



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INFORME DE SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

ODONTOLOGO

TEMA:

**REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO CON
MÚLTIPLES LESIONES DE CARIES DETENIDA.**

AUTOR:

CUENCA ZAMBRANO MISHELLE EDITH

PORTOVIEJO - MANABI - ECUADOR

2019 - 2020

TEMA:

**REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO CON
MÚLTIPLES LESIONES DE CARIES DETENIDA**

DEDICATORIA

Mi trabajo lo dedico a mis Padres Edward Michael y Carlina Zambrano, a mi abuela Rita María Villavicencio, a mi Tía Lonny María Elena Zambrano y a cada uno de mis hermanos Edward, Yerely, Sharyd y Michael; Mi Gran y Hermosa Familia por su tiempo, su apoyo moral, económico y dedicación para que hagan de mi persona una mujer diferente con ganas de volar alto al culminar mis estudios Universitarios.

A mi tutora de Tesis quien con paciencia y hermoso carisma me ha encaminado en el origen y fin de la tesis.

AGRADECIMIENTO

La importancia y trascendencia de un abuelo en nuestra vida es sumamente importante, la vida puede ser dura, pero la realidad es que el mérito de terminar con éxito esta tesis es un privilegio reservado para valientes, un privilegio que solo aquellos con fe, amor y pasión luchan; agradezco tanto la compañía que mi abuela Rita Villavicencio Mendoza me ha dado fortaleza en mi crecimiento y formación, el permitirme estar a su lado, siendo una persona admirable como uno de los pilares importantes de mi vida.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora sin embargo gracias al amor recibido, la paciencia con la que cada día se preocupaban mis padres por mi avance y desarrollo de esta última etapa de mi vida Universitaria es simplemente único y se refleja en la vida de un hijo, Muchas Gracias a mi Hermosa y Gran Familia por tenerlos a todos juntos y disfrutarlos de cada momento, ellos quienes me han apoyado siempre en cada decisión que he llegado a tomar, hago presente mi gran afecto hacia Uds. mis padres los principales promotores de mis sueños: Mi primer amor, el rey de mi vida Mi Padre Edward Michael Cuenca Díaz. Mi madre Carlina Rita Edith Zambrano Villavicencio, Mi hermano mayor a cuál amo demasiado Edward Andréé Cuenca Zambrano, mi hermana Yerely Nicolle Cuenca Zambrano, y los últimos, pero no menos importantes que llegaron a la par en nuestras vidas, los mellizos Michael Shayr y Sharyd Massielle Cuenca Zambrano.

Siembra una buena y sincera amistad, y muy probablemente el tiempo te permitirá disfrutar de una agradable cosecha; es verdad que a lo largo de nuestro crecer hay muchas personas alrededor que pueden considerarse de calidad, podemos ayudar a guiar a muchas personas si ellas lo permiten, pero también podemos ser ayudados y guiados durante nuestra vida, mediante estas palabras quiero mencionar y agradecer a aquellos/as que han sido participe en el desarrollo de esta tesis: A mi querida Amiga Josselyn Betzabeth Ibarra, por ser una persona incondicional y única quien con su tiempo y dedicación ha sido participe en mi realización de tesis, la mano amiga tan sincera que me extendió a lo largo de este proceso, de igual manera a mi querida Amiga Janeth Mendoza Giler (Lupita) que con sus palabras sus consejos he podido lograr muchos objetivos.

A mi amigo Kléber Montenegro Martillo quien con su tiempo ha podido ayudarme en la búsqueda de mi paciente y quien ha podido guiarme con la firmeza y la verdad ante distintas circunstancias, a Ruth María Cobeña Zambrano quien también ha formado parte del desarrollo de mi tesis con su tiempo ha podido encaminar la misma, a mis Amigos

Marco Antonio Ponce , Juan Carlos Recalde y Alexander Vélez, quienes han hecho espacio y tiempo al ayudarme a tener las fotografías necesarias para el desarrollo de la tesis.

A mi universidad, San Gregorio de Portoviejo; gracias por haberme permitido formarme en ella siendo un conjunto de docentes y auxiliares que conforman una sola familia Gregoriana por su aporte que en el día de hoy se ve reflejado en la culminación de mi paso por la Universidad.

A mis maestras y maestros quienes son sumamente importantes en el desarrollo como personas y especialmente en mi caso mi maestra Od. Esp. Lisseth Margarita Zambrano persona crucial para la realización de mi tesis junto a la Od. Angela Murillo, agradeciéndoles por cada detalle y momento dedicado para aclarar cualquier tipo de duda que surgiera, agradecimientos por la excelencia de docentes y por su claridad y exactitud con la que me enseñaron en cada clase, discurso y lección

Gracias al amor brindado que pude recibir en firmeza a este trabajo, al amor de mis padres, de mis amigos, de mis maestros, sin dejar atrás agradezco con cariño y estimación a *Okami* quien fue parte de mi transcurso en la Universidad, su apoyo pese a su limitado tiempo estuvo lo más que pudo conmigo.

Gracias también a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser en el momento menospreciado, vida la cual me ha costado lágrimas, sudor, alegrías y perseverancia, haciendo de mi persona, actualmente una mujer distinta con ganas de seguir adelante, con ganas de vivir, con ganas de luchar de sonreír y ser feliz.

Todos aquellos que estuvieron presentes durante la mayor parte de la realización y el desarrollo de este trabajo, muchas gracias a todos Uds. quienes hicieron humilde aporte para la elaboración de mi tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE TIULACIÓN

Yo, Od..... con CI, tengo a bien certificar que el Informe de Sistematización de Practicas **“REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO CON MÚLTIPLES LESIONES DE CARIES DETENIDA.”**ejecutado por: **CUENCA ZAMBRANO MISHELLE EDITH con CI**, se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original del autor y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un informe de Sistematización de Practicas previo a la obtención del título de Odontólogo. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

DR.

TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.

Los suscritos, miembros del tribunal de revisión y sustentación del trabajo de titulación:
Rehabilitación oral integral de paciente pediátrico con múltiples lesiones de caries
detenida.

Trabajo de sistematización practica sometido a consideración del tribunal examinador,
como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Od. Esp. Angélica Miranda .Mg. Gs
Coordinadora de la Carrera

Od. Esp. Lisseth Margarita Zambrano
Tutora de sistematización de Práctica

Od. Yohana Geomar Macías Yen Chong
Miembro del tribunal

Od. Sandra Susana Parra Iraola
Miembro del tribunal

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DE AUTOR

Yo, **CUENCA ZAMBRANO MISHELLE EDITH**, egresada de la carrera de Odontología, de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, declaro que el presente Informe de Sistematización de Practicas “**REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO CON MÚLTIPLES LESIONES DE CARIES DETENIDA.**” es de mi completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del tutor del Informe de Sistematización de Practicas.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este Informe de Sistematización de Practicas, pertenecen exclusivamente a los autores.

Cuenca Zambrano Mishelle Edith

Autora

RESÚMEN

El presente trabajo de sistematización práctica tuvo como principal objetivo la Rehabilitación Oral Integral de una paciente pediátrica de 6 años de edad con índice cariogénico identificado con caries rampante en el periodo septiembre 2019- febrero 2020, proceso de rehabilitación comedido en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Basando los protocolos de atención en primera instancia se elaboró la Historia Clínica odontológica con el formulario del MSP 033, y la ficha de odontopediatría, estableciendo así el diagnóstico definitivo y realizando un plan de tratamiento, estos datos importantes sirvieron para definir un proceso de rehabilitación detallado de lo preventivo a lo complejo, donde se instauró refuerzos de difusión de temas de higiene bucal.

Comenzando los tratamientos odontológicos de manera preventiva como: profilaxis, fluorización, seguidos de tratamientos restauradores atraumáticos y convencionales; coronas de celuloideas y coronas de acero cromado, posteriormente se continuó con los tratamientos de caracteres complejos como terapia pulpar y exodoncias, teniendo en cuenta que la niña estaba adaptada a la consulta odontológica.

Finalizando la rehabilitación con un tratamiento de Ortodoncia, empleando una prótesis parcial removible; logrando devolver la funcionalidad y la anatomía de las piezas dentales, mejorando la autoestima de la paciente.

Palabras claves: Rehabilitación oral; Caries; Prevención; Corona de celuloide, Corona de acero cromado.

SUMMARY

This practical systematization work had as its main objective the Comprehensive Oral Rehabilitation of a 6-year-old pediatric patient with cariogenic index identified with rampant caries in the period September 2019- February 2020, restrained rehabilitation process in the dental clinics of the University San Gregorio de Portoviejo.

Basing the protocols of care in the first instance, the Dental Medical History was prepared with the form of MSP 033, and the pediatric dentistry sheet, thus establishing the definitive diagnosis and carrying out a treatment plan, these important data served to define a detailed rehabilitation process from the preventive to the complex, where reinforcement of dissemination of oral hygiene issues was established.

Starting preventive dental treatments such as: prophylaxis, fluoridation, followed by atraumatic and conventional restorative treatments; crowns of celluloids and crowns of chromed steel, subsequently continued the treatments of complex characters such as pulp therapy and exodontics, taking into account that the girl was adapted to the dental practice.

Finishing the rehabilitation with an orthodontic treatment, using a removable partial prosthesis; managing to return the functionality and anatomy of the dental pieces, improving the patient's self-esteem.

Keywords: Oral rehabilitation; Cavities; Prevention; Celluloid crown, chromed steel crown.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	2
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	2
1.1 TEMA:.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA	4
1.4 JUSTIFICACIÓN	4
1.5 OBJETIVOS	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
CAPITULO II.....	6
2. MARCO REFERENCIAL.....	6
2.1 HISTORIA CLÍNICA.....	6
2.1.1. HISTORIA CLINICA ACTUAL.....	7
2.1.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO:.....	8
2.1.6 EVALUACIÓN DE RIESGO CARIOGÉNICO:.....	8
2.1.7 EXÁMEN FÍSICO GENERAL:.....	9
2.1.8 EXÁMEN INTRAORAL:.....	9
2.1.9 ODONTOGRAMA:.....	11
2.1.10 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS INDICADOS:	12
2.1.11 Hemograma:	12
2.1.12 Diagnóstico radiológico:.....	13
Radiografías periapicales:	15
2.1.13 OCLUSIÓN:.....	16
2.1.14 FOTOGRAFÍAS:.....	17
2.1.15 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:.....	18
2.1.15.1 Diagnóstico diferencial:	18
2.1.15.2 Diagnóstico definitivo:	18
2.1.16 PLAN DE TRATAMIENTO	18
2.2 ODONTOPEDIATRÍA.....	19
2.3 DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO	20
2.4 PSICOLOGÍA Y LA ODONTOLOGÍA	20
2.5 TIPOS DE COMPORTAMIENTO.....	21

2.6	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS EN LAS DIFERENTES EDADES.....	21
2.7	CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ESCALA DE FRANKL 22	
2.8	MOTIVACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO Y TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN A LA CONSULTA.....	22
2.9	TÉCNICA DECIR, MOSTRAR Y HACER	23
2.10	TÉCNICA DE PRESENCIA O AUSENCIA MATERNA.....	24
2.11	TÉCNICA DE REFUERZO POSITIVO.....	24
2.12	EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL.....	25
2.13	HÁBITOS DIETÉTICOS	25
2.14	ALIMENTOS CARIOGÉNICOS Y ALIMENTOS PROTECTORES....	26
2.15	MOMENTOS DE AZÚCAR.....	27
2.16	HIGIENE Y TÉCNICAS DE CEPILLADO ACORDE A LA EDAD DEL PACIENTE.....	27
2.17	PASTAS FLUORADAS	27
2.18	PARTES POR MILLÓN EN PACIENTES DE RIESGO CRIOGÉNICO Y CANTIDAD DE ACORDE A LA EDAD	28
2.19	ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS DE HIGIENE.....	28
2.20	COLUTORIOS	29
2.21	TRATAMIENTOS PREVENTIVOS.....	29
2.22	PROFILAXIS DENTAL	29
2.23	FLUORIZACIÓN	30
2.24	CARIES DENTAL.....	31
2.25	FACTORES PRODUCTORES DE CARIES	32
2.26	TIPOS DE CARIES.....	32
2.27	CLASIFICACIÓN DE CARIES POR MÉTODO ICDAS	33
2.28	SEGÚN EL GRADO DE ACTIVIDAD DE LAS CARIES	34
2.29	TRATAMIENTOS RESTAURADORES SIMPLES	34
	2.29.1 TÉCNICAS DE RESTAURACIÓN ATRAUMÁTICA	34
	2.29.2 PROTOCOLO CLÍNICO DE LAS TÉCNICAS RESTAURADORAS TRA	35
2.30	TRATAMIENTOS RESTAURADORES COMPLEJOS.....	36
	2.30.1 RESTAURACIONES TRAUMÁTICAS CON RESINAS	36
2.31	CORONAS DE CELULOIDE	37
2.32	CORONAS DE ACERO INOXIDABLE.....	39
2.33	TERAPIA PULPAR EN DENTICIÓN DECIDUA	42

2.33.1	TERAPIA PULPAR INDIRECTA	42
2.33.2	TERAPIA PULPAR DIRECTA.....	43
2.33.3	CLASIFICACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS PULPARES	43
2.33.4	PULPECTOMÍA INSTRUMENTADA	44
2.34	EXTRACCIÓN EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA	45
2.35	ORTOPEDIA	46
2.35.1	MANTENEDORES DE ESPACIO.....	46
2.35.1.2	CLASIFICACIÓN DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO	47
2.35.2	CORONA Y ANSA.....	47
2.35.4	LONGITUD DEL ARCO DENTARIO.....	48
2.35.5	MANTENEDOR REMOVIBLE FUNCIONAL	49
CAPITULO III		50
2.	MARCO METODOLÓGICO	50
3.1	MODALIDAD DE TRABAJO:	50
2.2	MÉTODOS:	50
2.3	ÉTICA:.....	50
2.4	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO:	51
2.5	MARCO ADMINISTRATIVO.....	52
2.6	MATERIALES	52
CAPITULO IV.....		55
4	RESULTADOS	55
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....		56
ANEXOS		63

INTRODUCCIÓN

La Odontología Pediátrica en el área de la Odontología ofrece a los pacientes un diagnóstico eficiente con cada tratamiento realizado, no solo rehabilitando la parte estética y funcional del infante, también la parte emocional y el comportamiento que este lo amerita. La salud bucal resulta importante para el desarrollo y crecimiento de la niña, pues está ligada a la nutrición, fonación, estética y autoestima. Las caries tienen mayor éxito al ser interrumpida cuando se encuentra en Mancha Blanca (MB), lográndose cuando se conocen muy bien los factores y condiciones del origen de la lesión, contando también con los recursos terapéuticos. La ingesta de cantidades de azúcares muy altas en la dieta diaria y la mala higiene oral son factores de procesos de formación de caries. Sin embargo, en la actualidad la identificación de lesiones cariosas es un paso obligatorio ante la prevención primaria, garantizando que cada paciente reciba su tratamiento adecuado.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo cuenta con clínicas odontológicas para la rehabilitación bucal a pacientes pediátricos con alto riesgo criogénico por medio de la sistematización de prácticas, devolviendo la calidad de vida y la armonía de la niña.

El presente trabajo de Sistematización Práctica hace referencia a la Rehabilitación Oral Integral de una paciente pediátrica con alto riesgo cariogénico, en el periodo de septiembre 2019- agosto 2020.

Antes de empezar un tratamiento odontológico se realiza una evaluación del paciente, evidenciando la planificación del caso a tratar, usando métodos de estudios como Historia Clínica (HC) y exámenes complementarios tales como: radiografías panorámicas, radiográficas periapicales, etc. Para la rehabilitación oral realizada en la paciente, se han seguido los protocolos establecidos, mediante los conocimientos aprendidos durante el transcurso de la vida universitaria en la carrera de odontología, devolviendo la salud bucal al paciente.

La autora realiza este trabajo en cuatro partes: El primer capítulo corresponde a la problemática de las caries en los niños pre y escolares, el segundo capítulo hace referencia al marco teórico sustentado en los protocolos establecidos por varios autores, el tercer capítulo desarrolla la metodología empleada en el trabajo y capítulo final enuncia los resultados del caso clínico.

CAPITULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 TEMA:

Rehabilitación oral integral de paciente pediátrico con múltiples lesiones de caries detenida

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental es un problema de salud bucodental en la mayoría de los países, siendo un proceso crónica que ocurre en los dientes contribuyendo con la placa circundante, ocasionando la pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de los tejidos duros del órgano dental. La caries tiene causas múltiples como: biológicas, sociales, económicas, culturales y ambientales. Su formación y desarrollo están condicionados por el modo y estilo de vida de las personas.¹

El Ministerio de Salud Pública (MSP) menciona que a nivel mundial un 100% de los adultos presentan lesiones cariosas, mientras que el porcentaje en niños está entre el 60 y 90% en edad escolar, el cual la presencia de estas lesiones conduce al dolor y molestias⁴

De acuerdo a González A., González Nieto B, y González Nieto E². Mencionan que las amenazas de las lesiones cariosas, los altos riesgos y los cambios en el entorno son las causas más serias prolongadas en el proceso u origen de estas lesiones cariosas cavitadas y superficiales. El estatus socioeconómico, que se relaciona de forma negativa con el riesgo de desarrollar caries dental, a mayor nivel económico menos incidencia y prevalencia de caries dental; a menor nivel socioeconómico da como resultado mayor prevalencia de caries dental, en este ámbito se tiene una actitud poco positiva frente a la salud dental, las dietas saludables, la disminución del consumo de productos dentales, provocan la menor asistencia a tratamientos dentales favoreciendo la aparición de caries. El desarrollo de caries se debe a factores de riesgo sociodemográfico, de comportamiento, físico-ambientales y biológicos. En lo que refiere al desarrollo cráneo facial y la mal nutrición, influyen desfavorablemente en la alteración de los mismos tejidos estableciendo un antecedente relativamente adverso que conlleva diversas secuelas entre las cuales están: Alteración en la calidad, alteración de la textura de ciertos tejidos como; El hueso, ligamento periodontal y el diente propiamente dicho.²“La caries dental aun es considerada un problema a nivel de Salud Publica en los países de Latinoamérica,

considerando los índices de ceo-d, CPO-D muy alto, observando un aumento en su prevalencia a diferencia de otros continentes”³ (p1).

En el presente trabajo, se guía con los índices de CPOD en la historia clínica, obteniendo como resultado: una elevada incidencia de caries dentales tanto activas como inactivas, nula obturación por el déficit de higiene que la paciente tiene. “Los índices de CPOD (promedio de piezas definitivas cariadas, perdidas u obturadas) en Ecuador hay lesiones cariosas en niños de 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.”⁴

Las lesiones pulpares son resultantes de enfermedades cada vez más habituales con relación al gran tamaño que presenta la pulpa en los dientes deciduos, la pulpa al ser permeable es más susceptible a sufrir lesiones mediante traumatismos o micro filtraciones, razón por la cual el odontólogo debe preparar a su paciente al conocimiento de estas lesiones pulpares o simplemente cariosas.

En la Universidad San Gregorio de Portoviejo, existen clínicas odontológicas debidamente equipadas para brindar atención odontológica a la sociedad, acudiendo con frecuencia pacientes adultos y pediátricos que son evaluados por los odontólogos presentes antes de recibir un tratamiento adecuado. En la mayoría de los niños se observa que la enfermedad de mayor prevalencia es la caries dental, a nivel clínico se detectan múltiples lesiones cariosas de variedad extensa y como un agravante a este problema fracturas coronarias y lesiones pulpares.

En este caso, De manera importante, en este trabajo de una paciente pediátrica se determina un índice elevado de riesgo cariogénico, por lo tanto, se realiza la Rehabilitación Oral Integral, llevando a cabo una serie de procedimientos referente a Odontología Pediátrica como: tratamientos preventivos, operatorias dentales, tratamientos pulpares, cirugía dental y ortopedia.

1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Campo:	Salud.
Área:	Odontología.
Aspecto:	Salud oral.
Problema:	Caries dental en niños escolares.
Tema:	Rrehabilitación oral integral de paciente pediátrico con múltiples lesiones de caries retenida

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

Delimitación temporal: Periodo septiembre 2019 - febrero 2020.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La salud bucal forma parte de la salud general de un niño, sin embargo, es muy frecuente la aparición de problemas que afecten la salud oral en la infancia, de esta manera la disminución de esta serie de patologías solo será posible a través de un manejo multidisciplinario de diferentes áreas sanitarias que aborden factores de riesgos comunes.

La importancia del presente trabajo radica en la necesidad que tienen las personas de las diversas comunidades, que no cuentan con los recursos económicos suficientes, lo que les impiden acceder y recibir una atención odontológica de calidad, reflejándose mayormente en la población pediátrica, quienes con una primera consulta odontológica oportuna, pudieran prevenir y evitar problemas orales futuros. Siendo de esta manera una situación imprescindible, puesto que los dientes juegan con papeles eficaces en toda la vida del ser humano al realizar ciertas acciones como: hablar, comer y sonreír.

Este trabajo de sistematización práctica tiene como finalidad realizar la rehabilitación oral estética y funcional de un paciente pediátrico con múltiples lesiones cariosas, ante esta necesidad se aborda al paciente con diferentes tratamientos odontológicos que abarca desde los tratamientos preventivos a los tratamientos curativos, sin desmerecer a la educación de higiene oral que debe ser brindada tanto al paciente como a su representante

a cargo recalcando así que una sonrisa armónica contribuye a crear una autoestima positiva para cualquier paciente.

El presente trabajo selecciona las mejores estrategias de tratamientos dentales, poniendo así en evidencia el alto potencial de combinación teórico-práctico del personal involucrado al momento de escoger las estrategias para la rehabilitación oral en pacientes con problemas dentales, teniendo además como beneficiario directo al paciente pediátrico en estudio, la cual fue sometida a rehabilitación oral y a la vez beneficiando indirectamente a los familiares del paciente, a la autora responsable de este trabajo para la obtención del título de Odontóloga, permitiéndole de esta manera desarrollar un plan de tratamiento integral, manteniendo la entereza de los arcos dentarios, los dientes y los tejidos que lo rodean en perfectas condiciones para reforzar de esta manera conocimientos, habilidades, destrezas y así poder brindar en un futuro servicios integrales de calidad, haciendo posible una correcta transición entre la dentición primaria y secundaria.

1.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Devolver la integridad estética dental y funcional a paciente de 6 años de edad con riesgo cariogénico identificado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar la historia clínica incluyendo un diagnóstico certero acorde al caso estimado.
2. Diseñar un plan de tratamiento basado a la condición bucal evaluada en el paciente pediátrico de 6 años de edad para restituir la salud bucal desde lo preventivo a lo curativo.
3. Desarrollar estrategias de comunicación para motivar la higiene oral y alimentación saludable.
4. Ejecutar técnicas restaurativas simples y complejas para devolver la integridad oral.

CAPITULO II

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica (HC) es un documento que refleja múltiples propósitos, no solo la práctica o acto médico, sino también revela el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente. Cuenca Garcell K., Rodríguez Linares M.I., Soto Cortés A., y Pentón Rodríguez O. mencionan que un papel fundamental de la historia clínica es importante y vital en la interrelación que se obtiene en los diversos niveles de atención odontológica, siendo el secreto médico y la confidencialidad e intimidad constituyen una triada y se relacionan recíprocamente. La historia clínica es considerada como el soporte documental biográfico de la asistencia médico-sanitaria-administrativa de un paciente. En base a la calidad de atención médico-estomatológica desempeña un papel relativamente vital en una interrelación entre los diferentes niveles de atención siendo el documento más privado que existe de una persona⁵ (ver anexo 1).

La HC es un conjunto legal de varios documentos integrales que protegen tanto al paciente como al profesional de salud ante complicaciones y riesgos, debido a eso, es su gran importancia para que no existan problemas de elaboración mediante falta de conocimientos por un contenido relativamente incompleto. Se considera excelente una historia clínica cuando esta contiene absolutamente todas las características clínicas del paciente y su progreso como tal.

La HC pediátrica tiene 2 variables que condicionan a la exploración clínica del infante, estas son: la cooperación del niño/a y la comunicación; ambas relacionadas con el grado de desarrollo y la edad acorde por éste. Otras variables que influyen con otros factores como las experiencias previas del entorno familiar y social iniciando desde casa, son las modalidades que cada infante pueda obtener, por ejemplo el dejar atrás el *miedo a los odontólogos*, debido a que las madres inducen esa modalidad de temerosidad para que su hijo/a haga caso omiso ante alguna orden dada; sin embargo si la perspectiva fuera otra mucho más positiva originándose desde el hogar influyendo en la seguridad de asistir a una consulta de salud dejando atrás el temor, el/la infante podrá adaptarse a la consulta odontológica donde se espera también interactuar con el paciente⁶ (ver anexo 2).

2.1.1. HISTORIA CLINICA ACTUAL

- **Número de carpeta:**
T – 116
- **Datos generales del paciente:**
- **Fecha de nacimiento:** 29/Septiembre/2009
- **Cedula de identidad:**
- **Nacionalidad:** ecuatoriana
- **Edad:** 6 años
- **Estado civil:** Soltera
- **Instrucción:** Unidad Educativa “Gonzales S Córdova”
- **Profesión:** Estudiante
- **Dirección:** Charapoto/Cañitas

2.1.2 Motivo de consulta:

Madre refiere “Mi hija tiene los dientes negritos quiero que me le curen”.

2.1.3 Historia de la enfermedad o problema actual:

Por medio de la exploración clínica se observa que la paciente de 7 años de edad de sexo femenina, acude a la consulta odontológica sin sintomatología aparente.

2.1.4 Antecedentes patológicos personales y familiares:

Antecedentes Personales.-

No refiere antecedentes patológicos personales.

Antecedentes Familiares.-

No refiere antecedentes patológicos familiares.

Antecedentes Odontológicos.-

Paciente con mala experiencia odontológica, con número de atenciones asistidas 2 veces.

Antecedentes de Alimentación.-

Alta cantidad de azucares en comida.

Antecedentes de higiene.-

Déficit de higiene, no le agrada lavarse los dientes.

Antecedentes de hábitos.-

No refiere.

2.1.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El Consentimiento Informado (CI) es sumamente importante para poder acceder y realizar algún tratamiento odontológico, es un documento en el cual una persona y/o su representante legal expresa de manera autónoma, consciente y valedera su participación en un estudio clínico. Al momento de realizar una consulta pediátrica quien firmará el documento de CI será el representante legal, siendo la paciente menor de edad ante el estado y la sociedad, quien no está apta para asumir responsabilidades (ver anexo 6).

2.1.6 EVALUACIÓN DE RIESGO CARIOGÉNICO:

La evaluación de riesgo con respecto a las caries varía con el tiempo, y por tratarse de una enfermedad compleja y dinámica de etiología multifactorial donde suele intervenir algunas variables que cambian en diferentes momentos a lo largo de la vida de un individuo o una comunidad, definiendo al riesgo cariogénico como el que posee una población o una persona a desarrollar nuevas lesiones incipientes progresen ya se en tamaño y/o actividad, en un tiempo determinado. En la actualidad lo que se definía como nivel bajo riesgo cariogénico, pasó a ser *riesgo no identificado*; y los de medio y alto riesgo pasaron a ser *riesgo identificado*.

La evaluación del riesgo cariogénico pretende determinar la probabilidad de incidencia de la enfermedad como por ejemplo: número de lesiones incipientes nuevas o cavitadas, al momento de determinar la evaluación de riesgos cariogénicos se refiere a métodos cuantitativos basados en la exploración, también mediante métodos cualitativos como el establecimiento de la actividad de la lesión cariosa; llevándose a cabo por medio de análisis de factores pueden intervenir en la enfermedad; hablando de sobre una taza de éxito del modelo de evaluación de riesgo de lesiones cariosas es sumamente relacionada con el conjunto de varios factores como: los factores sociales, el comportamiento y el aspecto microbiológico³⁹ (ver anexo 8).

2.1.7 EXÁMEN FÍSICO GENERAL:

Martínez Hernández E, Pérez Silva A y López González L⁴⁶. Exponen que el examen físico regional “es el examen sistemático de la región de la cabeza y cuello, que evalúa cada estructura anatómica en cuanto integridad, función, desarrollo y presencia de patologías” (p.9). Incluye la evaluación tanto en el cráneo y la cara como: las alteraciones de su forma, simetría y perímetro cefálico. Los métodos para realizar un examen físico regional, son los siguientes:

Inspección: Al examen físico general, la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, en buen estado físico manteniéndose alerta y cooperadora, con lenguaje y postura normal, el peso corporal es de 19.8kg con talla de 111cm (lo que indica que el peso de acorde a su edad están en valores cercanos a los normales con poca diferencia en el peso y la talla que debería ser su peso normal de 19.91 kg con talla de 112.77cm); de piel morena, color de cabello negro y distribuciones normales (ver anexo 9).

-Tipo de perfil: Ligeramente convexo

-Tipo facial: Leptoprosopo

-Forma de la cara: Cara Ovoide

-Labios: Normotónicos, de color rosado con comisura labial un rosado más oscuro, se aprecia la movilidad natural, también se presencia el arco de cupido bien delimitado y marcado, sin presencia de lesiones externas ni internas.

-Cuello: Sus movimientos los ejerce con normalidad. No presenta sintomatología ni lesiones, la cadena ganglionar no presenta patologías aparentes.

Palpación: Ausencia de Tumefacción.

Auscultación: No presenta anomalías.

2.1.8 EXÁMEN INTRAORAL:

La finalidad del examen intraoral es realizarlo de una manera exhaustiva y minuciosa de tal forma que podamos recordar que no solo es la búsqueda de las enfermedades en los tejidos de soporte, tejidos dentales y su correlación con la ATM) y la oclusión⁷ sino también para observar y excluir las múltiples presencias de alteraciones malignas o benignas en la mucosa bucal y en sus tejidos que lo conforman.

En la paciente se evidencia dentición decidua, mucosa bucal y encía de color y contextura normal, a nivel cervical de las piezas posteriores inferiores hay presencia de placa

bacteriana, mientras que las piezas posteriores superiores a nivel de la cara vestibular hay sarro presente en boca (ver anexo 10).

Las lesiones cariosas que podemos observar: 5.5, 5.2, 5.1, 6.1, 6.4, 6.5, 7.4, 7.3, 7.2, 8.1, 8.3, 8.4 y 8.5

Lesiones con compromiso pulpar las piezas #: 5.3 y 6.2

Destrucción avanzada en las piezas# 5.4 y 7.5

Maxilar superior: Se examina la línea media, hacia atrás la apófisis alveolar maxilar normal, la cresta ósea relativamente convexa en estado normal a nivel de los centrales, caninos y molares. Los frenillos medios superiores se encuentran en posición normal, El frenillo lingual en correcta posición, sin exceder ni entorpecer al hablar, tamaño del maxilar normal.

Paladar duro: No presenta anomalías y se observa una mucosa rosa pálida, gruesa y adherida al hueso adyacente continuando el paladar blando se encuentra de color rosado, liso y brillante, la úvula haciendo conjunto con el paladar blando se encuentra en la línea media de apariencia normal. Se integra a la exploración clínica la papila incisiva que se encuentra en posición normal entre los incisivos centrales superiores con tamaño acorde a la edad del paciente, seguido encontramos las arrugas palatinas con sus relieves bien delimitados y formados.

Mandíbula: El reborde alveolar se encuentra sano y consistente, el piso y suelo de la boca en correcto estado sin presencia de lesiones ni tumoraciones, cubierto por una mucosa rosada, brillante, húmeda, lisa y delgada, altamente visible y en forma de herradura que rodea la base de la lengua; en la línea media notamos el frenillo lingual sin interferencia en el habla, a cada lado existen unas prominencias llamadas *carúnculas sublinguales* donde desembocan los conductos de las glándulas submaxilares lo que significa que por detrás el piso es más elevado por la prominencia de las glándulas sublinguales, un pliegue mucoso que contiene los conductos de Wharton es visible sobre ellas. La ATM mediante el examen clínico con las yemas de los dedos índices y medio se palpa, encontrando movilidad normal y sin chasquido alguno a la apertura y cierre de la misma.

La lengua: Tamaño normal, sin presencia de patologías ni ulceraciones, la consistencia como tal es blanda y buena; y su movilidad es normal. Las dimensiones que presenta la

lengua van acorde al paciente y la edad, en su porción más anterior se evidencia con una superficie lisa, suave y húmeda acompañada de pequeñas papilas y fisuras, la porción más posterior se siente suave, ligeramente irregular sin embargo la mucosa que obtiene es mucho más fina que la de la anterior En las caras dorsales de la lengua se observa las papilas piliformes, calciformes y fungiformes, siendo las primeras las más numerosas, no presente masas duras ni sensibles a la palpación, ni aumento de volumen en las glándulas salivales. La base de la lengua representa la mitad inferior de la pared anterior de la orofaringe.

Palpación: se recalca que el paciente está en dentición Decidua siendo su crecimiento óseo normal, al usar el explorador en los molares en su cara oclusal se siente irregularidades, aspereza, rugosidad en las áreas desmineralizadas, o bien el explorador se hunde y se retiene en surcos y fisuras profundos o cavitados, sin presencia de dolor; en la cara de los dientes antero superiores presenta porosidad e irregularidad.

2.1.9 ODONTOGRAMA:

El odontograma es un esquema de las arcadas dentales diseñadas geométrica y anatómicamente donde podemos encontrar las características anatómicas de los dientes de toda la arcada dentaria así como sus modificaciones y particularidades con la finalidad de identificar lesiones presentes, el mismo se va a marcar o colorear según se vayan dando los hallazgos que se encuentra denominados por medio de símbolos para señalar las patologías o estados en los que se encuentre la pieza dental³⁸ (ver anexo 5).

En la paciente se evidencia lo siguiente.

- Pieza dentaria #55: Caries de dentina
- Pieza dentaria #54: Destrucción severa y profunda de corona indicada para extracción.
- Pieza dentaria #53: Caries con compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #52: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #51: caries de esmalte.
- Pieza dentaria #61: Caries de Esmalte
- Pieza dentaria #62: Caries en dentina con posible compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #63: Caries en vestibular.

- Pieza dentaria #64: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #65: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #75: Destrucción severa y profunda indicada para extracción.
- Pieza dentaria #74: Caries de dentina sin compromiso pulpar
- Pieza dentaria #73: Pieza dental Sana.
- Pieza dentaria #72: Caries en dentina sin compromiso pulpar.
- Pieza dentaria #71: Pieza Dental Sana.
- Pieza dentaria #81: Caries en esmalte.
- Pieza dentaria #82: Pieza dental Sana.
- Pieza dentaria #83: Caries en esmalte.
- Pieza dentaria #84: Restauración defectuosa y sobre obturada.
- Pieza dentaria #85: Caries en dentina sin compromiso pulpar.

2.1.10 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS INDICADOS:

Los exámenes complementarios que se afirman en este caso son los siguientes: radiografía panorámica, radiografías periapicales, pruebas de vitalidad pulpar y modelos de estudio. Desde el punto de vista de Cuenca Garcell K, Rodríguez Linares M.I, Soto Cortés A. y Pentón Rodríguez O.⁵ relatan que: “Las pruebas o exámenes complementarios indicados y sus resultados, deben quedar en la evolución de la historia clínica, como parte de continuidad en la historia de la enfermedad. Se debe dejar constancia de los pasos seguidos, para justificar cada opinión clínica como científicamente válida” (p4).

2.1.11 Hemograma:

El hemograma es un instrumento de laboratorio que permite examinar la sangre para obtener una serie de datos de recuento sanguíneo de las tres células principales: glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas, a fin de determinar el estado del paciente y excluir patologías como anemia, infección, alergias, entre otras que puedan incidir de forma negativa en alguna intervención quirúrgica menor o mayor.⁴⁰

En este caso, analizando el hemograma automatizado donde la serie roja no evidencia anemia con hemoglobina y hematocrito dentro de valores normales, la concentración de hemoglobina corpuscular media está 0.1 por debajo del rango normal lo cual no es significativo debido a los valores antes mencionados para clasificarla como anemia

hipocrómica, la serie blanca tiene valores normales de leucocitos en 5.9, sin embargo la fórmula leucocitaria muestra neutropenia de 30% y linfocitosis de 60% sugestivo de una infección viral, la que se confirma con la clínica del paciente presentando un cuadro de resfriado común (ver anexo 7).

2.1.12 Diagnóstico radiológico:

Para poder seleccionar una radiografía adecuada para niños se deben observar varios factores como: la edad del niño, tamaño de la cavidad bucal y nivel de cooperación del mismo. La técnica ideal nos va a permitir lograr que la cantidad de radiación a la que el infante se expondrá sea menor, requiriendo menor cantidades de radiografías, sin embargo, todo dependerá de la cooperación del niño, esto es la calve para aumentar las posibilidades de éxito y reducir de manera relativa la exposición ante la radiación. Para decidir acerca del examen radiográfico se consideran dos criterios muy importantes: el riesgo de caries del paciente y el estadio de desarrollo de la dentición. Gibilisco⁸ menciona que “este tipo de radiografías permite al profesional de la odontología observar un área vasta del maxilar superior y la mandíbula en una sola placa”⁵ (p54). De acuerdo a los estadíos de maduración según método Nolla son:

0. Ausencia de cripta.
1. Presencia de cripta.
2. Calcificación inicial.
3. 1/3 de la corona completo.
4. 2/3 de la corona completa.
5. Corona casi completa.
6. Corona completa.
7. 1/3 de la raíz completa.
8. 2/3 de la raíz completa.
9. Raíz casi completa.
10. Cierre apical completo.

En la radiografía panorámica de la paciente se detalla los siguientes estadios de Nolla en el maxilar superior detallamos los siguientes:

- Pieza dentaria #17 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #16 estadio de Nolla 7.
- 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 6.
- Pieza dentaria #11 estadio de Nolla 6.
- Pieza dentaria #21 estadio de Nolla 6.
- Pieza dentaria #22 estadio de Nolla 7.
- Pieza dentaria #23 estadio de Nolla 6.
- Pieza dentaria #24 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #25 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #26 estadio de Nolla 7.
- Pieza dentaria #27 estadio de Nolla 5.

En el maxilar inferior se detallan los siguientes estadios de Nolla:

- Pieza dentaria #37 estadio de Nolla 5.
- Pieza dentaria #36 estadio de Nolla 8.
- Pieza dentaria #35 estadio de Nolla 6.
- Pieza dentaria #34 estadio de Nolla 6.
- Pieza dentaria #33 estadio de Nolla 7.
- Pieza dentaria #32 estadio de Nolla 8.
- Pieza dentaria #31 estadio de Nolla 8.
- Pieza dentaria #41 estadio de Nolla 8.
- Pieza dentaria #42 estadio de Nolla 8.
- Pieza dentaria #43 estadio de Nolla 7.
- Pieza dentaria #44 estadio de Nolla 6.
- Pieza dentaria #45 estadio de Nolla 6.
- Pieza dentaria #46 estadio de Nolla 8.
- Pieza dentaria #47 estadio de Nolla 6. (ver anexo 14).

Maxilar Superior:

- Altura correcta del reborde alveolar y la apófisis pterigoides
- Senos con anatomía y altura normales
- Zonas radio lúcidas correspondientes a caries en las piezas #5.5, 1,6.1, 6.4, 6.5
- Zonas radio lúcidas correspondientes a lesiones pulpares #: 5.3, 6.2, 6.3, 7.3
- Otras zonas anatómicas como el hueso trabecular del maxilar superior, la apófisis cigomática, los senos maxilares, las tuberosidades del maxilar superior, todos ellos en estado normal.

Maxilar Inferior:

- Altura normal del reborde mandibular y hueso trabecular
- Agujeros mentonianos ampliamente visibles y normales
- ATM con anatomía normal
- Áreas radiolúcidas compatibles con caries en las piezas # 7.5, 7.4, 7.1, 8.2, 8.4
- Zonas radiolúcidas correspondientes a lesiones pulpares #: 7.3
- Diagnóstico de radiografías periapicales de las lesiones pulpares y actividades más complejas.

Radiografías periapicales:

Las radiografías periapicales permiten visualizar específicamente los dientes de manera individual junto a los tejidos que rodean las raíces, aquí se observa ampliamente las estructuras como: el ligamento periodontal, el hueso, zonas radiopacas y radiolúcidas, que determinaran la afectación de la pieza dental. Mediante la toma de radiografías periapicales se diagnostican las siguientes piezas dentales: (ver anexo 15)

- **Pieza #5.3:** Ausencia de lesión periapical, ligamento periodontal levemente ensanchado, no se observa reabsorción ósea, el conducto pulpar se observa amplio (ver anexo 15.1).
- **Pieza #6.2:** A nivel apical se observa una sombra radiolúcida, correspondiente a lesión periapical, el ligamento periodontal se observa ensanchado, pérdida de la cresta dental y la lámina dura, a nivel del esmalte se observa fractura dental en la superficie mesial y borde incisal junto con sombra radiolúcida correspondiente a caries, en la superficie distal también

se observa sombra radiolúcida correspondiente a caries profunda, comprometiendo al tejido pulpar (ver anexo 15.2).

- **Pieza #6.3:** A nivel apical se observa zona radiolúcida correspondiente a un absceso periapical, zona radiolúcida en el esmalte, correspondiente a caries profunda afectando al tejido pulpar (ver anexo 15.2).
- **Piezas #7.5:** A nivel periapical se observa infección bastante notable a nivel apical, con pérdida ósea, zona radiolúcida en esmalte correspondiente a caries profunda lesionando el tejido pulpar circundante (ver anexo 15.4).
- **Pieza #7.4:** En el esmalte se observan zonas radiolúcidas en la superficie distal y mesial, bastante significativa, correspondiente a lesiones cariosas (ver anexo 15.4).
- **Piezas #8.5:** Se observa zona radiolúcida extensa correspondiente a caries, con pérdida de crestas óseas. Conductos radiculares definidos sin afectaciones (ver anexo 15.3).

2.1.13 OCLUSIÓN:

Modelos de Estudio.-

Se definen como aquellos que son una réplica exacta de la estructura dental que posee el paciente, se elabora mediante en un yeso especial, y permite recabar la información precisa sobre mal oclusiones, en una forma tridimensional, a partir del estudio de estos, se pueden apreciar alteraciones dentales tanto en el tamaño, la forma y los espacios que existen entre ellos, observando las piezas faltantes o alguna desviación o rotación (ver anexo 11).

Oclusión antero posterior.-

- **Relación de caninos temporales:**

Derecho: Neutroclusión.

Izquierdo: Neutroclusión.

- **Relación de Segundos Molares Temporales:**

Derecho: Escalón mesial.

Izquierdo: Escalón Mesial.

- **Resalte u overjet:**

3m.

- **En sentido vertical overbite:**

Más de 2/3 de corona.

- **En sentido transversal:**

Línea media superior no coincide con el plano medio facial (ver anexo 4).

2.1.14 FOTOGRAFÍAS:

Fotografías extraorales.-

Simetría vertical.- Con las fotografías extraorales se permite evaluar la cara completamente, ya sea de perfil o de frente del paciente, haciendo de su importancia imprescindible en la Odontología. En este tipo de radiografía podemos describir el análisis y la altura facial dividiendo así la cara en tres tercios; superior, medio e inferior cuyos puntos de inserción son los siguientes:

- **El Trichion (Tr):** es el punto en el plano medio sagital donde se inicia la línea de implantación del pelo
- **La Glabella (G):** es la zona más prominente de la frente en el plano medio sagital, también denominado crestas superciliares
- **El Punto Subnasal (Sn):** donde Termina la Columna (Base) y comienza el labio superior
- **Mentoniano (Me):** es el punto más bajo del tejido blanco de la barbilla

Obteniendo el resultado de este estudio se define que: El tercio inferior está aumentado, en relación al tercio medio y superior (ver anexo12).

Análisis Frontal.- Al realizar el análisis frontal se toma como referencia el punto Trichion y se mide verticalmente hasta el punto Mentón, 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 si es 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.⁹ En este caso el estudio de la altura facial dio como resultado paciente de tipo: Leptoprosopo.

Simetría transversal.- Estudiando la simetría transversal se establece que el lado derecho como el izquierdo de la cara se divide en mitades, recalando que nunca mitad será igual pero sus simetrías deben ser muy ligeras, se realiza una línea que se proyecta por el puente nasal, la punta de la nariz, el mentón y el filtrum.⁹

2.1.15 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

Caries de biberón

Hipoplasia

Fluorosis

Alteraciones pulpares

2.1.15.1 Diagnóstico diferencial:

Caries Secundaria o Recurrente

Caries del niño pequeño

Hipoplasia del Esmalte

Pulpitis reversible

Pulpitis Irreversibles

Necrosis Pulpar

2.1.15.2 Diagnóstico definitivo:

Caries Rampante

Caries secundaria

Necrosis pulpar

Caries del niño pequeño

Pulpitis reversible

2.1.16 PLAN DE TRATAMIENTO

Mediante un plan de tratamiento ejecutado idóneamente podemos ir desarrollando un manejo simple como es la parte preventiva de adaptación al paciente, la profilaxis dental, la fluorización; reforzando los conocimientos para generar la confianza del paciente pediátrico yendo de los tratamientos más simples a los más complejos. Corona, Guerrero, Rodríguez, Pérez y Hernández⁴¹ mencionan que: “El tratamiento debe ser ejecutado de acuerdo con las condiciones individuales del paciente, precedido de una historia clínica,

un minucioso examen clínico y radiográfico completo, con el propósito de establecer el plan de tratamiento” (p224).

Fase preventiva:

Profilaxis y fluorización.

Fase restauradora:

Restauraciones en las piezas # 8.3, 8.1 y 7.2.

Coronas de Celuloide p# 5.3, 5.2, 5.1, 6.1, 6.3, 7.4, 7.3 y 8.4.

Coronas de Acero: 5.5, 6.5, 7.4, 8.5.

Fase quirúrgica:

Extracción de piezas # 5.4 y 8.5.

Fase terapéutica:

Tratamiento Pulpar P# 5.3, 5.2, 6.3.

Fase ortopédica:

Con Aparatología: Mantenedor de espacio superior en la P# 5.5, 5.4.

Pronóstico:

Favorable.

2.2 ODONTOPEDIATRÍA

La odontopediatría como tal, tiene varias maneras de ser nombrada como: pedodoncia o paidodoncia, estomatología infantil, odontología pediátrica, odontología infantil, etc. Siendo una rama de la odontología, conlleva como funcionalidad atender a niños y recién nacidos, detectando anomalías en sus dientes, patologías en la posición de los maxilares y dientes adyacentes, también hace referencia a enfermedades más serias que las revisiones rutinarias.

2.3 DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

Al momento de referirnos a un/a niño/a sabemos que el desarrollo psicológico del mismo comienza desde muy temprano y es ahí cuando tiene el desarrollo más rápido e importante del ser humano como tal, aprovechando el tiempo cuando las estimulaciones positivas que provienen del ambiente donde el infante se encuentra rodeado, tiene una mayor influencia sobre el desarrollo.

Respecto a la confianza y seguridad del paciente Apolo Morán J. F., Rivas Maldonado N. y Vera Miranda L.¹⁰ relatan que: “Dentro de esta percepción el afecto, las emociones se fortalecen a partir del contacto físico entre las personas, en un proceso de atención odontológica, el contacto de manos seguro, permite tener al paciente una sensación de confianza y respeto” (p228).

2.4 PSICOLOGÍA Y LA ODONTOLOGÍA

La psicodontología constituye una herramienta multifacética e interdisciplinaria verdaderamente útil a disposición del profesional ofreciendo conocimiento necesario que pueda facilitar la adaptación y el abordaje del paciente hacia la consulta odontológica requerida, y guiando así sus comportamientos con la finalidad de fomentar y alentar los hábitos de protección, disminuir o erradicar las conductas sumamente dañinas o erradas, tratar, promover el autocuidado, mejorar el entorno familiar o el contexto de los pacientes que influyen en la salud bucal dental. Sandóval F¹¹ menciona lo siguiente: “La interacción profesional entre el pediatra y el odontólogo, se inicia puntualizando la edad a partir de la cual, sin esperar la aparición de ningún problema en el desarrollo dental, se debe promover la primera visita al odontólogo” (p50).

Se ha verificado que muchos de los pacientes que acuden a consulta odontológica en su magnitud son concientizados e involucrados en su condición de salud bucal ya que el 57% asisten a consulta odontológica por controles o revisiones periódicas, incluyendo que al momento de ser atendido el paciente pediátrico va a llegar con diferentes molestias tanto en la parte mental como en la bucal analizando por lo consiguiente que la niñez es una de las edades que más requiere de una preparación psicológica como tal por parte del profesional a cargo, ya que de ahí en adelante todo el tratamiento dependerá de cómo fue la preparación o presentación inicial.

Amaíz Flores A. y Miguel A. Flores¹² relatan que la importancia de la *psicodontología* radica en que “la odontología demanda un acompañamiento, soporte y apoyo de índole psicológico distinto o diferente al que ofrece la psicología de la salud, específicamente en aspectos como: la prevención, la educación, el auto gestionamiento bucodental” (p4). Resultando pertinente y oportuna en el área de odontología, ayudando en las conductas que puedan afectar la salud oral ante los tratamientos que se van a realizar, evitando así trastornos bucodentales.

2.5 TIPOS DE COMPORTAMIENTO

El miedo del niño ante la consulta odontológica relata que el odontólogo como tal debe demostrar sumo conocimiento que pueda ofrecer a niños y niñas la confianza suficiente para evitar producir el miedo y traumas que pueden afectar de varias formas al infante, ya sea temporal o permanentemente no solo a su forma de ver a un odontólogo en bata blanca, sino también evitar afectar la conducta de la niña/o para con el Odontólogo. Por lo consiguiente, menciona varios tipos de comportamientos en niños/as entre 3 a 10 años¹³:

- Comportamiento colaborador
- Comportamiento tenso-colaborador
- Comportamiento miedoso
- Comportamiento desafiante
- Comportamiento descontrolado
- Comportamiento en discapacitados

2.6 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS EN LAS DIFERENTES EDADES

Se ha hecho verídico que la conducta de los niños y niñas al principio es dudoso e inestable con facilidad de perder el control, pegar, romper objetos, morder, patear todo a su alrededor, tan pronto el infante va creciendo se va controlando, aceptando la conducta, responde ante elogios y es algo más curioso. Mientras que en infantes de 6 a 12 años de edad están al deseo de aprender, ansiosos por saber que le van a hacer, los cambios van rápidos y convierte la conducta antes violenta por una más calmada y pasiva aunque no

aceptan críticas. Recalcando que en la actualidad se admite que el aprendizaje es un constante cambio de conducta en las acciones mentales se obtiene gracias a la experiencia que se ha regido el infante sobre el medio al que ha estado expuesto.

2.7 CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ESCALA DE FRANKL

Esta clasificación es la más indicada para determinar el comportamiento del paciente pediátrico analizando sus actitudes e inquietudes que el infante pueda tener, ayudándole con sus dudas y guiando cada paso para un comportamiento idóneo. Docanamarca indica que una de las escalas más aplicadas con respecto al manejo del comportamiento en el consultorio dental, siendo sencilla, práctica, y fácil, sus 4 categorías son¹³:

- Definitivamente positivo (Frankl4) Consiste en una buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, el paciente ríe y disfruta.
- Levemente positivo (Frankl3) El paciente acepta el tratamiento a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando
- Levemente negativo (Frankl2) Definitivamente el paciente acepta el tratamiento, no coopera, tiene alguna evidencia de actitudes negativas pero no pronunciadas
- Definitivamente negativo (Frankl1) Rechaza por completo el tratamiento, grita fuerte, es temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.¹³

De acuerdo a las escalas de Frankl mencionadas, evaluando a la paciente se lo determina como levemente positivo (escala 3 de Frankl).

2.8 MOTIVACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO Y TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN A LA CONSULTA

El paciente pediátrico de acuerdo al manejo de la consulta exige un entrenamiento de conocimientos que abarquen el desarrollo emocional y psicológico del niño razón por la cual es de suma importancia tener los conocimientos adecuado y los fundamentos básicos del desarrollo emocional del paciente y de las características que conllevan en el desarrollo de cada etapa que viene desde su nacimiento hasta la edad adulta lo que va a permitir al clínico a determinar el tipo de motivación a esperar y si las características del

paciente lo ameritan correspondiendo a su edad. Yar G.¹⁴ refiere que la adaptación del paciente se puede lograr si se tiene en cuenta un acondicionamiento antes del tratamiento, siendo el mismo odontólogo el que debe encargarse de una técnica adecuada según la edad y personalidad del paciente pediátrico.

La motivación del infante junto con su comportamiento va a requerir de varias expresiones y habilidades interpretando las siguientes: la comunicación, la formación, escuchar atentamente, reducir o anular el miedo y la ansiedad. Al momento de realizar una atención odontológica de calidad, construir una relación de confianza entre el infante y el odontopediatra, se trata de promover una actitud positiva con su salud oral. El equipo odontológico con una comunicación eficaz pueden aliviar el miedo y ansiedad, así mismo como enseñar mecanismos apropiados para que el infante pueda lidiar con sus inquietudes y sentimientos, todo esto tiene la finalidad de guiar a la paciente hacia la cooperación del tratamiento que se le vaya a realizar sintiéndose relajado y empezando a generar la confianza en el consultorio odontológico con actitud positiva.¹⁴

Algunas de las técnicas antes mencionadas, en estas directrices pretenden mantener la comunicación mientras que otras pretenden ponerle fin al comportamiento inadecuado, por lo tanto estas técnicas no pueden ser regidas de manera individual, sino más bien ser regidas dentro del contexto de la experiencia odontológica de cada niño que llegue a la consulta, recalcando que cada uno de ellos tiene modalidades, comportamientos, forma de pensar y adaptaciones diversas siendo cada uno de ellos un mundo diferente.

2.9 TÉCNICA DECIR, MOSTRAR Y HACER

Los procedimientos clínicos en Odontopediatría se habla sobre la técnica decir, mostrar y hacer: Nos referimos a una técnica explicativa y detallada para el niño, detallando lo que se le realizará con los materiales y los diferentes instrumentales con el objetivo de que el infante se vaya familiarizando con los procedimientos a seguir garantizando el éxito odontológico mediante el vocabulario apto para referirse a los instrumentales, los tratamientos y a los materiales para que el infante tenga conocimiento de su procedimiento a seguir, mencionando también al ejercer autoridad sobre el niño junto con las expresiones faciales que ejerce el profesional logra tener la confianza suficiente y la seguridad evitando las conductas inapropiadas. De Andrade Massara L. y Barbosa Redua P.¹⁵ explican que:

“Es una técnica de comportamiento usada por muchos profesionales de Odontopediatría para moldear el comportamiento del niño. La técnica consiste en explicaciones verbales 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)” (p48) (ver anexo 16.1).

2.10 TÉCNICA DE PRESENCIA O AUSENCIA MATERNA

Cada uno de estos refuerzos sociales hace énfasis en la emoción del niño, la parte de atención materna que él recibe mediante los sentimientos, reforzando los lazos de unión entre la madre y el hijo. En lo que respecta a la técnica de presencia / ausencia materna es utilizada muy frecuente con el objetivo de ganarse la confianza y cooperación del niño durante el tratamiento. Hay muchas opiniones con respecto a esta técnica en la aplicación de los procedimientos.¹⁴ (ver anexo 16.2).

El papel materno es diferente en cada infante, recalcando los reforzadores sociales como:

- Los elogios
- Las sonrisas
- Las expresiones faciales que detonan felicidad como felicitaciones y abrazos

2.11 TÉCNICA DE REFUERZO POSITIVO

Esta técnica encamina al niño a una colaboración casi del 100% mediante motivaciones agradables para su gusto, lo alentará a aceptar para conseguir su premio basándose en el razonamiento positivo, su forma de pensar sería algo como *yo me dejo hacer el tratamiento y me gano aquello* refiriéndonos a que la conducta que es premiada tiende a aparecer con más frecuencia, mientras que la conducta no colaborativa puede ser minimizada sin ser premiada. La parte estimulativa pueden ser objetos que llamen su atención como: juguetes, calcomanías, kits dentales y materiales de estudio. La conducta que es premiada tiende a aparecer con más frecuencia y la conducta que es castigada o continúa sin ser premiada tiende a desaparecer y hay que reforzar esas conductas las cuales pueden ser¹⁴: reforzadores sociales, tales como elogios, sonrisas, expresiones

faciales que demuestren felicitaciones y abrazos. Materiales, como cepillos, pastas dentales. Y de actividad, tales como regalos pequeños, calcomanías (ver anexo16.3).

2.12 EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Hay que tener en cuenta que los programas de la salud bucal surgen para mejorar las condiciones de aquellos problemas catalogados de impacto en la salud pública determinados en grupos poblacionales que se miden por eficacia y eficiencia. En la salud bucal se ejecutan y se organizan diversos programas, algunos con componentes promocionales y otros preventivos; entre los 5 y 6 años se recomienda realizar una radiografía panorámica para verificar los dientes definitivos; después de los 6 años de edad se aprecian malos hábitos, como chuparse el dedo (succión digital). Respiración bucal entre otros, lo que conlleva al uso de aparatología ortodóntica (ortopedia dental), luego de los 6 años parecen los primeros molares permanentes casos donde amerita la colocación de los sellantes. Es recomendable adquirir buenos hábitos desde las primeras etapas de vida del infante garantizando una vida sana; tenemos conocimiento que la boca es la puerta de entrada de muchos objetos y alimentos, si en esta se presenta alguna enfermedad, dificultará a la persona a comer, masticar o beber con normalidad lo que influiría en el suministro de nutrientes y vitaminas al cuerpo humano; cuando nos referimos a la buena higiene bucal mediante la salud bucal es que encontramos la boca en armonía, huele saludablemente significando que sus dientes están limpios, las encías presentan su color rosado y el mal aliento no es un problema constante (ver anexo17).

2.13 HÁBITOS DIETÉTICOS

Los hábitos dietéticos desempeñan un papel fundamental hacia el desarrollo de lesiones cariosas siendo evidentes en pacientes consecuentes a caries, cuando el fluor y el consumo de hidratos de carbono fermentables es asociada con el origen de las actividades cariogénicas². González Sáenz A. indica la importancia dietética con la salud oral:

“La dieta no solo es importante para su salud general, sino también para su salud oral. Si no se sigue una dieta adecuada, es más probable que desarrollemos dental y enfermedades de las encías. Esto es aplicable a cualquier etapa de la vida, en el caso de los niños por ejemplo, la adquisición de unos hábitos alimentarios es fundamental para prevenir la aparición de caries entre otras cosas”² (p65).

2.14 ALIMENTOS CARIOGÉNICOS Y ALIMENTOS PROTECTORES

Tomando en cuenta que para poder poseer un estado de salud general y oral óptimos se requiere una dieta adecuada ya que cumple un papel importante, al mantener una dieta inadecuada sin importar la edad del infante, puede manifestarse no solo las caries sino también enfermedades periodontales; para prevenir la aparición de estas y otras complicaciones a nivel oral en el caso de los niños es importante que adquieran buenos hábitos alimenticios. Al momento de ingerir alimentos cariogénicos entre comidas produce muchos cambios en el pH el cual se prolonga el tiempo de aclaramiento oral, dando lugar a la desmineralización del esmalte; este se va a degradar de acuerdo a la forma acida que reacciona el mismo ante algunos componentes alimenticios.²

Entre los alimentos cariogénicos decimos que los carbohidratos sirven como fuente de energía para las funciones químicas del organismo y también para la síntesis de varios aminoácidos y ácidos grasos que incluyen los almidones y azúcares; siendo el papel primordial de los azúcares en el origen y producción de la caries dental por lo que se relaciona con ser una excelente fuente de fermentación para determinados microorganismos presentes en la saliva y en la placa bacteriana más que todos los azucres pegajosos como las gomitas; por otro lado los carbohidratos, principalmente la sacarosa, son el sustrato más importante para el metabolismo de la microbiota bucal originarios de: pan, pastas, papas, galletas, lactosa proveniente de la leche y fructosa proveniente de la fruta.²

Los alimentos protectores facilitan las funciones del cuerpo como lo son las frutas y verduras, las vitaminas son nutrientes importantes para la alimentación porque optimizan las funciones fisiológicos del organismo como tal; una dieta variada proporciona vitamina que el cuerpo necesita procurando consumir ensaladas coloridas.

Hablamos de los alimentos protectores como las frutas que aportan vitaminas A (encontrándolos en las zanahorias, papaya, mango brócoli lácteos yema de huevo) vitamina B (vaso de leche, granos como nueces y avenas) vitamina D (leche, yogurt, mantquilla) vitamina E (kiwi, espinaca, aceite vegetal) vitamina K (col, espinaca y brócoli) vitamina C (naranja, limón) y complejo B. Las frutas y verduras que nos dan minerales son el calcio, fosforo, sodio, potasio, magnesio hierro, cloro y azufre. Protegiéndolos de enfermedades porque refuerzan el sistema inmunológico, siendo

importantes para mantenerlos sanos es recomendable consumir 5 porciones de frutas y verduras al día, sino se hace esto las defensas del cuerpo se pueden ver afectadas.²

2.15 MOMENTOS DE AZÚCAR

Nos referimos a los momentos de azúcar cuando la boca recibe muchas cantidades de azúcares que se disuelven en la saliva logrando el descenso del pH a tal punto que logra convertir la cavidad bucal en un ambiente propicio para la proliferación de las colonias bacterianas. Para detectar los momentos de azúcares se aconseja dedicar 10 días a tomar en cuenta y escribir cada alimento que se consume a toda hora lo que conlleva a un panorama de la exposición de azúcares a la que estamos sometidos durante una dieta cotidiana, se recomienda el cepillado dental luego de cada ingesta de dulces o disminuir los momentos de azúcares; en los infantes es preferible que consuman 3 caramelos al mismo tiempo que uno cada quince minutos, evitando el descenso agresivo del PH.⁴²

2.16 HIGIENE Y TÉCNICAS DE CEPILLADO ACORDE A LA EDAD DEL PACIENTE

Algunos autores se han preocupado por detallar varias técnicas de cepillado, las más mencionadas son: La técnica de Bass modificada, la técnica vibratoria de Charters, la técnica de Stillman modificada, la técnica Fones y la técnica Scrub; se ha hecho énfasis en que lo importante es realizar un cepillado minucioso que garantice la remoción de la placa dental de forma adecuada: pero, si es necesario escoger una en especial, se hará según la situación clínica de cada paciente. Entre edades de 2 a 8 años se recomienda el uso de cepillos dentales con cabezales estrechos, filamentos o cerdas suaves y mango de fácil agarre.¹⁶

2.17 PASTAS FLUORADAS

Ante un nivel de alto riesgo de lesiones cariosas a veces no es suficiente las condiciones naturales ante medidas de prevención, por lo que a un paciente de alto riesgo criogénico es necesario usar elementos externos como los fluoruros depositados localmente a través de dentífricos, siendo la herramienta adecuada al detener la progresión de caries, viendo su eficacia en las cantidades de Partículas por Millón (ppm). Actualmente, casi la

totalidad de pastas dentales tienen fluoruros, siendo usadas ampliamente en el mundo como el principal medio de liberación de fluoruros en el medio bucal en forma tópica.¹⁸

2.18 PARTES POR MILLÓN EN PACIENTES DE RIESGO CRIOGÉNICO Y CANTIDAD DE ACORDE A LA EDAD

En la dentición primaria de niños pequeños, la crema dental fluorada de 1500 ppm reduce el incremento de caries en comparación con la crema dental no fluorada; los efectos preventivos de caries para la comparación directa de la crema dental fluorada de 1055 ppm versus 550 ppm son similares, pero el cepillado de dientes con la crema dental fluorada de 1450 ppm reduce levemente el incremento de los dientes cariados, perdidos y, obturados (dcpo) en comparación con la crema dental fluorada de 440 ppm. Determinando que es más eficiente la pasta dental con flúor de 1500pp, aunque esto varía para la edad del infante. La *American of Pediatric Dentistry* (AADP) refiere sobre el uso del 1000ppm de fluoruros con una cantidad raspada para los menores de dos años. De 2 a 6 años entre 1000-1450pp, y una cantidad similar a una lenteja, en relación a mayores de 6 años es considerable 1450ppm con la supervisión de un adulto.¹⁸ Carmona Arango L., González Martínez F. y Lijan Pardo M.¹⁹ mencionan que:

“No obstante, aunque este aspecto es bastante claro, es preocupante la creciente ingestión accidental de cremas dentales por los niños durante el cepillado y el insuficiente control que tienen los padres sobre la cantidad de crema dental utilizada por estos, lo que a su vez puede convertirse en un factor de riesgo para la Fluorosis en edades tempranas”(p24).

2.19 ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS DE HIGIENE

De acuerdo a Hernandez Cantu E., Reyes Silva A., Garcia Pineda M., González Montalvo A., y Sada Amaya. Manifiestan que otro recurso a utilizar para evitar el riesgo de caries, es el uso de hilo dental, el cual ayuda a remover la placa bacteriana alojada en espacios interdentes, así como el enjuague bucal fluorado. “El uso de hilo dental y enjuague bucal son una importante área de oportunidad para disminuir el riesgo de caries en la población infantil”²⁰ (p184).

2.20 COLUTORIOS

Los colutorios se han usado para proporcionar salud oral, con el fin de ejercer acción antiséptica, astringente o calmante, siendo el vehículo más común el agua; al momento de usar un colutorio dental se espera el control de las caries y placa bacteriana dental, en la actualidad hay diferentes marcas, considerando los más importantes, los colutorios fluorados y la clorhexidina. “En odontología se utiliza en forma de gluconato de clorhexidina en solución alcohólica o acuosa, la cual, es soluble en agua a pH fisiológico (7,4 + o menos 0.2) y se disocia rápidamente liberando su carga positiva”²¹ (p111).

En la boca, la dosis ideal es aquella que permite distribuir 18 mg equivalente a 0.2 por ciento o 15 ml al 0.12 por ciento usándose 2 veces al día, manteniéndose de este modo en la saliva a niveles bacteriostáticos aproximadamente de 8 a 13 horas²¹; haciendo un efecto contra bacterias gram positivas, en algo menos pero aun así haciendo efecto también en bacterias gram negativas, hongos y levaduras, en donde no ejercen función de eliminación o control son frente a virus o esporas.²¹

2.21 TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

Según Espinazo y Pachas²² los programas preventivos de salud bucal se relacionan con evitar la aparición de caries. “La OMS, señala que se puede lograr una disminución en la incidencia de caries dental en las poblaciones que reciben flúor en niveles entre 0.7 y 1.49 ppm.” (p14). La actual filosofía de prevención y control de la caries dental sugiere que todos los pacientes deben recibir recomendaciones en relación a su salud oral, no solo aquellos considerados como de alto riesgo.²² “En el año 2010 se creó la Alianza por un Futuro Libre de Caries (*Alliance for a cavity-Free Future*) con el objetivo de promover el tratamiento no invasivo y la prevención de la caries dental a nivel mundial” (p186).

2.22 PROFILAXIS DENTAL

La placa dental no es solo un conjunto de bacterias que residen en la superficie del diente propiamente dicho, sino que forma un Biofilm Bacteriano (conjunto de bacterias) organizadas y resistentes tanto a su disgregación como a la eliminación de la misma. Cuando nos referimos a la eliminación del tártaro dental, se puede hacer con: curetas, tartrótomos e instrumentos ultrasónicos.

Cuando se ha eliminado el depósito dental o sarro la superficie que algo áspero, se puede lograr el pulido con los siguientes instrumentos: cepillos profilácticos y copas de goma de caucho. Si se habla de piedras abrasivas, se sugiere acompañada de materiales abrasivos como la pasta profiláctica.

Finalizando la eliminación del sarro y desinfección del diente como tal, con Enjuagues orales como la clorhexidina al 0.2% (siendo el más utilizado). Barrancos²³ relata que es fundamental trabajar en una boca limpia, sin placa ni cálculos, e instituir desde el comienzo medidas preventivas para el control de la placa mediante la profilaxis y fluorización que se realiza mediante destartraje y eliminación de placa. “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”¹⁵ (p118). En el presente trabajo se inició la profilaxis con enjuague bucal sin alcohol, posterior a eso con el micromotor, cepillo profiláctico y pasta profiláctica se realizó la misma (ver anexo 18).

2.22.1 PROTOCOLO

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública, el protocolo a seguir con respecto a profilaxis dental contempla los siguientes puntos: observar zonas pigmentadas y eliminar biopelícula bacteriana, cálculos supra y subgingival, manchas. Así como, con baja velocidad y con una copa de caucho, aplicar la pasta profiláctica para pulir las superficies del diente.

2.23 FLUORIZACIÓN

Carmona Arango L. et al.¹⁹ señalan que “la acción del fluoruro se considera actualmente como la mejor herramienta para detener la progresión de la caries y su eficacia depende del contenido de flúor en ppm” (p24). Se describe una serie de procedimientos para realizar la colocación del flúor, entre ellos tenemos:

- Se selecciona la cubeta ideal puede ser prefabricada o bien confeccionada.
- Limpieza de los dientes.
- Lavado de la boca con agua.

- Secado de los dientes.
- Cargado de la cubeta con gel, se coloca una cinta de unos pocos milímetros de espesor dentro de la cubeta que no debe superar más de 2ml.
- Posición del paciente: sentado, y con la cabeza ligeramente inclinada hacia abajo.
- Colocación de la cubeta en boca, Después de separar las mejillas y secar la arcada inferior, se coloca la cubeta con el gel asentándola sobre los dientes con un leve movimiento de un lado a otro; de esta forma se facilita el acceso del gel a las zonas menos accesibles. Se coloca un eyector de saliva y se mantiene la cubeta en posición presionándola ligeramente con los dedos (para aprovechar las propiedades tixotrópicas del gel) durante 4 minutos. (o bien el tiempo que estipule el comerciante) para que el gel penetre en los espacios interproximales.
- Se repite toda la operación para la arcada superior.
- Retirar la cubeta. Una vez retirada, se limpia el exceso de gel con una servilleta o gasa y se pide al paciente que escupa.
- Una vez hecho esto, el paciente puede escupir, pero no comer, ni enjugarse o beber líquidos en media hora.
- Se le indica al paciente no cepillarse los dientes en el transcurso de 12 o 24 horas, debido a que ya la tiene la dosis de flúor que corresponde al día.¹⁹

En este trabajo, la topicación de flúor se la realizó por medio de cubetas desechables tallas XS para rellenarla de flúor en gel acidulado al 2% esperando un minuto como corresponde (ver anexo 19).

2.24 CARIES DENTAL

Definición: La caries como tal afecta y daña de manera directa a los tejidos dentarios de la boca ya que va provocando la pérdida sucesiva del esmalte, dentina y cemento que se inicia por la acción microbiana, la presencia de placa dental bacteriana en el desarrollo de la caries involucra a esta lesión por falta de higiene bucal ayudando a la microbiota en la progresión de lesiones cariosas. De acuerdo con Rojas²⁵ la caries es una “enfermedad crónica, infecciosa, producida por microorganismos, que se presenta con mayor frecuencia en el ser humano, donde la dieta destaca un título muy importante en la desmineralización y pérdida dentaria” (p4).

2.25 FACTORES PRODUCTORES DE CARIES

La caries es el producto de la actividad de diversos factores cada uno de ellos siendo independientes como: el huésped (dientes y saliva), bacterias de la microbiota bucal y la dieta que se consume; la evaluación de esta siempre se hará por medio de examen visual y de vez en cuando combinarse con un examen radiográfico que llegaría directo a la obtención de información sobre la clasificación de las caries ya sea inicial, moderada o severa/crónica y también corresponde al estado de actividad de la lesión siendo activa o detenida.

La unión de estos factores permite la acidificación local del medio donde se encuentre, produciendo degradación de los hidratos de carbono de la dieta obtenida seguida de la destrucción progresiva del mineral mineralizado y proteico del diente sin llegar a la pérdida total de la corona dentaria. Una vez evaluando el riesgo de caries queda determinar la probabilidad de incidencia de la enfermedad como por ejemplo el número de nuevas lesiones incipientes o cavitadas durante cierto periodo de tiempo.

2.26 TIPOS DE CARIES

Existen algunos tipos de caries que pueden afectar desde la raíz hasta la corona dental como las siguientes:⁴³

- Caries de corona: Entre la población infantil este tipo de caries es la más común porque aparece en la superficie masticatoria, es decir, en la parte superior de la corona dental, se manifiesta como una decoloración de la corona dental tras el daño del esmalte, su detención es más sencilla.
- Caries de fisura: Los agentes patógenos van penetrando en los tejidos dentales, debilitándolos y dañándolos a través de pequeñas fisuras o grietas de la superficie del diente siendo su mayor incidencia en los molares, muy común en adolescentes y en niños.
- Caries interdental: Esta se encuentra situado entre dos piezas dentales afectando el espacio interproximal, se suele acumular placa bacteriana debido a su difícil acceso, su detención resulta más compleja.
- Caries recurrente: Tienden a afectar en las zonas subyacentes en las que previamente se ha realizado una obturación, también conocida como *caries*

secundaria. En zonas donde hay presencia de la placa bacteriana o placa dental se puede producir caries nueva o bien provocada por la remanencia de restos de caries antes tratadas.

- Caries rampante: ocurre cuando el mismo paciente tiene varias lesiones activas de caries, algunas veces los pacientes son clasificados por su causalidad o similitud a las caries de biberón.⁴³

2.27 CLASIFICACIÓN DE CARIES POR MÉTODO ICDAS

La clasificación de las caries por medio del método ICDAS está estructurado por cinco criterio originado en USA en el año 2005 reconociéndolo con el nombre de ICDAS II incluyendo el criterio 0 como *sano*.²⁶ De León²⁷ manifiesta el objetivo de la clasificación ICDAS “su desarrollo tiene como meta final proveer flexibilidad a los clínicos e investigadores para escoger el estadio del proceso de caries o severidad (no cavitacional o cavitacional) que deseen medir, así como otras características que se acomoden a las necesidades de su investigación o práctica” (p4).

Determinando la clasificación ICDAS de la siguiente manera:

-ICDAS 0: Sano

-ICDAS 1: Mancha blanca/ marrón en esmalte seco

-ICDAS 2: Mancha blanca / marrón en esmalte húmedo

-ICDAS 3: Microcavidad en esmalte seco menor a 0.5mm

-ICDAS 4: Sombra oscura de dentina vista a través del esmalte húmedo con o sin microcavidad

-ICDAS 5: Exposición de dentina en cavidad mayor a 0.5mm hasta la mitad de la superficie dental en seco

-ICDAS 6: Exposición de dentina en cavidad mayor a la mitad de la superficie dental.

En este trabajo se encuentra el diagnóstico por el método ICDAS en la ficha odontopediatría de la Universidad San Gregorio de Portoviejo (ver anexo 3).

2.28 SEGÚN EL GRADO DE ACTIVIDAD DE LAS CARIES

Se considera que una lesión activa tiene mayor probabilidad de riesgo de cambiar de estado (progresar, detenerse o revertirse) que una lesión detenida (hay un aumento en actividad dinámica en términos de movimiento mineral). De acuerdo con Pitts N et al.²⁸ las definiciones científicas y las características de lesiones activas y detenidas considerándolas como una lesión inactiva (detenida) tiene menor probabilidad de cambiar de estado que una lesión activa (hay menor movimiento de minerales y la lesión permanece con la misma severidad).

2.29 TRATAMIENTOS RESTAURADORES SIMPLES

2.29.1 TÉCNICAS DE RESTAURACIÓN ATRAUMÁTICA

La Técnica de Restauración Atraumática (TRA) o inactivación, se refiere a la reducción de la flora bacteriana patogénica de la cavidad bucal que se aloja en cavidades abiertas o en otros nichos como: los surcos profundos y obturaciones sobre contorneadas que puede reinfectar nuevas superficies dentarias. Consiste en la eliminación de las capas superficiales de la caries dentinaria en las cavidades de toda la boca y la restauración con Cemento Ionómero de Vidrio (CIV) o algún material intermedio, como el óxido de cinc y eugenol.

Marit Slattelid Skeie²⁹ establece 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” (p65). Al momento de detallar la propuesta es necesario encontrar un método de control y preservación de los dientes cariados, en personas de todas las edades, de comunidades pobre, donde el propósito del tratamiento que se ofrecía eran las exodoncias incluyendo el conjunto de medidas preventivas con TRA. Las inactivaciones correspondientes a este trabajo de sistematización práctica se realizó mediante la eliminación del tejido cariado activo mediante cucharillas Maillefer y turbina con fresa diamantada redonda, una vez hecha la remoción del tejido cariado, se desinfectó la cavidad con clorhexidina al 2%, finalizando el secado se inactivó con CIV las piezas #5.5, 5.3, 5.1, 6.1, 6.4, 6.5, 7.4, 7.3, 8.3, 8.4 y 8.5.

2.29.2 PROTOCOLO CLÍNICO DE LAS TÉCNICAS RESTAURADORAS TRA

Protocolo según Körber³⁰:

- Se realizó aislamiento relativo con rollos de algodón en el elemento dentario indicado para el tratamiento.
- Se limpió la superficie del diente a tratar con una torunda de algodón humedecida con agua potable y luego se secó con una torunda de algodón.
- Se removió el tejido cariado con instrumento cortante manual y con una cucharilla se excavó la caries a través de movimientos de rotación. Se eliminó el tejido reblandecido de la unión esmalte dentina en su totalidad y posteriormente se eliminó el tejido cariado reblandecido cercano a la pulpa.
- Se acondicionó la dentina antes de la obturación, utilizando una torunda de algodón humedecida con el líquido del material o con ácido poliacrílico al 10%, frotando la cavidad y las fosas y fisuras adyacentes durante 10 a 15 ser.
- Se lavó la cavidad y superficie dentaria con torundas embebidas en agua por lo menos dos veces. Posteriormente se eliminó el exceso de la humedad con torundas de algodón.
- Se obturó la cavidad con el material restaurador, cemento de Ionómero Vítreo (CIV) de alta densidad y de autocurado Fuji IX.
- Se preparó el CIV siguiendo las instrucciones del fabricante, la gota del líquido se debe dispensar en un ángulo de 90 grados con respecto al block de mezcla o loseta, para que la cantidad de mezcla sea suficiente. Se llevó el polvo al líquido, el espatulado en un tiempo no mayor de 20 segundos, la superficie del CIV debe estar brillante.
- Se llevó el material con una espátula preferiblemente anodizada a través de movimientos vibratorios para evitar la formación de burbujas. La inserción del cemento de Ionómero de vidrio es una etapa importante, pues la cavidad deberá estar libre de contaminación con saliva y seca, sin estar desecada, pues de lo contrario habrá disminución de la adhesión del material a la estructura dentaria.
- Se realizó presión digital de la restauración con el dedo con guante humedecido en vaselina, durante 30 ser.

- Se controló la oclusión para eliminar puntos de contacto prematuros. Los excesos del material se removieron con la misma cucharilla y se verificó que la restauración quede confortable.
- Posteriormente, se cubrió la restauración con vaselina o con un barniz de CIV, después de que ésta pierda el brillo de la superficie.
- Finalmente, se orientó a la madre para que no ofrezca alimentos duros a la niña y se instruyó al paciente para que no mastique por lo menos hasta después de una hora del procedimiento³⁰ (ver anexo 20).

2.30 TRATAMIENTOS RESTAURADORES COMPLEJOS

2.30.1 RESTAURACIONES TRAUMÁTICAS CON RESINAS

La restauración dental debe ser incluida en la remoción parcial o total del tejido cariado como: hipoplasias, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, tiene que ser compatible con el material restaurador que será utilizado. Si se habla sobre tratamientos restauradores se refiere a reparar o limitar los daños causados por las caries, preservar y proteger las estructuras dentarias, restableciendo las funciones adecuadas como restaurar la estética, siempre y cuando sea posible proporcionando una condición que facilite una buena higiene bucal, tratando de mantener la vitalidad de la pulpa.

Para poder acondicionar estos sustratos de manera apropiada a la técnica restauradora en los tejidos dentales como: el esmalte y la dentina, deben ser realizados de una manera apropiada, sin dejar atrás el aislamiento absoluto o relativo el cual debe realizarse siempre que sea posible durante la preparación de la cavidad. Boj³⁷ refiere que las resinas son más composites que los ionómeros debido a que cuando se fotopolimeriza su acción es fotoquímica, mas no de una reacción ácido base como en el ionómero de vidrio, además en las resinas se requiere de un agente adhesivo (Bondy) para el sellado de la interfase.

Todos los casos clínicos que llegan a consulta son diferentes, es decir que en situaciones clínicas donde existe el compromiso de la superficie oclusal, por lo general se opta por las resinas microhíbridas o de nanopartículas, por sus elevados estudios clínicos aceptables y también por su mayor cantidad de carga inorgánica; mientras que en las situaciones donde solamente afecta la superficie proximal, vestibular o lingual, se puede usar las resinas de micropartículas, resinas *Flow* o una combinación de estas. En la

dentición decidua cuando hay presencia de lesiones cariosas en las superficies proximales y no es tratada de una forma adecuada, esta suele avanzar con rapidez, afectando el borde incisal debido a la mínima longitud de la corona de los dientes temporales.

2.31 CORONAS DE CELULOIDE

Las coronas estéticas, coronas de celuloide y/o acetato suelen usarse en lesiones extensas en los dientes anteriores como en los incisivos deciduos con resinas, por medio de coronas con morfología similar al diente natural ya preformadas y prefabricadas de acetato transparente con matriz removible. Para optar con la corona adecuada estas vienen de tamaños y formas diferentes según la pieza dental a restaurar, al momento de medirlas se recortan e individualizan de acuerdo al caso clínico, antes de la colocación deberá realizarse perforaciones en la corona de acetato para así evitar la formación de poros.

Estas restauraciones estéticas en el sector anterior se usan en correcciones dentarias, o en presencia de las caries detenida, debido a su brusco cambio de coloración *diente negro*, hablando modernamente se trata de una opción terapéutica a considerar para modificar el color, la posición o la forma de los dientes, tomando como objetivo mejorar el aspecto de la sonrisa y la armonía del paciente pediátrico.

El sector posterior en la dentición decidua es de suma importancia porque son los primeros y segundos molares quienes mantienen la oclusión, cualquier restauración o modificación dental de los molares deciduos debe ser realizado fielmente a la anatomía oclusal original sin tratar de producir cambio alguno, para no provocar lesiones en la parte estomatológica del paciente infante. En este caso se realizó coronas de celuloides debido a que la pérdida de espacio por las coronas de acero inoxidable no permitían la colocación de otra igual, sin embargo la solución más eficiente para cubrir la restauración propiamente dicha se optó por una corona de acetato ayudando eficazmente a la oclusión y armonía del infante. Las coronas de celuloides que se trabajaron fueron las piezas #5.3, 5.2, 5.1, 6.1, 6.3, 7.4, 7.3 y 8.4. Se usaron varios instrumentos y materiales como: las coronas de acetato prefabricadas, resina *Flow*, resina nano híbridas, ácido ortofosfórico en gel al 37%, agente de unión, lámpara de fotocurado, kits de discos y copas de pulido de grano fino, medio y grueso, fresa punta de lápiz, espátula de resina (ver anexo 21).

2.31.1 Protocolo

Noles Bravo⁴⁴ indica que los pasos para la colocación de las coronas de celuloides son:

- Se selecciona la corona de celuloide adecuada.
- Se hace una pequeña perforación en una esquina incisal con un explorador para que sirva de escape a el aire atrapado.
- Se prepara el diente a restaurar.
- Se realiza el grabado acido de 15 a 20 segundos.
- Se coloca el agente adhesivo (Prime y Bond).
- Se rellena con resina compuesta unas 2/3 partes de la funda de celuloide y se asienta el diente.
- El material excedente debe fluir por el margen gingival y por el orificio de ventilación.
- Dejar que el material polimerice.
- Se retira la corona de celuloide con una hoja de bisturí.
- Se corta por la superficie vestibular y después se desprende del diente.
- Se realiza el pulido.

2.31.2 Ventajas

- Poseen excelente estética.
- Buena resistencia y retención.
- Restablecen la funcionalidad y la armonía de la paciente.
- Bajo costo.⁴⁴

2.31.3 Desventajas

- Se necesita de bastante estructura dentaria remanente para su adecuada retención.
- No se puede colocar subgingivalmente.⁴⁴

2.32 CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

Las coronas de acero inoxidable constituyen las restauraciones más duraderas en la dentición decidua con supervivencia superior a 40 meses: han sido un método de segundo plano debido a que no es estética la cual se la designo sin inconvenientes al sector posterior, se las considera para disminuir el riesgo de afectación de caries secundaria y evitar nuevos tratamientos de otras restauraciones, es una de las alternativas que hoy en día contamos para restaurar una pieza dental decidua; denominándose restauración extracoronar. Cada una de estas coronas viene en 6 tamaños para cada molar temporario³¹. En el presente trabajo se trabajó coronas de acero cromado en las siguientes pizas: #5.5, 6.5 y 8.5. Entre los materiales e instrumentales utilizados tenemos: coronas de acero, fresa cilíndrica y troncocónica de punta redondeada, fresa de grano medio para evitar el contorneado filoso de la corona adaptada al diente, clorhexidina al 2% de la casa Ultradent para la desinfección tanto del diente como la corona, cemento GC Fuji I, entre otros.

2.32.1 Indicaciones

- Caries profunda en dentina cuya remoción afecte más de dos superficies del diente en niños preescolares.
- Restauraciones en molares deciduos en niños con caries temprana de infancia.
- Piezas con tratamiento pulpar (Pulpotomía & Pulpectomía).
- En fracturas extensas de dientes primarios.
- Caries interproximales.
- Caries recurrente.
- Como soporte para mantenedores de espacio.
- En niños con facetas de desgastes severos (bruxismo).³¹

2.32.2 Técnica

- Se realiza reduciendo la altura oclusal del diente en 2 o 3 mm o hasta que el diente quede por completo fuera de oclusión.
- Realizar reducción mesial y distal con el objetivo de hacer espacio para asentar la corona. Debe tenerse cuidado de no dañar los dientes adyacentes y de no crear un escalón que impida que la corona se asiente.
- Seleccionar una corona para probar que ajuste.

- Torcer los bordes de manera ligera.
- Cementar la corona con cemento de Ionómero de vidrio.
- Retiro del exceso de cemento y hacer una revisión final de la restauración.³¹

2.32.3 Contraindicaciones

- Caries que comprometa a furca con imposibilidad de poder restaurar el diente.
- Dientes próximos a la exfoliación.
- Dificultad o imposibilidad para adaptar corona.
- Poca o nula cooperación del paciente.³¹

2.32.4 Ventajas

- No mancha y resiste a los fluidos bucales.
- Protección frente a nuevas caries.
- Alta retención.
- Estabilidad.
- Resistencia.
- Bajo costo.
- Gran Durabilidad.
- Preformadas con anatomía oclusal.³¹

2.32.5 Desventajas

- Son totalmente antiestéticas por su color plateado.
- Aquellas con contorno irregular pueden causar problemas gingivales.
- Muchas veces se produce iatrogenia al esmalte del diente vecino al realizar el tallado interproximal.³¹

2.32.6 Protocolo

Miranda B.³¹ menciona una serie de pasos clínicos:

- 1- Evaluación de la oclusión: tiene la finalidad de verificar la presencia del espacio interproximal que permita la instalación de una corona de acero, o si hay

necesidad de realizar alguna maniobra antes del inicio de la preparación del diente que será restaurado.

2- Preparación dentaria:

2.1 Se evalúa el tejido dental, su integridad y vitalidad.

1.2 Se aísla el diente a trabajar para evitar desgastar esmalte del diente vecino.

1.3 Eliminar la caries existente con una fresa redonda pequeña.

1.4 Se reduce la parte oclusal 1.5mm para que la corona tenga espacio en su adaptación.

1.5 En las paredes interproximales se deben desgastar los puntos de contactos, en caso de hacerlos, las paredes proximales se tallan uniformemente mientras que las paredes bucales, linguales/palatinas se tallarán para eliminar la convexidad de dichas caras, estas reducciones se deben limitar al mínimo ya que son las superficies fundamentales para la retención.

3- Selección de la corona de acero:

3.1 Se debe seleccionar el tamaño de la corona adecuada para lograr una restauración lo más cercana a la función del diente original.

3.2 Todas las coronas vienen marcadas con un número y una letra, las letras indican la pieza dentario o la posición, mientras que la numeración indica el tamaño, siendo el #1 la más pequeña hasta el #7 la más grande

4- Adaptación de la corona:

4.1 Se procede a su recorte que puede ser realizado con discos abrasivos, todo recordé de la corona debe ser fuera de la cara de la paciente asegurando la protección de sus ojos, una vez recortada es necesario revisar los bordes irregulares y libre de filos abrasivos.

5- Cementación de la corona:

5.1 Se aísla el diente con rollos de algodón. La cementación definitiva debe ser con cemento IRM o CIV, posterior a eso se retiran los excesos y se verifica su adaptación³¹ (ver anexo 22)

2.33 TERAPIA PULPAR EN DENTICIÓN DECIDUA

2.33.1 TERAPIA PULPAR INDIRECTA

Esta técnica se indica en dientes con lesiones cariosas profundas donde el tejido cariado es blando o está muy cercano a la pulpa dental sin exposición de la misma, ausencia de compromiso periapical, ausencia de reabsorción radicular, ausencia de antecedentes de dolor espontáneo. Bordoni, Escobar y Castillo³² menciona en el manual de referencia de la American Academy of pediatric dentistry que en el año 2004 se describió al tratamiento pulpar indirecto como la remoción incompleta de la dentina cariada para evitar la exposición del tejido pulpar tratando el proceso carioso con un material biocompatible. La terapia pulpar indirecta realizada en la pieza #5.3 mediante CIV.

2.33.1.2 Técnica

- Radiografía inicial.
- Anestesiarse el diente que va a tratarse.
- Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio.
- Preparación de la cavidad.
- Por medio de un excavador, remover solo las capas superficiales y necróticas de caries dentinaria 0.5mm.
- Remover toda la caries periférica de las superficies laterales y de las cúspides socavadas.
- Asegurarse que no existe exposición clínica visible.
- Colocar un material adecuado sobre las capas profundas cariosas (hidróxido de calcio).
- Sellar la cavidad con un material de base de rápido endurecimiento (IRM) (CIV).
- Restauración final con resina.³² (p.485-486)

2.33.1.3Protocolo

Teniendo en cuenta Bordoni, Escobar y Castillo³² determinan la técnica de Recubrimiento Pulpar Indirecto con el siguiente protocolo:

- Administrar anestesia.

- Aislar el diente afectado, con dique de goma.
- Se remueve el esmalte sin soporte de la cavidad cariosa, con una fresa 330.
- Se remueve el tejido cariado dentinario con una fresa de carburo #4,6 u 8 o con una cucharilla Maillefer, hasta 1 mm de distancia de la cámara pulpar.
- Aplicar una pasta de hidróxido de calcio sobre la dentina cariosa remanente.
- Colocar cemento de Ionómero de vidrio.
- Restauración final con una resina compuesta previo grabado ácido del esmalte y la dentina (ver anexo 23).

2.33.2 TERAPIA PULPAR DIRECTA

Mediante estos análisis se va a definir el estado de la pulpa o el grado de la inflamación ya sea pulpitis o necrosis para establecer cuál será su tratamiento adecuado y definitivo, Ostos et al.³³ mencionan que: “El tratamiento pulpar en dentición decidua y en dentición permanente joven es de gran importancia, ya que dependerá de la vitalidad pulpar, por lo tanto, su diagnóstico tiene que ser preciso, adecuado y correcto” (p8).

Por otro lado, estableciendo varios análisis sobre terapias pulpares Araújo, Massara, Percinoto, Faraco³⁶ señalan que el objetivo básico de una terapia pulpar es la de poder mantener la integridad de la dentición y los tejidos que lo soportan, es irrefutable desear mantener la vitalidad pulpar de un diente con lesión cariosa, traumática entre otras; por ende un diente desvitalizado puede mantenerse clínica y funcionalmente.

El punto de vista de Rodríguez³⁴ sobre terapias pulpares es considerada como objetivo para tratar los diversos daños que se dan en la pulpa sobre todo los reversibles para poder mantener la vitalidad y la función pulpar, dependiendo del tipo de daño, la localización, la edad del paciente, como punto importante la modalidad del tratamiento (material para el recubrimiento pulpar) y por último la integridad de la cavidad que va a ser restaurada.

2.33.3 CLASIFICACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS PULPARES

Alam Pares⁴⁵ refiere que una de las clasificaciones sobre patologías pulpares es la de referirse a una *Pulpa Vital Sana*, o *Pulpa Normal*, analizando el estado de estimulación sobre la pulpa, esta da una respuesta débil y transitoria ante pruebas térmicas y eléctricas; el paciente está totalmente asintomático y son dolor alguno ante la percusión o palpación,

radiográficamente se muestra normal sin calcificación radicular o apical. Sabina M., y Perona G.³⁵ mencionan una clasificación sobre las patologías pulpares detallándolas a continuación:

- **Pulpitis Reversible:** la pulpa está en estado de inflamación transitoria produciendo dolor agudo pero temporal por el accionar de varios irritantes de índole externos como caries profundas, si estos estímulos son detectados a tiempo, hay gran probabilidad de recuperar la pulpa.
- **Pulpitis Irreversible:** la pulpa está inflamada a su vez incapacitada para su recuperación pese a que puedan cesar los estímulos externos causantes del proceso que la inflama.
- **Necrosis Pulpar:** es donde termina todos los procesos metabólicos de la pulpa, literalmente está muerta muchas veces como consecuencia se pierde su estructura sin capacidad de reacción ante algún estímulo³⁵.

2.33.4 PULPECTOMÍA INSTRUMENTADA

La pulpectomía es considerada en cualquier diente ya sea permanente o deciduo donde existan signos clínicos que indiquen cambios de inflamaciones irreversibles en la pulpa. En este caso se trabajó iniciando con la lima #15, llegando a una longitud de trabajo de 1mm antes del ápice radiográfico dando una longitud de 15mm, se irrigó con gluconato de clorhexidina al 2% consepsis de la casa/marca Ultradent, facilitando la desinfección del conducto, y siendo biocompatible; también se lo usa como enjuague endodóntico final antes de obturar un conducto. Sabina M. y Perona E.³⁵ define la Pulpectomía de la siguiente manera “es un procedimiento invasivo en donde el tejido pulpar se elimina hasta 1 o 2 mm del ápice anatómico por medio de instrumentos radiculares” (p1).

Los instrumentos radiculares son las limas endodónticas, facilitando el acceso cameral y logrando la longitud definitiva del conducto radicular por medio de radiografías y mediciones con una regla milimétrica, posterior a eso el espacio subsecuente que se crea es reemplazado con un material de obturación radicular siendo biocompatible con los tejidos del diente. La pulpectomía realizada en la pieza #6.3 debido a un tracto sinuoso presente en la mucosa a nivel apical de la raíz se llevó a cabo con los siguientes instrumentos y materiales mediante aislamiento absoluto: clorhexidina al 2% como

agente de irrigación, limas flex de primera serie, Vitapex como agente de obturación, CIV como base para la restauración final con corona de acetato (ver anexo 24).

2.33.4.1 Indicaciones

- Dolor agudo o espontaneo.
- Tracto sinuoso.
- Muerte de la pulpa.
- Dolor a la percusión.

2.33.4.2 Contraindicaciones

- Cuando hay reabsorción radicular mayor a los 2/3.
- Paciente poco o nada colaborador.
- Lesión en la furca dentaria.
- Pieza dental móvil.
- Lesión periapical que incluya al germen del diente sucesor.
- Reabsorción patológica o rizólisis mayor a 1/3 de apical.
- Paciente con enfermedad sistémica avanzada.

2.34 EXTRACCIÓN EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Borba de Araújo³⁶ relata que la extracción dentaria se debe considerar como uno de los tratamientos indicados recomendado también en casos de recesiones o reabsorciones radiculares. En casos donde el tejido óseo no puede ser reestablecido, también se recomienda la extracción dental. Boj³⁷ menciona que cuando las extracciones se hacen en el sector anteroposterior se encuentran en ventajas debido a que son unirradiculares ya que se controla la técnica de cara, ya que por ser un sector de fácil accesibilidad y visibilidad tiende a minimizar la posibilidad de fracturas unirradiculares. En el presente trabajo se extrajeron las piezas: #5.4 por 4/5 partes altamente destruidas, la #6.2 por presencia de fistula a nivel apical para no afectar al germen dentario permanente, se usó el fórceps 150s y la piezas #7.5 por presencia de infección apical altamente visible recalcando la destrucción 3/5 partes de la corona, con fórceps 151s.

2.34.1 Protocolo

Martínez Hernández E., Pérez Silva., y López González.⁴⁶ mencionan que hay que contribuir con la evaluación de diversos aspectos críticos, porque merecen ser considerados de la siguiente manera: en la parte pre-operatoria (medico dental), considerar el comportamiento, el desarrollo y crecimiento, desarrollo de la dentición, alguna patología referente, entre otros.

1. Anestesia.
2. Desbridamiento de las fibras del ligamento periodontal con botadores rectos o periostótomo.
3. Luxación.
4. Extracción del diente con el fórceps correspondiente. En el caso de decidir la utilización de fórceps pediátricos, el material viene especificado con la misma numeración que el universal de dentición permanente, seguida de la letra “S” (así el fórceps universal para los incisivos superiores permanentes es el n150, el pediátrico sería 150S). En los molares temporales no se recomienda el uso de fórceps de cuerno de vaca, ya que puede provocar la luxación y extracción del germen del premolar permanente.
5. Se realiza con movimiento de vestibular a lingual o palatino, sin realizar rotaciones cuando estemos en molares.
6. Aspiramos la herida.
7. No se realiza el legrado.
8. No comprimir las tablas alveolares.
9. Suturar si es necesario.
10. Lavar, si procede, con suero salino o un antiséptico (clorhexidina).
11. Colocar gasa estéril presionando durante media hora⁴⁶ (ver anexo 25).

2.35 ORTOPEDIA

2.35.1 MANTENEDORES DE ESPACIO

Natsibet Rivero García⁴⁷ describe a los mantenedores de espacios como aparatos ortodónticos cuya función es impedir el cierre del espacio que se ha creado por la pérdida temprana de un diente deciduo. Sin embargo M.Díaz⁴⁸ define como mantenedor de espacio a todo dispositivo relativamente fijo y removible, que orienta a la preservación

de un espacio de uno o varios dientes ausentes regidos por el análisis del espacio correspondiente que se haya creado.

En relación a la prevención de mal oclusión, a parte de la pérdida prematura de los dientes deciduos, se menciona también la migración de los dientes adyacentes y antagonistas, los cuales podrían instaurarse hábitos mortíferos, el cual va a impedir que establezca una excelente oclusión, ya que referirse a una pérdida dental se verán afectadas funciones como: la masticación, la fonación y la estética.

2.35.1.2 CLASIFICACIÓN DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

Según Gutiérrez Marín y López Soto⁴⁹ la clasificación de los mantenedores de espacio es: fijos, removibles, y unilaterales o bilaterales.

2.35.2 CORONA Y ANSA

Rosas, M.G.⁵⁰ indica que, para evitar una pérdida de espacio, se necesita colocar un mantenedor de espacio que prevenga la migración mesial del diente subyacente. Aditamento que luego del brote de este molar como guía de erupción posterior, 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.

2.35.3 GUÍA DE ERUPCIÓN POSTERIOR

Castañeda, N. N.⁵¹ menciona que para la guía de erupción, el primer molar permanente inferior depende fuertemente de la presencia de la superficie disto coronal del segundo molar temporal, así el segundo molar temporal se pierde durante la erupción del molar permanente, este último continuará su vía de erupción mesial. La guía de erupción posterior se define como un tratamiento que orienta, dirige y mantiene la integridad del arco dental y de los dientes en la dentición decidua, para así poder lograr una transición armónica de la dentición decidua junto con la dentición permanente.

En la guía de oclusión hay modalidades de tratamiento ya sea pasiva, activa y control de hábitos. La guía oclusal pasiva orienta a la conservación del arco dental de la dentición

decidua mediante la correcta exfoliación de los dientes primarios y la correcta erupción de los dientes permanentes recalando así, que se refiere a los mantenedores de espacio, mientras que la guía oclusal activa es la que recupera el espacio, el ajuste oclusal durante la dentición mixta, el diagnóstico y tratamiento temprano de dientes ectópicos y el diagnóstico y tratamiento temprano de alteraciones oclusales. El control de los hábitos se refiere a la deglución atípica, respiración bucal y la succión digital⁵¹.

2.35.4 LONGITUD DEL ARCO DENTARIO

La longitud o el perímetro del arco dentario es la distancia que hay desde la cara distal del segundo molar deciduo de un lado, pasando por las zonas de contactos interproximales, hasta la cara disal del segundo molar deciduo obviamente del lado opuesto, cuando empieza el crecimiento y desarrollo cráneo-facial ocurre un cambio continuo en la dentición del infante que influye en la cantidad de hueso alveolar dependiendo del tamaño, el número y la posición de los dientes. Espangler, M.L.⁵² refiere que:

“Clínicamente es más importante la longitud clínica del arco dentario, que va desde la cara mesial del primer molar permanente de un lado, hasta la cara mesial del primer molar permanente del otro lado, con la descripción de su curva, esta expresa la medida del perímetro del arco dentario y es el espacio disponible para ubicar los 10 dientes anteriores” (p2).

La diferencia entre la sumatoria de los dientes y la longitud del arco es la denominada *diferencia hueso-diente*. En los factores de riesgo que se asocian con la pérdida de la longitud del arco dental serían: las extracciones prematuras, caries proximales de dientes deciduos, restauraciones deficientes de contornos proximales, secuencias de erupciones alteradas, dientes incluidos, erupción demorada o prematura de dientes permanentes, forma dental anormal, curva de Spee acentuada, hábito de succión digital, entre otros. Soledad Yanedy García. P., Ledia Martín Zaldivar., Maité Lage Ugarte., y Ana Altunaga Carbonel⁵³ describen que:

“Durante el crecimiento y desarrollo cráneo-facial ocurre un cambio continuo en la dentición del niño, los dientes temporales hacen erupción y con ello estimulan la formación de hueso alveolar, debido a la naturaleza transicional de esta dentición. Se hace necesaria una vigilancia muy estrecha para intervenir en cuanto se haga aparente cualquier cambio perjudicial” (p2).

Se hace imprescindible una vigilancia estrecha para intervenir en cuanto se note algún cambio perjudicial que involucre en la parte de la oclusión o en su determinado momento se desarrolle una maloclusión.⁵³

2.35.5 MANTENEDOR REMOVIBLE FUNCIONAL

Según la Sociedad Española de Odontopediatría⁵⁴ los aparatos removibles son placas acrílicas con ganchos confeccionados en alambre de acero, retenidos en boca mediante ganchos en los dientes pilares. En el presente trabajo, se realizó una prótesis parcial removible con frente estético, junto con un ansa vestibular debido a que le da retención.

2.35.5.1 Ventajas:

- Fáciles de limpiar.
- Estéticos.
- Restauran la dimensión vertical.
- Facilitan masticación, deglución y habla.
- Mantienen la lengua dentro de sus límites funcionales.
- Estimulan erupción de permanentes por presión sobre la encía.
- Se pueden adaptar a medida que erupcionan los permanentes.
- Ejercen menos fuerza sobre los dientes de apoyo por la participación de la mucosa: distribución más uniforme de las fuerzas.⁵⁴

2.35.5.2 Desventajas:

- Se pueden perder.
- Se rompen con más facilidad que los fijos.
- Dependemos de la colaboración del paciente.
- Posible irritación de los tejidos blandos si la higiene es deficiente o existe alergia a la resina.⁵⁴

2.35.5.3 Protocolo

Moreno Martínez E., Díaz Montiel V., Ortiz Ruiz J., Balderas Delgadillo C., Vásquez Alvarado P.⁵⁵ mencionan los siguientes pasos:

1. Toma de impresiones de alginato superior e inferior.
2. Toma de registro de mordida con cera.
3. Diseño de la aparatología y envío al laboratorio dental.
4. Adaptación de la aparatología en la boca del niño y, si es correcto, enseñarle a ponérselo y a quitárselo.
5. Darle instrucciones de higiene y cuidados del aparato. (p.37) (ver anexo 26).

CAPITULO III

2. MARCO METODOLÓGICO

3.1 MODALIDAD DE TRABAJO:

Sistematización de práctica.

2.2 MÉTODOS:

Se rehabilitó a una paciente de 6 años de edad en la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, con el objetivo de poder devolverle las funciones estética y masticatoria. Para ello, se realizó el diagnóstico utilizando el formulario 033 del Ministerio de Salud Pública (MSP) y una ficha de odontopediatría de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, donde se evaluó los tipos de tratamientos que se empleó en este caso.

Se explicó a la paciente de manera detallada en qué consiste el estudio y los tratamientos a realizar, que se da inicio sólo si se accede de forma voluntaria, para ello se elaboró también un consentimiento informado donde su tutora acepta los términos de la rehabilitación oral integral.

La intervención se realizó en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo contando con espacio disponible en el área de odontología, bajo la supervisión de las docentes tutoras encargadas de cada área.

2.3 ÉTICA:

Para poder proseguir con 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 práctica, explicando en lo que consistía la rehabilitación oral e integral, en la que la infante iba a ser sometida, también se le reiteró que la información obtenida sería anónima y que esta será plasmada para fines investigativos, aceptando lo establecido la tutora firmó el consentimiento informado de los tratamientos que serán realizados y a su vez el consentimiento informado de fotografías, alegando estar de acuerdo y se presta a participar en el trabajo de sistematización de praxis.

2.4 PROTOCOLO DE TRATAMIENTO:

- Consentimiento informado (ver anexo 6).
- Diagnóstico.
 - Formulario 0.33 del MSP (ver anexo1).
 - Examen extra oral (ver anexo12).
 - Examen intra oral (ver anexo 10).
 - Inspección táctil (ver anexo 9).
- Odontograma (ver anexo 5).
- Historia clínica de Odontopediatría USGP (ver anexo 2).
- Exámenes complementarios.
 - Radiografía panorámica (ver anexo14).
 - Radiografías Periapicales (ver anexo15).
 - Modelos de estudio (ver anexo 11).
- Evaluación de riesgo criogénico (ver anexo 8).
- Técnicas de adaptación (ver anexo 16).
 - Técnica decir-mostrar y hacer (ver anexo 16.1).
 - Presencia o ausencia materna (ver anexo 16.2).
 - Técnica de refuerzo positivo (ver anexo 16.3).

2.4.1 Tratamientos preventivos:

- Educación para la salud (ver anexo 17).
- Profilaxis (ver anexo 18).
- Fluorización (ver anexo 19).

2.4.2 Tratamientos restauradores:

- Tratamiento Restaurador Atraumática (TRA) (ver anexo 20).
- Restauraciones estéticas como coronas de celuloideas (ver anexo 21).
- Restauración con coronas de acero cromado (ver anexo 22).

2.4.3 Tratamiento terapéutico:

- Recubrimiento pulpar indirecto (ver anexo 23).
- Pulpectomía instrumentada (ver anexo 24).

2.4.4 Tratamientos quirúrgicos:

- Extracción en dentición decidua (ver anexo 25).

2.4.5 Tratamientos ortopédicos:

- Prótesis parcial removible (ver anexo 26).

2.5 MARCO ADMINISTRATIVO

Recursos Humanos:

- Autora.
- Paciente.
- Representante legal del menor.
- Docentes guías.
- Tutora de titulación.

Recursos Materiales de Oficina:

- Libros.
- Papel.
- Lápiz bicolor.
- Bolígrafos.

Recursos de Protección Personal.

- Mandil Pediátrico.
- Gorro Pediátrico.
- Lentes.
- Guantes de nitrilo.
- Mascarilla.

2.6 MATERIALES

2.6.1 Materiales para la prevención

- Pasta profiláctica.
- Cepillo profiláctica.
- Succionador.
- Fluor acidulado.
- Torundas de algodón.
- Pasta dental con fluor.
- Colutorio de clorhexidina.
- Cepillo dental.

2.6.2 Materiales para las operatorias

- Fresas cilíndricas, punta de lápiz y fresas redondas.
- Kit de Fresas de pulido (grano grueso, medio y fino).
- Dique de Goma.
- Perforador de dique.
- Clamps.
- Porta clamps.
- Arco de Young pediátrico.
- Kit de resinas.
- Opacador.
- Ácido Fosfórico al 37%.
- Bonding.
- Lámpara de fotocurado.
- Microbrush.
- Ionómero de Vidrio (autocurado).
- Pasta Diamond.
- Discos para pulir.
- Cepillos Jiffy.
- Coronas de celuloideas.
- Coronas metálicas.
- Lija de metal.
- Lija de papel.
- Papel articular.
- Bandas de celuloideas.

2.6.3 Materiales para Terapia Pulpar instrumentada

- Dique de Goma.
- Arco de Young pediátrico.
- Perforador de dique.
- Porta clamps.
- Clamps.
- Limas flex de primera serie.
- Clorhexidina.
- Hidróxido de calcio químicamente puro.

- Puntas navity.
- Cavit.
- Vitapex.
- Anestésico tópico.
- Aguja pediátrica.
- Anestésico con vasoconstrictor.
- Carpule.

2.6.4 Materiales para la extracción

- Anestésico tópico.
- Anestésico local con vasoconstrictor.
- Agujas cortas pediátricas.
- Carpule.
- Elevadores.
- Fórceps 150s y 151s.
- Gasas.
- Suero Fisiológico.
- Jeringa desechable.

2.6.5 Materiales para la Aparatología

- Alginato.
- Yeso blanco.
- Alambre #0.8mm.
- Alicates de Ortodoncia.
- Acrílico rápido en polvo.
- Acrílico rápido en líquido.
- Aislante.
- Dientes pediátricos artificiales.
- Bandas.

2.6.6 Materiales tecnológicos

- Computadora.
- Impresora.
- Cd.
- Cámara de celular.
- Memoria USB.

2.6.7 Presupuesto

El trabajo de titulación, sistematización de práctica tuvo un costo de: (Ver anexo 28).

Cronograma: (ver anexo 29).

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

La rehabilitación bucal en la paciente pediátrica es calificada de forma favorable y satisfactoria, ya que se cumplió con los objetivos de recuperar la parte funcional y estética de la cavidad oral, devolviendo la sonrisa, confianza y autoestima del paciente, que se habían perdido por las lesiones cariosas. Previo a iniciar los tratamientos se implementó ciertas técnicas de adaptación ante la consulta odontológica, disminuyendo en la infante la ansiedad, promoviendo una actitud segura y positiva, se dio inicio a la eliminación de la placa dental que se encuentra presente en las superficies dentarias, obteniendo una cavidad oral más saludables con encías sanas de color rosa pálido característico y de consistencia normal.

Se logró disminuir la carga bacteriana mediante inactivaciones en cada una de las piezas que estuvieron afectadas, donde hubo presencia de caries superficiales como profundas. Se realizó tratamiento pulpar indirecto y tratamientos restauradores atraumáticos y convencionales para poder mantener la vitalidad pulpar al detener el proceso carioso para poder conservar las piezas dentarias deciduas.

Las coronas de acero cromado en el sector posterior devolvieron la función masticatoria dando muy buenos resultados, en el sector anterior se realizaron coronas de celuloide prefabricadas y adaptadas en las piezas a tratar, dando como resultado la conservación de la pieza dental. Con referencia a la terapia pulpar instrumentada para la conservación de la pieza dental y con fistula presente, fue un éxito al disminuir el proceso infeccioso. Luego se realizaron algunas exodoncias disminuyendo también el nivel de infección, teniendo en cuenta la cicatrización de los tejidos para continuar con la parte de ortopedia. A través de la prótesis parcial removible funcional se logró restablecer la estética y función de las piezas faltantes para permitir que los dientes permanentes ocupen su lugar sin interferencia, evitando una mala oclusión a futuro.

Para concluir, con este trabajo de sistematización práctica la autora consiguió rehabilitar oral e integralmente a la paciente, cumpliendo con el objetivo final se logró el bienestar emocional y físico. Se explicó las recomendaciones correspondientes, a la paciente y a su tutora responsable (mamá), sobre las técnicas correctas de higiene, cuidados y controles de las aparatologías ortodónticas, sin dejar atrás el consumo de alimentos sanos y la visita periódica al odontólogo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ramón Jiménez R, Castañeda Deroncele M, Corona Carpio M, Estrada Pereira G, Quinzan Luna A. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. Medisan. [Internet]. 2016. [citado 25 ene 2020]: 604-610. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n5/san03205.pdf>
2. González Sanz A, González Nieto B, González Nieto E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013. [citado 28 ene 2020]: 64-71. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28s4/08articulo08.pdf>
3. Martins Paiva S. Epidemiología de caries dental en América Latina. Rev. Odon. Lat. [Internet]. 2014. [citado el 28 ene 2020]. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2014/2/art-4/>
4. Ministerio de Salud Pública. Caries: Guía práctica Clínica (GPC) Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normatización. [Internet]. 2015. [citado el 29 ene 2020]: 1-31. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20Caries%20final%20%2024-12-2014.pdf>
5. Cuenca Garcell K, Rodríguez Linares M.I, Soto Cortés A, Pentón Rodríguez O. La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. Rev. Cubana Med. Mil. [Internet]. 2014. [citado el 28 ene 2020]: 534-540. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v43n4/mil12414.pdf>
6. Boj J. R, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatria. Primera edición. Barcelona-España. 2005.
7. Buenahora Tobar M R. Manual de semiología oral. Colombia: Universidad El Bosque. [Internet]. 2014. [citado el 17 feb 2020]: 1-84. Disponible en: <https://www.unbosque.edu.co/sites/default/files/2017-11/10-Manual%20de%20semiologi%cc%81a%20oral.pdf>
8. Gibilisco JA. Diagnóstico radiológico en odontología. Edit. Panamericana 1987.
9. Kaman M, Quiróz O. Análisis facial en ortodoncia interceptiva. Rev. Lav. Odon. [Internet]. 2013. [citado el 28 ene 2020]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-19/>
10. Apolo Morán J F, Rivas Maldonado N, Vera Miranda L. Psicología clínica aplicada a la odontología. Ecuador: Ed1. [Internet]. 2017. [citado 29 ene 2020]: 223-229. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_7/Tam137-5.pdf
11. Sandoval F. Principios Básios de Odntología para el Pediatra. Rev. Soc. Odo. Ped. [Internet]. 2015. [citado 30 ene 2020]: 50-4. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v54n1/v54n1_a10.pdf

12. Amaíz Flores A, Flores M. Principios de la psicología en el ámbito odontológico: la Psicoontología como una propuesta de subdisciplina aplicada. Rev. Lat. Cien. Psic. [Internet]. 2018. [citado el 30 ene 2020]: 1-19. Disponible en:
http://www.psiencia.org/psiencia/10/3/32/PSIENCIA_Revista-Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica_10-3_Amai%CC%81z-et-al.pdf
13. Donacamaria. Odontopediatria [Internet]. 2014. [citado el 30 ene 2020]. Disponible en: <https://odontop.wordpress.com/2014/09/07/manejo-del-comportamiento-del-paciente-pediatico-el-desafio-de-atender-ninos/>
14. Denise A. Klatchoian, Júlio C. Noronha y Orlando A. de Toledo. Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico. Manual para procedimientos en Odontopediatria. Capitulo 6. [Internet]. N.d. [citado el 27 feb 2020]: 41-59. Disponible en:
<https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria-Capitulo-6.pdf>
15. De Andrade Massara L, Barbosa Redua P. Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatria. Ed 1. Sao Paulo: Santos. Santos Editora. [Internet]. 2014. [citado el 30 ene 2020]: 1- 292. Disponible en:
<https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria.pdf>
16. Enrile de Rojas F, Fuenmayor Fernández V. Manual de Higiene bucal. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2009: 78p.
17. Rizzo Rubio L, Torres Cadavid A, Martínez Delgado C. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. Rev. Odo. [Internet]. 2016. [citado 5 feb 2020]: 52-64. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n2/v29n2a07.pdf>
18. Contreras Rosales J, De la Cruz Cardoso D, Castillo Chaires I, Arteaga Mejia M. Dentífricos fluorurados: composición. Rev. Esp. C. Salud. [Internet]. 2014. [citado 5 feb 2020]: 114-119. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2014/vre142g.pdf>
19. Carmona Arango L, González Martínez F, Lijan Pardo M. Eficacia de cremas dentales con fluoruros sobre lesiones de mancha blanca, ensayo clínico aleatorizado. CES odo. 26(2). [internet]. 2013. [citado el 28 ene 2020]: 22-35. Disponible en
<http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n2/v26n2a03.pdf>
20. Hernandez Cantu E, Reyes Silva A, Garcia Pineda M, González Montalvo A, Sada Amaya L. Habitos de higiene bucal y caries dental en escolares de primer año de tres escuelas públicas. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. [Internet]. 2018. [citada 28 ene 2020]: 179-85. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim183d.pdf>
21. Hernandez C, Miralles V, Maroto Edo M, Barberia Leache E. Colutorios en odontopediatria: Indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios,

- criterios de selección y protocolos. Gaceta Dental. [Internet]. 2007. [citado 6 feb 2020]: 108-25. Disponible en: https://gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/178_CIENCIA_Colutorios_Odontopediatria.pdf
22. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental. RCOE. [Internet]. 2014. [citada el 28 ene 2020]: 1-184. Disponible en: <http://sespo.es/wp-content/uploads/2014/11/GUIA-PRACTICA-CLINICA.pdf>
 23. Barrancos M. Operatoria Dental. Ed 4. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 2006.
 24. Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria. Ed 4. Barcelona: Editorial Elsevier. 2013.
 25. Rojas Camacho F. Cepillado dental en niños de 1 a 11 años según la encuesta demográfica y salud familiar a nivel nacional Perú, Ed 1. Lima-Perú. [Internet]. 2015. [citada 28 de ene 2020]. 1-50. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1010/Cepillado_RojasCamacho_Fatima.pdf?sequence=5&isAllowed=y
 26. Cerón Bastidas X. El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental. Revista CES Odontología. [Internet]. 2015. [citada el 28 ene 2020]: 100-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v28n2/v28n2a08.pdf>
 27. De León Saldaña L. Sistema Internacional de Valoración y Detección de Caries Dental. Guatemala. [Internet]. 2011. [Citado el 12 de febrero del 2020]. 1-8. Disponible en: <https://docplayer.es/25768595-Sistema-internacional-de-valoracion-y-deteccion-de-caries-dental-icdas-siglas-en-ingles.html>
 28. Pitts N, Ismail A, Martignon S, Ekstrand K, Longbottom C. Guía ICCM para clínicos y educadores. Londres. [Internet]. 2014. [citado 14 feb 2020]: 1-84. Disponible en: <https://www.iccms-web.com/uploads/asset/5928471279874094808086.pdf>
 29. Slattelid Skeie M. Odontopediatria Abordaje Clínico. Colombia, Editorial Amolca. 2011.
 30. Körber C. Odontología Mínimamente Invasiva. Tratamiento Restaurador Atraumático. Rev. Vinc. Com. Fac. Od. [Internet]. N.d [citado 28 ene 2020]: 1-12 Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/5423/Odontolog%C3%ADa%20m%C3%ADnimamente%20invasiva.%20Tratamiento%20restaurador%20atraum%C3%A1tico.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
 31. Miranda B. Coronas en Odontopediatria. [Internet]. N.d. [citado el 12 de febrero del 2020]: 1-10. Disponible en: https://www.academia.edu/35625222/Coronas_en_Odontopediatr%C3%ADa
 32. Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado. Odontología Pediátrica. Editorial Panamericana. 2010: 484p.

33. Otos, R y Carrasco. Manejo de terapia pulpar en dientes deciduos y permanentes jóvenes. Universidad Inca Garcilazo de la Vega. Perú. [Internet]. 2017. [citado 10 feb 2020]: 1-49. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1578/TRAB.SUF.PROF.%20ROBER%20IVAN%20CARRASCO%20OSTOS.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
34. Rodríguez Gómez M. Terapia pulpar para los dientes deciduos: Un enfoque actual. Universidad Santo Tomás. [Internet]. 2018. [citado 17 feb 2020]: 108-16. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323791172_TERAPIA_PULPAR_PARA_LOS_DIENTES_DECIDUOS_UN_ENFOQUE_ACTUAL
35. Sabina M, y Perona G. Tratamiento Endodóntico no Instrumentado en dientes deciduos. Revista Odontológica Mexicana. Ed 5. [Internet]. 2014. [citado 17 feb 2020]. Disponible en: https://www.carlosboveda.com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado_37.htm
36. Borba de Araújo F. Procedimientos en odontopediatria: Manual de Referencia para Procedimientos en Odontopediatria. Maracaibo-Brazi. [Internet]. 2014. [citado 17 feb 2020]: 165-78. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria-Capitulo-19.pdf>
37. Boj R., Catalá, M, García Ballesta G, Mendoza A. y Planells P. Odontopediatria. La evolución del niño al dulto joven. Madrid. Ripano S.A. 2011.
38. Yapias E. Uso del registro de Odontograma convencional y la calidad de servicio de consultorios odontológicos. Universidad Cesar Vallejos. Perú. [Internet]. 2017. [citado 20 feb 2020]: 1-123. Disponible en: http://181.224.246.201/bitstream/handle/UCV/12932/Yapias_CEK.pdf?sequence=1&isAllowed=y:%20Universidad%20Cesar%20Vallejos
39. Noronha J. C, Martin Dos Santos Pinto L. Aparecida, Reynaldo de Figueroa Walter. L. Riesgo y evaluación de caries. Alop. N.d. 61-68. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria-Capitulo-7.pdf>
40. Vial, M. ¿Qué es un Hemograma? Universidad de los Andes. [Internet]. 2017. [citado 17 feb 2020]. disponible en: <https://www.clinicauandes.cl/shortcuts/novedades/--que-es-un-hemograma-->
41. Corona A, Guerrero M, Rodríguez J, Pérez R, y Hernández M. Rehabilitación oral en niños, con enfoque. Revista Tamé. [Internet]. 2014. [citado 17 feb 2020]: 1-224. Disponible en: <http://dspace.uan.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/636/1/Rehabilitaci%C>

- 3%B3n%20oral%20en%20ni%C3%B1os%2c%20con%20enfoque%20preventivo%20y%20psicol%C3%B3gico%20reporte%20de%20un%20caso.pdf
42. Alexis C. Momentos de azúcar. [Internet]. 2014. [citado 17 feb 2020] n.d. blog disponible en: <http://odontologialp.blogspot.com/2014/05/momentos-de-azucar.html>
 43. Margherita Fontana, Douglas A. Young, Mark S. Woff Chriss Longbottom. Tipos de caries. [Internet]. 2011. [citado 18 feb 2020]: 469-78. Disponible en: http://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/226_CIENCIA_Definiendo_caries_dental.pdf
 44. Noles Bravo S. Uso de Coronas de Celuloide para Incisivos Primarios como Restauraciones Provisionales. [Internet]. 2015. [citado 20 feb 2020]: 1-87. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/17795/1/NOLESsandy.pdf>
 45. Alam Pares A. Venezuela: Universidad Central de Venezuela. [Internet]. 2002- 2004. [citado 22 feb 2020]. Disponible en: https://www.carlosboveda.com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado_37.htm
 46. Martínez Hernández E, Pérez Silva A y López González L. Protocolo de extracción. Murcia: Universidad de Murcia. 2017. [citado 17 feb 2020].
 47. Natsibet Rivero N. Mantenedores de espacio en relación a las pérdidas prematuras: Factores a considerar para la indicación de un mantenedor de espacio luego de la pérdida prematura de un diente primario. Editorial Académica Española. 2017.
 48. M. Díaz A. L. Indicaciones para los mantenedores de espacio. Rev. Odont. Pediátrica.Soc. Esp. Odon. [Internet]. 2018. [citado 17 feb 2020]: 1-182. Disponible en: <https://www.odontologiapediatrica.com/protocolos/mantenedores-de-espacio/>
 49. Gutiérrez Marín, N., y López Soto, A. Mantenedores de espacio colocados del 2008 al 2011 en la Facultad de Odontología. Odonto - International Journal of Dental Sciences. Universidad de Costa Rica. [Internet]. 2013. [citado 17 feb 2020]: 13-19. Disponible en: <http://www.fodo.ucr.ac.cr/sites/default/files/revista/Mantenedores%20de%20espacio%20colocados%20del%202008%20al%202011%20en%20la%20Facultad%20de%20Odontolog%C3%ADa%2C%20UCR.pdf>
 50. Rosas, M.G. Prevalencia de variaciones cronológicas de la erupción de los incisivos inferiores permanentes. Rev ADM. [Internet]. 2015. [citado 21 feb 2020]: 198-202. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od154f.pdf>
 51. Castañeda, N. N. Guía de erupción. Presentación de un caso clínico. Cuba. [Internet]. 2013. [citado 2 feb 2020]: 198-202. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zweE-g-0aIgJ:actasdecongreso.sld.cu/downloads/1872/GU%25CDA%2520DE%252>


0ERUPCI%25D3N.%2520PRESENTACI%25D3N%2520DE%2520UN%2520CASO%2520CL%25CDNICO..pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec

52. Espangler. M. Pérdida de la longitud del arco dental en niños de 8 a 11 años. Santiago de Cuba. Rev. MEDISAN. [Internet]. 2016. [citado 17 feb 2020]: 1-2. Disponible en :
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400007
53. Soledad Y, Martín L, Lage M y Altunaga A. El mantenedor de espacio en la prevención de maloclusiones. Cuba. Facultad de Estomatología. Universidad de ciencias médicas de Camaguey. [Internet]. 2014. [citado 23 feb 2020]: 193-99. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v18n2/amc050214.pdf>
54. Sociedad Española de Odontopediatria. Mantenedores de espacio. Barcelona: España. [Internet]. 2018. [citado 7 feb 2020] Disponible en: <https://www.odontologiapediatrica.com/protocolos/mantenedores-de-espacio/>
55. Moreno Martínez E, Díaz Montiel V, Ortiz Ruiz J, Balderas Delgadillo C., Vásquez Alvarado P. Protocolo de Mantenedores de Espacio. Universidad de Murcia. [Internet]. 2014. [citado 17 feb 2020] Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n4/p4.html>

ANEXOS


ANEXO 1

FORMULARIO 0.33 DEL MSP



Universidad San Gregorio de Portoviejo

CARRERA DE ODONTOLOGÍA



ESTABLECIMIENTO USGP	NOMBRE [REDACTED]	APELLIDO [REDACTED]	SEXO (M-F) F	EDAD 6	N° HISTORIA CLÍNICA T-116
<input type="checkbox"/> MENOR DE 1 AÑO	<input type="checkbox"/> 1-4 AÑOS	<input checked="" type="checkbox"/> 5-9 AÑOS PROGRAMADO	<input type="checkbox"/> 10-14 AÑOS NO PROGRAMADO	<input type="checkbox"/> 15-19 AÑOS	<input type="checkbox"/> MAYOR DE 20 AÑOS
<input type="checkbox"/> EMBARAZADA					

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

Madre refiere "Quiero que le cuen los dientes negros a mi hijo"

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Paciente Asintomática

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	1. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VHSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
<i>Sin Antecedentes</i>									

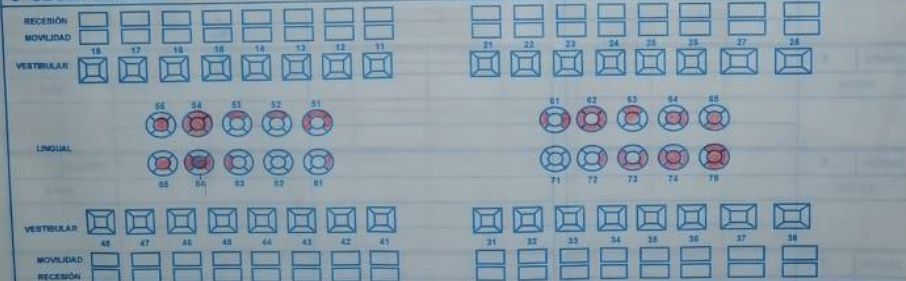
4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA min.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min.

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. FISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				
<i>Sin Patología Aparente</i>							

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				LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEVE	MODERADA	SEVERA
16	17	55	56	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	0-1-2-3	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1
11	21	51	52	X	0	0	0	0	0	0	0	0
26	27	65	66	X	3	2	0	0	0	0	0	0
35	37	75	76	X	2	0	0	0	0	0	0	0
31	41	71	72	X	1	0	0	0	0	0	0	0
46	47	85	86	X	1	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES				10	2	0	0	0	0	0	0	0

8 INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	18	0	0	18

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo: SELLANTE NECESARIO	U: PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	☐: PRÓTESIS TOTAL
* azul: SELLANTE REALIZADO	△: ENDODONCIA	☐: CORONA
X rojo: EXTRACCIÓN INDICADA	(—): PRÓTESIS FLU.	○ azul: OBTURADO
X azul: PÉRDIDA POR CARIES	(—): PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo: CARIES

SNS-MSP / HCU-Form 033/2008

ODONTOLOGÍA (1)

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo

ANEXO 2

HISTORIA CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA DE USGP

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CARRERA DE ODONTOLÓGIA
CLÍNICA INFANTIL
HISTORIA CLÍNICA

H.C.Nº T-116

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 6 años Sexo: Femenino
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]
RESPONSABLE O TUTOR: [REDACTED] TELÉFONO: [REDACTED]
DOMICILIO: Camitas
MOTIVO DE LA CONSULTA:

ANTECEDENTES FAMILIARES:
Antecedentes Hereditarios: No refiere Antecedentes
Antecedentes Maternos: No refiere

- Embarazo:
- Parto: Cesárea, sin complicaciones

ANTECEDENTES PERSONALES:
Antecedentes Médicos: Sin Antecedentes Personales

Medicaciones: Ninguna

Antecedentes Odontológicos: Ninguna Mtb experiencia odontológica

Estado general Actual:
Peso: 20 kg Talla: 111cm
Enfermedades: Resfriado Operaciones: Ninguna

Comportamiento inicial en la consulta:
Definitivamente Negativo: Negativo: Positivo: Definitivamente Positivo:

Alimentación: Consume
Comidas: Pescados en abundancia, Proteínas (cerdo y res) no consume.
Entre comidas: Frutas
Azúcares: Dulces

Higiene bucodental:
Frecuencia de Cepillado: 3 veces (obligada) Dentífrico Empleado: Colgate
Hilo de seda: No usa Flúor: No Usa

Hábitos
Succión Digital: Ninguna Chupete: No
Labiales y deglución infantil: No Respiración (Nasal o bucal): No

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo

ANEXO 3

CUADRO ICDAS DE LA PACIENTE

ICDAS															
		55 54 53 52 51					61 62 63 64 65								
SUPERFICIES	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	SUPERFICIES
M			4	4			4		5						M
O			6	5						2	4				O
D			6	6			6	RD	4		5				D
V			3	4	6	2	3	2	4	6	1				V
P			5	4					5	4	1	4			P

ICDAS															
		85 84 83 82 81					71 72 73 74 75								
SUPERFICIES	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	SUPERFICIES
M										5	6				M
O			6	RD							5	6			O
D					3		3	1	5	5	5	6			D
V			6	2	2	1	1	1	1	6	5	5			V
I										5	5	2			I

Fuente: Historia clínica odontopediatría Universidad San Gregorio de Portoviejo

ANEXO 4

OCLUSION

Oclusión

Anteroposterior Relación de caninos: Derecho: neutroclusión Izquierdo: neutroclusión

Relación de molares segundos molares temporales: Derecho: escalón mesial Izquierdo: escalón mesial

Relación de molares primeros molares permanentes: Derecho: — Izquierdo: —

Resalte (Overjet): 3mm Mordida cruzadas anteriores: No presenta

Vertical Sobrepase (Overbite): más de 2/3 corona Mordidas abiertas anteriores: No presenta

Transversal Líneas Medias: No coincide Mordidas cruzadas posteriores: No presenta

Clasificación: —

Fuente: Historia clínica odontopediatría Universidad San Gregorio de Portoviejo

ANEXO 5

ODONTOGRAMA

6 ODonTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL.
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR 'X' (1, 2 o 3), SI APLICA


RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVILIDAD																	
	10	17	16	18	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	28	27	28
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LINGUAL																	
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVILIDAD																	
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Fuente: Historia clínica odontopediatría Universidad San Gregorio de Portoviejo

ANEXO 6

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

6.1 Consentimiento informado para los tratamientos

 UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CONSENTIMIENTO INFORMADO

 CARRERA DE ODONTOLOGÍA
USGP

Consentimiento y autorización:

Yo, [REDACTED] C.I. [REDACTED]

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

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

Por ellos autorizo a Michelle Edith Cuenca Zambrano
para llevar a cabo el procedimiento, supervisado por el docente
Dra. Lisseth Zambrano responsable de la clínica odontológica.

Lo que firmo en Portoviejo, 29/ octubre de 20 19

[REDACTED]
Firma del representante

Mami
Parentesco

Fuente: CI de la Universidad San Gregorio de Portoviejo

6.2 Consentimiento informado para las fotos extraorales

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS

Área o áreas a fotografiar:

- Cara
- Cuello
- Boca

Autorizo a [REDACTED] la toma de fotografías de las parte del cuerpo de mi hijo (a) que se encuentran en tratamiento, bajo las siguientes condiciones:

- 1) Las fotografías se podrán tomar únicamente con el consentimiento del docente encargado de la clínica y únicamente en los momentos que sea aprobado por ella/el.
- 2) Las fotografías tomadas podrán ser usadas en mi expediente odontológico, para investigación y para educación cuidando siempre la dignidad e integridad de mi persona mediante método adecuado para su acceso. Esta fotografía y la información en relación al caso de mi hijo (a) pueden ser publicadas 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, entendiéndose específicamente que por ningún motivo se dará a conocer la identidad de mi hijo (a).
- 3) Las fotografías pueden ser modificadas o retocadas en la medida que se considere necesaria.

[REDACTED] [REDACTED]

Nombre del tutor del paciente Firma del tutor del paciente

Fuente: CI de la Universidad San Gregorio de Portoviejo

ANEXO 7

HEMOGRAMA

LABORATORIO CLINICO E HISTOPATOLOGICO		
DIRECCION COLON 105 Y LEONIDAZ PLAZA CHARAPOTO-MANABI-ECUADOR		
PACIENTE : XXXXXXXXXX		FECHA: XXXXXXXXXX
BIOMETRIA		
Parámetro	Resultados	Rango de Ref
LEUCOCITOS	5.9 x 10 ³ /ul	4.0 - 10.0
Lymph#	3.6 x 10 ³ /ul	0.8 - 4.0
Mid#	0.5 x 10 ³ /ul	0.1 - 1.2
Grand#	L 1.8 x 10 ³ /ul	2.0 - 7.0
LINFOCITOS	H 60.2 %	20.0 - 40.0
Mid#	9.0 %	3.0 - 14.0
NEUTROFILOS	L 30.8%	50.0 - 70.0
HEMOGLOBINA	13.4 g/dl	11.0 - 16.0
HEMATIES	4.84 x 10 ⁶ /ul	3.5 - 5.50
HEMATOCRITO	41.9 %	37.0 - 54.0
MCV	86.7 fl	80.0 - 100.0
MCH	27.6 pg	27.0 - 34.0
MCHC	L 31.9 g/dl	32.0 - 36.0
RDW-CV	14.7 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	48.6 fl	35.0 - 56.0
PLAQUETAS	273 x 10 ³ /ul	100.0 - 300
MPV	9.1 fl	6.5 - 12.0
PDW	14.9	9.0 - 17.0
Plaquetocrito	0.248 %	0.108 - 0.282

Fuente: Laboratorio clínico e histopatológico de la tecnóloga Claudia Nevarez Cedeño - Charapoto

ANEXO 8

FICHA PARA EVALUAR EL NIVEL DE RIESGO CARIOGENICO

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

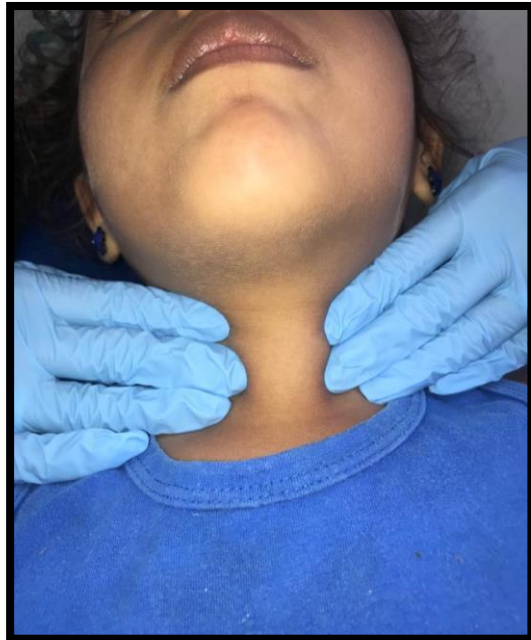
Fuente: Noronha J, Aparecida L, Pinto M, Figueredo W. Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría. ALOP (revista en internet). 1ª ed. Brasil: Livraria Santos; 2014. Disponible en: <https://vdocuments.mx/manual-de-referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria.html>

ANEXO 9

EXAMEN EXTRAORAL



9.1 Palpación de atm con boca cerrada.



9.2 Palpación de atm con boca cerrada.



9.3 Palpación de la cadena ganglionar submentoniana.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 10
EXAMEN INTRAORAL



10.1 Observación de la porción interna del labio inferior



10.2 Observación de la porción interna del labio inferior



10.3 Observación de la porción interna del labio inferior

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 11

MODELOS DE ESTUDIO



11.1 frontal en oclusión



11.2 lateral derecho en oclusión



11.3 lateral izquierdo en oclusión



11.4 oclusal superior

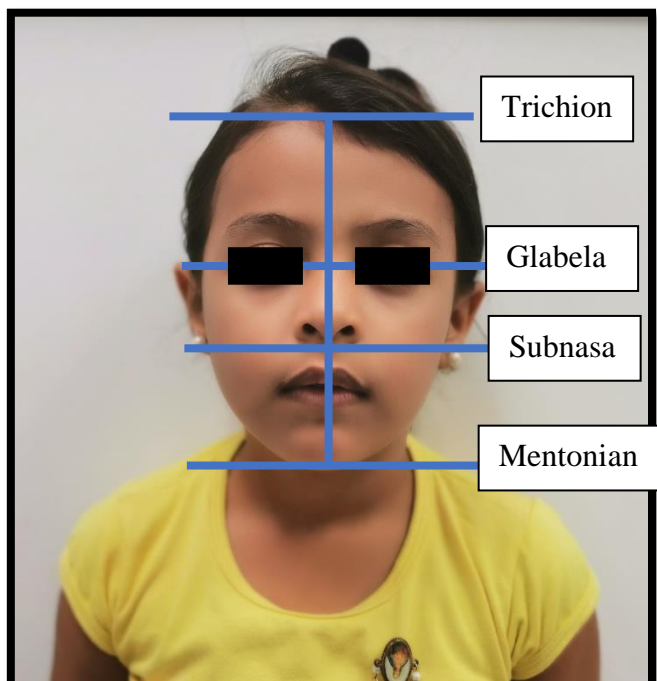


11.5 oclusal inferior

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 12

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



12.1 Análisis facial



12.2 cara de frente, en sonrisa



12.3 Perfil derecho, labios relajados



12.4 Perfil izquierdo labios relajados

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 13

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



13.1 Frontal en oclusión



13.2 Lateral Derecho En Oclusión



13.3 Lateral Izquierdo En Oclusión



13.4 Oclusal superior



13.5 Oclusal inferior

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 14
RADIOGRAFIA PONORAMICA



Fuente: Centro radiológico dental y maxilofacial Adamantium

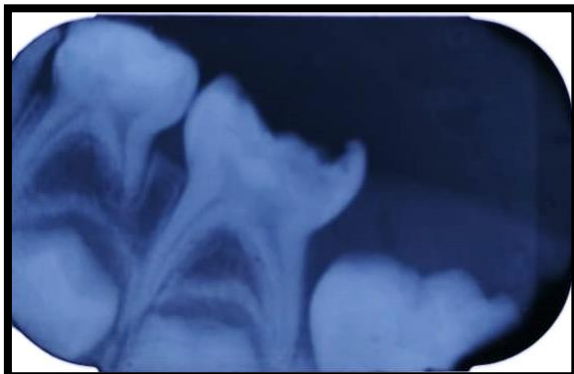
ANEXO 15
RADIOGRAFIAS PERIAPICALES



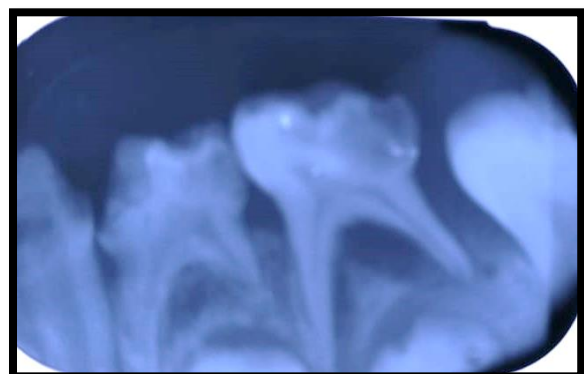
15.1 Pieza #5.3



15.2 Pieza #6.2 y 6.3



15.3 pieza 8.5



15.4 pieza 7.5 y 7.4

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 16

TECNICAS DE MANEJO Y MODIFICACION DE LA CONDUCTA



16.1 Técnica decir, mostrar y hacer



16.2 Técnica de ausencia materna



16.3 Técnica de refuerzo positivo

Fuente: Elaboración propia

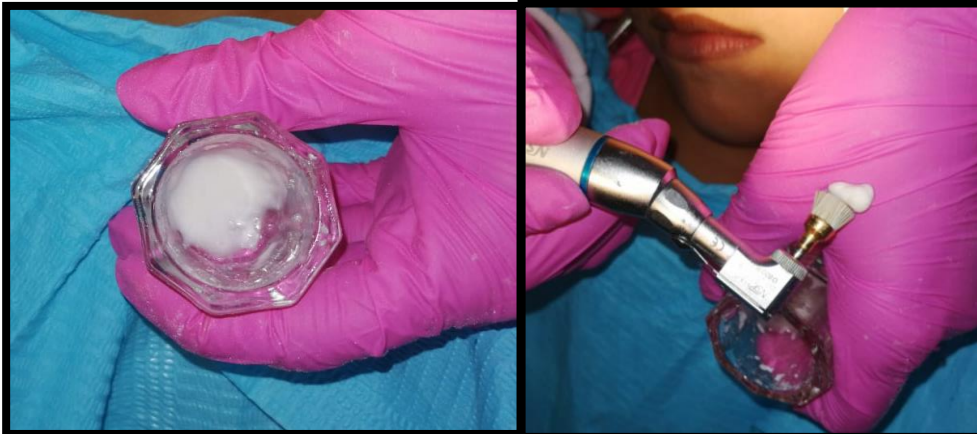
ANEXO 17
TRATAMIENTOS PREVENTIVOS



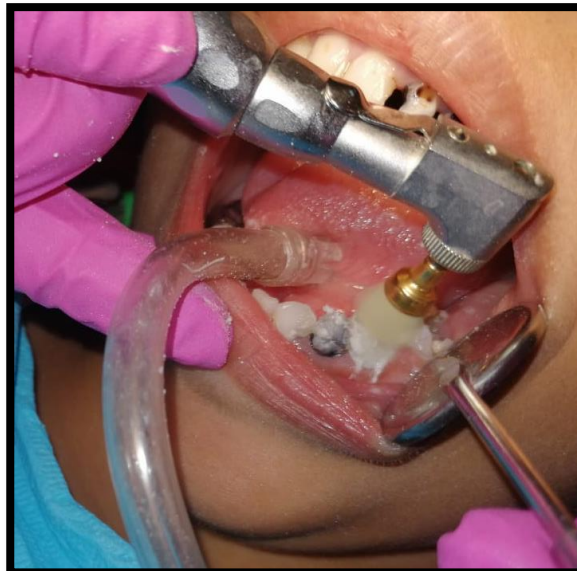
17.1 Educación para la salud

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 18
PROFILAXIS



18.1 Micromotor, cepillo y pasta profiláctica



18.2 Profilaxis

Fuente: Elaboración propia

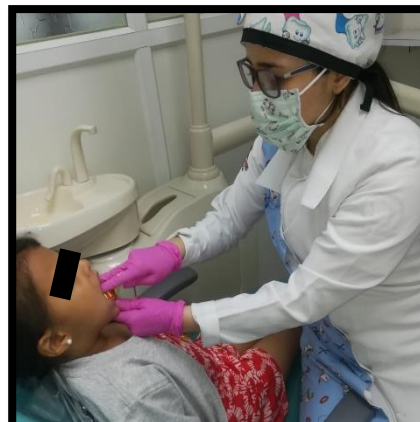
ANEXO 19
FLUORIZACION



19.1 Flúor acidulado al 2%



19.2 Topicación de flúor en
maxilar superior.



19.3 Topicación de flúor en
maxilar inferior

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 20

TRATAMIENTO RESTAURADOR ATRAUMATICO (INACTIVACION)



20.1 Diente cariado P#7.4



20.2 Vaselina para evitar adhesión de la pieza P#7.4 a la banda matriz

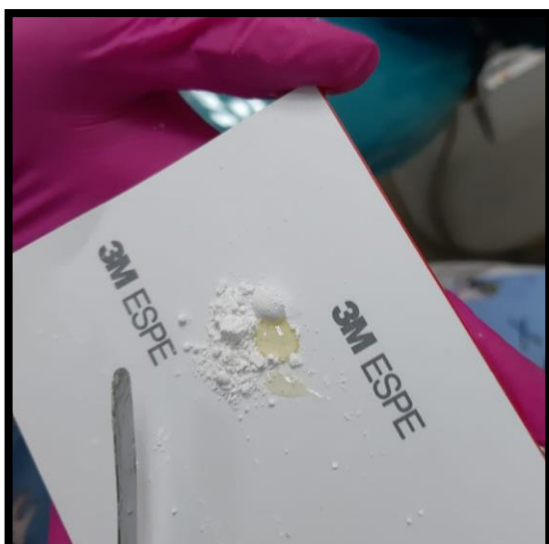


20.3 Colocación de vaselina en la banda inter proximal

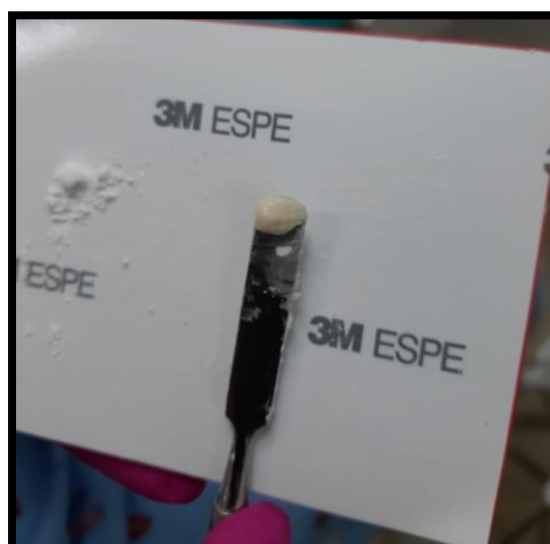


20.4 Aislamiento y remoción de caries

Fuente: Elaboración propia



20.5 CIV (Polvo y líquido)



20.6 Preparación de CIV autocurado



20.7 Colocación de CIV



20.8 Inactivación P#7.4

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 21

RESTAURACION ESTETICA CON CORONA DE CELULOIDE



21.1 A la exploración clínica se observa dentina esclerótica por vestibular, medial y lingual



21.2 Grabado con ácido ortofosfórico al 37% por 20 segundos



21.3 Colocación de agente adhesivo



21.4 Resina Opacadora

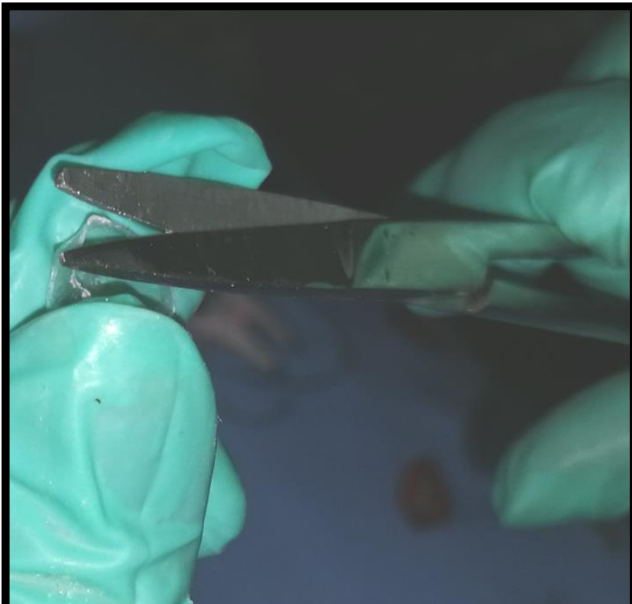
Fuente: Elaboración propia



21.5 Colocación de resina opacadora P#7.4



21.6 Foto polimerización de la resina opacadora



21.7 Recorte de la corona para la adaptación

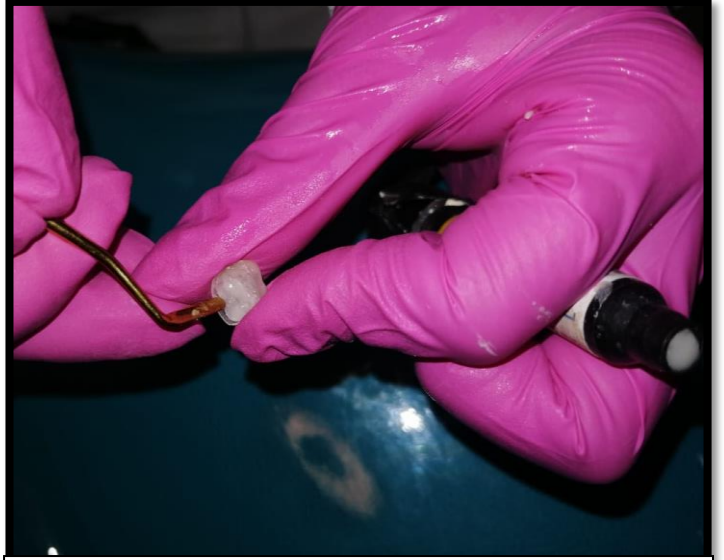


21.8 Perforación de la corona de celuloide para evitar poros

Fuente: Elaboración propia



21.9 Corona de celuloide lista y contorneada



21.10 Colocación de resina 3m en la corona de celuloide adaptada a la pieza #7.4



21.11 Introducción de la corona de celuloide en P#7.4



21.12 Dígito presión

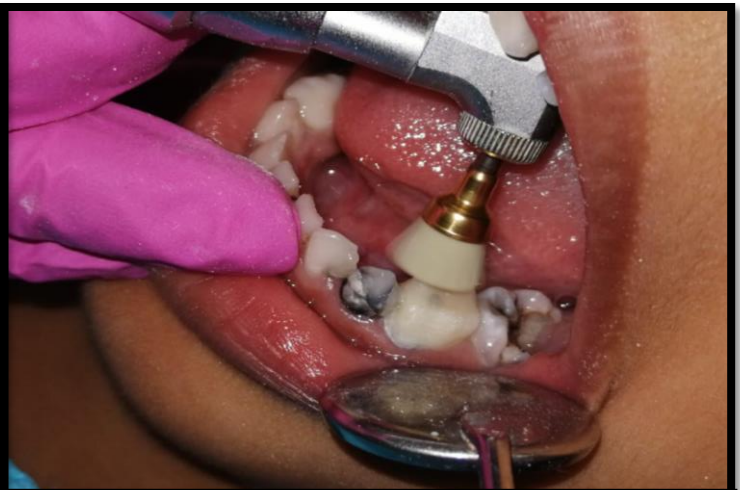
Fuente: Elaboración propia



21.13 Eliminación de excesos



21.14 Foto polimerización de la corona de celuloide



21.15 Pulido

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 22

RESTAURACION CON CORONA DE ACERO CROMADO



22.1 Pieza #6.5 inactivada y restaurada provisionalmente.



22.2 Selección de Acero cromado



22.3 Desgaste con fresa diamantada para adaptación



22.4 regularización de bordes filosos con fresa de grano medio.

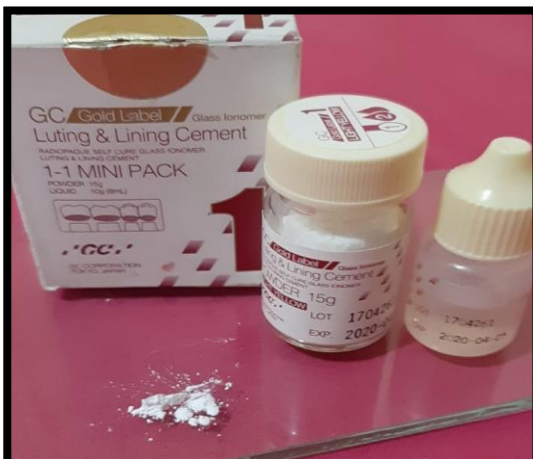
Fuente: Elaboración propia



22.5 Desinfección de la corona de acero inoxidable



22.6 Desinfección de la P #6.5



22.7 Cemento Fuji 1



22.7 Cemento Fuji 1

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 23

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO



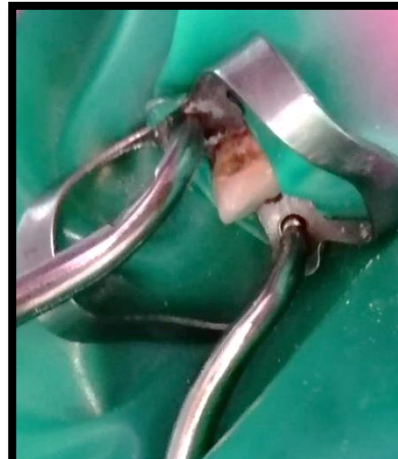
23.1 Radiografía inicial



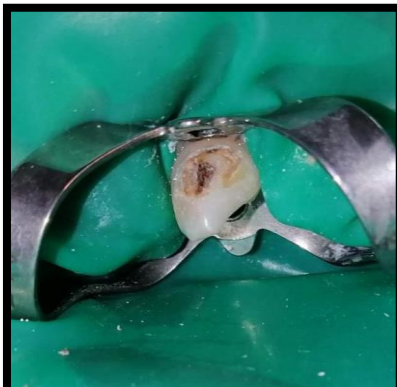
23.2 Clínicamente se observa caries profunda



23.3 Anestesia Infiltrativa



23.4 con el porta clamps, para aislamiento



23.5 Aislamiento absoluto

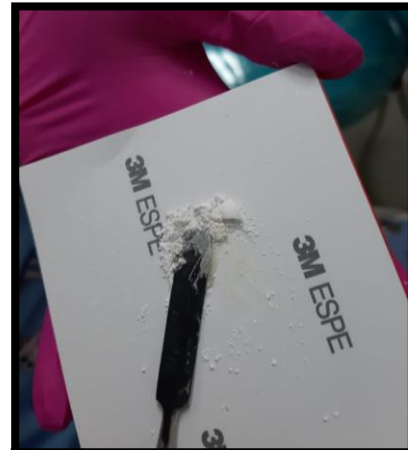


23.6 Remoción de caries

Fuente: Elaboración propia



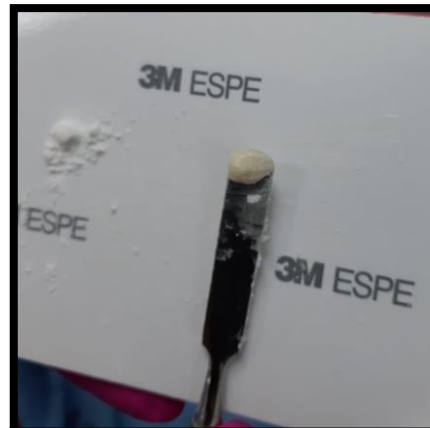
23.7 CIV, polvo y líquido



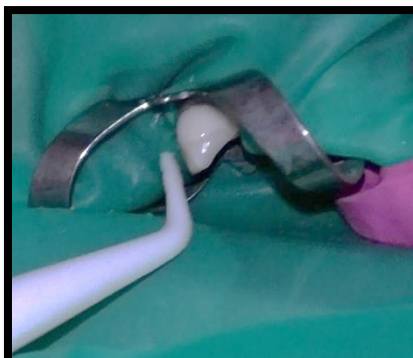
23.8 Mezcla de CIV autocurado



23.9 Mezcla de CIV autocurado



23.10 Preparación de CIV lista



23.11 Colocación de CIV

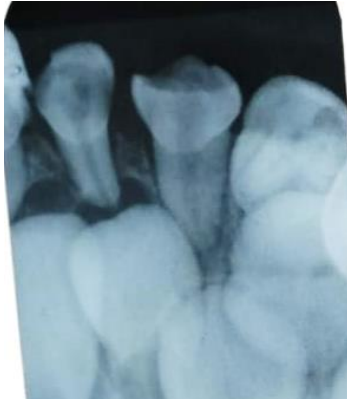


23.12 Recubrimiento pulpar indirecto finalizado

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 24

TERAPIA PULPAR (PULPECTOMIA INSTRUMENTADA)



24.1 radiografía inicial



24.2 A nivel clínico caries profunda



24.3 Anestesia infiltrativa, presencia de fistula



24.4 Aislamiento absoluto



24.5 Apertura de cavidad



24.6 Conformación de Cavidad

Fuente: Elaboración propia



24.7 Permeabilización lima Flex #15



24.8 Verificación de lima en conducto



24.9 Irrigación con clorhexidina al 2%



24.10 proceso de instrumentación con lima Flex #20

Fuente: Elaboración propia



24.11 Instrumentación con lima Flex #40



24.12 Irrigación con clorhexidina al 2%



24.13 Medicación intraconducto: Hidróxido de calcio químicamente puro.



24.14 Remoción del hidróxido de calcio químicamente puro.

Nota: La instrumentación se realizó con las limas flex de la primer serie, terminada en la lima #40, para dejar medicación intraconducto con hidróxido de calcio químicamente puro. En la segunda cita, se retiró el hidróxido de calcio y se continuó con la terapia pulpar.

Fuente: Elaboración propia



24.15 Irrigación con clorhexidina al 2%



24.16 Verificación que el conducto esté seco mediante conos de papel



24.17 Obturación de Conducto con Vitapex



24.18 Obturación terminada

Fuente: Elaboración propia



24.19 Preparación de CIV



24.20 Colocación de CIV como base y sellado de obturación



24.21 Sellado final

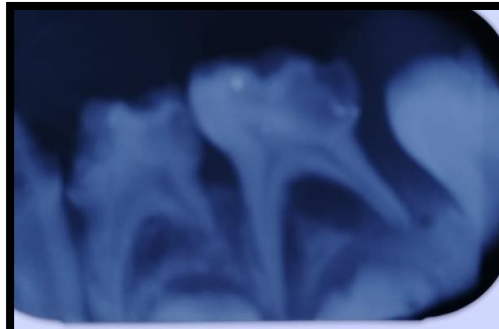


24.22 verificación de sellado mediante radiografía

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 25

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS



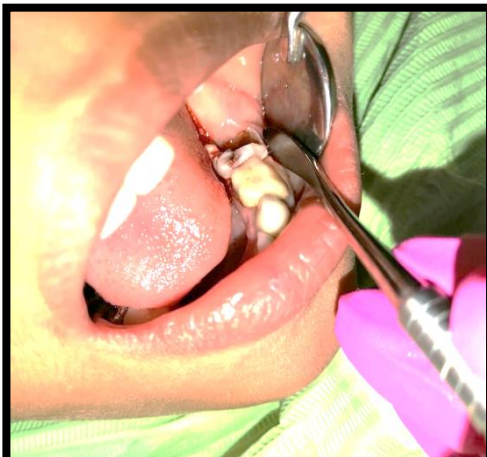
25.1 Radiografía inicial Pieza #7.5



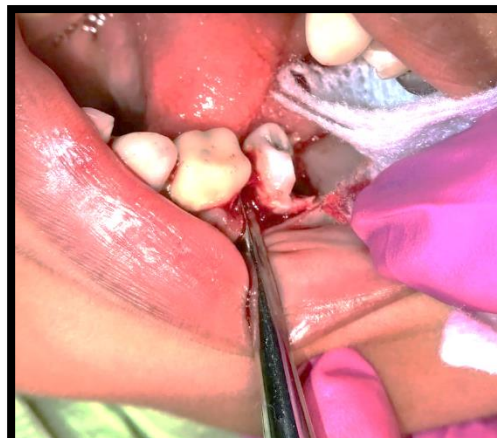
25.2 anestesia troncular



25.3 Refuerzo de Anestesia Infiltrativa

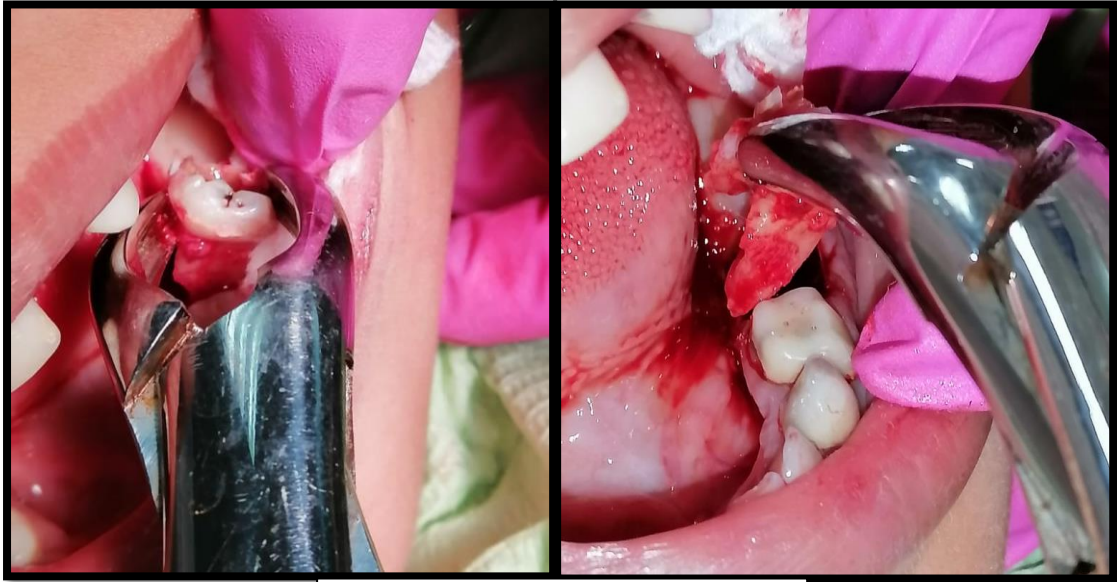


25.4 sindesmotomía

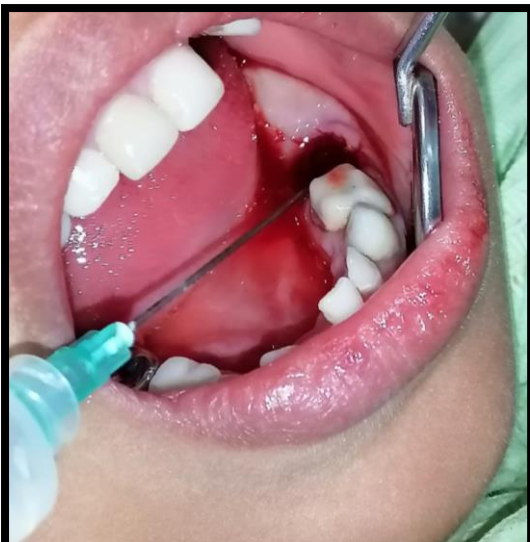


25.5 luxación con elevador

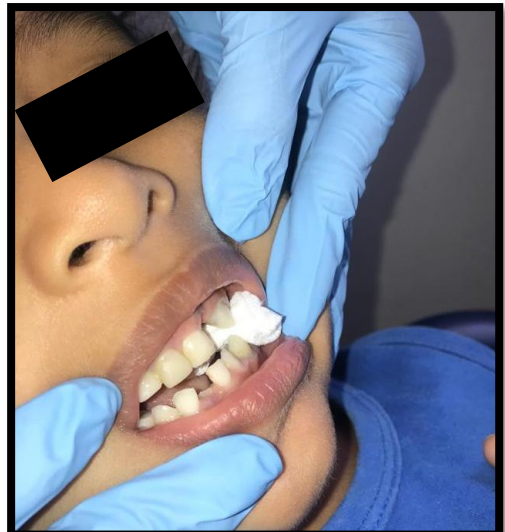
Fuente: Elaboración propia



25.6 Extracción P#7.5 con fórceps



25.7 Irrigación con suero fisiológico



25.8 colocación de gasa para hemostasia

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 26
TRATAMIENTO ORTOPEDICO



26.1 Placa removible superior



26.2 Placa removible inferior

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 27

FOTOGRAFÍAS FINALES



27.1 frontal en oclusión



27.2 lateral derecho en oclusión



27.3 lateral izquierdo en oclusión



27.4 oclusal superior



27.5 oclusal inferior

Fuente: Elaboración propia

ANTES Y DESPUES



FRONTAL EN OCLUSION



OCLUSAL SUPERIOR



OCLUSAL INFERIOR

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 28

TABLA DE PRESUPUESTO

MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO.	PRECIO TOTAL.
Caja de Guantes de nitrilo.	1	15	15
Caja de Mascarillas diseñadas.	1	10	10
Paquete Campos operatorios.	20	1	20
Gorros.	2	10	20
Caja de radiografías.	1	20	20
Caja de diques de goma.	1	14	14
Caja de cepillos profilácticos.	1	20	20
Kit de Resinas de fotocurado.	1	100	100
Líquidos revelador y fijador.	2	3,5	6
Anestésicos con vasoconstrictor.	10	0,75	7.5
Agujas pediátricas	5	0.20	1
Succionadores.	20	0,15	3
Suero fisiológico.	1	5	5
Clorhexidina al 2%.	1	15	15
Alcohol.	1	3	3
Hidróxido de calcio.	1	6	6
Lijas interdetales.	1	3,5	3.5
Alginato.	1	8	8
Espejos para rx intraorales	2	2	4
Pasta profiláctica	1	6	6
Flúor acidulado en gel	1	3.50	3.50
Colutorio fluorado	1	10	10
Pasta dental fluorada	1	5	5
Cepillo de cerdas suaves	1	3	3
Cucharilla Maillefer	1	25	25
Kit de fresas de pulido	1	25	25
Arco de Young pediátrico	1	4	4
Resina opacadora	1	85	85
Resina <i>FLOW</i>	1	15	15
Resina Dentina (Cuerpo)	1	15	15
Bonding Universal	1	27	27
Fundas Yeso piedra.	2	1,5	3
Paquetes de Gasas.	3	3	9
Caja Microbrush	1 c	8	8
CIV	1	46	46

Pasta diamond	1	15	15
Rollos de Algodones.	3	0,5	1.5
Fresas.	6	1,50 c/u.	9
Coltosol	1	10	10
Impresiones	100	0,5	5
Resma de Hojas de papel	1	4	4
Anillados.	3	1	3
Cepillos Jiffy	3	5	15
Coronas de celuloideas	10	2	20
Coronas de acero	6	15	90
Lija metálica	3	5	15
Lija de papel	5	0.30	1.50
Anestésico tópico	1	13	13
Jeringa desechable	5	0.25	1.25
Abrebocas pediátrico	1	5	5
vaselina	1	3	3
Lysol Spray	1	8	8
Placas removibles	2	30	60
Radiografía panorámica	1	12	12
hemograma	1	15	15
Impresiones	300	0.15	15
anillado	2	2	4
CD	1	2	2
Laptop para tesis	1	500	500
Refuerzos positivos de la paciente	-	-	85
Transporte de la paciente	-	-	85
Viáticos personales	-	-	85
Subtotal			1,567.75
Imprevistos.		10%	40
Total.			1,607.75

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 29

CRONOGRAMA



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIJEJO
CARRERA DE ODONTOLOGIA
CRONOGRAMA DE SISTEMATIZACION DE PRACTICAS
PERIODO: SEPTIEMBRE 2019- FEBRERO 2020



SEMANAS	FECHAS	NUMERO DE HORAS			ACTIVIDADES	OBSERV.
		TUTORIAS METODOLOGICA	PRAXIS PROFESIONAL	TUTORIA PERSONALIZADA		
	23 septiembre 2019 27 septiembre 2019				SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACION	REUNION CON RESPONSABLE DE TITULACION
	30 septiembre 2019 04 de octubre 2019				PRESENTACION DE PACIENTES	TRIBUNAL REVISION DE PACIENTE
1	07 de octubre 2019 11 de octubre 2019	4		10	TRABAJO DE TITULACION	PRESENTACION DE PACIENTES EXEPTO VIERNES 11 OCT
2	14 de octubre 2019 18 de octubre 2019	8		10	TRABAJO DE TITULACION	EXEPTO 18 DE OCTUBRE
3	21 de octubre 2019 25 de octubre 2019	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
4	28 de octubre 2019 01 de NOVIEMBRE 2019	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	EXEPTO VIERNES 1 DE NOVIEMBRE
5	04 DE NOVIEMBRE 2019 08 DE NOVIEMBRE 2019	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	EXEPTO LUNES 4 DE NOVIEMBRE
6	18 DE NOVIEMBRE 2019 22 DE NOVIEMBRE 2019	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
7	25 DE NOVIEMBRE 2019 29 DE NOVIEMBRE 2019	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
8	02 DE DICIEMBRE 2019 06 DE DICIEMBRE 2019	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	EXEPTO VIERNES 6 DE DICIEMBRE (EXPOCOMUNICAR TEL)
9	09 DE DICIEMBRE 2019 13 DE DICIEMBRE 2019	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
10	16 DE DICIEMBRE 2019 20 DE DICIEMBRE 2019	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
11	06 DE ENERO 2020 10 DE ENERO 2020	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
12	13 DE ENERO 2020 17 DE ENERO 2020	8	8	10	TRABAJO DE TITULACION	
13	20 DE ENERO 2020 24 DE ENERO 2020	8		10	TRABAJO DE TITULACION	
14	27 DE ENERO 2020 31 DE ENERO 2020	8		10	TRABAJO DE TITULACION	
15	03 DE FEBRERO 2020 07 DE FEBRERO 2020	4		15	TRABAJO DE TITULACION	REVISION DE PACIENTES POR TRIBUNAL DESIGNADO
16	10 DE FEBRERO 2020 14 DE FEBRERO 2020			15	TRABAJO DE TITULACION	REVISION GRAMATICAL CONTROL ANTIPLAGIO TRADUCCION DEL RESUMEN
	17 DE FEBRERO 2020 21 DE FEBRERO 2020			15	TRABAJO DE TITULACION	ENTREGA DEL BORRADOR DEL INFORME REVISION DEL INFORME POR TRIBUNAL DESIGNADO
	26 DE FEBRERO 2020 28 DE FEBRERO 2020			15	TRABAJO DE TITULACION	ENTREGA DEL INFORME FINAL
TOTAL HORAS		120	80	200		

Elaborado por:

Dra. Mónica Cabrera Sánchez
Responsable de Titulación

Aprobado por:

Dra. Lucía Gálvez Santelma
Coordinadora de Carrera

