



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD Y DE LA**  
**VIDA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**REHABILITACIÓN INTEGRAL EN PACIENTE ADULTO EDENTULO**  
**PARCIAL BAJO TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**ODONTÓLOGO**

**ELBA CRISTINA ROSALES ESPINOSA**

**TUTOR: DRA. ALEJANDRA TORRES**

**QUITO, 2018**

## **DIRECTORES DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Tutor:**

Doctora Alejandra Torres.

## **CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR**

Yo, Elba Cristina Rosales Espinosa, con CI 1720801313, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado académico o título profesional y que se ha consultado la bibliografía necesaria para su elaboración.

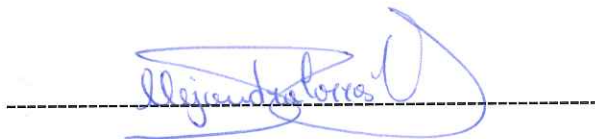
Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, sin restricción especial o de ningún género.



Firma

## **CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL TUTOR**

Yo, Dra. Alejandra Torres certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo él responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.



Firma

## **DEDICATORIA**

Este trabajo va dedicado principalmente a mis padres, quienes siempre han sido y serán mi apoyo y motivación, ya que sin su ayuda no hubiera llegado a cumplir mis sueños.

A mis abuelos, Eduardo, Olga, Nelson y Elba, quienes desde el cielo han sido mi guía y mi inspiración. Su recuerdo siempre me alentó en momentos difíciles para avanzar y no rendirme, siguiendo siempre su ejemplo de lucha y amor.

Finalmente doy gracias a Dios por ayudarme cada día y darme la fuerza necesaria para seguir adelante y poder cumplir todas mis metas.

## INDICE

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| ESCUELA DE ODONTOLOGÍA .....                             | i  |
| DIRECTORES DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....               | ii |
| CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR .. | 3  |
| CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL TUTOR .. | 4  |
| DEDICATORIA.....                                         | 5  |
| INDICE .....                                             | 6  |
| Resumen: .....                                           | 11 |
| ABSTRACT.....                                            | 12 |
| Introducción: .....                                      | 13 |
| Planteamiento del problema: .....                        | 15 |
| Justificación: .....                                     | 17 |
| Objetivos: .....                                         | 19 |
| General: .....                                           | 19 |
| Específicos:.....                                        | 19 |
| MARCO TEÓRICO.....                                       | 20 |
| CAPITULO I .....                                         | 20 |
| 1.1 Ausencia de dientes: .....                           | 20 |
| 1.2 Principales causas de la pérdida dental .....        | 22 |
| 1.2.1 Enfermedad periodontal .....                       | 22 |

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.2.2 Caries dental .....                                                                    | 23 |
| 1.3 Consecuencias de la pérdida dental .....                                                 | 23 |
| 1.3.1 Consecuencias físicas y anatómicas .....                                               | 24 |
| 1.3.1.1 Pérdida ósea .....                                                                   | 24 |
| <b>Figura 1.</b> Etapas de Reabsorción ósea por pérdida dental.....                          | 24 |
| 1.3.1.2 Dimensión Vertical .....                                                             | 25 |
| 1.3.1.2.1 Alteraciones por la pérdida de dimensión vertical .....                            | 27 |
| 1.3.1.2.2 Restitución de dimensión vertical .....                                            | 29 |
| 1.3.2 Consecuencias psicosociales .....                                                      | 30 |
| 1.4 Prótesis parcial removible: .....                                                        | 32 |
| 1.4.1 Partes de una prótesis parcial removible: .....                                        | 33 |
| <b>Figuras 2 y 3.</b> Partes de una prótesis parcial removible superior e inferior.<br>..... | 34 |
| 1.4.2 Clasificación de las prótesis parciales removibles:.....                               | 34 |
| 1.4.2.1 Por el tipo de soporte: .....                                                        | 34 |
| 1.4.2.2 Por la localización de los espacios edentulos: .....                                 | 35 |
| <b>CAPITULO II</b> .....                                                                     | 37 |
| 2.1 Bifosfonatos: .....                                                                      | 37 |
| 2.2 Estructura química y Mecanismo de acción.....                                            | 38 |
| 2.3 Clasificación.....                                                                       | 40 |
| 2.4 Biodisponibilidad y farmacocinética: .....                                               | 41 |

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2.5 Ventajas y riesgos de su uso .....</b>                             | <b>42</b> |
| <b>2.5.1 Ventajas: .....</b>                                              | <b>42</b> |
| <b>2.5.2 Efectos adversos o factores de riesgo:.....</b>                  | <b>42</b> |
| <b>2.6 Osteonecrosis de los maxilares asociado al uso de bifosfonatos</b> |           |
| .....                                                                     | 44        |
| <b>2.6.1 Fisiopatología: .....</b>                                        | <b>45</b> |
| <b>2.6.2 Diagnóstico:.....</b>                                            | <b>46</b> |
| <b>2.6.3 Signos y síntomas.....</b>                                       | <b>48</b> |
| <b>2.6.4 Diagnóstico Radiográfico: .....</b>                              | <b>49</b> |
| <b>2.6.5 Tratamiento:.....</b>                                            | <b>50</b> |
| <b>2.6.6 Prevención y alternativas de tratamientos: .....</b>             | <b>51</b> |
| <b>CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO .....</b>                  | <b>54</b> |
| <b>3.1 Historia clínica: .....</b>                                        | <b>54</b> |
| <b>3.1.1 Datos generales: .....</b>                                       | <b>54</b> |
| <b>3.1.2 Motivo de consulta: .....</b>                                    | <b>54</b> |
| <b>3.1.3 Enfermedad o problema actual: .....</b>                          | <b>54</b> |
| <b>3.1.4 Antecedentes personales y familiares:.....</b>                   | <b>55</b> |
| <b>3.1.5 Signos Vitales: .....</b>                                        | <b>55</b> |
| <b>3.1.6 Examen clínico:.....</b>                                         | <b>55</b> |
| <b>3.1.6.1. Examen extraoral: .....</b>                                   | <b>55</b> |
| <b>3.1.6.2 Examen clínico intraoral:.....</b>                             | <b>56</b> |

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>3.1.7 Odontograma:</b> .....                                         | 58 |
| <b>3.1.8 Indicadores de salud bucal:</b> .....                          | 59 |
| <b>3.1.9 Exámenes complementarios</b> .....                             | 60 |
| <b>3.1.9.1 Toma de modelos diagnósticos</b> .....                       | 61 |
| <b>3.2 Diagnóstico</b> .....                                            | 62 |
| <b>3.2.1 Diagnóstico Presuntivo:</b> .....                              | 62 |
| <b>3.2.2 Diagnóstico definitivo:</b> .....                              | 62 |
| <b>3.3 Plan de Tratamiento</b> .....                                    | 63 |
| <b>3.4 Pronóstico:</b> .....                                            | 65 |
| <b>3.5 Descripción de procedimientos ejecutados:</b> .....              | 66 |
| <b>3.5.1 Fase inicial Profilaxis:</b> .....                             | 66 |
| <b>3.5.2 Fase operatoria:</b> .....                                     | 66 |
| <b>3.5.3 Alargamientos de corona y tratamientos endodónticos.</b> ..... | 68 |
| <b>3.5.3.1 Endodoncia</b> .....                                         | 68 |
| <b>3.5.3.2 Alargamientos de corona</b> .....                            | 68 |
| <b>3.5.3.3 Endodoncias restos radiculares:</b> .....                    | 70 |
| <b>3.5.4 Inmersión de las raíces</b> .....                              | 73 |
| <b>3.5.5 Rehabilitación oral</b> .....                                  | 79 |
| <b>3.5.5.1 Montaje en articulador</b> .....                             | 79 |
| <b>3.5.5.2 Encerado diagnóstico:</b> .....                              | 82 |
| <b>3.5.5.3 Restauraciones incisales dientes inferiores.</b> .....       | 83 |

|                                                                                                                                           |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.5.5.4 Preparación de dientes para coronas .....                                                                                         | 84         |
| 3.5.5.5 Toma de impresiones: .....                                                                                                        | 86         |
| 3.5.5.6 Dientes provisionales.....                                                                                                        | 88         |
| 3.5.5.6 Prueba de las coronas en metal y toma de registro de mordida para colocación de porcelana. ....                                   | 89         |
| 3.5.5.7 Cementación de coronas: .....                                                                                                     | 91         |
| 3.5.5.8 Diseño de la prótesis parcial removible: .....                                                                                    | 93         |
| 3.5.5.9 Toma de impresiones funcionales: .....                                                                                            | 94         |
| 3.5.5.10 Prueba del esqueleto de la prótesis parcial removible, toma de registro de mordida y prueba de enfilado de dientes en cera. .... | 95         |
| 3.5.5.11 Instalación y cuidados de la prótesis parcial removible terminada.....                                                           | 97         |
| <b>CAPITULO IV .....</b>                                                                                                                  | <b>101</b> |
| 4.1 Discusión.....                                                                                                                        | 101        |
| 4.2 Conclusiones:.....                                                                                                                    | 105        |
| 4.3 Recomendaciones. ....                                                                                                                 | 107        |
| <b>Bibliografía.....</b>                                                                                                                  | <b>108</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                                                                                                       | <b>120</b> |

## **Resumen:**

Los bifosfonatos son medicamentos utilizados principalmente para tratar enfermedades óseas como la osteoporosis y osteopenia, el uso de estos fármacos ha traído muchas controversias durante el tratamiento odontológico, autores como Padilla Rosas (2016) Bertó Botella (2007) y J. Hernández y cols. (2014) han demostrado mediante estudios las consecuencias que puede traer su uso al someter a un paciente a procedimientos quirúrgicos, el principal riesgo es la osteonecrosis de maxilares, una lesión que se produce por alteraciones del aporte sanguíneo afectando la cicatrización y dejando áreas de hueso expuesto por largos periodos de tiempo, por lo que antes de realizar cualquier procedimiento es de suma importancia conocer que son, como actúan, cuáles son sus efectos adversos y como es el manejo de un paciente que ingiere estos medicamentos, empezando con un correcto diagnóstico acompañado de exámenes complementarios para saber con exactitud lo que el paciente requiere. En este caso nos encontramos con una paciente de 58 años de edad, que presenta osteoporosis y es tratada con bifosfonatos orales hace 5 años, que por la presencia de restos radiculares debe someterse a cirugía, encontrándose en riesgo de sufrir este tipo de lesiones, esto se convierte en un reto para el odontólogo, ya que debe buscar tratamientos alternativos y evitar la Osteonecrosis, en este caso se eligió reemplazar la cirugía por endodoncia seguido de la inmersión de las raíces y finalmente se rehabilito mediante prótesis fija y removible . Este caso clínico se realizó con el fin demostrar que no debemos limitarnos al momento de elegir un plan de tratamiento ya que si la primera opción no es posible de efectuar siempre habrá otras alternativas para brindar un tratamiento ideal y lograr resultados exitosos.

**Palabras clave:** Bifosfonatos, Osteonecrosis de maxilares, Cirugía, Endodoncia, tratamientos alternativos.

## ABSTRACT

Bisphosphonates are drugs mainly used to treat bone diseases such as osteoporosis and osteopenia. The use of these drugs have brought many controversies in dental treatment. Authors Padilla Rosas (2016), Bertó Botella (2007) and J. Hernández (2014) have shown through studies the consequences of using Bisphosphonates in patients during surgical procedures. The main risk is jaw osteonecrosis, an injury produced by alterations in blood supply affecting healing and leaving exposed areas of bone for long periods of time. Before performing any procedure is necessary to research about its implementation, medication handling and side effects, followed by a correct diagnosis and medical exams in order to determine exactly what the patient requires. In this case study, a 58-year-old patient, who has osteoporosis and had been treated with oral bisphosphonates 5 years ago, revealed the presence of radicular remains and had to undergo surgery. Being at risk of suffering this type of injuries, this type of patient becomes a challenge for the dentist, who has to consider alternative treatments to avoid osteonecrosis. The chosen treatment was endodontics followed by the immersion of roots and finally rehabilitation with fixed and removable prosthesis. The purpose of this clinical case is to prove that specialists should not limit themselves when choosing a treatment plan and there will always be other alternatives with successful results.

**Key words:** Bisphosphonates, jaw osteonecrosis, surgery, endodontics, alternative treatments.

,

## **Introducción:**

En la actualidad el uso de bifosfonatos se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, ya que su uso se ha hecho muy común en la población. Estos son un grupo de medicamentos utilizados para tratar enfermedades óseas, especialmente en pacientes que presentan osteoporosis postmenopáusica, esta enfermedad está afectando a más de 200 millones de personas, la mayoría de afectados son mujeres entre los 50 a 60 años de edad en un “30% a 50%” de los casos. (Manrique., 2010 )

La osteoporosis se caracteriza por una baja cantidad de masa ósea y deterioro de la micro arquitectura, lo que provoca una mayor fragilidad y un aumento del riesgo de fracturas. Dependiendo del avance de la enfermedad estos medicamentos pueden ser utilizados por vía oral o vía intravenosa, que por distintos mecanismos de acción disminuyen la reabsorción ósea, pero a la vez pueden producir algunos efectos adversos asociados a su uso a largo plazo, entre los más frecuentes tenemos: osteonecrosis de los maxilares en caso de someter al paciente a tratamientos quirúrgicos a nivel óseo, fracturas atípicas, dolor musculoesquelético y fibrilación auricular. (Manrique., 2010 )

Realizar una historia clínica completa con un adecuado interrogatorio dirigido a buscar factores de riesgo que influyan sobre la estabilidad de los huesos, permitirá seleccionar a los pacientes que deben someterse a estudios para descartar la osteoporosis u osteopenia y la necesidad de usar bifosfonatos, para así poder obtener un adecuado diagnóstico y un correcto

tratamiento, tanto en el aspecto medico como odontológico. (DRES. LEÓN SCHURMAN, 2007 )

En varias ocasiones nos encontraremos con pacientes que se encuentran bajo estos tratamientos en nuestra consulta, por lo que es importante saber que son los bifosfonatos, para que se los utiliza, como actúan en el organismo y lo que puede causar a nivel odontológico. Después de realizar una correcta anamnesis y tener un diagnóstico final se realizara un plan de tratamiento, para esto tenemos que saber que es la rehabilitación integral en odontología, esta consiste en unir varias especialidades como operatoria dental, endodoncia, periodoncia, cirugía y rehabilitación, con el fin de poder tratar todo lo que el paciente requiere para tener una adecuada salud bucal.

La rehabilitación oral de pacientes ya sea total o parcialmente desdentados, en ocasiones se convierte en un reto para el odontólogo y es aún más complicada si existe disminución de dimensión vertical, para tener éxito en estos casos es necesario cumplir con varios protocolos tanto clínicos como de laboratorio. La rehabilitación oral es la especialidad que se encarga de devolver la función, estética y armonía oral que el paciente ha perdido, debido a mala higiene, patologías, traumatismos o por problemas estéticos. Dentro de la clasificación de las prótesis dentales tenemos fijas, parciales removibles, prótesis totales y sobre dentaduras. En este caso se decido colocar prótesis combinada entre fija y parcial removible para devolver la función, estética y armonía oral a la paciente.

## **Planteamiento del problema:**

Paciente de 57 años de edad acudió a la consulta de la clínica de especialidades odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador por un chequeo general, al momento de la anamnesis la paciente nos informó presentar osteoporosis hace aproximadamente 5 años y recibe tratamiento con bifosfonatos. Tras un minucioso examen intraoral se encontró múltiples caries y restauraciones de amalgama en varios dientes, una prótesis acrílica que por el desgaste y la mala adaptación se notó que la paciente la usa por varios años y esto le ha causado una estomatitis protésica en la mucosa del paladar, también pudimos evidenciar pérdida de más dientes de los que la prótesis reemplaza, dentro de estos encontramos restos radiculares que en situaciones normales serían indicados para extracción, pero al saber que la paciente se encuentra bajo tratamiento con bifosfonatos se convierte en un limitante para realizar la cirugía ya que hay un gran riesgo de producir una osteonecrosis de maxilares.

Como se mencionó anteriormente los bifosfonatos se utilizan frecuentemente para tratar enfermedades como la osteoporosis y otras enfermedades óseas, estos son medicamentos muy eficaces pero tienen mucha relación con la osteonecrosis de maxilares. Su acción primordial consiste en inhibir la resorción ósea mediante la supresión de la actividad de los osteoclastos, con lo que predominará el proceso de la formación ósea, consiguiendo así un balance positivo de calcio en los huesos y evitando el desarrollo de la enfermedad. El riesgo que producen los bifosfonatos en el

paciente es que el hueso expuesto no cicatriza después de una intervención a nivel de maxilares y hay la posibilidad de desarrollar osteonecrosis. (Berto Botella , Miñara Gómez, & Miñana Laliga , 2007)

La osteonecrosis, es una lesión clínica poco frecuente, está asociada a una alteración del aporte sanguíneo o a una inhibición de la osteoblastogénesis e incremento de la apoptosis de los osteocitos. Un panel de expertos de la Sociedad Americana para la investigación ósea y mineral recientemente realizó esta definición como “Área de hueso expuesto que persiste por más de 8 semanas en ausencia de radiación previa y/o metástasis en la mandíbula”. En el 2003 se publicaron los primeros casos de osteonecrosis de los maxilares en pacientes que están recibiendo o han recibido tratamiento a largo plazo con bifosfonatos. Estas lesiones se pueden presentar frecuentemente tras un antecedente de cirugía dento-alveolar especialmente exodoncias. (Sosa Henríquez , Gómez de Tejada Romero , Bagán , & Jódar Gimeno, 2009)

## **Justificación:**

Demostrar que a pesar de las grandes limitaciones que ha traído el uso de bifosfonatos para lograr un tratamiento odontológico adecuado, existen actualmente diferentes planes de tratamiento que se pueden tomar como segunda opción, para poder brindar una atención adecuada y una rehabilitación integral a pacientes que son tratados con estos fármacos.

Es esencial reconocer los factores de riesgo relacionados con la osteonecrosis de los maxilares asociados a los bifosfonatos antes de realizar cualquier tratamiento. La endodoncia debe ser el tratamiento de elección ante cualquier tipo de tratamiento quirúrgico, esto incluye el tratamiento de dientes que en situaciones normales serían extraídos, estos dientes deberán ser tratados endodónticamente para después ser rehabilitados. (Berto Botella , Miñara Gómez, & Miñana Laliga , 2007)

La pérdida prematura de los dientes se está convirtiendo en un problema cada vez más presente en el Ecuador. Las caries y las enfermedades periodontales son las principales causas de la pérdida de dientes. La pérdida total de la dentadura es un fenómeno bastante generalizado que afecta sobre todo a las personas mayores. Alrededor del 30% de la población mundial en edades entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.

Actualmente hay muchas maneras de sustituir dientes perdidos pueden ser realizados mediante prótesis fija en cerámica o metal, también se puede considerar la colocación de implantes osteointegrados, o colocación de prótesis

parcial removible. Para este caso clínico tomamos como alternativa la utilización de una prótesis parcial removible para remplazar los dientes perdidos ya que debido al tratamiento con bifosfonatos la opción de colocación de implantes queda descartada por el riesgo de producir osteonecrosis. Este tipo de prótesis cuando es bien planeada y ejecutada proporciona función, estética, y durabilidad aceptable. (Rudys Rodolfo De Jesús, 1999)

## **Objetivos:**

### **General:**

- Proporcionar un tratamiento odontológico integral a un paciente que se encuentra bajo tratamiento con bifosfonatos, mediante el remplazo de cirugía por endodoncia para evitar la osteonecrosis de maxilares, seguido de rehabilitación oral por medio de prótesis combinada entre fija y parcial removible para reponer la dimensión vertical, devolver función, salud y estética oral a la paciente.

### **Específicos:**

- Definir el protocolo clínico adecuado para un paciente que se encuentra bajo tratamiento de bifosfonatos.
- Restituir una dimensión vertical favorable y devolver planos de oclusión del paciente mediante una rehabilitación oral integral por medio de la colocación de prótesis fija y removible en sector anterior y posterior.
- Devolver las funciones del aparato estomatognático para mejorar estética y salud oral.

## **MARCO TEÓRICO**

### **CAPITULO I**

#### **1.1 Ausencia de dientes:**

La pérdida de dientes y el uso de prótesis representa un suceso grave en la vida de las personas, de tal manera que no constituye solamente un problema físico sino que también puede convertirse una carga social y psicológica severa que afecta de cierta forma el estilo de vida del paciente. (Molin Thorén & Gunne , 2013)

Debemos tener en cuenta que en la actualidad hay varias formas de rehabilitar a pacientes parcialmente edéntulos y el odontólogo tiene la obligación de informar todas las opciones de tratamiento para así poder elegir lo más conveniente para el paciente.

Como tratamiento de primera elección vamos a encontrar los implantes dentales osteointegrados, son pequeñas piezas de titanio que son sustitutos artificiales de las raíces naturales de los dientes, estos cicatrizan en el hueso y se osteointegran exitosamente la mayoría de las veces, posteriormente se procede a colocar las prótesis fijas sobre los implantes, que con los cuidados adecuados pueden llegar a permanecer hasta más de 40 años en boca sin ningún problema. Antes de someter al paciente a este tipo de procedimientos debemos estar seguros de que este sea apto para realizarlo y también si el paciente acepta el tratamiento ya que una de las razones por las que los pacientes prefieren no hacerlo es por sus altos costos y por ser un tratamiento muy demoroso. (Velasco Ortega , Pato Mourelo , Lorrio Castro , Cruz Valiño , & Poyato Ferrera, 2007)

La segunda opción para remplazar dientes ausentes es el uso de prótesis fija, lo cual además de mejorar la comodidad y la capacidad masticatoria, también lograra conservar la salud y la integridad de las arcadas dentarias y en muchos casos ayudara a elevar la autoestima del paciente. Se ha demostrado que mediante estos tratamientos también hay la posibilidad de ayudar a eliminar problemas relacionados con la articulación temporomandibular y sus componentes neuromusculares. El éxito de esto está directamente relacionado en llevar a cabo primero una planificación y un diagnóstico correcto del estado dental del paciente, teniendo en cuenta tejidos duros, blandos, la oclusión y la salud periodontal para determinar si está suficientemente sano para realizar tales restauraciones. Se debe también descartar o posponer el tratamiento por cualquier motivo de salud física o emocional del paciente que pueda perjudicar de cualquier manera la colocación de prótesis fija. (Shillingburg, 2000)

La tercera opción y una de las más utilizadas debido a que es la más rápida de realizar, es simple y la menos costosa es la colocación de prótesis parcial removible (PPR), ya que la mayoría de los pacientes logran adaptarse rápidamente y además en varias ocasiones por motivos biológicos las prótesis implanto soportadas o fijas no son aptas para todos los pacientes. Debemos también tener en cuenta que este tipo de prótesis a pesar de ser muy eficientes pueden llevar a producir efectos adversos sobre los tejidos orales ya que las prótesis exponen a los tejidos de soporte a recibir cargas no fisiológicas que pueden producir resorción ósea continua. (Molin Thorén & Gunne , 2013)

## **1.2 Principales causas de la pérdida dental**

Las principales causas descritas por la literatura científica para la pérdida dental es la enfermedad periodontal, afectando más a adultos mayores de 30 años, mientras que en los más jóvenes la razón más común es la caries dental, también se encuentran causas secundarias como traumatismos dentoalveolares, la extracción de terceros molares y por causas de ortodoncia. (Gómez Delgado & Montero Aguilar , 2011)

### **1.2.1 Enfermedad periodontal**

La enfermedad periodontal es considerada una enfermedad infecciosa-inflamatoria, que dependiendo de su gravedad puede llevar a la pérdida total del soporte de los dientes y como consecuencia a la pérdida de los mismos. Esta enfermedad comienza cuando las bacterias entran en contacto con las células del epitelio de unión provocando así la formación de bolsas periodontales con una profundidad de sondaje de más de 4mm. El sangrado al momento de realizar el sondaje y la movilidad pueden ser también predictores de la enfermedad periodontal, los dientes al no tener contacto directo con el hueso alveolar tienen una movilidad fisiológica que es de 0,1 a 0.2mm pero cuando el paciente se encuentra con periodontitis avanzada los dientes pueden llegar a tener movilidad grado 3 que equivale a movimientos verticales y horizontales de más de 1mm, lo que en la mayoría de los casos lleva a la pérdida de los dientes. (Botero & Bedoya , 2010)

### **1.2.2 Caries dental**

La caries dental, es un proceso patológico e infeccioso transmisible, de origen multifactorial que afecta a las estructuras dentarias, se da por el contacto microbiano y a un desequilibrio entre la sustancia bucal (saliva) y la placa bacteriana produciendo así una desmineralización de la superficie dental y la destrucción de los tejidos duros del mismo, esto induce a la formación de cavidades y alteraciones del complejo dentino-pulpar que si no es tratado tiempo puede llevar a la pérdida de los dientes, a infecciones o a enfermedades mucho más graves a nivel sistémico. (Núñez & García Bacallao , 2010)

Por esta razón es importante realizar programas de educación a la población en general, donde se haga énfasis en la importancia que tiene el mantener la dentición natural por el mayor tiempo posible para así disminuir el índice de extracciones y el riesgo de padecer otras enfermedades que acompañan a la pérdida dental.

### **1.3 Consecuencias de la pérdida dental**

Cuando los dientes se pierden de forma parcial o total y son sustituidos por prótesis pueden traer un sin número de consecuencias a nivel bucal, facial y emocional en el paciente dentro de estos podemos encontrar:

- consecuencias físicas y anatómicas
- consecuencias psicosociales

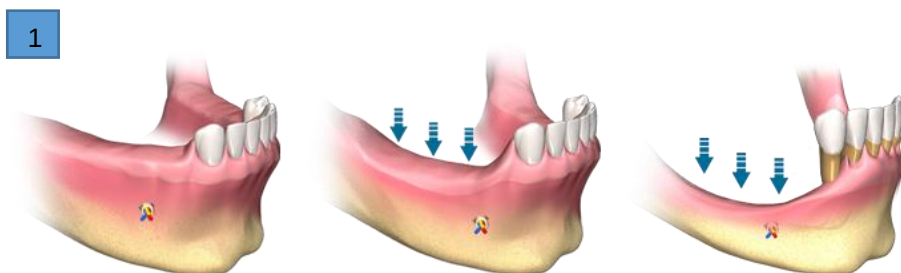
(Molin Thorén & Gunne , 2013)

### 1.3.1 Consecuencias físicas y anatómicas

#### 1.3.1.1 Pérdida ósea

Debido a la pérdida de dientes y a la falta de estímulo se origina una disminución del trabeculado y la densidad ósea, se ha demostrado que el promedio de pérdida ósea en la maxila es de 2 a 4 mm en el primero año y de 0,1 mm por año los siguientes años y en la mandíbula es de 4 a 6 mm el primer año y 0,4 mm los años subsiguientes. (Telles, 2011)

El patrón de resorción tanto en la mandíbula como en el maxilar es variable en el maxilar superior tiende a reducirse primero el ancho mientras en la mandíbula ocurre lo contrario y se reabsorbe con más rapidez en las zonas posteriores. El hueso debajo de prótesis tiende a reabsorberse en grado variable ya que se producen cargas no fisiológicas, que pueden producir que la reabsorción ósea sea más rápida. Además se ha demostrado que en los pacientes con enfermedades sistémicas, como diabetes y osteoporosis se produce un grado mayor en la reabsorción ósea que en pacientes sanos. (Molin Thorén & Gunne , 2013)



**Figura 1.** Etapas de Reabsorción ósea por pérdida dental.

**Fuente:** (1888implant , 2012 )

Antes de la colocación de una nueva prótesis es muy importante el realizar una historia clínica correcta, en el momento del interrogatorio se debe averiguar bien desde cuando se produjo la pérdida de dientes ya que esto determinará el grado de reabsorción de la cresta ósea, a mayor tiempo de la pérdida de los dientes posteriores habrá mayor reabsorción por lo que también mayor cercanía de las inserciones musculares a la superficie de apoyo de la base de la prótesis. A la vez con el apoyo de exámenes complementarios como de laboratorio y por radiografías panorámicas o tomografías podremos saber exactamente el estado óseo que el paciente presenta por la pérdida dental, para así poder brindar un adecuado tratamiento. (BARRETO, 2008)

La reducción gradual de la altura de los rebordes con el tiempo no sólo afectara a la oclusión sino también que producirá pérdida de la dimensión vertical, esto puede llevar a tener cambios drásticos en la fisionomía del paciente reduciendo la altura del tercio inferior de la cara, interferir con el soporte de labios y mejillas y cambiar la posición de la prótesis por lo que se recomienda el constante control y el cambio de las mismas cada cierto tiempo para compensar estos cambios. (Molin Thorén & Gunne , 2013)

#### **1.3.1.2 Dimensión Vertical**

La Dimensión Vertical, es un concepto clínico, el cual se refiere a la altura del tercio inferior del rostro o a la relación espacial de la mandíbula en relación al maxilar en el plano vertical. Está determinada por dos puntos seleccionados, uno fijo a nivel subnasal y otro móvil en el mentón cuando la mandíbula se encuentra en reposo. Por otro lado cuando los dientes se encuentran en contacto se le conoce como dimensión vertical en oclusión. (Telles, 2011) La

dimensión vertical varía dependiendo de las diferentes posiciones que puede tener la mandíbula en plano vertical y estas pueden ser de dos tipos: Dimensión Vertical postural y Dimensión Vertical Oclusal. (Telles, 2011)

### **Dimensión Vertical postural o en reposo (DVP)**

Es la posición postural de la mandíbula, cuando la cabeza del paciente se encuentra recta y los músculos elevadores presentan un pequeño grado de contracción que impide la acción de la gravedad, es decir, que están en una mínima actividad. En este caso la mandíbula se encuentra separada del maxilar a una distancia interoclusal de 5 a 6 mm, dependiendo de la clase, a este espacio se le denomina como espacio funcional libre. A pesar de que no es constante y algunos autores no recomiendan utilizar este método de DVP como punto de referencia en la determinación de DVO, otros lo toman como el método más exacto y más utilizado. (Conceição, 2008) (Naranjo, 2008)

Para determinar la DVR tenemos varios métodos entre estos el más común es el método fisiológico, esta consiste en colocar a la mandíbula en una posición fisiológica de reposo con una buena referencia de DV. El método consiste en registrar la altura del tercio inferior del rostro con la mandíbula en reposo, para esto utilizaremos un compás de Willis. El paciente debe estar sentado durante algunos minutos, se le puede pedir al paciente que realice algunos movimientos de apertura y cierre o deglución para hasta lograr un cansancio muscular y la mandíbula pueda estar totalmente en reposo. (Telles, 2011)

## **Dimensión Vertical Oclusal (DVO)**

Es la posición vertical de la mandíbula en relación con el maxilar superior, cuando los dientes superiores e inferiores están en contacto entre sí, es decir, que no existe espacio de inclusión. Está determinada por las cúspides bucales de los dientes mandibulares y las cúspides de los dientes maxilares al entrar en una máxima intercuspidad. (Naranjo, 2008) para determinar la dimensión vertical en oclusión se toman los mismos pasos de la dimensión vertical en reposo, se utiliza igualmente un compás de Willis para medir las distancias, pero después en este caso se deberán restar los 5 a 6mm relativos que corresponden al espacio funcional libre para llegar a la medición de la DVO; otro mecanismo para esto es el mecanismo del método cronométrico de Knebelman donde se tomará como referencia la distancia desde la pared mesial del canal auditivo externo a la esquina lateral de la órbita que esta proporcionalmente relacionada con la distancia entre el mentón y la espina nasal. (Gaete B, Riveros R, & Cabargas , 2003)

### **1.3.1.2.1 Alteraciones por la pérdida de dimensión vertical**

La dimensión vertical tiene un rol fundamental en el equilibrio articulación-oclusión en el sistema estomatognático, por lo que no se debe nunca pasar por alto en ningún caso de rehabilitación oral. Aunque lo ideal sería siempre antes tener como prioridad la prevención y el control de todos los elementos que pueden llegar a alterarla. Además de también contar con una adecuada coordinación entre dimensión vertical, relación céntrica y oclusión céntrica. (García-Fajardo Palacios, 2007)

Uno de los problemas más comunes que se presentan al momento de diseñar prótesis parciales removibles, es recuperar la dimensión vertical alterada y aún más cuando el edentulismo existe ya por mucho tiempo. Esto puede llevar a producir muchas deficiencias en el sistema estomatognático como problemas óseos, neuromusculares, articulares a nivel de la articulación temporomandibular (ATM) y funcionales. (BARRETO, 2008)

Situaciones como edentulismo del sector posterior que provoca rotación de molares o desplazamiento de los mismos, pacientes portadores de prótesis removibles muy antiguas, desgaste o atrición dentaria por bruxismo aguda o crónica, son algunas de las causas para la pérdida de dimensión vertical en oclusión o incluso podría deberse a trastornos internos de la articulación temporomandibular ATM u osteoartritis. Sin embargo, se ha descrito que otras causas también pueden ser por iatrogénias debido a la colocación de prótesis con oclusión muy alta, mal uso de las mismas o férulas oclusales. (García-Fajardo Palacios, 2007)

Es importante también tener en cuenta que la pérdida de los dientes posteriores, cuando es simultánea en ambos lados y en ambas arcadas, no solo provoca pérdida de la dimensión vertical de la altura facial sino que también puede acompañarse de una rotación de la mandíbula producida por las fuerzas de los músculos masticatorios que producen una contracción que lleva la mandíbula hacia atrás y hacia arriba. (García-Fajardo Palacios, 2007)

#### **1.3.1.2.2 Restitución de dimensión vertical**

Existen problemas oclusales que serían muy difíciles de rehabilitar sin el aumento de la dimensión vertical, por ejemplo en casos de oclusiones extremadamente desgastadas, en necesidades estéticas que requieran del aumento de la longitud de las coronas, cuando se está restaurando a las relaciones entre arcadas o problemas del plano oclusal. (Dawson, 2009)

La recuperación de la dimensión vertical debe hacerse manteniendo dos principios fundamentales: el punto de partida para la reconstrucción de la dimensión vertical en oclusión donde los cóndilos deben estar en una posición estable y también la reconstrucción debe hacerse en base al rango de adaptación neuromuscular de cada paciente. (García-Fajardo Palacios, 2007)

La dificultad está en la determinación exacta de la dimensión vertical, relación céntrica y transferir esto a un articulador que simule la oclusión funcional del paciente. Al restituir la dimensión vertical con restauraciones, es importante saber que los cambios a la verdadera DVO no serán permanentes, ya que esta volverá a su dimensión original debido a la contracción muscular repetitiva, por lo que los cambios innecesarios en la DV están contraindicados ya que no son mantenidos e incluso puede llegar a ser perjudiciales para el paciente. (García-Fajardo Palacios, 2007) (Dawson, 2009)

El tiempo de existencia de la pérdida dental es también muy importante con respecto a la conservación de las curvas de Spee o curva sagital de compensación y de Wilson o curva de compensación transversal, si el espacio edéntulo es antagonista a espacios dentados por mucho tiempo, lo más

probable es que estas curvas se hayan alterado y que los dientes antagonistas se han extruido e invadieron el espacio intermaxilar. Cuando se trata de recuperar la dimensión vertical posterior, la invasión del espacio interoclusal es de suma importancia, ya que de alguna manera hay que recuperar la reposición de los dientes extruidos. (BARRETO, 2008)

### **1.3.2 Consecuencias psicosociales**

Los dientes además de formar parte en la alimentación, tienen un componente estético importante ya que da soporte y estructura a tejidos duros y blandos de la cara, por lo que la pérdida de los mismos causa que aparezca las características comunes de las facies de un adulto mayor, además del componente psicológico, que causa mucha influencia en el autoestima y en las relaciones personales del paciente. (Esquivel Hernández & Jimenénez Férez , 2008)

Es muy importante la comunicación verbal con el paciente. No existe aún una fórmula detallada para lograr una comunicación ideal, pero se recomienda al odontólogo abordar siempre al paciente de forma pausada, mostrando paciencia, sensibilidad, respeto y empatía, siendo esto imprescindible en pacientes usuarios de prótesis parciales removibles o totales. Hay que tener en cuenta que el tiempo y la energía empleados en esto puede ayudar en el éxito del tratamiento no solo por las razones mencionadas anteriormente, sino también porque crea una afinidad que puede facilitar la satisfacción del paciente y así mejorar su estilo de vida. Es fundamental saber que es probable

que el tratamiento tenga poco éxito si se le considera únicamente como un procedimiento técnico. (Molin Thorén & Gunne , 2013)

En muchas ocasiones, para el paciente nunca llega a ser suficiente el tratamiento que se realiza para devolver su sonrisa después de pérdidas dentarias, a pesar de que hoy en día hay un sinnúmero de tratamientos para que se sienta bien con su imagen, aún más cuando el paciente ha perdido sus primeros dientes, ya que eso significa perder la juventud, belleza y atractivo que puede traer consigo la ansiedad y depresión. Por estas razones muchos llegan a verdaderos extremos para ocultar su edentulismo y las prótesis al mundo externo. (Molin Thorén & Gunne , 2013)

Se ha descrito que la gravedad de estos problemas ha aumentado las últimas décadas, ya que en el pasado el edentulismo en el anciano era más una regla que una excepción. Y la única manera de rehabilitar a un paciente edentulo total para entonces era el uso de prótesis totales removibles. Mientras que en la actualidad ya existe la opción de la colocación de implantes mejorando totalmente la función, estética y comodidad al paciente. (Molin Thorén & Gunne , 2013)

A través de la conservación de la salud bucal, lo que busca la odontología es mantener la calidad de vida entendida como la percepción que una persona tiene del grado de aceptación a su dentición, así como de los tejidos duros y blandos, en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado y sus expectativas según el sistema de valores de su entorno

sociocultural. El estado de la dentición del adulto mayor repercute en su nutrición, autoestima, relaciones con su entorno, su bienestar y salud general. (Esquivel Hernández & Jimenénez Férez , 2008)

#### **1.4 Prótesis parcial removible:**

La prótesis parcial removible es utilizada para remplazar dientes perdidos como también los tejidos bucales y el hueso. Como su nombre lo indica el paciente va a poder remover y volver a colocarse la prótesis en boca. Antes de realizar cualquier tratamiento se debe indicar todas las opciones posibles para rehabilitar a pacientes parcialmente edéntulos, entre estas tenemos: implantes, prótesis fija y prótesis parcial removible, las principales causas por las que los pacientes eligen una prótesis parcial removible para su tratamiento antes que prótesis fijas o implantes es debido a que son más económicas y en el caso de algún daño o de que algún diente se rompa son más fáciles de reparar. (Molin Thorén & Gunne , 2013)

Cuando una prótesis parcial removible es bien colocada y adaptada puede durar muchos años en boca sin causar mayor problema al paciente, pero debemos tener en cuenta que estas no son siempre recomendadas ya que se han realizado estudios sobre sus efectos adversos en la salud gingival y periodontal, estos demostraron que los pacientes que las utilizan desarrollan significativamente más enfermedad periodontal, ya que su uso puede incrementar la formación de placa, sangrado al sondaje y pérdida de inserción sobre todo en los dientes pilares que están en contacto con la prótesis. Por lo que es muy importante enseñar al paciente que siempre mantenga un control

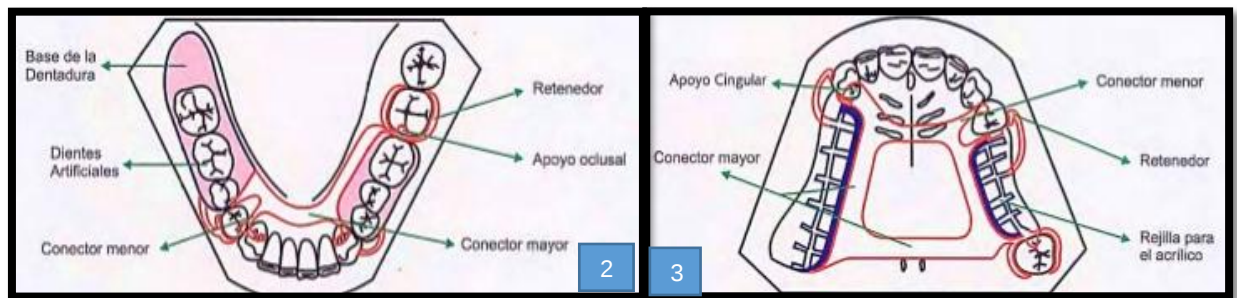
de su salud oral y de la prótesis para así evitar otros tipos de reacciones patológicas en los dientes restantes y en la mucosa. (Medina, 2010)

#### **1.4.1 Partes de una prótesis parcial removible:**

Las prótesis parciales removibles están compuestas por varios elementos y cada uno cumple una función específica estos son:

- a) **Cuerpo o estructura:** Une a todos los elementos de la prótesis, estas pueden ser metálicas o acrílicas.
- b) **Conectores mayores:** Conectará a las rejillas donde irán los dientes de la prótesis a la estructura metálicas
- c) **Conectores menores:** Estructuras que se encargan de conectar los elementos que darán el soporte y la retención de prótesis al cuerpo.
- d) **Rejillas:** Parte que recubrirá la zona edéntula donde después serán instalados los dientes de la prótesis.
- e) **Dientes artificiales:** Remplazarán dientes perdidos, por lo general están hechos de acrílico.
- f) **Componentes de soporte:** Su función es transmitir las cargas oclusales y prevenir el movimiento de la prótesis hacia los tejidos por medio de los apoyos dentales a los dientes pilares y con la base protésica a las áreas edéntulas.

g) **Componentes de retención:** Los retenedores directos eliminan las fuerzas que desplazan a la prótesis fuera de su sitio, por otro lado los retenedores indirectos junto con los directos dan estabilidad a la prótesis para evitar su rotación Ver Fig. 2 y 3) (Molin Thorén & Gunne , 2013)



**Figuras 2 y 3.** Partes de una prótesis parcial removible superior e inferior.  
**Fuente:** (Rodríguez, 2014)

#### 1.4.2 Clasificación de las prótesis parciales removibles:

##### 1.4.2.1 Por el tipo de soporte:

**Dentosoportadas:** Estas prótesis transmitirán las fuerzas oclusales únicamente hacia los pilares por medio de los apoyos dentales.

**Dentomucosoportadas:** La prótesis transmitirá parte de las fuerzas oclusales a través de los apoyos dentales hacia los pilares y resto de se transmitirá hacia los rebordes alveolares.

**Mucosoportada:** En este tipo de prótesis no existen los apoyos dentales, por lo que todas las fuerzas oclusales se dirigen hacia los rebordes alveolares.  
(Molin Thorén & Gunne , 2013)

#### **1.4.2.2 Por la localización de los espacios edéntulos:**

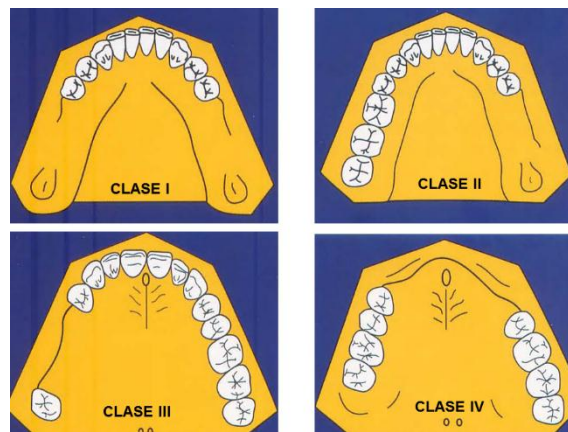
Debido a la pérdida dental todos los componentes del sistema estomatognático con el tiempo presentarán alteraciones tanto en la posición, tamaño de los dientes, en la modificación ósea, estos factores no sólo alterarán a la estética del paciente sino que también afectará a la función ya que se produce deficiencia en la masticación, oclusión, deglución e incluso en la fonética. Existen diferentes formas de clasificar a los pacientes parcialmente edéntulos entre estas tenemos la clasificación de Baylin, Skinner, Miller, Godfrey, Applegate y Kennedy y muchas más pero las más utilizadas actualmente son las clasificaciones de Kennedy y Applegate. (Villafuerte, Matias, Torres, Mazzini, & Sanchez, 2016) (Dezna & Escobar, 2015)

La clasificación del doctor Edward Kennedy se estableció en 1925, se divide en cuatro clases principales I, II, III, IV, esto nos ayudará a poder diferenciar todas las opciones que se pueden observar en un paciente parcialmente edéntulo y reconocer cuál es su condición al momento de rehabilitarlo ya que así sabremos si la prótesis debe ser dentosoportada, mucosoportada o dentomucosoportada. (Dezna & Escobar, 2015)

#### **Clasificación de Kennedy:**

- a) **Clase I:** Áreas edéntulas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes remanentes.
- b) **Clase II:** Se presenta una zona edéntula unilateral de extremo libre a los dientes remanentes.

- c) **Clase III:** Se observa una zona edéntula limitada con dientes remanentes en la zona anterior y posterior.
- d) **Clase IV:** Se presenta como una zona edéntula única situada en la región anterior de la arcada (Ver Fig. 4). (Molin Thorén & Gunne , 2013)  
(Hoyos, Jaramillo, & Insuasty, 2016)



**Figura 4.** Clasificación de Kennedy  
**Fuente:** (Sucre F. , 2017)

## **CAPITULO II**

### **2.1 Bifosfonatos:**

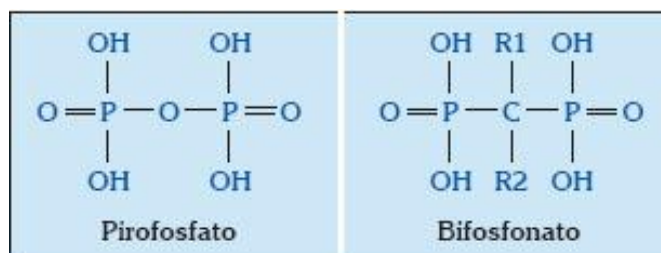
Los bifosfonatos, son medicamentos que se los utilizaba desde el siglo XIX por científicos alemanes, también son conocidos como fármacos antirresortivos. Los primeros conocimientos de sus características biológicas y farmacodinámicas fueron descubiertas en los años sesenta como alternativas para tratamientos de restitución hormonal y en patologías en las que es necesario disminuir la resorción ósea, como en casos de osteoporosis y osteopenia ya que ayudan a incrementar la densidad mineral en los huesos, produciendo así una disminución de la tasa de fracturas, también se los utiliza para tratar tumores osteolíticos, metástasis ósea de tumores originados en la mama, el pulmón, y la próstata para que el desarrollo del tumor sea más lento. Estos fármacos son normalmente bien tolerados por los pacientes y se los administra por vía oral o endovenosa. (Segelnick, 2014 ) (Laura Quijada Gutierrez, 2016)

Los bifosfonatos son inhibidores de la resorción ósea, al disminuir la acción de los osteoclastos, estas son células que se localizan en la superficie interna del hueso cortical y se caracterizan por ser la única célula capaz de reabsorber la matriz ósea calcificada, se encargan de disolver los cristales de fosfato de calcio y de digerir el colágeno a través de estructuras especializadas. Su papel patogénico es la producción de la excesiva resorción ósea produciendo así enfermedades como la osteoporosis, artritis o incluso cáncer. (Arbolea L, 2014)

## **2.2 Estructura química y Mecanismo de acción**

Los bifosfonatos, son análogos sintéticos de la molécula de pirofosfato (inhibidor natural de la formación y agregación de los cristales de fosfato cálcico), esta composición química se obtiene mediante la sustitución de una molécula de oxígeno por una de carbono. Esta estructura le da una resistencia a la hidrólisis enzimática y les permite mantener una fuerte fijación a la superficie de los cristales de hidroxiapatita con una rápida y eficiente unión del fármaco a la superficie mineral ósea, para así poder inhibir tanto la formación y la agregación como la disolución de estos cristales. Por medio de estos mecanismos los bifosfonatos producen la inhibición de la mineralización ósea y la resorción ósea. La estructura molecular de los bifosfonatos además presenta dos radicales R1 y R2, el R1 determina la unión a los cristales de hidroxiapatita del hueso, por otro lado el R2 determinará las propiedades antirresortivas del fármaco, este se divide en dos clases: que son las que contienen o no contienen nitrógeno, la cadena que contiene nitrógeno tiene una potencia mayor, pero a la vez aumenta su toxicidad, estando asociados a la formación de osteonecrosis de maxilares (ONMs).

(Berto Botella , Miñara Gómez, & Miñana Laliga , 2007) (Cortés Motta & Fernandez-Grisales, 2016)



**Figura 5.** Estructuras moleculares del pirofosfato y el bifosfonato

**Fuente:** (Martínez Rodríguez , Rubio Alonso , Leco Berrocal , Barona Dorado , & Martínez Gonzáles , 2015 )

La principal célula diana de los bifosfonatos son los osteoclastos y existen cuatro tipos de mecanismo de acción en los que pueden actuar estos fármacos y son:

- a) Inhibir la formación y el reclutamiento de los osteoclastos por medio de mecanismos que evitan su diferenciación.
- b) Producir la disminución de la adhesión de los osteoclastos a la matriz ósea.
- c) Reducir el tiempo de vida de los osteoclastos debido al aumento de apoptosis celular.
- d) Inhiben la acción de los osteoclastos: penetran la célula para afectar procesos bioquímicos, provocando así alteraciones al osteoclasto y afectando la actividad enzimática.

(Adrover Ringo , Juste Diez de Pinos , Tuset Creus , Codina Jané, & Ribas Salas, 2000)

Es posible que los bifosfonatos no actúen todos a través del mismo mecanismo de acción y sobre el mismo tipo de diana molecular, esto ocurre debido a que estos varían en su afinidad mineral, poder de inhibición de la farnesil-pirofosfato sintetasa y la capacidad de unión a la hidroxiapatita lo que

condiciona sus efectos y potencia la acción de cada uno. Sin embargo, debemos tener en cuenta que a mayor potencia del fármaco, las dosis y la frecuencia de administración deben ser menores pero se puede aumentar el riesgo de acumulación, toxicidad y efectos secundarios en el paciente. (Adrover Ringo , Juste Diez de Pinos , Tuset Creus , Codina Jané, & Ribas Salas, 2000)

### **2.3 Clasificación**

Existen dos tipos de mecanismo de acción de los bifosfonatos sobre la función osteoclástica, por lo que el fármaco se clasifica en dos grupos:

- a) **Los que no contienen nitrógeno:** Etildronato, Celidonato y Tiludronato estos son considerados de primera generación, se caracterizan por su unión a las moléculas de ATP, que integrados en los osteoclastos, llegan a ser citotóxicas para estas células, de esta manera se altera su función y se produce la su apoptosis.
- b) **Los que contienen nitrógeno:** Entre estos tenemos Pamidronato, Alendronato, Ibandronato, Risedronato y Zolendronato también son llamados de segunda y tercera generación, se caracterizan por ser más potentes que los mencionados anteriormente. Inhiben a la farnesil-pirofosfato sintetasa y a otras acciones intercelulares del mevalonato, donde el objetivo final es llegar al colesterol.

(Giribone & Catagnetto, 2013)

## **2.4 Biodisponibilidad y farmacocinética:**

Cuando los bifosfonatos son administrados por vía oral, serán absorbidos en el intestino delgado, el 1 al 10% del fármaco llegará hasta el hueso, esto se da como un efecto de goteo en la medula ósea afectando poco a las células precursoras. Cuando estos son ingeridos con alimentos que contengan hierro o calcio su biodisponibilidad disminuye por la formación de complejos insolubles. Por otro lado, cuando son administrados por vía intravenosa su absorción es inmediata, del 30 al 70% del fármaco llega directamente hasta el hueso por lo que la acumulación y la absorción es 142.8 veces más que la de los bifosfonatos orales. (Cortés Motta & Fernandez-Grisales, 2016) (Adrover Ringo , Juste Diez de Pinos , Tuset Creus , Codina Jané, & Ribas Salas, 2000)

Después de que los bifosfonatos hayan sido administrados por vía oral o intravenosa serán excretados sin alterarse por vía renal, ya que no se metabolizan en el hígado, esto se da debido a su estructura que hace que la molécula sea muy resistente a la hidrólisis enzimática. La eliminación total del fármaco que está fijado en el hueso puede llegar a durar hasta más de diez años o incluso una parte puede permanecer ahí durante toda la vida, por lo que debemos tener en cuenta que la acumulación del fármaco por tiempo prolongado provocará el aumento de la toxicidad osteoclástica. (Adrover Ringo , Juste Diez de Pinos , Tuset Creus , Codina Jané, & Ribas Salas, 2000) (Cortés Motta & Fernandez-Grisales, 2016)

## **2.5 Ventajas y riesgos de su uso**

### **2.5.1 Ventajas:**

En pacientes oncológicos, con hipercalcemias malignas, metástasis ósea, en lesiones como mieloma múltiple o en tumores de mama, próstata, o pulmón los bifosfonatos son utilizados por vía intravenosa ya que son efectivos en la prevención y reducción de hipercalcemia, ayudan a que el crecimiento tumoral sea más lento, y estabilizan los signos y síntomas del paciente con patologías óseas. Aún no se ha podido demostrar que estos fármacos alarguen el tiempo de vida de los pacientes pero si ayudan a mejorar su estilo de vida más aún en pacientes que presentan cáncer avanzado del sistema esquelético. Por otro lado, los bifosfonatos por vía oral son utilizados más en casos de osteoporosis y osteopenia, estos junto con al calcio y a las vitaminas D tienen un papel fundamental para prevenir el avance de la enfermedad, aumentar la densidad ósea para reducir el riesgo de fracturas y disminuir el dolor en las pacientes, estos fármacos por vía oral también son usados con menor frecuencia en enfermedades como la enfermedad de Paget y en la ontogénesis imperfecta en niños. (Berto Botella , Miñara Gómez, & Miñana Laliga , 2007)

### **2.5.2 Efectos adversos o factores de riesgo:**

Aunque anteriormente se mencionaron los beneficios de los bifosfonatos y sus usos para tratar enfermedades como cáncer u osteoporosis y mejorar el estilo de vida de los pacientes también tenemos que tener en cuenta los efectos adversos que estos pueden causar, uno de los riesgos más graves y que más debemos tener en cuenta es la osteonecrosis de los maxilares, en los años 2003 y 2004 se manifestaron los primeros casos reportados por cirujanos

maxilofaciales, los que mencionaban que después de cada cirugía el hueso expuesto no cicatrizaba por lo que no se produce la remodelación ósea y el hueso no es capaz de mantener la homeostasis en el sitio de la lesión. (Cortés Motta & Fernandez-Grisales, 2016) (Berto Botella , Miñara Gómez, & Miñana Laliga , 2007)

Otro factor de riesgo que debemos tener muy en cuenta es la duración del tratamiento y la dosificación del fármaco ya que cada año aumenta en un 57% el índice de ONMs ya que debido a la acumulación de los bifosfonatos en el cuerpo del paciente además de inhibir la remodelación ósea, hay también disminución del suplemento sanguíneo, lo que provocara isquemia, necrosis e infección ósea. (Cortés Motta & Fernandez-Grisales, 2016)

#### **Otros efectos adversos:**

- a) Efectos gastrointestinales:** Esto se presenta en los pacientes que usan bifosfonatos por vía oral, después de su administración se notó irritación de la mucosa intestinal también síntomas como náuseas, vómito, diarrea, esofagitis y úlceras gástricas estos acontecimientos se presentaron más con el uso de alendronato.
- b) Toxicidad renal:** Es rara en pacientes que consumen bifosfonatos orales, la mayoría de casos de toxicidad renal se vio por el uso de bifosfonatos por vía intravenosa presentando necrosis tubular aguda y glomerulonecrosis por lo que el uso de estos fármacos debe ser con suma precaución.

**c) Hipercalcemia:** el uso de bifosfonatos produce la inhibición de la resorción ósea, cuando la acción es sumamente potente puede provocar una disminución considerable de los niveles de calcio en el cuerpo, esto se da con mayor frecuencia cuando el uso del fármaco es por vía intravenosa.

**d) Fibrilación auricular:** esta alteración se encontró mayormente en pacientes que usaban bifosfonatos por vía intravenosa que por vía oral, por el uso del Zolendronato para tratamiento de osteoporosis avanzada. Estos pacientes mostraban en los estudios una incidencia de fibrilación auricular grave, pero esta no aparece de inmediato se mostró que aparecía después de algunos meses de ser administrado el fármaco.

(Arbolea , Alperi, & Alonso , 2011)

## **2.6 Osteonecrosis de los maxilares asociado al uso de bifosfonatos**

Actualmente, existe gran cantidad de evidencia clínica y bibliográfica sobre el desarrollo de la osteonecrosis de maxilares debido a los tratamientos con bifosfonatos que es provocada por la alteración que se produce en los osteoclastos. Cada año son reportados más casos de osteonecrosis de los maxilares por el elevado consumo de estos fármacos, ya que son utilizados para tratar diferentes tipos de enfermedades, una de las más comunes es el tratamiento para detener el desarrollo de la osteoporosis que tras varios años

de uso ya sea por vía oral o intravenosa se convierte en un alto riesgo para el campo maxilofacial. (Miguel Padilla Rosas, 2016)

Según estudios del autor J. Hernández Reyna y cols; la osteonecrosis de los maxilares puede ocurrir en un 5% en los pacientes que están bajo tratamiento con bifosfonatos por vía intravenosa para tratar enfermedades como metástasis ósea más que en pacientes que reciben este tratamiento para el manejo de osteoporosis y osteopenia pero de igual manera existe un alto índice de riesgo por lo que se deben tener todas las pruebas necesarias antes de realizar cualquier procedimiento odontológico a nivel óseo en estos pacientes. Entre el 2003 y 2004 se han reportado aproximadamente una cantidad de 928 casos de osteonecrosis de maxilares asociados al uso de bifosfonatos, donde el 93% fueron en pacientes que los usaban por vía intravenosa como el Pamidronato y zoledronato, mientras que el 7% restante fueron relacionados con bifosfonatos de uso oral, especialmente el alendronato. (J.Hernandez Reyna, 2014)

### **2.6.1 Fisiopatología:**

La American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR) define a la osteonecrosis de los maxilares, como un área de hueso expuesto en la cavidad oral, que se mantiene por más de 8 semanas, provocando una necrosis aséptica debido a una alteración en la remodelación ósea, cuando esto es asociado al uso previo de bifosfonatos ya sea por vía oral o intravenosa, se produce por la acción directa en los osteoclastos ya que se inhibe la función de resorción del tejido óseo. El riesgo de que se produzca la osteonecrosis de los

maxilares también depende del tipo de medicamento la frecuencia de uso y la dosis que se administra al paciente, por ejemplo durante el primer año de tratamiento la incidencia de osteonecrosis de los maxilares es baja es de aproximadamente 1.5% pero al pasar los tres años el índice aumenta del 7.5% al 10%. (Sartori, Rajcovich, Taborda , Saleme Daza , & Nally, 2014) (Miguel Padilla Rosas, 2016)

Uno de los mayores problemas relacionados a los bifosfonatos es que al alterar la cantidad, la densidad y la vascularización ósea no sólo pueden provocar la necrosis del hueso sino también que existe el riesgo de que se produzca una infección, con mayor frecuencia en la mandíbula, al hacer cultivos se han encontrado bacterias como *Actinomyces* siendo la principal bacteria de estas infecciones. Otro de los problemas que trae este fármaco es que tiene un efecto acumulativo ya que no sufren metabolismo por lo que puede permanecer en el torrente sanguíneo de 1 a 10 años. (Hernandez Reyna & Aguilera Perez , 2014)

### **2.6.2 Diagnóstico:**

Para llegar un correcto diagnóstico, es muy importante primero realizar una adecuada historia clínica para así poder tener todos los datos posibles del paciente como: antecedentes personales que tengan que ver con el uso de bifosfonatos, por ejemplo: por qué razón los está usando, el tiempo de uso, el tipo de fármaco, vía de administración, también el cuadro clínico que presenta, y exámenes de gabinete complementarios, para así poder saber el avance o el estadio en el que se presenta la enfermedad, si presenta o no infecciones, si

las lesiones fueron producidas espontáneamente o si el paciente estuvo expuesto a algún tratamiento quirúrgico a nivel óseo recientemente como extracciones dentales o colocación de implantes, donde exista ausencia de cicatrización por más de 6 semanas y que se haya notado que la lesión ha aumentado de tamaño y el paciente presente síntomas de dolor. La edad promedio en la que se manifiesta esta enfermedad oscila entre los 57 y 71 años. (Hernandez Reyna & Aguilera Perez , 2014)

Es difícil llegar a diagnosticar la osteonecrosis de maxilares en pacientes asintomáticos, ya que la exposición ósea puede demorar semanas o incluso meses en manifestarse, por lo que puede llevar a confundir el diagnóstico con algún otro problema oral, para evitar esto es de suma importancia llenar una adecuada anamnesis para que el paciente nos informe el uso o no de medicamentos como los bifosfonatos antes de realizar cualquier procedimiento. (Dra. Prado Bernal , Dr. Ensalado Carrasco , & Dra. Prado Bernal , 2010)

Mientras la enfermedad avanza esta presenta diferentes manifestaciones de evolución y se da en se da en cuatro estadios:

| ESTADIO            | MANIFESTACIÓN                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estadio 0</b>   | No se observa evidencia clínica de necrosis ósea, pero el paciente presenta síntomas, signos y la enfermedad empieza a manifestarse radiográficamente.                                            |
| <b>Estadio I</b>   | Se observa clínicamente exposición de hueso necrótico, aunque el paciente se encuentra asintomático y no se encuentran signos de infección.                                                       |
| <b>Estadio II</b>  | Se puede observar clínicamente el hueso expuesto y necrótico, el paciente presenta dolor y signos de infección.                                                                                   |
| <b>Estadio III</b> | Hay exposición de hueso necrótico, el paciente presenta dolor agudo, infección, aparición de fistulas cutáneas y radiográficamente se observa secuestro óseo u otras alteraciones como fracturas. |

**Tabla 2.** Estadios de la evolución de la enfermedad

**Fuente:** (Giribone & Catagnetto, 2013)

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### 2.6.3 Signos y síntomas

La osteonecrosis de los maxilares puede presentar varios signos y síntomas, en un principio esta puede manifestarse como un edema gingival masivo sin exposición del hueso o puede presentar exposición ósea necrótica clínicamente visible de manera espontánea o después de la extracción de algún diente que no ha cicatrizado en más de 6 a 8 semanas, esto puede traer o no dolor en el paciente. Al principio el dolor puede manifestarse como dolores dentales comunes como caries o por enfermedad periodontal. (Hernandez Reyna & Aguilera Perez , 2014)

Por esta razón debemos observar constantemente la evolución de la enfermedad y notar otros signos y síntomas secundarios que los pacientes con osteonecrosis en maxilares pueden presentar entre estos están:

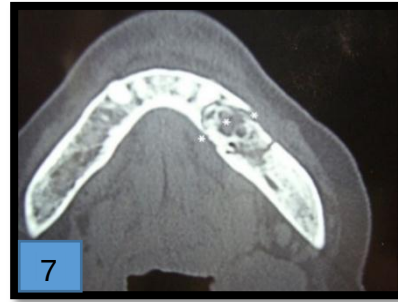
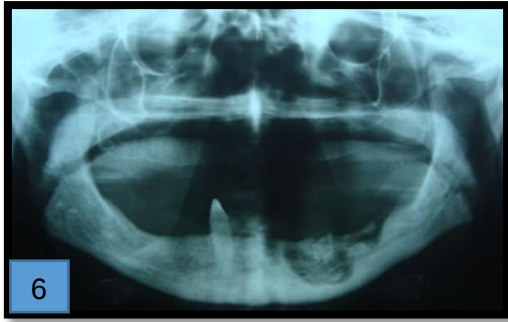
- a) Fístulas gingivales o extra orales
- b) Movilidad dental
- c) Abscesos

- d) Infecciones
- e) Parestesia o hipoestesia labial
- f) Deformidad mandibular
- g) Excreciones purulentas
- h) Dolor intenso
- i) Trismus

(Vial Real , 2016)

#### **2.6.4 Diagnóstico Radiográfico:**

Para diagnosticar la osteonecrosis de maxilares, además de un adecuado interrogatorio al paciente y evaluarlo clínicamente son de mucha ayuda los exámenes complementarios como las radiografías panorámicas o tomografías. La osteonecrosis de maxilares en radiografías o tomografías se la observara en su mayoría con sombras radiopacas y pocas zonas radiolúcidas en la zona afectada. En radiografías panorámicas no se la puede distinguir de una manera muy clara ya que se muestra con zonas de radiopacidad y radiolúcidas mal definidas, también se pueden observar secuestros óseos, esclerosis o pérdida de la lámina dura por lo que puede llevar a tener falsos diagnósticos (Ver Fig. 6). Por otro lado también se puede utilizar tomografías computarizadas que pueden ser de mayor ayuda ya que se puede observar la zona de la estructura ósea afectada desde diferentes ángulos como cortical buco-lingual, y tener más claridad y nitidez en la imagen y poder diferenciarla de otras lesiones (Ver Fig. 7). (Cortés Motta & Fernandez-Grisales, 2016)



**Figura 6:** Osteonecrosis mandibular vista en radiografía panorámica

**Fuente:** (Espinoza , Pares , & Calzadilla Peñaloza , 2012)

**Figura 7:** Tomografía computarizada mandibular, se puede observar la necrosis ósea afectando al hueso medular y a ambas corticales óseas.

**Fuente:** (Sartori, Rajcovich, Taborda , Saleme Daza , & Nally, 2014)

### 2.6.5 Tratamiento:

La osteonecrosis de los maxilares puede llegar a ser difícil de tratar, el objetivo principal es poder devolver al paciente su calidad de vida mejorando signos y síntomas, para esto se debe asegurar el diagnóstico basándonos en la historia clínica, farmacológica y radiológica para así poder saber en qué estadio de la enfermedad se encuentra y la extensión del área lesionada, el realizar una biopsia no es siempre necesario al menos que el tratamiento que se vaya a realizar sea quirúrgico. (J.Hernandez Reyna, 2014) (Giribone & Catagnetto, 2013)

Tratamiento según el estadio en que se encuentra la enfermedad:

- a) **Estadio 0:** Educar al paciente para mejorar la higiene oral, y eliminación de inflamación o dolor.
- b) **Estadio I:** Se indica al paciente la suspensión del uso de bifosfonatos, realizar enjuagues bucales con clorhexidina al 0.12%

tres veces al día por 15 días, educación y motivación de higiene oral y control médico cada 15 días.

c) **Estadio II:** Además la suspensión del medicamento y de los enjuagues con clorhexidina al 0.12% por 15 días, en este estadio se agrega antibioterapia para así evitar infecciones se puede utilizar: 500mg de Penicilina V-K cada 8 horas por 7 días o Amoxicilina +Ac Clavulanico 500/125mg cada 8 horas por 7 días. Para alérgicos a la penicilina: Clindamicina 300mg cada 6 horas o Doxiciclina 100mg una vez al día por 7 días. También se recomienda el uso de AINES para disminuir dolor e inflamación.

d) **Estadio III:** En este estadio se utiliza el mismo tratamiento del estadio II, en ocasiones es necesario realizar recesión ósea si no hay una buena evolución o en casos en los que la necrosis sea más graves se opta por una mandibulectomía (recesión en bloque de la zona afectada).

(Giribone & Catagnetto, 2013) (Cortés Motta & Fernandez-Grisales, 2016)

### **2.6.6 Prevención y alternativas de tratamientos:**

Existen varias formas de tratamiento para la osteonecrosis de los maxilares pero el mejor tratamiento siempre será la prevención y así evitar estos problemas en pacientes que usan bifosfonatos y que requieran algún tratamiento quirúrgico a nivel óseo.

Antes de que un paciente empiece algún tratamiento con bifosfonatos es necesario realizar todos los procedimientos odontológicos posibles para evitar cualquier complicación futura. En pacientes que ya hayan empezado con el tratamiento lo que se recomienda es dar una adecuada educación y motivación de la higiene bucal y mantener constantes visitas al odontólogo para tratar lesiones cariosas o gingivales a tiempo y prevenir posteriormente problemas más graves que necesiten tratamientos quirúrgicos como extracciones dentales que pueden traer como consecuencia osteonecrosis de maxilares. (Medina, 2010)

En pacientes que usan bifosfonatos por 3 años o más está indicado evitar por completo cualquier tipo de cirugía oral a nivel óseo. Si el tratamiento quirúrgico es la una opción se recomienda suspender el uso del fármaco 3 meses antes de la cirugía y tres meses después y en pacientes que consumen bifosfonatos por más de 5 años se indica la suspensión de 6 meses a un año antes de cualquier cirugía. (Giribone & Catagnetto, 2013)

Como es importante conocer los métodos de prevención para evitar la osteonecrosis de maxilares en pacientes bajo tratamiento con bifosfonatos, también es importante saber cuáles son los tratamientos alternativos en estos pacientes para poder remplazar la cirugía y no llegar a afectar al hueso. El tratamiento de primera elección para tratar dientes que en situaciones normales serían extraídos como por ejemplo, caries dentales que abarquen abarque más de los tres cuartos del diente, que sobrepasen la furca o lleguen a raíz o por enfermedad periodontal grave es el tratamiento endodóntico, estos deben ser tratados teniendo sumo cuidado en no producir traumatismos del margen

gingival al momento de aislar y de igual manera evitar algún trauma a nivel periapical como sobreobtusión o sobreinstrumentación que pueda afectar al hueso, a continuación se procede a rehabilitar si es posible o se secciona por completo la zona coronal afectada para prepararlos de manera similar a la preparación para una sobre dentadura. (Berto Botella , Miñara Gómez, & Miñana Laliga , 2007)

También existen pruebas para poder determinar si los pacientes son aptos o no para realizar tratamientos quirúrgicos, se realiza una prueba de telopeptido C (CTx), este es un marcador bioquímico de la reabsorción ósea que mide la secuencia de colágeno liberada por los osteoclastos, la disminución de estos niveles indica la citotoxicidad en los osteoclastos que es producida por los bifosfonatos. El valor normal de esto en adultos es de 350 a 500pg/ml y en los pacientes que usan bifosfonatos estos valores disminuyen a 20 o 55pg/ml esto depende de las dosis, tiempo de uso y vías de administración. Cuando en los resultados se observa un aumento de CTx en los niveles de sangre mayor a 150pg/ml se asocia a la recuperación de la reabsorción por lo que es seguro realizar cirugías a nivel óseo en el paciente ya que no hay riesgo de producir osteonecrosis en los maxilares, pero si los niveles de CTx se encuentran por debajo de los 125 o 100 pg/ml el riesgo de provocar estas lesiones es alto y es contraindicado realizar cualquier tipo de cirugía a nivel óseo. (Cortés Motta & Fernandez-Grisales, 2016)

## **CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO**

### **3.1 Historia clínica:**

A continuación se mostrará el desarrollo del caso clínico mediante datos generales de la paciente, motivo de consulta, enfermedad o problema actual, antecedentes personales y familiares, exámenes clínicos y exámenes complementarios su diagnóstico y el plan de tratamiento a realizar.

#### **3.1.1 Datos generales:**

- a) Nombres y Apellidos:** Malla Escobar Carmen Dolores
- b) Sexo:** Femenino
- c) Fecha y lugar de nacimiento:** Loja-Ecuador 19 de enero de 1959
- d) Edad:** 58 años
- e) Nacionalidad:** Ecuatoriana
- f) Estado civil:** Casada
- g) Ocupación:** Empleada doméstica

#### **3.1.2 Motivo de consulta:**

“Quiero hacerme un chequeo de todo y ponerme una prótesis nueva”

#### **3.1.3 Enfermedad o problema actual:**

Paciente de sexo femenino de 58 años de edad, acude a la consulta de la clínica de especialidades odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador, refiriendo usar una prótesis parcial acrílica superior hace

aproximadamente 20 años y de haber perdido más dientes en el transcurso de ese tiempo. La paciente se encuentra asintomática.

### **3.1.4 Antecedentes personales y familiares:**

**Antecedentes personales:** Paciente refirió presentar Osteoporosis, la misma que es tratada con Bifosfonatos (Alendronato) hace ya cinco años. La paciente no registra sufrir de alergias a antibióticos o anestésicos.

**Antecedentes familiares:** La paciente refiere, que su padre sufría de hipertensión y murió de un paro cardíaco.

### **3.1.5 Signos Vitales:**

| <b>Presión Arterial<br/>/mm Hg</b> | <b>Frecuencia<br/>cardiaca</b> | <b>Temperatura<br/>°C</b> | <b>Frecuencia<br/>respiratoria</b> |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| 118/ 76                            | 80                             | 36.5                      | 16                                 |

**Tabla 3.** Signos vitales del paciente

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### **3.1.6 Examen clínico:**

#### **3.1.6.1. Examen extraoral:**

Al realizar el examen extra-oral se observa que la paciente tiene un rostro mesofacial sin ninguna patología ni asimetrías, (ver Fig. 8, 9, 10,11). A la palpación no se perciben ganglios inflamados, los labios y mejillas se encuentran en estado normal, al manipular la articulación temporo mandibular (A.T.M) no se percibe ninguna anomalía y la paciente no tiene ningún dolor.

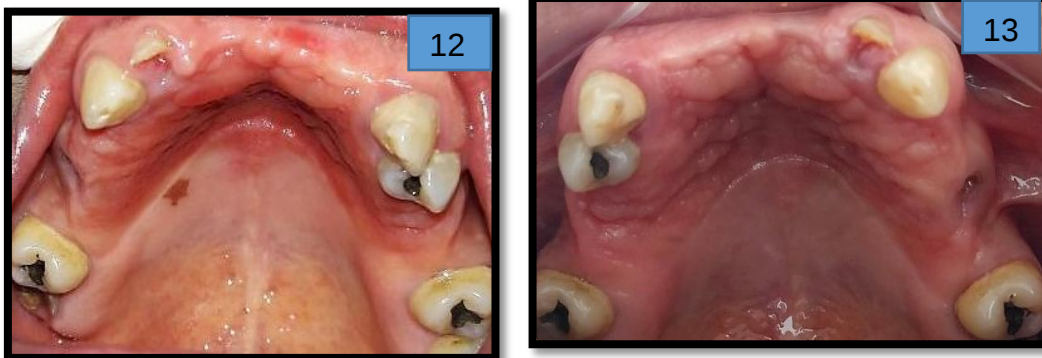


**Figura 8.** Examen clínico extraoral fotografía frontal, se observa poca tonicidad labial  
**Figura 9.** Fotografía frontal sonriendo. **Figura 10.** Fotografía de perfil derecho se observa pérdida de dimensión vertical. **Figura 11.** Fotografía de perfil izquierdo se observa pérdida de dimensión vertical. **Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### 3.1.6.2 Examen clínico intraoral:

Después de realizar el examen extra-oral se realizó un examen intra-oral, para esto usamos un equipo diagnóstico completo en el cual se analizó minuciosamente todos los elementos de la cavidad bucal, incluyendo labios carrillos, maxilar superior y mandíbula, lengua, paladar, piso de boca, glándulas salivales y orofaringe, dentro de estos pudimos notar que la paciente presenta una estomatitis protésica en el paladar provocada por la prótesis acrílica que utilizaba por aproximadamente 20 años. Al analizar las estructuras dentales

podimos notar acumulación de biofilm más notorio en molares, varias restauraciones realizadas con amalgamas tanto en el maxilar superior como en la mandíbula, lesiones cariosas, edentulismo parcial superior y restos radiculares sin extraer. (Ver Fig.12, 13, 14,15, 16, 17).



**Figuras 12 y 13.** Examen intra-oral fotografías oclusales superiores, presencia de estomatitis protésica, restauraciones con amalgamas, restos radiculares.

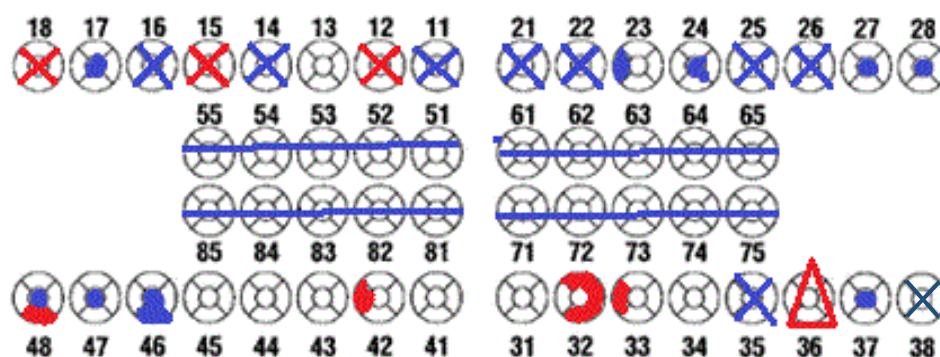




**Figura 14.** Fotografía oclusal inferior, se observa restauraciones con amalgamas y lesiones cariosas. **Figura 15.** Fotografía frontal en oclusión. **Figura 16 y 17** Fotografías del lado derecho e izquierdo en oclusión se observa pérdida de dimensión vertical. **Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### 3.1.7 Odontograma:

En el odontograma pudimos observar lo siguiente: en el maxilar superior la ausencia de los dientes 1.1, 1.4, 1.6, 2.1, 2.2, 2.5, 2.6, restos radiculares indicados para extracciones de dientes 1.2, 1.5, 1.8 y restauraciones de amalgama en los dientes 1.7, 2.4, 2.7, 2.8. En los dientes de la mandíbula observamos lesiones cariosas en los dientes 3.2, 3.3, 4.2, indicación de endodoncia para el diente 3.6 ausencia del diente 3.5 y 3.8 y restauraciones con amalgamas en los dientes 3.7, 4.6, 4.7 y 4.8. (Ver Fig. 18)



**Figura 18.** Odontograma  
**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### 3.1.8 Indicadores de salud bucal:

Se realizaron los indicadores de salud bucal donde se obtuvieron los siguientes resultados: en higiene oral simplificada: placa 1.5, calculo 0.33 y gingivitis 1 (ver tabla 4). No presenta enfermedad periodontal, la mal oclusión no se puede definir debido a la perdida dental, no presenta fluorosis (ver tabla 5) En los indicadores CP- ceo la paciente presenta un índice de 25. (Ver Tabla 6).

| HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA |   |    |   |    |  |                  |                    |                      |
|---------------------------|---|----|---|----|--|------------------|--------------------|----------------------|
| Piezas dentales           |   |    |   |    |  | PLACA<br>0-1-2-3 | CALCULO<br>0-1-2-3 | GNGIVITIS<br>0-1-2-3 |
| 16                        | — | 17 | × | 55 |  | 2                | 1                  | 1                    |
| 11                        | — | 21 | — | 51 |  | —                | —                  | —                    |
| 26                        | — | 27 | × | 65 |  | 2                | 0                  | 1                    |
| 36                        | × | 37 |   | 75 |  | 1                | 1                  | 1                    |
| 31                        | × | 41 |   | 71 |  | 2                | 0                  | 2                    |
| 46                        | × | 47 |   | 85 |  | 2                | 0                  | 1                    |
| Totales                   |   |    |   |    |  | 1.5              | 0.33               | 1                    |

**Tabla 4.** Indicador de salud oral simplificada  
**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

| Enfermedad periodontal |  | Mal oclusión |  | Fluorosis |  |
|------------------------|--|--------------|--|-----------|--|
| Leve                   |  | Angle I      |  | Leve      |  |
| Moderada               |  | Angle II     |  | Moderada  |  |
| Severa                 |  | Angle III    |  | Severa    |  |

**Tabla 5.** Indicador de enfermedad periodontal, mal oclusión y fluorosis  
**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

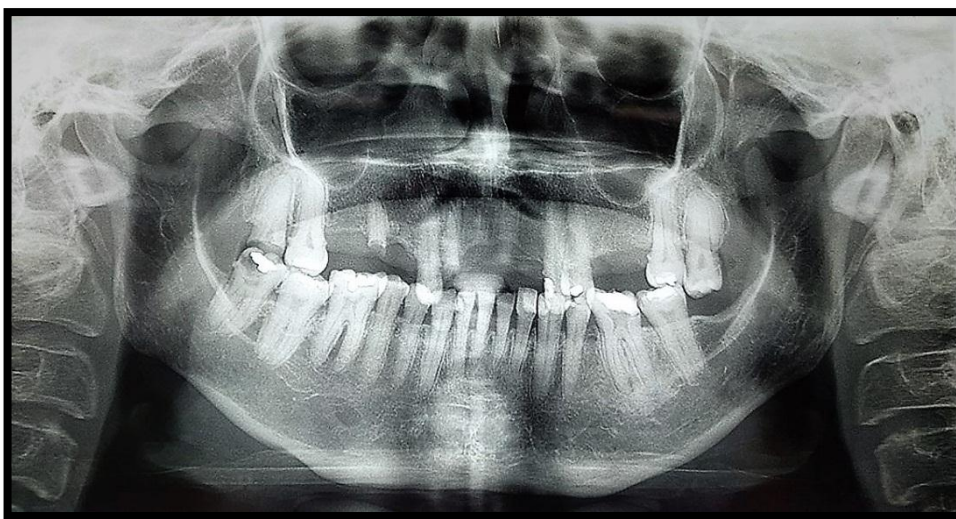
| Índices CPO - ceo |   |   |   |       |
|-------------------|---|---|---|-------|
| D                 | c | p | o | Total |
|                   | 8 | 9 | 8 | 25    |
| d                 | c | e | o | Total |
|                   |   |   |   |       |

**Tabla 6.** Índice de CPO  
**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### 3.1.9 Exámenes complementarios

Para poder llegar a un diagnóstico correcto y por ende a un adecuado plan de tratamiento no sólo debemos realizar los exámenes mencionados anteriormente sino que también nos serán de mucha ayuda exámenes complementarios como radiografías, exámenes de sangre, tomografías y modelos diagnósticos, para así saber exactamente lo que el paciente presenta y cómo tratarlo.

Se le tomó a la paciente una radiografía panorámica, lo que se puede observar son estructuras óseas aparentemente normales, no se observan patologías y los senos maxilares se encuentran simétricos. En el maxilar superior se observa pérdida ósea en las zonas edéntulas, restos radiculares de los dientes 1.2, 1.5 y 1.8 y múltiples restauraciones. Por otro lado en la mandíbula podemos ver un buen estado óseo sin zonas edéntula, restauraciones en casi todos los dientes, lesiones cariosas y el diente 3.6 indicado para endodoncia. (Ver Fig. 19)



**Figura 19.** Radiografía panorámica, estructuras óseas y dentales.  
**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### **3.1.9.1 Toma de modelos diagnósticos**

Al tomar impresiones para los modelos diagnósticos se utilizó alginato, también se le conoce como hidrocoloide irreversible es uno de los materiales para impresiones más utilizados ya que es de fácil manipulación y de fraguado rápido que oscila entre 2 a 5 minutos, es bastante flexible por lo que nos ayudará a tener una copia exacta de todas las estructuras dentales y de mucosas sin afectar ni lastimar al periodonto o a dientes que se encuentren con algún tipo de afección o movilidad, estos modelos nos ayudaran para poder valorar el estado oral del paciente desde otro ángulo y tener una mejor visualización. Se recomienda no esperar mucho tiempo para realizar el vaciado de los modelos, ya que pierde agua rápidamente por evaporación y produce la contracción del material por lo que los modelos no serían exactos. (Ver Fig. 20) (Ayaviri Pérez & Dra. Bustamante , 2013)



**Figura 20.** Toma de impresiones con alginato para modelos diagnósticos

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

## **3.2 Diagnóstico**

### **3.2.1 Diagnóstico Presuntivo:**

La paciente presenta edentulismo parcial superior, necesidad de extracción de restos radiculares de los dientes 1.2, 1.5 y 1.8, múltiples lesiones cariosas y endodoncia indicada en el molar 3.6 por necrosis pulpar.

### **3.2.2 Diagnóstico definitivo:**

Después de haber realizado una correcta anamnesis y de contar con la ayuda de exámenes complementarios, se obtuvo un diagnóstico definitivo el cual indica: Paciente femenino de 58 años de edad con osteoporosis, que es controlada con bifosfonatos (Alendronato) hace cinco años, presenta edentulismo parcial superior clase III modificación 2 de Kennedy y pérdida de dimensión vertical. Necesidad de extracción de los restos radiculares 1.2, 1.5 y 1.8 que se vuelve riesgoso debido al uso de bifosfonatos ya que existe el riesgo

de provocar osteonecrosis en maxilares, por lo es necesario buscar un plan de tratamiento adecuado y con las medidas necesarias para evitarlo. Presenta también lesiones cariosas en los dientes 3.2, 3.3, 4.2 y 4.8, múltiples restauraciones con amalgamas y endodoncia indicada en el molar 3.6 por necrosis pulpar.

### **3.3 Plan de Tratamiento**

Se le propuso a la paciente un plan de tratamiento ideal y tratamientos alternativos para su caso. Como tratamiento ideal presentamos lo siguiente: Suspensión del tratamiento con bifosfonatos, consultando antes a su médico tratante si esto es posible, realizar profilaxis, tratamiento endodóntico seguido de alargamiento de corona y la colocación de una incrustación de cerómero en el molar 3.6, extracción de restos radiculares de los dientes 1.2 y 1.5, realizar restauraciones con resinas en dientes con lesiones cariosas que son el 4.2, 4.8, 3.2 y 3.3, colocación de implantes en las zonas edéntulas del maxilar superior, recuperando antes la dimensión vertical perdida por medio de levantamiento de mordida. Se le explicó a la paciente que este tipo de tratamiento sería mucho más demoroso, ya que tuviéramos que esperar el tiempo indicado por el médico de la suspensión de los bifosfonatos para poder realizar las extracciones y la colocación de los implantes, por lo general a los pacientes bajo tratamiento con bifosfonatos por 5 años o más se indica la suspensión de 6 meses a un año antes de someterse a cualquier cirugía. Además este tratamiento sería mucho más costoso que la segunda opción. (Giribone & Catagnetto, 2013)

Como segunda opción de tratamiento se le planteó a la paciente lo siguiente: No suspender la medicación con bifosfonatos, realizar profilaxis, remplazar la cirugía por endodoncias en los restos radiculares 1.2, 1.5 y realizar la inmersión de las raíces para que así se mantengan en hueso y no extraerlas, con esto no sólo evitaremos la posibilidad de provocar osteonecrosis de los maxilares sino que además se han realizado varios estudios en los que se ha demostrado que con el mantenimiento de las raíces y el ligamento periodontal se conservara la integridad del hueso ya que la resorción ósea no ocurre alrededor de las raíces retenidas. A continuación se realizará tratamiento endodóntico seguido de alargamiento de corona y colocación de una incrustación de cerómero en el molar 3.6, restauraciones con resina de los dientes cariados 4.2, 4.8, 3.2 y 3.3, finalmente colocación de una prótesis parcial removible de cromo-cobalto, recuperando antes la pérdida de dimensión vertical por medio de levantamiento de mordida ayudada de prótesis fijas. (Pameshwar Hiremath, Yogesh S. Doshi, Siddayya Kulkarni, & Kumar Purbay , 2010) (García & Rosas , 2015)

Después de hablar con la paciente y plantearle las dos opciones de tratamiento optó por tomar la segunda opción ya que el tratamiento tomará menos tiempo y será mucho más económico que el primero. (Ver tabla 7).

| <b>PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO</b>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Resolución de urgencias</b>                                | La paciente no presenta dolor o infecciones.                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Control de la infección</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profilaxis y fluorización</li> <li>- Inactivación de lesiones cariosas 4.2, 4.8, 3.2 y 3.3</li> <li>-</li> </ul>                                                                                                              |
| <b>Control del medio condicionante</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñanza de técnica de cepillado</li> <li>- Uso de hilo dental</li> <li>- Asesoramiento en la dieta</li> <li>- Control de momentos de azúcar</li> </ul>                                                                      |
| <b>Refuerzo o modificación del huésped</b>                    | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Control de las infecciones no resueltas como urgencias</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alargamientos de corona</li> <li>- Endodoncia en restos radiculares 1.2, 1.5</li> <li>- Inmersión de las raíces 1.2 y 1.5.</li> </ul>                                                                                         |
| <b>Rehabilitación:</b>                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantamiento de mordida con coronas en dientes 1.3, 2.3, 2.4, 2.6</li> <li>- Incrustación en molar 3.6.</li> <li>- Elaboración de provisionales.</li> <li>- Diseño de prótesis parcial removible de cromo-cobalto</li> </ul> |
| <b>Monitoreo</b>                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de las raíces sumergidas cada 3 meses por el primer año.</li> <li>- Control general cada 6 meses.</li> </ul>                                                                                                          |

**Tabla 7.** Planificación del tratamiento. **Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### **3.4 Pronóstico:**

El pronóstico del tratamiento planificado es favorable ya que antes de realizarlo se investigó y analizo minuciosamente, y se comprobó que existen varios casos reportados en los que se ha sustituido la cirugía por endodoncias, para después sumergir las raíces y evitar extraerlas con el fin de preservar

tejido óseo evitando su reabsorción. Además en este caso lo que también se quiere evitar es provocar la osteonecrosis de los maxilares debido a que la paciente se encuentra bajo tratamiento con bifosfonatos. Por otro lado la rehabilitación también será favorable ya que se logrará devolver dimensión vertical por la pérdida de dientes, función, estética y se mejorara el estilo de vida de la paciente.

### **3.5 Descripción de procedimientos ejecutados:**

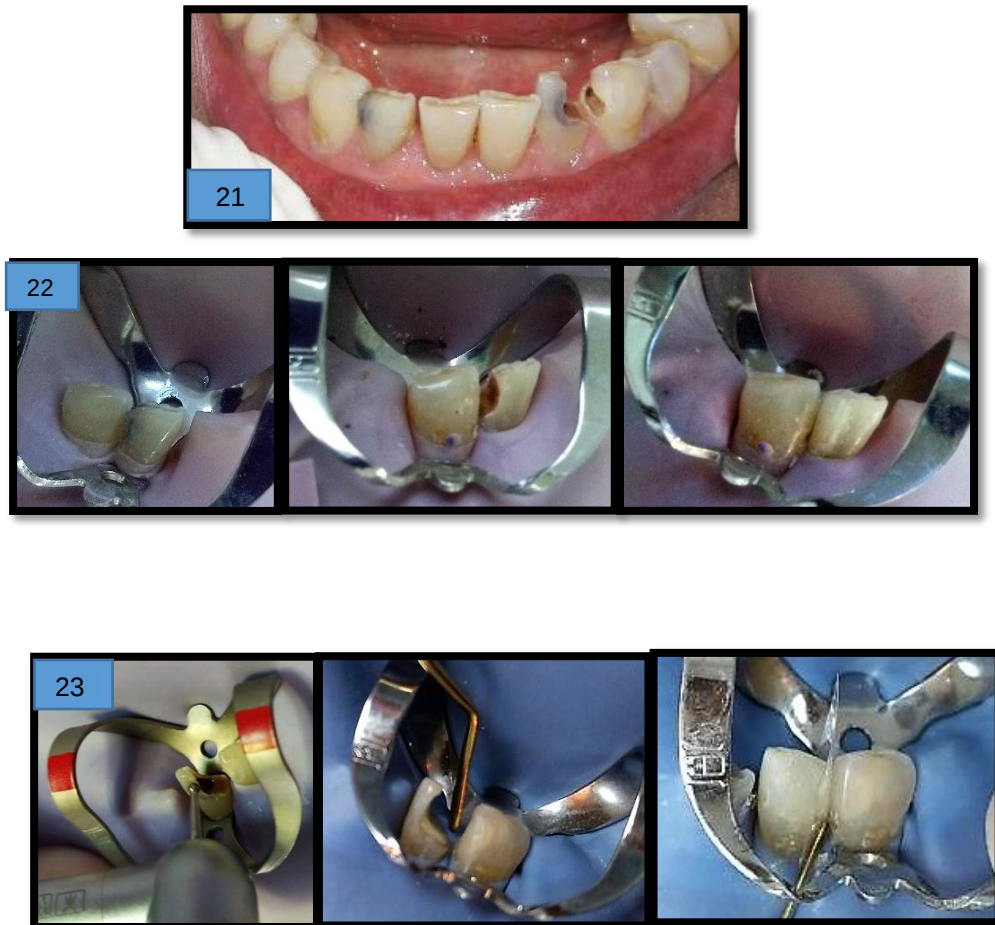
#### **3.5.1 Fase inicial Profilaxis:**

Antes de empezar con cualquier tratamiento es importante que la cavidad bucal se encuentre en buenas condiciones, por lo que se inicia realizando una profilaxis con escalar para remover todo el biofilm y cálculo de los dientes. Se le enseña al paciente técnicas de cepillado y uso de hilo dental.

#### **3.5.2 Fase operatoria:**

La paciente presentaba lesiones cariosas en dientes 4.2, 3.2 y 3.3 (ver Fig. 21) por lo que se procedió a restaurarlos con resinas, primero se colocó aislamiento absoluto con grapas y dique de goma, se retiró toda la zona cariada con fresas redondas diamantadas seguidas de fresas redondas de carburo teniendo precaución de no provocar alguna lesión a nivel pulpar, después de tener conformadas las cavidades se desinfecto con clorhexidina, se lavó y se colocó ácido fosfórico por 15 segundos, se lavó con abundante agua por el doble de tiempo, se vuelve a desinfectar con clorhexidina y se seca las cavidad, se coloca adhesivo con la ayuda de un microbrush, con el aire de la jeringa triple se esparce el adhesivo para dejar una película muy delgada y se

fotopolimeriza, después de elegir el color correcto se procede a colocar la resina reconstruyendo la morfología de los dientes. Se realiza el mismo procedimiento con todos los dientes cariados. (Ver Fig. 22 y 23) (Barrancos Mooney & Barrancos , 2006)



**Figura 21.** Fotografía de arcada inferior con dientes 3.2, 3.3, y 4.2 cariados

**Figura 22.** Fotografías de procedimientos de restauración del diente 4.2.

**Figura 23.** Fotografías de procedimientos de restauración de los dientes 3.2 y 3.3.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### **3.5.3 Alargamientos de corona y tratamientos endodónticos.**

#### **3.5.3.1 Endodoncia**

Como se mencionó en el plan de tratamiento el molar 3.6 presenta necrosis pulpar lo por lo que es necesario realizar una necropulpectomia. Empezamos retirando el material provisional que se le dejó ya que había sido tratada antes en otro lugar, se hizo un acceso a los conductos donde se encontraron tres un mesio-vestibular, mesio-lingual y un distal. Se hizo una conductometría para tomar longitud de trabajo tentativa con limas 15 donde tuvimos unas medidas de: conducto mesio-vestibular 21mm, mesio-lingual 16mm y distal 23mm para después sacar las medidas definitivas que son: mesio-vestibular 20mm, mesio-lingual 16mm y distal 23mm. Se realizó una técnica corono apical con limas manuales debido a la necrosis se utilizó una técnica de irrigación con hipoclorito de sodio y suero fisiológico, se dejó hidróxido de calcio como medicación intraconducto, a los ocho días se retiró todo el material, se terminó de instrumentar y se procedió a obturar con conos de gutapercha usando una técnica de condensación lateral que es una de la técnicas más utilizadas ya que es simple y fácil de realizar, además si es realizada correctamente proporciona un muy buen sellado, el tratamiento se acompañó de varias radiografías para corroborar que la endodoncia se haya realizado correctamente. (Mahmoud Torabinejad, 2010)

#### **3.5.3.2 Alargamientos de corona**

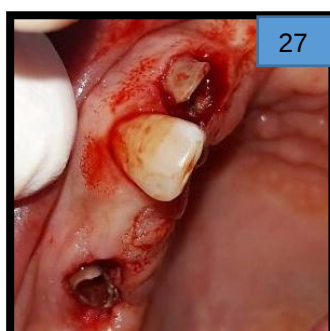
Para poder realizar los tratamientos endodóntico en los restos radiculares 1.2 y 1.5 se tuvo la necesidad de realizar antes alargamientos de corona ya que estos estaban cubiertos casi en su totalidad por encía (ver Fig. 24). Los

alargamientos de corona se realizan en casos en los que existan caries localizadas subgingivalmente que dificultan el realizar restauraciones, por motivos protésicos o como en este caso por fracturas dentales en las que se ha invado el espacio biológico y hay perdida de la superficie dental para poder colocar el aislamiento absoluto. Para realizar los alargamientos de coronas de estos restos se tomó mucha precaución de no llegar a tener contacto con hueso para no provocar osteonecrosis en el maxilar, se realizó con instrumental quirúrgico estéril y un bisturí #15 para poder remover el tejido de encía y poder exponer los restos radiculares. Se inició colocando anestesia local infiltrativa y se realizó el procedimiento de gingivectomía, se esperó 7 días para su cicatrización y se continuo con los tratamientos endodónticos (Ver Fig. 25, 26 y 27). (Belém Novades Júnior & Belém Novades , 2001).



**Figura 24.** Fotografía de restos radiculares 1.2 y 1.5 cubiertos por encía.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.



**Figura 25.** Fotografías de procedimiento de alargamiento de corona del resto radicular 1.2

**Figura 26.** Fotografías del procedimiento de alargamiento de corona del resto radicular 1.5

**Figura 27.** Fotografía del procedimiento de alargamiento de coronas terminado.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

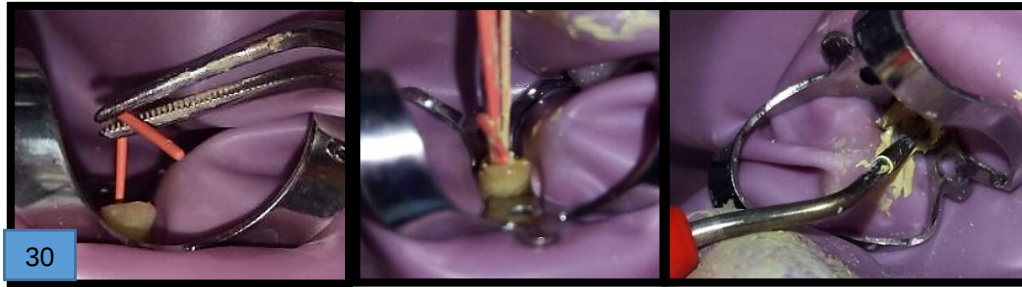
### **3.5.3.3 Endodoncias restos radiculares:**

Después de haber realizado los alargamientos de corona mencionados anteriormente en los restos radiculares 1.2.y 1.5 y de haber esperado el tiempo necesario para su cicatrización que oscila entre los 8 a 10 días se realizaron los

tratamientos endodónticos (necropulpectomías) en los mismos. Se empezó con la colocación de aislamiento absoluto con grapas y dique de goma, seguido de conductometría con limas 15, con la ayuda de radiografías se obtuvo una longitud de trabajo tentativa del diente 1.2 de 16.5 mm y del diente 1.5 de 13 mm, para después obtener una longitud de trabajo definitiva en el diente 1.2 de 15.5 mm y en el diente 1.5 de 13mm (ver Fig. 28, 31 y 32). (Mahmoud Torabinejad, 2010)

Posteriormente se inició la instrumentación para esto usamos una instrumentación con limas Protaper rotatorias (Ver Fig. 29). Los sistemas rotatorios son la cuarta generación utilizada para la simplificación de las endodoncias, el uso de limas rotatorias de níquel-titanio tienen una gran ventaja ya que su flexibilidad ayuda a que la preparación de los conductos sea en menos tiempo, no alteran la curvatura apical, no se fracturan fácilmente, y no crean escalones disminuyendo así el índice de iatrogenias o errores. (Fernández Ponce de León & Mendio Aquino , 2011). Se irrigó con abundante hipoclorito de sodio y suero fisiológico y se obturó con técnica de condensación lateral con conos de gutapercha tipo beta (Ver Fig. 30, 31 y 32). (Mahmoud Torabinejad, 2010)



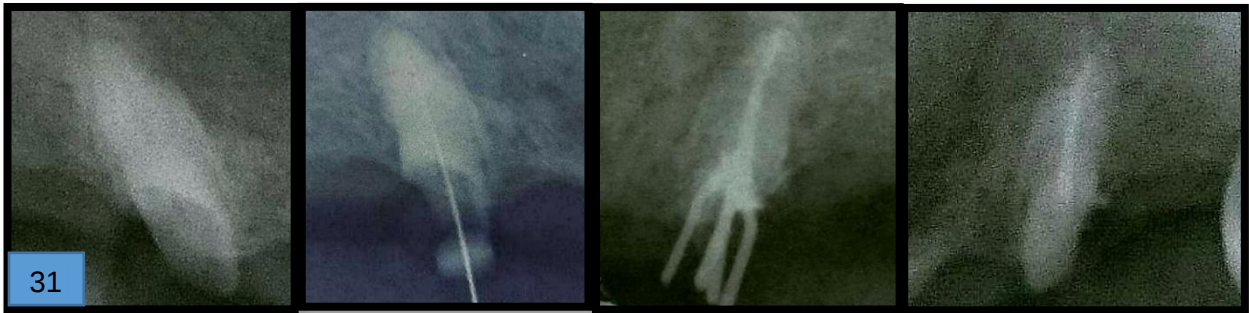


**Figura 28.** Fotografías de aislamiento absoluto y conductometría con lima 15

**Figura 29.** Fotografías de instrumentación rotatoria e irrigación con hipoclorito de sodio.

**Figura 30.** Fotografías de obturación, prueba de conometría, penacho y corte de gutapercha con atacador.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.



**Figura 31.** Radiografías de la endodoncia del resto radicular del diente 1.5, conductometría, penacho y endodoncia terminada.

**Figura 32.** Radiografías de la endodoncia del conducto radicular del diente 1,2

**Elaborado por:** E Cristina Rosales E.

### **3.5.4 Inmersión de las raíces**

Para realizar la inmersión de las raíces 1.2 y 1.5, primero se debe sellar los conductos radiculares para evitar cualquier contaminación y fracaso de los tratamientos endodónticos, para este proceso o para retroobturaciones se han utilizado algunos materiales entre estos la amalgama que fue considerado el material de elección hace algún tiempo, también se utilizaban cementos a base de óxido de zinc-eugenol pero actualmente existen materiales más biocompatibles como el agregado de trióxido mineral (MTA), es un cemento de silicato de calcio basado en la modificación del cemento Portland, este es un material muy utilizado actualmente ya que se ha demostrado que produce una curación regenerativa, un buen sellado y no es afectado por la humedad durante el tratamiento por lo que al MTA se le considera uno de los mejores materiales para cirugías endodónticas. (Correa Terán & Castrillón Sarria , 2015) (Caron , Azérad , Odile Faure, Machtou, & Boucher, 2014)

Recientemente se han lanzado al mercado otros materiales a base de silicato de calcio, uno de estos es el Biodentine que entro en el mercado en el 2009 y fue creado específicamente como un material para remplazar a la dentina, se ha demostrado que este material se ha utilizado con éxito para reparaciones endodónticas como perforaciones, apexificación, lesiones de resorción de la raíz, retroobturaciones y también como material de remplazo de la dentina en odontología restauradora. (Malkondu, Karapinar Kazandag, & Kazazoglu, 2014).

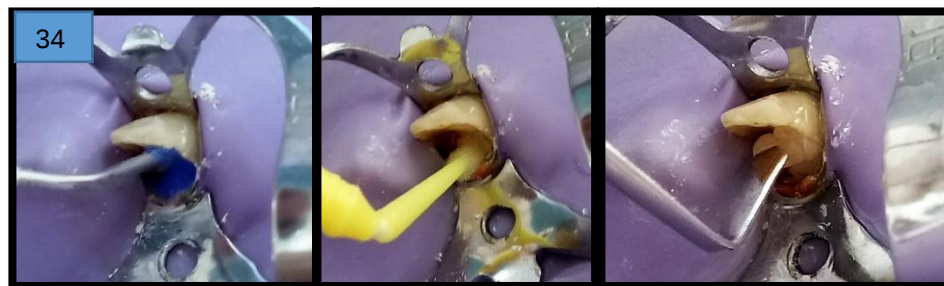
Para poder seleccionar el material ideal que se utilizaría en este caso se investigó sobre estos en varios artículos, donde se encontraron estudios en los que se ha comparado la eficacia del Biodentine y el MTA, estos son cementos de silicato de calcio ambos son materiales biocompatibles y actualmente se los usa mucho para tratamientos en el sistema de conductos radiculares. Al comparar estos dos materiales se obtuvieron los siguientes resultados: el MTA tiene un excelente sellado en comparación a otros materiales como la amalgama o cementos como el óxido de zinc-eugenol, pero estudios han demostrado que el Biodentine es el material que menos microfiltraciones ha presentado ya que sus componentes tienen una mayor biocompatibilidad con la dentina y su sellado marginal es más hermético. Según estudios de los autores Correa Terán y Castrillón Sarria (2015) se comparó la fuerza de adhesión del Biodentine y del MTA 24 horas después de colocarlos dentro del conducto donde se ha comprobado que el Biodentine tiene una fuerza de adhesión significativamente mayor al MTA, el Biodentine presentó una microfiltración de 2,176 micras mientras que el MTA presentó 2.686 micras. Por otro lado, también se describió que el Biodentine es más fácil de usar tiene un tiempo de fraguado más rápido y es más económico que el MTA. (Correa Terán & Castrillón Sarria , 2015) (Cardenas Guamán , 2017)

Al conocer las diferencias en la eficacia de estos dos materiales se decidió optar por el Biodentine para el tratamiento de inmersión de las raíces, se empezó el procedimiento con aislamiento absoluto en la raíz 1.2, en la raíz 1.5 se colocó un aislamiento relativo ya que la encía cubrió parte de la raíz dificultando su aislamiento absoluto con grapas (ver Fig. 33 y 35), con una

fresa redonda se retiró el material provisional (ionomemero de vidrio) hasta llegar a la gutapercha, se desobturaron 3 a 4 milímetros hasta tener el espacio suficiente para colocar el Biodentine dentro de conducto, se realizó la mezcla del material se secó el interior del conducto y se colocó el tapón con Biodentine con un atacador se esperó 10 minutos hasta su fraguado (ver Fig.33 y 35), se terminó el sellado con una capa de resina (ver Fig. 34 y 35). Se debe realizar un control de los restos radiculares cada tres meses por el primer año para corroborar que no existe ninguna lesión a nivel apical y que el sellado se encuentre en perfectas condiciones.



**Figura 33.** Aislamiento absoluto raíz 1.2, preparación del Biodentine colocación del material en el conducto. **Elaborado por:** E. Cristina Rosales E





**Figura 34.** Preparación con ácido fosfórico adhesivo y sellado con capa de resina raíz 1.2

**Figura 35.** Aislamiento relativo de la raíz 1.5, colocación de Biodentine y preparación adhesiva para colocación de capa de resina.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

Posteriormente para sumergir las raíces se hizo una cirugía a nivel de la encía, se utilizó material quirúrgico estéril, un bisturí #15 y sutura VICRYL reabsorbible. Se empezó colocando anestesia local infiltrativa en las zonas a tratar. Con la ayuda de un especialista en periodoncia se desgastó los bordes de la raíz 1.5 hasta dejarlos sin espículas, bien redondeados y a nivel del hueso este proceso se lo hizo con mucho cuidado de no comprometer hueso. Se separó la encía insertada que recubría a la raíz formando un colgajo con la ayuda del bisturí y curetas periodontales seguido de una pequeña incisión en el reborde alveolar para obtener un injerto de su misma encía y con este recubrir la raíz suturándolo al colgajo que se realizó anteriormente con suturas simples, se lavó con abundante suero fisiológico. (Ver Fig. 36 y 37)

Para la raíz 1.2 se realizó el mismo procedimiento que en el resto radicular 1.5 pero en este caso no se usó un injerto de encía, se hizo la separación del tejido y se suturaron los extremos cubriendo el resto radicular con suturas

simples. De igual manera se lavó con abundante suero fisiológico.( Ver Fig. 38)

Se esperó 8 días para el control y ver la cicatrización, se notó que el injerto fracasó ya que no cicatrizó como se planeaba por lo que el resto radicular 1.5 y 1.2 se encontraban expuestos, debido al trauma que sufrió el tejido de la encía por las cirugías de alargamientos de corona que se realizaron anteriormente su regeneración fue afectada y no era rápida, se decidió esperar el cierre de la encía con cicatrización por segunda intención, se realizaron controles cada semana y se observó que la encía si está cerrando poco a poco sumergiendo las restos radiculares. Se hizo controles radiográficos después de unos meses para ver el estado de las raíces. (Ver Fig. 39).



**Figura 36.** Desgaste superficial de la raíz con fresa redonda, corte y separación de encía insertada alrededor de la raíz, injerto de encía.

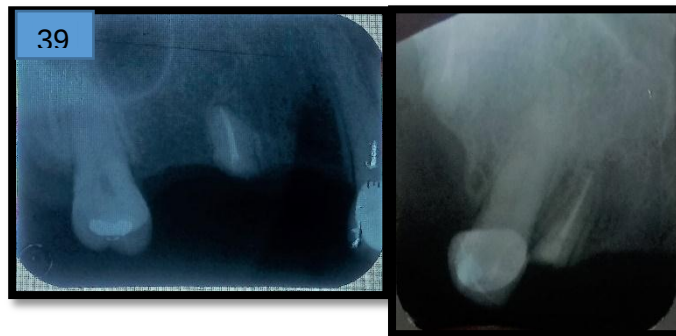
**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.



**Figura 37.** Sutura del injerto y el colgajo, raíz 1.5 sumergida bajo encía.

**Figura 38.** Desgaste superficial de la raíz 1.2 con fresa redonda, corte y separación de encía insertada, tejidos listos para suturar.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.



**Figura 39.** Control radiográfico

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### 3.5.5 Rehabilitación oral

#### 3.5.5.1 Montaje en articulador

Luego de haber tomado las impresiones para los modelos diagnósticos y de tener nuestro plan de tratamiento, empezamos con la rehabilitación oral de la paciente, se comenzó con la fijación de los modelos en un articulador para poder reproducir la relación estática y dinámica de la mandíbula en relación con el maxilar superior, para así poder tener una mejor visualización del campo donde se trabajará. Además la fijación de los modelos en el articulador nos ayuda para realizar un encerado diagnóstico y planear adecuadamente el tratamiento según los parámetros estéticos y funcionales que la paciente requiere. Para el montaje principalmente del modelo superior vamos a contar con la ayuda de un arco facial que nos permitirá registrar la posición de los maxilares superiores según la articulación temporo mandibular (ATM) y con este registro transferirlo hacia el articulador para después montar el modelo inferior. (Ver Fig. 40) (Telles, 2011)



**Figura 40.** Articulador semiajustable y arco facial.  
**Fuente:** (Bio-Art Equipamientos Odontológicos, 2012)

Para colocar el arco facial se debe seguir los siguientes pasos:

- a) Realizar un registro de los dientes superiores de la paciente en la horquilla, esto se realiza con godiva se la calienta hasta derretirla y se marcan tres puntos uno anterior y dos posteriores y se lo introduce en la boca para marcar la posición de los dientes viendo que estos coincidan en la línea media.
- b) Se coloca el posicionador nasal en el arco y también la horquilla con el registro dental sin ajustar.
- c) Se abre los brazos del arco facial y se coloca las olivas en los meatos auditivos. Se ajusta para que el arco se mantenga fijo y los brazos estén a nivel de la línea de Frankfurt ( sub orbitario, tragus)
- d) Se introduce la horquilla con el registro dentro de la boca y se fija.
- e) Finalmente se coloca el apoyo nasal fijándolo en el punto nación y se ajusta hasta que el arco quede fijo y estable.
- f) Una vez fijado se aflojan todos los tronillos menos el de la horquilla que es el que lleva la posición del maxilar superior, se retira el arco y en esa posición se lleva al articulador para el montaje del modelo. Seguido del montaje del modelo inferior. (Ver Fig. 41) (Ayala Puente, Gutiérrez Álvarez, & Obach M, 2011)

Debido a que la paciente presenta perdida de dimensión vertical y no hay espacio suficiente para la colocación de una protesis parcial removible se decidió en el plan de tratamiento realizar un levantamiento de mordida, por lo que se deben fijar los modelos en relación céntrica para después saber el espacio que debe ser aumentado. La relación céntrica es la posición más

posterior de la mandíbula en relación al maxilar con los músculos relajados y los ligamentos distendidos. Para lograr llegar a esto se debe desprogramar la oclusión actual del paciente, en este caso se utilizaron laminillas de Long que son espesores de plástico similares a papeles de articular ( Ver Fig. 42), estos ayudaran a una desprogramación de la oclusión sin forzamientos ya que los músculos se relajaran permitiéndonos poner a la mandíbula en una posición correcta y así poder determinar los milímetros que serán aumentados para luego poder reproducir esto al articulador, en este caso se hizo un levantamiento de 3mm en la mordida. (Ver Fig. 43). (Acuña Priano , 2006 )





**Figura 41.** Fotografías de la fijación del arco facial en la paciente

**Figura 42.** Desprogramación oclusal con laminillas de Long

**Figura 43.** Modelos montados en el articulador en relación céntrica con levantamiento de mordida.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### 3.5.5.2 Encerado diagnóstico:

Posteriormente al montaje en el articulador se hizo un encerado diagnóstico esto nos ayudará a tener una idea más clara de lo que se va a realizar y de cómo quedará el tratamiento terminado en la paciente. Lo que se hizo en el encerado fue coronas en los dientes 1.3, 2.3, 2.4 y 2.7 para así aumentar su tamaño para que estas lleguen a ocluir con los dientes inferiores debido al aumento de mordida y en las zonas edentulas se realizaron enfilados dentales que simulan el lugar donde irán los dientes en la prótesis parcial removible. En la arcada inferior se hicieron reconstrucciones de los dientes anteriores ya que presentaba desgastes incisales. (Ver Fig. 44)



**Figura 44.** Encerado diagnostico

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### **3.5.5.3 Restauraciones incisales dientes inferiores.**

Se realizaron múltiples restauraciones incisales debido a desgastes, esto se hizo de canino a canino en los dientes de la arcada inferior. Se comenzó colocando aislamiento absoluto con grapas y dique de goma, se hizo una matriz con pasta de condensación en el encerado diagnóstico para así tener una guía de las reconstrucciones que se deben hacer, se hizo unos pequeños desgastes en las zonas incisales con fresas troncocónicas de diamante grueso, se desinfecto las zonas con clorhexidina y se lavó, a continuación se colocó ácido fosfórico en cada diente por 15 segundos y se lavó con abundante agua por el doble de tiempo del grabado ácido, después se puso adhesivo con la ayuda de un micro brush y se fotopolimerizó (Ver Fig. 45), se eligió el color de resinas en este caso se utilizaron resinas A3 se usó la matriz en la parte posterior de los dientes y se empezó la reconstrucción después de tener la guía se terminó las restauraciones con la ayuda de gutapercheros y pinceles ( Ver Fig. 46). Al terminar se retiró el aislamiento se controló oclusión y se pulió las restauraciones con discos sofex y gomas para pulir resinas (Ver Fig. 47).



45



46

**Figura 45.** Desgastes incisales de canino a canino, colocación de ácido fosfórico y adhesivo.

**Figura 46.** Colocación de la matriz para guía de las restauraciones, utilización de pincel y pulido con discos soflex.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.



47

**Figura 47.** Pulido final de las restauraciones con gomas de pulir resinas

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

#### 3.5.5.4 Preparación de dientes para coronas

Para el levantamiento de la mordida vamos seguir el plan de tratamiento que se realizó con la ayuda del encerado diagnóstico, como se mencionó anteriormente se colocará prótesis fija (coronas) en los dientes 1.3, 2.3, 2.4 y 2.7, las coronas nos ayudarán a lograr tener el espacio necesario para

recuperar la dimensión vertical perdida y después poder colocar una prótesis parcial removible en las zonas edéntulas. Para la conformación de los pilares usaremos fresas indicadas específicamente para tallado de prótesis fija estas son fresas troncocónicas de diferentes calibres y de diferente grosor de granos de pulido. Empezaremos en los caninos 1.3 y 2.3 las fresas a usar serán fresas de diamante troncocónicas de punta plana para tallar las caras vestibulares, que se dividen en dos partes en cervical y en incisal para así no perder la curvatura del diente y se da una profundidad de 1.2 a 1.5mm, seguido del tallado de la zona palatina que se lo hace con una fresa en forma de flama dando una profundidad de 0,7 a 1mm, para el tallado de las zonas proximales usaremos fresas en forma de aguja ya que nos ayudaran a romper puntos de contacto con los dientes vecinos, no hay que olvidar formar el hombro alrededor del diente en la zona cervical ya que es donde se asentara la corona finalmente para el tallado incisal se usara una fresa cónica desgastando de 1.5 a 2mm de esmalte.(Ver Fig. 48) (Shillingburg, 2000)

Para el tallado de premolares y molares de igual manera se utilizaran fresas troncocónicas de punta plana, se iniciará el desgaste oclusal realizando surcos guías para determinar la profundidad que debe ser de 1.5 a 2mm, se debe redondear toda la zona y no dejar esquinas en puntas. Para el tallado de la superficie vestibular se utiliza la misma fresa cónica dando una profundidad de 1.2 a 1.4mm de la misma manera por palatino formando de igual manera un hombro cervical (Ver Fig.49). (Shillingburg, 2000)



**Figura 48.** Tallado de dientes 1.3 y 2.3 para coronas

**Figura 49.** Tallado de premolar 2.4 y molar 2.7 para coronas

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### **3.5.5.5 Toma de impresiones:**

Una vez terminado el tallado en los dientes 1.3, 2.3, 2.4 y 2.7 se tomaron impresiones funcionales para mandar el trabajo al laboratorio dental y confeccionar las coronas, se usó como material de impresión elastómeros estas son siliconas que pueden ser de condensación o de adición en este caso utilizamos pastas de adición pesada y liviana, ya que está demostrado que son las que logran una mayor precisión en la reproducción de los detalles en la impresión, tienen una excelente estabilidad dimensional por lo que no se contraen con el tiempo y esto ayuda a no tener problemas durante el vaciado, son muy flexibles y elásticas por lo que pueden llegar a cubrir espacio muy pequeños al momento de la toma sin deformarse al retirar la cubeta de la boca

aunque hay que tener cuidado con la formación de burbujas ya que estas pueden provocar el fracaso de la impresión, son fáciles de manipular y tienen un fraguado de 5 a 6 minutos. (Ver Fig. 50). Antes de tomar las impresiones se colocó hilos retractores para lograr un desplazamiento gingival y que esta no interfiera en toma de las zonas cervicales (hombre) ya que es la zona donde más presión debe haber (Ver Fig. 51). (Díaz Romeral Bautista , Lopez Sorro , Veny Ribas , & Orejas Pérez , 2007).



**Figura 50.** Elastómeros pastas de adición liviana y pesada  
**Fuente:** (Dentaltix , s.f.)



**Figura 51.** Toma de impresión superior con pastas de adición liviana y pesada.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

#### **3.5.5.6 Dientes provisionales.**

Se colocaron dientes provisionales hechos con acrílico cubriendo de premolar a canino y también en el molar 2.7, los provisionales se colocan para evitar que el paciente quede desdentado durante el tiempo de espera de sus prótesis fijas definitivas, estas deben ser realizadas de la forma que cumplan todas las expectativas funcionales y estética que el paciente necesita para que se sienta cómodo con ellos durante el tiempo de espera de las prótesis definitivas, es muy importante la elaboración de estos ya que estos tienen gran responsabilidad en el éxito o fracaso del tratamiento final. Los provisionales se realizaron de acrílico con una técnica directa, se utilizó una matriz tomada con pasta de condensación en el modelo con el encerado diagnóstico y se llevó después a boca para que la paciente empiece la adaptación del levantamiento de mordida se realizaron controles para ver si la paciente se sentía bien y no

presentaba molestias o dolor en el ATM ya que tiene que adaptarse a la nueva oclusión que se establecerá según el plan de tratamiento. (Christiani & Devecchi, 2017)

#### **3.5.5.6 Prueba de las coronas en metal y toma de registro de mordida para colocación de porcelana.**

Se hicieron las respectivas pruebas de las coronas en metal, esto nos ayudara a ver la adaptación que tendrán las coronas en los dientes pilares (Ver Fig. 52). A continuación se tomó el color para las coronas, evaluando la edad de la paciente y el color de sus dientes propios se eligió un tono 2A. Posteriormente a esto se realizó un registro de mordida que se mando al laboratorio estableciendo el espacio del aumento que se requiere, para esto nos ayudamos con los dientes provisionales y Duralay (Ver Fig. 53). Se tomó un nuevo registro con el arco facial y una impresión de arrastre (Ver Fig. 54 y 55), para realizar un remontaje al articulador y que el laboratorio pueda colocar la porcelana de las coronas con el levantamiento de mordida exacto que la paciente requiere (Ver Fig. 56 y 57).



**Figura 52.** Modelo con coronas en metales para prueba en boca.  
**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

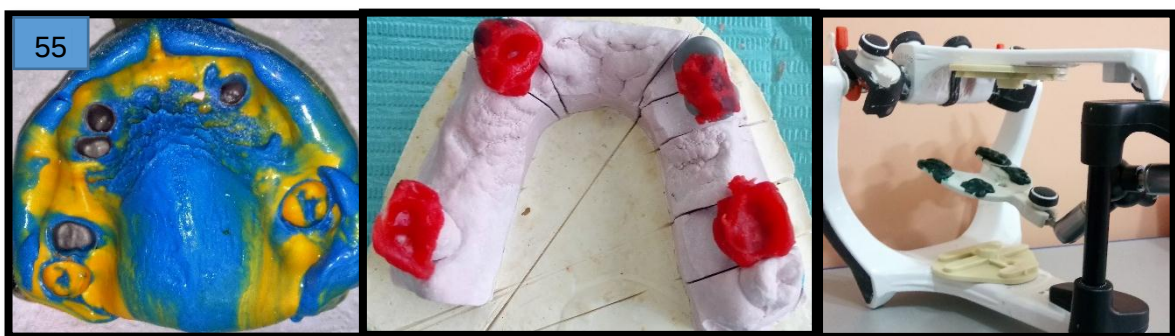


**Figura 53.** Toma de registro de mordida con ayuda de Duralay para marcar el levantamiento de mordida.

**Figura 54.** Registro en el arco facial para remontaje en articulador

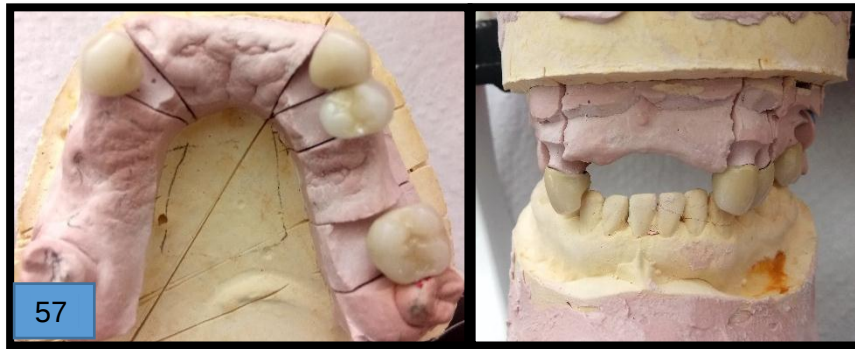
**Elaborado Por:** E. Cristina Rosales E.

### Procedimientos realizados en el laboratorio.





56



57

**Figura 55.** Impresión de arrastre, remontaje en articulador

**Figura 56.** Montaje en articulador modelo superior e inferior con registro de mordida tomado en la paciente.

**Figura 57.** Coronas con la porcelana colocada

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### 3.5.5.7 Cementación de coronas:

Antes de la cementación de las coronas se realizó una última prueba que consistía en evaluar las coronas con la porcelana colocada y comprobar: adaptación en la zona cervical, el ajuste de los contactos proximales y oclusión, una vez hecha esta prueba se glaseo las coronas y se procedió a cementarlas. Para esto, antes se debe elegir el cemento a usar, existe gran variedad de estos como cementos a base de fosfato de zinc, policarboxilato, ionomeros de

vidrio y resinas, para este caso se eligió un cemento a base de ionomero de vidrio de autopolimerización (Merón) (Ver Fig. 58), no se utilizan resinas o ionomero de vidrio dual ya que al ser coronas de metal-porcelana la luz alógena no traspasara el metal impidiendo la fotopolimerización del cemento. (Shillingburg, 2000).

El procedimiento se inició con la desinfección de las coronas como de los dientes pilares con clorhexidina, se areno las coronas con un arenador, se mezcló el cemento (Merón) hasta tener una pasta homogénea, se distribuyó la mezcla en las paredes de la corona y se la llevó a boca colocándola en su correcta posición. Se mantuvo presión con los dedos, se eliminó los excesos de cemento y se esperó hasta que seque. Se aseguró que no hayan quedado restos de cemento en áreas proximales que impidan el paso de hilo dental y se hizo un ajuste oclusal. Este procedimiento se repitió con cada corona (Ver Fig. 59 y 60).



**Figura 58.** Material de cementación de coronas metal-porcelana a base de ionomero de vidrio

**Fuente:** (VOCO The Dentalists , 2015 )



**Figura 59.** Fotografía anterior en oclusión de coronas 1.3 y 2.3 cementadas.

**Figura 60.** Fotografías lateral derecha e izquierda se observa coronas 1.3, 2.3, 2.4 y 2.7 cementada aumento de mordida logrado.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

### **3.5.5.8 Diseño de la prótesis parcial removible:**

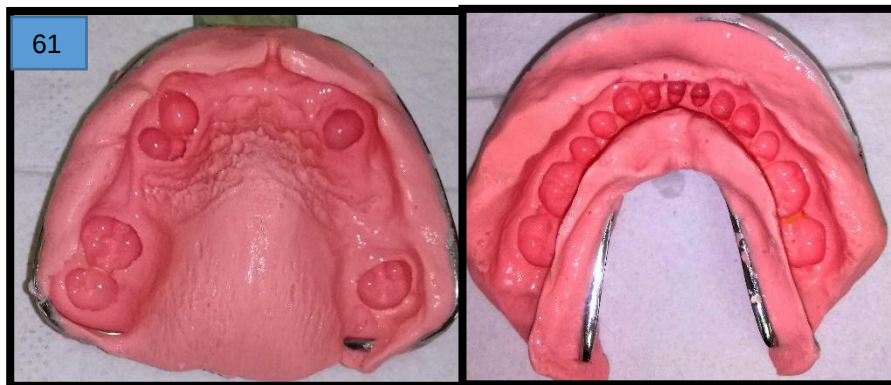
Al haber recuperado la dimensión vertical en la paciente gracias a todos los procedimientos que se mostraron anteriormente se pudo hacer el diseño de la prótesis parcial removible. El diseño de la prótesis se realizó basándonos en la clasificación de Kennedy y Applegate, en este caso la paciente presenta una clase III modificación 2. El diseño se realizó con los siguientes elementos:

- a) **Conector mayor:** Se eligió una banda palatina Antero-Posterior, para evitar ocupar todo el paladar por la estomatitis que presenta.
- b) **Conector menor:** Unirán al conector mayor con los retenedores.

- c) **Apoyos:** se realizaron apoyos distales en el canino 1.3, en premolar 2.4 y en molares 1.7 y 2.7.
- d) **Rejillas:** se colocó rejillas en las zonas edentulas que son el lugar donde irán los dientes artificiales.
- e) **Retenedores:** Se eligió un retenedor RPI en el premolar 2.4 es un retenedor estético se usa en premolares, por su forma son más flexibles para su colocación y remoción, brinda una buena retención sin aumentar el diámetro de la corona y sin tener casi contacto dentario. En los molares 2.7 y 1.7 se colocaron retenedores Aker estos retenedores por lo general son usados en molares brinda un buen soporte y estabilidad, no se deforman fácilmente y casi no retienen restos de alimentos.

#### **3.5.5.9 Toma de impresiones funcionales:**

Después de tener el diseño de la prótesis se procede con la toma de impresiones funcionales, para esto utilizaremos alginato como material de impresión que nos ayudará a obtener una copia exacta de la arcada superior, debemos tomar en cuenta que no debe haber ningún tipo de burbujas en la impresión ya que esto puede provocar modificaciones en el diseño y por lo tanto su fracaso, también se tomara una impresión del antagonista que es la arcada inferior, se los vaciará en yeso extra duro y se entregara al laboratorio dental junto con el diseño de la prótesis para la elaboración de la misma. (Ver Fig. 61)



**Figura 61.** Impresiones funcionales para elaboración de prótesis parcial removible superior con alginato.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

#### **3.5.5.10 Prueba del esqueleto de la prótesis parcial removible, toma de registro de mordida y prueba de enfilado de dientes en cera.**

A los ocho días de realizar las impresiones funcionales y de haber mandado los modelos con el diseño al laboratorio, se hicieron las respectivas pruebas de la prótesis parcial removible, empezando con el esqueleto y toma de registros de mordida, con esto podremos evaluar su adaptación, que no tenga movilidad, que no haya dolor al colocarlo, que la paciente pueda colocárselo y sacarlo fácilmente y que la oclusal sea adecuada viendo que los apoyos no interfieran o provoquen desviaciones de la misma. Seguido de esto por medio de rodetes de altura hechos a base de cera rosada colocados en las zonas edéntulas, se le hizo morder a la paciente y que el laboratorio tenga una guía del registro de mordida para la colocación del enfilado de dientes (Ver Fig. 62). Antes de mandar el trabajo nuevamente al laboratorio se toma el color para los dientes artificiales para esto se eligió el mismo tono de color de las coronas que es un 2A (Ver Fig. 63).

Se realizó una segunda prueba que consiste en evaluar la prótesis con el enfilado de dientes en cera, esto nos ayudó de igual manera que las pruebas anteriores a ver principalmente la estabilidad y la oclusión, para esto se utilizó papeles de articular que nos ayudaran a ver que los puntos de contacto se marquen en toda la arcada y que la paciente no presente ninguna molestia al morder (Ver Fig.64 y 65). Seguido de esta prueba se evaluó la fonética que consiste en ver si la paciente presenta o no dificultad para hablar en especial las letras S y R también es necesario saber si la paciente se siente satisfecha con la prótesis, ella nos dirá si le gusta como se ve estéticamente, si le gusta el color de los dientes, su posición, el tamaño y la forma ya que una vez hecho el enfilado definitivo con acrílicos será difícil realizar cambios (Ver Fig. 66).



**Figura 62.** Prueba del esqueleto y registro de mordida

**Figura 63.** Toma de color de dientes para la prótesis

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E



**Figura 64.** Prueba de prótesis con enfilado en cera estabilidad y oclusión

**Figura 65.** Evaluación oclusal lateral derecha e izquierda.

**Figura 66.** Evaluación estética de la prótesis con enfilado en cera.

**Elaborado por:** E. Cristina Rosales E.

#### **3.5.5.11 Instalación y cuidados de la prótesis parcial removible terminada.**

Una vez realizadas todas las pruebas necesarias y con la paciente satisfecha finalmente se realizó el acrilizado y acabado de la prótesis para instalarla en boca. Al colocarla se volvió a controlar estabilidad, contactos oclusales y fonación hasta que todo quede estable (Ver Fig. 67,68 y 69), terminaremos con la evaluación estética preguntándole a la paciente como se

siente y como se ve con la prótesis colocada. A los 8 días de colocarla se realizó un nuevo control de oclusión y para ver si la paciente ha tenido o no molestias para comer o hablar (Ver Fig. 70, 71 y 72).

Una vez entregada la prótesis se debe explicar al paciente que la adaptación total de esta puede durar hasta 8 semanas por lo que es necesario hacer varios controles, principalmente de oclusión cada cierto tiempo. Para un mantenimiento adecuado de la prótesis se le indica a la paciente lavarla después de cada comida con jabón neutro y un cepillo de cerdas duras y cada 15 días desinfectarla sumergiéndola en clorhexidina por 10 minutos. En cuanto a la higiene bucal se le indica a la paciente no dormir con la prótesis colocada en boca por las noches para mantener la salud de las mucosas, y además se le tener un adecuado cepillado de los dientes, mucosas, carrillos y lengua seguido del uso de colutorios e hilo dental después de cada comida para mantener una adecuada salud oral. (Facultad de odontología sede Bogotá Sistema de gestión de calidad en salud , 2013)



**Figura 67.** Fotografía anterior en oclusión con la prótesis colocada  
**Elaborado por:** E Cristina Rosales E.



**Figura 68.** Fotografía oclusal superior con la prótesis colocada evaluación estabilidad

**Figura 69.** Fotografías laterales izquierda y derecha en oclusión con prótesis

**Figura 70.** Fotografías anteriores sonrisa exagerada y sonrisa normal con prótesis colocada

**Elaborado por:** E Cristina Rosales E.



**Figura 71.** Fotografía frontal paciente sonriendo con la prótesis colocada evaluación estética antes y después del tratamiento.

**Figura 72.** Fotografías de perfil derecha e izquierda se observa recuperación de dimensión vertical.

**Elaborado por:** E Cristina Rosales E.

## **CAPITULO IV**

### **4.1 Discusión**

En el presente caso clínico se trató a una paciente bajo tratamiento con bifosfonatos orales para tratar la osteoporosis, a la paciente se le realizó una rehabilitación integral con prótesis combinada entre fija y parcial removible sobre restos radiculares sumergidos, esto se hizo para devolver dimensión vertical perdida, función y estética. La paciente toma bifosfonatos por vía oral hace cinco años, por lo que se decidió no realizar extracciones y realizar tratamiento endodóntico para sumergir las raíces debido a que por estos fármacos podrían presentarse complicaciones, como lo describe (Cortés Motta & Fernandez-Grisales, 2016) ya que al someter al paciente a tratamientos quirúrgicos existe el riesgo de provocar osteonecrosis en los maxilares.

Se ha discutido mucho sobre los casos en los que se puede provocar osteonecrosis en los maxilares, autores como J. Hernández y cols. (2014) mencionan que en pacientes que son tratados con bifosfonatos por vía oral, el riesgo de producir estas lesiones es mínimo o casi nulo, mientras que a los pacientes que se les administra el medicamento por vía intravenosa son los que están en verdadero riesgo al someterlos a tratamiento quirúrgicos.

Sin embargo, otros autores como Padilla Rosas (2016) y Bertó Botella (2007) mencionan que es de suma importancia saber que a pesar de que el uso de bifosfonatos por vía oral tengan menos probabilidades de producir osteonecrosis en los maxilares hay que ser igualmente cuidadosos antes de someterlos a cualquier tratamiento quirúrgico, ya que la aparición de los efectos de los bifosfonatos administrados por vía oral es cuestión de tiempo debido a

que el riesgo aumenta por dosis acumuladas, Fátima García García y cols. (2008) indican que así sea que estos estén considerados como de bajo riesgo hay varios reportes de osteonecrosis en maxilares producidos por bifosfonatos orales, ya que su riesgo aumenta si el uso de estos supera los tres años. En este caso la paciente es tratada con bifosfonatos orales para controlar la osteoporosis por 5 años por lo que en el momento de decidir el plan de tratamiento se consideró no realizar extracciones de restos radiculares y se decidió remplazar la cirugía por endodoncias para evitar provocar osteonecrosis en los maxilares.

Al momento de tratar a un paciente es obligación del odontólogo informar todos los tratamientos alternativos que se pueden realizar, en este caso la paciente optó por la segunda opción que consistía en el remplazo del tratamiento quirúrgico por endodoncias en restos radiculares seguido de la inmersión de los mismos dentro de la encía y mantenerlos en hueso para así prevenir la osteonecrosis de los maxilares, pero además de esto autores como García y Rosas (2015) y Sunyoung Choi y cols. (2015) realizaron este tipo de procedimiento para poder mantener el hueso intacto y evitar su reabsorción para el momento de rehabilitar al paciente.

Para lograr que este tratamiento sea exitoso se debe sellar la entrada de los conductos de los restos radiculares para evitar filtraciones al momento de sumergirlos y por lo tanto futuras lesiones apicales que puedan llevar al fracaso del tratamiento. Para este procedimiento autores como García y Rosas (2015) utilizaron amalgamas para el sellado ya que la amalgama fue considerada un material que brinda un sellado hermético pero con el pasar del tiempo han

salido al mercado otros materiales para este tipo de tratamientos, como el agregado de trióxido mineral (MTA) o el Biodentine estos son materiales a base de silicato de calcio y que tienen una gran biocompatibilidad con los tejidos, en este caso se decidió utilizar Biodentine a pesar de que Caron y cols. (2014) mencionan que el MTA es un material muy utilizado actualmente ya que su sellado supera al de la amalgama y al de otros materiales por poseer una mayor biocompatibilidad y produce una curación regenerativa, un buen sellado y no es afectado por la humedad durante el tratamiento por lo que al MTA se le considera uno de los mejores materiales para procedimientos endodónticos.

Sin embargo Correa Terán y cols. (2015) han demostrado que el Biodentine es el material que menos microfiltraciones ha presentado ya que sus componentes tienen una mayor biocompatibilidad con la dentina y su sellado es más hermético para esto se comparó la fuerza de adhesión del Biodentine y del MTA 24 horas después de colocarlos dentro del conducto donde se ha visto que el Biodentine tiene una fuerza de adhesión significativamente mayor al MTA, el Biodentine presentó una microfiltración de 2,176 micras mientras que el MTA presentó 2.686 micras. Pero Caron y cols. (2014) indican que la principal desventaja de este material es su baja radiopacidad en comparación con el MTA, por lo que dificulta la visualización de la obturación final en la radiografía.

Después de haber realizado todos los procedimientos mencionados anteriormente se rehabilitó a la paciente, teniendo como principal objetivo el aumentó la dimensión vertical para que las prótesis tengan un correcto espesor y así garantizar solidez estructural de los materiales, para esto se realizó una

combinación de prótesis entre fija y removible, se inició el aumento de la dimensión vertical mediante la ayuda de la colocación de provisionales acrílicos en los dientes 1.3, 2.3, 2.4 y 2.7 esto se realizó para que la paciente se acostumbre y se sienta cómoda con el aumento de espacio que se requiere devolver antes de colocar las prótesis definitivas, este procedimiento concuerda con el trabajo realizado por el autor Flavio Uribe y cols.( 2012) que presentaron el mismo mecanismo para el aumento de la dimensión vertical, sin embargo el autor además de incrementar la dimensión vertical con prótesis fija colocó implantes dentales en zonas edéntulas, cosa que no se pudo utilizar en este caso debido al uso de bifosfonatos de la paciente, por lo que se aumentó la dimensión vertical con coronas metal-porcelana y se terminó el tratamiento con la colocación de una prótesis parcial removible para remplazar dientes ausentes.

Esto concuerda con el caso descrito por autora Lara Téllez y cols. (2008) que menciona que este tipo de tratamientos realizados con prótesis combinadas para devolver la dimensión vertical puede ser la solución para los pacientes que por diferentes motivos no pueden acceder a otros tratamientos como la colocación de implantes, éste es un método fácil, no es riesgoso y se cumple con todos los parámetros funcionales y estéticos que los pacientes requieren, además si se tienen todos los cuidados indicados por el odontólogo son tratamientos muy duraderos.

## 4.2 Conclusiones:

Brindamos un tratamiento odontológico integral a una paciente que se encuentra bajo tratamiento con bifosfonatos, tomando opciones alternativas para poder tratarla sin provocar alteraciones secundarias como la osteonecrosis de los maxilares.

Se pudo concluir y demostrar que no siempre debemos guiarnos por un solo plan de tratamiento ya que siempre tendremos otras alternativas para cualquier circunstancia en la que nos encontremos, como en este caso, al enfrentarnos a un paciente bajo tratamiento con bifosfonatos y con riesgo de sufrir osteonecrosis en lo maxilares al someterlo a cirugías como extracciones dentales, se optó por cambiar el procedimiento indicado inicialmente y reemplazarlo por tratamientos endodónticos en los restos radiculares, evitando su extracción y por lo tanto no provocar osteonecrosis en los maxilares, posteriormente a esto se realizó inmersiones de estas raíces para así mantenerlas en hueso y no solo prevenir estas lesiones, si no también evitar la resorción ósea en estas zonas ya que está demostrado que el hueso no se reabsorbe alrededor de las raíces.

Por medio de revisiones bibliográficas pudimos comprobar que este tipo de tratamiento ha sido elegido en varias ocasiones siendo exitoso, y es una buena alternativa para mantener el reborde alveolar del paciente parcialmente edentulo integro al momento de rehabilitarlo por medio de prótesis removibles, pero se debe tener en cuenta que el paciente debe estar en constantes controles para verificar que las raíces sumergidas se encuentran en buenas

condiciones y sin presencia de lesiones apicales que pueden llevar al fracaso del tratamiento.

Por otro lado al rehabilitar a la paciente se logró devolver la dimensión vertical disminuida que según la literatura su principal causante es por la pérdida de dientes y estructura dental, esto se logró por medio de un levantamiento de mordida con coronas de metal porcelana seguido de la colocación de una prótesis parcial removible superior para el remplazo de los dientes faltantes. A demás de recuperar la dimensión vertical se pudo conseguir devolver función a las arcadas dentales, y mejorar la estética del paciente mejorando su estilo de vida y por ende los factores psicológicos del mismo.

### **4.3 Recomendaciones.**

Al finalizar el tratamiento como recomendación principal para la paciente es que debe realizar constantes visitas al odontólogo para controles tanto de la prótesis como de la salud bucal, también se recomienda educar y motivar al paciente sobre la higiene bucal enseñándole técnicas de cepillado y el uso de colutorios e hilo dental después de cada comida para así evitar complicaciones futuras y mantener el tratamiento estable por muchos años.

En cuanto al cuidado de la prótesis se le indica a la paciente lavarla igualmente después de cada comida con un jabón neutro y un cepillo de cerdas duras, para conservarla en buen estado, también es importante indicarle a la paciente que por las noches debe retirarse la prótesis y no dormir con ella para así evitar lesiones a nivel de la mucosa como estomatitis protésica y candidiasis.

Se recomienda al odontólogo, seguir todos los protocolos indicados al tratar a un paciente, empezando con un correcto llenado de la historia clínica para poder obtener un diagnóstico definitivo y por lo tanto un plan de tratamiento adecuado para el paciente, teniendo antes el consentimiento del mismo ya que debemos recordar que no se puede realizar ningún procedimiento sin haberle informado al paciente de que se trata y todas las alternativas de tratamientos que hay para su caso, para así lograr resultados exitosos y sin ningún problema legal.

## Bibliografía

- 1) 1888implant . (2012 ). *1888Implant.com*. Obtenido de Implantes dentales: comodidad, practicidad y confianza como antes. Ingerito Oseo : <http://www.1888implant.com/spanish/bone-grafting.html>
- 2) Acuña Priano , C. (2006 ). *Maxillaris ciencia y practica*. Obtenido de Relación céntrica métodos de obtemción: <http://www.maxillaris.com/hemeroteca/200605/ciencia.pdf>
- 3) Adrover Ringo , M., Juste Diez de Pinos , J., Tuset Creus , M., Codina Jané, C., & Ribas Salas, J. (2000). Revision clinica de la utilizacion de los bifosfonatos. *Farm Hosp*, 9.
- 4) Arboleya , L., Alperi, M., & Alonso , S. (3 de marzo de 2011). *Reumatologia clinica* . Obtenido de Efectos adversos de los bifosfonatos : [www.reumatologiaclinica.org](http://www.reumatologiaclinica.org)
- 5) Arboleya L, C. S. (2014). *Rev Osteoporos Metab Miner*. Obtenido de Osteoclastos: mucho más que células remodeladoras del hueso: <http://scielo.isciii.es/pdf/romm/v6n4/revision2.pdf>
- 6) Ayala Puente, J., Gutiérrez Álvarez, G., & Obach M, J. M. (3 de Marzo de 2011). *Advanced Dental Designs, Inc*. Obtenido de Registro con arco facial: [https://www.ad2usa.com/images/document/AD2%20Facebow%20Manual%20\(Spanish\)%203-7-11.pdf](https://www.ad2usa.com/images/document/AD2%20Facebow%20Manual%20(Spanish)%203-7-11.pdf)

- 7) Ayaviri Pérez , R. C., & Dra. Bustamante , C. (2013). *Revista de actualización clínica volumen 30*. Obtenido de Alginato: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v30/v30\\_a04.pdf](http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v30/v30_a04.pdf)
- 8) Barrancos Mooney , & Barrancos . (2006). *Operatoria dental Integración clínica* . Buenos Aires- Argentina : Panamericana .
- 9) BARRETO, J. F. (marzo de 2008). *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de La dimensión vertical restaurada en la prótesis dental parcial removible: <http://www.redalyc.org/html/283/28339909/>
- 10) Belém Novades Júnior , A., & Belém Novades , A. (2001). *Cirugía Periodontal con finalidad protésica* . Sao Paulo- Brasil: AMOLCA.
- 11) Berto Botella , D., Miñara Gómez, D., & Miñana Laliga , D. (marzo de 2007). *Gaceta Dental*. Obtenido de ONJ( Osteonecrosis de los maxilares con bifosfonatos) Guia para el tratamiento y prevencion en Endodoncia.: [file:///C:/Users/User/Desktop/caso%20carmen/179\\_CIENCIA\\_ONJ\\_Tratamiento\\_Endodoncia.pdf](file:///C:/Users/User/Desktop/caso%20carmen/179_CIENCIA_ONJ_Tratamiento_Endodoncia.pdf)
- 12) Bio-Art Equipamientos Odontológicos. (2012). *Bio-Art Equipamientos Odontológicos Soluciones inteligentes Ltda*. Obtenido de Articuladores y Arcos Faciales: <http://www.bioart.com.br/produtos.php?codigo=7&idioma=esp&produto=Articuladores%20y%20Arcos%20Faciales>

- 13) Bonfante\*\*, R. R. (junio de 1999). *PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE*.  
Obtenido de Reemplazo de dientes anteriores a través de prótesis parcial: <https://www.bvs.org.do/revistas/rod/1999/05/01/rod-1999-05-01-037-043.pdf>
- 14) Botero , J., & Bedoya , E. (08 de Julio de 2010). *Revisión Clínica. Periodoncia Implantología. Rehabil. Oral Vol. 3*. Obtenido de Determinantes del Diagnóstico Periodontal :  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>
- 15) Cardenas Guamán , S. V. (2017). *UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO CARRERA DE ODONTOLOGÍA*. Obtenido de Estudio comparativo para evaluar microfiltración en obturación retrógrada de cementos dentales MTA y Biodentine en dientes unirradiculares extraídos.: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3505>
- 16) Caron , G., Azérad , J., Odile Faure, M., Machtou, P., & Boucher, Y. (9 de Mayo de 2014). *International Journal of Oral Science (2014)*. Obtenido de Use of a new retrograde filling material (Biodentine) for endodontic surgery: two case reports: <https://www.semanticscholar.org/paper/Use-of-a-new-retrograde-filling-material-Biodentin-Caron-Azerad/e77310d4474fac0cf33bf65535a565ebb88dde18>
- 17) Christiani , J. J., & Devecchi, J. R. (12 de Junio de 2017). *Actas Odontológicas Volumen XIV*. Obtenido de Materiales para Prótesis

- Provisionales.: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ao/v14n1/2393-6304-ao-14-01-00028.pdf>
- 18) Cohello, L. L. (2010). *Revista Cubana de Estomatología*. Obtenido de Estética en prótesis removibles : [http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol\\_47\\_02\\_10/est11210.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol_47_02_10/est11210.pdf)
- 19) Conceição, E. N. (2008). *Odontología Restauradora. Salud y estética (2 ed.)*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- 20) Correa Terán , M. E., & Castrillón Sarria , N. (01 de Marzo de 2015). *Odonto Investigación* . Obtenido de Comparación demicrofiltración apicocoronal entre MTA y Biodentine en dientes unirradiculares. : [http://www.usfq.edu.ec/publicaciones/odontoinvestigacion/Documents/odontoinvestigacion\\_n001/oi\\_001\\_001.pdf](http://www.usfq.edu.ec/publicaciones/odontoinvestigacion/Documents/odontoinvestigacion_n001/oi_001_001.pdf)
- 21) Cortés Motta , M. C., & Fernandez-Grisales, R. (noviembre de 2016). *CES ODONTOLOGIA*. Obtenido de osteonecrosis de los maxilares: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento: [file:///C:/Users/User/Downloads/v29n2a08%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/v29n2a08%20(1).pdf)
- 22) Dawson, P. E. (2009). *Oclusión funcional: diseño de la sonrisa a partir de la ATM (Vol. 1 y 2)*. Missouri, EUA: Editorial Mosby.
- 23) Dentaltix . (s.f.). *3M ESPE* . Obtenido de EXPRESS 2 PUTTY SOFT KIT INTRO SILICONAS (2x30ml.+2x50ml.) IMPRESION - 3mespe: <https://www.dentaltix.com/3mespe/express-2-putty-soft-kit-intro-siliconas-2x30ml2x50ml-impresion>

- 24)Dezna, O. A., & Escobar, O. J. (15 de enero de 2015). *Revista Gastrohnup Año 2015 Volumen 17 Número 2* . Obtenido de Arcos parcialmente edéntulos en pacientes con requerimientos protésicos en una muestra poblacional en santiago de cali entre los años 2008-2014: [istoriayespacio.univalle.edu.co/index.php/gastrohnup/article/view/1392](http://istoriayespacio.univalle.edu.co/index.php/gastrohnup/article/view/1392)
- 25)Díaz Romeral Bautista , P., Lopez Sorro , E., Veny Ribas , T., & Orejas Pérez , J. (Marzo de 2007). *Cient. dent., Vol. 4*. Obtenido de Materiales y técnicas de impresión en prótesis fija dentosoportada.: <http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/cientifica/vol4-n1/revision%20bibliograficaMateriales.pdf>
- 26)Dra. Prado Bernal , N. Y., Dr. Ensalado Carrasco , E., & Dra. Prado Bernal , J. A. (2010). Manejo estomatológico del paciente en terapia con bifosfonatos. *Revista ADM vol. XVIII*, 16.
- 27)DRES. LEÓN SCHURMAN, A. B.-H. (2007 ). *Revista Argentina de osteologia* . Obtenido de Guías para diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteoporosis 2007: [http://www.osteoporosis.org.ar/pdf/SAO-guia2007-osteoporosis\\_org\\_ar.pdf](http://www.osteoporosis.org.ar/pdf/SAO-guia2007-osteoporosis_org_ar.pdf)
- 28)Espinoza , M., Pares , P., & Calzadilla Peñaloza , D. (12 de Noviembre de 2012). *Acta Odontológica Venezolana*. Obtenido de Uso del Plasma rico en plaquetas en el tratamiento de la Osteonecrosis Avascular en pacientes con administración de Bisfosfonato - Presentación de un caso: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art-15/>

- 29) Esquivel Hernández, R. I., & Jimenénez Férez, J. (febrero de 2008). *Odontología Actual*. Obtenido de El efecto de los dientes perdidos: <http://132.248.9.34/hevila/Odontologiaactual/2007-08/vol5/no58/7.pdf>
- 30) Facultad de odontología sede Bogotá Sistema de gestión de calidad en salud. (2013). *Universidad nacional de Colombia*. Obtenido de GUIA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN ORAL: [http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia\\_atencion\\_rehabilitacion\\_oral\\_abril\\_2013.pdf](http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_atencion_rehabilitacion_oral_abril_2013.pdf)
- 31) Fernández Ponce de León, Y., & Mendio Aquino, C. (19 de Marzo de 2011). *Rev Estomatol Herediana*. 2011. Obtenido de Evolución de los sistemas rotatorios en endodoncia: propiedades y diseño: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1729/1756>
- 32) Gaete B, M., Riveros R, N., & Cabargas, J. (07 de junio de 2003). *Revista Dental de Chile*. Obtenido de Dimensión Vertical Oclusal (DVO): Análisis de un método para su Determinación: [http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202003/PDFs\\_agosto\\_2003/Dimension%20Vertical%20Oclusal..%20.pdf](http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202003/PDFs_agosto_2003/Dimension%20Vertical%20Oclusal..%20.pdf)
- 33) García, S., & Rosas, Y. (Diciembre de 2015). *KIRU Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Marcos*. Obtenido de INMERSIÓN DE RAÍZ Y SELLADO ALVEOLAR CON INJERTO GINGIVAL LIBRE PARA LA PRESERVACIÓN DE REBORDE: [http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2015/Kiru\\_12-2\\_v\\_p69-73.pdf](http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2015/Kiru_12-2_v_p69-73.pdf)

- 34)García-Fajardo Palacios, C. (2007). *RCOE*. Obtenido de La oclusión como factor etiopatológico en los trastornos temporomandibulares: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v12n1-2/original1.pdf>
- 35)Giribone , J., & Catagnetto, P. (7 de marzo de 2013). *Odontoestomatología / Vol. XV. Nº 21* . Obtenido de Osteonecrosis de los maxilares inducida por bifosfonatos;lo que el ododntologo debe saber hoy: pautas y protocolos: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v15n21/v15n21a06.pdf>
- 36)Gómez Delgado , A., & Montero Aguilar , M. (2011). *Publicación Científica Facultad de Odontología • UCR* . Obtenido de Razones para la extracción de piezas dentales en la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/4767/4578>
- 37)Hernandez Reyna , J., & Aguilera Perez , J. (8 de diciembre de 2014). *Perinatologia y Reproduccion Humana*. Obtenido de Papel de los bifosfonatos en la osteonecrosis mandibular: [www.elsevier.es/rprh](http://www.elsevier.es/rprh)
- 38)Hoyos, J. A., Jaramillo, M. G., & Insuasty, E. G. (25 de nobiembre de 2016). *Universidad autonoma de manizales* . Obtenido de Manual para Prótesis Parcial Removible: <https://es.slideshare.net/alexandraaaaaaaaaa/manual-ppr>
- 39)J.Hernandez Reyna, J. A. (8 de diciembre de 2014). *Perinatologia y Reproduccion Humana* . Obtenido de Papel de los bifosfonatos en la osteonecrosis mandibular : [www.elsevier.es/rprh](http://www.elsevier.es/rprh)

- 40) Juan Alberto Aristizabal Hoyos, M. G. (2012). *UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES* . Obtenido de Manual para Protesis Parcial Removable :  
file:///C:/Users/User/Downloads/MANUAL%20PPR.pdf
- 41) Lara Téllez , L., Ochoa Tataje , J., Gaitán Velásquez , J., & Herrera Cisneros , M. (2008). *ODONTOLOGÍA SANMARQUINA*. Obtenido de Rehabilitación con coronas completas de metal-cerámica y prótesis parciales removibles convencionales:  
[http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3525/1/Odontologia\\_Sanmarquina\\_08v12n22009.PDF](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3525/1/Odontologia_Sanmarquina_08v12n22009.PDF)
- 42) Laura Quijada Gutierrez, I. Q. (mayo de 2016). *Medicina general y de familia* . Obtenido de Osteonecrosis mandibular secundaria a bifosfonatos : [www.elsevier.es/mgyf](http://www.elsevier.es/mgyf)
- 43) Longo, F. K. (2012). *HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA 18ª EDICION* . Mc Graw Hill .
- 44) Mahmoud Torabinejad, R. E. (2010). *EDODONCIA PRINCIPIOS Y PRATICA 4ª edicióñ* . Barcelona España : ELSEVIER.
- 45) Malkondu, O., Karapinar Kazandag, M., & Kazazoglu, E. (16 de Junio de 2014). *Hindawi Publishing Corporation, BioMed Research International*. Obtenido de A Review on Biodentine, a Contemporary Dentine Replacement and Repair Material.:  
<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/160951>

- 46) Manrique., J. M. (2010 ). *CADIME El Boletín Terapéutico Andaluz (BTA)* . Obtenido de Bifosfonatos: actualización sobre su seguridad: [www.cadime.es/docs/bta/CADIME\\_BTA2010\\_26\\_2.pdf](http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA2010_26_2.pdf)
- 47) Martínez Rodríguez , N., Rubio Alonso , L., Leco Berrocal , I., Barona Dorado , C., & Martínez Gonzáles , J. (2015 ). *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA*. Obtenido de Exodoncia en pacientes geriátricos con bifosfonatos: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852015000300007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300007)
- 48) Medina, A. (Agosto de 2010). *Avances en periodoncia*. Obtenido de Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v22n2/original2.pdf>
- 49) Miguel Padilla Rosas, A. G. (15 de diciembre de 2016). *Revista Mexicana de Periodontología* . Obtenido de osteonecrosis de los maxilares por ingesta de antirresortivos. Revision de la literatura : <file:///C:/Users/User/Downloads/mp163d.pdf>
- 50) Molin Thorén , M., & Gunne , J. (2013). *Protesis Removible*. Editorial AMOLCA.
- 51) Naranjo, J. (2008). *Dimensión Vertical: Mito o Realidad*. Quito, Ecuador .
- 52) Núñez , P. D., & García Bacallao , L. (9 de 2010). *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Obtenido de Bioquímica de la caries dental: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9n2/rhcm04210.pdf>

- 53) Pameshwar Hiremath, H., Yogesh S. Doshi, Siddayya Kulkarni, S., & Kumar Purbay, S. (2010). *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*. Obtenido de Endodontic Treatment in Submerged Roots: A Case Report : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3429969/pdf/joddd-4-64.pdf>
- 54) Rodríguez, O. (29 de Septiembre de 2014). *SlideShare*. Obtenido de Protesis parcial removible: <https://es.slideshare.net/orlandorochi/protesis-parcial-removible-39662884>
- 55) Rudys Rodolfo De Jesús, W. B. (junio de 1999). *Revista Odontológica Dominicana*. Obtenido de Reemplazo de dientes anteriores a través de prótesis parcial removible rotacional: [www.bvs.org.do/revistas/rod/1999/05/01/rod-1999-05-01-037-043.pdf](http://www.bvs.org.do/revistas/rod/1999/05/01/rod-1999-05-01-037-043.pdf)
- 56) Sartori, P., Rajcovich, G., Taborda, N., Saleme Daza, M., & Nally, C. (16 de diciembre de 2014). *Revista Argentina de radiología*. Obtenido de osteonecrosis del maxilar inferior por bifosfonatos. Presentación de caso : [www.elsevier.es/rar](http://www.elsevier.es/rar)
- 57) Segelnick, S. (2014). *Fármacos en odontología Guía de prescripción*. Mexico D.F : El Manual Moderno S.A.
- 58) Shillingburg, H. (2000). *Fundamentos esenciales en prótesis fija*. Editorial Quintessence S.L.

- 59) Sosa Henríquez , M., Gómez de Tejada Romero , M., Bagán , S., & Jódar Gimeno, E. (2009). *Rev Osteoporos Metab Miner*. Obtenido de Osteonecrosis de los maxilares: Documento de consenso: <http://www.redalyc.org/pdf/3609/360933648007.pdf>
- 60) Sucre F. , L. S. (2 de agosto de 2017). *Rehabilitación oral blog*. Obtenido de Clasificación de Kennedy: <https://rehabilitacionoralblog.wordpress.com/2017/08/02/clasificacion-de-kennedy/>
- 61) Sunyoung Choi , In-Sung Yeo , Sung- Hun , K., Jai- Bong , L., Chan Wook , C., & Jung- Sulk , H. (14 de Agosto de 2015). *Journal of periodontal & Implant Science* . Obtenido de A root submergence technique for pontic site development in fixed dental prostheses in the maxillary anterior esthetic zone : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556801/>
- 62) Telles, D. (2011). *Protesis Total convencional y sobre Implantes* . Sao Paulo: Santos Editora.
- 63) Uribe , F., Janakiraman, N., & Rivadeneira , N. (Mayo de 2012). *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. Obtenido de Interdisciplinary approach for increasing the vertical dimension of occlusion in an adult patient with several missing teeth: <file:///C:/Users/User/Downloads/uribe2013.pdf>
- 64) Velasco Ortega , E., Pato Mourelo , J., Lorrio Castro , J., Cruz Valiño , J., & Poyato Ferrera, M. (2007). *Avances en periodoncia* . Obtenido de El

tratamiento con implantes dentales postextracción:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852007000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852007000100004)

65)Vial Real , C. (2016). *Universidad de Santiago de Compostela* . Obtenido de Osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos :  
[file:///C:/Users/User/Downloads/rep\\_1316.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/rep_1316.pdf)

66)Villafuerte, D. R., Matias, D. E., Torres, D. F., Mazzini, D. W., & Sanchez, D. J. (marzo de 2016). *Revista científica Odontologia Dominic*. Obtenido de analisis de la prevalencia de la clasificacion de Kennedy en pacientes parcialmente edentulos.:  
<https://revistacientificauod.files.wordpress.com/2017/01/analisis-de-la-prevalencia-de-la-clasificacion-de-kennedy-en-pacientes-parcialmente-edentulos.pdf>

67)VOCO The Dentallists . (2015 ). ASNAANY. Obtenido de Meron - Set powder / liquid: <https://www.asnaany.com/consumables/meron-set-powder-liquid.html>

## ANEXOS

# UÍDE

Universidad Internacional del Ecuador

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD Y DE LA VIDA  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

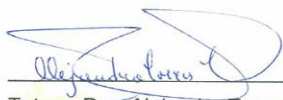
### CONCENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **Malla Escobar Carmen Dolores** con cedula de identidad N° **1102272059** autorizo a la estudiante Rosales Espinosa Elba Cristina para que pueda tomar fotografías, cintas de video o grabaciones de sonido de mi persona y que estas puedan ser copiadas y publicadas solo con fines académicos.



Malla Escobar Carmen Dolores

CI: 1102272059



Tutora: Dra. Alejandra Torres



Estudiante:

Elba Cristina Rosales E.

|                         |                  |         |                   |         |           |           |
|-------------------------|------------------|---------|-------------------|---------|-----------|-----------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO | COD. LOCALIZACIÓN |         |           | NUMERO DE |
| UIOE                    | Clínica #1       |         | PARROQUIA         | CANTÓN  | PROVINCIA | 9054      |
|                         |                  |         | San Rafael        | Rumiaco | Pichincha |           |

1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN

|                                                                 |                     |                           |                                 |                          |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| APELLIDO PATERNO                                                | APELLIDO MATERNO    | PRIMER NOMBRE             | SEGUNDO NOMBRE                  | No. CÉDULA DE CIUDADANÍA |
| Malla                                                           | Escobar             | Carleen                   | Doñales                         | 1102272059               |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y No. - MANZANA Y CASA) |                     | BARRIO                    | PARROQUIA                       | CANTÓN                   |
| Chilcoalla benaventura G6                                       |                     | Benaventura               | Quito                           | Pichincha                |
| No. DE TELÉFONO                                                 |                     |                           |                                 |                          |
| 1590832609                                                      |                     |                           |                                 |                          |
| FECHA DE NACIMIENTO                                             | LUGAR DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD (PAÍS)       | GRUPO CULTURAL                  | EDAD AÑOS CUMPLIDOS      |
| 19/01/69                                                        | Loja                | Ecuatoriana               |                                 | 57                       |
| SEXO                                                            | ESTADO CIVIL        |                           | INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO |                          |
| M F                                                             | SOL CAS DIV VIU U-L |                           |                                 |                          |
|                                                                 | X X                 |                           |                                 |                          |
| FECHA DE ADMISIÓN                                               | OCCUPACIÓN          | EMPRESA DONDE TRABAJA     | TIPO DE SEGURO DE SALUD         | REFERIDO DE              |
| 06/07/16                                                        | Operarios           |                           | IESS                            |                          |
| EN CASO NECESARIO LLAMAR A                                      | PARENTESCO AFINIDAD | DIRECCIÓN                 | No. DE TELÉFONO                 |                          |
| Hol Simancas                                                    | hija                | Chilcoalla benaventura G6 | 0990832465                      |                          |

CODIGO U=URBANA R=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLTERO CAS=CASADO DIV=DIVORCIADO VIU=VIUJO U-L=UNIÓN LIBRE

ADMISIONISTA

CÓDIGO

AUTORIZACIÓN

FECHA: 06 de Julio del 2016

YO: Carleen Malla Escobar con C.I. No. 1102272059.

En conocimiento que la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza especialistas y estudiantes.

Se me ha expresado adecuadamente las actividades esenciales que se realizarán sobre el tratamiento de mis problemas bucales.

AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.

NOMBRE DEL PACIENTE:

Carleen Malla Escobar

FIRMA DEL PACIENTE:

*Carleen Malla Escobar*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Cristina Rosales

NOMBRE DEL TUTOR:

Dra. Cristina Costa

FIRMA DEL TUTOR:

*Cristina Costa*

|                 |  |        |  |          |  |            |      |                     |
|-----------------|--|--------|--|----------|--|------------|------|---------------------|
| ESTABLECIMIENTO |  | NOMBRE |  | APELLIDO |  | SEXO (M/F) | EDAD | Nº HISTORIA CLÍNICA |
| ULDE            |  | Carmen |  | Escobar  |  | F          | 57   |                     |

|                |          |                     |                       |                       |            |            |               |            |
|----------------|----------|---------------------|-----------------------|-----------------------|------------|------------|---------------|------------|
| MEJOR DE 1 AÑO | 1-4 AÑOS | 5-9 AÑOS PROGRAMADO | 10-14 AÑOS PROGRAMADO | 15-19 AÑOS PROGRAMADO | 20-24 AÑOS | 25-29 AÑOS | 30 AÑOS O MÁS | EMBARAZADA |
|                |          |                     |                       |                       |            |            |               | X          |

**1 MOTIVO DE CONSULTA** ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORME  
 "Cheques" "quiero una placa nueva"

**2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL** REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS PRECOCES, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL  
 Paciente acude a consulta refiriendo que presenta un prótesis removible con de ya hace mucho tiempo

**3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**  

|                        |                      |                 |             |                  |         |             |                  |                  |          |
|------------------------|----------------------|-----------------|-------------|------------------|---------|-------------|------------------|------------------|----------|
| 1. ALERGIA ANTIBIOTICO | 2. ALERGIA ANESTESIA | 3. HEMO PRAGIAS | 4. VIHUSIDA | 5. TUBER CULOSIS | 6. ASMA | 7. DIABETES | 8. HIPER TENSION | 9. ENF. CARDIACA | 10. OTRO |
|------------------------|----------------------|-----------------|-------------|------------------|---------|-------------|------------------|------------------|----------|

10: Osteoporosis = b. fosforato + calcio por 5 años  
 Madre: hipertensión

**4 SIGNOS VITALES**  

|                  |                     |             |              |
|------------------|---------------------|-------------|--------------|
| PRESION ARTERIAL | FRECUENCIA CARDIACA | TEMPERATURA | F. RESPIRAT. |
| 118/82           | 80                  | 36.5        | 16           |

**5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO** DESCRIBIR AFUERA 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. Estomatitis protésica

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

**7 INDICADORES DE SALUD BUCAL**  

| HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA |    |         |         |            |      |
|---------------------------|----|---------|---------|------------|------|
| PIEZAS DENTALES           |    | PLACA   | CÁLCULO | GINGIVITIS |      |
|                           |    | 0-1-2-3 | 0-1-2-3 | 0-1        |      |
| 16                        | 17 | X       | 55      | 2          | 1    |
| 11                        | 21 |         | 51      |            | 0    |
| 26                        | 27 | X       | 85      | 2          | 0    |
| 36                        | 37 | X       | 75      | 1          | 1    |
| 31                        | 41 |         | 71      | 2          | 0    |
| 46                        | 47 | X       | 85      | 2          | 0    |
| TOTALES                   |    |         |         | 15         | 0.33 |

| ENFERMEDAD PERIODONTAL | MAL OCLUSIÓN | FLUOROSIS |
|------------------------|--------------|-----------|
| LEVE                   | ANGLE I      | LEVE      |
| MODERADA               | ANGLE II     | MODERADA  |
| SEVERA                 | ANGLE III    | SEVERA    |

**8 INDICES CPO-ceo**  

| C | P | O | TOTAL |
|---|---|---|-------|
| 8 | 9 | 8 | 25    |
| c | p | o | TOTAL |
|   |   |   |       |

**9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA**  

|                                      |                        |                  |
|--------------------------------------|------------------------|------------------|
| * <sub>123</sub> SELLANTE NECESARIO  | ⊙ PÉRDIDA (OTRA CAUSA) | = PRÓTESIS TOTAL |
| * <sub>456</sub> SELLANTE REALIZADO  | △ ENDODONCIA           | ⊞ CORONA         |
| X <sub>789</sub> EXTRACCIÓN INDICADA | □ PRÓTESIS Fija        | ○ OBTURADO       |
| X <sub>987</sub> PERDIDA POR CARIES  | (—) PRÓTESIS REMOVIBLE | ○ rojo CARIES    |

| 10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL |                   |         |       |  |
|-----------------------------------------------------|-------------------|---------|-------|--|
| BIOMETRÍA                                           | QUÍMICA SANGÜÍNEA | RAYOS-X | OTROS |  |
| 1. Educación y Motivación                           |                   |         |       |  |
| 2. Profilaxis                                       |                   |         |       |  |
| 3. Operación                                        |                   |         |       |  |

| 11 DIAGNÓSTICO |                             | PRE PRESUNTIVO | CIE | PRE DEF | CIE | PRE DEF |
|----------------|-----------------------------|----------------|-----|---------|-----|---------|
| 1              | Enf gingival ind. por placa | K05.0          |     | 3       |     |         |
| 2              |                             |                |     | 4       |     |         |

| FECHA DE APERTURA | FECHA DE CONTROL | PROFESIONAL | FIRMA | NÚMERO DE HOJA |
|-------------------|------------------|-------------|-------|----------------|
|                   |                  |             |       |                |

| 12 TRATAMIENTO |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|
|----------------|--|--|--|--|

| SESIÓN Y FECHA             | DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES                        | PROCEDIMIENTOS                                                                              | PRESCRIPCIONES | CÓDIGO Y FIRMA  |
|----------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| SESIÓN 1<br>FECHA 6/7/2018 | Enf gingival inducida por placa<br>Bacteriemia K05.0 | Profilaxis                                                                                  |                | CÓDIGO<br>FIRMA |
| SESIÓN 2<br>FECHA 11/11/18 | Necrosis pulpar K04.1                                | Diente tratado por insensibilización                                                        |                | CÓDIGO<br>FIRMA |
| SESIÓN 3<br>FECHA 13-01-17 | Caries en dentina dientes # 31-32                    | Restauración y colocación de londrero en dientes # 31-32<br>Uniónido Ca # 32                |                | CÓDIGO<br>FIRMA |
| SESIÓN 4<br>FECHA 20/01/17 | Caries en dentina dientes # 31-32                    | Restauración simple 32<br>Restauración completa 31                                          |                | CÓDIGO<br>FIRMA |
| SESIÓN 5<br>FECHA 31/01/17 | Caries en dentina K04.2 # 4.2                        | Restauración completa # 4.2                                                                 |                | CÓDIGO<br>FIRMA |
| SESIÓN 6<br>FECHA 4/02/17  | Edentulismo parcial Superficie                       | Colocación de alfiler en prótesis Acrylica de la paciente y toma de impresiones de arcadas. |                | CÓDIGO<br>FIRMA |
| SESIÓN 7<br>FECHA 13/02/17 | Necrosis pulpar                                      | Acceso Torres Apicales                                                                      |                | CÓDIGO<br>FIRMA |
| SESIÓN 8<br>FECHA 13/02/17 | Necrosis pulpar                                      | Instrumentación Conductos                                                                   |                | CÓDIGO<br>FIRMA |
| SESIÓN 9<br>FECHA 20/03/17 | NECROSIS PULPAR                                      | Instrumentación de conductos                                                                |                | CÓDIGO<br>FIRMA |

SNS-MSP / HCU-form.033 / 2008

ODONTOLOGÍA (2)

| SESION Y FECHA |          | DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES | PROCEDIMIENTOS               | PRESCRIPCIONES | CODIGO Y FIRMA |                                                                                       |
|----------------|----------|------------------------------|------------------------------|----------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| SESION         | 10       | Caries en                    | Restauracion                 |                | CODIGO         |                                                                                       |
| FECHA          |          | esmalte # 37                 | simple.                      |                | FIRMA          |                                                                                       |
|                | 11/04/17 | Mesial                       |                              |                |                |    |
| SESION         | 11       | Caries en dentina            | Preparacion para             |                | CODIGO         |                                                                                       |
| FECHA          |          | # 36                         | incrustacion y colocacion    |                | FIRMA          |                                                                                       |
|                | 18/04/17 |                              | de provisional.              |                |                |    |
| SESION         | 12       | caries sub gingival          | Alargamiento de              |                | CODIGO         |                                                                                       |
| FECHA          |          |                              | corona # 36.                 |                | FIRMA          |                                                                                       |
|                | 18/04/17 |                              |                              |                |                |    |
| SESION         | 13       | Fractura dental              | Alargamiento de              |                | CODIGO         |                                                                                       |
| FECHA          |          |                              | corona # 1,2 # 1,5           |                | FIRMA          |                                                                                       |
|                | 11/05/17 |                              |                              |                |                |                                                                                       |
| SESION         | 14       |                              | Necropulpectomia             |                | CODIGO         |                                                                                       |
| FECHA          |          | Necrosis pulpar              | Acceso / dt, Instrumentacion |                | FIRMA          |                                                                                       |
|                | 27/05/17 |                              | operacion # 1,2.             |                |                |  |
| SESION         | 15       | Tercer Molar                 | Extraccion                   |                | CODIGO         |                                                                                       |
| FECHA          |          | # 48 con caries              |                              |                | FIRMA          |                                                                                       |
|                | 25/05/17 |                              |                              |                |                |  |
| SESION         | 16       | Caries en dentina            | Restauracion simple.         |                | CODIGO         |                                                                                       |
| FECHA          |          |                              | # 2,3                        |                | FIRMA          |                                                                                       |
|                | 13/06/17 |                              |                              |                |                |  |

ODONTOLOGIA (3)

| SESION Y FECHA |          | DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES | PROCEDIMIENTOS             | PRESCRIPCIONES | CODIGO Y FIRMA |  |
|----------------|----------|------------------------------|----------------------------|----------------|----------------|--|
| SESION         | 17       | Caries supra y sub           | Raspado Radicular          |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          | gingival                     |                            |                | FIRMA          |  |
|                | 15/06/17 |                              |                            |                |                |  |
| SESION         | 18       | Necrosis pulpar              | Necropulpectomia           |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          | #15 Koy. 9                   | #15.                       |                | FIRMA          |  |
|                |          |                              |                            |                |                |  |
| SESION         | 19       | Caries en esmalte y          | Toma de impresiones        |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          | dentina                      | para coronas/ lustramiento |                | FIRMA          |  |
|                | 22/8/17  |                              | de mandibula.              |                |                |  |
| SESION         | 20       | Caries en esmalte y          | Toma de impresiones        |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          | dentina                      | para inyección             |                | FIRMA          |  |
|                | 23/8/17  |                              | registro de moldes         |                |                |  |
| SESION         | 21       | Impresión de                 | para luna y                |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          | Arco de                      | pesada.                    |                | FIRMA          |  |
|                | 13/11/17 |                              |                            |                |                |  |
| SESION         | 22       | <del>Caries</del> Caries en  | Cementación coronas        |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          | esmalte y dentina            | # 1,3 # 2,3 # 2,4          |                | FIRMA          |  |
|                | 20/11/17 | perdida de dimension         | #6                         |                |                |  |
|                |          |                              | inyección # 36.            |                |                |  |
| SESION         | 23       | Edentulo parcial             | Toma de impresiones        |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          |                              | para protesis parcial      |                | FIRMA          |  |
|                | 27/11/17 |                              | removible.                 |                |                |  |

ODONTOLOGÍA (4)

| SESIÓN Y FECHA |          | DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES | PROCEDIMIENTOS                                      | PRESCRIPCIONES | CODIGO Y FIRMA |  |
|----------------|----------|------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------|----------------|--|
| SESIÓN         | 10       | <del>Edentulo total</del>    | prueba del Esqueleto de la prótesis                 |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          | <del>Edentulo</del>          |                                                     |                | FIRMA          |  |
|                | 5/12/17  | Edentulo parcial.            |                                                     |                |                |  |
| SESIÓN         | 11       | Edentulo parcial             | prueba dientes en ceras de la PPR.                  |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          | prueba dientes en cera.      |                                                     |                | FIRMA          |  |
|                | 12/12/17 |                              |                                                     |                |                |  |
| SESIÓN         | 12       | Edentulo parcial.            | Nueva prueba de enfilado de dientes de PPR en cera. |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          |                              |                                                     |                | FIRMA          |  |
|                | 13/12/17 |                              |                                                     |                |                |  |
| SESIÓN         | 13       | Edentulo parcial.            | colocación de prótesis                              |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          |                              |                                                     |                | FIRMA          |  |
|                | 03/01/18 |                              |                                                     |                |                |  |
| SESIÓN         | 14       | Edentulo Parcial             | control de oclusión de prótesis a los 8 días.       |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          |                              |                                                     |                | FIRMA          |  |
|                | 01/01/18 |                              |                                                     |                |                |  |
| SESIÓN         | 15       |                              |                                                     |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          |                              |                                                     |                | FIRMA          |  |
|                |          |                              |                                                     |                |                |  |
| SESIÓN         | 16       |                              |                                                     |                | CODIGO         |  |
| FECHA          |          |                              |                                                     |                | FIRMA          |  |
|                |          |                              |                                                     |                |                |  |

ODONTOLOGÍA (3)



**HISTORIA CLÍNICA**

| FECHA    | SESIÓN No. | FACTURA No. | MATERIAL                                                                      | AUTORIZACIÓN MATERIAL | SALA DE MATERIALES |
|----------|------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| 6/3/16   | 1          |             | Pasta<br>Hilo<br>Revelador<br>Piedra pómez                                    |                       |                    |
| 10/7/16  | 2          | 5892        | Darbylin<br>ácido de zinc<br>eugenol<br>hipoclorito                           |                       |                    |
| 13/10/17 | 3          | 6557        | Resinas<br>Ácido<br>Adhesivo<br>microbrush<br>Lampara<br>Curexcelina          |                       |                    |
| 17/10/17 | 4          | 6557        | Resinas<br>Ácido<br>Adhesivo<br>microbrush<br>Lampara<br>Curexcelina          |                       |                    |
| 31/12/17 | 5          |             | Ionomeo de foto<br>Resina<br>Ácido<br>Adhesivo<br>Lampara<br>Curexcelina      |                       |                    |
| 13/02/17 | 6          | 7281        | Agua, Anestésico<br>Dique<br>Espanija<br>Succo<br>Hipoclorito / ácido de zinc |                       |                    |
| 13/03/17 | 7          | 7281        | Agua, Anestésico<br>Dique / Espanija<br>Succo / Hipoclorito                   |                       |                    |
| 20/03/17 | 8          | 7281        | Agua / Anestésico<br>Dique / Espanija<br>Hipoclorito<br>Canas gutapercha      |                       |                    |
| 10/4/17  | 9          | 8327        | Resinas<br>Ácido/adhesivo / microbrush<br>Lampara / ionomeo de video          |                       |                    |
| 13/4/17  | 10         | 8397        | Anestésico Agua colta<br>Gases / succo gomas<br>bisturi                       |                       |                    |
| 10/4/17  | 1          | 8421        | ACILICO                                                                       |                       |                    |

ODONTOLOGÍA (6)

**HISTORIA CLÍNICA**

| FECHA    | SESIÓN No. | FACTURA No.             | MATERIAL                                                                   | AUTORIZACIÓN MATERIAL | SALA DE MATERIALES                |
|----------|------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 08/05/17 | 12         | 8999                    | Dique / Anestésico / Aguja<br>Hipo / Suelo<br>Esponjas / óxido de zinc.    |                       | ENTREGADO<br>08 MAY 2017          |
| 11/5/17  | 13         | 9132                    | Anestésico bisturi<br>Gases Aguja Suelo.<br>Hilo de sutura.                |                       | ENTREGADO<br>FIRMA<br>11 MAY 2017 |
| 22/5/17  | 14         | 9440                    | Anestesia / Aguja<br>Dique esponjas / Hipo /<br>Suelo /                    |                       | ENTREGADO<br>22 MAY 2017          |
| 25/5/17  | 15         |                         | Anestésico Aguja / Dique<br>con vaso<br>bisturi / Suelo<br>Gases / sutura. |                       | ENTREGADO<br>25 MAY 2017          |
| 8/6/17   | 16         | 9867                    | Bisturi / Gases<br>suelo gencivas.                                         |                       | ENTREGADO<br>08 JUN 2017          |
| 13/6/17  | 17         | <del>9867</del><br>9979 | Dique Anestésico / Aguja.<br>Resina A2 A3 Acido /<br>Adhesivo.             |                       | ENTREGADO<br>FIRMA<br>13 JUN 2017 |
| 19/6/17  | 18         | 10164                   | Dique Aguja / Hipo / Suelo<br>esponjas / óxido de zinc.                    |                       | ENTREGADO<br>FIRMA<br>19 JUN 2017 |
| 22/6/17  | 19         | 12002                   | Pasta Adhisan / Luviana / pesado<br>Hilo retractor / Alginato / yeso       |                       | ENTREGADO<br>FIRMA<br>22 JUN 2017 |
| 27/6/17  | 20         | 8921                    | Pasta Adhisan / Luviana<br>pesado Hilo retractor<br>pasta condensacion     |                       | ENTREGADO<br>FIRMA<br>27 JUN 2017 |
| 29/6/17  | 21         | 120914                  | Pasta Adhisan / pesada /<br>Luviana / Hilo retractor                       |                       | ENTREGADO<br>FIRMA<br>29 JUN 2017 |
| 01/07/17 | 22         | 120914                  | Acilico Liquido / Polio<br>Temblon Vaseline.                               |                       | ENTREGADO<br>FIRMA<br>01 JUL 2017 |

ODONTOLOGÍA (7)

**HISTORIA CLÍNICA**

| FECHA    | SESIÓN No. | FACTURA No.  | MATERIAL                                                                                          | AUTORIZACIÓN MATERIAL | SALA DE MATERIALES |
|----------|------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| 23/10/17 | 18         | 12002        | pastilla condensación,<br>acético 65 pólio y trauro<br>temash                                     |                       |                    |
| 23/10/17 | 18         | 9775         | Resina 33 / Acido Adhesivo<br>Microbrush / Drape / Lempala<br>presesco / Aqua                     |                       |                    |
| 30/10/17 | 19         | 0327         | Pasta condensación<br>acético 65 Lgado / pólio<br>Microbrush temash.                              |                       |                    |
| 01/11/17 |            | 368          | Ladona / pasta de resina<br>Aire nabo                                                             |                       |                    |
| 12/11/17 |            | 13718        | pasta de condensación                                                                             |                       |                    |
| 20/11/17 |            | 0421<br>1302 | Moran / Cerec xalina<br>Arenacize<br>Cemento dual / Acido Adhesivo<br>Microbrush / Aqua / Lempala |                       |                    |
| 27/11/17 |            | 14113        | Alginato yeso extra dles                                                                          |                       |                    |
|          |            |              |                                                                                                   |                       |                    |
|          |            |              |                                                                                                   |                       |                    |
|          |            |              |                                                                                                   |                       |                    |
|          |            |              |                                                                                                   |                       |                    |

ODONTOLOGÍA (8)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|                         |                  |               |                   |        |                          |                            |
|-------------------------|------------------|---------------|-------------------|--------|--------------------------|----------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO       | COD. LOCALIZACIÓN |        |                          | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA |
|                         |                  |               | PARRAQUA          | CANTÓN | PROVINCIA                |                            |
| APELLIDO PATERNO        | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE    |        | No. CÉDULA DE CIUDADANÍA |                            |
| Malla                   | Escobar          | Calmen        | Dolores           |        |                          |                            |

Toda la información entregada por los profesionales al paciente se hará en el ámbito de la confidencialidad.

**1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO**

|                               |                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| PROPOSITOS                    | TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS |
| Eliminar tejido infectado #37 | Restauración Simple                 |
| RESULTADOS ESPERADOS          | RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS  |
| eliminar ranson y anatomia    | fractura, filtración, sensibilidad. |

|                                 |                |          |        |       |
|---------------------------------|----------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE | ESPECIALIDAD   | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
| Dra Betancourt                  | Rehabilitación |          |        |       |

**2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| PROPOSITOS           | INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS |
|                      |                                       |
| RESULTADOS ESPERADOS | RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS |
|                      |                                       |

|                     |              |          |        |       |
|---------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL CIRUJANO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                     |              |          |        |       |

**3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA**

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| PROPOSITOS           | ANESTESIA PROPUESTA                   |
|                      |                                       |
| RESULTADOS ESPERADOS | RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS |
|                      |                                       |

|                          |              |          |        |       |
|--------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                          |              |          |        |       |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| A | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                         | FIRMAS DEL PACIENTE |
| B | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD                                                                                                                                           |                     |
| C | CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                                |                     |
| D | CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA                                                                                                                                                                                                                                |                     |
| E | HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS                                                                                                                                                   |                     |
| F | HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                   |                     |
| G | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)                                                                                       |                     |
| H | HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO                                                                                                                                                              |                     |
| I | DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO. |                     |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO |              |          |        |       |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                    | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |       |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|                                        |                                         |               |                   |           |                          |                                            |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|-------------------|-----------|--------------------------|--------------------------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA<br><b>UIDE</b> | UNIDAD OPERATIVA<br><b>Clinica uide</b> | COD. UO       | COD. LOCALIZACIÓN |           |                          | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA<br><b>91054</b> |
|                                        |                                         | PARROQUIA     | CANTÓN            | PROVINCIA |                          |                                            |
| APELLIDO PATERNO                       | APELLIDO MATERNO                        | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE    |           | No. CÉDULA DE CIUDADANÍA |                                            |
|                                        |                                         |               |                   |           |                          |                                            |

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

|                                                                                  |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO</b> |                                                                         |
| PROPOSITOS<br><b>Eliminar todo tejido cariado</b>                                | TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS<br><b>Restauración completa 3.1</b> |
| RESULTADOS ESPERADOS<br><b>Eliminar Fisión y Anatomía</b>                        | RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS<br><b>Restauración simple 3.2</b>    |
| <b>a los alientes 3.1 y 3.2.</b>                                                 | <b>Filtraciones, flaccidez, sensibilidad</b>                            |

|                                                                |                                    |          |        |           |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------|--------|-----------|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE<br><b>Dra. Eliana Carabias</b> | ESPECIALIDAD<br><b>Odontología</b> | TÉLEFONO | CÓDIGO | FIRMA<br> |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------|--------|-----------|

|                                                                                  |                                       |          |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------|--------|-------|
| <b>2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b> |                                       |          |        |       |
| PROPOSITOS                                                                       | INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS                                                             | RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS |          |        |       |
| NOMBRE DEL CIRUJANO                                                              | ESPECIALIDAD                          | TÉLEFONO | CÓDIGO | FIRMA |

|                                                                         |                                       |          |        |       |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------|--------|-------|
| <b>3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA</b> |                                       |          |        |       |
| PROPOSITOS                                                              | ANESTESIA PROPUESTA                   |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS                                                    | RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS |          |        |       |
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO                                                | ESPECIALIDAD                          | TÉLEFONO | CÓDIGO | FIRMA |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FIRMAS DEL PACIENTE   |
| A                                            | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                         | <b>0112242059</b><br> |
| B                                            | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD                                                                                                                                           |                       |
| C                                            | CONSENTIO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                                | <b>0112242059</b><br> |
| D                                            | CONSENTIO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA                                                                                                                                                                                                                                |                       |
| E                                            | HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS                                                                                                                                                   | <b>0112242059</b><br> |
| F                                            | HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                   |                       |
| G                                            | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)                                                                                       | <b>0112242059</b><br> |
| H                                            | HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO                                                                                                                                                              |                       |
| I                                            | DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENDE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO. |                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| <b>5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE</b>                                                                                                                                                                                                               |              |          |        |       |
| COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO |              |          |        |       |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                    | ESPECIALIDAD | TÉLEFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |       |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|                         |                  |               |                   |        |           |                            |
|-------------------------|------------------|---------------|-------------------|--------|-----------|----------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO       | COD. LOCALIZACIÓN |        |           | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA |
| UIDE                    | Clínica UIDE     |               | PARRQUA           | CANTÓN | PROVINCIA |                            |
| APELLIDO PATERNO        | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE    |        |           | No. CÉDULA DE CIUDADANÍA   |
| Malla                   | Escalante        | Carmen        | Dobres            |        |           | 11 029 72009               |

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

**1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO**

|                                          |                                     |          |        |         |
|------------------------------------------|-------------------------------------|----------|--------|---------|
| PROPOSITOS                               | TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS |          |        |         |
| Eliminar tejido infectado                | Restauración compuesta              |          |        |         |
| RESULTADOS ESPERADOS                     | RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS  |          |        |         |
| Devolver función y estética al diente 24 | Fluores, Fisiología, sensibilidad   |          |        |         |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE          | ESPECIALIDAD                        | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA   |
|                                          |                                     |          |        | [Firma] |

**2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

|                      |                                       |          |        |       |
|----------------------|---------------------------------------|----------|--------|-------|
| PROPOSITOS           | INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS |          |        |       |
|                      |                                       |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS | RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS |          |        |       |
|                      |                                       |          |        |       |
| NOMBRE DEL CIRUJANO  | ESPECIALIDAD                          | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                      |                                       |          |        |       |

**3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA**

|                          |                                       |          |        |       |
|--------------------------|---------------------------------------|----------|--------|-------|
| PROPOSITOS               | ANESTESIA PROPUESTA                   |          |        |       |
|                          |                                       |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS     | RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS |          |        |       |
|                          |                                       |          |        |       |
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO | ESPECIALIDAD                          | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                          |                                       |          |        |       |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| A | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                         | FIRMAS DEL PACIENTE |
| B | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD                                                                                                                                           |                     |
| C | CONSENSO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                                 | [Firma]             |
| D | CONSENSO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA                                                                                                                                                                                                                                 |                     |
| E | HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS                                                                                                                                                   | [Firma]             |
| F | HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                   |                     |
| G | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)                                                                                       | [Firma]             |
| H | HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO                                                                                                                                                              |                     |
| I | DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO. | [Firma]             |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO |              |          |        |       |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                    | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |       |

FORMULARIO UIDE-CEO-016

**UIDE**  
Universidad Internacional del Ecuador  
**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR**  
**CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

**HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA**

Historia Clínica No. 9054

Nombre del paciente: Caemen Malla

Diente: .....

Fecha: 13/09/2017

Estudiante: Cristina Rosales

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

Fractura del diente

**ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA**

Osteoporosis

**EXAMEN FÍSICO**

**Examen Extraoral:**

Normal..... X

Tumefacción.....

Fiebre.....

Linfadenopatía.....

Fistula.....

ATM.....

**Examen Intraoral:**

X Mucosas y Encías

Normal..... X

Afectada.....

Edema.....

Duro.....

Blando.....

\*Diente

Integro.....

Restaurado.....

Caries.....

Fractura..... X

\*Percusión Vertical

Positiva.....

Negativa..... X

\*Pruebas Térmicas:

Frío: Positivo.....

Negativo..... X

Calor: Positivo.....

Negativo..... X

\*Exámenes Complementarios:

RX: Espacio periodontal engrosado..... X

Radio lucidez: Circunscrita.....

Difusa.....

FORMULARIO UIDE-CEO-001

# DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Nerosis pulpar

## TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA ..... NECROPULPECTOMIA I ..... X ..... NECROPULPECTOMIA II .....  
OTRO.....

| GRUPO DENTAL | CONDUCTOS       | CONDUCTOMETRÍA |            | REFERENCIA   | LIMA APICAL MAESTRA | TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN | MEDICACIÓN INTRACONDUCTO |
|--------------|-----------------|----------------|------------|--------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|
|              |                 | TENTATIVA      | DEFINITIVA |              |                     |                            |                          |
| ANTERIOR     | UNICO           |                |            |              |                     |                            |                          |
| PRE-MOLAR    | SUPERIOR        |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | V               |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | P               |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | INFERIOR        |                |            |              |                     |                            |                          |
| MOLAR        | UNICO           |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | SUPERIOR        |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | MV              |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | MP              |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | DV              |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | P               |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | INFERIOR        |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | MV              | 21             | 20         | Cuspide MV   | 35                  |                            |                          |
|              | ML              | 16             | 16         | Cuspide MV   | 35                  |                            |                          |
|              | D               | 25             | 23         | Pared distal |                     |                            |                          |
|              | Conducto en "C" |                |            |              |                     |                            |                          |

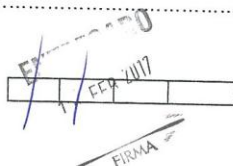
## MEDICACION SISTÉMICA

## EVOLUCIÓN

| FECHA    | ACCIÓN CLÍNICA           | FIRMA TUTOR |
|----------|--------------------------|-------------|
| 13/03/17 | Acceso y toques apicales |             |
| 13/03/17 | Instrumentación          |             |
| 20/03/17 | Obturbación              |             |

## RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

USO DE RADIOGRAFIAS

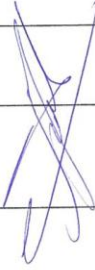


FORMULARIO UIDE-CEO-001

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE NECROPULPECTOMIA

**PRIMERA CITA:**

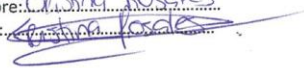
| FECHA   | No. | PASO CLINICO                                                                                                                                                                                                                      | FIRMA                                                                               |
|---------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 13/2/17 | 1   | Diagnóstico Clínico y Radiográfico completo.                                                                                                                                                                                      |  |
| 13/2/17 | 2   | Anestesia del diente a tratar<br>Aislamiento del campo operatorio<br>Apertura de la cámara pulpar.                                                                                                                                |                                                                                     |
| 13/2/17 | 3   | Vaciamiento de la mayor cantidad de tejido pulpar necrótico utilizando la técnica de instrumentación CORONO APICAL.<br>Irrigación profusa con Hipoclorito de Sodio al 2,25% hasta eliminar la mayor cantidad de tejido necrosado. |                                                                                     |
| 13/2/17 | 4   | Determinación de Longitud de Trabajo<br>Y medicación con Hidróxido de Calcio Puro.<br>Medicación sistémica con AINES y con Antibióticos si se tratara de casos Agudos o reagudizados.                                             |                                                                                     |

**SEGUNDA CITA:**

| FECHA    | No. | PASO CLINICO                                                                                                                                              | FIRMA                                                                                 |
|----------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 13/03/17 | 1   | Diagnóstico Clínico y Radiográfico completo<br>Anestesia del diente a tratar<br>Aislamiento del campo operatorio<br>Apertura de la cámara pulpar.         |   |
| 13/03/17 | 2   | Eliminación del hidróxido de Calcio con abundante irrigación<br>Retomamos la instrumentación<br>Irrigación profusa<br>Cronometría y control radiográfico. |                                                                                       |
| 20/03/17 | 3   | Secado de los conductos<br>Obturación con técnica lateral<br>Control radiográfico penacho<br>Cortamos el exceso de gutapercha.                            |  |
| 20/03/17 | 4   | Colocación de Ionómero de Vidrio en la entrada de los conductos<br>Colocación de Cemento sellador Provisional.                                            |                                                                                       |
| 20/03/17 | 5   | Radiografía final de control<br>Medicación sistémica con AINES<br>Remisión a rehabilitación Oral                                                          |                                                                                       |

Recibí el trabajo a entera satisfacción

  
Firma del Paciente  
C.I.

Estudiante  
Nombre: Cristina Rosales  
Firma: 

Tutor  
Nombre: Da Soledad Rosal Henríquez  
Firma: 

FORMULARIO UIDE-CEO-024

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|                                        |                                         |               |                                                 |                          |                            |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA<br><b>UIDE</b> | UNIDAD OPERATIVA<br><b>Clínica UIDE</b> | COD. UO       | COD. LOCALIZACIÓN<br>PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA |                          | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA |
| APELLIDO PATERNO                       | APELLIDO MATERNO                        | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                                  | No. CÉDULA DE CIUDADANÍA |                            |

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

**1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO**

|                                                           |                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROPOSITOS<br><b>Eliminar tejido necrótico</b>            | TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS<br><b>Necrosectomía</b>                                           |
| RESULTADOS ESPERADOS<br><b>dejar en función al diente</b> | RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS<br><b>Fractura, dolor instrumental, sobredentación, infección.</b> |

|                                                                         |              |          |        |       |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE<br><b>Dra. Soledad Romero Embabrita</b> | ESPECIALIDAD | TÉLEFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|-------|

**2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| PROPOSITOS           | INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROPUESTA     |
| RESULTADOS ESPERADOS | RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS |

|                     |              |          |        |       |
|---------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL CIRUJANO | ESPECIALIDAD | TÉLEFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|---------------------|--------------|----------|--------|-------|

**3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA**

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| PROPOSITOS           | ANESTESIA PROPUESTA                   |
| RESULTADOS ESPERADOS | RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS |

|                          |              |          |        |       |
|--------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO | ESPECIALIDAD | TÉLEFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|--------------------------|--------------|----------|--------|-------|

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                         | FIRMAS DEL PACIENTE |
| B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD                                                                                                                                           |                     |
| C CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                                   |                     |
| D CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA                                                                                                                                                                                                                                 |                     |
| E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS                                                                                                                                                   |                     |
| F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                   |                     |
| G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)                                                                                       |                     |
| H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO                                                                                                                                                              |                     |
| I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO. |                     |

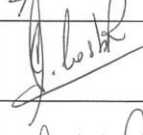
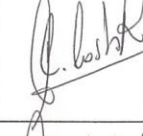
**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO |              |          |        |       |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                    | ESPECIALIDAD | TÉLEFONO | CÓDIGO | FIRMA |

FORMULARIO UIDE-CEO-016

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE ALARGAMIENTO DE CORONA

| FECHA    | No. | PASO CLINICO                                                                                                                                                                                                 | FIRMA                                                                                 |
|----------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 13/04/17 | 1   | Radiografía Periapical.<br>Análisis Radiográfico<br>Análisis Clínico.<br>Diagnóstico.<br>Exámenes clínicos (biometría hemática, química sanguínea).                                                          |    |
| 13/04/17 | 2   | Asepsia y antisepsia más colocación de campos operatorios<br>Preparación de mesas de trabajo (insumos e instrumental).<br>Desinfección de la cavidad bucal.                                                  |    |
| 13/04/17 | 3   | Técnica de Anestesia local.<br>Tipo de Incisión en el sitio a intervenir.<br>Gingivectomía (retiro de collar de encía).<br>Levantamiento de colgajo mucoperiostico.<br>Osteotomía y osteoplastia.<br>Sutura. |   |
| 13/04/17 | 4   | Lavado de la superficie con suero fisiológico.<br>Enjuague por 30 segundos con colutorio de clorhexidina.<br>Colocar apósito (gasa).<br>Indicaciones de posoperatorio.                                       |  |
|          | 5   | Control y retiro de puntos a los 8 días.                                                                                                                                                                     |                                                                                       |

Recibí el trabajo a entera satisfacción



Firma del Paciente  
C.I.

Estudiante  
Nombre: Cristina Rosales

Firma: 

Tutor  
Nombre: Dra. Cristina Costa

Firma: 



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR  
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA  
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

|                         |                  |               |                   |        |           |                            |
|-------------------------|------------------|---------------|-------------------|--------|-----------|----------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UC       | COD. LOCALIZACIÓN |        |           | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA |
|                         |                  |               | PARRQUIA          | CANTÓN | PROVINCIA |                            |
| APELLIDO PATERNO        | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE    |        |           | Nº. CEDULA DE CIUDADANÍA   |
| Malta                   | Escobar          | Calmen        | diboles           |        |           |                            |

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

|                                 |                                        |          |        |       |
|---------------------------------|----------------------------------------|----------|--------|-------|
| PROPOSITOS                      | TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS    |          |        |       |
| Devolver espacio biológico      | Albortamiento de corona                |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS            | RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS     |          |        |       |
| Buena coaptación                | Hemorragia, infección, mala coaptación |          |        |       |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE | ESPECIALIDAD                           | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
| Dra. Celsa Costa                | Periodoncia                            |          |        |       |

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

|                      |                                       |          |        |       |
|----------------------|---------------------------------------|----------|--------|-------|
| PROPOSITOS           | INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS |          |        |       |
|                      |                                       |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS | RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS |          |        |       |
|                      |                                       |          |        |       |
| NOMBRE DEL CIRUJANO  | ESPECIALIDAD                          | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                      |                                       |          |        |       |

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

|                          |                                       |          |        |       |
|--------------------------|---------------------------------------|----------|--------|-------|
| PROPOSITOS               | ANESTESIA PROPUESTA                   |          |        |       |
|                          |                                       |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS     | RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS |          |        |       |
|                          |                                       |          |        |       |
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO | ESPECIALIDAD                          | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                          |                                       |          |        |       |

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| A | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD.                                                                                                                                   |  |
| B | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD.                                                                                                                                     |  |
| C | CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD.                                                                                                                                           |  |
| D | CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA.                                                                                                                                                                                                                           |  |
| E | HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CAUDAL DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS.                                                                                                                                        |  |
| F | HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO.                                                                                                                                                                             |  |
| G | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA.                                                                                   |  |
| H | HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.                                                                                                                                                        |  |
| I | DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DEL VERDADERO ESTADO PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO. |  |

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |          |        |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPROBABLE PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO. |              |          |        |       |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                 | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |          |        |       |

**UIDE**  
Universidad Internacional del Ecuador  
**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR**  
**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**PROTOCOLO DE INCRUSTACIÓN SIN METAL**

Nota: No se realizara ningún procedimiento protésico sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades de acuerdo al plan de tratamiento establecido.

Nombre del Tutor: Dra. Alejandra Torres No. Historia: .....

Nombre del Paciente: Cecilia Malla Escobar No. Diente: #36

| FECHA    | No | PASO CLINICO                                                                                                                              | FIRMA                                                                                |
|----------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 18/4/17  | 1  | Preparación de pilares                                                                                                                    |    |
| 18/4/17  | 2  | Elaboración de provisionales                                                                                                              |    |
| 23/8/17  | 3  | Impresiones funcionales                                                                                                                   |    |
| 23/8/17  | 4  | Registro del color por material para ser elaborado el trabajo                                                                             |    |
| 20/11/17 | 5  | Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.                                                                               |   |
| 20/11/17 | 6  | CEMENTACION:<br>Silanización 2 capas<br>Adhesivo<br>Colocación cemento dual<br>fotopolimerización 30 segundos c/cara                      |  |
| 20/11/17 |    | DIENTE<br>Desinfección diente<br>Grabado ácido fosfórico<br>Lavado<br>Secado<br>Primer<br>Adhesivo (polimerizar 30 segundos)<br>Cementado |  |

Recibí el trabajo a entera satisfacción

  
 .....  
 Firma del Paciente

C.I.

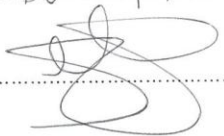
**Estudiante**

Nombre: Cristina Rosales

Firma: Cristina Rosales

**Tutor**

Nombre: Dra. Alejandra Torres

Firma: 



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

|                         |                  |               |                   |        |           |                          |
|-------------------------|------------------|---------------|-------------------|--------|-----------|--------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO       | COD. LOCALIZACIÓN |        |           | NÚMERO DE                |
|                         |                  |               | PARROQUIA         | CANTÓN | PROVINCIA | HISTORIA CLÍNICA         |
| APELLIDO PATERNO        | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE    |        |           | No. CÉDULA DE CIUDADANÍA |
|                         |                  |               |                   |        |           |                          |

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

|                                                                           |                                     |          |        |       |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|--------|-------|
| 1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO |                                     |          |        |       |
| PROPOSITOS                                                                | TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS |          |        |       |
| Eliminar tejido cariado                                                   | Intervención                        |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS                                                      | RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS  |          |        |       |
| Preservar función y anatomía                                              | Filtraciones, Halc. adaptación      |          |        |       |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                           | ESPECIALIDAD                        | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                                                           |                                     |          |        |       |

|                                                                           |                                       |          |        |       |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------|--------|-------|
| 2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA |                                       |          |        |       |
| PROPOSITOS                                                                | INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS |          |        |       |
|                                                                           |                                       |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS                                                      | RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS |          |        |       |
|                                                                           |                                       |          |        |       |
| NOMBRE DEL CIRUJANO                                                       | ESPECIALIDAD                          | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                                                           |                                       |          |        |       |

|                                                                  |                                       |          |        |       |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------|--------|-------|
| 3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA |                                       |          |        |       |
| PROPOSITOS                                                       | ANESTESIA PROPUESTA                   |          |        |       |
|                                                                  |                                       |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS                                             | RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS |          |        |       |
|                                                                  |                                       |          |        |       |
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO                                         | ESPECIALIDAD                          | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                                                  |                                       |          |        |       |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FIRMAS DEL PACIENTE |
| A                                     | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                         |                     |
| B                                     | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD                                                                                                                                           |                     |
| C                                     | CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                                 |                     |
| D                                     | CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA                                                                                                                                                                                                                                 |                     |
| E                                     | HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS                                                                                                                                                   |                     |
| F                                     | HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                   |                     |
| G                                     | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)                                                                                       |                     |
| H                                     | HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO                                                                                                                                                              |                     |
| I                                     | DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO. |                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE                                                                                                                                                                                                                      |              |          |        |       |
| COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO |              |          |        |       |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                    | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |       |

FORMULARIO UIDE-CEO-016

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE ALARGAMIENTO DE CORONA

| FECHA    | No. | PASO CLINICO                                                                                                                                                                                                 | FIRMA |
|----------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 11/05/17 | 1   | Radiografía Periapical.<br>Análisis Radiográfico<br>Análisis Clínico.<br>Diagnóstico.<br>Exámenes clínicos (biometría hemática, química sanguínea).                                                          |       |
| 11/05/17 | 2   | Asepsia y antisepsia más colocación de campos operatorios<br>Preparación de mesas de trabajo (insumos e instrumental).<br>Desinfección de la cavidad bucal.                                                  |       |
| 11/05/17 | 3   | Técnica de Anestesia local.<br>Tipo de Incisión en el sitio a intervenir.<br>Gingivectomia (retiro de collar de encía).<br>Levantamiento de colgajo mucoperiostico.<br>Osteotomía y osteoplastia.<br>Sutura. |       |
| 11/05/17 | 4   | Lavado de la superficie con suero fisiológico.<br>Enjuague por 30 segundos con colutorio de clorhexidina.<br>Colocar apósito (gasa).<br>Indicaciones de posoperatorio.                                       |       |
| 1        | 5   | Control y retiro de puntos a los 8 días.                                                                                                                                                                     |       |

☐ Recibí el trabajo a entera satisfacción

Firma del Paciente  
C.I.

Estudiante  
Nombre: Cristina Rosales

Firma:

Tutor  
Nombre: Dr. Cristina Costa

Firma:



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR  
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA  
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

|                         |                  |               |                   |        |           |                            |
|-------------------------|------------------|---------------|-------------------|--------|-----------|----------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO       | COD. LOCALIZACIÓN |        |           | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA |
|                         |                  |               | PARRQUIA          | CANTÓN | PROVINCIA |                            |
| APELLIDO PATERNO        | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE    |        |           | Nº. CÉCULA DE CIUDADANÍA   |
|                         |                  |               |                   |        |           |                            |

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

|                                                                                 |                                     |          |        |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|--------|-------|
| PROPOSITOS                                                                      | TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS |          |        |       |
| Devolver espacio biológico.                                                     | Alargamiento de corona.             |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS                                                            | RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS  |          |        |       |
| Buena cicatrización, buena evolución Hemorragia, Infección, mala cicatrización. |                                     |          |        |       |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                 | ESPECIALIDAD                        | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
| Dra. Cristina Costa                                                             | Periodoncia                         |          |        |       |

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

|                      |                                       |          |        |       |
|----------------------|---------------------------------------|----------|--------|-------|
| PROPOSITOS           | INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS |          |        |       |
|                      |                                       |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS | RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS |          |        |       |
|                      |                                       |          |        |       |
| NOMBRE DEL CIRUJANO  | ESPECIALIDAD                          | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                      |                                       |          |        |       |

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

|                          |                                       |          |        |       |
|--------------------------|---------------------------------------|----------|--------|-------|
| PROPOSITOS               | ANESTESIA PROPUESTA                   |          |        |       |
|                          |                                       |          |        |       |
| RESULTADOS ESPERADOS     | RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS |          |        |       |
|                          |                                       |          |        |       |
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO | ESPECIALIDAD                          | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                          |                                       |          |        |       |

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FIRMAS DEL PACIENTE |
| 1. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD.                                                                                                                                        |                     |
| 2. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESSENCIALES QUE SE REALIZARAN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD.                                                                                                                                         |                     |
| 3. CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD.                                                                                                                                                |                     |
| 4. CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA.                                                                                                                                                                                                                                |                     |
| 5. HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS.                                                                                                                                                  |                     |
| 6. HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO.                                                                                                                                                                                  |                     |
| 7. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA.                                                                                        |                     |
| 8. HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.                                                                                                                                                             |                     |
| 9. DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y VERDADERA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONSCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELTERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO. |                     |

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |          |        |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO. |              |          |        |       |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                   | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |          |        |       |
| FORMULARIO UIDE-010                                                                                                                                                                                                                                               |              |          |        |       |



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR  
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 9054  
Nombre del paciente: CARMEN DOLORES MALLA Diente: 12  
Fecha: 22-05-2017 Estudiante: CRISTINA ROSALES

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

"Resto radicular que no puede ser extraído debido al consumo de Bisfosfonatos"

**ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA**

Osteoporosis

**EXAMEN FÍSICO**

Examen Extraoral:

Normal ☒ Tumefacción..... Fiebre.....  
Linfadenopatía..... Fístula..... ATM.....

Examen Intraoral:

0 Mucosas y Encías

Normal ☒ Afectada.....  
Edema..... Duro..... Blando.....

**\*Diente**

Integro..... Restaurado..... Caries..... Fractura ☒

**\*Percusión Vertical**

Positiva..... Negativa ☒

**\*Pruebas Térmicas:**

Frío: Positivo..... Negativo ☒  
Calor: Positivo..... Negativo ☒

**\*Exámenes Complementarios:**

RX: Espacio periodontal engrosado ☒

Radio lucidez: Circunscrita..... Difusa.....

FORMULARIO UIDE-CEO-001

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

NECROSIS PULPAR.  
PERIODONTO SANO.

### TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA ..... NECROPULPECTOMIA I ☒ ..... NECROPULPECTOMIA II .....

OTRO.....

| GRUPO DENTAL | CONDUCTOS       | CONDUCTOMETRÍA |            | REFERENCIA   | LIMA APICAL MAESTRA | TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN | MEDICACIÓN INTRACONDUCTO |
|--------------|-----------------|----------------|------------|--------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|
|              |                 | TENTATIVA      | DEFINITIVA |              |                     |                            |                          |
| ANTERIOR     | UNICO           | 16-5mm         | 15.5mm     | C. Vesicular |                     |                            |                          |
| PRE-MOLAR    | SUPERIOR        |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | V               |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | P               |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | INFERIOR        |                |            |              |                     |                            |                          |
| MOLAR        | UNICO           |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | SUPERIOR        |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | MV              |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | MP              |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | DV              |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | P               |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | INFERIOR        |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | MV              |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | ML              |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | D               |                |            |              |                     |                            |                          |
|              | Conducto en "C" |                |            |              |                     |                            |                          |

### MEDICACION SISTÉMICA

.....  
.....

### EVOLUCIÓN

| FECHA   | ACCIÓN CLÍNICA  | FIRMA TUTOR |
|---------|-----------------|-------------|
| 22/5/17 | Acceso          |             |
| 22/5/17 | Longitud        |             |
| 22/5/17 | Instrumentación |             |
| 22/5/17 | Oclusión        |             |

### RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

.....  
.....  
.....

USO DE RADIOGRAFIAS

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

FORMULARIO UIDE-CEO-001

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE NECROPULPECTOMIA

**PRIMERA CITA:**

| FECHA    | No. | PASO CLINICO                                                                                                                                                                                                                      | FIRMA |
|----------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 22-05-17 | 1   | Diagnóstico Clínico y Radiográfico completo.                                                                                                                                                                                      |       |
| 22-05-17 | 2   | Anestesia del diente a tratar<br>Aislamiento del campo operatorio<br>Apertura de la cámara pulpar.                                                                                                                                |       |
| 22-05-17 | 3   | Vaciamiento de la mayor cantidad de tejido pulpar necrótico utilizando la técnica de instrumentación CORONO APICAL.<br>Irrigación profusa con Hipoclorito de Sodio al 2,25% hasta eliminar la mayor cantidad de tejido necrosado. |       |
| 22-05-17 | 4   | Determinación de Longitud de Trabajo<br>Y medicación con Hidróxido de Calcio Puro.<br>Medicación sistémica con AINES y con Antibióticos si se tratara de casos Agudos o reagudizados.                                             |       |

**SEGUNDA CITA:**

| FECHA    | No. | PASO CLINICO                                                                                                                                              | FIRMA |
|----------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 22-05-17 | 1   | Diagnóstico Clínico y Radiográfico completo<br>Anestesia del diente a tratar<br>Aislamiento del campo operatorio<br>Apertura de la cámara pulpar.         |       |
| 22/05/17 | 2   | Eliminación del hidróxido de Calcio con abundante irrigación<br>Retomamos la instrumentación<br>Irrigación profusa<br>Cronometría y control radiográfico. |       |
| 22/05/17 | 3   | Secado de los conductos<br>Obturación con técnica lateral<br>Control radiográfico penacho<br>Cortamos el exceso de gutapercha.                            |       |
| 22/05/17 | 4   | Colocación de Ionómero de Vidrio en la entrada de los conductos<br>Colocación de Cemento sellador Provisional.                                            |       |
| 22/05/17 | 5   | Radiografía final de control<br>Medicación sistémica con AINES<br>Remisión a rehabilitación Oral                                                          |       |

Recibí el trabajo a entera satisfacción

  
Firma del Paciente  
C.I.

Estudiante  
Nombre: Cristina Rosales  
Firma: 

Tutor  
Nombre: Dra. Sledad Penaherrera  
Firma: 

FORMULARIO UIDE-CEO-024

|                                              |                           |                                                                                                                                 |                   |        |                          |
|----------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|--------------------------|
|                                              |                           | <b>UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR</b><br><b>ESCUELA DE ODONTOLOGÍA</b><br><b>CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS</b> |                   |        |                          |
| <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE</b> |                           |                                                                                                                                 |                   |        |                          |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                      | UNIDAD OPERATIVA          | COD. UO                                                                                                                         | COD. LOCALIZACIÓN |        | NÚMERO DE                |
| UIDE                                         | CLÍNICA DE ESPECIALIDADES |                                                                                                                                 | PARROQUIA         | CANTÓN | PROVINCIA                |
|                                              |                           |                                                                                                                                 | Barrio            | Quito  | Pichincha                |
|                                              |                           |                                                                                                                                 |                   |        | 9054                     |
|                                              |                           |                                                                                                                                 |                   |        |                          |
| APELLIDO PATERNO                             | APELLIDO MATERNO          | PRIMER NOMBRE                                                                                                                   | SEGUNDO NOMBRE    |        | No. CÉDULA DE CIUDADANÍA |
| MALLA                                        | ESCOBAR                   | CARMEN                                                                                                                          | DOLORES           |        | 1102272059               |

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

**1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO**

|                                                                        |                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROPOSITOS</b><br>Eliminar tejido pulpar necrótico del diente # 12. | <b>TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS</b><br>Endodoncia unirradiada diente # 12. con limas Protaper Rotatorio. |
| <b>RESULTADOS ESPERADOS</b><br>Mantener hueso                          | <b>RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS</b><br>Perforación de Furca, sobre instrumentación y subobtusión.         |

|                                 |              |          |        |       |
|---------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
| Dra. Soledad Penaherrera        | Endodoncia   |          |        |       |

**2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

|                             |                                              |
|-----------------------------|----------------------------------------------|
| <b>PROPOSITOS</b>           | <b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS</b> |
| <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> | <b>RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS</b> |

|                     |              |          |        |       |
|---------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL CIRUJANO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                     |              |          |        |       |

**3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA**

|                             |                                              |
|-----------------------------|----------------------------------------------|
| <b>PROPOSITOS</b>           | <b>ANESTESIA PROPUESTA</b>                   |
| <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> | <b>RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS</b> |

|                          |              |          |        |       |
|--------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                          |              |          |        |       |

**4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <p><b>A</b> EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD</p> <p><b>B</b> EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD</p> <p><b>C</b> CONSENTIO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD</p> <p><b>D</b> CONSENTIO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA</p> <p><b>E</b> HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS</p> <p><b>F</b> HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO</p> <p><b>G</b> EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)</p> <p><b>H</b> HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO</p> <p><b>I</b> DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.</p> | <b>FIRMAS DEL PACIENTE</b><br><br><br><br><br><br><br> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE**

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO

|                                 |              |          |        |       |
|---------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                 |              |          |        |       |

FORMULARIO UIDE-CEO-016

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

**PROTOCOLO DE RASPADOS Y ALISADOS RADICULARES**

| FECHA    | No. | PASO CLINICO                                                                                                                                                                                 | FIRMA |
|----------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 8/06/17  | 1   | Realización de PSR.<br>Control de Placa.<br>Periodontograma.<br>Análisis Radiográfico.                                                                                                       |       |
| 8/06/17  | 2   | Diagnóstico Clínico.<br>Plan de Tratamiento.<br>Consentimiento Informado.<br>Fase Sistémica (en caso de ser necesario).                                                                      |       |
| 15/06/17 | 3   | Motivación. (Explicar al paciente las causas de la enfermedad periodontal).<br>Fisioterapia: (técnica de cepillado, uso de seda dental, auxiliares de higiene oral).                         |       |
| 8/06/17  | 4   | Administración de anestesia (en caso de ser necesario)<br>Pulido de factores locales.<br>Raspado propiamente dicho.<br>Alisado radicular.<br>(Control de curetas apropiadas, todo el juego). |       |
| 15/06/17 | 5   | Lavado de todas las superficies con suero fisiológico.<br>Enjuague por 30 segundos con colutorio de clorhexidina.<br>Indicaciones de posoperatorio.                                          |       |
|          | 6   | Control a los 8 días.                                                                                                                                                                        |       |

**Observaciones:** Un protocolo por cuadrante  
Mínimo 4 dientes por procedimiento

Recibí el trabajo a entera satisfacción

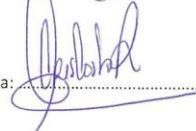


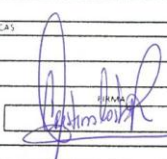
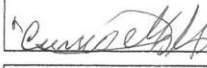
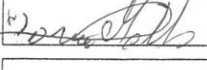
Firma del Paciente  
C.I.

Estudiante  
Nombre: Cristina Rosales

Firma: 

Tutor  
Nombre: Dra. Carolina Costa

Firma: 

| <div style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">UÍDE</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  | <div style="font-weight: bold; margin: 0;">UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR</div> <div style="font-weight: bold; margin: 0;">ESCUELA DE ODONTOLOGÍA</div> <div style="font-weight: bold; margin: 0;">CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS</div> |                                       |        |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO                                                                                                                                                                                                                                                 | COD. LOCALIZACIÓN                     |        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         | PARROQUIA                             | CANTÓN | PROVINCIA                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| APELLIDO PATERNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                           | SEGUNDO NOMBRE                        |        | Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| 1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| PROPÓSITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         | TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS   |        |                                                                                     |
| El minis. Calculo supra y subgingival                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         | Resaca y alisado radicular            |        |                                                                                     |
| RESULTADOS ESPERADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         | RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS    |        |                                                                                     |
| Eliminase inflamación e infección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         | Hemorragia, infección                 |        |                                                                                     |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  | ESPECIALIDAD                                                                                                                                                                                                                                            | TELÉFONO                              | CÓDIGO | FIRMA                                                                               |
| Dra. Celsa Costa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  | Periodoncia.                                                                                                                                                                                                                                            |                                       |        |  |
| 2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| PROPÓSITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         | INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS |        |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| RESULTADOS ESPERADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         | RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS |        |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| NOMBRE DEL CIRUJANO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  | ESPECIALIDAD                                                                                                                                                                                                                                            | TELÉFONO                              | CÓDIGO | FIRMA                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| 3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| PROPÓSITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         | ANESTESIA PROPUESTA                   |        |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| RESULTADOS ESPERADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         | RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS |        |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  | ESPECIALIDAD                                                                                                                                                                                                                                            | TELÉFONO                              | CÓDIGO | FIRMA                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| A. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        | FIRMAS DEL PACIENTE                                                                 |
| B. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| C. CONSENTI A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| D. CONSENTI A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| E. HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| F. HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| G. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIRUSIDA)                                                                                                                                                                |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| H. HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| I. DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO                                                                           |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| <br><br><br> |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGUN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO                                                                                               |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  | ESPECIALIDAD                                                                                                                                                                                                                                            | TELÉFONO                              | CÓDIGO | FIRMA                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |        |                                                                                     |

FORMULARIO - CIO 026

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE NECROPULPECTOMIA

**PRIMERA CITA:**

| FECHA    | No. | PASO CLINICO                                                                                                                                                                                                                      | FIRMA                                                                               |
|----------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 19/06/17 | 1   | Diagnóstico Clínico y Radiográfico completo.                                                                                                                                                                                      |  |
| 19/06/17 | 2   | Anestesia del diente a tratar<br>Aislamiento del campo operatorio<br>Apertura de la cámara pulpar.                                                                                                                                |                                                                                     |
| 19/06/17 | 3   | Vaciamiento de la mayor cantidad de tejido pulpar necrótico utilizando la técnica de instrumentación CORONO APICAL.<br>Irrigación profusa con Hipoclorito de Sodio al 2,25% hasta eliminar la mayor cantidad de tejido necrosado. |                                                                                     |
| 19/06/17 | 4   | Determinación de Longitud de Trabajo<br>Y medicación con Hidróxido de Calcio Puro.<br>Medicación sistémica con AINES y con Antibióticos si se tratara de casos Agudos o reagudizados.                                             |                                                                                     |

**SEGUNDA CITA:**

| FECHA    | No. | PASO CLINICO                                                                                                                                              | FIRMA                                                                                |
|----------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 19/06/17 | 1   | Diagnóstico Clínico y Radiográfico completo<br>Anestesia del diente a tratar<br>Aislamiento del campo operatorio<br>Apertura de la cámara pulpar.         |  |
| 19/06/17 | 2   | Eliminación del hidróxido de Calcio con abundante irrigación<br>Retomamos la instrumentación<br>Irrigación profusa<br>Cronometría y control radiográfico. |                                                                                      |
| 19/06/17 | 3   | Secado de los conductos<br>Obturación con técnica lateral<br>Control radiográfico penacho<br>Cortamos el exceso de gutapercha.                            |                                                                                      |
| 19/06/17 | 4   | Colocación de Ionómero de Vidrio en la entrada de los conductos<br>Colocación de Cemento sellador Provisional.                                            |                                                                                      |
| 19/06/17 | 5   | Radiografía final de control<br>Medicación sistémica con AINES<br>Remisión a rehabilitación Oral                                                          |                                                                                      |

Recibí el trabajo a entera satisfacción

  
Firma del Paciente  
C.I.

Estudiante  
Nombre: Cristian Rosales  
Firma: .....

Tutor  
Nombre: Dra. Soledad Penaherrera  
Firma: 

  
**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR**  
**CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

**HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA**

Historia Clínica No.....

Nombre del paciente: Carmen Mella Escobar

Diente: 18

Fecha: .....

Estudiante: Cristina Rosales

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

"Chequeo, quiebra una placa nueva"

**ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA**

Osteoporosis "tratamiento con bifosfonatos"

**EXAMEN FÍSICO**

**Examen Extraoral:**

Normal.....✓

Tumefacción.....

Fiebre.....

Linfadenopatía.....

Fistula.....

ATM.....

**Examen Intraoral:**

Mucosas y Encías

Normal.....

Afectada.....✓

Edema.....

Duro.....

Blando.....

\*Diente

Integro.....

Restaurado.....

Caries.....

Fractura.....✓

\*Percusión Vertical

Positiva.....

Negativa.....✓

\*Pruebas Térmicas:

Frío: Positivo.....

Negativo.....✓

Calor: Positivo.....

Negativo.....✓

\*Exámenes Complementarios:

RX: Espacio periodontal engrosado.....

Radio lucidez: Circunscrita.....

Difusa.....

FORMULARIO UIDE-CEO-001

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

*Necrosis pulpar*

### TRATAMIENTO

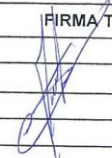
BIOPULPECTOMIA ..... NECROPULPECTOMIA I ☒ ..... NECROPULPECTOMIA II .....

OTRO.....

| GRUPO DENTAL | CONDUCTOS       | CONDUCTOMETRÍA |            | REFERENCIA | LIMA APICAL MAESTRA | TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN | MEDICACIÓN INTRACONDUCTO |
|--------------|-----------------|----------------|------------|------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|
|              |                 | TENTATIVA      | DEFINITIVA |            |                     |                            |                          |
| ANTERIOR     | UNICO           |                |            |            |                     |                            |                          |
| PRE-MOLAR    | SUPERIOR        |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | V               | 13 mm          | 13 mm      | vertical   |                     | Protaper M.                |                          |
|              | P               |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | INFERIOR        |                |            |            |                     |                            |                          |
| MOLAR        | UNICO           |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | SUPERIOR        |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | MV              |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | MP              |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | DV              |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | P               |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | INFERIOR        |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | MV              |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | ML              |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | D               |                |            |            |                     |                            |                          |
|              | Conducto en "C" |                |            |            |                     |                            |                          |

### MEDICACION SISTÉMICA

### EVOLUCIÓN

| FECHA    | ACCIÓN CLÍNICA              | FIRMA TUTOR                                                                          |
|----------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 19/06/17 | Acceso, longitud de trabajo |  |
| 19/06/17 | Instrumentación             |                                                                                      |
| 19/06/17 | Conometría                  |                                                                                      |
| 19/06/17 | Obtención                   |                                                                                      |

### RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

### USO DE RADIOGRAFIAS

|                                     |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Inicial                             | 6.7                                 | Caronchis                           | Obtención                           |

FORMULARIO UIDE-CEO-001

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|                         |                  |               |                   |        |                          |                            |
|-------------------------|------------------|---------------|-------------------|--------|--------------------------|----------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO       | COD. LOCALIZACIÓN |        |                          | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA |
|                         |                  |               | PARROQUIA         | CANTÓN | PROVINCIA                |                            |
| APELLIDO PATERNO        | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE    |        | No. CÉDULA DE CIUDADANÍA |                            |
|                         |                  |               |                   |        |                          |                            |

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

|                                                                                  |              |                                                           |        |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------|--------|
| <b>1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO</b> |              |                                                           |        |
| PROPÓSITOS                                                                       |              | TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS                       |        |
| Eliminar pulpa necrótica                                                         |              | Necropolpectomía # 15                                     |        |
| RESULTADOS ESPERADOS                                                             |              | RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS                        |        |
| Eliminar infección, tejido infectado y afectado                                  |              | Filtraciones, contaminación sobreexposición perforaciones |        |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                  | ESPECIALIDAD | TELÉFONO                                                  | CÓDIGO |
| Dr. Ezequiel Perichezera                                                         | Endodoncia   |                                                           |        |
|                                                                                  |              | FIRMA                                                     |        |
|                                                                                  |              |                                                           |        |

|                                                                                  |              |                                       |        |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------|
| <b>2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b> |              |                                       |        |
| PROPÓSITOS                                                                       |              | INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROPUESTA     |        |
|                                                                                  |              |                                       |        |
| RESULTADOS ESPERADOS                                                             |              | RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS |        |
|                                                                                  |              |                                       |        |
| NOMBRE DEL CIRUJANO                                                              | ESPECIALIDAD | TELÉFONO                              | CÓDIGO |
|                                                                                  |              |                                       |        |
|                                                                                  |              | FIRMA                                 |        |
|                                                                                  |              |                                       |        |

|                                                                         |              |                                       |        |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------|
| <b>3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA</b> |              |                                       |        |
| PROPÓSITOS                                                              |              | ANESTESIA PROPUESTA                   |        |
|                                                                         |              |                                       |        |
| RESULTADOS ESPERADOS                                                    |              | RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS |        |
|                                                                         |              |                                       |        |
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO                                                | ESPECIALIDAD | TELÉFONO                              | CÓDIGO |
|                                                                         |              |                                       |        |
|                                                                         |              | FIRMA                                 |        |
|                                                                         |              |                                       |        |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FIRMAS DEL PACIENTE |
| A                                            | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                        |                     |
| B                                            | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD                                                                                                                                          |                     |
| C                                            | CONSENSO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                                  |                     |
| D                                            | CONSENSO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA                                                                                                                                                                                                                                |                     |
| E                                            | HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS                                                                                                                                                  |                     |
| F                                            | HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                  |                     |
| G                                            | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)                                                                                      |                     |
| H                                            | HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO                                                                                                                                                             |                     |
| I                                            | DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO |                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|
| <b>5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE</b>                                                                                                                                                                                                               |              |          |        |
| COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO |              |          |        |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                    | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              | FIRMA    |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE PROTESIS FIJA

Nota: No se realizara ningún procedimiento de prótesis fija sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades de acuerdo al plan de tratamiento establecido.

Nombre del Profesor: Dra. Alejandra Torres No Historia .....

Nombre del paciente: Cecilia Malla .....

| FECHA    | No | PASO CLINICO                                                                   | FIRMA |
|----------|----|--------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 8/8/17   | 1  | Modelos de diagnostico                                                         |       |
| 8/8/17   | 2  | Radiografias y modelos de estudio                                              |       |
| 15/8/17  | 3  | Modelos montados en "articulador" de más de tres piezas.                       |       |
| 15/8/17  | 4  | Encerado de diagnostico                                                        |       |
| 22/8/17  | 5  | Preparación de pilares #13 #23 #24 #25                                         |       |
| 22/8/17  | 6  | Elaboración de provisionales                                                   |       |
| 22/8/17  | 7  | Impresiones funcionales                                                        |       |
|          | 8  | Modelos maestros o definitivos                                                 |       |
|          | 9  | Registro intermaxilar en RC o OC                                               |       |
|          | 10 | Registro del color por material para ser elaborado el trabajo                  |       |
| 23-10-17 | 11 | Montaje de modelos en articulador                                              |       |
| 23-10-17 | 12 | Prueba de estructura metálica/zirconio                                         |       |
| 13/11/17 | 13 | Prueba de porcelana sin terminado                                              |       |
| 20/11/17 | 14 | Cementación provisional de la prótesis metal del porcelano zirconio terminada. |       |
| 20/11/17 | 15 | Terminado cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.                     |       |

Recibí el trabajo a entera satisfacción

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del estudiante

Cristina Rosales

Firma:

Nombre del Tutor

Dra. Alejandra Torres

Firma:

|                                              |                  |                                                                                                                                 |                   |        |                            |
|----------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|----------------------------|
|                                              |                  | <b>UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR</b><br><b>ESCUELA DE ODONTOLOGÍA</b><br><b>CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS</b> |                   |        |                            |
| <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE</b> |                  |                                                                                                                                 |                   |        |                            |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                      | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO                                                                                                                         | COD. LOCALIZACIÓN |        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA |
|                                              |                  |                                                                                                                                 | PARROQUIA         | CANTÓN | PROVINCIA                  |
|                                              |                  |                                                                                                                                 |                   |        |                            |
| APELLIDO PATERNO                             | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE                                                                                                                   | SEGUNDO NOMBRE    |        | Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA    |
|                                              |                  |                                                                                                                                 |                   |        |                            |

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

**1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO**

|                                                                                  |                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROPOSITOS</b><br><i>Doctores Funes y Alemanis Oral</i>                       | <b>TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS</b><br><i>Colocación de coronas</i>                         |
| <b>RESULTADOS ESPERADOS</b><br><i>Lograr mejoramiento de mordida con coronas</i> | <b>RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS</b><br><i>Dolor, hinchazón, frotaduras, mala adaptación.</i> |

|                                 |              |          |        |       |
|---------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                 |              |          |        |       |

**2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

|                             |                                              |
|-----------------------------|----------------------------------------------|
| <b>PROPOSITOS</b>           | <b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS</b> |
| <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> | <b>RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS</b> |

|                     |              |          |        |       |
|---------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL CIRUJANO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                     |              |          |        |       |

**3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA**

|                             |                                              |
|-----------------------------|----------------------------------------------|
| <b>PROPOSITOS</b>           | <b>ANESTESIA PROPUESTA</b>                   |
| <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> | <b>RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS</b> |

|                          |              |          |        |       |
|--------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                          |              |          |        |       |

**4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input checked="" type="radio"/> <b>A</b> EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD</p> <p><input type="radio"/> <b>B</b> EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD</p> <p><input type="radio"/> <b>C</b> CONSENSO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD</p> <p><input type="radio"/> <b>D</b> CONSENSO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA</p> <p><input type="radio"/> <b>E</b> HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS</p> <p><input type="radio"/> <b>F</b> HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO</p> <p><input type="radio"/> <b>G</b> EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)</p> <p><input type="radio"/> <b>H</b> HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO</p> <p><input type="radio"/> <b>I</b> DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.</p> | <p style="text-align: center; font-size: small;">FIRMAS DEL PACIENTE</p> <div style="margin-bottom: 20px;"> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> </div> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE**

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGUN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.

|                                 |              |          |        |       |
|---------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                 |              |          |        |       |

FORMULARIO UIDE-CEO-016

PROTOCOLO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Nota: No se realizará ningún procedimiento de prótesis sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades, de acuerdo con el plan de tratamiento establecido.

NOMBRE DEL PACIENTE: Carleen Malla No. HISTORIA \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TUTOR: Dra Alejandra Torres  
Trabajo a realizar: prótesis parcial removible clasa cobato  
No. de diente/dientes: 11, 12, 21, 22, 14, 15, 16, 25, 26  
Clasificación de Kennedy Preliminar clase III modificacion Definitiva \_\_\_\_\_  
Características clínicas de reborde \_\_\_\_\_

| FECHA    | No | PASO CLINICO                                                                                                             | FIRMA |
|----------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 27/11/17 | 1  | Impresión Diagnóstica.                                                                                                   |       |
| 27/11/17 | 2  | Radiografías y modelos de estudio (duplicados).                                                                          |       |
|          | 3  | Modelos paralelizados.                                                                                                   |       |
|          | 4  | Modelos fijados en el "articulador", en RC o MIC.                                                                        |       |
| 27/11/17 | 5  | Diseño preliminar del especialista y por duplicado en hoja adjunta (copia adjuntar en la historia).                      |       |
| 27/11/17 | 6  | Diseño definitivo graficado sobre el 2º modelo.                                                                          |       |
| 27/11/17 | 7  | Preparación de la boca del paciente tanto en los pilares como en los demás elementos dentarios.                          |       |
| 27/11/17 | 8  | Impresión definitiva con alginato.                                                                                       |       |
| 27/11/17 | 9  | Modelo maestro (con diseño definitivo).                                                                                  |       |
| 27/11/17 | 10 | Orden de trabajo (hoja adjunta por duplicado una para el laboratorio y otra para el especialista) con el segundo modelo. |       |
| 5/12/17  | 11 | Prueba del esqueleto metálico en boca.                                                                                   |       |
| 5/12/17  | 12 | Recorte del modelo y obtención del modelo de trabajo.                                                                    |       |
| 5/12/17  | 13 | Registro intermaxilar en RC o MIC.                                                                                       |       |
| 8/12/17  | 14 | Prueba de las bases en cera (enfilado).                                                                                  |       |
| 08/01/18 | 15 | Instalación de la prótesis terminada.                                                                                    |       |
| 08/01    | 16 | Primer control (24 horas).                                                                                               |       |
|          | 17 | Segundo control (72 horas).                                                                                              |       |
| 8/01/17  | 18 | Tercer control (8 días).                                                                                                 |       |

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

\*Carleen Malla  
FIRMA DEL PACIENTE  
C.I.

ESTUDIANTE  
NOMBRE: Cristina Roldes

FIRMA: Cristina Roldes

TUTOR  
NOMBRE: Dra Alejandra Torres

FIRMA: Alejandra Torres

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|                         |                  |               |                   |        |           |                          |
|-------------------------|------------------|---------------|-------------------|--------|-----------|--------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO       | COD. LOCALIZACIÓN |        |           | NÚMERO DE                |
|                         |                  |               | PARROQUIA         | CANTÓN | PROVINCIA | HISTORIA CLÍNICA         |
| APELLIDO PATERNO        | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE    |        |           | No. CÉDULA DE CIUDADANÍA |

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

**1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO**

|                                                           |                                           |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| PROPOSITOS                                                | TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS       |
| Revelar función, armonía y estética al paciente           | colocación de prótesis parcial Removable. |
| RESULTADOS ESPERADOS                                      | RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS        |
| Buena adaptación, estabilidad, estética y buena oclusión. | buena adaptación, mala oclusión           |

|                                 |                |          |        |       |
|---------------------------------|----------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE | ESPECIALIDAD   | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
| Dr. Alejandra Torres            | Rehabilitación |          |        |       |

**2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| PROPOSITOS           | INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS |
|                      |                                       |
| RESULTADOS ESPERADOS | RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS |
|                      |                                       |

|                     |              |          |        |       |
|---------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL CIRUJANO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                     |              |          |        |       |

**3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA**

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| PROPOSITOS           | ANESTESIA PROPUESTA                   |
|                      |                                       |
| RESULTADOS ESPERADOS | RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS |
|                      |                                       |

|                          |              |          |        |       |
|--------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                          |              |          |        |       |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| A | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                         | FIRMAS DEL PACIENTE<br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
| B | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD                                                                                                                                           |                                                         |
| C | CONSENSO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD                                                                                                                                                 |                                                         |
| D | CONSENSO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |
| E | HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS                                                                                                                                                   |                                                         |
| F | HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                   |                                                         |
| G | EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)                                                                                       |                                                         |
| H | HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO                                                                                                                                                              |                                                         |
| I | DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO. |                                                         |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|-------|
| COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO |              |          |        |       |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                    | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | CÓDIGO | FIRMA |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |          |        |       |