



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Trabajo de Sistematización Práctica.

Previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tema.

Rehabilitación oral integral de un paciente edéntulo parcial con compromiso estético

en el sector anterior periodo marzo-noviembre de 2015.

Autora:

Elvia María Falconí Romero

Tutora:

Od. Karla Gruezo Montesdeoca Mg. Imp.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2015.

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

Od. Karla Gruezo certifica que el Trabajo de Sistematización Práctica titulado: **Rehabilitación oral integral de un paciente edéntulo parcial con compromiso estético en sector anterior periodo marzo – noviembre de 2015**, es trabajo original de la estudiante Elvia María Falconí Romero , la misma que ha sido realizada bajo mi tutoría.

Od. Karla Gruezo Montesdeoca Mg. Imp.

Tutora del Trabajo de Sistematización Práctica.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Rehabilitación oral integral de un paciente edéntulo parcial con compromiso estético en sector anterior periodo marzo – noviembre de 2015.

Trabajo de Sistematización Práctica sometido al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

Od. Karla Gruezo Montesdeoca Mg. Imp.

Tutora de Sistematización Práctica.

Dr. Michel Sarmiento Pérez EGI.

Miembro del tribunal.

Od. Marcos Mendieta Esp. En Periodoncia.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

El presente trabajo de sistematización práctica titulado: **Rehabilitación oral integral de un paciente edéntulo parcial con compromiso estético en sector anterior periodo marzo – noviembre de 2015**, ha sido desarrollado en su totalidad por su autora, cuya idea es original, lo que da fe para los finales legales consiguientes.

Además, cedo los derechos de autoría del presente trabajo de sistematización práctica, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elvia María Falconí Romero.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Primeramente le agradezco a Dios porque sin él no estaría haciendo este trabajo. A mis padres Leonardo Falconí Cedeño y Elvia Romero Plaza, quienes me han brindado su apoyo incondicional. A cada uno de mis docentes que a lo largo de mi vida universitaria han compartido conmigo sus conocimientos para poder llevar a cabo mi meta que es la de ser odontóloga.

A mi esposo Carlos Iván Alarcón Mendoza que ha sido mi ayuda y soporte durante este largo trayecto, y a mi hijo Maximiliano Alarcón Falconí que ha sido mi motor e inspiración para salir adelante y no dejarme vencer antes las dificultades.

A mis compañeras de aula y clínicas Jeunessy Oña, Diana Martínez, hellen Cedeño, Diana Miranda y Jennifer Zambrano que me brindaron su apoyo y sus frases de aliento en el momento preciso.

Elvia María Falconí Romero.

DEDICATORIA.

Este trabajo se lo dedico a mi padre Leonardo Falconí Cedeño que ha luchado para darme una excelente educación, a mi madre Elvia Romero Plaza que me ha ayudado en todo momento y situación, a mis hermanos Leonardo Alfredo Falconí Romero y Leonardo Andrés Falconí Romero.

A mi esposo Carlos Iván Alarcón Mendoza por su paciencia y por darme fuerzas en los momentos de debilidad y a mi hijo lo más bello que me pudo pasar Maximiliano Andrés Alarcón Falconí por el cual me esfuerzo día a día para lograr este gran objetivo que es ser Odontóloga.

Elvia María Falconí Romero.

RESUMEN.

La presente sistematización práctica se basa en la Rehabilitación Oral Integral de un paciente con presencia de edentulismo parcial con compromiso estético en sector anterior, en el periodo marzo - noviembre de 2015 realizado en la clínica de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

La Rehabilitación Oral es el conjunto de todas las ciencias odontológicas que logra una buena salud bucal que busca la ejecución de procesos ordenados y la aplicación de los conocimientos teóricos y prácticos, enfocado a la adquisición de hábitos saludables encaminados a mejorar la funcionabilidad y la estética del paciente. Para la realización de este trabajo se utilizaron técnicas de diagnóstico como el examen clínico bucal utilizando la ficha clínica odontológica, en la cual mediante el odontograma se contabilizaron las piezas dentales cariadas, obturadas y perdidas.

Previo al tratamiento de Rehabilitación Oral Integral se le realizó a la paciente una profilaxis con remoción de poco cálculo y fluorización con cubetas y flúor en gel en ambas arcadas; restauraciones en las piezas 24, 25, 26, 34, 45 con resina de fotocurado. La pieza dental 35 fue tratada endodónticamente y restaurada con una corona de metal porcelana devolviendo la funcionabilidad de la pieza dental; se le realizó exodoncia de las piezas dentales 18, 17, 16, 14, 31, 41, y 42 que representaban focos infecciosos y sépticos para la cavidad bucal. Se colocó una placa parcial removible en el maxilar superior de cromo cobalto y una placa parcial removible acrílica en el maxilar inferior para la reposición de las piezas dentales perdidas.

Como parte final del trabajo la paciente obtuvo resultados positivos en cuanto a la recuperación de sus funciones bucodentales, y como objetivo principal del trabajo de sistematización prácticas la recuperación funcional estética de la cavidad oral brindándole al paciente la satisfacción de sentirse y verse bien, elevando su autoestima y confianza en sí misma y con su desarrollo ante la sociedad.

Palabras claves: Rehabilitación Oral Integral, funcionabilidad, edentulismo y tratamiento.

ABSTRACT.

This systematic practice is based on a Comprehensive Oral Rehabilitation of a patient with the presence of partially edentulous that involves aesthetic of anterior sector and it was conducted at the clinic of the University of San Gregorio de Portoviejo in the period March-November 2015.

Oral Rehabilitation is the group of all dental science that achieves good oral health seeking enforcement of orderly processes and the application of knowledge and skills, focused on the acquisition of healthy habits aimed at improving the functionality and aesthetics patient. To carry out this work, diagnostic techniques were used as the oral examination using dental clinic tab. Through the odontogram, dental carious, sealed and missing teeth were accounted.

Integral pre-treatment of Oral Rehabilitation conducted a prophylactic removal of some calculation and fluoridation and fluoride trays with gel in both arches; restorations in the parts 24, 25, 26, 34, 45 with photo-curing resin. The tooth 35 was treated endodontically and restored with a metal porcelain crown restoring the functionality of the tooth; Extraction was performed on patient of teeth 18, 17,16, 14, 31, 41, and 42 representing infectious and septic foci for the oral cavity. A removable partial plate was placed in the upper maxillary and cobalt chromium removable partial acrylic plate in the lower jaw to the replacement of missing teeth.

Finally, The patient obtained positive results in terms of recovery of oral functions, and the main objective of the work of systematic practice, functional

recovery aesthetics of the oral cavity was accomplished by giving the patient satisfaction to feel and look good, raising self-esteem and self-confidence and good performance in society.

Keywords: Integral Oral Rehabilitation, functionality, edentulous and treatment.

ÍNDICE.

Certificación de tutora de sistematización práctica.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	IX
Índice.	XI
Introducción.	1
Capítulo I.	2
1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Planteamiento del problema.	2
1.3. Delimitación.	3
1.4. Justificación.	3
1.5. Objetivos.	5
1.5.1. Objetivo general.	5
Capítulo II.	6
2. Marco Teórico Conceptual y Referencial.	6
2.1. Historia clínica actual.	6
2.2. Rehabilitación oral.	9
2.3. Periodoncia.	9
	XI

2.3.1. Protocolo de periodoncia.	11
2.4. Operatoria dental.	13
2.4.1 Protocolo de operatoria.	15
2.5. Cirugía oral.	17
2.5.1. Protocolo de cirugía oral.	17
2.6. Endodoncia.	18
2.6.1. Protocolo de endodoncia.	19
2.6. Prótesis fija.	21
2.6.1. Protocolo de prótesis fija.	22
2.7. Prótesis parcial removible.	24
2.7.1. Protocolo de prótesis parcial removible de cromo- cobalto.	25
Capítulo III.	29
3. Marco Metodológico.	29
3.1. Modalidad de trabajo.	29
3.2. Método.	29
3.3. Protocolos	32
3.4. Ética.	32
3.5. Marco administrativo.	32
Capítulo IV.	36
4. Resultado.	36
Anexos.	38
Bibliografía.	

INTRODUCCIÓN.

La salud bucal juega un papel importante en la salud general y la calidad de vida de las personas, la rehabilitación oral es una parte de la odontología que combina de forma integral todas las disciplinas odontológicas, empleando técnicas actuales y poco invasivas, favoreciendo la obtención y preservación de las estructuras dentarias, a través de un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado.

El presente trabajo de sistematización de prácticas hace referencia a la Rehabilitación oral integral de una paciente edéntulo parcial con compromiso estético en el sector anterior periodo marzo – noviembre de 2015. Y tiene como objetivo la Rehabilitación integral de la cavidad bucal, mejorar la estética que compromete no solo su apariencia física, sino también su estado o salud emocional y mejorar las funciones masticatorias y fonéticas.

El éxito en la realización de cualquier tratamiento odontológico radica en un adecuado diagnóstico y planificación del mismo, de esta manera se logrará los mejores resultados. La anamnesis es parte fundamental en el diagnóstico y plan de tratamiento de este trabajo, puesto que al conseguir una verdadera información sobre la enfermedad o problema actual que presenta la paciente se puede optar por el mejor tratamiento y prevenir futuras complicaciones al momento de realizar el mismo. Con este trabajo podemos obtener beneficiosos resultados para mejorar la calidad de vida de la paciente y proporcionarle un mejor desenvolvimiento con la sociedad.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Rehabilitación Oral Integral de un paciente edéntulo parcial con compromiso estético en el sector anterior periodo marzo – noviembre de 2015.

1.2. Planteamiento del problema.

El edentulismo se define como la pérdida de dientes y se da como resultado de diversos procesos multifactoriales como la caries dental, enfermedad periodontal, patologías pulpares y traumatismos dentales.

A nivel mundial se ha evidenciado una deficiente higiene oral, encontrándose un alto nivel de pérdidas de piezas dentarias por diferentes causas patológicas. Así como lo indica el sitio web Visión Dental el edentulismo parcial es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca, lo que ocasiona una disminución de la capacidad masticatoria.

En la República de Perú, las personas comienzan a perder las piezas dentarias desde muy corta edad, debido a diversos factores. Según el Minsa (Ministerio de Salud). La caries dental y la enfermedad periodontal son enfermedades predominantes en la mayoría de peruanos, ya que al menos 90 de cada 100 personas las padecen.

En Portoviejo, en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio los pacientes acuden de forma continua a la consulta, de manera especial se rehabilitó

integralmente la cavidad oral de un de un paciente edéntulo parcial con compromiso estético en sector anterior periodo marzo - noviembre de 2015. La cual presentó ausencias de las piezas en el sector antero-superior, caries destínales en varias piezas dentales, debido a esta acción inicial se produjo afección de la pieza 35 comprometiendo la pulpa y dio origen a una patología pulpar, también se encontró la presencia de múltiples restos radiculares que se deben rehabilitar para proporcionarle un estado de salud oral sano a la paciente sino también para devolverle las funciones masticatorias, fonéticas y estéticas al paciente.

1.3. Delimitación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Rehabilitación Oral.

Delimitación Espacial: El trabajo de sistematización práctica se desarrolló en la clínica odontológica de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, Provincia de Manabí, República del Ecuador.

Delimitación Temporal: marzo – noviembre de 2015.

1.4. Justificación.

Este trabajo de Sistematización de Prácticas está directamente relacionado con el Objetivo 3 del Plan Nacional de desarrollo/ Plan Nacional del Buen Vivir que se basa en mejorar la calidad de vida de la población.

Como lo menciona la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo¹ en su artículo (2013).

La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales.

El artículo 358 establece el Sistema Nacional de Salud para “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral. (p.136)

Todo ser humano requiere y tiene derecho a recibir atención en salud de manera gratuita y con igualdad por lo tanto deberá recibir las mejores atenciones para lograr el óptimo estado de rehabilitación integral, este trabajo hace referencia a la atención de una paciente que busca beneficiarse de los tratamientos para las diversas patologías ofreciendo los mejores servicios y técnicas con la finalidad de proporcionarle apoyo a la comunidad en general.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo se vincula con los sectores vulnerables de la sociedad mediante los conocimientos profesionales que adquieren sus estudiantes, beneficiando estos sectores en diferentes áreas.

El presente trabajo se justifica desde el punto de vista teórico, para permitir describir con más detalles la Rehabilitación Oral Integral de un paciente edéntulo parcial con compromiso estético en sector anterior periodo Marzo – Noviembre 2015; sobre los problemas y soluciones necesarios para su tratamiento, de igual manera permite conocer la importancia, educación e información sobre una adecuada salud

¹Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional de desarrollo / Plan Nacional del Buen Vivir*. (1ª.). Senplades. República del Ecuador. Consultado el [08, agosto, 2015] Disponible en: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>.

bucal y métodos preventivos para lograr el éxito del tratamiento rehabilitador; como también permitirá sensibilizar en cuanto a la importancia de los hábitos de vida saludables para la paciente.

La rehabilitación que se realizó hace un aporte a las siguientes ramas: periodoncia, cirugía bucal, endodoncia, operatoria, prótesis fija y prótesis a placa que servirá para futuras investigaciones.

1.5. Objetivos.

1.5.1. Objetivo general.

Rehabilitar de manera integral de un paciente edéntulo parcial con compromiso estético en sector anterior periodo marzo – noviembre de 2015.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Conceptual y Referencial.

2.1. Historia clínica actual.

Paciente de 50 años de sexo femenino, (auto identificación étnica mestiza) acude a la consulta con dolor en la pieza número 35 (segundo premolar inferior izquierdo) y en la pieza número 17 (primer molar superior derecho). Manifiesta que en la pieza número 35 el dolor es de tipo pulsátil de intensidad agudo insoportable, la duración del dolor es de más de 5 minutos, localizada y se estimula más al calor que al frío. En la pieza número 17 refiere solo sensibilidad y dolor de menos duración.

Antecedentes Patológicos:

Personales: no refiere.

Familiares: no refiere.

Examen físico:

Examen físico general.

Paciente de biotipo brevilíneo, deambula sin dificultad, se encuentra consciente orientada en tiempo y espacio, no presenta facies patognomónicas de ninguna enfermedad, con temperatura normotérmica, frecuencia cardíaca de 82 pulsaciones por minuto, tensión arterial de 120/80 mm hg y frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto. De estado panículo adiposo conservado, faneras sin alteraciones. Piel y mucosa húmeda y normo-coloreada de acuerdo a la raza, sexo y edad.

Examen físico regional.

Examen físico extraoral: al examen físico extraoral de la cabeza y cuello la paciente no presenta patología aparente (SPA).

Perfil: convexo.

Examen físico intraoral: al examen físico o clínico de la boca podemos observar ausencia de piezas dentales anteriores superiores e inferiores, restos radiculares e inflamación gingival. Los tejidos blandos están sanos.

Exámenes complementarios indicados:

Radiografía Panorámica.

Radiografías periapicales.

Hemograma completo con Tiempo de Protrombina Y Tiempo Parcial de Tromboplastina.

Diagnostico Radiográfico:

Maxilar Superior. Observamos:

Restos radiculares a nivel de los dientes con aspecto radiopaco en las piezas n°:

18, 16, 14.

Zona radiopaca que demuestra ausencia de piezas anteriores: 13, 12, 11, 21, 22, 23, 27, 28.

Cresta alveolar se observa un aspecto radiolucido de forma horizontal.

Maxilar Inferior. Observamos:

Zona radiopaca que demuestra ausencia de piezas anteriores: 33, 32 y posteriores: 38, 37, 36, 46, 47, 48.

Se observa una zona radiopaca a la misma altura que nos da la conformación de un reborde alveolar normal (hueso compacto y hueso esponjoso).

Ligamento periodontal. Se observa una línea radiopaca rodeando la raíz que nos da la conformación de ligero ensanchamiento en la pieza: 44.

Crestas alveolares. zona radiolucida que nos demuestra el desgaste horizontal.

Zona radiolucida que se complementa con un Absceso alveolar en la pieza:

35.

Diagnóstico Diferencial: se diferencia la caries de las manchas oscuras que se encuentra en las caras oclusales y proximales de los dientes.

Diagnostico Presuntivo: caries, absceso alveolar y necrosis pulpar.

Diagnóstico definitivo:

Caries de esmalte piezas dentales n° 24, 25, 26, 34.

Caries de dentina: pieza dentales n° 35.

Absceso alveolar piezas dentales n° 35.

Restos Radiculares piezas dentales n° 18, 16, 14.

Periodontitis crónica localizada moderada en piezas dentales n° 31, 41,45.

Plan de tratamiento:

Examen Odontológico

Profilaxis.

Exodoncias: piezas n° 18, 17, 16, 14, 31,41,42.

Endodoncia pieza n° 35.

Operatorias piezas n° 24, 25, 26,34, 45.

Prótesis Fija pieza n° 35.

Prótesis parcial removible.

2.2. Rehabilitación Oral Integral.

Cesar Lamas y Colaboradores.² (2012) Describen a la rehabilitación oral integral como:

El éxito en la realización de cualquier tratamiento odontológico radica en un adecuado diagnóstico y planificación del mismo, de esta manera se logran optimizar los resultados para el beneficio de los pacientes. Es fundamental un enfoque multidisciplinario, siempre y cuando el caso lo amerite, para obtener todas las perspectivas necesarias y así realizar una correcta resolución del tratamiento. La visión limitada y enfocada a una sola especialidad puede llevar a no apreciar soluciones clínicas adecuadas en la resolución de los tratamientos. (p. 31)

2.3. Periodoncia.

Consultando la obra de Carranza³(2014) define a la encía sana como:

Mucosa bucal.

La mucosa bucal se compone de las siguientes tres zonas:

La encía y la cubierta del paladar duro, denominado la mucosa masticatoria.

El dorso de la lengua cubierta por mucosa especializada.

²Lamas, C y colaboradores .(2012). *Rehabilitación Oral en Odontalgia*. Trabajo de Investigación Vol. 15 – Numero 1. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015]. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a09v15n1.pdf.

³Carranza y Colaboradores. (2014). *Periodontología Clínica de Carranza*. (11ª.). Editorial AMOLCA. Estados Unidos de Norteamérica.

La membrana mucosa bucal que reviste el resto de la cavidad bucal. La encía es la parte de la mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

Características normales.

En el adulto, la encía normal cubre el hueso alveolar y la raíz del diente a un nivel apenas coronal a la unión amelocementaria. La encía se divide anatómicamente en áreas marginales, adherida, e interdental. Aunque cada tipo de encía muestra variación considerable en la diferenciación, histología y grosor de acuerdo con sus exigencias funcionales, todos los tipos están estructurados específicamente para funcionar adecuadamente contra daños mecánicos y microbianos. Es decir, la estructura específica de cada diferente encía refleja su actividad como una barrera contra la penetración de microbios y agentes nocivos hasta los tejidos más profundos. (p. 12,13)

Según Carranza⁴ en su obra (2014) describe que:

Enfermedades de las encías.

Enfermedades gingivales inducidas por placa dental.

Gingivitis relacionada solo con la placa dental.- la enfermedad gingival inducida por placa es resultado de una interacción entre los microorganismos que se encuentran en la biopelícula de la placa dental y los tejidos y células inflamatorias del huésped. La interacción placa-huésped se modifica mediante los efectos de factores locales y sistémicos, medicamentos y malnutrición, que influyen en la gravedad y duración de la respuesta. (p.61)

Según Carranza⁵ en su obra (2014) describe que:

Gingivitis etapa II: Lesión Temprana.

La lesión temprana evoluciona a partir de la lesión inicial casi una semana después del inicio de la acumulación de placa. Clínicamente, la lesión temprana puede tener una apariencia como de gingivitis temprana y se supone con y evolución a partir de la lesión inicial sin una línea clara de división. Conforme pasa el tiempo pueden presentarse signos de eritema sobre todo por la proliferación de los capilares y una mayor formación de asa capilares entre las proyecciones interpapilares o los bordes.(p.108)

Analizando la obra de Harpenau, Kao, Lundergan, & Sanz (2014) manifiestan que:

Todos los pacientes deben ser valorados en búsqueda de enfermedades periodontales y cuando esté indicado, será necesario realizar un examen

⁴Carranza y Colaboradores. (2014). Periodontología Clínica de Carranza. (11ª.). Editorial AMOLCA. Estados Unidos de Norteamérica.

⁵Carranza y Colaboradores. (2014). Periodontología Clínica de Carranza. (11ª.). Editorial AMOLCA. Estados Unidos de Norteamérica.

exhaustivo, así como una valoración del riesgo existente para identificar factores locales y sistémicos que pudieran contribuir en el proceso patológico. Una vez que éstos han sido identificados, se le informará al paciente y se desarrollará un plan de tratamiento para lograr modificar tantos factores como sea posible. (p. 75)

Diagnóstico de la placa bacteriana.

Analizando la obra de Acuña, B.H⁶(2012) indica que:

Diagnóstico de placa bacteriana.

Clínicamente se hace con un explorador, con el cual se recorren las superficies dentarias, determinado si existen residuos alimenticios y se logra un índice de placa bacteriana.

Con las sustancias reveladoras se puede proceder así:

Generalmente están compuestas por tetrayodofluoresceína 3 mg, vehículo y correctivos csp. 100 mg. Pueden presentarse en tabletas o soluciones.

Si es solución se colocan dos o más gotas en la punta de la lengua y se pide al paciente que recorra sus superficies dentales, después se enjuaga y posteriormente se registra su porcentaje de acumulación de placa.

El resultado que se logra es determinar y medir la presencia de placa bacteriana dental en volumen y extensión.(p. 201)

2.3.1. Protocolo.

Fase de terapia causal.

Estudiando el contenido de la obra de Eley, Soory y Manson ⁷ (2012) podemos transcribir que:

El objetivo principal del diagnóstico periodontal es detectar los cambios del nivel de inserción periodontal. Los métodos tradicionales para registrar ese parámetro son el sondaje manual con una sonda periodontal graduada y el examen radiológico. La exactitud del sondaje es afectada por varios factores, entre ellos la posición y la angulación de la sonda, la presión de sondaje y el grado de inflamación de los tejidos. (p.172)

⁶Acuña, B.H. (2012). *Clínica del sano en odontología*. (4ª.). Editorial Ecoe Ediciones. República de Colombia.

⁷Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6. ed.). Barcelona.: Elsevier.

Remoción de cálculo y placa.

Extendiendo el contenido de la obra de Eley, Soory y Manson.⁸ (2012) Podemos citar que:

Las superficies rugosas se convierten en lugares de depósito de la placa y cálculo; por tanto, hay que hacer que la superficie del diente sea suave y que esté libre de cálculo, de placa y de tinciones. Después del raspado, hay que retirar cualquier resto de placa y de tinción empleando cepillos rotatorios en forma de copa o copas de goma y una pequeña cantidad de pasta pulidora abrasiva. Hay que hacer rotar lentamente el cepillo y se aplica de forma intermitente a la superficie del diente para evitar el sobrecalentamiento. Una ventaja de la copa de goma es que se puede aplicar por debajo del margen gingival. Se pueden utilizar tiras de pulido para pulir las superficies interproximales del diente. (p.208)

Pasta profiláctica profesional.

Indagando en la obra de Acuña, B. H.⁹ (2012) podemos citar que:

Es una pasta, dentífrico o crema dental más abrasiva, de uso profesional que se aplica al cepillo profiláctico o a la copa de caucho para limpiar y desmanchar superficies dentales y brillar todas las superficies dentales. Puede estar compuesta por humectantes, preservativos, abrasivos como piedra pómez y el silicio de zirconio, espesantes y fluoruros. (p. 255)

Enjuagues de Clorhexidina.

Estudiando la obra de Newman, Takei, klokkevold¹⁰ (2010.) manifiestan que:

El agente que ha demostrado los resultados antibacterianos más positivos hasta la fecha es la clorhexidina, un diguanidohexano con propiedades antisépticas pronunciadas. Muchas otras investigaciones clínicas confirmaron el hallazgo inicial de que dos enjuagues diarios con 10 ml de solución acuosa de diglucanato de clorhexidina a 0,2% inhibe casi por completo el desarrollo de la placa dental, cálculos y gingivitis. (p.741)

⁸ Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6. ed.). Barcelona.: Elsevier.

⁹ Acuña, B.H. (2012). *Clinica de Sano en Oodntologia* (4 ed.). Bogota, Republica de Colombia : Ecoe Ediciones

¹⁰ Newman, M., Takei, H., klokkevold, P., & F, C. (2010.). *Caranza Periodoncia Clinica*. (Decima. ed.). Mexico.: Elseiver

Geles florados de uso profesional.

Analizando la obra de Acuña, B. H.¹¹ (2012), podemos citar que:

Son métodos de aplicación profesional con mayor aceptación tanto por su eficacia como por la facilidad de utilización en la consulta.

Los geles actuales contienen en una concentración de 1,23% con un pH 3-4. Esta acidez, debida a la incorporación de ácido fosfórico a una concentración de 1%, facilita la incorporación de flúor a la superficie del esmalte de una forma decisiva. (p. 243)

Consejos para una buena higiene oral.

Analizando la obra de Lindhe y Lang¹²(2009)se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

La enseñanza de la higiene bucal debe adaptarse a cada paciente en particular sobre la base de sus necesidades y otros factores.

El paciente debe participar en el proceso de enseñanza.

Después de la enseñanza de la higiene bucal debe establecerse un programa de mantenimiento individualizado. (p.722)

2.4. Operatoria.

Tejidos dentarios.

Observando la información contenida en la obra Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S.¹³

(2013), podemos citar que:

Esmalte.

Es el situado externamente en la corona, siendo el tejido más duro del organismo. Dentina.

Tejido duro más abundante, situado debajo del esmalte, en la corona, y del cemento en la raíz.

Cemento.

Tejido mineralizado que recubre la dentina en la porción radicular del diente. Su espesor es mínimo en el cuello y las fulcras, y aumento a medida que se dirige hacia apical, no presentándose a nivel de los orificios apicales. Forma parte del periodonto al unirse con el ligamento periodontal.

Pulpa.

¹¹ Acuña, B.H. (2012). *Clinica de Sano en Oodntologia* (4 ed.). Bogota, Republica de Colombia : Ecoe Ediciones

¹²Lindhe y Lang. (2009). *Periodonto logia clínica e Implantología odontológica*. (5ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

¹³ Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). *Tecnicas de ayuda Oodntologica y Estomatologica* (2 ed.). Madrid, Reino de España: Paraninfo

Es el tejido conectivo laxo, constituye por un 25% de sustancias orgánicas y un 75% de agua en los individuos jóvenes, pero con la edad se va disminuyendo su porción acuosa y ve reducción su tamaño al ir formándose mayor cantidad de dentina. (p. 70 - 73)

Caries dental.

Diagnóstico de la caries dental.

Investigando la obra de Ricketts, D y Bartlett, D¹⁴(2013) indican que:

Caries dental, la enfermedad.

La caries dental es una enfermedad común en todos los individuos dentados. Para que se produzca la caries dental en la superficie del diente se tiene que acumular una biopelícula bacteriana. Las bacterias dentro de la biopelícula metabolizan sustratos alimenticios de azúcar para producir ácidos que, con el tiempo, conducen a la desmineralización del tejido dental. (p.1)

Detección y diagnóstico de la caries.

El proceso de caries inicialmente se lleva a cabo en la biopelícula sobre la superficie del diente y el producto de ese proceso es la lesión inicial en el diente. Para ver la lesión y hacer un diagnóstico, la biopelícula debe ser eliminada. También es esencial que los dientes se examinen tanto húmedos como secos. (p.3)

Caries de dentina.

Investigando la obra de Negroni¹⁵(2009) cita que:

Patogenia de la lesión en dentina.

De acuerdo con la localización inicial de la caries de esmalte, esta adopta diferentes formas de propagación.

Cuando la caries alcanza el límite amelodentinario, avanza a un ritmo mayor que en el esmalte. La presencia de los túbulos dentinarios ayuda a que los microorganismos invadan la pulpa, con la continuación de la evolución natural de la enfermedad. (p.259)

¹⁴Ricketts, D; Bartlett, D. (2013). *Odontología Operatoria Avanzada*. AMOLCA. República Bolivariana de Venezuela.

¹⁵Negroni M. (2009). *Microbiología Estomatológica: fundamentos y guía práctica*. (2ª.). Editorial Médica Panamericana. República de Argentina.

Clasificación de las caries.

Según Langlais, R.¹⁶(2011)en su obra cita que:

Clase I.

Las caries clase I es la caries que afecta la superficie oclusiva de un diente posterior. Se origina cuando las bacterias invaden una oquedad central, un surco o fisura oclusiva profunda, permanecen guarecidas por meses, y producen disolución acida del esmalte. La destrucción del esmalte y la dentina permiten que el surco carioso crezca, se oscurezca y se reblandezca.

Las caries clase I que son incipientes o pequeñas, se tratan por mineralización con barniz de flúor y selladores. Las lesiones más grandes requieren el uso de materiales compuestos o amalgama.

Clase II.

La caries clase II es la caries que afecta la superficie interproximal de un diente posterior. La caries puede verse en ocasiones de lado lingual o de la mejilla, del contacto interproximal. La base del triángulo paralela la cara externa del diente, y la punta del triángulo apunta hacia adentro, a la dentina. En la caries moderada (evidencia radiográfica de penetración del esmalte a lo largo de la UDE, sin penetración ulterior a la dentina), puede usarse la remineralización, si los factores de riesgo son mínimos, o reducidos y las lesiones se vigilan de cerca. Las lesiones de grado moderado o grande se restauran con materiales compuestos, amalgama o refuerzos metálicos. (p.65)

2. 4. 1. Protocolo.

Tiempos operatorios.

Estudiando la obra de Barrancos, M¹⁷ (2011) manifiesta que:

Maniobras previas: abarcan desde historia clínica, prueba de vitalidad, análisis funcional de la oclusión, observación de formas movilidad anamnesis y preparación del campo operatorio.

Apertura: crea o ampliar la brecha que permita el acceso a los tejidos lesionados o deficientes para poder extirparlos.

Conformación.: comprende obtener un contorno adecuado, lograr formas de resistencias, obtener una profundidad cavitaria, lograr formas de conveniencias, y obtener finalmente la extensión definitiva de la cavidad con ubicación de bordes.

Extirpación de tejidos procura la extirpación de todos los tejidos deficientes cariados descalcificados hipomineralizados quemados etc., que no pueden quedar dentro de la preparación cavitaria

Protección dentinopulpar involucra todas las técnicas, maniobras, sustancias y materiales utilizados en una preparación dentaria y su restauración que tienden a proteger constantemente la vitalidad del órgano dentinopulpar.

¹⁶Langlais, R. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (4ª.). Editorial El Manual Moderno. Estados Unidos Mexicanos.

¹⁷ Barrancos, M. (2011). *Opeatoria Dental Integración clínica* (4 ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.

Retención y anclaje: la que debe darse a la preparación para impedir el desplazamiento o la caída del material. (p. 538-561)

Tiempos de Restauración.

Barrancos, M¹⁸ (2011)cita que:

Técnica para el uso de sistema adhesiva que elimina totalmente el barro dentinario.es la técnica que incluye la acción de ácido fosfórico en forma simultánea en esmalte y dentina Las técnicas, por lo habitual denominada “grabado total”, conlleva un problema al estar manipulados dos sustratos muy diferentes entre sí, Es necesario un acondicionamiento del esmalte con un ácido fuerte, pero hay que tratar la dentina con cuidado con ácidos más débiles para evitar el daño de las fibras colágenas. Por lo tanto, para lograr un mejor efecto de grabado, se debe comenzar con la colocación del ácido sobre el esmalte durante no as de 30 segundos. Luego se debe aplicar el ácido a la dentina por 15 segundos. (p.893)

Según Barrancos, M¹⁹ (2011)cita que: “Enjuague: cinco segundos de un spray de agua fuerte es todo lo necesario. Peo todavía queda acido residual, será necesario enjuague adicional. Secado: el secado es una etapa muy importante, cuyo descuido puede significar el fracaso de la restauración”(p.986).

Barrancos, M²⁰ (2011)cita que:

Es necesario el uso de un adhesivo hidrofílico para entrar en contacto íntimo con la dentina. El material de restauración se lleva a la preparación se adapta contra las paredes y el piso.se debe llenar la preparación en varias veces, con capas que no excedan los 2mm, de espesor, y se endurece cada porción insertada. (p. 899)

¹⁸Barrancos, M. (2011). Opeatoria Dental Integración clinica (4 ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.

¹⁹Barrancos, M. (2011). Opeatoria Dental Integración clinica (4 ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.

²⁰Barrancos, M. (2011). Opeatoria Dental Integración clinica (4 ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.

2. 5. Cirugía.

Analizando el libro de Donado y Martínez²¹ (2014), manifiesta que: “El término introducido por Winter, es la parte de la cirugía bucal que se ocupa, mediante unas técnicas y un instrumental adecuados, de practicar la avulsión de un diente o porción de este del lecho óseo que lo alberga” (p. 179).

2.5.1. Protocolo para realizar una exodoncia.

Anestesia.

“La técnica anestésica que solo se usar es la infiltración local de forma periapical en todos los dientes del maxilar superior y en los dientes anteriores de la mandíbula, reservando la anestesis tronculares para los molares y premolares inferiores”. (Escoda & Berini, 2011, pág. 203)

Según Chiapasco, M²² (2014) mencionan que:

Sindesmotomía

Consiste en la interrupcion de la parte mas coronal del ligamento periodontal, para tomar mas comoda y menos traumatica la sucesiva separacion de las papilas. Ademas, esta maniobra permite la inserción de la pinza para la extraccion en unapositionmas apical d ela fuerza, con un consecuentemenorriesgo de fractura de la corona y de las raices.

Luxación.

El elevador es utilizado alternativamente o junto con las pinzas para la luxacion de la pieza dentaria a ser extraida. Se coloca en los espacios interproximales, en direccion perpendicular al eje longitudinal del diente, con un movimiento delicado y aplicando fuerzas controlada,para evitar que resbale en direccion lingual o palatina y dañe, respectivamente, lengua o paladar.

Agarre ndel diente, luxacion y expansion del alveolo. mediante pinzas de extraccion o fórceps

La punza de extraccio o forcep esel intrumento mas importante en la ejecucion de una extraccion simple. Existe pinzas de extraccion o forceps para cada uno de los dientesn y para sectores especificos de la boca con el diente a extraer, garantizado, de forma, una transmision adecuada de fuerzas aplicada, y se le

²¹ Donado, M., & Martínez, J. (2014). *Cirugía bucal. patología y técnica*. Barcelona.: Elsevier.

²² Chiapasco, M. (2014). *Tacticas y tecnicas en Cirugia Oral*. Venezuela : Amolca.

otorga una angulación que permite movimientos de extracción eficaces evitando interferencias con la dentadura antagonista.

Tracción.

Debe realizarse con el forceps correspondiente, controlando la fuerza que no debe ser exagerada, sino rítmica y constante, no “in crescendo”, y sin perder nunca la presa. No hay que efectuar movimientos violentos, repentinos o espasmodicos.

Extracción del diente del alveolo.

Después de la expansión del hueso alveolar y la luxación del diente, este puede ser removido con una tracción delicada en sentido coronal y vestibular.

Curetaje alveolar y revisión de la cavidad.

Los residuos del tejido blando (ligamento periodontal, tejido infectado, epitelio quístico) eventualmente presentes sobre las paredes o en el fondo del alveolo deben ser removidos: esta operación, cuando es ejecutada cuidadosamente, reduce el riesgo de infecciones residuales, favorece la cicatrización del alveolo con neoformación ósea y evita la formación de quistes residuales.

Irrigación del alveolo con solución fisiológica

Finalmente el alveolo es irrigado con solución fisiológica, para remover eventuales fragmentos de tejido dental, de hueso o de sarro. (p. 121- 127)

Soporte farmacológico.

Analizando la obra de Chiapasco, M.²³ (2014) Manifiesta que:

Control del dolor y del edema: se logra, por lo general, con la administración de analgésicos- antiinflamatorios no esteroideos, en cirugía oral, en pacientes adultos, se han demostrado eficaces medicamentos como, por ejemplo, el nimesulide (comprimidos o sobres de 100 mg, con una dosificación de 200 mg/día en un paciente adulto) y el ketorolaco (comprimido de 50 mg, con una dosificación de 100 mg/día) a ser administrado justo después de la intervención y continuar durante 2 -3 días o de acuerdo a la necesidad. (p.110)

2.6. Endodoncia.

La pulpa es un tejido muy vascularizado e innervado, el cual recorre todo el diente en su extensión que va desde los cuernos pulpares hasta la parte apical, se encuentra protegido por la dentina en todo su contorno, es el tejido que reacciona cuando se presenta un problema en el diente por el cual pueda sufrir.

²³Chiapasco, M. (2014). *Tácticas y técnicas en Cirugía Oral*. Venezuela : Amolca.

Lesiones Pulpares.

Investigando la obra de Kenneth²⁴(2011)refiere que:

Cuando se dañan el esmalte y cemento por cualquier razón, los túbulos de dentina expuestos sirven como rutas a la pulpa para la entrada de elementos potencialmente nocivos del ambiente oral incluyendo macromoléculas bacterianas, que pueden provocar inflamación. Entre más profunda es la lesión, más túbulos se afectan.

Por lo general, la permeabilidad de los túbulos dentinarios se encuentra restringida en gran medida por diversas estructuras tisulares, incluyendo fibras de colágeno y procesos celulares. Por lo general, los odontoblastos extienden sus prolongaciones citoplasmáticas dentro de los túbulos. (p.11-12)

Absceso apical crónico.

Consultando nuevamente la obra de Kenneth y Cohen²⁵(2011) se cita que:

Un diente con un absceso apical crónico no presentará normalmente síntomas clínicos. Este diente no responderá a las pruebas de vitalidad pulpar y la radiografía revelará una radiolucidez perirradicular. El diente normalmente no está sensible al morder pero el paciente puede “notarlo diferente” a la percusión. Esta entidad se diferencia de la periodontitis perirradicular crónica porque mostrará una supuración intermitente a través del tracto sinusal asociado. (p. 37)

2.6.1. Protocolo de endodoncia.

Anestesia selectiva.

Analizando la obra de Según Lumley, P y colaboradores²⁶ (2009) manifiesta que:

Este método puede ser muy útil en caso de dolor referido, en el cual se podrá diferenciar entre el origen del dolor y la fuente del mismo. Es poco útil para diferenciar entre el dolor de los dientes adyacentes, ya que la anestesia se puede difundir entre los dos y hacer muy difícil una respuesta clara. (p.13)

²⁴Kenneth M. y Stephen Cohen. (2011). *Vías de la pulpa*. (10ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

²⁵Idem.

²⁶ Philip, L., Nick, A., & Philip, T. (2009). *Practica Clinica de Endodoncia*. Madrid: Ripano Editorial Medica.

Aislamiento.

Analizando la obra de Según Lumley, P y colaboradores²⁷ (2009) manifiesta que:

Dique de caucho.

El uso del dique de caucho es obligatorio en la terapia endodóntica. Es fundamental el uso de el con el fin de poder hacer una práctica aséptica. Frecuentemente la utilización del dique de caucho se hace con el fin de prevenir la inhalación de líquidos o de tragarse los instrumentos. (p. 25)

Aberturas de acceso.

Torabinejad y Walton²⁸ (2010) mencionan que:

Las aberturas de acceso endodóntico dependen de la anatomía y morfología de cada uno de los grupos de dientes. En general, el diseño de la preparación de acceso depende de la morfología de la cámara pulpar. La anatomía interna se proyecta en la superficie externa. los principales objetivos de las aberturas de acceso son: 1) la localización de todos los conductos; 2) el acceso en línea recta y sin impedimentos de los instrumentos hasta el tercio apical o la primera curva (si existe) de los conductos; 3) la supresión del techo de la cámara y de todo tejido pulpar coronal, y 4) la conservación de la estructura dental. (p.236)

Preparación de conducto radicular.

Analizando la obra Bergenholtz & Reit²⁹ (2011) manifiestan que:

Como regla general, la remoción de la dentina de la raíz debe ser centrada, por ejemplo, con respecto a la anatomía del conducto radicular. En el tercio coronal de un conducto radicular curvo, sin embargo, este concepto se ignora a proposito. Ciertamente, por recolocación cuidadosa del orificio del conducto radicular (usando por ejemplo fresas de Gates-Glidden), el grado de la curvatura radicular media se disminuye sin debilitar el diente (figura 11-14). Es mandatorio la creación de un “acceso en línea recta” para evitar la obstrucción de la vista intra-conducto enderezamiento del conducto radicular y separación de los instrumentos. (p.176)

²⁷ Philip, L., Nick, A., & Philip, T. (2009). *Practica Clinica de Endodoncia*. Madrid: Ripano Editorial Medica.

²⁸ Torabinejad, M., & Walton, R. (2010). *Endodoncia. principios y practicas*. (4 ed.). Barcelona.: Elsevier.

²⁹ Bergenholtz, G., & Reit, C. (2011). *Endodoncia* (2 ed.). Mexico : El Manual Moderno .

Condensación del conducto radicular.

Analizando la obra Bergenholtz & Reit³⁰ (2011) manifiestan que:

Compactación Lateral

En las técnicas de compactación lateral se insertan puntas secundarias adicionales y se compactan de forma lateral alrededor de la punta maestra, para reducir el grosor de la capa del sellador. En esta técnica, después de cementar la punta maestra en su posición, se colocan espaciadores diseñados especialmente instrumentos largos, cónicos y puntiagudos en el conducto, en una posición tan apical como sea posible, y la punta maestra es compactada de manera lateral contra la pared del conducto. Después, se retira el espaciador y la primera punta auxiliar se fuerza por completo en su lugar. El conducto es obturado de esta manera hasta que no sea posible colocar otra punta accesoria a más de 2 a 3 mm dentro del conducto. Se elimina el exceso de gutapercha en el orificio del conducto con un instrumento caliente, y la compactación final se completa con presión vertical con un condensador un instrumento con una punta apical plana.

La ventaja de la técnica de compactación lateral, en comparación con la técnica de una sola punta, es que reduce la cantidad de sellador que queda en el conducto.

Debido a que la relación, entre el extremo final de las puntas y el punto de referencia de la preparación puede vigilarse durante el procedimiento de obturación, el control de la longitud de la obturación es muy bueno, y por lo general no se extruye material de obturación más allá del foramen. El sellado en comparación con otras técnicas, es bueno.

La desventaja del método de compactación lateral es que la obturación radicular no está formada por una masa homogénea de material, sino por una gran cantidad de puntas individuales, presionadas de manera justa, y unidas por fricción con una sustancia cementante. A pesar de esta crítica, esta técnica ha sido utilizada por muchos años con éxito considerable y, clínicamente, parece ser mejor que la técnica de una sola punta. (p.225)

2.7. Prótesis fija.

Analizando la obra de Fujimoto³¹ (2009) publica que:

No todos los pacientes que necesitan una prótesis fija tienen problemas en su diagnóstico. Sin embargo, es posible cometer errores en el mismo, sobre todo cuando el paciente refiere dolores o síntomas de disfunción oclusal. Es necesario el tratamiento para eliminar las caries dentales evidentes, para restaurar la prótesis fracturada o para reemplazar un diente caído. Si realizamos un diagnóstico sistemático se ayuda a evitar errores. (p. 20)

³⁰ Bergenholtz, G., & Reit, C. (2011). *Endodoncia* (2 ed.). Mexico : El Manual Moderno .

³¹Rosentiel y Fujimoto. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea*. (4ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

Rosenstiel, Land y Fujimoto³² (2009), mencionan que:

El tratamiento con prótesis fija consiste en la sustitución o restauración de los dientes naturales mediante la colocación de análogos artificiales que se van a mantener fijos en la boca. Sus objetivos son la restauración de la estética, el restablecimiento de la función y el mantenimiento de la comodidad. El tratamiento con prótesis fija puede aportar un elevado nivel de satisfacción tanto al paciente como al dentista. Puede transformar una dentición en mal estado, con aspecto poco atractivo y una función deficiente en una oclusión sana y cómoda capaz de proporcionar varios años de correcto funcionamiento y, al mismo tiempo, mejorar en gran medida la estética. (p. 3)

Según Restrepo y Ardila³³ (2010) nos dicen que:

Cementos.

Para cementar las coronas y las prótesis parciales fijas se utilizan cementos basados en agua o basados en polímeros. Los basados en agua incluyen el fosfato de zinc, el policarboxilato de zinc y el cemento de ionómero de vidrio. Este último se subclasifica en tradicional y reforzado con metal. Los cementos basados en polímeros son el ionómero de vidrio combinado con partículas poliméricas y los cementos resinosos. Con respecto a los cementos de ionómero de vidrio, los estudios demuestran que es citotóxico para los odontoblastos, siendo mayor el efecto con los cementos resino-modificados que con los convencionales. En dos estudios recientes, se evaluó la viabilidad in vitro de las células pulpares expuestas a diferentes tipos de cementos de ionómero de vidrio. Se observó que la viabilidad disminuyó de una manera más dramática en términos de número y metabolismo celular con cementos resino-modificados como el vitremer, el vitrebond y el Ketat molar, que con los convencionales como el fuji II. (p. 19-30)

2.7.1. Protocolo de prótesis fija.

Modelos de estudio.

Analizando la obra de Pegoraro³⁴ (2001) menciona que:

A pesar de ser denominado modelos de estudio, mucho trabajo puede y debe ser ejecutado sobre estos modelos. Es inconcebible el inicio del tratamiento, principalmente en casos extensos, sin un análisis crítico de todos los tópicos de arriba mencionados. El odontólogo necesita entender que el modelo de estudio es un aliado y no una pérdida de tiempo. (p. 21)

³² Rosenstiel, S., Land, M., & Fujimoto, J. (2009). *Prótesis Fija Contemporanea* (4 ed.). Barcelona: Elsevier.

³³ Restrepo, D., & Ardila, C. (2010). Reacciones adversas ocasionadas por los biomateriales usados en prostodoncia. *Avances en Odontostomatología*, 26.(1.), 19-30. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852010000100003&script=sci_arttext

³⁴ Pegoraro, L. (2001). *Protesis Fija* (1 ed.). Republica Federativa del Brasil: Artes Medicas.

Preparación inicial.

Esudiando la obra e Ricketts y Bartlett³⁵ (2013) transcribe que:

Se comienza haciendo unas ranuras de profundidad y orientación con una fresa de lados paralelos para guiar la profundidad de las ranuras. La reducción del borde incisal debe resultar de la altura del diente que se está tallando en aproximadamente 2 mm. Surcos a continuación deben ser conectados entre sí para producir una reducción uniforme del borde incisal. La matriz preoperatoria también puede ayudar a verificar el tallado incisal. (p.137)
Reducción General.

Analizando la obra de Rosenstiel y Fujimoto³⁶ (2009) conoce que:

Utilícese una fresa de diamante con forma de balón para tallar la superficie palatina de los dientes anteriores. Resulta útil preparar solo la mitad de esta superficie y evaluar el espacio libre en máxima intercuspidad y en todas las excursiones. La estructura dental remanente intacta sirve como referencia. (p. 280)

Toma de impresión.

Estudiando la obra de Beumer, J y colaboradores³⁷ (2011):

Toma de impresión mandibular. Para tomar correctamente la impresión superior, el paciente debe estar sentado con el pecho derecho y la cabeza a la altura de los codos del operador.

Toma de impresión maxila. Para la toma correctamente la impresión de la arcada mandibular, el operador se debe ubicar delante del paciente. Después de la tracción delicada de los frenillos se sostiene la cubeta con una mano y con la otra se modela el fondo vestibular. (p.70, 71)

Restauración provisional.

Investigando en la obra de Milleding³⁸ (2013) menciona que:

Después de ser tomadas las impresiones y se haya registrado la relación intermaxilar, se coloca una restauración provisional, la cual puede fabricarse de diversas formas.

Uso de una corona preformada fabricada comercialmente para rebasarse con acrílico autopolimerizable preferiblemente, y cementarse en lugar con un cemento temporal. (p. 174)

³⁵ Rickett, D., & Bartlett, D. (2013). *Odontología Operatoria Avanzada un Abordaje Clínico*. Venezuela, Republica Boliviana: Amolca.

³⁶ Rosenstiel y Fujimoto. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea*. (4ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España.

³⁷ Bergenholtz, G., & Reit, C. (2011). *Endodoncia* (2 ed.). Mexico : El Manual Moderno .

³⁸ Milleding, P. (2013). *Preparacion para Protesis Fija*. Republica Boliviana de Venezuela: Amolca.

Prueba de metal.

Estudiando la obra de Rosenstiel y Fujimoto³⁹ (2009) en donde citan que:

Los colados de metal se deben evaluar para analizar los contactos proximales, la integridad marginal, la estabilidad, el ajuste interno, los contornos externos, la oclusión y el acabado superficial. En ocasiones, las restauraciones de metal-porcelana se deben evaluar dos veces: primero durante la fase de evaluación del metal, seguida por la reevaluación una vez aplicado el revestimiento estético. (p. 88)

Prueba de biscocho.

Analizando la obra de Rosenstiel y Fujimoto⁴⁰ (2009) cita que:

Durante la fase siguiente en que se evalúa el biscocho, se revisa la integridad marginal y la estabilidad para determinar si hay alguna distorsión producida durante la cocción de la porcelana. Esta fase también se evalúan los contactos proximales, al igual que los contornos de porcelana, la estabilidad, el tono, la textura y el glaseado. (p. 887)

Cementación.

Según Restrepo y Ardila⁴¹ (2010) nos dicen que:

Para cementar las coronas y las prótesis parciales fijas se utilizan cementos basados en agua o basados en polímeros. Los basados en agua incluyen el fosfato de zinc, el policarboxilato de zinc y el cemento de ionómero de vidrio. Este último se subclasifica en tradicional y reforzado con metal. Los cementos basados en polímeros son el ionómero de vidrio combinado con partículas poliméricas y los cementos resinosos. Con respecto a los cementos de ionómero de vidrio, los estudios demuestran que es citotóxico para los odontoblastos, siendo mayor el efecto con los cementos resino-modificados que con los convencionales. En dos estudios recientes, se evaluó la viabilidad in vitro de las células pulpares expuestas a diferentes tipos de cementos de ionómero de vidrio. Se observó que la viabilidad disminuyó de una manera más dramática en términos de número y metabolismo celular con cementos resino-modificados como el vitremer, el vitrebond y el Ketat molar, que con los convencionales como el fuji II. (pp. 19-30)

³⁹ Rosenstiel y Fujimoto. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea*. (4ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España

⁴⁰ Rosenstiel y Fujimoto. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea*. (4ª.). Editorial Elsevier España. Reino de España

⁴¹ Restrepo, D., & Ardila, C. (2010). Reacciones adversas ocasionadas por los biomateriales usados en prostodoncia. *Avances en Odontostomatología*, 26.(1.), 19-30. [en línea]. Consultado: [12, agosto, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852010000100003&script=sci_arttext

2.8. Prótesis parcial removible.

Las prótesis removibles son aquellas que se soportan en el reborde marginal, con ayuda de retenedores. Estas son de contextura rígida, las cuales estas compuestas de una base de acrílico y retenedores metálicos, para darle una mayor estabilidad a la misma y poder realizar su función correctamente.

Según Molin y Gunne⁴² (2014) informan que:

Esta clasificación se basa en la localización de las brechas edéntulas:

Clase I. La PDPR tiene áreas edéntulas bilaterales sin pilares posteriores (brechas edéntulas a extremo libre).

Clase II. La PDPR tiene una brecha edéntula unilateral de extremo libre.

Clase III. Todas las áreas edéntulas de la PDPR están limitadas, es decir, el paciente tiene dientes remanentes a cada lado de la brecha edéntula.

Clase IV. La PDPR presenta un espacio edéntulo único en la región anterior. Si existen otras brechas edéntulas, la prótesis se clasifica como una Clase III. (pp.170, 171)

2.8.1. Protocolo de Prótesis parcial removible de cromo- cobalto

Impresión anatómica.

Indagando en la obra de Yúdice, R. R.⁴³ (2006), podemos citar que: “Es una técnica ampliamente aceptada, se basa en el registro con presión de aquellas áreas del reborde consideradas como regiones primarias de soporte, que son las más capaces de soportar las cargas masticatorias” (p. 61).

⁴² Molin, M., & Gunne, J. (2014). *Protesis removible*. Caracas.: Amolca.

⁴³ Yúdice, R. R. (2006). *Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

Modelos de estudio y diseño preliminar.

Extendiendo en la obra de Yúdice, R. R.⁴⁴ (2006) podemos citar que:

El diseño de la prótesis parcial removible debe hacerse con un enfoque biomecánico basado en la interacción de principios mecánicos en presencia de elementos biológicos, porque a través del armazón metálico de la prótesis que las fuerzas de masticación se transmiten desde los dientes artificiales hasta los dientes naturales y los rebordes alveolares residuales.

Además también es indispensable el diseño de la prótesis esté enfocado para que favorezca la higiene oral del paciente.

La academia de prostodoncia establece que el plan de tratamiento, la preparación de la boca y el diseño de la prótesis parcial removible son responsabilidad del odontólogo. Este como profesional encargado de la salud oral, es quien por los hallazgos clínicos y radiográficos conoce mejor las condiciones orales del paciente, incluyendo el estado periodontal, la proporción corona – raíz de los dientes pilares, el grado de movilidad dentaria y desplazabilidad de la mucosa que recubre los rebordes alveolares residuales, etcétera. (p.76)

Preparación de la boca.

Continuando en la obra de Yúdice, R. R.⁴⁵ (2006), podemos citar que:

La preparación de la boca de un paciente que se va a restaurar por medio de una prótesis parcial removible comprende una serie de procedimientos clínicos que se deben realizar en los tejidos duros y blandos con el objetivo de preparar para recibir una prótesis que cumpla su función, mejore la estética, y preserve la salud de los tejidos que le brindan soporte. (p.77)

Modificación de los dientes.

Investigando en la obra de Yúdice, R. R.⁴⁶ (2006), podemos citar que:

La modificación de los dientes es un procedimiento indispensable en prótesis parciales removibles debido a que frecuentemente los contornos de los dientes pilares no son los adecuados para recibir a una prótesis correctamente diseñada. La alteración del contorno de los dientes se realiza a expensas del esmalte o de una restauración existente, que tenga el un contorno y aceptación aceptable. (p.77)

⁴⁴ Yúdice, R. R. (2006). Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁵ Yúdice, R. R. (2006). Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁶ Yúdice, R. R. (2006). Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

Impresión definitiva.

Indagando en la obra de Yúdice, R. R.⁴⁷ (2006), podemos citar que:

Después de haber realizado todas las preparaciones de la boca que se indicaron en el plan de tratamiento, se procede a la toma de impresión para obtener el modelo maestro o definitivo, que es el que va a enviar al laboratorio dental para la confección de la ramazón metálico de la prótesis. (p. 97)

Modelo y diseño definitivo.

Buscando en la obra de Yúdice, R. R.⁴⁸ (2006), podemos citar que:

En el diseño de la prótesis parcial removible no hay una secuencia establecida, aunque existe una tendencia de seguir el orden siguiente:

1° Marcar la altura de contorno y tripodizar el modelo.

2° Dibujar los apoyos oclusales.

3° Dibujar los conectores menores y el conector mayor respetando la distancia que debe existir entre éste y la encía marginal.

4° Dibujar las rejillas de retención, o las bases metálicas.

5° Dibujar los retenedores directos e indirectos. (p.98)

Prueba del armazón metálico.

Indagando en la obra de Yúdice, R. R.⁴⁹ (2006) podemos citar que:

El odontólogo debe probar en el 100% de los casos el armazón metálico de la prótesis parcial removible.

La experiencia clínica de varios estudios científicos han demostrado que aunque la prótesis ajuste perfectamente en el modelo rara vez va a suceder lo mismo en la boca, por lo cual es indispensable hacer los ajustes necesarios para lograrlo.

Además, es importante señalar que el afuste adecuado de la prótesis los dientes del paciente tiene una influencia marcada en la dirección de las fuerzas ejercidas sobre el diente pilar, la membrana periodontal, los tejidos de soporte de la prótesis de extensión distal. (p.103)

⁴⁷ Yúdice, R. R. (2006). Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁸ Yúdice, R. R. (2006). Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁹ Yúdice, R. R. (2006). Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

Toma de relación céntrica.

Continuando en la obra de Yúdice, R. R.⁵⁰ (2006) podemos citar que:

Una vez que se ha logrado que el armazón metálico asiente correctamente en la boca se procede a ajustar la oclusión para que armonice con los dientes naturales.

El proceso de ajuste empieza identificando los contactos de los dientes en céntrica y en las excursiones excéntricas, para que sirvan de referencia cuando se coloque la armazón metálica en la boca. El protocolo del ajuste es lograr que la oclusión del paciente sea la mínima con o sin la armazón metálica. (p.107)

Prueba e instalación de la prótesis.

Indagando en la obra de Yúdice, R. R.⁵¹ (2006) podemos citar que:

Primero se debe evaluar el ajuste y la oclusión de la prótesis. La base y el conector mayor de la prótesis deben revisarse con algún medio que permita identificar las áreas de presión o de interferencia, para así poder realizar los ajustes necesarios. La oclusión generalmente ajustes tanto en céntrica como en lateralidad debido a que la resina para la base sufre cambios dimensionales durante el proceso de cocimiento.

Posteriormente se le debe enseñarse al paciente cómo debe colocarse la prótesis, ejerciendo presión con los dedos sobre los ganchos hasta que ésta asiente completamente, y que nunca debe hacerlo mordiendo sobre ella. (p. 108)

⁵⁰ Yúdice, R. R. (2006). Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

⁵¹ Yúdice, R. R. (2006). Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de trabajo.

Sistematización de práctica.

3.2. Métodos.

Se rehabilitó a una paciente de 50 años de edad en la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, con la finalidad de devolverle sus funciones bucodentales perdidas, para obtener un buen estado de salud oral. Se realizó el diagnóstico mediante la historia clínica odontológica 033 del Ministerio de Salud Pública (MSP), evaluando el tipo de tratamiento que se empleó según el caso requerido. (Ver Anexo 1).

Se explicó a la paciente en que consiste el estudio y los tratamientos a realizar y que será incluida solo si accede de forma voluntaria, expresado a través de la firma de un acta de consentimiento informado. (Ver Anexo 2).

Para la evaluación y tratamiento de la paciente se trabajó con un periodo de tiempo de tres meses agosto-octubre del presente año. La intervención operatoria contó con un espacio disponible en las clínicas odontológicas de la Universidad. Los tratamientos realizados siguieron un protocolo de trabajo.

Como parte adicional del diagnóstico fue necesario realizar exámenes complementarios como radiografía panorámica, radiografías periapicales en piezas con riesgo, hemograma completo. (Ver anexo n° 3)

3.3. Protocolos.

3.3.1. Protocolo periodoncia. (Ver anexo n° 4)

Eley, Soory y Manson (2012), Newman, Takei, klokkevold (2010) y Acuña, B. H. (2012). (Lindhe & Lang, 2009)

Fase de terapia causal. (Ver figura n°4)

Terapia periodontal no quirúrgica. (Ver figura n°5)

Enjuagues de Clorhexidina. (Ver figura n°6)

Utilización de pasta profiláctica profesional. (Ver figura n°7)

Aplicación de geles florados de uso profesional. (Ver figura n°8)

3.3.2. Protocolo operatoria dental. (Ver anexo n° 5).

Mooney, J. B., & Barrancos, P. J, (2011) (Rickett & Bartlett, 2013).

Tiempos operatorios- Preparación cavitaria. (Ver figura n°9)

Protocolo de restauración. (Ver figura n°10)

Terminación de la restauración. (Ver figura n°11)

3.3.2. Protocolo de exodoncia. (Ver anexo n° 6)

Chiapasco, M (2014) (Cárdenas & Aguilera, 2013)

Técnica de anestesia local. (Ver figura n°12)

Sindesmotomía. (Ver figura n°13)

Luxación. (Ver figura n°14)

Avulsión. (Ver figura n°15)

Atención postoperatoria del paciente Analgesicos. (Ver figura n°16)

3.3.3. Protocolo de endodoncia. (Ver anexo n° 7)

(Gutmann & Lovdahl, 2012) (Nageswar, 2011) (Philip, Nick, & Philip, 2009)

(Bergenholtz & Reit, 2011)

Aislamiento del campo operatorio. (Ver figura n°17)

Acceso del conducto radicular. (Ver figura n°18)

Preparación de conducto. (Ver figura n°19)

Obturación del conducto. (Ver figura n°20)

Restauración pos tratamiento endodóntico. (Ver figura n°21)

3.3.4. Protocolo de prótesis fija. (Ver anexo n° 8)

(Rosenstiel L. F., 2009) (Beumer, Gassino, & Preti, 2011)

Modelos de estudio. (Ver figura n°22)

Preparación inicial. (Ver figura n°23)

Reducción General (Ver figura n°24)

Uso del hilo retractor (Ver figura n°25)

Toma de Impresión. (Ver figura n°26)

Restauración Provisional. (Ver figura n°27)

Prueba de Metal. (Ver figura n°28)

Prueba de Biscocho. (Ver figura n°29)

Cementación. (Ver figura n°30)

3.3.5. Protocolo de prótesis removible. (Ver anexo n° 9)

Yúdice, R. R. (2006).

Impresión anatómica. (Ver figura n°31)

Modelos de estudio y diseño preliminar. (Ver figura n°32)

Preparación de la boca. (Ver figura n°33)

Impresión definitiva. (Ver figura n°34)

Modelo y diseño definitivo. (Ver figura n°35)

Prueba del armazón metálico. (Ver figura n°36)

Toma de relación céntrica. (ver figura n°37)

Prueba e instalación de la prótesis. (ver figura n°38)

3.4. Ética.

A la persona que intervino en esta rehabilitación oral integral, se le consulto su participación voluntaria se le informo en qué consistió el trabajo, así como también se le dio a conocer que la información será confidencial y solo será empleada con fines investigativos, firmando un documento de consentimiento de su participación, el cual fue firmado voluntariamente. (ver anexo n° 2)

3.5 Marco administrativo.

3.5.1. Recursos.

Humanos.

Autora.

Tutora de titulación.

3.5.2. Recursos materiales.

Campos operatorios.

Plástico para embalar.

Caja de guantes.

Caja de mascarillas.

Caja de anestésicos.

Caja de agujas.

Suero fisiológico.

Hipoclorito de sodio.

Torundas de algodón.

Paquete de gasas.

Cepillos profilácticos.

Pasta profiláctica.

Flúor.

Cubetas para flúor.

Dique de goma.

Limas para endodoncia.

Espaciadores.

Material de relleno de conducto.

Conos de papel.

Conos de gutapercha.

Acido grabador.

Bondi.

Resinas de diferentes tonos.

Aplicadores.

Ionómero.

Bandas y lijas.

Yeso.

Materiales de impresión.

Cera.

Soplete.

Instrumentos de diagnóstico.

Instrumentos de aislamiento absoluto.

Instrumentos de periodoncia.

Instrumentos de cirugía.

Instrumentos de endodoncia.

Instrumentos de operatoria dental.

Instrumentos de prótesis parcial removible.

Hojas de papel.

Esferos.

Lápiz de bicolor.

Borrador.

Textos.

3.5.3. Recursos tecnológicos.

Computador.

Impresora.

Cámara.

CD.

Pendrive.

Copias.

3.5.4. Recursos económicos. (Ver anexo nº 9).

3.5.5. Cronograma. (Ver anexo nº 10).

CAPITULO IV.

4. Resultados.

La rehabilitación oral integral del paciente presenta encías saludables, gracias a la profilaxis y técnicas de cepillado que se le explicaron para mejorar su higiene, muestra un tono rosado en las encías, no hay presencia de sangrado gingival a la exploración, refiere no sangrar al cepillar los dientes y al comer. El grosor de la encía es delgada, y presenta normal punteado, se puede notar levemente que se ha detenido el proceso de retracción gingival. (Ver anexo n° 11)

Una vez que se extrajeron las piezas números 18, 17, 16, 14, 31, 41 y 42, no presento inconveniente. En el postoperatorio no hubo presencia de infección, su cicatrización fue exitosa, los rebordes alveolares se encuentran normales (ver anexo n° 12)

Las molestias dentarias causadas por un absceso periapical crónico en las pieza números 35 que cedió en su totalidad gracias al tratamiento de necropulpectonia realizado respectivamente, esta pieza dentaria no presentaba movilidad ya que han sido examinada después del tratamiento endodóntico, además para la recuperación de la estética se le colocó corona de metal – porcelana en dicha pieza. (Ver anexo n° 13)

Se restauraron las piezas dentales números 25, 26, 35, 34 que presentaron caries que comprometía la cara oclusal, se terminó la restauración con el uso de resinas. En la pieza número 24 se realizó una preparación cavitaria clase II. Todas estas

restauraciones fueron hechas con resinas de fotocurado no presentan molestia para el paciente, se realizó control oclusal. (Ver anexo n° 14)

En base al diagnóstico de rehabilitación oral integral se fabricaron prótesis parciales removibles de cromo- cobalto superior e inferior para dar mayor armonía y estabilidad ante las cargas oclusales en el sector posterior. Ya que las piezas a reemplazar son de estos sectores son las que llevan la función del acto masticatorio. (Ver anexo n° 15)

Con la rehabilitación oral integral de la paciente se devolvió sus funciones, estética, fonética y masticatorias, además de brindarle más seguridad confianza y elevar su autoestima, al punto de mejorar su relación con las personas en su entorno. (Ver anexo n° 16)

Anexo N° 1

Historia Clínica del Ministerio de Salud 033.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE TUMBURAY
CARRERA DE ODONTOLÓGICA

NOMBRE: Fajardo, Pascuala APELLIDO: Godoy SEXO: F EDAD: 50 T. 50033

1 MOTIVO DE CONSULTA: Quiero sacar las dentas

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: Pateo sistematica

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: No Refiere antecedentes

4 SIGNOS VITALES: PRESION ARTERIAL 120/80 FRECUENCIA CARDIACA 63 TEMPERATURA 36.5 F. RESPIRATORIA 19

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO: Sin Patologia Aparente.

6 ODONTOGRAMA: (Diagrama de dientes con marcas de movilidad y recesión)

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS			
16	17	X	55	1	1	1
11	21		51	-	-	-
26	X	27	65	1	1	1
16		37	75	-	-	-
1	X	41	71	1	1	1
6		47	85	-	-	-
TOTALES				3	3	3

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	15	16	0	31
d	-	-	-	-

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- *rojo SELLANTE NECESARIO
- *azul SELLANTE REALIZADO
- X rojo EXTRACCIÓN INDICADA
- X azul PÉRDIDA POR CARIES
- U PÉRDIDA (OTRA CAUSA)
- △ ENDODONCIA
- (—) PRÓTESIS Fija
- (—) PRÓTESIS REMOVIBLE
- azul OBTURADO
- rojo CARIES
- PRÓTESIS TOTAL
- ◻ CORONA

ODONTOLÓGICA

Anexo N° 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Paciente de 50 años de edad de sexo femenino ingresa a las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo con la finalidad de recibir un tratamiento. Con la autorización de la paciente se realizó una historia clínica con formato del Ministerio de Salud Pública 033.

La cual da como resultado presencia de caries, restos radiculares y espacios con ausencia de dientes, se le informa el diagnóstico a la paciente, explicando que el periodo para concluir su rehabilitación oral integral es de aproximadamente 3 meses.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en la rehabilitación pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

_____ / ____ / _____

Firma del participante

día mes año

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación. Dejando claro en todo momento que la participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Hemos contestado a las preguntas en la medida de lo posible y hemos preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Estudiante de odontología.

Anexo N° 3 Exámenes Complementarios.



Figura N° 1 Radiografía panorámica.

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO
ARCANGEL
 Dr. Calle 12 de Marzo y Rocafuerte frente al Hospital Dr. Venâncio Cevallos Ballea
 L.c. Maria Jose Juverde
 Telf: 0992789605

Paciente: LUCAS PISCO FERMINA Fecha: 12/08/2015
 Médico: Edad: 50 Años

EXAMEN DE SANGRE
Bioquímica Hemática completa

	Resultado	unidades	valores referenciales
Hemates	4050.000	xmm3	
Hematocrito	38	%	
Hemoglobina	12.4	g/100ml	(12-16)
H.C.M.	30.3	pg	(27-34)
V.C.M.	92.7	f	(90-95)
C.M.H.C.	32.6	g/dl	(30-37)
Leucocitos	6.800	xmm3	4.400 - 9.800

Formula leucocitaria

N. Cuyados	0	%	
N. Segmentados	63	%	40 - 75
Linfocitos	32	%	20 - 43
Monocitos	3	%	3 - 12.5
Eosinófilos	2	%	0 - 5
Basófilos	0	%	0 - 1
L. Atípicos	0	%	
Plaquetas	230.000	xmm3	(150.000 - 450.000)

D. Ma. J. Juverde
 LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO
 TEL: 0992 789605

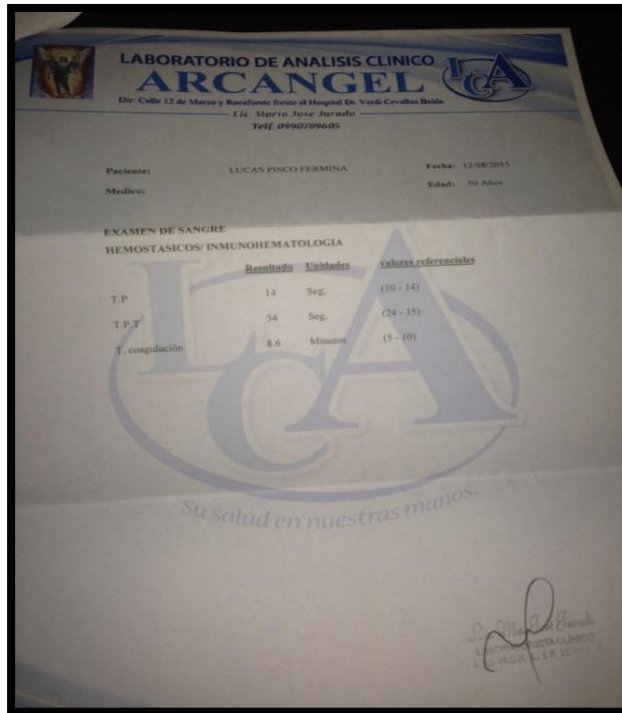


Figura N° 2 Hemograma Completo.
Anexo N°4Protocolo de Periodoncia.



Figura n°3 Fase de Terapia causal.



Figura nº4. Terapia periodontal no quirúrgica.



Figura nº5. Enjuagues de Clorhexidina.

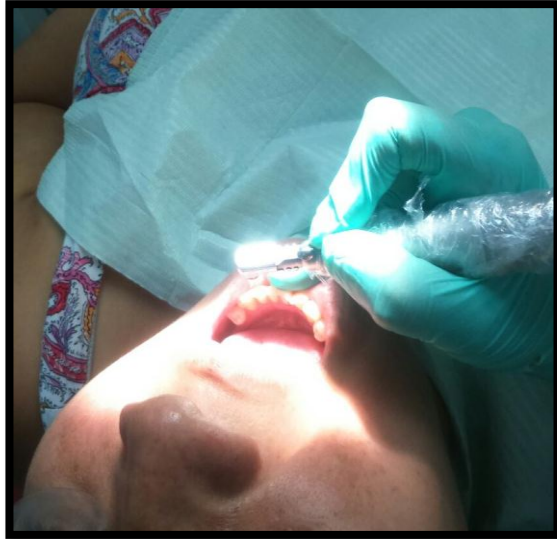


Figura n°6. Utilización de pasta profiláctica profesional.



Figura n°7. Aplicación de geles florados de uso profesional.

Anexo n° 5. Protocolo operatoria dental.



Figura n° 8 Tiempos operatorios- Preparación cavitaria.





Figuras n°9. Protocolo de restauración.



Figuras n°10. Terminación de la restauración.

Anexo n° 6. Protocolo de cirugía.



Figura n° 11 Técnica anestésica.



Figura n° 12 Sindesmotomía.



Figura n° 13 Luxación.



Figura n° 14 Avulsión, Irrigación y Curetaje.

AUTORIZACIÓN		
Hoy 10 de Agosto de 2015 autorizo al alumno/a <u>Elva Helena Romero</u> para que realice la exodoncia de la pieza dental N° <u>15-14</u> . Bajo mi responsabilidad. <u>Felmina LUCA</u> Firma del paciente o representante	Hoy 22 de Agosto de 2015 autorizo al alumno/a <u>Elva Helena Romero</u> para que realice la exodoncia de la pieza dental N° <u>34</u> . Bajo mi responsabilidad. <u>Felmina LUCA</u> Firma del paciente o representante	Hoy 22 de Agosto de 2015 autorizo al alumno/a <u>Elva Helena Romero</u> para que realice la exodoncia de la pieza dental N° <u>41</u> . Bajo mi responsabilidad. <u>Felmina LUCA</u> Firma del paciente o representante
Hoy 22 de Agosto de 2015 autorizo al alumno/a <u>Elva Helena Romero</u> para que realice la exodoncia de la pieza dental N° <u>42</u> . Bajo mi responsabilidad. <u>Felmina LUCA</u> Firma del paciente o representante	Hoy de de 20 autorizo al alumno/a para que realice la exodoncia de la pieza dental N° Bajo mi responsabilidad. Firma del paciente o representante	Hoy de autorizo al alumno/a de 20 para que realice la exodoncia de la pieza dental N° Bajo mi responsabilidad. Firma del paciente o representante

Figura n° 15 Atención postoperatoria del paciente Analgésicos.

Anexo n° 7. Protocolo de endodoncia.

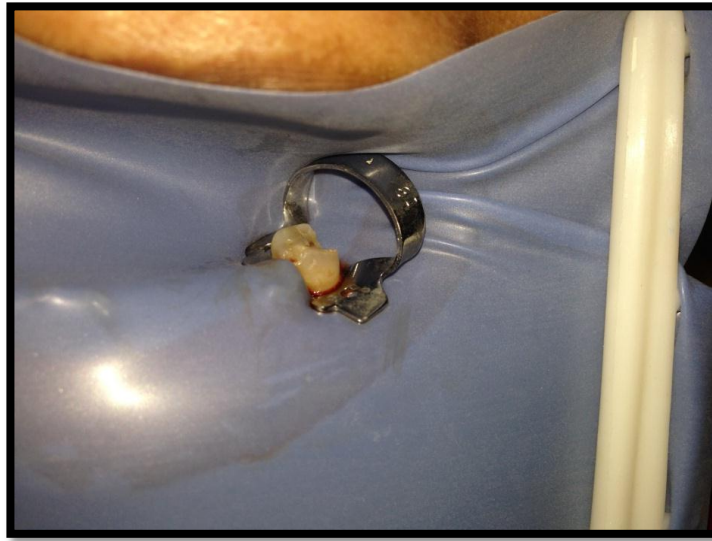


Figura n° 16 Aislamiento del campo operatorio.



Figura n° 17 Acceso del conducto radicular.

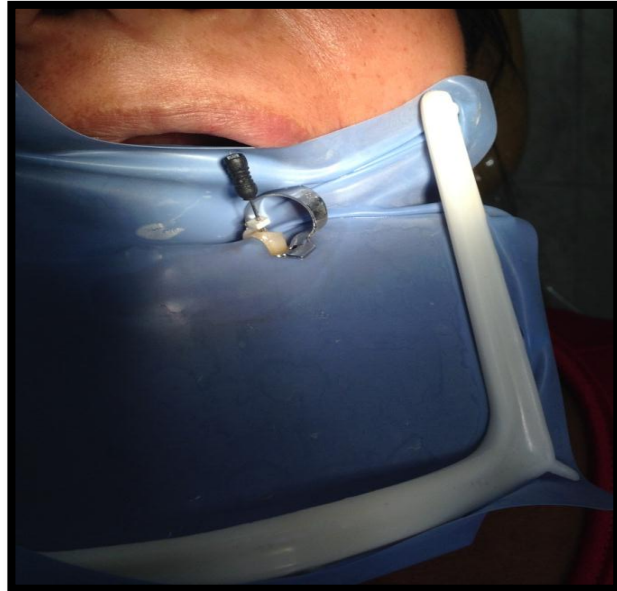
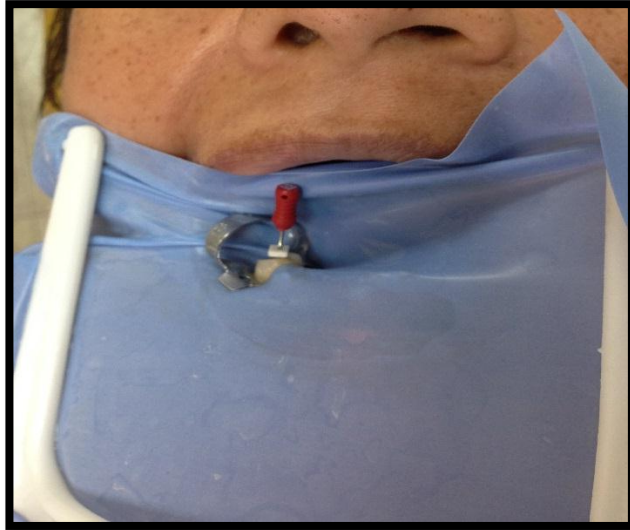


Figura n° 18 preparaciones del conducto.

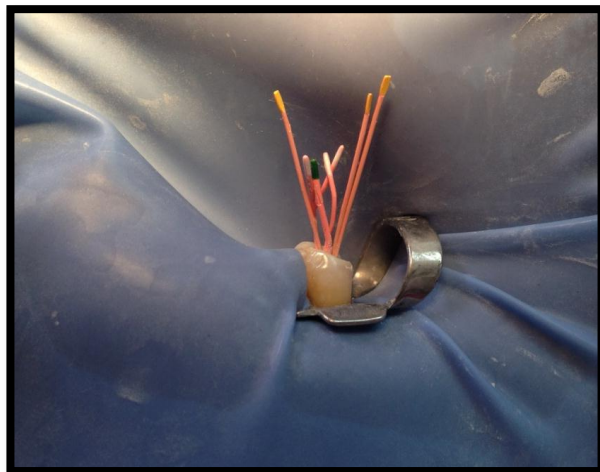
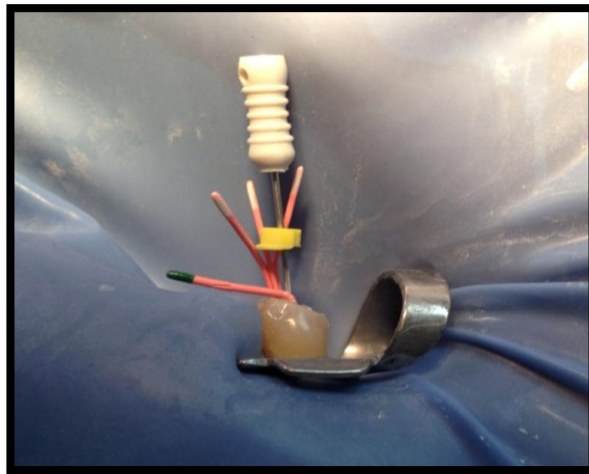
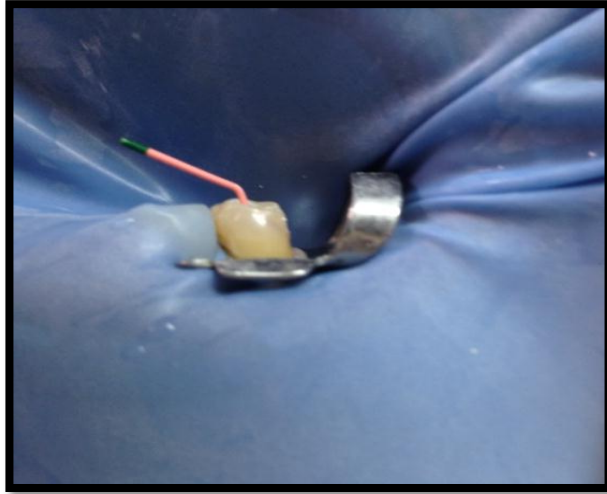


Figura n° 19 Obturación del conducto

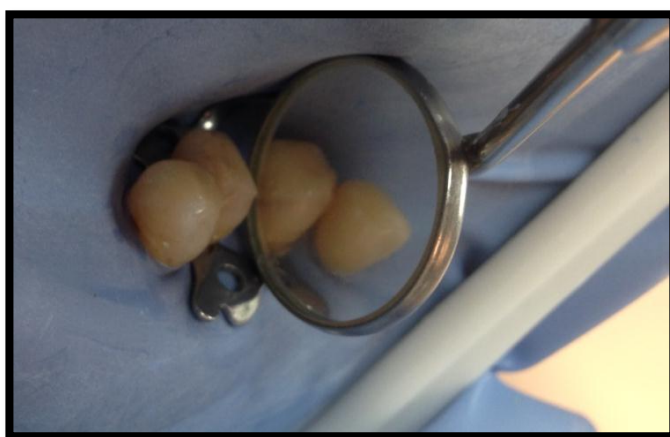
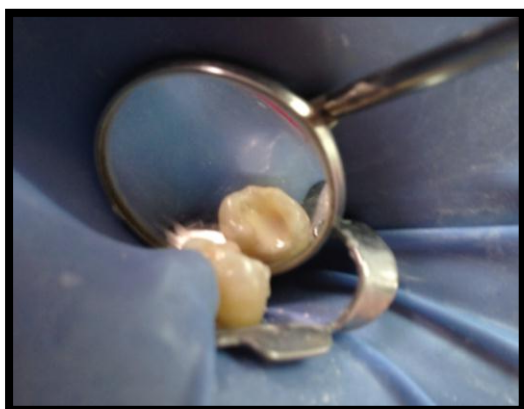


Figura n° 20 Restauración Post-Tratamiento Endodóntico

Anexo n° 8. Protocolo de prótesis fija



Figura n° 21 Modelos de Estudio



Figura n° 22 Preparación inicial

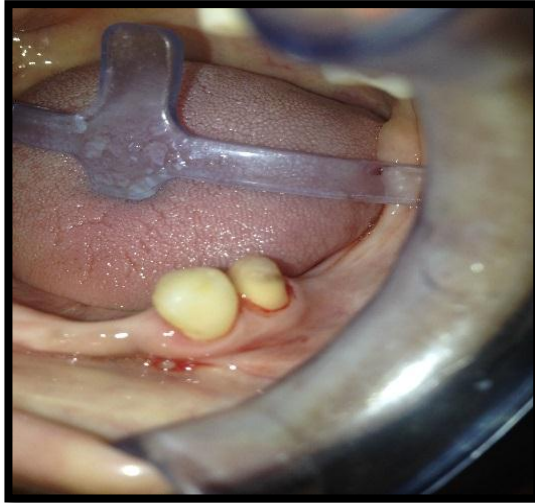


Figura n° 23 Reducción General

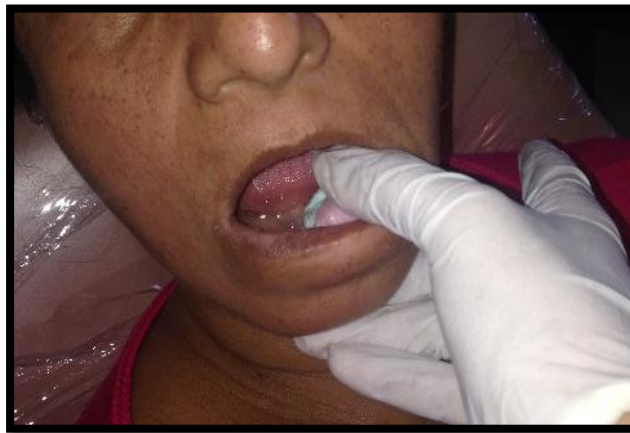


Figura n°24 Toma de Impresión.



Figura n°25 Restauración Provisional.



Figura n°26 Prueba de Metal.



Figura n°27 Prueba de Biscocho.



Figura n°28 Cementación.

Anexo n° 9. Protocolo de Prótesis Removible



Figura n°29 Impresión para modelo maestro.



Figura n°30 Registro de Mordida.



Figura n°31 Prueba delos dientes artificiales en cera.

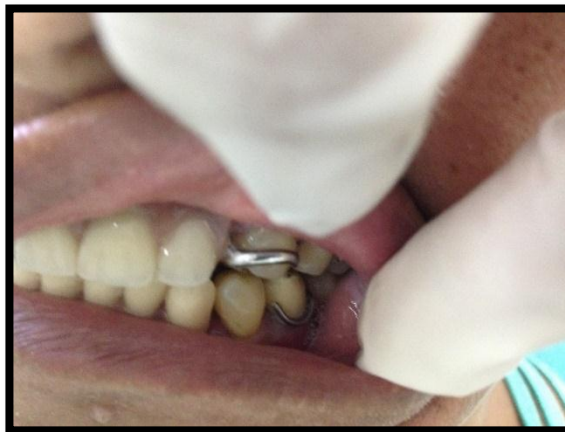


Figura n°32 Prueba e instalación de la prótesis.

Anexo n° 9 Presupuesto

Cantidad	Material	Precio Unitario	Precio Total
1	Pasta Profiláctica	\$4,00	\$4,00
1	Cepillo Profiláctico	\$0,25	\$0,25
1	Cubeta Desechable Para Flúor	\$0,50	\$0,50
1	Flúor	\$6,50	\$6,50
1	Suero Fisiológico	\$3,50	\$3,50
1	Paquete de Gasas	\$1,50	\$1,50
7	Jeringa Descartable De 10ml	\$0,10	\$0,70
7	Anestésico	\$0,50	\$3,50
7	Aguja Para Carpule	\$0,15	\$1,05
1	Limas K – Files de 1ra. Serie	\$7,00	\$7,00
1	Hipoclorito De Sodio	\$5,00	\$5,00
1	Fresa Redonda	\$2,00	\$2,00
1	Conos De Papel	\$7,00	\$7,00
1	Conos De Gutapercha	\$7,00	\$7,00
1	Selapex	\$28,00	\$28,00
1	Coltosol	\$10,00	\$10,00
1	Paquete de Torundas De Algodón	\$0,50	\$7,00
1	Caja De Diques De Goma	\$0,50	\$19,00
1	Paquete De Succionador	\$0,05	\$5,00
3	Agujas Navitive	\$3,00	\$9,00
1	Limas Hedstrom	\$7,50	\$7,50
1	Porción de Resinas	\$15,00	\$15,00
1	Ionomero De Vidrio de fotocurado	\$4,00	\$4,00
1	Fresa Cilindrica	\$1,50	\$1,50
1	Fresa Cono Invertido	\$1,50	\$1,50
1	Fresa Troncoconica	\$1,50	\$1,50
1	Fresa Alpina	\$2,00	\$2,00
1	Alginato	\$7,00	\$7,00
2	Yeso Extra Duro	\$1,50	\$1,50
1	Yeso Modelo	\$1,50	\$1,50
1	Fresa De Balón	\$1,00	\$1,00
1	Fresa De Llama	\$1,00	\$1,00
1	Hilo Retractor	\$8,00	\$8,00
1	Porción de material de impresión Pesado (Exaflex)	\$10,00	\$10,00
1	Porción de material de impresión Liviano (Exaflex)	\$5,00	\$5,00
1	Acrílico En Polvo Rapido	\$0,60	\$0,60
1	Acrílico Liquido Rápido	\$0,60	\$0,60
1	Plaqueta Dientes Artificiales Posteriores	\$1,70	\$1,70
2	Cera	\$0,50	\$0,50
2	Rodetes De Cera	\$0,60	\$0,60
1	Coronas de Metal-Porcelana	\$50,00	\$50,00

1	Prótesis Parcial Superior	\$75,00	\$75,00
1	Prótesis Parcial Inferior	\$75,00	\$75,00
1	Caja de guantes	\$8,85	\$8,85
1	Caja de mascarilla	\$5,00	\$5,00
1	Porción de cemento para coronas	\$5,00	\$5,00
1	Paquete de Radiografías Peri Apicales	\$30,00	\$30,00
2	Radiografía Panorámica	\$15,00	\$30,00
20	Paquete Campos Operatorios	\$20,00	\$20,00
20	Gorros Desechables	\$1,00	\$20,00
2	Líquidos Reveladores – frascos	\$2,50	\$5,00
100	Impresión – hojas	\$0,05	\$5,00
200	Copias	\$0,02	\$4,00
2	Bolígrafos	\$1,00	\$1,00
1	Hojas De Papel – Resma	\$4,00	\$4,00
1	Lápiz Bicolor	\$1,00	\$1,00
1	Borrador	\$0,50	\$0,50
3	Anillado	\$1,00	\$3,00
	Subtotal.		\$572,70
	Impre vistos.	10%	\$57,27
	Total.		\$629,97

Anexo n° 10

CRONOGRAMA DE TITULACIÓN

PERIODO MARZO-AGOSTO 2015

Semana	Fecha	Número de Horas			
		Tutorías Metodológicas	Praxis Profesional	Tutoría Personalizada	Actividades
1	16-17 Abril 2015	5			Talleres presenciales
2	20-24 Abril 2015	10			Talleres presenciales
3	27-30 Abril 2015	10			Talleres presenciales
4	4-8 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
5	11-15 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
6	18-22 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
7	25-29 Mayo 2015	10			Talleres presenciales
8	1-5 Junio 2015	10			Talleres presenciales
9	8-12 Junio 2015	10			Talleres presenciales
10	15-19 Junio 2015	10			Talleres presenciales
11	22-26 Junio 2015	10			Talleres presenciales
12	29 Junio-3 Julio 2015	10			Talleres presenciales
13	6-10 Julio 2015	5	5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales

14	13-17 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
15	20-24 Julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
16	27-31 julio 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
17	3-7 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
18	10-14 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
19	17-21 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
20	24-27 agosto 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
21	31 agosto- 4 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
22	7-11 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
23	14-18 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
24	21-25 septiembre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
25	28 sept. -2 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
26	5-8 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
27	12-16 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
28	19-23 octubre 2015		5	10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
29	26-30 octubre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales

30	9-13 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
31	16-20 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
32	23-27 noviembre 2015			10	Talleres presenciales Trabajo con paciente en clínicas integrales
TOTAL DE HORAS		120	80	200	

Anexo n° 11 Profilaxis

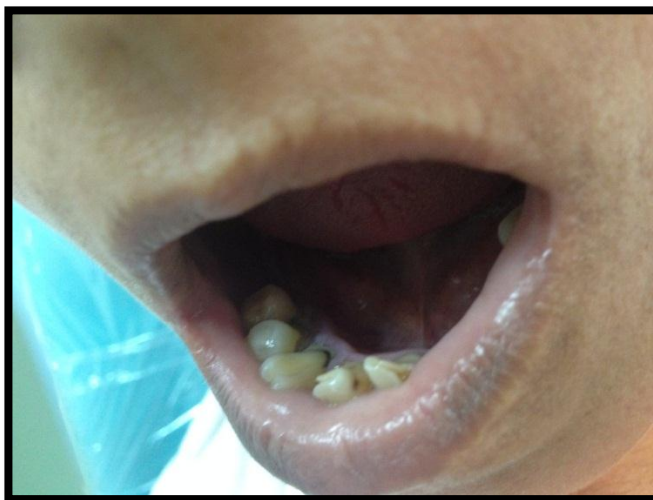


Figura n°. 33. Antes

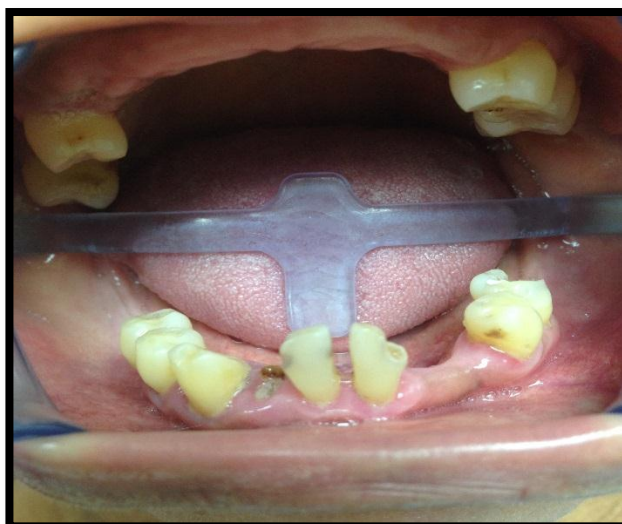


Figura n°. 34 después

Anexo n° 12 Extracciones



Figura n° 35 Antes



Figura n° 36 Después

Anexo n° 13 Tratamiento de biopulpectomia



Figura n° 37 Antes



Figura n° 38 Después

Anexo n° 14 Restauraciones



Figura n° 39 Antes



Figura n° 40 Después

Anexo n° 15 Prótesis Parcial Removible

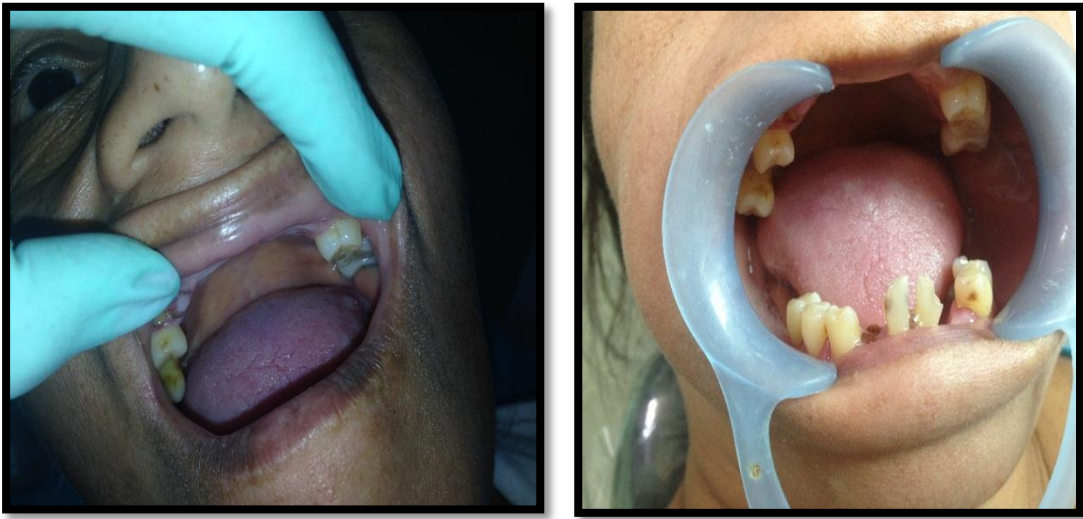


Figura n° 41 Antes



Figura n° 42 Después

Anexo n° 16 Resultado Final.

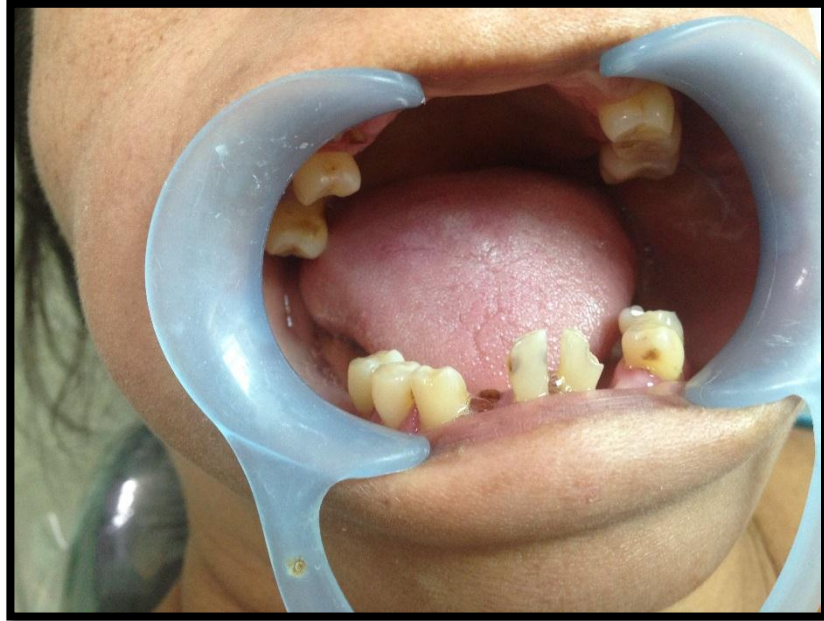


Figura n° 43 Antes



Figura n° 44 Después

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, B. (2012). *Clinica de Sano en Oodontologia* (4 ed.). Bogota, Republica de Colombia : Ecoe Ediciones.
- Barrancos, M. (2011). *Opeatoria Dental Integración clinica* (4 ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Bassi, F., & Schierabo, G. y. (2011). *Rehabilitacion Protetica - Protisis parcial removible* . Venezuela : Amolca.
- Bergenholtz, G., & Reit, C. (2011). *Endodoncia* (2 ed.). Mexico : El Manual Moderno .
- Bergenholtz, G., Horsted - Bindslev, P., & Reit, C. (2011). *Endodoncia* (2da. ed.). Mexico: El Manual Moderno.
- Beumer, J., Gassino, G., & Preti, G. (2011). *Rehabilitacion Protetica*. Venezuela: Amolca.
- Cárdenas, A. P., & Aguilera, F. S. (2013). *Tecnicas de ayuda Oodontologica y Estomatologica* (2 ed.). Madrid, Reino de España: Paraninfo.
- Chiapasco, M. (2014). *Tacticas y tecnicas en Cirugia Oral*. Venezuela : Amolca.
- Cohello, G., Moreno, s., & Falcon, A. (abril - junio de 2011). Estética en prótesis removibles. *Revista Cubana de Estomatologia* . Recuperado el 12 de noviembre de 2015, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200011

- Dale, A. (2002). *Odontología Estética: Una aproximación clínica a las técnicas y los materiales*. (2a. ed.). España: Elsevier . Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=0S-GeZwbBegC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Desarrollo, S. N. (2013). Plan Nacional de desarrollo/Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017. *Senplades*. Obtenido de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
- Donado, M., & Martínez, J. (2014). *Cirugía bucal. patología y técnica*. Barcelona.: Elsevier.
- Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6. ed.). Barcelona.: Elsevier.
- Enrile de Rojas, F., & Fuenmayor Fernández, V. (2009). *Manual de Higiene bucal*. Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=__8Xco483NgC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
- Escoda, C., & Berini, L. (2011). *Cirugia Bucal*. Madrid : Ergon.
- Escuin, T. (2005). *Prótesis Dental I: guía de práctica*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Gallarreta, P., & Kobayashi, A. (2007). Estudio comparativo de la exactitud dimensional de tres materiales de impresión elastoméricos utilizados con y sin aplicación de adhesivos en prótesis fija. *Estomatol. Herediana.*, 17.(1.), 5-10.
- Gay, C., & Berini, L. (2004). *Tratado de Cirugía bucal*. Majadahonda.: Ergon.

- Gutmann, J., & Lovdahl, P. (2012). *Solucion e Probelemas en Endodoncia Prevencion, dentifcacion y tratamiento* (5 ed.). Reino de España: Elseiver.
- Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W., & Sanz, M. (2014). *Periodoncia e Implantologia dental de Hall Toma de Decisiones*. Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V.
- Herrera DR, K.-J. C.-V. (2010). Clorhexidina como alternativa para maximizar la longevidad de restauraciones adhesivas. *estomatol Herediana*, 20(2), 78-84. Obtenido de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1763/1783>
- Kenneth M. Hargreaves, S. C. (2011). *Vias de la Pulpa* (Decima ed.). España: ELSEVIER. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=6DKUoWfGonQC&printsec=frontcover&dq=tratamiento+de+endodoncia+en+molares&hl=es&sa=X&ei=4dknVYbDBozXggT9oIHw&redir_esc=y#v=onepage&q=tratamiento%20de%20endodoncia%20en%20molares&f=false
- Lamas Lara, C., Paez Fernandez, J. J., Paredez Coz, G., Angulo de la Vega, G., & Cardoso Hernández, S. (2012). Rehabilitacion Integral en Odontologia. *Odontologia SanMarquina*, 15(1), 31-34. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a09v15n1.pdf
- Langlais, R. P. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales* (4ta. ed.). Mexico: El manual moderno. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=RXfLCQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

- Lima, G., & López, E. (2012). Técnicas de Montaje de Dientes en Prótesis. *Bolivianas.*, 24., 1164-1169.
- Lindhe, J., & Lang, N. (2009). *Periodontologia clinica e implantologia odontologica* (5ta. ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=69zuJ1qspGwC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Mallat, E., & Mallat, S. (2004). *Prótesis parcial removible y sobredentaduras*. Madrid.: Elsevier.
- Marin, G., Fernandez, R., & Masson, R. (2005). Registro de mordida. Algunas consideraciones. *Cubana de Estomatología.*, 42.(2.), 0-0.
- Martínez, A. (2009). *Anestesia bucal. Guia practica*. Buenos Aires.: Panamericana.
- Martínez, F., Pradies, G., Suarez, M., & Rivera, B. (2007). Cerámicas dentales: clasificación y criterios de selección. *Scielo.*, 12.(4.), 253-263.
- Milleding, P. (2013). *Preparacion para Protesis Fija*. Republica Boliviana de Venezuela: Amolca.
- Molin, M., & Gunne, J. (2014). *Protesis removible*. Caracas.: Amolca.
- Nageswar, R. (2011). *Endodoncia Avanzada*. Venezuela: Amolca.
- Negroni, M. (2009). *Microbiologia Estomatologica. Funda,emtos y guía práctica*. (2a. ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Newman, M., Takei, H., klokkevold, P., & F, C. (2010.). *Caranza Periodoncia Clinica*. (Decima. ed.). Mexico.: Elseiver.

- Newman, T. K. (2014). *Periodontologia Clinica de Carranza* (11a. ed.). New York: AMOLCA.
- Nocchi Conceição, E. (2008). *Odontología restauradora: salud y estetica* (2da ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Oliver, A. C., & Colaboradores., C. P. (2006). *ATS/DUE del Servicio Gallego de Salud*. (Vol. 1). España: Mad.
- Palma Cárdenas, A., & Sánchez Aguilera, F. (2007). *Técnicas de Ayuda Odontologica y Estomatologica*. (1era. ed.). Madrid: Thomson Paraninfo. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Pegoraro, L. (2001). *Protesis Fija* (1 ed.). Republica Federativa del Brasil: Artes Medicas.
- Perez, S. (2008). Consideraciones para la toma de impresión de prótesis sobre implantes. *Scielo.*, 46.(3.), 370-374.
- Philip, L., Nick, A., & Philip, T. (2009). *Practica Clinica de Endodoncia*. Madrid: Ripano Editorial Medica.
- Rendón, R. (2006). *Prótesis Parcial Reemovible, Conceptos Actuales, Atlas de Diseño*. Buenos Aires.: Panamericana.
- Restrepo, D., & Ardila, C. (2010). Reacciones adversas ocasionadas por los biomateriales usados en prostodoncia. *Avances en Odontoestomatología.*, 26.(1.), 19-30.

- Rickett, D., & Bartlett, D. (2013). *Odontología Operatoria Avanzada un Abordaje Clínico*. Venezuela , Republica Boliviana: Amolca.
- Rosenstiel, L. F. (2009). *Protesis Fija Contemporanea* (4ta ed.). Barcelona: ELSEVIER. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=tNi4_VR1tvIC&printsec=frontcover&dq=coronas+de+metal+porcelana&hl=es&sa=X&ei=bxQvVb-EKuKIsQSM04CICA&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=coronas%20de%20metal%20porcelana&f=false
- Rosenstiel, S., Land, M., & Fujimoto, J. (2009). *Prótesis Fija Contemporanea* (4 ed.). Barcelona: Elsevier.
- Torabinejad, M., & Walton, R. (2010). *Endodoncia. principios y practicas*. (4 ed.). Barcelona.: Elsevier.
- Vargas, C. B. (Septiembre de 2008). Desinfectantes cavitarios y adhesión a dentina. *Odontología Vital*, 9(1), 44-47. Obtenido de <https://my.laureate.net/Faculty/docs/Faculty%20Documents/OdontoFINALRespaldo%209.pdf#page=45>
- Yudice, R. R. (2006). *Protesis Parcial Removibles: Conceptos actuales, atlas de diseño*. Ciudad de Mexico, Estados Unidos Mexicanos: Editorial Medica Panamericana .