser un uso eficaz de la distracción antes de considerar la aplicación de técnicas más avanzadas de orientación de comportamiento (Ascensão, et al., 2017).

2.5.7. Presencia/Ausencia Materna.

Esta técnica es controversial ya que la presencia o ausencia materna puede, a veces, ser usada para ganar la cooperación durante el tratamiento. Existe una gran diversidad de opiniones de profesionales respecto a la presencia o ausencia materna durante los procedimientos odontopediátricos (Ascensão, et al., 2017).

2.6 Tratamientos Preventivos.

Mora y Saltos (2014) refieren que respecto a prevención, representa en la actualidad un factor esencial en cuanto a al bienestar físico, es de vital importancia la instrucción que imparte la madre al niño en lo que es salud oral, así como también el ejemplo que ella le pueda inculcar sobre este tema, para que esto se convierta en un estilo de vida del niño y así evitar las manifestaciones bucodentales asociadas a las enfermedades, como es dolor e infección afectando la salud general y el estado socioemocional del niño, es también importante conocer los medios de cuidado y prevención de la gran cantidad de patologías existentes en la cavidad oral, debido en parte a los elevados costos que se tiene en cuanto a los tratamientos y medidas de reconstrucción estética, como también para precautelar la salud integral de nuestros niños.

2.6.1. Educación para la salud.

La educación para la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad (Cisneros y Hernández, 2011).

2.6.1.1 Hábitos alimenticios saludables

En cuanto a los hábitos alimenticios saludables, la OMS manifiesta que el estado nutricional afecta a los dientes antes de que broten, aunque esa influencia es mucho menos importante que el efecto local de la dieta en los dientes ya formados (OMS, 2017).

González y Nieto (2013) establecen que la caries dental en niños preescolares se debe a una combinación de múltiples factores, incluyendo la colonización de los dientes con las bacterias cariogénicas, el tipo de alimentos consumidos así como la frecuencia de la exposición de estos alimentos para las bacterias cariogénicas, y los dientes sensibles.

2.6.2. Hábitos higiénicos.

2.6.2.1. Cepillos dentales.

Conceptuando que un cepillo dental manual consta de una cabeza con cerdas y un mango. Los cepillos dentales también difieren en dureza o textura y se pueden clasificar en duros, medianos, blandos o extra blandos (Norman y García, 2005).

Forma de las cerdas

Norman y García (2005) manifiesta que han sido desarrollados cepillos dentales que utilizan cerdas de múltiples diámetros, texturas y formas, siendo de mayor eficiencia los de cerdas redondeadas, en forma de pluma o diamante.

Los cepillos más ergonómicos son los triangulares a los lados para su mejor agarre, una posición del pulgar en la parte trasera del mango para mejor comodidad y varios dobleces angulados para permitir un mejor acceso dentro y alrededor de la boca (Norman y García, 2005).

Textura

Estas cerdas son de nylon tienen un diámetro uniforme y una amplia variedad de textura predecible. La textura se define con la resistencia de la cerda a la presión, la firmeza o textura de una cerda se relaciona con su: composición, diámetro, longitud y calidad de cerdas individuales (Norman y García, 2005).

2.6.2.2. *Técnicas de cepillado.*

Técnica horizontal

También conocida como técnica de Fones, a un movimiento rotatorio o a un movimiento sencillo de arriba hacia abajo sobre los dientes maxilares y mandibulares (Norman y García, 2005).

2.6.2.3. *Dentífricos.*

El propósito de los dentífricos es terapéutico, por lo general el efecto terapéutico real o presunto consiste en la disminución de la incidencia de la caries, la gingivitis, o la sensibilidad dental (Norman y García, 2005).

La Sociedad Española de Odontopediatria (2008) establece que la recomendación clínica de los dentífricos de niños entre 2 a 6 años es de 2 veces al día con una pasta de dientes entre 1.000 1.450 ppm de flúor y la cantidad similar a un guisante. Por encima de 6 años es recomendable 2 veces al día con una pasta de dientes que contenga 1.450 ppm de flúor con una cantidad de 1 a 2 cm.

2.6.2.4. *Colutorios.*

Una revisión sistemática de Cochrane establece que el enjuague bucal con flúor por parte de niños y adolescentes se asocia con una gran reducción en el incremento de la caries en los dientes permanentes. El procedimiento recomendado consiste en enjuagar la boca de uno a dos minutos por día con una solución menos concentrada que contenga flúor, o una vez a la semana o una vez cada dos semanas con una solución más concentrada (Marinho, Chong, Worthington, y Walsh, 2016).

Norman y García (2005) relatan que en los enjuagues bucales, el alcohol se utiliza como solvente, saborizante y agente para regusto. El contenido de alcohol de los enjuagues

comerciales hasta 27% puede constituir un peligro para los niños, especialmente para las edades entre 2 y 3 años.

2.6.2.5. Elementos interdetales.

Hilo dental

Norman y García, (2005) refieren que es la medida más indicada para la remoción de placa y detritos de las troneras en donde la papila ocupa por completo el espacio interproximal y los dientes están en contacto. Remueve la placa y los detritos adheridos a los dientes, restauraciones, aplicaciones ortodónticas, a puentes y prótesis fijas, a la encía en las porciones interproximales y alrededor de los implantes.

Pasador de hilo dental

Norman y García (2005) manifiestan que un pasador de hilo dental consiste en un asa de plástico, en la cual se inserta un hilo dental de cierta longitud, similar a enhebrar una aguja. El enhebrado es utilizado para llevar el hilo de forma interproximal en las siguientes circunstancias:

- A través de las partes de las troneras debajo de puntos de contacto demasiado apretados para la inserción del hilo dental.
- Entre las superficies proximales y la encía de los pilares de implantes de las prótesis fija.
- Debajo de los puentes.
- Alrededor de las aplicaciones ortodónticas.
- Debajo de los dientes que están astillados juntos.

Cepillos interproximales

Pueden ser usados para limpiar espacios entre los dientes y alrededor de furcas expuestas, bandas ortodónticas y aplicaciones de prótesis fijas con espacios lo suficientemente grandes para introducir el accesorio de manera sencilla (Norman y García, 2005).

2.6.3. Profilaxis.

El odontólogo que realiza una acción profiláctica y educativa debe involucrar la familia en ella y también debe obtener su colaboración en la orientación del niño. A pesar de que el contacto del dentista con el niño siempre es directo, en la medida en que el tratamiento dental implica una intervención o actuación directa en la boca del paciente, la relación del profesional con el niño es mediado por la madre o la persona responsable (Corvo, 2003).

Andrade y Barbosa (2010) describen que las indicaciones y beneficios de la profilaxis dental profesional periódica debe ser realizada para:

Instruir a los responsables de los niños o adolescentes con la técnica de higiene oral más adecuada del proceso de educación del paciente.

- Remover placa bacteriana, manchas extrínsecas y cálculos.
- Pulir las superficies rugosas para minimizar el acumulo y retención de placa.
- Facilita el examen clínico, favoreciendo el diagnóstico de lesiones cariosas activas clínicamente visibles o lesiones subclínicas.

2.6.4 Flúor.

Juárez, Hernández, Ledesma, y Galia (2012) establecen que el flúor es considerado de gran importancia en la prevención de la caries dental. Después de su administración oral se absorbe de inmediato a nivel gastrointestinal, 95% del mismo se localiza en tejidos calcificados y el resto se encuentra presente a bajas concentraciones en otros tejidos, así como: leche materna, placenta líquido cefalorraquídeo, bilis, sudor saliva y líquido crevicular.

La población más vulnerable es la infantil de 0 a 6 años de edad. Esta se encuentra en un periodo crítico de calcificación dental, expuesta a múltiples fuentes de fluoruro no controladas, como las cremas dentales, comidas, bebidas, suplementos de flúor y productos fluorados,

utilizados a nivel local para la prevención de la caries, los cuales pueden aumentar el riesgo de padecer fluorosis (González, Carmona, y Díaz, 2010).

2.6.4.1. Dosis recomendada de flúor en niños.

Mamani y Zeballos (2012) mencionan que en pacientes que presentan una concentración menor a 0.3 ppm de flúor deben darse suplementos del mismo, cuya dosis estará de acuerdo a la edad del niño, es así que las dosis correctas a ser administradas serán:

De 3-5 años de edad 0.25mg.

De 6-7 años de edad 1.00mg.

2.6.4.2. Riesgo de fluor.

La dosis máxima tolerable para los pacientes pediátricos sin riesgo de intoxicación aguda es de 0.5 mg de F por Kg. Sin embargo la ingesta crónica y excesiva puede ocasionar fluorosis dental. Se ha reportado que dosis entre 0.003-0.1 mg/kg pueden provocar cambios estructurales en los dientes (Juárez, et al., 2012).

2.6.4.3. Protocolo de aplicación de flúor en barniz

Perona, Águila, y Torres (2013) establecen que el barniz de flúor contiene altas concentraciones de fluoruro, si se aplica de dos a cuatro veces al año reduce considerablemente la caries dental en los niños.

- ✓ Limpieza dental con gasa húmeda u aire de la jeringa triple.
- ✓ Dispensador unitario del barniz sobre el stickers.
- ✓ Mezcla de barniz antes de colocar en los dientes.
- ✓ Aplicación en dientes totalmente secos.

2.6.5. Sellantes.

En cuanto al uso de sellantes de fosas y fisuras se recomienda para la prevención de caries dental, ya que al cubrir con una capa plástica de seguridad las irregularidades del esmalte,

mantiene sin efecto la acción bacteriana y la de los alimentos que causan la caries dental. (Espinoza y Pachas, 2013).

Se establecen que los sellantes de fosas y fisuras, ampliamente utilizados en programas comunitarios de control de caries, son uno de los materiales más efectivos para este fin. Su importancia se debe a que las superficies oclusales de los molares son especialmente susceptibles a la acumulación de placa bacteriana y al consecuente desarrollo de caries, debido a su irregular anatomía. Los sellantes actúan eliminando esta irregularidad, lo que dificulta la adhesión bacteriana y facilita la higiene (Faleiros, Urzúa y Rodríguez, 2013).

2.6.5.1. Indicaciones

Estrada, Hidalgo y Pérez (2006) mencionan que estas son las indicaciones:

- ✓ Alto o moderado riesgo a caries.
- ✓ Molares con fosas o fisuras retentivas con hasta 2 años de brotados (primeros molares permanentes: niños de 6 y 7 años; segundos molares permanentes: niños de 11 a 13 años, segundos molares temporales: niños de 2 a 4 años).
- ✓ Lesiones incipientes del esmalte sin cavitación (manchas blancas) que no respondan a otras medidas preventivas.
- ✓ Fosas y fisuras con restauraciones de extensión limitada.
- ✓ Fosas y fisuras retentivas en molares cuyo contralateral esté cariado o restaurado. p. 5.

Protocolo.

Guedes, Bonecker y Delgado (2011) mencionan los siguientes pasos:

1. Aislamiento: Es preferible el aislamiento relativo, realizado de tal forma que impida la contaminación del campo operatorio por saliva.
2. Limpieza previa: Es necesario la limpieza con cepillo a baja rotación, piedra pómez y agua.
3. Grabado de la superficie: Es realizado con el líquido del material, el producto se aplica con torundas de algodón, o con aplicador tipo microbrush.
4. Lavado y secado: Eliminación del agente grabador con agua.
5. Manipulación del material: Manipulación cuidadosa del material.
6. Aplicación del material: Con la espátula plástica llevarlo a la cavidad realizando digito presión, (aplicando previamente vaselina en el guante).
7. Remoción de exceso: Remover los excesos evidentes después de la realización de la presión digital.
8. Protección de la superficie: Con una capa fina de vaselina.

9. Evaluación oclusal: Evaluar la presencia de interferencias oclusales. p. 48.

2.7. Caries dental

La caries dental es una enfermedad ampliamente extendida en el mundo, por lo que ha sido y sigue siendo la enfermedad más frecuente del hombre moderno. Dada la alta incidencia que presenta esta enfermedad bucal, así como la gran necesidad de prevenirla (Pérez, Estrada y Hidalgo, 2007).

La caries dental es una enfermedad infecciosa de origen bacteriano, de carácter multifactorial, que causa la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de las bacterias capaces de fermentar a carbohidratos (teoría acidógena), puede afectar el esmalte, la dentina y el cemento (Pérez, et al., 2007).

Esta patología es uno de los padecimientos más frecuentes de los seres humanos que prevalece y la padece el hombre moderno tal vez como producto de la industrialización, la tecnología, y la economía de nuestra sociedad (Pérez, et al., 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad (Palomer, 2006).

2.6.1. Factores de riesgo de la caries dental

Los factores de riesgo asociados con la caries dental constituyen una probabilidad medible y tienen valor predictivo en la prevención de esta enfermedad que la sitúa como la principal causa de pérdida dentaria (Rodríguez, Herrera, Carballido y Duque, 2009).

Pues existen múltiples factores vinculados con el riesgo o protección contra la caries dental, entre ellos tenemos: los microbiológicos, los relacionados con la actividad previa de caries, con

la higiene bucal, con las características macroscópicas y microscópicas del esmalte dental humano, con los patrones dietéticos, con las propiedades y funciones de la saliva, con el estado sistémico y con la situación socioeconómica (Rodríguez, et al., 2009).

2.6.2. Factores relacionados con el huésped

Con respecto al huésped, es necesario analizar las propiedades de la saliva y la resistencia del diente a la acción bacteriana (Núñez y García, 2010).

Saliva

En cuanto a la saliva Núñez y García (2010) refieren que es una solución súper saturada en calcio y fosfato que contiene flúor, proteínas, enzimas, agentes buffer, inmunoglobulinas y glicoproteínas, entre otros elementos de gran importancia para evitar la formación de las caries.

Microflora

En la microflora podemos comprender la acción de las bacterias en la génesis de la caries dental, es necesario estudiar los mecanismos por los cuales estos microorganismos colonizan el diente y son capaces producir daño (virulencia) (Núñez y García, 2010).

Colonización bacteriana

En la colonización el paso más importante para que se produzca la caries, es la adhesión inicial de la bacteria a la superficie del diente. Esta adhesión está mediada por la interacción entre una proteína del microorganismo y algunas de la saliva que son adsorbidas por el esmalte dental (Núñez y García, 2010).

2.6.3. Restauraciones estéticas con resinas.

Coronas de celuloideas estéticas.

Las coronas de composita fotopolimerizables presentan una adaptación buena, la superficie es homogénea y libre de poros, lo que le da una buena estética y mayor resistencia a la abrasión (Rojas y Ascar, 2014).

Rivera y Ramírez (2005) mencionan que las coronas de celuloide cumplen las expectativas que otras técnicas no cumplen como: mejor estética, mayor resistencia, adaptabilidad y mayor desgaste a la abrasión, siendo más utilizadas en niños pocos colaboradores, dientes sin vitalidad pulpar y dientes difíciles de restaurar.

Protocolo.

Rojas y Ascar (2014) establecen estos pasos para realizar las coronas de celuloide:

1. Aislamiento absoluto.
2. Tallado del diente en boca.
3. Ajustar la corona al diente.
4. Grabar la superficie.
5. Colocación de adhesivo.
6. Cementación con la resina.
7. Eliminare la corona de celuloide.
8. Pulido.

Restauraciones estéticas en el sector anterior y posterior con resina.

Hebling, Borba y Issao (2014) relatan que las restauraciones de dientes deciduos difieren de las restauraciones de los dientes permanentes, debido a la diferenciación de sus rasgos morfológicos, el diámetro mesio-distal de los molares deciduos es mayor que la distancia cervico-oclusal, las superficies vestibulares-linguales convergen para oclusal. Las resinas compuestas son materiales restauradores utilizados en dientes anteriores y posteriores, requieren más tiempo y necesitan un aislamiento absoluto.

Protocolo.

Bordoni, Escobar Rojas, y Castillo Mercado (2010) relatan los siguientes protocolos para las restauraciones estéticas:

1. Anestesia local: está indicada porque la preparación de la cavidad se extiende hasta la dentina. Adicionalmente es ideal colocar dique de goma.
2. Aislamiento del campo: se recomienda la utilización del dique de goma. Solamente es necesario perforar un agujero en el dique de goma, cuando solo se va a restaurar un diente por cuadrante.
3. Profilaxis: se limpia la superficie oclusal con un cepillo en la pieza de baja velocidad. Se puede refrigerar con agua.
4. Preparación de la cavidad: la preparación de una cavidad clase I se limpia a la remoción de la lesión de la caries dental.
5. Protección pulpar: (cuando sea necesario) en los lugares en los cuales la distancia entre el fondo de la cavidad y el órgano pulpo-dental es de menos de 0.5 mm.
6. Base protectora: (cuando sea necesario) los materiales ideales son los ionómeros de vidrio modificados con resina.
7. Grabado ácido: se hace con ácido fosfórico al 37%. Se debe aplicar el ácido en toda la cavidad y también al esmalte que rodea el margen cavosuperficial (1mm mas allá)
8. Remoción del ácido: enjuague cuidadosamente y seque con aire.
9. Agente de enlace: colocación del agente de enlace, fotocurar por 20 segundos.
10. Resina compuesta: aplique resina compuesta en pequeños incrementos (menor de 2 mm).
11. Terminado mínimo: realizarlo con fresas de grano fino ya que el terminado con fresas produce microfracturas en la superficie de la resina.
12. Evaluación final: se revisa la integridad marginal, si hay presencias de burbujas y se retira el dique de goma para revisar la oclusión con papel de articular. p. 411

2.8. Tratamientos pulpares.

Borba, Massara, Percinoto y Faraco (2014) relatan que el tratamiento endodóntico es realizado cuando el tejido pulpar radicular está irreversiblemente infectado o necrótico debido a lesiones cariosas o trauma.

La pulpa normal: categoría clínica con ausencia de síntomas y signos y respuestas normal a los estímulos. El diente y el ligamento periodontal no generan una respuesta dolorosa cuando son percutidos o palpados. Las radiografías revelan conductos claramente delimitados, sin evidencia de radiolucidez peri o interradicular (Basso, 2015).

Canché, Alvarado, López, Ramírez y Vega (2015) refieren que la pulpitis reversible implica una pulpa inflamada que conserva la vitalidad, y que mantiene la capacidad reparadora suficiente para recuperar la salud si se elimina el irritante que la causa.

La pulpitis irreversible es una alteración clínica que se acompaña de signos objetivos y subjetivos que indican la presencia de una inflamación grave del tejido pulpar (Canché, et al., 2015).

La necrosis pulpar es el cese de los procesos metabólicos de este órgano con la consiguiente pérdida de vitalidad de su estructura, así como sus defensas naturales (Canché, et al., 2015).

Hoshino, Sato, Ando-Kurihara, Kota y Iwaku (1996) establecen que la pasta triantibiótica tiene la capacidad de matar las bacterias localizadas en las capas profundas de dentina de pulpas necróticas infectadas, con antibióticos de amplio espectro como son: ciprofloxacino, metronidazol y minociclina, como vehículo el propilenglicol. Tiene tanta eficacia que la aplicación tópica de este medicamento es lo suficientemente potente como para esterilizar la dentina de la raíz en 48 horas. La desventaja de la minociclina es que pigmenta la superficie de los diente tratados.

2.8.1. Pulpectomía no instrumentada (NIET)

Protocolo

Perona y Mungi (2014) relatan el siguiente protocolo para técnica NIET:

1. Administración del anestésico local.
2. Aislamiento absoluto con dique de goma.
3. Eliminación del techo de la cámara pulpar.
4. Secado de la cavidad con torundas estériles.
5. Irrigación de la cámara pulpar con hipoclorito de sodio y aspiración con cánula de alta succión.
6. Irrigación de conductos con hipoclorito de sodio y aspiración con cánula de alta succión.
7. Secado de la cavidad con torundas de algodón estéril.
8. Manipulación de la pasta y colocación de la misma sobre el piso de la cámara pulpar.
9. Colocación de cemento de obturación temporal (p. 6.)

2.9. Exodoncia en dientes primarios.

La exodoncia como tratamiento de morbilidad es una parte de la cirugía bucal, que consiste en una extracción de una pieza dental de su alveolo, se encarga de separar los elementos de la articulación alveolo dentario (Maquera, 2012).

Puesto que la exodoncia en niños es un procedimiento menor, cuyas contraindicaciones difieren con la de los adultos, los instrumentos utilizados son más pequeños debido a la apertura bucal que presentan los niños, de esta manera los fórceps para la extracción de dientes primarios se diseñan especialmente para la forma y el tamaño anatómico de estos dientes (Maquera, 2012).

2.9.1. Extracción de molares temporales inferiores.

Pérez (2016) relata que 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.

Protocolo.

Martinez, Perez y Lopez (2017) establecen el siguiente protocolo para las exodoconcias:

Preparación del campo operatorio.

1. Anestesia. (Técnica infiltrativa).
2. Desbridamiento de las fibras del ligamento periodontal con botadores rectos.
3. Luxación.
4. Extracción del diente con el fórceps correspondiente.
5. Se realiza con movimiento de vestibular a lingual o palatino, sin realizar rotaciones cuando estemos en molares.
6. No se realiza el legrado.
7. No comprimir las tablas alveolares.
8. Suturar si es necesario.
9. Colocar gasa estéril presionando durante media hora. p. 3.

2.10. Tratamiento de ortodoncia.

Mantenedores de espacios

Los mantenedores de espacio evitan la pérdida de longitud del arco, son empleados para facilitar la erupción de los dientes subyacentes y evitan la sobre erupción de los antagonistas. La disminución de la longitud del arco es la consecuencia más observada cuando ocurre la pérdida prematura de un diente temporal, problema éste que plantea la necesidad de preservar el lugar al diente subyacente. Siempre que se pierda un diente temporal antes del tiempo en que esto debiera ocurrir en condiciones normales y que predisponga al paciente a una maloclusión, deberá colocarse el mantenedor de espacio (Moreno, Pedraza y Lara, 2010).

2.10.1 Razones para la utilización de mantenedor de espacio

Ortiz, Farias y Mata (2009) establecen las siguientes razones para utilizar el mantenedor de espacio:

- Estética.
- Evitar apiñamientos.
- Mantenimiento de la función.
- Evitar desplazamientos de otros dientes.
- Mantener la dimensión vertical
- Oclusión.
- Evitar hábitos.

2.10.2 Indicaciones

- Cuando existe el espacio indicado para la erupción del permanente.
- Si el sucesor permanente está presente y es normal el desarrollo.
- Si la longitud del arco no se ha acortado.

- Si pueden desarrollarse hábitos secundarios como lengua protráctil.
- Si la articulación molar o canina no ha sido afectada.
- Cada vez que se pierden los molares primarios prematuramente, sobre todo antes de la erupción del primer molar permanente o cuando los molares no están listos para hacer erupción.
- Cuando hay una predicción favorable del análisis de dentición mixta.
- Cuando la pérdida exija la colocación de un mantenedor de espacio por motivos estéticos y psicológicos. En casos de ausencias congénitas, en el que se necesite conservar el espacio para una futura prótesis fija (Ortiz, et al, 2009).

2.10.3 Contraindicaciones

- Cuando no hay hueso alveolar que recubra la corona del diente en erupción y hay suficiente espacio.
- Cuando el espacio disponible es superior a la dimensión mesiodistal requerida para la erupción.
- Cuando el sucesor permanente está ausente congénitamente (Godoy, et al., 2009).

2.10.1.4 Clasificación de los mantenedores de espacio

- Según el diente al que van a sustituir en: incisivos, caninos, molares o múltiples
- Según se restaure o no la función masticatoria en: Funcionales o no funcionales.
- Según su anclaje al diente en: Fijos: sólo los puede retirar el odontólogo, y removibles: el propio paciente se los puede quitar a voluntad.
- Según su función si habrá o no movimiento de dientes en: Activos y pasivos (Ortiz, et al., 2009).

El mantenedor de espacio removible es una placa acrílica con ganchos de acero para proveer retención, se pueden colocar muelas acrílicas para favorecer la función masticatoria (Gutiérrez y López, 2011).

2.10.3 Mantenedores removibles

Resultan especialmente útiles para el mantenimiento de espacios posteriores unilaterales o bilaterales, cuando se ha perdido más de un diente por segmento y los dientes permanentes no han erupcionado aún (Ortiz, et al., 2009).

Los removibles son placas pasivas de acrílico que se sujetan en la boca con retenedores (Adams, ganchos de bola o circunferenciales), se suele colocar un arco vestibular y es el propio acrílico el que apoyándose en las piezas contiguas a la perdida, evita el desplazamiento de ellas (Ortiz, et al., 2009).

2.10.4 Mantenedor removible estético.

Se puede colocar en el mantenedor removible un diente o dientes que faltan con lo cual aparte de mantener el espacio solucionamos de forma momentánea el aspecto estético, restableciendo también la función fonética, e impidiendo la instalación de hábito lingual (Ortiz (Ortiz, et al., 2009).

CAPÍTULO III

3. Marco Metodológico

3.1. Modalidad de trabajo

Sistematización práctica.

3.2. Métodos

La rehabilitación se realizó en un paciente de 6 años de edad en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, mediante un diagnóstico previo de acuerdo a la historia clínica 033 del Ministerio de Salud Pública (MSP) (ver anexo 2) y ficha de odontopediatría de la Universidad San Gregorio de Portoviejo (Ver Anexo 3).

Para determinar que el paciente tenía un índice elevado de riesgo cariogénico, se procedió a hacer la revisión de la cavidad oral obteniendo el ceo-d muy alto con 13 caries, 3 perdidas y 0 obturadas, además se realizó el formulario para evaluar el riesgo de caries según McDonald dando un índice elevado de riesgo cariogénico (ver anexo 22).

Se procedió a explicar al paciente los procedimientos a realizarle, previo a la rehabilitación integral de su cavidad oral, accediendo y aceptando los mismos, firmando la madre un acta de consentimiento informado, debido a que el paciente es menor de edad, con el fin de iniciar el tratamiento.

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

3.3. Ética.

Para efectuar esta labor se consultó con el paciente y con su mamá como representante legal, a fin de obtener su participación en el trabajo de sistematización de práctica, se informó en qué consistía la rehabilitación oral integral, se dio a conocer que la información obtenida sería anónima y que esta sería empleada con fines investigativos; como último punto la madre del niño, firmó el acta de consentimiento informado, como evidencia aceptó participar en el trabajo de Sistematización Práctica (ver anexo 1).

3.4. Protocolo de tratamiento.

Historia Clínica 033 (ver Figura n°2).
Historia Clínica de Odontopediatria de la USGP (ver Figura n°3).
Palpación (ver Figura n° 10).
Inspección (ver Figura n° 11).
Percusión. (ver Figura n° 12).
Exámenes complementarios.
Radiografía panorámica. (ver Figura n°6).
Hemograma completo (ver Figura n°7).
Modelos de estudio. (ver Figura n°8).

Tratamientos preventivos.

Guedes, Bonecker y Delgado (2011) mencionan protocolos sobre tratamientos preventivos.

Profilaxis y Sellantes.

Aislamiento relativo (ver Figura n°13).
Limpieza previa de la pieza dental (ver Figura n°14).
Lavado y secado de la superficie oclusal del diente (ver Figura n°15).
Gravado del área (ver Figura n°16).
Manipulación del material con ionomero de vidrio (ver Figura n°17).
Remoción de exceso (ver Figura n°18).
Protección de la superficie con una capa fina de vaselina (ver Figura n°19).
Evaluación oclusal (ver Figura n°20).

Fluorización.

Guido, Aguilar y Torres (2013) mencionan protocolos sobre fluorización

Limpieza dental con gasa húmeda u aire de la jeringa triple (ver Figura n°22).

Dispensador unitario del barniz sobre el stickers (ver Figura n°23).

Mezcla de barniz antes de colocar en los dientes (ver Figura n°24).

Aplicación en dientes totalmente secos (ver Figura n°25).

Tratamientos restauradores.**Restauraciones estéticas con resinas en el sector anterior.**

Bordoni, Rojas y Castillo (2010) establecen pasos para los tratamientos restauradores

Aislamiento absoluto de campo (ver Figura n°26).

Preparación de la cavidad (ver Figura n°27).

Grabado ácido (ver Figura n°28).

Agente de enlace (ver Figura n°29).

Resina compuesta (ver Figura n°30).

Terminado mínimo (ver Figura n°31).

Pulido (ver Figura n°32).

Corona de celuloide.

Rojas y Ascar (2014) mencionan pasos para las coronas de celuloide

Aislamiento absoluto (ver Figura n°41).

Tallado del diente en boca (ver Figura n°42).

Ajustar la corona al diente (ver Figura n°43).

Grabar la superficie (ver Figura n°44).

Colocación de adhesivo (ver Figura n°45).

Cementación con la resina (ver Figura n°46).

Eliminar la corona de celuloide (ver Figura n°47).

Pulido (ver Figura n°48).

Tratamientos pulpares.

Pulpectomía no instrumentada (NIET).

Perona y Mungi (2014) establecen los siguientes pasos para los tratamientos pulpares.

Anestesia infiltrativa al 2% (ver Figura n°33).
 Aislamiento absoluto (ver Figura n°34).
 Eliminación del techo de la cámara pulpar (ver Figura n°35).
 Secado de la cavidad con torundas estériles (ver Figura n°36).
 Irrigación de la cámara pulpar y conductos con hipoclorito de sodio (ver Figura n°37).
 Secado de la cavidad con torundas de algodón estéril (ver Figura n°38).
 Manipulación de la pasta y colocación sobre el piso de la cámara pulpar (ver Figura n°39).
 Colocación de ionómero (ver Figura n°40).

Exodoncia.

Martinez, Perez y Lopez (2017) mencionan los siguientes pasos para la extracción

Anestesia infiltrativa al 2% (técnica infiltrativa) (Ver Figura n°49).
 Prehensión de la pieza dental a extraer (Ver Figura n°50).
 Extracción de la pieza (Ver Figura n°51).
 Colocar gasa estéril presionando durante media hora con suero fisiológico (Ver Figura n°52).

Aparatología en odontopediatría.

Ortiz, Godoy, Farias y Mata (2009)

Mantenedor de espacio superior (Ver Figura n°53).
 Mantenedor de espacio inferior (Ver Figura n°54).

3.5. Marco Administrativo

Recursos.

Humanos.

Autor.

Tutor de titulación.

3.6. Materiales

Guantes.

Mascarillas.

Radiografías.

Campos operatorios.

Lápiz bicolor.

Borrador.

Bolígrafo azul.

3.6.1. Materiales para prevención (profilaxis, fluorización, sellantes)

Cepillo profiláctico.

Pasta profiláctica.

Cubetas desechables.

Succionador.

Flúor neutro en gel.

Gasas.

Algodón.

Ionómero.

Vaselina.

3.6.2. Materiales para operatoria.

Fresas de desgastes kit de grano grueso KENNDO.

Fresas de pulido kit de grano fino KENNDO.

Ionomero de Vidrio de fotocurado.

Ácido fosfórico al 37%.

Bonding (componente acetona).

Aplicadores de bonding.

Resinas Híbridas.

Bandas celuloideas.

Banda metálica.

Puntas de goma para pulir.

Pasta Diamond.

3.6.3. Materiales para tratamientos de conducto.

Cartuchos de anestésicos con constricción (lidocaína al 2%).

Aguja corta.

Diques de goma látex.

Arco de Young.

Clamps y porta Clamps.

Hipoclorito de sodio al 2.5%.

Succionadores de plástico.

Pasta triantibiotica (TRIMIX).

Gutaperchero.

Jeringas de 3cm.

Agujas navitip.

Suero fisiológico.

Radiografías periapicales.

3.6.4. Materiales para exodoncias.

Cartuchos de anestésicos con constricción (lidocaína al 2%).

Aguja corta.

Diques de goma látex.

Arco de Young.

Clamps y porta Clamps.

Hipoclorito de sodio al 2.5%.

Succionadores de plástico.

Pasta triantibiotica (TRIMIX).

Gutaperchero.

Jeringas de 3cm.

Agujas navitip.

Suero fisiológico.

Radiografías periapicales.

3.6.5. Materiales para ortodoncia.

Alginato.

Yeso piedra.

Alambre número 8 y 7.

Acrílico rápido polvo.

Acrílico rápido líquido.

Aislante.

3.6.6. Tecnológicos.

Computadora.

Pen drive.

Impresora.

CD.

Cámara fotográfica.

3.7. Presupuesto.

El trabajo de titulación: sistematización de práctica tuvo un costo de \$ 472.45 ctv.

3.7.1. Tabla de presupuesto.

(Ver anexo 5).

CAPÍTULO IV

4. Resultados.

La rehabilitación oral integral en paciente pediátrico es considerada satisfactoria ya que se consiguió devolver la función del sistema estomatognático y se logró cumplir con todas las exigencias estéticas y funcionales.

Para atender al paciente se comenzó con técnicas de adaptación a la consulta odontológica motivando a aceptar los diferentes procedimientos esto resulto favorable en el proceso, utilizando la técnica decir-mostrar-hacer la cual consiste en hacer el tratamiento similar en un títere y luego que el paciente comprende accede a realizarlo en él y así se fue accediendo a los diferentes tratamientos que se le realizó.

Luego de llenar la ficha 033 y la ficha de odontopediatría de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se inició con los tratamientos de prevención al eliminar los focos infecciosos que presentaba para continuar con la colocación de sellantes de fosas y fisuras indicadas en pacientes con alto riesgo cariogénicos y así evitar que nuevas piezas dentarias sean afectadas por caries como método de prevención (ANEXO 2).

Por tal, motivo es satisfactorio mencionar que la técnica de adaptación fue tan efectiva que el paciente logró entender que necesitaba el tratamiento y fue así que se empezó primero con los tratamiento preventivos, para pasar luego a las restauraciones, tratamiento de conducto, exodoncia y finalizando con los aparatos ortodonticos.

Al concluir este trabajo de sistematización práctica el objetivo de esta rehabilitación oral integral del paciente pediátrico se cumplió, se logró devolver al paciente las funciones estéticas, de fonación y masticación, además se le devolvió el autoestima de sonreír, tener más confianza en sí mismo, se procuró por integrarse con sus compañeros de aula siendo más participativo, por ello me satisface esta rehabilitación al culminarla con éxito porque tanto el paciente como yo estamos satisfechos con los resultados obtenidos (ANEXO 20).

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, M. L, y Casanova, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Revista odontopediatria*, pp. 1-21.
- Amado, A. R. (2014). Epidemiología de la caries dental en america latina. *Asociacion latinoamericana de odontopediatria*, p.7.
- Andrade, M. d., y Barbosa, M. P. (2010). Manual de Referencia para procedimientos Clínicos en odontopediatria. *Asociacion de odontopediatria de Latinoamerica*, p. 30.
- Ascensão, D, Noronha, J. C., y Ayrton de Toledo, O. (2017). Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico. *Revista odontopediatria*, pp. 25-36.
- Basso, M. (2015). *Tratamientos Pulpares en dientes primarios*. Buenos Aires: Panamericana.
- Becker, A. (2013). Interpretación del hemograma. *Revista chilena de pediatria*, pp. 7-15.
- Borba de Araújo, F., Andrade Massara, M., Percinoto, C, y Faraco Júnio, Í. M. (2014). Terapia pulpar en dientes deciduos . *Revista odontopediatria*, pp.165-178.
- Bordoni, N., Escobar Rojas, A., y Castillo Mercado, R. (2010). *Odontologia Pediatrica La Salud Bucal Del Niño y El Adolescente En El Mundo Actual*. Buenos Aires: Panamericana.
- Canché , L., Alvarado, G., López, M., Ramírez, M., y Vega, E. (2015). Frecuencia de patologías pulpares. *Revisata Tamé*, pp. 387-391.
- Cisneros Domínguez, G., y Hernández Borges, Y. (2011). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *Asociación de odontopediatria de Latinoamerica*, pp. 1-14.
- Consejo Nacional de Planificacion. (2017). Plan Nacional de Desarrollo. *Toda una Vida*, pp. 50-55.
- Corvo, O. (2003). Educación para la salud . *Revista de pediatria*, pp. 1-7.

- Cuenca Garcell, K., Rodríguez Linares, M. L., Soto Cortés, A. D., y Pentón Rodríguez, O. (2014). La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. *Revista odontopediatria Venezuela*, pp. 534-540.
- Espinoza-Usaqui, E. M., y Pachas-Barrionuevo, F. (2013). Programas preventivos de salud bucal. *Revista Herediana*, pp. 101-108.
- Estrada Riverón, J., Hidalgo, I., y Pérez Quiñonez, J. A. (2006). Técnicas actuales utilizadas en el tratamiento de la caries dental. *Revista latinoamericana*, pp. 1-8.
- Faleiros Chioca, Urzúa Araya, y Rodríguez, M. (2013). Uso de sellantes de fosas y fisuras para la prevención de caries en población infanto-juvenil. *Revista Tamé*, pp. 14-19.
- García Peláez, S. Y., Martín Zaldivar, L., Lage Ugarte, M., y Altunaga Carbonel, A. (2014). El mantenedor de espacio en la prevención de maloclusiones. *Revistas bolivianas*, pp.193-199.
- Gil Padrón, M. D., y Hernández, D. (2002). Sellantes de fosas y fisuras. *Revista odontopediatria Venezuela*, pp. 35-70.
- González Martínez, F., Carmona Arango, L., y Díaz Caballero, A. (2010). Percepción de ingesta de flúor a través del cepillado dental. *Revista Tamé*, pp. 266-275.
- González Sanz, Á. M., González Nieto, B. A., y González Nieto, E. (2013). Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Revistas bolivianas*, pp. 64-71.
- Guerrero Castellón, M. P., y Corona Zavala , A. A. (2014). Rehabilitación oral en niños. *Revista Tamé*, pp. 223-229.
- Guido Perona, M., Aguilar Gálvez, D., y Torres Salinas, C. (2013). Novedades en el uso del barniz de flúor. *Asociación de odontopediatria de Latinoamerica*, pp. 1-10.

- Gutiérrez Marín, N., y López Soto, A. (2011). Mantenedores de espacio. *Revista Tamé*, pp. 13-19.
- Health Psychol, B. (2018). Parental supervision for their children's toothbrushing: Mediating effects of planning, self-efficacy, and action control. *pubmed*, p. 1.
- Hebling, J., Borba de Araújo, F., y Issao Myaki, S. (2014). Operatoria dental. *Revista odontopediatria*, pp. 143-153.
- Hoshino, E., Sato, I., Ando-Kurihara, N., Kota, K., y Iwaku, M. (1996). Esterilizacion y desinfeccion de la dentina radicular con aplicacion topica de ciprofloxacino, metronidazol y minociclina. *Blackwell Science Ltd*, pp. 118-124.
- Juares López, M. L., Hernandez Guerrero, J. C., Ledesma Montes, C., y Galicia Sosa, A. (2012). Fluor en niños de 11 a 12 años . *Researchgate*, pp. 356-364.
- Mamani Quisbert, C., y Zeballos López, L. (2012). Cariostaticos. *Revistas bolivianas*, pp. 1-7.
- Maquera Pérez, G. A. (2012). Exodoncias en niños. *Revista Bolivariana*, pp. 1120-1124.
- Marinho, V., Chong, L. Y., Worthington, H., y Walsh, T. (2016). Enjuagues bucales con fluor para prevenir las caries dental. *Cochrane*, pp. 1-4.
- Martinez Hernandez, E., Perez Silva, A., y Lopez González, L. (2017). Protocolo de extraccion. *Revista de Murcia*, p. 1.
- Mora Sánchez, S., y Márquez Saltos, M. (2014). Influencia del conocimiento de prevención en odontología de madres. *Unach*, pp. 1-64.
- Moreno Alanis, S., Pedraza Contreras, G., y Lara Carrillo, E. (2010). Mantenedor de espacio en pérdida prematura de órganosdentarios en dentición mixta. *Medigraphic*, pp. 30-34.
- Norman, H., y Garcia Godoy, F. (2005). *Odontologia preventiva primaria* . Mexico: El Manual Moderno.

- Núñez, D. P., y García Bacallao, L. (2010). Bioquímica de la caries dental. *Odontología preventiva primaria*, pp. 156-166.
- Oliva Vera, F. J. (2018). Odontograma. *Revista Bolivariana*, p.7.
- OMS. (2012). Caries dental. *Organización Mundial de la Salud*, p. 1.
- OMS. (2017). Riesgo de caries. *Organización Mundial de la Salud*, pp. 110-130.
- Ortíz, L. M. (2018). Deficcion de odontologia pediatria. *Asociación de odontopediatria de Latinoamerica*, pp. 1-36.
- Ortiz, M., Godoy, S., Farias, M., y Mata, M. (2009). Pérdida prematura de dientes temporales. *Revista Latinoamerica De Ortodoncia y Odontopediatria*, pp. 40-55.
- Palomer, L. (2006). Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa . *Revista CES odontologia*, pp. 1-8.
- Pérez QuiñonesI, J. A., Duque de Estrada, J., y Hidalgo, I. (2007). Asociación del Estreptococos mutans y lactobacilos con la caries dental en niños . *Revista CES odontologia*, pp. 1-8.
- Pérez, G. A. (2016). Exodoncia en niños. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, pp. 10-11.
- Perona, G., y Mungi, S. (2014). Tratamiento Endodontico no Instrumentado en dientes deciduos. *Asociación de odontopediatria de Latinoamerica*, pp. 1-16.
- Restrepo, M., Castellanos, L., Grhes-Porto, B., y Santos, A. (2015). Comparación de medidas dentales y transversales realizadas en modelos de yeso . *Revista CES odontologia*, pp. 59-68.
- Rivera Perez, R., y Ramirez Gonzales , G. (2005). Coronas de celluloides en dientes temporales. *Medigraphic*, pp. 52-57.
- Rodríguez Llanes, R., Traviesas Herrera , E. M., Lavandera Carballido, E., y Duque Hernández, M. (2009). Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, pp. 1-12.

- Rojas Reynoso, A., y Gasca Argueta, G. (2014). Coronas estéticas de nano-resina híbrida en dientes temporales. *Elsevier*, pp. 220-270.
- Schwendicke. (2014). Riesgo de caries. *Ministerio de Salud Pública*, p 1.
- Sheshukova, Trufanova, Polishchuk, Kazakov, y Baum. (2018). Monitoreo de la eficiencia del manejo de la caries dental en los dientes temporales de los niños en todo el oblast de Poltava. *pubmed*, p. 2.
- Sociedad Española de Odontopediatria. (2008). Protocolo para el uso de fluor en niños. *Sociedad Española de Odontopediatria*, p. 5.
- Soto, R., y Reyes, D. (2005). Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontologica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Oodontopediatria*, p. 1.
- Surco Luna, V. J., y Ferrel Torrez, I. W. (2013). Rayos X en Odontología Pediátrica. *Revista Bolivariana*, pp. 1869-1875.
- Vidal Ramón, X. (2018). Prevención de la caries. *Revista salud*, pp. 1-10.
- Villares López, D. E., Rodríguez Carravillaa, A. J., Ruiz Duque, C., y Romero Marotoc, M. (2016). Análisis de las causas de exodoncia en la población infantil . *Medigraphic*, pp. 73-79.

Anexo 1.

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 fuera aclaradas.

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

Por ellos autorizo a _____

para llevar a cabo el procedimiento, supervisado por las/los _____
docentes responsable de la clínica odontológica.

Lo que firmo en Portoviejo, _____ del 201__

Firma del representante

Parentesco

Figura n° 1. Consentimiento informado.

Anexos 2.

FICHA 033.

Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA



ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)		EDAD		N° HISTORIA CLÍNICA	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	10 - 14 AÑOS NO PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	------------	-----------------------	----------------------------	--------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA NOTAR LA CRUZ DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL FIRMANTE

"Quiero arreglarme los dientes"

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS, CROMOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSAS/PROFET. SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Paciente asintomático.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALENGIA ANTIBIÓTICO	2. ALENGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VISIÓN	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
<input type="checkbox"/>									

No refiere antecedentes.

4 SIGNOS VITALES

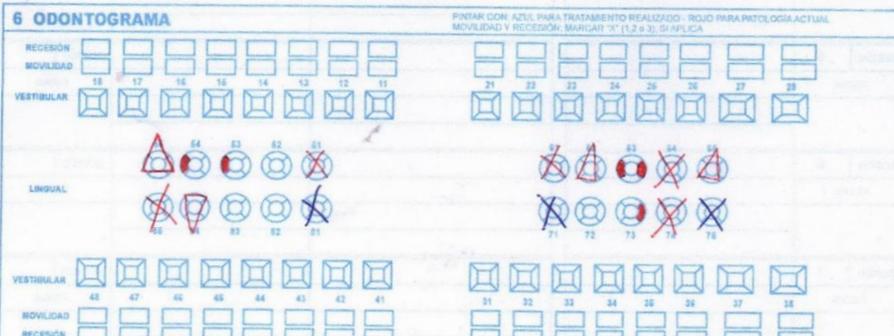
PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA /min	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. /min
-	70	37°	15

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARILLOS
<input type="checkbox"/>							
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGEO	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Sin patología aparente.

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL - MOVILIDAD Y RECESIÓN; MARCAR "X" (1,2 o 3), SI APLICA



7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES		PLACA	CÁLCULO			
16	17	55	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	
		X	1	0	0	
11	21	51	X	1	0	
26	27	65	X	1	0	
35	37	75	-	-	-	
31	41	71	-	-	-	
46	47	85	X	7	0	
TOTALES			1	0	0	

8 ÍNDICES CPD-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	13	3	0	16

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

*rojo SELLANTE NECESARIO	U PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	≡ PROTÉSIS TOTAL
*azul SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ OCLUSA
X rojo EXTRACCIÓN INDICADA	(---) PROTÉSIS FIJA	○ azul OBTURADO
X azul PÉRDIDA POR CARIES	(---) PROTÉSIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

BNS-ANSP / HCU-F-ann 033/2008

Figura n° 2. Ficha 033.

Anexo 3.

FICHA ODONTOPEDIATRIA USGP


Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA


CLÍNICA INFANTIL
 Historia Clínica

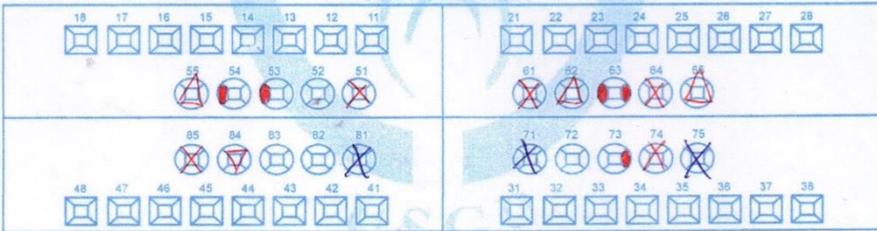
H.C.Nº _____

Nombre: _____ Edad: _____
 Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____
 Responsable o Tutor: _____ Teléfono: _____
 Domicilio: _____
 Motivo de la Consulta: _____
 Antecedentes Patológicos: *No refiere*
 Antecedentes Obstétricos: *No refiere*
 Antecedentes Odontológicos: *No refiere*
 Otros: _____

Examen Clínico:

	Patología		Patología
Piel	<i>normal</i>	Lengua	<i>normal</i>
Labios	<i>normal</i>	Glándulas Salivales	<i>normal</i>
Carrillos	<i>normal</i>	Ganglios	<i>normal</i>
Paladar	<i>normal</i>	Art. Tem Mandibular	<i>normal</i>
Piso de la Boca	<i>normal</i>	Otros	<i>normal</i>

ODONTOGRAMA



Otras alteraciones: _____

Diagnóstico Presuntivo: *Placa bacteriana*

Diagnóstico Definitivo: *Placa bacteriana, caries dental*

Plan de Tratamiento: *Profilaxis con fluor en barniz, sellantes p# 46*

<i>Restauración y coronas de celuloides</i>	<i>Tratamiento pulpar</i>
<i>P# 54, 53, 63, 73, 82, 52</i>	<i>P# 55, 52, 65, 84</i>
	<i>extracciones P# 51, 61, 64</i>
	<i>74, 85</i>

Nombre del Docente: _____

Firma del Docente: _____ Fecha: _____

Figura n° 3 Historia clínica odontopediatría USGP.

Anexo 4.

ODONTOGRAMA.

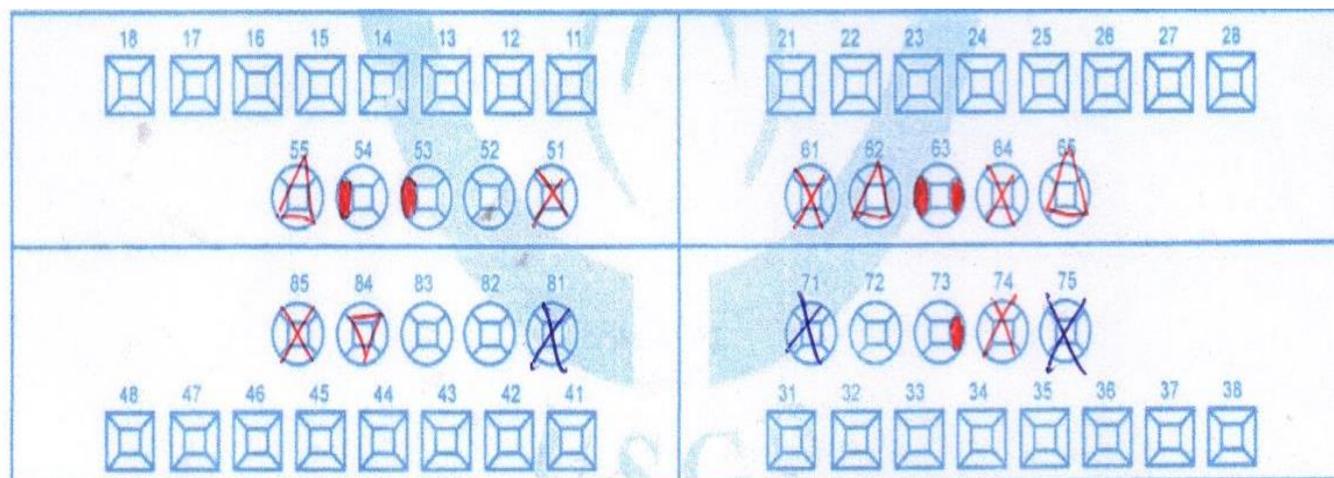


Figura n° 4 Odontograma.

Anexo 5.

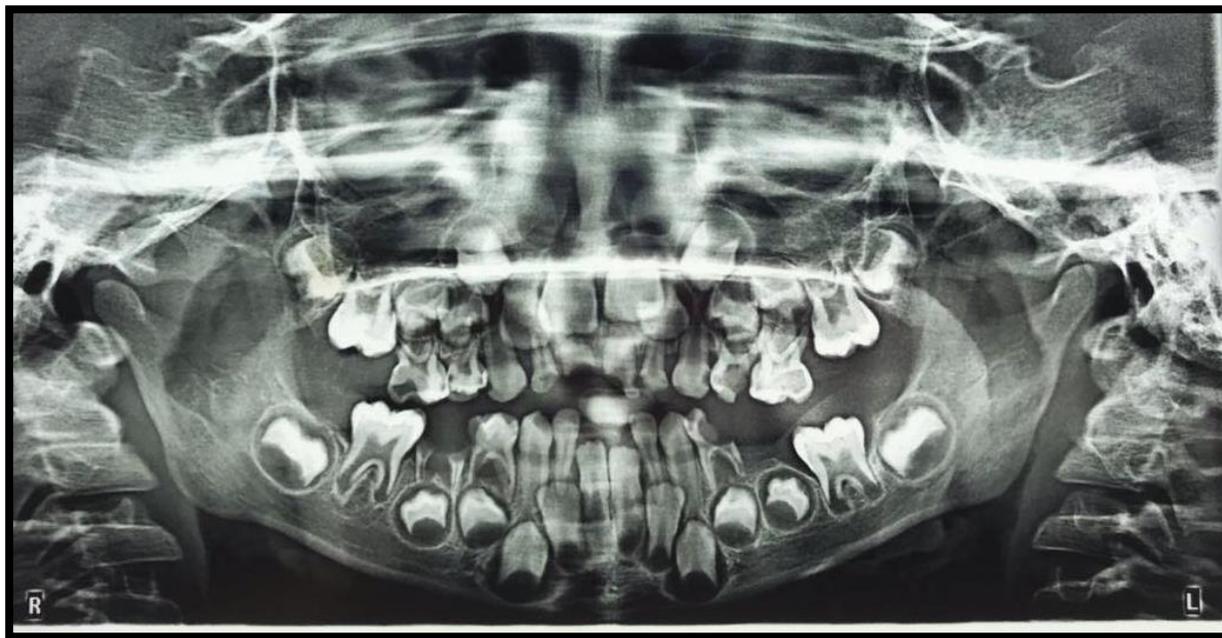
TABLA DE PRESUPUESTO.

<i>Material</i>	<i>COSTO FRASCO/ CAJA</i>	<i>Nº UNIDADES O PORCIONES</i>	<i>COSTO UNIDAD O PORCION</i>	<i>COSTO</i>
<i>Pasta Profiláctica</i>	<i>\$ 8.00</i>	<i>15</i>	<i>\$ 0.25</i>	<i>\$ 3.75</i>
<i>Cepillo Profiláctico</i>	<i>\$ 5.00</i>	<i>15</i>	<i>\$ 0.25</i>	<i>\$ 3.75</i>
<i>Flúor Tópico</i>	<i>\$ 2.50</i>	<i>1</i>	<i>\$ 2.50</i>	<i>\$ 2.50</i>
<i>Paquete de Gasas</i>	<i>\$ 2.00</i>	<i>1</i>	<i>\$ 0.02</i>	<i>\$ 2.00</i>
<i>Jeringa Descartable De 5ml</i>		<i>5</i>	<i>\$ 0.25</i>	<i>\$ 1.25</i>
<i>Anestésico</i>	<i>\$ 12.00</i>	<i>1</i>	<i>\$ 0.50</i>	<i>\$ 12.00</i>
<i>Aguja Para Carpule</i>	<i>\$ 5.00</i>	<i>1</i>	<i>\$ 0.05</i>	<i>\$ 5.00</i>
<i>Hipoclorito De Sodio</i>	<i>\$ 5.00</i>	<i>1</i>	<i>\$ 0.25</i>	<i>\$ 5.00</i>
<i>Fresas Kendo de pulir</i>	<i>\$ 10.00</i>	<i>10</i>	<i>\$ 1.00</i>	<i>\$ 10.00</i>
<i>Fresa Kendo de desgaste</i>	<i>\$ 10.00</i>	<i>10</i>	<i>\$ 1.00</i>	<i>\$ 10.00</i>
<i>Punta de goma de pulir</i>	<i>\$ 10.00</i>	<i>4</i>	<i>\$ 2.50</i>	<i>\$ 10.00</i>
<i>Rollos de torundas de Algodón</i>	<i>\$ 5.00</i>	<i>1</i>	<i>\$ 0.50</i>	<i>\$ 5.00</i>
<i>Caja De Diques De Goma</i>	<i>\$ 6.85</i>	<i>12</i>	<i>\$ 0.40</i>	<i>\$ 4.80</i>
<i>Paquete De Succionador</i>	<i>\$ 5.00</i>	<i>1</i>	<i>\$ 0.10</i>	<i>\$ 5.00</i>
<i>Agujas Navitip</i>		<i>1</i>	<i>\$ 3.00</i>	<i>\$ 3.00</i>

<i>Porción de Resinas</i>	\$ 70.00	1	\$ 1.00	\$ 70.00
<i>Ionomero De Vidrio fulli 9</i>	\$ 28.85			\$ 28.85
<i>Alginato</i>	\$ 7.00	1	\$ 1.00	\$ 7.00
<i>Yeso Piedra</i>		2	\$ 1.00	\$ 2.00
<i>Pasta tri-antibiotica</i>	\$ 50.00	5	\$ 2.00	\$ 10.00
<i>Vaselina</i>		1	\$ 0.50	\$ 0.50
<i>Alambre numero 8</i>		1	\$ 0.90	\$ 0.90
<i>Alambre numero 7</i>		1	\$ 0.90	\$ 0.90
<i>Hemograma completo</i>		1	\$ 15.00	\$ 15.00
<i>Aislante</i>		1	\$ 1.00	\$ 1.00
<i>Acrílico En Polvo Rápido</i>		1	\$ 0.50	\$ 0.50
<i>Acrílico Liquido Rápido</i>		1	\$ 0.75	\$ 0.75
<i>Caja de guantes</i>	\$ 8.00	1	\$ 0.15	\$ 8.00
<i>Caja de mascarilla</i>	\$ 4.00	1	\$ 0.10	\$ 4.00
<i>Paquete de Radiografías Peri</i>	\$ 27.00	1	\$ 0.40	\$ 27.00
<i>Apicales</i>				
<i>Radiografía Panorámica</i>		1	\$ 13.00	\$ 13.00
<i>Paquete Campos Operatorios</i>	\$ 1.00	4	\$ 1.00	\$ 4.00
<i>Líquidos Reveladores – frascos</i>		1	\$ 7.00	\$ 7.00
<i>Impresión – hojas</i>		4	\$ 15.00	\$ 60.00
<i>Bolígrafos</i>		1	\$ 0.25	\$ 0.25
<i>Hojas De Papel – Resma</i>	\$ 4.00	1	\$ 0.01	\$ 4.00

<i>Lápiz Bicolor</i>		<i>1</i>	<i>\$ 0.50</i>	<i>\$ 0.50</i>
<i>Borrador</i>		<i>1</i>	<i>\$ 0.25</i>	<i>\$ 0.25</i>
<i>Anillado</i>		<i>4</i>	<i>\$ 1.00</i>	<i>\$ 1.00</i>
<i>Viáticos</i>				<i>\$ 75.00</i>
<i>SUB TOTAL</i>				<i>\$ 429.50</i>
<i>Imprevistos</i>	<i>10 %</i>			<i>\$ 42.95</i>
<i>TOTAL</i>				<i>\$. 472.45</i>

Figura n° 5. Tabla de presupuesto.

Anexo 6.**RADIOGRAFÍA PANORÁMICA****Figura n° 6. Radiografía Panorámica.**

Anexo 7.

HEMOGRAMA COMPLETO.



gamma
MEDICINA DE LABORATORIO

LABORATORIO CLÍNICO GAMMA
Somos tu elección porque nos importa tu salud

P.B.X: 2634590
1800 labgamma (522426)
www.gamma.com.ec

1 / 1

Paciente: [REDACTED] (17)	Edad: [REDACTED]
Médico: [REDACTED]	Análisis: 164 AV 524756
	Sexo: [REDACTED] Historia: 355681

	Resultados		Valores de referencia**
HEMATO-INMUNOHEMATOLOGIA			
Leucocitos	7,290	/ul	5,000 - 14,500
Hemáties	4,380,000	/ul	4,000,000 - 5,200,000
Hemoglobina	12.3	g/dl	11.5 - 14.5
Hematócrito	34.5	%	31.0 - 45.0
VCM	79	fl.	71.0 - 91.0
HCM	28.1	pg.	22.0 - 32.0
CHCM	35.7	%	32.0 - 36.0
IDE	12.5	%	11.5 - 16.0
Plaquetas	233	mil/ul	150 - 521
VPM	10.3	fl.	7.2 - 11.1
Plaquetocrito	0.240	%	
GI %	0.1 %	7 /ul	Menos de 2.0 %
N. Segmentados	38.6 %	2814 /ul	
Eosinófilos	5.9 %	430 /ul	
Basófilos	0.7 %	51 /ul	
Linfocitos	49.4 %	3601 /ul	
Monocitos	5.3 %	386 /ul	

Morfología de células sanguíneas: Normal



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

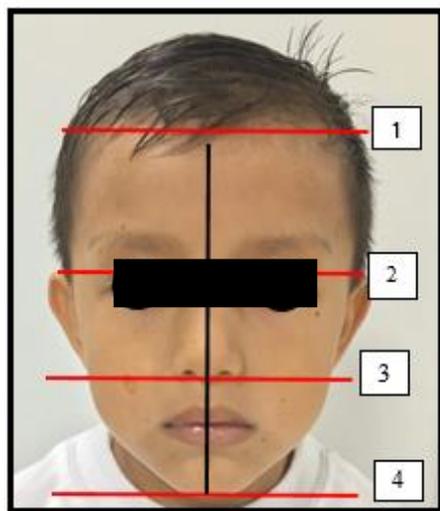
Se considera el punto (.) como separador decimal y la coma (,) como separador de miles para todos los resultados.

(**) 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 correlacionada con la historia clínica y evolución particular de cada paciente.

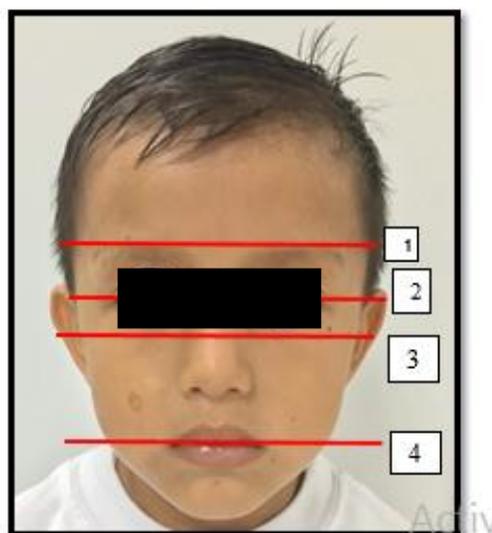
Portoviejo Matriz Av. Manabí y Av. América, entre Banco del Pacífico y Fybeca	Portoviejo Sucursal Rocafuerte y 12 de Marzo (esquina), sector Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda"	Manta Calle 16 y Av. 37 (esquina), Centro Médico Narea, barrio "Las Acacias"	Bahía Ríofrío entre Bolívar y Montúfar, Clínica Viteri
--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Figura n° 7. Hemograma Completo.

Anexo 8.**MODELOS DE ESTUDIO.****MODELO DE ESTUDIO SUPERIOR.****MODELO DE ESTUDIO INFERIOR.****Figura n° 8. Modelos de Estudio.**

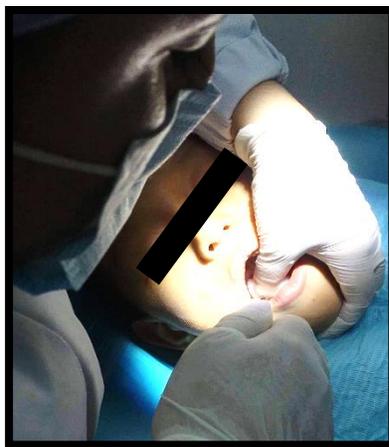
Anexo 9.**TRAZOS CEFALOMÉTRICOS.**

1. Trichion, 2. Glabela, 3. Subnasal, 4. Mentón



1. Superciliar, 2. Bipupilar, 3. Frankfurt, 4. Comisural.

Figura n° 9. Trazos Cefalométricos.

Anexo 10.**EXAMEN FÍSICO EXTRAORAL E INTRAORAL.****Figura n° 10. Palpación.****Figura n° 11. Inspección.****Figura n° 12. Percusión.**

Anexo 11.

FOTOS EXTRAORALES



Frontal en Reposo.



Frontal Sonriendo.



Lateral Derecha.



Lateral Isquierda.

Anexo 12.**FOTOGRAFÍAS INTRAORALES.**

Fotografía frontal en oclusión.



Fotografía lateral derecha.



Fotografía lateral izquierda.



Fotografía oclusal superior.



Fotografía oclusal inferior.

Anexo 13.

PROFILAXIS Y SELLANTES.



Figura n° 13. Aislamiento.



Figura n° 14. Profilaxis.



Figura n° 15. Lavado y Secado.



Figura n° 16. Grabado del área.



Figura n° 17. Manipulación del Material.



Figura n° 18. Eliminación de Excesos.



Figura n° 19. Protección de la Superficie.



Figura n° 20. Evaluación Oclusal.



Figura n° 21. Culminación de Sellantes.

Anexo 14.

FLUORIZACIÓN.



Figura n°22. Profilaxis.



Figura n°23. Dispensar el Barniz.



Figura n°24. Secar las superficies dentales antes de colocar el barniz

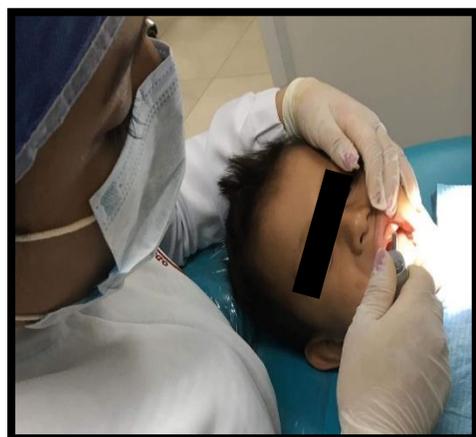


Figura n°25. Colocar el barniz en las superficies de los dientes.

Anexo 15.

RESTAURACIÓN CON RESINA.



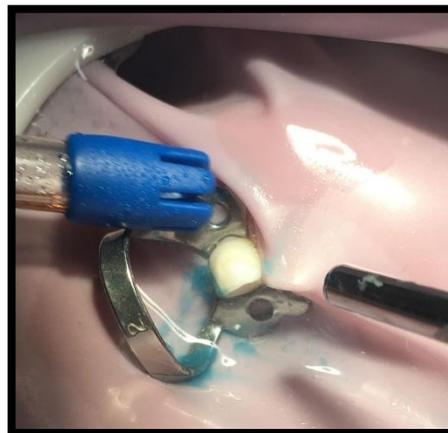
Figura n°26. Aislamiento.



Figura n°27. Preparación Cavitaria.



Figura n°28. Gravado Acido.



Lavado y secado

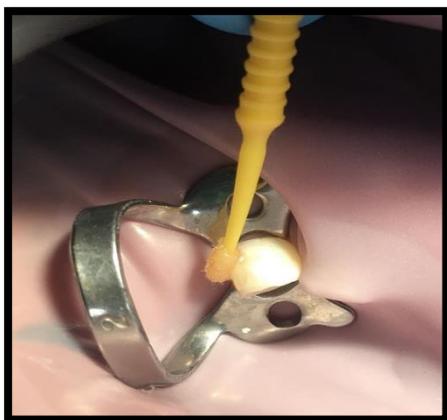


Figura n°29. Agente de Enlace.

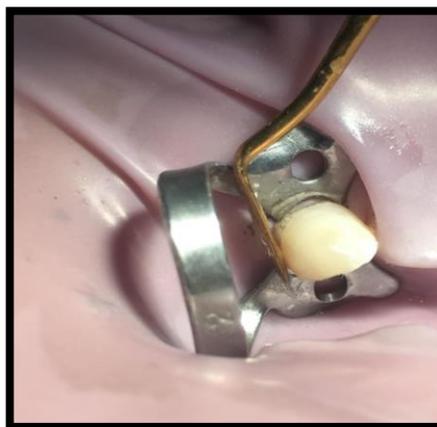


Figura n°30. Colocación de Resina.



Figura n°31. Terminado Minimo.



Figura n°32. Pulido.



Restauración final.

Anexo 16.

TERAPIA PULPAR TÉCNICA NIET.



Pieza a tratar.



Figura n°33. Anestesia tónica.

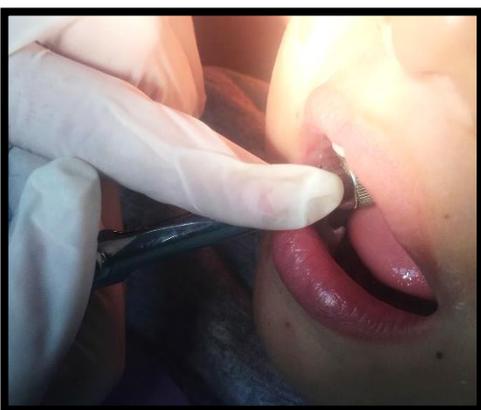


Figura n°33. Anestesia infiltrativa.



Figura n°34. Aislamiento.



Figura n°35. Acceso Cameral.



Figura n°36. Secado con Algodón.

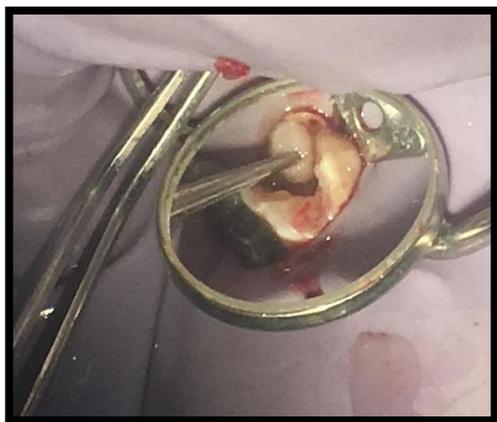


Figura n°37. Secado con Hipoclorito



Figura n°38. Secado con Algodón.

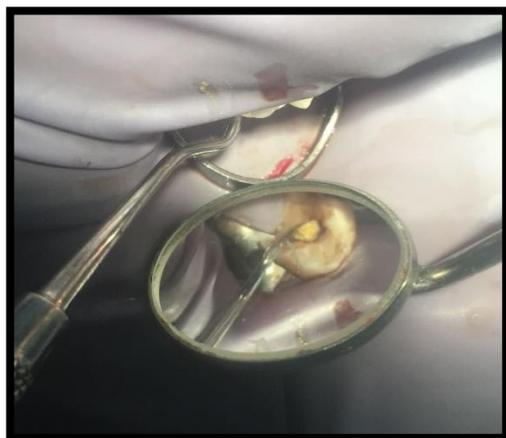


Figura n°39. Colocación de TRIMIX.

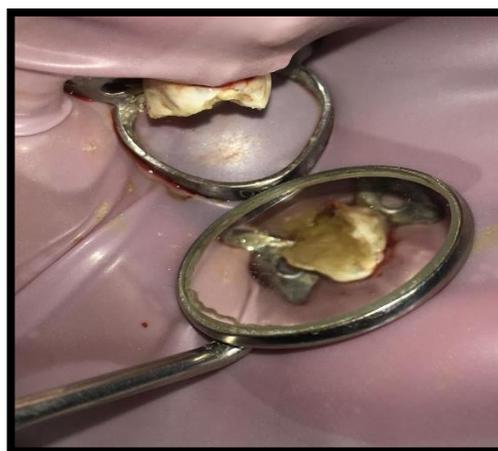


Figura n°40. Restauración con ionomero.

Anexo 17.

CORONA DE CELULOIDE.



Figura n°41. Aislamiento.



Figura n°42. Tallado de la Pieza.



Figura n°43. Ajustar la Corona al Diente.

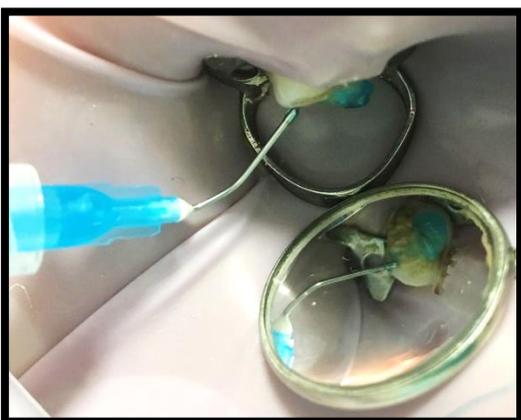


Figura n°44. Grabado de la Superficie.



Figura n°45. Agente de Enlace.

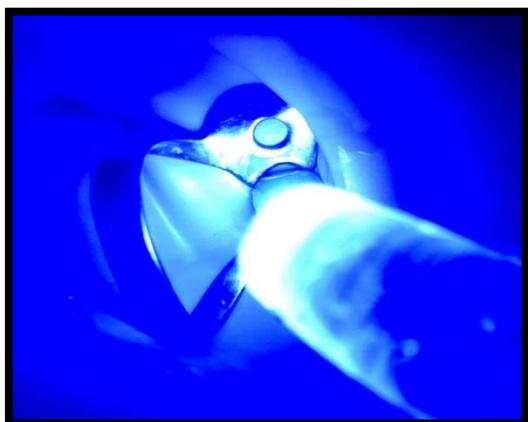


Figura n°46. Fotopolimerización de Resina



Figura n°47. Eliminación de la Corona.



Figura n°48. Pulido.



Restauración final

Anexo 18.

EXODONCIA.



Pieza a Tratar.

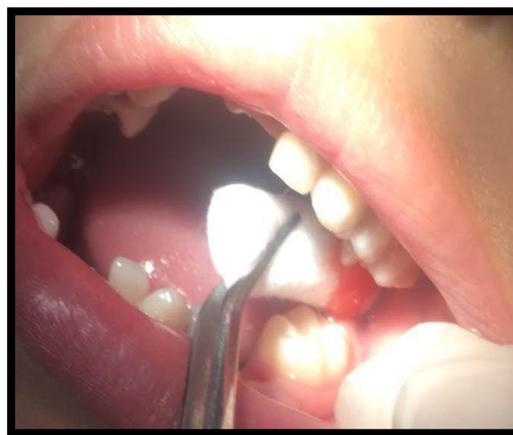


Figura n°49. Anestesi tópica.



Figura n°49. Anestesia infiltrativa.



Figura n°50. Prehensión.



Figura n°51. Exodoncia.



Figura n°52. Colocación de Gasas.

Anexo 19.**MANTENEDORES DE ESPACIO.**

Figura n°53. Mantenedor de Espacio Superior.



Figura n°54. Mantenedor de Espacio Inferior.

Anexo 20.**FOTOGRAFÍAS FINALES INTRAORALES.**

Fotografía oclusal frontal.



Fotografía lateral derecha.



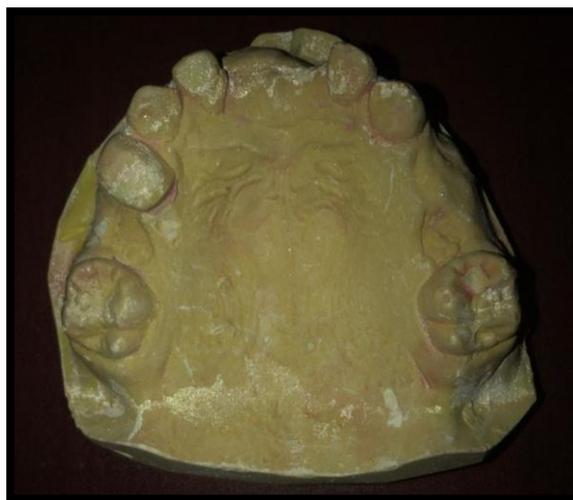
Fotografía lateral izquierda.



Fotografía oclusal superior.



Fotografía oclusal inferior.

Anexo 21.**MODELOS DEFINITIVOS.**

Modelo Definitivo Superior.



Modelo Definitivo Inferior.

Anexo 22.

RIESGO DE CARIES.

Formulario para la evaluación de RIESGO DE CARIES.			
Nombre del Paciente:	Edad:	Fecha:	
Factores de Riesgos.	ALTO	MODERADO	BAJO
Necesidad relacionada con coordinación motora o cooperación.			
Alteración de flujo salival (boca seca).			
Utilización de medicamentos criogénicos.			
Nivel de educación y socioeconómico del país.			
Padres o niñeras con caries.			

Frecuencia de visita al consultorio odontológico.			
Experiencia anterior de caries.			
Tiempo transcurrido desde la última lesión de caries.			
Presencia de brackets u otros aparatos ortodóncicos.			
Frecuencia diaria de cepillado.			
Frecuencia diaria de ingesta de alimentos criogénicos (incluir: mamadera, ingesta de			

otros líquidos que no sea agua, consumo de jugos, refrigerantes, bebidas deportivas).			
Exposición a flúor.			
Evaluación clínica.			
Placa visible (blanca y pegajosa).			
Gingivitis (encia edematosa y roja).			
Defecto de esmalte, surcos y fisuras profundas.			
Áreas desminarizadas del diente.			

MCDONALD, (2014) Odontología para el niño y adolescente.

ANTES.



DESPUÉS.

