



**CARRERA DE ODONTOLOGÍA.**

Trabajo de Titulación.

Tema.

**Rehabilitación Oral de una paciente diabética con presencia de restos radicales. Periodo abril-julio 2015.**

Autora.

María Vanessa Cevallos Villamar.

Tutora.

Od. Jessica García Loor.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí –República Ecuador

2015

## **CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA DE SINTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS.**

Od. Jessica Valentina García Loor, certifica que la Sistematización de Practicas titulado: Rehabilitación oral de una paciente diabética con presencia de restos radiculares en el período Abril - Julio 2015, es trabajo original de la estudiante Maria Vanessa Cevallos Villamar, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Od. Jessica Valentina García Loor.

Tutora.

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.**

Tema.

Rehabilitación Oral de una paciente diabética con presencia de restos radiculares en el período abril - julio 2015.

El trabajo de Sistematización de Practicas, es sometido a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la:

Obtención Del Título De Odontóloga.

Tribunal.

\_\_\_\_\_  
Dra. Lucía Galarza Santana. Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

\_\_\_\_\_  
Od. Jessica Valentina García Loor.

Tutora.

\_\_\_\_\_  
Od. Angélica Miranda Mg. Gs.

Miembro Tribunal.

\_\_\_\_\_  
Dra. Luz Amarilis Martin Moya MSc.

Miembro Tribunal.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA.**

La responsabilidad de la Sistematización de prácticas, argumentos, análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo, titulado: Rehabilitación oral de una paciente diabética con presencia de restos radiculares, en el período abril - julio 2015, corresponde exclusivamente a la autora, y los derechos de autoría de la tesis son propiedad de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

---

María Vanessa Cevallos Villamar.

Autora.

## **AGRADECIMIENTO.**

Agradezco en primer lugar a Dios, y porque no hacerlo si Él me ha iluminado y fortalecido, para emprender este camino hacia el éxito.

A mis compañeros de estudio, que son más que eso, son mis amigos, casi hermanos, con quien he convivido estos años de estudios en esta Institución, compartiendo alegrías y penas, chistes, festejos, trabajos y juegos, quien más que ustedes, son parte de mi proyecto, por cada palabra expresada en estos días, dándonos confianza y apoyo de que todo saldrá bien. Los quiero, gracias por todo.

Por último, a una persona que es la parte fundamental en mi vida, que es la fortaleza echa persona, quien verdaderamente se merece este Esfuerzo que hoy es hecho realidad. Que siempre ha estado ahí. Mi madre.

Dios la bendiga por siempre, por confiar en mí, por tener esa paciencia de guiarme, esa fortaleza para enfrentar mis errores, por ese gran amor que brota de forma espontánea por mí y mis hermanos, ese brillo que se refleja en sus ojos cuando nos ve triunfar.

Gracias por todo.

María Vanessa Cevallos Villamar.

## **DEDICATORIA.**

Dedico todo este esfuerzo a Mi Mamá, porque ella ha estado siempre ahí, apoyarme en los momentos más difíciles de todo mis estudio. Ella que siempre me brindo su mano las veces que fuesen necesarias, la que a veces no dormía por pensar en cómo hacer, para no quedarme atrás y seguir, a ella la que me enseñó que sea cual fuese las pruebas siempre tenía que seguir adelante con mi meta.

La que me dio su compañía incondicional en momento de buscar pacientes para seguir llenándome de conocimientos y sobre todo de grandes pruebas en las clínicas de la Universidad. Pero que grandes pruebas, pruebas que no olvidaré, esas las que hoy han hecho de mí una gran persona y profesional.

Le dedico esto a Mami María Villamar. Por todo ese sacrificio que realizo y hoy ve sus frutos, y se lo merece. Te amo.

María Vanessa Cevallos Villamar.

## **RESUMEN.**

Paciente femenino de 39 años, con antecedentes de, Diabetes Mellitus, con tratamiento de Glibenclamida 5mg con dosis de 2 tabletas diaria, una por la mañana y otra por la noche. Fue atendida en las clínicas de odontología de la universidad San Gregorio de Portoviejo.

Se le realizó las extracciones de varios restos radiculares, controlando su glucosa, y la cicatrización de sus encías, como la paciente es controlada no se presentó infección en sus heridas. Al realizar las extracciones se inició desde el sector posterior hasta terminar con el sector anterior.

Después de haber culminado con todas las extracciones, se realizó tratamientos de conductos a las piezas que se mantendría en boca, con sus respectivas coronas para devolverle la, morfología y estética.

Se hizo un levantamiento de colgajo para la extirpación de un quiste apical, que se presentaba desde antes de realizar la rehabilitación, pero que disminuyó después de haber eliminado los focos infecciosos.

La paciente agradecida se retiró de la clínica después de entregarle su prótesis removible, que le devolvió la confianza, y sobre todo la estética, funcionalidad y fonética.

Palabras clave: rehabilitación oral, exodoncias, paciente diabética.

## **ABSTRACT.**

In dental clinics of the University San Gregorio de Portoviejo it was treated one female patient, 39 years old with a history of Diabetes Mellitus including treatment of 5mg glibenclamide with doses of two tablets daily, one in the morning and one at a night.

Several extractions of radicular remains were performed while glucose and gum healing of the patient were under control thus there was no infection in her wounds. The extractions were started from the posterior sector to end up with the anterior sector.

After having completed all the extractions, root canals to the parts located in the mouth with their respective crowns to restore the morphology and aesthetics were conducted.

A lifting flap for removal of an apical cyst which appeared prior to rehabilitation but decreased after elimination infectious foci, was carried out.

After receiving her removable prosthesis the grateful patient reported that this device had restored her aesthetics, functionality, phonetics and confidence.

Keywords: Oral rehabilitation, rehabilitaci3n oral, extraction, diabetic patient.



## ÍNDICE.

Certificación de la tutora de sistematización de prácticas.	I
Certificación de tribunal examinador.	II
Declaración de autora.	III
Agradecimiento.	IV
Dedicatoria.	V
Resumen.	VI
Abstract.	VII
Introducción.	
Capítulo I.	
1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Planteamiento de problema.	2
1.3. Delimitación.	3
1.4. Justificación.	4
1.5. Objetivo.	5
1.5.1. Objetivo general.	5
Capítulo II.	
2. Marco teórico referencial y conceptual.	6
2.1. Historia clínica.	6
2.1.1. Antecedentes patológicos personales y familiares.	6
2.1.2. Examen físico general.	7
	IX

2.1.3. Examen físico regional.	7
2.1.4. Examen complementario.	9
2.1.5. Diagnóstico definitivo.	10
2.2. Rehabilitación integral.	10
2.3. Periodoncia en paciente diabético.	10
2.3.1. Placa bacteriana.	11
2.4. Operatoria dental.	12
2.4.1. Protocolo	13
2.5. Endodoncia.	15
2.5.1. Pulpitis.	16
2.5.2. La endodoncia consta básicamente.	17
2.5.3. Apertura coronaria.	19
2.5.4. Localización y preparación de la entrada del conducto radicular.	19
2.5.5. Preparación del conducto radicular.	19
2.5.6. Obturación del conducto radicular.	20
2.6. Prótesis fija metal-porcelana.	20
2.6.1. Método e separación gingival en prótesis fija.	23
2.7. Extracción de restos radiculares en un paciente con diabetes.	24
2.7.1. Instrumental básico para una exodoncia simple.	26
2.7.2. Tipos de exodoncias.	27
2.8. Quiste apical.	27
2.9. Prótesis parcial removible.	29
2.9.1. Registro de mordida.	30
2.9.2. Preparación de rollo.	30
2.9.3. Selección de color.	30

3.	Diabetes mellitus.	31
Capítulo III.		
3,	Marco metodológico.	33
3.1.	Modalidad de trabajo.	33
3.2.	Métodos.	33
3.3.	Ética.	34
3.4.	Marco administrativo.	35
3.5.	Cronograma.	36
Capítulo IV.		
4.	Resultados.	37
	Anexos.	39
	Bibliografías.	

## **INTRODUCCIÓN.**

La salud oral juega un papel importante en la calidad de vida de las personas, con problema sistémicos, la rehabilitación oral es una especialidad dentro de la odontología, que está encaminada a devolver las funciones de la cavidad bucal al paciente, con el propósito de brindarles la educación y estrategias para el control de los problemas de salud bucal, y devolverle la confianza, mejorando su relación con las demás personas. Definiendo el planteamiento de posibles soluciones odontológicas, encaminadas al tratamiento adecuado.

En el siguiente trabajo se detalla aspectos que encaminan a un diagnóstico de diferentes lesiones y tratamiento específico para cada una de ellas. La cual se pudo obtener soluciones a los problemas orales.

Por medio del presente trabajo se dio solución al caso clínico para así brindar una mejor calidad de vida a la paciente, se detalla las técnicas que se usaron para mejorar el sistema estomatognatico en función y estética.

# CAPITULO I.

## 1. Problematización.

### 1.1. Tema.

Rehabilitación oral de una paciente diabética con presencia de restos radiculares. En el periodo abril-julio de 2015.

### 1.2. Planteamiento del problema.

Medina Solis<sup>1</sup> (2006). Nos indica:

Es bien sabido que las enfermedades bucales como la caries dental y las enfermedades periodontales son de las mayor incidencia y prevalencia alrededor del mundo y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menos favorecidos, lo que las constituye como problemas de salud pública bucal. Una de las principales tareas de los planeadores en salud es encontrar estrategias para prevenir o controlar estos problemas. Las investigaciones reportan que durante las últimas décadas la prevalencia y experiencia de caries han declinado en algunos segmentos de la población de la mayoría de los países desarrollados y que esta tendencia se ha visto parcialmente reflejada en algunos países de América Latina y el Caribe. También, que la causa más probable de la disminución en la prevalencia de caries en el mundo es la instauración de programas de educación, prevención y tratamiento de esta enfermedad, cambios en los criterios diagnósticos y la introducción de fluoruros en sus diversas presentaciones. Sin embargo, otros estudios reconocen que no sólo el fluoruro tiene influencia en la disminución de caries y que otros factores se deben considerar. Esta diversidad de factores es fundamental para entender la relación entre las características del perfil de salud en una población, y las políticas de salud imperantes en ese ambiente. (¶)

De acuerdo a la atención en pacientes diabéticos tenemos: según Bethancour y colaboradores<sup>2</sup> (2005)

---

<sup>1</sup>Medina Solis, C. E., Maupomè, G., Avila Burgos, L., Pèrez Núñez, R., Pelcastre Villafuerte, B., & Pontigo Loyola, A. P. (Octubre-Diciembre de 2006). Políticas de salud bucal.[en línea] consultado [16, agosto, 2015]. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio064e.pdf>

<sup>2</sup>Bergenholtz, G., Horsted\_Bindslev, P., & Reit, C. (2011). Endodoncia (segunda ed.). (M. A. Tobar Sosa, & V. V. Torres Rodriguez, Edits.) [en línea] consultado [17, agosto, 2015 ] edicion El Manual Moderno, S.A de C.V. Mexico.

El paciente por su patología Bucal, por la cual consulta o es remitido, puede presentar una o varias de las patologías bucales que caracterizan a éste tipo de pacientes y una o varias patologías buco dentales independientes pero que requieren algún tipo de intervención, por parte del Odontólogo General o Especialista.

Partiendo de esta base podemos decir que no hay algún tipo de Paciente que no pueda ser tratado desde la perspectiva Odontológica o de la salud bucal. También podemos mencionar que todos los tratamientos podrían ser instaurados en los pacientes diabéticos y que si éste se encuentra controlado o compensado se considera que se aproxima a las características de un paciente normal no diabético, sin embargo algunos estudios reportan para cada caso y patología en particular porcentajes de fracaso o éxito, según sean las circunstancias.

En la Universidad San Gregorio de Portoviejo acuden pacientes continuamente a la consulta a realizarse tratamientos como endodoncias, extracciones, operatorias dentales e inclusive prótesis fijas y removibles, donde se ha estado realizando hasta en la actualidad atención odontológica gratuita, en el cual todas las personas que no tengan la facilidad de cómo realizarse estos tratamientos. Acuden a las clínicas odontológicas de dicha institución, donde ponemos en prácticas todos los conocimientos adquiridos, atendiendo a los pacientes que lo necesiten. Devolviéndoles la salud e integridad bucal.

### 1.3. **Delimitación.**

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Rehabilitación oral.

Delimitación Espacial: Clínica Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, en el Cantón Portoviejo, Provincia Manabí, Republica del Ecuador.

Delimitación Temporal: Periodo abril-julio del 2015.

#### 1.4. **Justificación.**

Al establecer la problemática, se podrán proporcionar las medidas convenientes para mejorar la salud oral y calidad de vida de la población cumpliendo con el objetivo 3 del Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Gobierno Nacional de la República del Ecuador<sup>3</sup> (2013) el que sostiene:

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. La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable. (p. 136)

La sistematización de prácticas ayuda de forma directa a los ciudadanos en general, puesto que a través de la rehabilitación oral de los pacientes se mejorará el estilo de vida y se renuevan los hábitos en salud oral.

Se justifica institucionalmente la elaboración de este trabajo de Sistematización de Prácticas ya que es un gran aporte que realiza la Universidad San Gregorio de Portoviejo vinculándose con la comunidad brindando atención e informando sobre la prevención y la importancia de la salud bucal, ofreciendo sus servicios a los sectores más vulnerables.

---

<sup>3</sup>Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo del Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (2013). Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017. [En línea]. Consultado: [11, agosto, 2015] Disponible en: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>

Mediante la sistematización de prácticas se cumplirá con el requisito para concluir con el trabajo de titulación previo a la obtención del título de odontóloga y culminar la carrera profesional.

1.5. **Objetivo.**

1.5.1. Objetivo General.

Rehabilitar oralmente a una paciente diabética con presencia de restos radiculares.



## **CAPITULO II.**

### **2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.**

#### **2.1. Historia clínica.**

Paciente femenino, con antecedentes de, Diabetes Mellitus, con tratamiento de Glibenclamida 5mg con dosis de 2 tabletas diaria, una por la mañana y otra por la noche. Refirió varios días dolor en el sector antero superior, por la presencia de restos radiculares y tejidos inflamado, dolor de tipo lancinante, intensidad leve soportable, que se daba durante la masticación, de ubicación localizada y con estímulos que hacían que el dolor se incremente con el calor, el mismo que iba cediendo al ingerir alimentos fríos, además refirió dolor en la parte posterior, con una intensidad leve soportable, cuya cronología era de 1 minuto, de ubicación localizada y que se estimulaba al ingerir alimentos. Debido a la presencia de restos radiculares.

La paciente se sentía tímida al relacionarse socialmente debido a que las piezas anteriores estaban en mal estado, la cual evitaba sonreír debido que le avergonzaba que le vieran.

#### **2.1.1. Antecedentes Patológicos Personales y Familiares.**

Antecedentes patológicos personales: Paciente presenta Diabetes Mellitus, con tratamiento médico con; de Glibenclamida 5mg. Con dosis de 2 tabletas por día.

Antecedentes patológicos familiares: refirió que el hermano padecía de hipertensión.

### 2.1.2. Examen Físico General.

Paciente normolíneo, consciente, ubicada en tiempo y espacio que camina y habla sin dificultad no presentaba facies patognomónica de ninguna enfermedad. Presentaba piel y mucosas con hidratación y coloración normal, sin lesiones visibles, temperatura de 36.5°C, frecuencia cardíaca de 64 pulsaciones/minuto y presión arterial de 100/80. Panículo adiposo conservado.

### 2.1.3. Examen Físico Regional.

Examen extraoral.

Inspección.

Paciente no presentaba patología aparente, a nivel de cuello y cabeza, presentaba una asimetría facial normal. No hubo evidencia de edema ni tumores. No presentaba nevos, cicatrices ni lesiones.

Palpación.

Cadenas ganglionares no palpables.

Auscultación.

Pulso carotideo de 70 p/min.

Examen intraoral.

Inspección.

La paciente presentaba: caries en las piezas número 15, 23,26, 34, 32, 31, 41, 42, 45, restos radiculares número 12, 14, 16, 22, 24, 27,28,38 pulpitis en las piezas número 13, 21, 25, 35 y ausencia de las piezas número 11, 17, 18, 36, 37, 46, 47, 48. (Ver anexo 1).

No presentaba mal hábito bucal.

El índice CPO nos indicaba.

Caries: 21, Perdida: 8, Obturadas: 0

Presencia de placa bacteriana de consistencia blanda, color blanco amarillento, se la observaba localizada en todas las piezas dentarias en especial en el sector antero-inferior de la mandíbula.

La encía se observaba de color rosado brillante por la presencia de placas y restos radiculares que daban a lugar la inflamación de la misma.

En los carrillos no presentaba asimetría ni cambios en la piel como costras o fisuras; en las zonas donde hacían falta las piezas dentarias, los carrillos no ocupaban estos espacios.

El suelo de la boca presentaba una mucosa delgada, rosada y húmeda. En la parte del centro encontrábamos el Frenillo Lingual, y a cada lado unas prominencias que correspondía a las glándulas salivales sublinguales. Las amígdalas se observaban normales. El paladar duro presentaba la mucosa rosa pálido, firme y gruesa adherida al hueso, en la parte anterior están presente las rugosidades palatinas, no se muestran manchas o torus palatino. El paladar blando coloración normal, lisa, brillante y húmeda.

La úvula se observó normal, no hubo inflamación, ni irritación. No presentaba mal hábito bucal, la lengua tenía una apariencia normal, es decir, normotónica, con movimientos libres, de color rosada, bien hidratada y presentaba una delgada capa saburral, fácil de eliminar.

Palpación.

No refirió molestia alguna durante la palpación, presentaba movilidad en las piezas número 21, 31, 41. De grado 1.

Temperatura Intraoral normal de 36,5°, no hubo presencia de aumento de volumen.

Percusión.

Horizontal: resultados positivos en piezas número: 13, 21, 25.

Vertical: resultados negativos en piezas número: 13, 21, 25, 35.

#### 2.1.4. Exámenes Complementarios.

Radiografía Panorámica.

Examen de Laboratorio.

Radiografía Panorámica.

Nos ayudó a obtener mayor campo de visualidad, donde tomamos en cuenta la presencia de: las crestas alveolares verticales en la arcada superior, espacios edéntulo y presencia de restos radiculares.

En el maxilar superior a nivel de los ápices de las piezas número 21, 22, 23, se observó una zona radiolúcida amplia con un tamaño de 27 mm con probabilidad de un Quiste Apical.

En la arcada inferior se observó la cresta alveolar horizontal en todas las piezas dentarias anteriores y en los espacios edéntulo posteriores.

El ligamento periodontal inflamado en ambas arcadas. (Ver anexo 2).

Exámenes de laboratorio.

Paciente presento Diabetes Mellitus, con un nivel de 218 mg/dl. (Ver anexo 3).

#### 2.1.5. Diagnóstico Definitivo.

Profilaxis.

Caries en dentina en piezas número. 15-23-26-31-32-34-41-42-45.

Pulpitis en las piezas número.13-21-25-35.

Exodoncia de restos radiculares número. 12-14-16-22.24-27-28-38.

Eliminación de Quiste radicular

Prótesis parcial removible en ambas arcadas remplazando las piezas número. 12, 14, 16, 17, 18, 22, 24, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47, 48.

Prótesis fija en las piezas número. 13,34.

## 2.2. **Rehabilitación Integral.**

Observando la obra de: De la Fuente Hernández y colaboradores<sup>4</sup> (2014). Tenemos:

El cirujano dentista debe implementar protocolos de instrucción y atención de acuerdo con las necesidades identificadas en cada uno de sus pacientes, para evitar que se presenten enfermedades aun no desarrolladas, como la caries y la enfermedad periodontal; algunas medidas específicas son el uso de saliva artificial y, por supuesto, realizar la rehabilitación integral del paciente para cambiar hábitos alimenticio de su salud (eliminar dieta blanda). Con este propósito, la educación para la salud surge como una estrategia que debe adoptarse, solo de esta manera se podrá lograr el empoderamiento para que la persona se convierta en un agente activo en el control de los problemas de su boca presentes o potenciales. (¶)

## 2.3. **Periodoncia en paciente diabético.**

Enfermedades gingivales.

Carranza, F. A., & Sznajder, N. G.<sup>5</sup> (1996) señalaron que “La inflamación de la gingiva, forma más común de enfermedad gingival, produce una gingivitis marginal crónica. Esta gingivitis puede permanecer estacionaria por periodos indefinidos o

---

<sup>4</sup>De la Fuente Hernandez, J., sifuentes Valenzuela, M. C., & Nieto Cruz, M. E. (2014). Promoción y Educación para la Salud en Odontología. Editorial Manual Moderno. Mexico.

<sup>5</sup>Carranza, F. A., & Sznajder, N. G. (1996). Compendio de periodoncia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

puede, a veces con rapidez, evolucionar hacia una destrucción de tejidos de soporte (periodontitis)” (p. 15).

Podemos ultimar que las enfermedades gingivales empiezan como etapa temprana y si evolucionan pueden llegar a ser irreversibles.

### 2.3.1. Placa bacteriana.

Indagando en la información de la obra de Carlos Villafranca, F.<sup>6</sup> (2005).

La placa dental es una acumulación de material blanco, adherido a la superficie de los dientes, constituido por bacterias y sus productos, manifestándose macroscópicamente con la materia alba.

Existen ciertos errores de concepto en lo que respecta a la placa bacteriana:

No está constituida por restos de alimentos.

No es el resultado de una acumulación de microorganismos oportunista

Aparentemente se origina en pequeñas grietas y defectos de la superficie del esmalte. Los microorganismos indicadores son principalmente cocos, pero a medida que se van formando, se van agregando otros y forman una estructura particular.

También parece haber regiones que contienen restos de bacterias y material insoluble, y una matriz fibrilar entre las bacterias, de manera que la placa madura, las bacterias son fijadas por los componentes de la matriz. (p. 379)

Citando la obra de Lang Karring<sup>7</sup> (2008).

Al igual que la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus es una enfermedad multifactorial común que reúne factores de riesgos genéticos, ambientales y de comportamiento. Esta enfermedad crónica caracterizada por defectos del metabolismo de la glucosa que producen hiperglucemia en los pacientes afecta al 5% de la población en general a más de 124 millones de personas en el mundo. (p.486)

Para disminuir la inflamación gingival puede realizarse profilaxis dental que es un proceso que se debe realizar para remover placa bacteriana, con ayuda de una pasta profiláctica, o con ayuda del cepillado dental. Como nos indica: Sergas<sup>8</sup> (2006).

---

<sup>6</sup>Carlos Villafranca, F.<sup>6</sup> (2005).Manual técnico superior en higiene bucodental. España, S. L.

<sup>7</sup>Lang Karring, L. (2008). *Periodotologia Clinica e Implantologia cosmetica* (5° ed.). editorial Medica Panamericana. España.

Se requiere, como mínimo, un cepillado diario, siendo lo ideal uno inmediatamente después de cada comida, evitando así la actuación de las bacterias. Se recomendará el cepillado como mínimo tres veces diarias, haciendo hincapié en la nocturna, explicando el mayor riesgo cariogénico que existe (menos autoclisis, reposo muscular). (p.173)

Continuando con la obra de Sergas, al finalizar los tratamientos bucales hay que tomar en cuenta la evaluación de los resultados:

Es de gran importancia la evaluación minuciosa para valorar los resultados obtenidos, por ello es importante realizara un examen completo al inicio al finalizar la etapa de tratamiento. Los resultados finales deseados son los siguientes: eliminación de la inflamación, reducción de la profundidad de sondeo, disminución de la movilidad y mejora de la higiene personal. (p.172)

#### 2.4. **Operatoria Dental.**

Analizando informaciones disponibles en la página web, un artículo de Rubio, J.<sup>9</sup> et al. (1997) cita que:

Los dientes con los siguientes defectos en ausencia de otro criterio positivo, son considerados sanos:  
Manchas blancas o lechosas.  
Zonas descoloridas o ásperas.  
Puntos o fisuras manchados que retienen la sonda pero cuyo suelo o paredes no están reblandecidos o el esmalte socavado.  
Áreas oscuras, brillantes, duras o punteadas del esmalte que muestran signos de Fluorosis moderada o severa. (p. 234)

Clínicamente se observa cambio de coloración, en la presencia o ausencia de lesión cariosa, puede estar presentada como nos indica: Conceicao<sup>10</sup> (2008).

**Lesión de caries activa** (mancha blanca): se presenta como una mancha opaca, rugosa, ubicada principalmente en zonas de mayor dificultad de limpieza y puede asociarse a gingivitis.

---

<sup>8</sup>Sergas. (2006). *Tecnico Especialista Higienista Dental* (1º ed.). editorial Mad, S.L. España.

<sup>9</sup>Rubio, J., et al. (1997). Criterios mínimos de los estudios epidemiológicos de salud dental en escolares. Revista Española de Salud Pública. [En línea]. Consultado: [30, julio,2015] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n3/salud\\_dental.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n3/salud_dental.pdf)

<sup>10</sup>Conceicao, N. (2008). *Odontologia Restauradora Salud y Estetica* (2º ed.). editorial Medica Panamericana. Buenos Aires.

**Lesión de caries inactiva** (mancha blanca): puede presentarse como una mancha pigmentada o de coloración clara, en que la superficie de esmalte se encuentra brillante, lisa o pulida.

**Lesión de caries activa con cavitación:** coloración clara, fondo blando, con presencia de mancha blanca activa en los bordes.

**Lesión de caries inactiva con cavitación:** coloración oscura, fondo endurecido al sondaje o exploración, con márgenes definidos, sin el halo de mancha blanca activa en los bordes de la cavidad. (p.19)

La ayuda radiográfica tiene sus ventajas nos ayuda a detectar las caries, donde la observamos radiolucida y se observa la profundidad que abarca: Conceicao, Nocchi<sup>11</sup> (2008) nos indica.

Las ventajas de este método son, entre otras, detección del desarrollo de la lesión de caries, ser un método no invasivo, evaluación de la profundidad de la lesión en sitios de difícil acceso, como los espacios proximales y las cavidades subgingivales. (p.21)

Observando la obra de Barrancos<sup>12</sup> (2006) señala que: “La preparación del campo operatorio incluye los siguientes pasos: 1) lavado y desinfección, 2) evaluación, 3) anestesia/analgesia, 4) aislamiento e iluminación, 5) separación y protección” (p. 392).

#### 2.4.1. Protocolo.

Apertura de la cavidad.

Analizando la información contenida en la obra de Mooney, J. B., & Barrancos, P. J.<sup>13</sup> (1996), podemos citar que:

Consideramos que el termino cavidad no es el más correcto para referirse a una formación determinada, creada y producida por el odontólogo sobre un diente

---

<sup>11</sup>Idem Conceicao, N. (2008). *Odontologia Restauradora Salud y Estetica* (2º ed.). editorial Medica Panamericana. Buenos Aires.

<sup>12</sup>Barrancos, J. (2006). *Operatoria dental: integración clínica*. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

<sup>13</sup>Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2006). *Operatoria dental: integración clínica*. (4ª ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Médica Panamericana.



con el empleo de aparatología y técnicas específicas, con el objeto de restaurarlo. Esta formación puede ser interna, dentro del diente o externa, por fuera de él. Por lo tanto, proponemos el término preparación en reemplazo de cavidad. (p. 471)

Diseño de la cavidad.

Continuando con la obra de Mooney, J. B., & Barrancos, P. J.<sup>14</sup> (1996) (1996).

Citamos:

Una vez eliminados los tejidos deficientes (cariados), es necesario proteger el órgano dentinopulpar para que no sufra nuevos ataques de toxinas u otros elementos irritantes y se recupere del estado de estrés a que lo ha llevado el ataque de caries y el traumatismo operatorio de la preparación cavitaria, calor, friccional, vibración, desecación y otros factores. (p. 508)

Restauración.

Observando el contenido de la obra de Alves, R. J., Nogueira, E. A.<sup>15</sup> (2003)

Los procedimientos restauradores propiamente dichos, se refieren al preparado de los sustratos de esmalte/dentina para la adhesión, para la aplicación y polimerización del sistema adhesivo, para la inserción y polimerización de las resinas restauradoras y para las maniobras necesarias para la finalización de las restauraciones. Estos procedimientos pueden variar un poco según el diente y el tipo de restauración, pero en esencia serán, en general, muy parecidos y tendrán como finalidades: la obtención de restauración totalmente indoloras; y la obtención, de menor tiempo posible, de restauraciones duraderas y adecuadas desde el punto de vista estético, funcional y biológico. (p. 118)  
Tallado y pulido.

Continuando con la obra de Alves, R. J., Nogueira, E. A.<sup>16</sup> (2003).

“Cuando la etapa de inserción de la resina se realice de forma cautelosa, pocos excesos restaran para ser removidos en esta fase; pero siempre será necesario realizar el acabado y pulimento de estas restauraciones” (p. 120).

---

<sup>14</sup>Idem Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2006). Operatoria dental: integración clínica. (4ª ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

<sup>15</sup>Alves, R. J., Nogueira, E. A. (2003). Estética dental: nueva generación. São Paulo, República Federativa del Brasil: Editora Artes Médicas.

<sup>16</sup>Alves, R. J., Nogueira, E. A. (2003). Estética dental: nueva generación. São Paulo, República Federativa del Brasil: Editora Artes Médicas.

Control oclusal.

Analizando el contenido de la obra de Mooney, J. B., & Barrancos, P. J.<sup>17</sup> (2006).

“Se retira el aislamiento y se controla la oclusión con papel o cinta de articular. Se retoca los contactos en céntrica y resolución excéntrica” (p.1160).

Entre los tiempos operatorios según la obra de Barrancos<sup>18</sup> (2006) describe que:

Los tiempos operatorios son:

- Maniobras previas.
- Apertura.
- Conformación.
- Contorno, resistencia y profundidad.
- Conveniencia.
- Extensión final.
- Extirpación de tejidos deficientes.
- Protección dentinopulpar.
- Retención o anclaje.
- Terminación de paredes limpieza.

Esta secuencia no es excluyente y el orden de los tiempos operatorios se puede modificar si el operador lo considera conveniente o el tratamiento de la lesión así lo exige. (p. 480)

## 2.5. **Endodoncia.**

A paciente diabético es recomendable realizarles tratamientos de conductos en piezas que presentan caries profunda y discronia dental. Como nos indica: Soares - Goldberg<sup>19</sup> (2005).

El paciente diabético no controlado es en extremo susceptible a las infecciones, en vista de las alteraciones metabólicas y las degeneraciones vasculares que se producen y que dificultan la nutrición tisular, tiene su capacidad de reparación disminuida en grado significativo.

---

<sup>17</sup>Mooney, J. B., & Barrancos, P. J. (2006). Operatoria dental: integración clínica. (4ª ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

<sup>18</sup>Barrancos, J. (2006). Operatoria dental: integración clínica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

<sup>19</sup>Soares, & Golberg. (2005). Endodoncia Tecnicas y Fundamentos. Editorial Panamericana.

Por ello el tratamiento endodóntico debe realizarse con cuidados especiales en cuanto a los aspectos relacionados con infecciones y traumatismo, para no agregar nuevos factores de agresión.

En el tratamiento con pulpa mortificada y lesión periapical, el uso de antibiótico puede ser un auxiliar valioso. Al mismo tiempo, el paciente deberá mantener la enfermedad bajo control, por medio de la terapia adecuada, para ampliar así las perspectivas de un pronóstico favorable. (p.207)

Analizando en la obra de Bergenholtz, Horsted-Bindslev y Reit<sup>20</sup> (2011) cita que:

Bajo condiciones normales y fisiológicas la pulpa está bien protegida de las lesiones y elementos dañinos en la cavidad oral por una cubierta de tejido duro externo de los dientes y el periodonto intacto. Cuando por cualquier razón se quebranta la integridad de esta barrera de tejidos, los microorganismos y las sustancias que producen pueden acceder a la pulpa y afectar su salud. (pp. 3, 4)

#### 2.5.1. Pulpitis Irreversible.

Observando la obra de Philip, Eversole y Wysocki<sup>21</sup> (2005) refiere que:

El tejido pulpar presentara un amplio espectro de cambios inflamatorios agudos y crónicos. Para que el paciente obtenga un alivio permanente en esta etapa, debe eliminarse la pulpa residual o es preciso extraer el diente.

El dolor de una pulpitis irreversible puede ser de intensidad variable, pero suele ser menos intenso que el de la pulpitis reversible. El rasgo principal de la pulpitis irreversible es que el dolor se inicia espontáneamente, no es el resultado de un cambio brusco de la temperatura, y dura un periodo prolongado, por lo general mayor de 20 minutos. El dolor puede iniciarse o acentuarse cuando el paciente adopta el decúbito, el dolor de la pulpitis irreversible puede ser referido a otra localización cercana, como por ejemplo un lado de la cara u otros dientes de la arcada. (p. 69)

En caso de periodontitis apical, podemos decir que se puede presentar con síntomas o no, según nos indica: Bergenholtz y colaboradores<sup>22</sup> (2011).

---

<sup>20</sup>Bergenholtz, G., Horsted-Bindslev, P., y Reit, C. (2011). Endodoncia. Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

<sup>21</sup>Philip, J., Eversole, L. y Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Reino de España: Elsevier.

<sup>22</sup>Bergenholtz, G., Horsted\_Bindslev, P., & Reit, C. (2011). *tratamiento en pulpa vital* (2º ed.). editorial. El Manual Moderno, S.A de C.V. Republica de Mexico

La periodontitis apical sintomática puede aparecer también en un diente con periodontitis apical asintomática previa. Esto puede reflejar ya sea un cambio natural en el equilibrio previamente establecido entre las bacterias y el huésped u ocurrir en respuesta al tratamiento endodónico (exacerbación endodóntica).

Los síntomas típicos incluyen dolor ardoroso que puede ser intenso o aun insoportable por el paciente, al grado de ir al dentista. El diente está hipersensible a la percusión, con la mucosa y hueso por arriba del área apical, muy sensible a la palpación. El diente puede ocluir prematuramente, por desplazamiento oclusal causado por el edema en el área periapical. (p.124)

Es posible afirmar que un tratamiento endodóntico exitoso debe reunir algunas condiciones como nos indica: Hilu – Balandrano Pinal<sup>23</sup> (2009).

Permanencia de la pieza dental funcionando en la boca del paciente.

Ausencia radiográfica de lesiones periapicales.

Lograr y facilitar la reparación o regeneración de los tejidos periapicales y que estos vuelvan a un estado histológico normal.

Evitar el desarrollo de un proceso patológico.

Estimular la formación de una barrera biológica. (¶).

### 2.5.2. La endodoncia consta, básicamente.

Anestesia.

La anestesia del diente que van a someterse al tratamiento endodóntico merece el máximo cuidado. En caso de dientes con pulpa vital, una anestesia correcta proporcionara comodidad al paciente y tranquilidad al profesional, según: Bergenholtz y colaboradores<sup>24</sup> (2011). “En ocasiones la anestesia pulpar falla y se puede encontrar que en el tejido aún puede estar muy sensible y no puede tocarse sin causar dolor intenso, aun cuando la inyección se haya aplicado de manera apropiada” (p.60).

---

<sup>23</sup>Hilú, R., & Balandrano Pinal, F. (2009). *El Exito en Endodoncia*. [En línea]. Consultado el: [20,julio,2015]. Disponible en: <http://www.medlinedental.com/pdf-doc/endo/v27-3-7.pdf>

<sup>24</sup>Bergenholtz, G., Horsted\_Bindslev, P., & Reit, C. (2011). *tratamiento en pulpa vital* (2º ed.). editorial. El Manual Moderno, S.A de C.V. Republica de Mexico.

Continuando con la obra de Bergenholtz y colaboradores (2011). Nos indica que Cuando la anestesia ha sido aplicada de manera y dosis correcta y aún es insuficiente se pueden tomar diversas medidas complementarias.

Repetir la inyección y esperar de 5 a 10 min.  
Si no funciona, combinar la anestesia por bloqueo regional con infiltración.  
Si aún no funciona, complementar con una inyección en el ligamento periodontal o con una inyección intraosea.  
Como medida final y desesperada, uno puede verse forzado a aplicar una inyección directamente en la pulpa. (p.61)

El Aislamiento.

Para el aislamiento utilizaremos una serie de instrumentos que nos facilitara el trabajo, sea cual sea la pieza que se ira a tratar. Como nos cita: Gutiérrez - Iglesias<sup>25</sup> (2009). “El aislamiento absoluto se puede realizar antes o después de la apertura coronaria. Aunque una posibilidad indique la aplicación del aislamiento antes de la apertura coronaria” (p.170).

Dique de goma.

Perforador de dique.

Clamps.

Pinza portaclamps.

Arco de Young.

Rollos de algodón.

Es recomendable antes de realizar el aislamiento absoluto, verificar el efecto de la anestesia. Ya que es muy incómodo retirar el dique de goma para completar el efecto de la misma.

---

<sup>25</sup>Gutierrez, E., & Iglesias, P. (2009). Tecnicas de ayuda odontologica/Estomatologica. editorial Editex. Ciudad autónoma de Buenos Aires.

### 2.5.3. Apertura coronaria.

Según la obra de Soares y Goldberg<sup>26</sup> (2002) describe que: “El punto de elección identifica el lugar donde debe iniciarse la apertura; en los incisivos está localizado en la cara palatina o lingual, aproximadamente a 2 mm del cingulo, en dirección al borde incisal” (pp. 35 y 36).

Forma de conveniencia.

Según la obra de Soares y Goldberg<sup>27</sup> (2002) describe:

La apertura coronaria debe tener la extensión necesaria para permitir el acceso adecuado y al mismo tiempo ser suficientemente pequeña como para no debilitar la corona dental. Del equilibrio entre esas dos exigencias surgirá la apertura, con forma, dimensiones e inclinaciones adecuadas. (p. 36)

### 2.5.4. Localización y preparación de la entrada del conducto radicular.

Un instrumento (escariador o lima tipo K # 10 o 15) introducido contra la pared vestibular localizara un conducto, si el mango se inclina hacia lingual es posible que otro instrumento, que ingrese en dirección lingual, localice un segundo conducto. Si el primer instrumento queda en el centro del diente es poco probable que haya dos conductos. (p. 39)

### 2.5.5. Preparación del conducto radicular.

Instrumentación de los conductos.

Para la instrumentación de los conductos utilizamos una serie de limas, para obtener la preparación del conducto deseado. Según Gutierrez - Iglesias<sup>28</sup> (2009). “Dado que la técnica de endodoncia exige eliminar también el tejido pulpar de los conductos radiculares, se usan limas de endodoncia con su correspondiente tope de

---

<sup>26</sup>Soares, I., y Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

<sup>27</sup>Idem Soares, I., y Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

<sup>28</sup>Gutierrez, E., & Iglesias, P. (2009). Tecnicas de ayuda odontologica/Estomatologica. editorial Editex. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

goma para comprobar después, con una radiografía, la longitud del conducto radicular” (p.170).

Continuando con la obra de Gutiérrez nos indica que se emplean limas K o limas Hedstrom como nos comenta: Gutiérrez - Iglesias. (2009)

Continuamente, durante la instrumentación con limas, se irriga el conducto con una solución de hipoclorito sódico al 5% y se seca con puntas de papel absorbente (estas también son de diferentes grosores y tienen la misma numeración que las limas). En el conducto, una vez seco, se introducen puntas de gutaperchas del grosor y numeración que proceda. Las puntas de gutapercha sirven, junto con la pasta de sellado, para cerrar el conducto radicular. Los extremos de las puntas que sobresalgan del conducto se cortan mediante una cucharilla odontológica caliente. Para terminar se rellena el diente con un cemento provisional protector. En la siguiente visita se retira el cemento temporal y se reconstruye el diente con un material de obturación definitivo. (p.170)

#### 2.5.6. Obturación del conducto.

Investigando la obra de José, S. I., & Goldberg, F.<sup>29</sup> (2002), tenemos:

La obturación del sistema de conductos radiculares tiene por objetivo el llenado de la porción conformada del conducto con materiales inertes o antisépticos que promuevan un sellado estable y tridimensional que estimulen o no interfieran con el proceso de reparación.

#### 2.6. **Prótesis fija. Metal-Porcelana.**

La elaboración de prótesis fijas o coronas fijas, consiste en la sustitución del diente natural con uno artificial, que se mantendrá fijo en boca, como nos prueba: Rosentiel, Land, & Fujimoto<sup>30</sup> (2009). “Para conseguir una apariencia natural es

---

<sup>29</sup>José, S. I., & Goldberg, F. (2002). Endodoncia: técnica y fundamentos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

<sup>30</sup>Rosentiel, Land, & Fujimoto. (2009). Protesis Fija Contemporanea. (4º ed.)Editorial Diorki Servicios Integrales de Edición. España.

necesario que se realice una reducción suficiente de la estructura dental para proporcionar el espacio suficiente para el volumen de la porcelana” (p.84).

Pero debemos tomar en cuenta que este tipo de corona es más resistente que la porcelana pura. Y puede ser tan estética como la porcelana si se emplea las maniobras correctas. Así nos indica: Shillingburg y colaboradores<sup>31</sup> (Fundamentos esenciales en Protesis Fija).

Esta coronas también pueden emplearse para restaurar dientes con múltiples superficies axiales defectuosas, igualmente es capaz de proporcionar una retención máxima y al mismo tiempo, cumplir una exigencia estética elevada. Puede utilizarse como retenedor de una prótesis parcial fija en al cual sea preciso combinar el recubrimiento completo con un buen resultado estético. (p.78)

Aunque los márgenes vestibulares pueden ser notorios y su aspecto puede ser el no deseado para el operador o el paciente, se puede eliminar el hombro de metal como nos muestra: Rosentiel, Land, & Fujimoto<sup>32</sup> (2009). “El aspecto se puede mejorar quitando el hombro del metal y realizando un margen vestibular en porcelana” (p.85).

Antes de realizar cualquier tipo de prótesis dental hay que tomar en cuenta una serie de factores como nos revela: Shillingburg y colaboradores<sup>33</sup> (Fundamento esenciales en Protesis Fija).

Proporción corona raíz

Configuración de la raíz

Zona del ligamento periodontal.

La proporción optima corona-raíz. Para un diente que ha de actuar como pilar de prótesis parcial fija es de 2:3. Una proporción de 1:1 es la mínima aceptable para un futuro pilar en circunstancia.

---

<sup>31</sup>Shillingburg, H. T., Hobo, S., Whitsett, L. D., Jacobi, R., & Brackett, S. E. (s.f.). *Fundamentos esenciales en Protesis Fija* (3° ed.). Quitessence S.L. Barcelona.

<sup>32</sup>Rosentiel, Land, & Fujimoto. (2009). *Protesis Fija Contemporanea*. (4° ed.). Editorial Diorki Servicios Integrales de. España.

<sup>33</sup>Shillingburg, H. T., Hobo, S., Whitsett, L. D., Jacobi, R., & Brackett, S. E. (s.f.). *Fundamentos esenciales en Protesis Fija* (3° ed.). editorial Quitessence S.L. Barcelona.



Configuración de la raíz. El diente con raíces cónicas puede usarse como pilar para una prótesis parcial fija de espacio edéntulo corto siempre que los demás factores sean óptimo. El diente unirradicular con evidencia de configuración irregular o con cierta curvatura en el tercio apical de la raíz es preferible al que posee un cono casi perfecto.

Zona del ligamento periodontal. Cuando se ha perdido hueso de soporte debido a enfermedad periodontal, los dientes afectados tienen menos capacidad para servir de pilares. Milímetro a milímetro, la pérdida de soporte periodontal por reabsorción radicular solo es de entre un 30 y un 50%, tan crítica como lo es la pérdida de hueso crestal alveolar. (pp.89 - 92)

Continuando con la obra de Shillingburg y colaboradores para la preparación del tallado de la pieza pilar hay que tomar en cuenta el tallado marginal ya que aquí es donde posesionara la futura corona. “Las restauraciones pueden sobrevivir en el entorno biológico de la cavidad oral únicamente si los márgenes están muy adaptados a la línea de acabado cavosuperficial de la preparación” (p.128).

Analizando la obra de Rosenstiel, Land y Fujimoto<sup>34</sup> (2009) señala que: “La preparación se divide en cinco pasos principales: surcos guía, reducción incisal u oclusal, reducción labial o bucal en la zona recubierta de porcelana, reducción axial de las superficies preparadas” (p. 274).

De acuerdo con la obra de Rosenstiel, Land y Fujimoto<sup>35</sup> (2009) refiere que:

Es importante seguir una secuencia lógica durante la evaluación para evitar cometer errores. La secuencia recomendada es la siguiente: 1. Contactos proximales. 2. Integridad marginal. 3. Estabilidad. 4. Oclusión. 5. Caracterización y glaseado. (p. 888)

La cementación definitiva no se centra tanto en los detalles como otros aspectos de la odontología restauradora. Si se escoge mal el agente de unión, pueden surgir discrepancias marginales y derivar en una oclusión inadecuada, incluso puede ser necesario recortar la restauración intraoralmente y hacer una nueva. (p. 909)

---

<sup>34</sup>Rosenstiel, S., Land, M., y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. Reino de España: Elsevier Mosby.

<sup>35</sup>Idem Rosenstiel, S., Land, M., y Fujimoto, J. (2009). Prótesis Fija Contemporánea. Reino de España: Elsevier Mosby.

Entre la conformación de la línea de acabado que mejor nos conviene es, el acabado con chamfer. Así como nos cita: Shillingburg y colaboradores<sup>36</sup> (Fundamentos esenciales en Prótesis Fija).

La línea de acabado gingival preferida para las restauraciones de metal de recubrimiento es el chamfer. Experimentalmente, se ha demostrado que esta línea de acabado presenta la menor tensión, de tal modo que el cemento subyacente tendrá menos probabilidad de fracasar.

“El chamfer profundo proporciona mejor soporte para una corona de cerámica que un chamfer convencional, si bien no es tan bueno como un hombro. Al chamfer profundo se le puede añadir un bisel para emplearlo en una restauración de metal” (p.130).

Se recomienda que esta línea sea ubicada en esmalte, porque ayuda a proporcionar mayor facilidad de limpieza, que aquellas que son subgingival. Como nos indica: Shillingburg y colaboradores<sup>37</sup> (Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija).

Siempre que sea posible, la línea de acabado debe situarse en una zona en la cual el dentista pueda acabar los márgenes de la restauración y al mismo tiempo, el paciente pueda mantenerlos limpios. Asimismo la línea de acabado debe situarse de tal forma que se puedan duplicar mediante una impresión sin desgarrar o deformar la impresión cuando esta se retire. Siempre que sea posible, las líneas de acabado han de situarse en el esmalte. (pp.132, 133).

#### 2.6.1. Método de separación gingival en prótesis fija.

Encontramos algunos métodos en donde veremos cuál es el que más nos conviene para realizar nuestro trabajo. Según: Salazar<sup>38</sup> (2007).

---

<sup>36</sup>Shillingburg, H. T., Hobo, S., Whitsett, L. D., Jacobi, R., & Brackett, S. E. (s.f.). *Fundamentos esenciales en Prótesis Fija* (3º ed.). editorial Quitessence S.L. Barcelona.

<sup>37</sup>Shillingburg, H. T., Hobo, S., Whitsett, L. D., Jacobi, R., & Brackett, S. E. (s.f.). *Fundamentos esenciales en Prótesis Fija* (3º ed.). Quitessence S.L. Barcelona.

<sup>38</sup>Salazar, J. R. (2007). Metodo de separacion gingival en protesis fija. Scielo. [En línea]. Consultado el: [10,julio,2015]. Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/pdf/separacion\\_gingival\\_prottesis\\_fija.pdf](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/pdf/separacion_gingival_prottesis_fija.pdf).

**Métodos Mecánicos:** Consisten en la separación del tejido gingival empleando acción estrictamente mecánica, se pueden utilizar bandas de cobre o aluminio, las cuales se recortan, se alisan y se adaptan al margen gingival sin presionar los tejidos blandos y controlando la altura oclusal o incisal se rellena con modelina de baja fusión reblandecida o con elastómeros, la cual desplaza los tejidos blandos, separa la encía e impresiona la preparación.

**Método Mecánico-Químico:** Este método combina la acción mecánica mediante el uso de hilos separadores con la química, a través de sustancias que permiten controlar los fluidos bucales; de tipo glandular como la saliva y tisular, representado por el fluido gingival y la sangre, con la finalidad de lograr un campo adecuado en la separación gingival para la toma de impresión definitiva. El hilo se condensa dentro del surco con una profundidad de 1mm aproximadamente y presión manual controlada y se mantiene en posición de 10 a 15 minutos para lograr la separación de los tejidos. (pp. 2, 3)

Entre los tipos de instrumentos para utilizar para la elaboración de la corona metal-porcelana tenemos: Shillingburg H. T (Fundamentos Esenciales en protesis Fija).

- Cuchillo del laboratorio con hoja del nº 25.
- Silicona de masilla y acelerador.
- Turbina.
- Fresa de diamante cónica con el extremo plano.
- Fresa pequeña de diamante en forma de rueda.
- Fresa de diamante en forma de aguja larga.
- Fresa de diamante tipo torpedo.
- Fresa de carburo tipo torpedo.
- Fresa de carburo radial de fisuras.
- Escoplo biangulado RS-1. (p.142)

## 2.7. Extracciones de restos radiculares en un paciente con diabetes.

Cirugía ambulatoria en paciente con diabetes.

Para poder empezar a trabajar con un paciente que se conoce que es diabético se debe tomar en cuenta una serie de pasos, antes de intervenir quirúrgicamente, así como nos cita: Raspall<sup>39</sup> (2006).

---

<sup>39</sup>Raspall, G. (2006). Cirugía Oral e Implantología (2º ed.). editorial Medica Panamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Consultar con el medico del paciente.

Intervención a primera hora de la mañana.

Monitorización de constantes vitales.

Evitar el ayuno y seguir con ingesta habitual y con la pauta normal de hipoglucemiantes orales.

Si se prevé dificultad en la ingesta postoperatoria, suprimir agentes antidiabéticos hasta que se restaure la dieta normal. (p.8)

Anestesia Infiltrativa.

Para realizar las exodoncias nos ayudamos con técnica de anestesia Infiltrativa, que tendrá una acción reversible, como nos explica: Raspall<sup>40</sup> (2006).

Aunque previamente se haya realizado anestesia tópica, dicha anestesia puede resultar dolorosa si se inyecta mucho volumen de solución, a mucha presión o de manera muy rápida. Normalmente las soluciones que contienen vasoconstrictor son potencialmente más dolorosas que las que no lo llevan. (p.25)

Continuando con la obra de Raspall (2006) tenemos que al aplicar anestésico con vasoconstrictor tomamos en cuenta que:

Los anestésicos locales llevan habitualmente un complemento de vasoconstrictor, en general adrenalina o noradrenalina. Estos agentes disminuyen la velocidad de la absorción sistémica del anestésico de forma que:

- Aumenta la duración del efecto anestésico.
- Disminuye la dosis de anestésico necesario.
- Disminuye la hemorragia en el área infiltrada.
- Disminuye el riesgo general de la anestesia local. (p.22)

De tal modo antes de proceder hay que tomar en cuenta los protocolos correspondientes para este tipo de paciente, como nos indica: Verdugo A, Rodríguez B, Montini S<sup>41</sup> (2011).

---

<sup>40</sup>Raspall, G. (2006). *Cirugía Oral e Implantología* (2º ed.). editorial Medica Panamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<sup>41</sup>Verdugo A, F. J., Rodríguez B, L. F., & Montini S., C. (2011). *Acta Odontológica Venezolana*. [En línea]. Consultado en [10,julio,2015]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/2/pdf/art10.pdf>.

Protocolo de atención llevado.

1. Examen Clínico extra e Intraoral.
2. Control de la glicemia mediante hemoglucolest.
3. Radiografía periapical.
4. Premedicación antibiótica, analgésica.
5. Obtención de glicemia postoperatoria.
6. Procedimiento quirúrgico bucal.
7. Indicaciones postoperatorias.
8. Tratamiento antibiótico.
9. Control de la herida post operatoria a los 7 días. (¶)

Hay tener siempre presente las complicaciones que se pueden presentar en un paciente diabético, para saber qué medidas tomar. Así nos indica: Raspall<sup>42</sup> (2006).

**Cicatrización de las heridas.** Aunque la deficiente circulación capilar constituye un problema en las partes acras, la excelente vascularización de cara y boca hace que raramente sea un problema la cicatrización de heridas del territorio maxilofacial, siempre que la diabetes este bien controlada.

**Infección.** El paciente bien controlado no tiene mayor riesgo de infección. No obstante, si esta se desarrolla supondrá un estrés metabólico considerable para el enfermo. Aunque poco frecuente, el diabético puede desarrollar infecciones como el mucor o una periodontitis muy agresiva. (p.9)

El éxito para una Exodoncia Simple tenemos según Raspall (2006).

Expansión del proceso alveolar.  
Ruptura del ligamento alveolar.  
Separación de la inserción epitelial. (p.63)

#### 2.7.1. Instrumental básico para una Exodoncia Simple.

Los instrumentos a utilizar Según Palma Cárdenas – Sánchez Aguilera<sup>43</sup> (2007). Nos indica que, “Los instrumentos utilizados para realizar una exodoncia aparte del instrumental de exploración (pinzas, espejos, sonda de exploración) e

---

<sup>42</sup>Raspall, G. (2006). *Cirugia Oral e Implantologia* (2º ed.). editorial Medica Panamericana Medica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<sup>43</sup>Palma Cardenas, A., & Sanchez Aguilera, F. (2007). *Tecnicas de ayuda Odontologica y Estomatologica*. Editorial Paraninfo S.A. Reino de España.

instrumental para la anestesia (jeringa) son fórceps, elevadores, sindesmotomo y otros que se van a detallar” (p.271).

**Fórceps:** la aplicación del fórceps al diente debe hacerse de forma que las dos ramas de su pico sean paralelas al eje longitudinal de la raíz. Actúa mediante un mecanismo de palanca de primer grado donde la resistencia está en el hueso y el punto de apoyos en el ápice dental.

**Elevadores:** instrumento para la exodoncia cuya acción consiste en: Separar la inserción epitelial.

Comenzar la luxación del diente. La realización de esta con elevador antes de aplicar el fórceps puede facilitar mucho la exodoncia. Como probar la movilidad del diente.

**Técnica de utilización:** mecanismo de palanca de primer y segundo grado, es decir como palanca o como cuña. Los apoyos que utiliza son el hueso alveolar entrando por lo general desde el vestíbulo de la pieza.

**Indicaciones:** exodoncia de restos radiculares, Dientes de corona muy destruida y luxación de piezas normales antes de usar fórceps. (pp. 64-67).

#### 2.7.2. Tiempos de la Exodoncia.

Continuando con la obra de Palma Cárdenas – Sánchez Aguilera<sup>44</sup> (2007), tenemos:

**Prehensión:** colocación del pico del fórceps por debajo del borde gingival, en la posición más apical posible.

**Impulsión:** movimiento siguiendo el eje dentario que desplaza el fórceps hacia apical, consiguiendo una expansión de la cresta alveolar y el desplazamiento apical del centro de rotación.

**Luxación:** el objetivo es romper fibras periodontales y dilatar el alveolo. Se pueden utilizar movimientos de lateralidad y movimiento de rotación.

**Tracción:** último movimiento que se aplica en un diente, paralelo al eje dentario y en sentido opuesto al ápice con objetivo de desalojar el diente del alveolo. Suele aplicarse simultáneamente a movimientos de lateralidad y rotación. (p.68)

#### 2.8. **Quiste Apical.**

Se observa una zona radiolúcida a nivel de las raíces dentarias. Se presentan de modos diferentes según: Rodríguez García y colaboradores<sup>45</sup> (2006).

---

<sup>44</sup>Raspall, G. (2006). *Cirugía Oral e Implantología* (2º ed.). editorial Medica Panamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<sup>45</sup>Rodríguez García, L. O., Guiardinu Martínez, R., Arte Loriga, M., & Blanco Ruiz, A. O. (2006). Quistes de los maxilares. *scielo*, [En Línea]. consultado el: [10,julio,2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072006000400006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072006000400006&script=sci_arttext).

Se presentan de 3 modos diferentes.

**Periapical:** se sitúa en el espacio de Black, relacionado con el ápice dental.

**Lateral:** está en dependencia de un conducto lateral accesorio o de una falsa vía producida endodóticamente.

**Residual:** relacionado con un diente ausente en la arcada, ya extraído, y que ya presentaba esta lesión.

Estos quistes radicales crecen lentamente, y llegan a adquirir grandes dimensiones con expansión de las corticales externas. En principio, el quiste es asintomático, solo se aprecia por procedimientos radiográficos. El diagnóstico diferencial entre quiste y granuloma es difícil, aunque el factor tamaño no es decisivo para establecer este diagnóstico; se acepta que a partir de 2 cm (evolución de 10 años), la lesión se considera quística y capaz de dar sintomatología. (¶)

Estos quistes son asociados por piezas sin vitalidad, y su aparición se ve mediante una radiografía mediante un examen clínico y radiográfico según: Ceccotti & Sforza<sup>46</sup> (2007).

**Examen clínico:** Se asocia con una pieza dentaria sin vitalidad. Puede ser asintomático y cuando posee pequeño tamaño es descubierto en un examen radiográfico habitual. Luego crece en forma lenta y si se desarrolla excesivamente deforma la facies del paciente; se presenta duro a la palpación.

**Examen radiográfico:** la estructura interna es osteolítica y homogénea. El límite es neto y liso, la cavidad se halla rodeada por lo general de una esclerosis ósea de características bien definidas, excepto casos de infección del quiste. El tamaño es variable, desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros. La forma puede ser esférica, aunque cuando algún elemento óseo o dentario le ofrece resistencia pierde su forma circular y se adapta a la obstrucción hallada. (p.408)

Para la realizar la eliminación de este quiste tenemos pasos a seguir según: Raspall<sup>47</sup> (2001).

**Quistectomía total.** Esta técnica quirúrgica. También denominada Partsch II. Consiste en la extirpación completa de la capsula quística y el posterior cierre de la cavidad mediante la sutura del colgajo mucoperiostico.

Tras la elección del tipo de anestesia y el abordaje quirúrgico y a la exposición de la cortical ósea. La ostectomía de la cortical ósea puede realizarse mediante

---

<sup>46</sup>Ceccotti, E. L., & Sforza, R. (2007). El Diagnostico en Clinica Estomatologica.edicion Panamericana. Buenos Aires.

<sup>47</sup> Raspall, G. (2001). Cirugia Maxilofacial. (primera ed.) editorial Medica panamericana, España.

fresa redonda o gubia, según el grosor o perforación de la misma. Una vez expuesta la cavidad quística mediante la ostectomía, se practica la enucleación del quiste.

Dependiendo del tamaño del quiste la exéresis de la capsula quística podrá realizarse mediante una cureta o mediante un periostótomo.

La conducta a seguir con el diente responsable del proceso dependerá de su afectación. Es conveniente conservarlo siempre que sea posible, practicando su apicectomía y su obturación retrograda. Si, por el contrario, el diente está muy deteriorado o existe enfermedad periodontal importante, es aconsejable su exodoncia.

Una vez eliminado el quiste y tras una revisión y limpieza minuciosa de la cavidad ósea, se practica la sutura del colgajo mucoperiòstico. Habitualmente no es necesario el uso de sustancias de relleno para el interior de la cavidad ósea. (p. 252)

## 2.9. Prótesis Parcial removibles.

En si es una restauración que sustituye dientes perdidos, por dientes artificiales y que puede ser removida por el paciente, para su correcta higiene. Como nos enseña: Marín Manso y colaboradores (2015).

Normalmente, una prótesis parcial removible está indicada para espacios edéntulo mayores de dos dientes posteriores, o espacios que incluyan un canino y dos dientes contiguos; es decir, incisivo central, incisivo lateral y canino; incisivo lateral, canino y primer premolar o canino y ambos premolares. (p.85)

Para la obtención de la impresión necesitaremos: según la web<sup>48</sup> (2013).

Taza de alginato.

Espátula para Alginato.

Alginato.

Medida para el agua.

Medida para el Alginato.

Cubetas.

Guantes, mascarilla, babero, vaso con agua y papel.

Materiales para el vaciado del Modelo.

Taza para yesos.

---

<sup>48</sup>materiales-para-impresion-bucal. (2013). [En línea]. Consultado el: [11,julio,2015]. Disponible en: <http://auxiliarodontologia.blogspot.com/2013/02/materiales-para-impresion-bucal.html>.



Espátula para yesos.  
Agua.  
Yeso.  
Vibrador para yesos.  
Medidas para agua. (¶)

### 2.9.1. Registro de mordida.

Nos ayuda a obtener la mordida adecuada del paciente y nos facilitara llevar los modelos al articulador, para montar los dientes y colocarlo según corresponda a la mordida, tendremos los pasos a seguir según: Marín Manso y colaboradores<sup>49</sup> (2015).

### 2.9.2. Preparación del rollo.

Hacer un rollo de 1 cm de espesor, aproximadamente, esto dependerá de la anomalía a tratar y la técnica que se vaya a emplear.  
Conformarlo y adaptarlo sobre el modelo inferior.  
Llevar el rollo a la arcada del paciente. (¶)

### 2.9.3. Selección de color.

Este es uno de los pasos muy importante porque debemos satisfacer la estética, al paciente y seguridad en el medio que se rodea. Según: en la web<sup>50</sup> (2010).

La selección de los dientes anteriores es una tentativa que solo será validada por el profesional en el momento de la prueba estética y funcional. Toda ayuda disponible debe ser utilizada en este paso, como el registro de los dientes naturales previamente obtenidos, modelos de yeso y fotografías que pueden auxiliar al profesional, en la selección del tamaño, forma y disposición de los dientes artificiales. (¶)

---

<sup>49</sup>Marín Manso, G. M., Fernández Ysla, R., & Masson Barcelo, R. M. (2015). Registro de mordida. Algunas consideraciones. scielo. [En línea]. Consultado el: [11,julio,2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072005000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072005000200005)

<sup>50</sup>LVMI, L., FHI, G., CohelloI, G. M., DMI, D. S., AI, M., & RMI, F.-A. (2010). Scielo. [En línea]. Consultado el [13,julio,2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072010000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200011).

Obtenido ya el color correcto y probado el montado de los dientes en cera en boca, realizamos el último paso, que es la adaptación final de la prótesis.

### 3. **Diabetes mellitus.**

Es importante realizar una buena historia clínica y evaluar el control glicémico desde la primera cita. Preguntar de sus recientes niveles de glucosa. Medicaciones, dosis y tiempo de administración. Según Plaza<sup>51</sup> (2007) nos enseña que:

Los pacientes con DM tipo I o DM tipo II bien controlados pueden ser tratados de manera similar a los pacientes no diabéticos. Los pacientes deberían ser instruidos sobre sus medicaciones y continuar con un control de dieta y automonitorización de los niveles de glucosa durante el curso del tratamiento dental. La tasa de glucemia máxima aconsejable para actuar odontológicamente es de 140mg/ml.

Deben desayunar normalmente antes de la intervención odontológica para prevenir la hipoglucemia. Se prefiere realizar las actuaciones odontológicas matutinas porque los niveles de Corticosteroides endógenos son más altos, al mismo tiempo que el estrés puede ser tolerado mucho mejor. (p.228)

Durante el manejo médico – Odontológico del paciente quirúrgico con DM. Citamos según Bethancour y colaboradores<sup>52</sup> (2005)

El tratamiento Odontológico electivo provoca una respuesta de stress adaptativa con secreción de hormonas (catecolaminas, cortisol, hormonas del crecimiento, glucagón) que elevan la glucosa en plasma y reducen la sensibilidad de los tejidos a la insulina. Es así como el manejo previo del paciente con DM debe ser dirigido a mantenerlo normo glucémico y a evitar una hipo o hiperglucemia por descompensación. (p. 126)

---

<sup>51</sup>Plaza, A., & J. Silvestre, F. (2007). *Odontología en Pacientes Especiales*. Editorial Universitat de Valencia. Provincia de Valencia.

<sup>52</sup>Bergenholtz, G., Horsted\_Bindslev, P., & Reit, C. (2011). *Endodoncia* (segunda ed.). (M. A. Tobar Sosa, & V. V. Torres Rodriguez, Edits.) [en línea] consultado [17, agosto, 2015 ] edición El Manual Moderno, S.A de C.V. Mexico.

Continuando con la obra de Bethancour y colaboradores<sup>53</sup> (2005)

Los procedimientos menores quirúrgicos incluyen: ex-tracciones simples, biopsias, y colocación de implantes con anestesia local exclusivamente o con sedación y analgesia, puede ser realizada en una unidad quirúrgica menor, para pacientes bien controlados en su DM, con dietas controladas, o que usen hipoglucemiantes orales o Insulina. Sin embargo, si el paciente diabético es sintomático y o ha tenido niveles de glucosa por encima de 140 mg/dl es mejor diferir el procedimiento (si es electivo) hasta cuando la condición metabólica sea óptima. (p. 126)

---

<sup>53</sup>Idem Bergenholtz, G., Horsted\_Bindslev, P., & Reit, C. (2011). Endodoncia (segunda ed.). (M. A. Tobar Sosa, & V. V. Torres Rodriguez, Edits.) [en línea] consultado [17, agosto, 2015] editorial El Manual Moderno, S.A de C.V. Mexico.

## **CAPITULO III.**

### **3- Marco Metodológico.**

#### **3.1. Modalidad de Trabajo.**

Sistematización Práctica.

#### **3.2. Métodos.**

Para este trabajo se rehabilito a una paciente diabética controlada. El plan de tratamiento fue subsecuente:

siguiendo los protocolos señalados en la obra de Barrancos (2006), Conceicao (2008), se realizó los tratamientos de operatoria dental con resina (Ver anexo 11 fig. 6-9).

Seguido los protocolos referidos en la obra de Soares - Goldberg. (2005), Bergenholtz y colaboradores (2011), Gutiérrez - Iglesias (2009), Se realizó el tratamiento endodontico (Ver anexo 12 fig. 14-17).

Siguiendo los protocolos explicados en la obra de Shillingburg y colaboradores Rosentiel, Land, & Fujimoto (2009), Salazar (2007), web (2013), se realizó la colocación de corona metal porcelana. (Ver anexo 13 fig. 18-22)

Continuando el protocolo de la obra de Raspall (2006), Verdugo A, Rodríguez B, Montini S. (2011).Palma Cárdenas – Sánchez Aguilera (2007) se realizó las exodoncias de restos radiculares. (Ver anexo 14 fig. 10-13)

Siguiendo el protocolo de la obra de Raspall (2001), Rodríguez García y colaboradores (2006), Ceccotti & Sforza (2007), Se realizó la biopsia total del quiste maxilar. (Ver anexo 15 fig. 23)

Según los protocolos seguido en la obra de Marín Manso y colaboradores (2015), web (2013), Marín Manso y colaboradores (2015), web (2010). Se confeccionaron las prótesis parciales removibles tanto superiores e inferiores (Ver anexo 16 fig. 24-27).

### 3.3. **Ética.**

A la persona que intervino en este estudio, se le consultó su participación voluntaria, se le informo en qué consistía el trabajo que se realizó, así como también se le dio a conocer que la información de este proyecto no será empleada para ningún fin ajeno a este trabajo, y que en todo momento se mantendrá la discreción y estricta confidencialidad sobre el mismo. Se le hizo firmar un documento de consentimiento de su participación.

Siempre tomando en cuenta los métodos de bioseguridad, que nos proporcionó la seguridad previniendo infecciones en el medio laboral. Evitando la propagación de las enfermedades o de contaminación que interrumpa procedimientos a seguir. Por lo que es preciso tomar medidas preventivas tanto para el odontólogo como para el paciente.

### 3.4. **Marco administrativo.**

Recursos humanos.

Tutora.  
Autora.

Materiales.

Radiografías periapicales y panorámica.  
Cajas de mascarillas.  
Caja de guantes.  
Campos operatorios.  
Anestésicos.  
Agujas medianas y largas.  
Hipoclorito de Sodio.  
Jeringa descartable.  
Suero fisiológico.  
Torundas de algodón.  
Gasas.  
Succionador.  
Diques de goma.

Instrumentos.

Instrumental de periodoncia.  
Instrumental de endodoncia.  
Instrumental de cirugía.  
Instrumental de operatoria dental.  
Instrumental de prótesis fija.  
Instrumental de prótesis removible.

Útiles de oficina.

Bolígrafos.  
Hojas de papel.  
Lápiz bicolor.  
Borradores.

Tecnológicos.

Computadora.

Impresora.

CD.

Pendrive.

Cámara.

Internet.

Económicos.

El presente trabajo de sistematización de prácticas tuvo un costo aproximado de \$368.95 financiado por la autora. (Ver anexo 6)

### **3.5. Cronograma.**

(Ver anexo 6).

## **CAPITULO IV.**

### **4. Resultados.**

La rehabilitación oral se puede indicar como satisfactoria donde a la paciente diabética se le logro devolver un esquema oclusal adecuado logrando así función del sistema estomatognatico y cumplir con todos los requerimientos estéticos.

Analizando los resultados obtenidos al término del tratamiento de la paciente puedo decir que después de haber realizado la profilaxis previa las encías se encuentran saludables, mostrando un tono rosado, sin presencia de placa bacteriana.

Las restauraciones realizadas en las piezas número 15, 23, 26, 45, 42, 41, 31, 32, 34, con resina se encontraron sin puntos de contactos altos, con sellado marginal adecuados, en cuanto a la estética y morfología tuvieron buena aceptación y muy satisfactorias.

Los dientes que presentaban patologías pulpares fueron tratados endodónticamente, no presentaron dolor ni molestias. Para mejorar su estética estos dientes fueron restaurados mediante corona metal-porcelana, si bien es cierto desde el punto de vista estético las coronas metal-porcelana no logran los resultados óptico que dan las coronas de cerámica pura, pues estas tiene la ventaja de ser más resistentes a las fuerzas masticatorias que las anteriores y como no solo se trata de devolverle la estética sino también la funcionalidad pues se puede considerar que son muy adecuadas para devolverle una sonrisa armoniosa y una buena naturalidad en el sector antero-superior.



La eliminación de focos infecciosos como los restos radiculares, disminuyeron por completo el riesgo de padecer enfermedades bucales y la extracción de estos no permitieron la propagación de infecciones por bacteriemia o mayores complicaciones.

Al examinar los espacios edéntulos ya existentes y de las zonas extraídas de los restos radiculares y la extirpación del quiste, se observó una buena reabsorción de los tejidos tanto en los maxilares como en la mandíbula. Para recuperar los espacios perdidos y evitar migraciones de los dientes vecinos y adyacentes se elaboró prótesis parciales acrílicas removibles, en la arcada superior como inferior y su adaptación fue satisfactoria, dando un cambio muy positivo para la oclusión y la armonía dental de la paciente, se considera que es un elemento muy importante para conservar las estructuras orales remanentes y restaurar las piezas perdidas.

Al concluir este trabajo de sistematización práctica podemos decir que hemos cumplido con el objetivo principal se logró la mayor satisfacción al ver y sentir a una paciente feliz con los resultados finales obtenidos.

## **ANEXOS.**

## Resultados

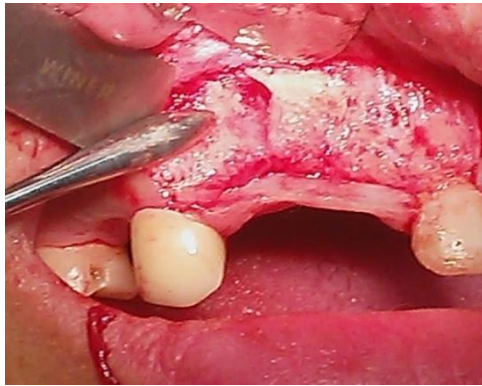


Antes



después

Eliminación de quiste.



Antes



Durante



Después

## Exodoncia



Antes



durante

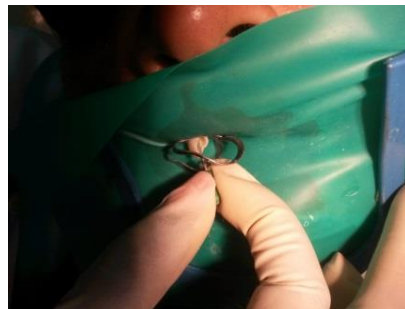


Después.

## Tratamiento endodóntico y elaboración de corona fija.



Antes.



Durante.



Después.



Antes.



Después.

Prótesis Parcial Removible.



Antes.



Después.



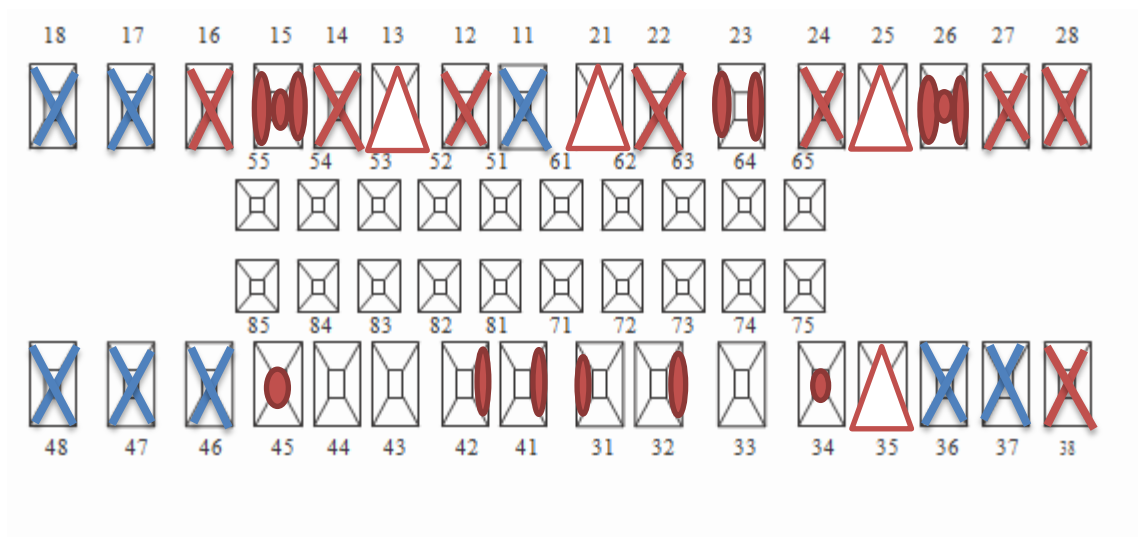
Antes.



Después.

(Anexo 1).

### ODONTOGRAMA.



(Anexo 2).

Primera Toma Radiografica, indica como llego la paciente.



Se observa en el maxilar el quiste apical por presencia de resto radicular.

(anexo 3).

ANALISIS BIOQUIMICOS		
DETERMINACIONES	RESULTADOS	RANGOS NORMALES
Glucosa Verdadera	218 mg / dl	75 - 115 mg / dl
Urea		15 - 50 mg / dl
Creatinina		0.8 - 1.4 mg / dl
Nitrógeno Ureico		7.1 - 18.6 mg %
Colesterol Total		Hasta 200 mg / dl
Trigliceridos		Hasta 200 mg / dl
HDL - Colesterol		Mujer 35 - 85 mg / dl Hombre 30 - 65 mg / dl
LDL - Colesterol		Hasta 140 mg / dl
Lipidos Totales		4.0 - 8.0 g / l
Bilirrubina Total		Hasta 1.00 mg / dl
Bilirrubina Directa		Hasta 0.20 mg / dl
Bilirrubina Indirecta		
Proteinas Totales		Niños : 4.3 - 8.0 g / dl 6.1 - 8.0 g / dl
Albumina		3.5 - 5.0 g / dl
Globulina		2.3 - 3.5 g / dl
Acido Urico		Mujer: 2.5 - 6.0 mg/dl Hombre: 3.7 - 7.0 mg/dl

Resultado de la glucosa de la paciente.

(Anexo 4).

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

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

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

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL	SINTOMAS: CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES									
1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO

4 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES							NO APLICA
PREISION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (mm)	FRECUENCIA RESPIRAT. (mm)	TEMPERATUR BUCAL °C	TEMPERATUR AXILAR °C	PESO Kg	TALLA m	

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO								DESCRIBIR LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS	
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M	12. GANGLIOS					

6 ODONTOGRAMA															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<p><b>SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA</b></p> <p>Caries ○ Restaurac. / Retos radic. F Corona C Prótesis remov. ∪∪ Prótesis total □</p> <p>Sellante * Estracción X Ausente A Trat. endodon. I Prótesis fija. 0-0</p> <p>Usar color ROJO para Patología actual AZUL para tratamientos odontológicos realizados</p>															

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL							CARIES				
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA							D	C	P	O	TOTAL
PIEZAS			PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	ENF. PERIODONTAL					
			0-1-2-3-9	0-1-2-3	0-1	LEVE	ANGLE I	LEVE			
16	17	55				MODERADA	ANGLE II	MODERADA			
11	21	51				SEVERA	ANGLE III	SEVERA			
26	27	65									
36	37	75									
31	41	71									
46	47	85									
<b>TOTALES</b>											



(Anexo 5).

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en la sistematización de prácticas pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del participante (representante) día mes año

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la rehabilitación oral. Dejando claro en todo momento que la participación 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 6).

N°	MATERIAL	CANTIDAD	PRECIO
1	Campos operatorios	50	5,00
2	Plástico para embalar	1	3.50
3	Caja guantes	1	8.50
4	Caja de mascarillas	1	7.00
5	Anestésico	25	12.50
6	Agujas	25	3,75
7	Suero fisiológico	1	2,25
8	Hipoclorito de sodio	1	3.75
9	Torundas de algodón	1	5.50
10	Paquete de gasas	2	5.60
11	Cepillos profilácticos	2	0.60
12	Pasta profiláctica	1	3.50
13	Flúor	1	4.00
14	Cubeta para flúor	2	0.50
15	Dique de goma	25	8.75
16	Limas para endodoncia	1	8.50
17	Espaciadores	1	8.50
18	Sealapex	1	36
19	Conos de papel	1	12.00
20	Conos de gutapercha	1	12.00
21	Acido grabador	1	3.50
22	bonding	1	4.00
23	Resinas kit	1	45.00
24	Aplicadores	10	1.00
	Ionomero	1	35.00

25			
26	Bandas celuloideas y lijas de papel	10	5.00
27	Yeso piedra	3	3.00
28	Materiales de impresión	1	8.00
29	Láminas de cera	3	1,50
30	Resma de papel	1	0.50
31	Esferos	1	4.50
32	Lápiz bicolor	1	0,50
33	Mecánico dental Prótesis acrílica removibles	2	50.00
34	Mecánico dental Prótesis fija	2	50.00
	<b>Total</b>		<b>368.95</b>

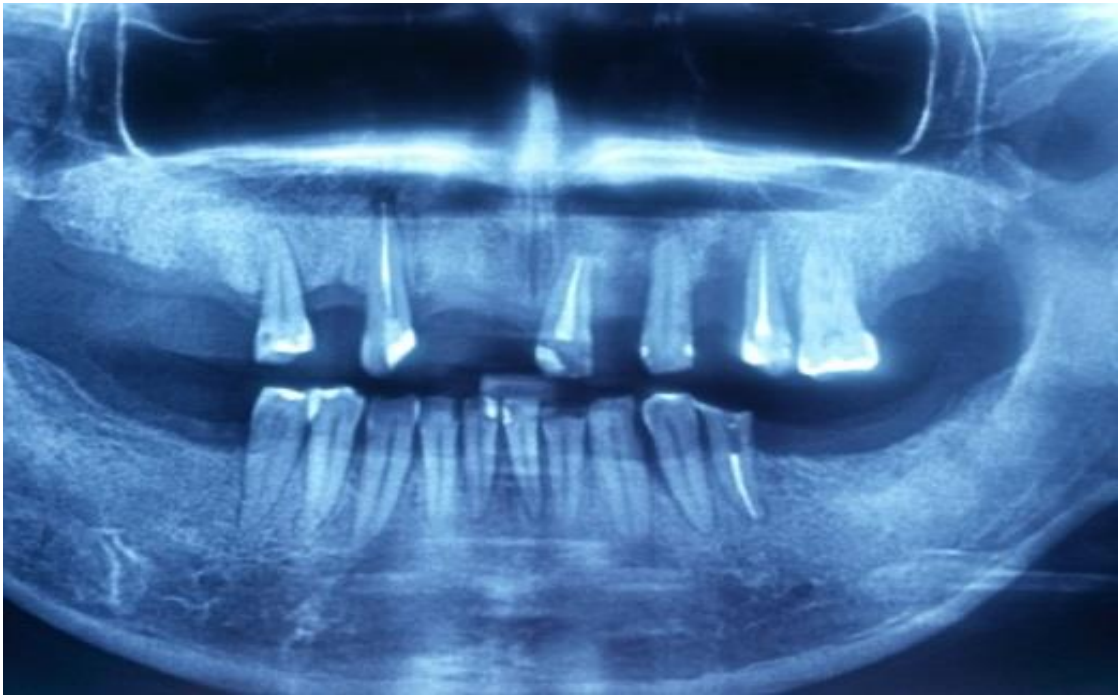
DECIMO NOVENA PROMOCION

OPCION DE TRABAJO DE TITULACION: SISTEMATIZACION DE PRÁCTICAS

SEMANA	FECHA	NÚMERO DE HORAS			
		TUTORIAS METODOLÓGICAS	PRAXIS PROFESIONAL	TUTORÍA PERSONALIZADA	ACTIVIDADES
1	20-24 ABRIL			8	TRABAJO EN CLINICA
2	27-30 ABRIL			8	TRABAJO EN CLINICA
3	4-8 MAYO			8	TRABAJO EN CLINICA
4	11-15 MAYO			8	TRABAJO EN CLINICA
5	18-22 MAYO			8	TRABAJO EN CLINICA
6	25- 29 MAYO			8	TRABAJO EN CLINICA
7	1-5 JUNIO			14	8H- CLINICA Y 4H DE TRABAJO EN INFORMES
8	8-12 JUNIO			14	8H- CLINICA Y 4H DE TRABAJO EN INFORMES
9	15-19 JUNIO			14	8H- CLINICA Y 4H DE TRABAJO EN INFORMES
10	22-26 JUNIO			14	8H- CLINICA Y 4H DE TRABAJO EN INFORMES
11	29 JUNIO-3 JULIO			14	8H- CLINICA Y 4H DE TRABAJO EN INFORMES
12	6-10 JULIO			21	ELABORACION DE INFORME
13	13-17 JULIO			21	ELABORACION DE INFORMES
14	20-24 JULIO			20	ELABORACION DE INFORME
	<b>TOTAL DE HORAS</b>	<b>120</b>	<b>80</b>	<b>200</b>	

(Anexo 7).

Control Radiografica, observando el Quiste radicular.



(anexo 8).



Cicatrizacion despues de las extracciones

(Anexo 10).

Paciente Cuando Recien llega a la Consulta.



Fig.2. piezas dentarias con caries profunda.  
posterior.



Fig.3. presencia de resto radicular



Fig.4. Presencia de restos e inflamación de encia.  
posteriores.



Fig.5. Ausencias de piezas  
posteriores.

(Anexo 11).

Operatoria Dental.



Fig.6. eliminación y conformación de cavidad.  
grabador.



Fig.7. colocación de ácido



Fig.8. colocación de adhesivo (bonding).  
dental.



Fig.9. restauración de la pieza

(Anexo 12).

Tratamiento de Conducto Radicular.



Fig. 14. Eliminación de caries.  
conducto.

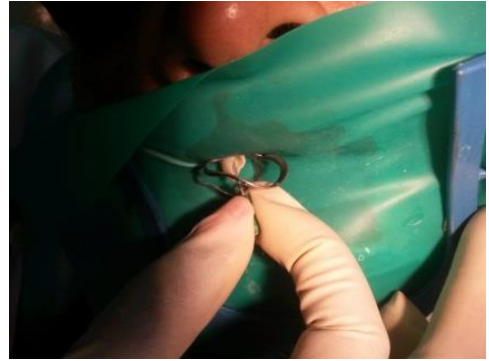


Fig. 15. Localización y limado del



Fig.16. conometria



fig. 17. Cono seco.

(Anexo 13).

**Elaboración de corona Metal Porcelana.**



Fig. 18. Tallado de la pieza N° 13.



Fig. 19. Colocación de hilo retractor.



Fig. 20. Toma de impresión con silicona de adhesión.



Fig. 21. prueba de biscocho.



Fig. 22. Cementado de corona.



(Anexo 14).

Exodoncia de Resto Radicular.



Fig.10. colocación de anestesia infiltrativa.  
con elevador recto.



Fig.11. luxación del resto radicular



Fig.12. extracción del resto radicular.



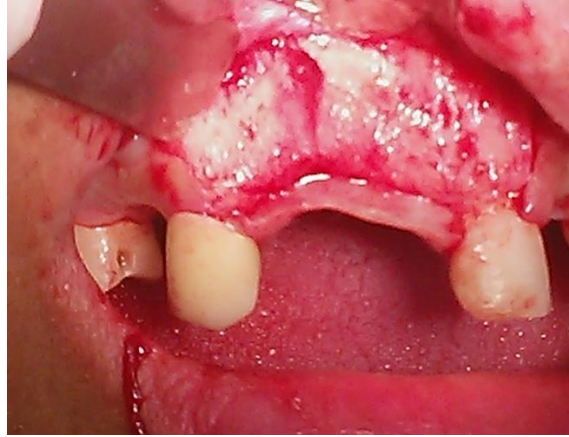
Fig.13. curetaje alveolar.

(Anexo 15).

**Eliminación de Quiste Apical. (fig. 23).**



Levantamiento de colgajo



localización del Quiste Radicular.



Sutura del colgajo.



(Anexo 16).

Elaboración de Prótesis Removible.



Fig. 24. Toma de impresión superior e inferior y vaciado con yeso piedra.



Fig. 25. Toma de color.



Fig. 26. Prueba del enfilado en cera.



Fig. 27 colocaciones de la prótesis.

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA		
	Comuna Huesarát	Maria	F	39 T.0001			
VENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	15-19 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
						<input checked="" type="checkbox"/>	

**1 MOTIVO DE CONSULTA** ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE  
 Que me arregle los dientes

**2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL** REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL  
 Dolor en la piga #13 leve, sibilos al frotar el diente al calor, por la presencia de carie profunda estímulo positivo a la percusión vertical.

**3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDÍACA	10. OTRO
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

3 Diabetes (paciente)  
 8 Hipertensa (Huesarát)

**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. PISO	8. CARRILLOS
-	-	-	-	-	-	-	-
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				

SIN Patología aparente

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

**7 INDICADORES DE SALUD BUCAL**

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS			
	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	LEVE	ANGLE I	LEVE
16	17	55	-	-	-	-
11	21	51	1	0	0	-
26	27	65	-	-	-	-
36	37	75	-	-	-	-
31	41	71	2	0	1	-
46	47	85	-	-	-	-
TOTALES						

**8 INDICES CPO-ceo**

	C	P	O	TOTAL
D	21	3	0	
d	c	e	o	TOTAL

**9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA**

*rojo	SELLANTE NECESARIO	U	PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡	PROTESIS TOTAL
*azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	◻	CORONA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○ azul	ORTURADO
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	◁	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES

TESTES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL									
FISIA		QUÍMICA SANGUÍNEA		RAYOS X		OTROS			
Profilaxis Exodoncia # 14-12-16-22-24-26-27-28-38 Operadora # 15-23-31-32-34-41-42-45 Endodoncia # 13-21-25-35									
11 DIAGNÓSTICO									
PRE-PRESUNTIVO		CIE		PRE DEF		CIE		PRE DEF	
1	Examen Odontológico	2012		3	Caries Dentina	K021			
2	Restos Radicales	K041		4	Pulpitis	K040			
FECHA DE APERTURA		FECHA DE CONTROL		PROFESIONAL		FIRMA		NÚMERO DE HOJA	
22-4-15				M.C. Geomara Duenas		ODONTOLOGA		SENECYT 1009-06-695758	
12 TRATAMIENTO									
SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA					
SESION 1 FECHA 22-4-15	Necrosis # 16 K041	Se le realizó la extracción # 16 no presentó complicaciones	Ibuprofeno 400mg # 9 por 3 días Amoxicilina 500mg # 21 por 5 días	CODIGO FIRMA Dra. Geomara Duenas ODONTOLOGA SENECYT 1009-06-695758					
SESION 2 FECHA 23-4-15	Caries Dentina # K021	Restauración con Resina en # 31-41-45-32		CODIGO FIRMA Dra. Geomara Duenas ODONTOLOGA SENECYT 1009-06-695758					
SESION 3 FECHA 24-4-15	Caries Dentina K021	Restauración con Resina en # 26-23-35		CODIGO FIRMA Dra. Geomara Duenas ODONTOLOGA SENECYT 1009-06-695758					
SESION 4 FECHA 27-4-15	Caries Dentina K021	Restauración con Resina en # 42-44-34		CODIGO FIRMA Dr. Michel Sarmiento ESP ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO # FOLIO 6 - No. 11					
SESION 5 FECHA 30-4-15	Necrosis # 12-14 K041	Se le realizó la exodoncia de restos # 12-14 no hubo complicaciones	Ibuprofeno 400mg # 9 por 3 días	CODIGO FIRMA Dra. Geomara Duenas ODONTOLOGA SENECYT 1009-06-695758					
SESION 6 FECHA 7-5-15	Necrosis # 22-28 K041	Se le realizó la exodoncia de restos # 22-28 no hubo complicaciones	Ibuprofeno 400mg # 9 por 3 días	CODIGO FIRMA Dra. Geomara Duenas ODONTOLOGA SENECYT 1009-06-695758					
SESION 7 FECHA 12-5-15	Pulpitis - # 13 K040	Diagnóstico e instrumentación Linea # 40		CODIGO FIRMA Dr. Michel Sarmiento ESP ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO # FOLIO 6 - No. 11					
SESION 8 FECHA 24-5-15	Necrosis # 26-24 K041	Se realizó la extracción de Resto Radical # 22-24 - no uso complicaciones	Para cateterizar con Ibuprofeno 400mg # 9 por 3 días	CODIGO FIRMA Dr. Michel Sarmiento ESP ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO # FOLIO 6 - No. 11					
SESION 9 FECHA 2-5-15	Abceso Periapical agudo.	condensación Provisional.		CODIGO FIRMA Dr. Michel Sarmiento ESP ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO # FOLIO 6 - No. 11					

HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA N° 0001

Fecha de Ingreso, Portoviejo 26-5-2015 20  
 Nombres y Apellidos del Paciente: Carmen Rocas Mora  
 Dirección: El Cady Parroquia: Colo  
 Edad: 39 años Teléfono:  
 Ocupación: Año de Casa  
 En caso de emergencia avisar a: Teléfono:

**SIGNOS VITALES**

Presión Arterial 21-3-155-6-15  
100/90 119/80  
 Temperatura  
 Tiempo de coagulación  
 Tiempo de sangría  
 Grupo sanguíneo

ANTECEDENTES PERSONALES				EXAMEN CLÍNICO					
	SI	NO	No sabe		N	A		N	A
¿Está bajo tratamiento médico?	<input checked="" type="checkbox"/>			Piel	<input checked="" type="checkbox"/>		Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Es propenso a hemorragia?		<input checked="" type="checkbox"/>		Labios	<input checked="" type="checkbox"/>		Clánd. Salivales	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Es alérgico a medicamento?		<input checked="" type="checkbox"/>		Carrillos	<input checked="" type="checkbox"/>		Ganglios	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha tenido complicación con algún tipo de anestésico?		<input checked="" type="checkbox"/>		Paladar	<input checked="" type="checkbox"/>		Art. Témpero Maxilar	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Está usted embarazada?		<input checked="" type="checkbox"/>		Mucosa	<input checked="" type="checkbox"/>		Tejido Muscular	<input checked="" type="checkbox"/>	
				Piso de la boca	<input checked="" type="checkbox"/>		Otros		

**ODONTOGRAMA**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
		85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Nombre del Estudiante: Isabella Cecilia Firma del Estudiante: [Signature]  
 Nombre del Docente: Michel Sarmiento Firma del Docente: Dr. Michel Sarmiento P.  
 ESP. ODONTOLOGÍA GENERAL  
 LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17

## Historia Médica

Nombre del Alumno: Yessica Carillo Semestre: 7<sup>o</sup> Lección  
 Nombre del paciente: Maria Mercedes Rosendo Fecha: 22-4-15  
 Dirección: El Cady - Colón Parroquia: El Cady Edad: 39  
 Teléfono: 1 Ficha Clínica: 7-0001

Por favor, marque cualquier enfermedad que haya pasado o presente en la actualidad.  
 (Padres y tutores: si está rellorando este formulario para su hijo, indique su estado de salud marcando el recuadro apropiado).

### 1. CARDIOVASCULARES

- Insuficiencia cardíaca
- Enfermedad o ataque cardíaco
- Angina de pecho
- Presión arterial alta
- Soplo cardíaco
- Prolapso de la válvula mitral
- Fiebre reumática
- Defecto cardíaco congénita
- Válvula cardíaca artificial
- Arritmias
- Marca pasos cardíacos
- Cirugía
- Trasplante cardíaco
- Otros problemas cardíacos
- Ictus
- Aneurisma

### 2. HEMATOLOGÍA

- Transfusión de sangre
- Anemia
- Hemofilia
- Leucemia
- Enfermedad de células falciformes
- Tendencia de sangrar más de lo normal

### 3. NERVIOSO Y SENSORIAL

- Dolor de ojos
- Problemas de visión
- Glaucoma
- Dolor de oídos
- Pérdidas de audición
- Cañales intensas
- Mareos
- Epilepsia
- Nerviosismo
- tratamientos psiquiátricos

### 4. DIGESTIVOS

- Úlceras gástricas
- Gastritis
- Colitis
- Diarrea persistente
- Hepatitis
- Enfermedad hepática
- Ictericia
- Cirrosis

### 5. RESPIRATORIOS

- Fiebre de heno
- Problemas sinusales
- Alergias o urticaria
- Asma
- Tos crónica
- Enfisema
- Tuberculosis
- Dificultades respiratorias

### 6. MUCOCUTANEO MUSCULOSQUELETICO

- Alergias de látex (goma)
- Exantema cutáneo
- Lunares oscuros (cambio reciente de apariencia)
- Sudores nocturnos
- Dolores musculares
- Rigidez de las articulaciones
- Artritis
- Prótesis articular
- Ampollas de fiebre
- Resfriados
- Úlceras bucales
- Áreas hiper hipo pigmentadas en la boca
- Diabetes
- Enfermedad tiroidea

### 8. URINARIO-TRANSMISIÓN

- SEXUAL
- Micción frecuente
- Problemas renales
- Vesicales
- ETS
- Sífilis
- Gonorrea
- Ciamidea
- VIH positivo

### 9. OTRAS PATOLOGÍAS

- Irritación frecuente de la garganta
- Aumento de tamaño de ganglios linfáticos o de glándulas
- Tabaquismo
- Bebedores de alcohol
- Adicción a las drogas o alcohol (en recuperación o actual)
- Cobalto terapia
- Quimioterapia
- Algún trastorno o enfermedad que no aparezca en la lista enumérelas

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA	SESIÓN	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
27-4-15.	1	Exodoncia Resto Radicular	Jayana Cuslla
30-4-15	2.	Exodoncia Resto Radicular	Jayana Cuslla

**OBSERVACIÓN**

27-4-15.  
 Se le realizó a la paciente la exodoncia de R.R#16, colocandole 1 tubo de sujestico al 2% con vaso constriccion se le recetó: Ibuprofeno 400mg # 9 bl. por 3 días, Paracetamol 500mg # 21 cap. por 7 días no presento complicacion a 30-4-15.

Se le realizó la exodoncia de resto radicular #12-14. a la paciente colocandole 1 tubo de sujestico al 2% con vaso constriccion, se le recetó Ibuprofeno de 400mg por tres días 9 bl. no presento complicaciones 7-5-15.

Se realizó la exodoncia de Resto Radicular de #27-28. colocandole 1 tubo sujestico al 2% con vaso constriccion, no presento complicacion, se envió Ibuprofeno de 400mg por 3 días cada 8 horas.

AUTORIZACIÓN		
Hoy 27 de Abril de 2015 autorizo al alumno/a <u>Jayana Cuslla Villamor</u> para que realice la exodoncia de la pieza dental N° 16. Bajo mi responsabilidad. <u>Carmen Macias</u> Firma del paciente o representante	Hoy 30 de Abril de 2015 autorizo al alumno/a <u>Jayana Cuslla Villamor</u> para que realice la exodoncia de la pieza dental N° 14-12. Bajo mi responsabilidad. <u>Carmen Macias</u> Firma del paciente o representante	Hoy 7 de Mayo de 2015 autorizo al alumno/a <u>Jayana Cuslla Villamor</u> para que realice la exodoncia de la pieza dental N° 27-28. Bajo mi responsabilidad. <u>Carmen Macias</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 ___ 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 ___ de 20___ autorizo al alumno/a _____ para que realice la exodoncia de la pieza dental N° _____. Bajo mi responsabilidad. _____ Firma del paciente o representante



HISTORIA CLINICA

FECHA DE APERTURA 3-6-15      FECHA DE CONTROL      PROFESIONAL Dra. Geomara Duenas      CODIGO      FIRMA

NUMERO DE HOJA

### 12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 3-6-15	Pulpitis # 25	de apertura y se dejo provisoriamente		Dra. Geomara Duenas ODONTOL SENESCYT 1009-06
SESION 2 FECHA 4-6-15	Periodontitis Apical Aguda	instrumentacion # Lima 85.		Dra. Geomara Duenas ODONTOL SENESCYT 1009-06
SESION 3 FECHA 5-6-15	Necrosis # 38 KOYL	Se realiza la extraccion sin complicacion # 38		
SESION 4 FECHA 9-6-15	(Diagnostico) Pulpitis # 54	Diagnostico Instrumentacion # Lima 40		Dr. Michel Sarmiento ESP. ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 1
SESION 5 FECHA 10-6-15	Periodontitis Apical Aguda # 74	- COMOMETRIA - con descaicion - TUNOMERO		Dra. Geomara Duenas ODONTOLOGA SENESCYT 1009-06-695758
SESION 6 FECHA 12-6-15	Periodontitis Apical aguda # 25	- Instrumentacion - COMOMETRIA - con descaicion - corte de caso-TUNOMERO		
SESION 7 FECHA 16-6-15	Periodontitis Apical - Aguda	Se realiza tratamiento de endodoncia con pasta de zinc fosforico		Dr. Michel Sarmiento ESP. ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 1
SESION 8 FECHA 18-6-15	carica definitiva KOZL # 25-21-13.	se sustituye las pigg con resina usando base con ionomero.		Dra. Geomara Duenas ODONTOLOGA SENESCYT 1009-06-695758
SESION 9 FECHA				

**ODONTOLOGIA (2)**

SNS-MSP / HCU-Form 033/2008

11 DIAGNÓSTICO		PRE-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1								3
2								4
FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	NÚMERO DE HOJA			

12 TRATAMIENTO		PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES			
FECHA	Confecion de corona	Compuca 6-02 de penna Colado		Dr. Michel Sarmiento P ESP. ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
SESIÓN 2				
FECHA	Confecion de corona	Tallado y provisional de # 34		Dr. Michel Sarmiento P ESP. ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
SESIÓN 3				
FECHA		Tallado # 13-34		
SESIÓN 4				
FECHA	Confecion de corona	Toma de impresio con moldera Perado y Litvino		Dr. Michel Sarmiento P ESP. ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
SESIÓN 5				
FECHA	Confecion de corona	Prueba de Metal: 13-34		Dra. Geomara Llanos Z ODONTOLOGA 769575
SESIÓN 6				
FECHA	Confecion de corona	Prueba de biscucho # 13-34		Dr. Michel Sarmiento P ESP. ODONTOLOGIA GENERAL LIBRO 4 - FOLIO 6 - No. 17
SESIÓN 7				
FECHA	Confecion de corona	Construccion de la corona # 13-34		Dra. Geomara Llanos Z ODONTOLOGA 769575
SESIÓN 8				
FECHA	Prospia Ensamblada por el paciente en la clinica	Prospis.	Medicacion V.O. Amox + Ac Clav 500/125mg 13x70mg Aquelgaco 13supra 100mg 100mg x 30 dias	
SESIÓN 9				
FECHA				

<b>11 DIAGNÓSTICO</b>		PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE
1					3		
2					4		
FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	NÚMERO DE HOJA		

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN	1				CÓDIGO
FECHA	92-7-15	Elaboración de Protesis s.p.g. Inf. Removable	Prueba de enfildado		Dr. Michel Sarmient ESP. ODONTOLOGIA LIBRO 1-1010
SESIÓN	2				CÓDIGO
FECHA	23-7-15	Elaboración de Protesis s.p.g. Inf. Removable	Adaptación de la PROTESIS.		FIRMA Dr. Michel Sarmient ESP. ODONTOLOGIA GEN LIBRO 3-1-1010.6- No
SESIÓN	3				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	4				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	5				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	6				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	7				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	8				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	9				CÓDIGO
FECHA					FIRMA

MS-MSP / HCU-Form 033/2008