

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD DE LA
VIDA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



REHABILITACIÓN DE UN PACIENTE DESDENTADO TOTAL
COMO ALTERNATIVA PARA MEJORAR SU CALIDAD DE
VIDA

TRABAJO DE TITULACIÓN COMO REQUISITO DE GRADO

Julio Alejandro Ortiz Núñez

Bajo la dirección del Doctor

Jorge Naranjo

A mi abuela, ya que sin su cooperación, paciencia y confianza depositada en mi no hubiera sido posible realizar este caso clínico,

A mis padres por su apoyo incondicional, sus consejos y constancia. Son pilares principales y mis modelos a seguir, por ustedes he llegado a ser la persona que hoy en día soy, todo lo que han sembrado ahora está dando su fruto.

A mi hermana que con su ayuda he podido realizar con éxito esta tesis. Te amo,

A toda mi familia que durante mi carrera han colaborado con su ayuda absoluta,

A todos mis amigos y amigas que directa o indirectamente han aportado con ideas importantes.

Mil gracias a todos.

INDICE

1.- OBJETIVOS	1
1.1.- Objetivo General:	1
1.2.- Objetivo Específicos:.....	1
2. – INTRODUCCION	2
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	3
4.- JUSTIFICACIÓN:.....	4
5.- MARCO TEORICO	6
5.1.- Calidad de vida	6
5.1.1.- Calidad de vida y salud bucal	7
5.2.-PACIENTES GERIÁTRICOS EN ODONTOLOGÍA.....	10
5.2.1.-Cambios Orales en pacientes geriátricos	11
5.2.2.- Enfermedades no transmisibles en pacientes geriátricos.....	13
5.2.3.- Abordaje médico odontológico.....	15
5.2.4.- Cambios anatómicos, fisiológicos, y patológicos.....	17
5.3.- EDENTULISMO.....	17
5.4.- REHABILITACIÓN DE PACIENTES EDÉNTULOS TOTALES.....	19
5.4.1.- Criterios de calidad para prótesis completa.	20
5.4.2.- Prótesis Total Mucosoportada.	22
5.4.3.- Principios Biomecánicas de una prótesis total.....	23
5.5.- DIAGNÓSTICO	26
5.5.1.- Presentación del problema	26
5.5.2.- Aspectos anatómicos, fisiológicos, y psicológicos.....	28
5.6.- ANAMNESIS.....	31
5.6.1.- Anamnesis General.....	32

5.6.2.- Anamnesis especial.....	33
5.6.3.- Exploración Extraoral.....	34
5.6.4.- Exploración Intraoral.....	35
5.6.5.- Diagnóstico.....	38
5.6.6.- Plan de tratamiento	40
5.6.7.- Pronóstico	40
5.7.- TOMA DE IMPRESIONES PRELIMINARES.....	41
5.7.1.- Vaciado de modelos diagnóstico.....	44
5.7.2.- Bloqueo y Alivio con cera.....	46
5.7.3.- Confección de la cubeta de impresión	46
5.8.- IMPRESIONES FINALES Y CREACIÓN DE MODELOS DIAGNOSTICO.....	48
5.8.1.- Moldeados de borde (recorte funcional).....	49
5.8.2.- Moldeado de bordes del arco maxilar.....	51
5.8.3.- Moldeado de bordes del arco mandibular.....	52
5.8.4.- Toma de impresión final.....	53
5.8.5.- Creación del modelo final.....	54
5.9.- BASE DE REGISTRO Y RODETES DE OCLUSIÓN.....	55
5.9.1.- Confección de la base de registro	56
5.9.2.- Confección de rodete de oclusión.....	57
5.10.- REGISTROS MAXILOMANDIBULARES Y ARTICULADORES.....	58
5.10.1.- Articuladores para prótesis completas.....	59
5.10.2.- Contorneado de los rodetes de oclusión.....	61
5.10.3.- Contorno Vestibular.....	62
5.10.4.- Largo incisal y estética.....	62
5.10.5.- Conformación del plano oclusal.....	63

5.10.6.- Montaje del modelo superior en el articulador	63
5.10.7.- Establecimiento de la dimensión vertical de la oclusión.	65
5.10.8.- Determinación de la posición de relación céntrica.	66
5.10.9.- Articulado del modelo inferior.	68
5.11.- ENFILADO DE DIENTES.	69
5.12.- INSTALACIÓN DE LAS PRÓTESIS TOTALES.	71
5.12.1.- Ajuste preventivo en la base de la prótesis.	71
5.12.2.- Ajuste oclusal en la prótesis.	71
5.12.3.- Orientación al paciente.	72
5.12.4.- Control Periódico.....	73
6.- CASO CLÍNICO	75
7.- RESOLUCIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO.....	78
8.- DISCUSION	97
9.- CONCLUSIONES.....	102
10.- RECOMENDACIONES.	103
11.- BIBLIOGRAFÍA.....	104
12.- ANEXOS	109

RESUMEN

La calidad de vida comprende el bienestar general de una persona teniendo en cuenta los aspectos físicos, mentales, emocionales y sociales. Al dar una calidad de vida adecuada a los pacientes se conseguirá el aumento de los años de vida y el aumento del estándar de los mismos, por ende se ha convertido en un factor de mucha importancia dentro del tratamiento médico y odontológico durante los últimos años. Mejorar y aumentar la calidad de vida en pacientes geriátricos es un reto porque muchos de ellos presentan enfermedades sistémicas de importancia, problemas psiquiátricos o simplemente problemas personales que complican o prolongan el tratamiento odontológico y por lo general se deben tratar con mucha prudencia. La gran mayoría de pacientes geriátricos edéntulos totales que acuden a la consulta odontológica lo hacen porque presentan alguna sintomatología a nivel oral, quieren cambiar sus prótesis o simplemente porque han perdido el autoestima al no sentirse a gusto de cómo se ven aislándose lentamente de la sociedad. El tratamiento más adecuado para este tipo de pacientes es la rehabilitación con prótesis totales mucosoportadas; su confección requiere de dedicación y conocimiento para que ofrezcan una funcionalidad y confort adecuado. De esta forma la alimentación, masticación y autoestima del paciente mejorara consiguiendo reintegrarse nuevamente en la sociedad. El paciente estará a gusto con su apariencia, se sentirá más confiado y feliz. Todos estos factores nos indicaran que la calidad de vida del paciente ha mejorado en su totalidad.

Palabras clave: Edéntulos, geriátrico, prótesis total mucosoportada.

ABSTRACT

Quality of life comprehends the overall well-being of a person taking into account physical, mental, emotional and social aspects. When providing an adequate quality of life to the patients, life expectancy increases and the standard of living is improved; and these are the reasons why this has become a highly important parameter to be considered within medical and dental treatments over the last few years. Improving and increasing the quality of life of geriatric patients is a challenge, because a lot of them have important systemic diseases, psychological problems or personal issues that interfere with the dental treatment prolonging it, and generally have to be carefully treated. Most of the completely edentulous geriatric patients that schedule a dental consultation have an oral (mouth) problem, want to replace their dental prosthesis or have a low self-esteem for an unattractive smile, slowly walking away from society. The most adequate treatment for this type of patients is rehabilitation with mucous supported prosthesis; their design requires knowledge and dedication so that they can be functional and comfortable for the patients. With this solution, the patients' feeding, mastication and self-esteem are improved; allowing their reintegration to society. Eventually, patients will feel confident and happy with their looks. All these parameters are indicators of a completely improved quality of life.

Key words: Edentulous, geriatric, mucous supported prosthesis.

1.- OBJETIVOS

1.1.- Objetivo General:

Elaborar un adecuado plan de tratamiento para pacientes edéntulos totales con condiciones ideales para que la rehabilitación de dichos pacientes se desarrolle de la mejor manera.

1.2.- Objetivo Específicos:

1. Mejorar la calidad de vida del paciente formulando un adecuado plan de tratamiento que permita el aumento de vida del mismo.
2. Acrecentar el aspecto psicológico del paciente con métodos que generen confianza del mismo en el operador y de esta forma que recobre su autoestima para que el tratamiento sea lo menos traumatizante.
3. Restablecer una estética ideal en el paciente dándole una atención de calidad y utilizando materiales de primera con los que se sienta satisfecho.

2. – INTRODUCCION

Una elaboración de prótesis totales puede ser un proceso que se realiza en un orden de citas para que este sea completado en un tiempo prudente. La higiene de la boca es un factor muy importante para que el paciente no pierda la totalidad de sus dientes disminuyendo la calidad de vida de los pacientes afectados. En la mayoría de las situaciones hay tres razones claves por las cuales los pacientes que utilizan dentaduras totales desean cambiarlas y estas son: Presencia de dolor, problemas con la apariencia de las prótesis o inconformidad a la hora de funcionar (masticar, hablar, etc). Es por eso que debemos hondar en la razón por la cual nuestro paciente está buscando nuestra ayuda y servicio; la mejor fuente para adquirir esta información es el mismo paciente.

Para obtener un excelente diagnóstico clínico debemos realizar los siguientes procedimientos:

Observar cuales son los principales factores que determinaran el aumento de la calidad de vida del paciente por medio de estos factores se podrá evaluar al paciente, su situación actual y expectativas. Una vez realizada una anamnesis minuciosa del paciente se podrá proceder a confeccionar una prótesis paso a paso que le devuelva al paciente sus funciones masticatorias, fonación y con las cuales le devolvamos su autoestima. Cabe recalcar que es importante educar al paciente para que de un uso y cuidado adecuado de sus prótesis durante los primeros días y el resto de su vida.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La paciente acude a la consulta para realizarse un cambio de prótesis total superior e inferior ya que habían transcurrido aproximadamente 15 años desde que se colocó este tipo de prótesis por primera vez. Las principales causas para que la paciente haya tomado esta decisión son:

Pérdida de adaptación de la prótesis inferior por una notable reabsorción ósea y pérdida de la superficie protésica.

Pérdida de estética por deterioro de los materiales, el paciente no estará feliz con su apariencia lo que producirá que se vaya alejando de la sociedad.

Pérdida de funcionalidad por el desgaste sufrido tanto en bordes incisales y en caras oclusales de dientes artificiales, la trituración de los alimentos no será la misma.

Trastornos digestivos por una disminución de la capacidad masticatoria, este factor acarreará problemas severos de desnutrición en el paciente.

Presencia de dolor y laceraciones en ciertas zonas del reborde alveolar. Estas lesiones en la mucosa oral crean inconformidad en el paciente, disminuyen su autoestima y producen una ingesta inadecuada.

4.- JUSTIFICACIÓN:

Luego de hacer un análisis de este caso clínico se procede a brindar información a la paciente dándole a conocer las desventajas y consecuencias negativas al seguir utilizando las prótesis ya existentes como son:

Si la paciente sigue utilizando sus prótesis podría presentar disfuncionalidad de la articulación temporomandibular por el gran desgaste a nivel de sus dientes y una acelerada disminución del reborde alveolar, sobre todo en el maxilar inferior por las constantes fuerzas intermitentes que se producen al momento de masticar. Otro gran problema es la dificultad en la ingesta de alimentos (pudiendo traer como consecuencias trastornos gástricos y digestivos) ya que sus dientes al encontrarse desgastados no podrán triturar los alimentos de la misma forma que unas prótesis nuevas y finalmente puede presentar trastornos físicos en la cavidad bucal como ulceraciones y traumatismos

Así como también las ventajas que vendrían como consecuencia al tomar la decisión de renovar la prótesis total superior e inferior como son:

Con el uso de unas nuevas prótesis en el paciente lograremos detener en lo posible la reabsorción de los rebordes alveolares ya que las fuerzas se distribuirían de una mejor forma sin necesidad de que estas presionen solo ciertas zonas determinadas. El aspecto psicológico del paciente mejorará indiscutiblemente ya que se sentirá seguro al hablar sonreír o socializar en una reunión sin ningún problema devolviéndole por completo el autoestima. En general se obtendrán muy buenos resultados en la estética de las prótesis y podremos recobrar la verdadera dimensión vertical del paciente. Finalmente con un control adecuado podremos evitar que se produzcan

ulceraciones o laceraciones en los rebordes que impidan al paciente sentirse a gusto o tener una adecuada masticación e ingesta de alimentos, por lo tanto un equilibrio en el sistema digestivo.

CAPITULO I

5.- MARCO TEORICO

5.1.- Calidad de vida

Varias literaturas nos hablan que el manejo de calidad de vida no se lo utiliza únicamente para referirse a salud o como un término científico ya que se ha hecho su uso indiscriminado en diversos campos. (Fernández, 2010).

Por ejemplo en la primera utilización del término “calidad de vida” lo realizó Wolfgang Zapf, con su investigación científica sobre la asistencia social benéfica en la que llegaron a la conclusión de que calidad de vida es “la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población determinado, y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar)”. (Fernández, 2010, p.170).

Algunos años después al termino “calidad de vida” se lo comenzó a utilizar para relacionarlo con salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad. (Fernández, 2010).

“De manera general, calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios.

Más recientemente el constructo «calidad de vida» se ha asimilado al de bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo.” (Fernández, 2010, p.170).

“El estudio de la calidad de vida no puede ser otro sino el aumento de los años de vida y el aumento de la calidad de los mismos, o, como se ha dicho, el desarrollo y generalización de una “vida de calidad”. Elemento decisivo para ello es la experiencia del propio sujeto, la participación del propio individuo en el control de su propia vida, de su estado de salud y de los procesos de enfermar.” (Jiménez, 1996, p.1068-1070). Desde otro punto de vista o perspectiva se puede clasificar a la salud y enfermedad dentro del estilo de vida que presenta el paciente.

Estudios hechos sobre calidad de vida se van a enfocar principalmente en los factores que conlleven al bienestar de un pueblo o de una sola persona, y al mismo tiempo los factores que necesita una persona para que se encuentre feliz, satisfecho, y como enfrentan ciertos problemas que afectan o deterioran su estilo de vida. (Jiménez, 1996).

5.1.1.- Calidad de vida y salud bucal

En la literatura científica y odontológica se han venido realizando una serie de innumerables estudios relacionados con la calidad de vida asociado al estado bucodental, llegando a ser un tema muy importante de los últimos tiempos. (Meneses, 2010).

En estos tiempos “calidad de vida” lo podemos encontrar en varias revistas o estudios odontológicos ya que nos aportara una gran ayuda para evaluar el estado de salud oral, riesgos, objetivos, y plan de tratamiento, todo con el afán de obtener los mejores resultados con respecto a la calidad de vida de los pacientes. (Meneses, 2010).

“La salud general y en este caso la bucodental, la podemos medir para fines de estudio epidemiológico desde dos puntos de vista: primero desde la perspectiva del profesional con la aplicación de parámetros médicos definidos; y la segunda desde una perspectiva del paciente,

que nos permite evaluarlo con indicadores como capacidad física, dependencia, independencia, salud del paciente y calidad de vida de su estado de salud.” (Meneses, 2010, p.65).

“Se considera la boca como un espejo de la salud o enfermedad, un modelo accesible para el estudio de otros órganos y tejidos, y una fuente potencial de patologías que afecta a otros sistemas y órganos. Las enfermedades orales son progresivas y acumulativas, y se hacen más complejas con el tiempo. Pueden afectar nuestra capacidad de comer, el tipo de alimentos que elegimos, nuestro aspecto y la forma en que nos comunicamos.” (Hernández, 2006, p.182).

Las personas que tienen alguna patología, trauma o afección a nivel de de sus encías o arcos dentarios deberá tener la mejor atención del dentista para que le ofrezca una solución adecuada. Ya que el 100% del éxito de tratamiento en estos pacientes dependerá del grado de exactitud con el que el dentista trabaje captando las características funcionales del aparato masticatorio. Las prótesis dentales en estos casos serán los aparatos más indicados para devolver al paciente su función masticatoria y estética ya que la pérdida de piezas dentales hace que los tejidos blandos de la cara se hundan produciendo un efecto antiestético muy marcado. (Hernández, 2006).

En odontología cuando existe ausencia total de las piezas dentales se utiliza prótesis total o completa, con ella se va a conseguir una estética aceptable al paciente, se le devuelve gran parte de su capacidad masticatoria. (Hernández, 2006; Esquivel, 2012).

Hernández (2006) refiere que realizaron una investigación en la Clínica Odontológica de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México, en la que querían determinar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Se seleccionaron 100 pacientes desdentados totales.

Para realizar este estudio se enfocaron principalmente en 6 factores que ayudarán a abarcar todos los aspectos bio – psicosociales, los cuales son:

I. Capacidad Física: Capacidad de rendimiento corporal e intelectual tanto en la vida privada como en la profesional.

II. Función Psicológica: Capacidad de disfrute y relajación, esto es, capacidad de regeneración psíquica, apetito, calidad del sueño etc., y capacidad de compensación de disgustos y decepciones.

III. Estado de Ánimo Positivo: Comprende la animosidad positiva: atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc.

IV. Estado de Ánimo Negativo: Se refiere a los aspectos esenciales de la animosidad negativa: tristeza, nerviosismo, irritabilidad, sentimientos de amenaza, de desesperación, etc.).

V. Funcionamiento Social: Capacidad de relación, esto es, capacidad para establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas. Capacidad para interesarse y abrirse a otros.

VI. Bienestar Social: Abarca lo relativo a la pertenencia a un grupo: apoyo socioemocional expresado como proximidad a otras personas, prestación de ayuda y sentimientos de soledad y autoexclusión.” (Hernández, 2006, p.183).

5.2.-PACIENTES GERIÁTRICOS EN ODONTOLOGÍA

Todas las personas al envejecer van a llevar consigo una variedad de cambios anatómicos y fisiológicos que con el pasar del tiempo disminuirán sus características, capacidades fisiológicas y por ende la funcionalidad del cuerpo. (Duarte, 2012).

Gran parte de los cambios morfológicos a nivel de tejidos y sistemas se presentan a medida que la persona vayan envejeciendo, muchos de los casos en el que el individuo presenta problema en su salud se deben a problemas nutricionales, mentales, dentales y enfermedades de tipo sistémico (cáncer, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, entre otros) estos problemas se asocian a una menor resistencia frente a las infecciones, incremento de procesos autoinmunes y son más susceptibles a contraer enfermedades relacionadas con cáncer. A nivel de la cavidad oral la producción continua de dentina disminuirá el tamaño de la cámara dental, canales radiculares, vasos sanguíneos y fibras periodontales como patologías relacionadas con la articulación temporomandibular, caries, problemas de oclusión o enfermedad periodontal. En general los pacientes geriátricos pueden presentar en su boca melanosis fisiológica o racial (pigmentación oral y cutánea) y se puede presentar en lengua, encía, carrillos, labios. Las personas de tercera edad son más propensas a tener enfermedad periodontal o gingivitis ya que los dientes se irán alargando gracias a la pérdida continua del tejido conectivo y así la placa bacteriana se acumulara fácilmente en estas zonas. La pérdida de tejido conectivo también se puede dar por factores traumáticos mecánicos como mala técnica de cepillado y a iatrogenias (prótesis mal adaptadas, restauraciones sobre extendidas). (Duarte, 2012).

En pacientes que tengan problemas motrices o problemas visuales es necesario incentivar, motivar y enseñar una buena técnica de cepillado así como el uso de hilo dental y enjuagues bucales a base de aceites esenciales. (Duarte, 2012).

Antes de realizar cualquier tratamiento odontológico por mas fácil que se debe asegurar que el paciente no tenga ningún problema sistémico o enfermedad de importancia, en el caso de que tenga alguna patología de fondo debemos asegurarnos que el paciente este controlado y estable. Lo recomendable es consultar con el médico de cabecera. (Duarte, 2012).

5.2.1.-Cambios Orales en pacientes geriátricos

Duarte (2012) nos menciona en su artículo algunos de los cambios orales que presenta en la población geriátrica:

Periodontal: El periodonto muestra un engrosamiento y se retrae quedando las superficies dentales más expuestas.

Cargas oclusales disfuncionales producen la pérdida de piezas dentales ya que ocasionan un engrosamiento a nivel apical en forma benigna o como neoplasia del cemento dental. (Duarte, 2012).

Labios: La pérdida de varias piezas dentales y la elasticidad muscular hará que el musculo orbicular de los labios se retraiga por su pérdida de soporte. La piel de los labios se arruga hacia adentro dando una apariencia de barbilla pronunciada. (Duarte, 2012).

Glándulas Salivales: Las glandulas salivales (mayores y menores) atraviesan un proceso degenerativo a medida que las personas envejecen. (Duarte, 2012).

Saliva: Una buena salud oral como un correcto funcionamiento de la cavidad bucal va a depender de la saliva. La saliva también protege el tracto digestivo y orofaríngeo. A medida de que las personas van envejeciendo el tejido acinar se atrofia pero la saliva no se va a ver comprometida ya que las glándulas salivales tienen una reserva funcional que permitirá la producción continua de esta a través de la vida de un adulto. . (Duarte, 2012).

Una mala calidad y cantidad de saliva podemos encontrar en persona que presenten el Síndrome de Sjorgen, quimioterapia citotóxica y en personas que reciben radioterapia a nivel de cabeza y cuello. (Duarte, 2012).

Lengua: Al no existir dientes a nivel del maxilar inferior la lengua aumenta de tamaño por su libre desarrollo y el aumento de su musculatura intrínseca. Tienen una apariencia lisa en el dorso y varices en la superficie ventral. Las papilas gustativas no se alteran ni se modifican con el pasar de los años. (Duarte, 2012).

Dientes: A nivel de la cavidad oral la producción continua de dentina disminuirá el tamaño de la cámara dental, canales radiculares, vasos sanguíneos, fibras periodontales y esta es la principal razón por la cual las respuestas pulpares frente a estímulos de frío calor o frente a factores agresores disminuyen y así los tratamientos endodónticos se restringen con la edad. (Duarte, 2012; Esquivel, 2012).

El cambio de color en los dientes se da principalmente por el crecimiento en grosor y la composición de la dentina, además de factores ambientales como la ingesta de café, té, gaseosas, y pacientes fumadores. (Duarte, 2012; Esquivel, 2012).

La abrasión, abfracción, erosión y atrición son los signos más observados en los dientes de personas adultos mayores productos de la masticación, bruxismo, desgastes mecánicos y químicos. (Duarte, 2012; Esquivel, 2012).

5.2.2.- Enfermedades no transmisibles en pacientes geriátricos.

Diabetes Mellitus: Los principales signos que presenta un paciente diabético es la hiposalivación, es la causa de queilitis, comisura bilateral, produciendo dificultad para abrir la boca además de dolor. La diabetes es la causante de producir una disminución de salivación en la boca del paciente y consecuentemente una mayor colonización e infección por *Candida albicans*. Otro signo que puede presentar el paciente diabético es la halitosis. (Duarte, 2012).

La xerostomía provoca una disminución de oxígeno en el medio oral, haciendo que se transforme en un medio oral anaerobio facilitando a la formación de gases sulfúricos para las bacterias, causando un mal gusto y aliento. (Duarte, 2012).

Los pacientes diabéticos no controlados son mucho más susceptibles a contraer infecciones orales ya que la diabetes altera la respuesta de los tejidos periodontales frente a los factores locales acelerando la pérdida ósea, y una deficiente cicatrización. La microflora oral también podría cambiar produciendo una variación de las bacterias causantes de estas infecciones, asociadas a mayores concentraciones de glucosa en la sangre. (Duarte, 2012).

Hipertensión Arterial: Personas que oscilan entre los 40 y 70 años con cada aumento de 20mm Hg en la presión sistólica y 10mm Hg en la presión diastólica tienden a duplicar el riesgo de contraer enfermedad cardiovascular. Utilizar antihipertensivos en pacientes geriátricos

reducirá a gran escala la morbilidad y mortalidad cardiovascular, disminuyendo consecutivamente la presión arterial. (Duarte, 2012).

Los principales efectos colaterales que producen los antihipertensivos son, cuadro de depresión seguidos, insomnio, impotencia, cefalea, náuseas, alteraciones del gusto y xerostomía (Marte, 1997)

El paciente hipertenso deberá realizar algunas modificaciones en su estilo de vida para mantener controlada su presión como:

- Un cambio en su dieta, una dieta rica en vegetales, frutas.
- Ejercicio físico por lo menos 30 minutos diarios
- Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas
- Evitar tabaco. (Duarte, 2012).

Dislipidemia: La dislipidemia es una enfermedad crónica que llega con la vejez. En la población geriátrica se ha encontrado un índice de mortalidad cardiovascular muy alto asociado a niveles elevados de colesterol total, LDL – colesterol, y disminución en el HDL – colesterol. Los niveles altos de LDL producirán fenómenos arterotrombóticos a diferencia del HDL que protegerá a la persona de sufrir accidentes cardiovasculares. Los métodos para reducir los altos niveles de colesterol y evitar que se produzcan accidentes cardiovasculares es realizar ejercicio físico diario, dieta baja en grasas y uso de estatinas (fármacos). (Duarte, 2012).

5.2.3.- Abordaje médico odontológico.

Si el paciente geriátrico presenta alguna de las patologías mencionadas con anterioridad, el odontólogo se debe encargar de ver si este paciente se encuentra bajo tratamiento médico y si es un paciente muy bien controlado, este procedimiento se debe realizar antes de realizar cualquier tratamiento odontológico por más sencillo que sea. Si el paciente no se encuentra controlado y estable deberá ser remitido a su médico de cabecera y postergar el tratamiento dental. (Duarte, 2012).

Por esta razón con un paciente geriátrico el odontólogo no se debe limitar solo a tratar los problemas que se van a presentar a nivel oral ya que trabajar con este tipo de paciente implica tratar también con sus alteraciones sistémicas. (Duarte, 2012).

Una anamnesis adecuada de estos pacientes con algún padecimiento crónico como hipertensión, osteoporosis o diabetes debe ir acompañada con exámenes diagnóstico y exámenes de sangre que garanticen que se encuentre estable. (Duarte, 2012).

En pacientes que presenten algún tipo de limitación mental, motora o visual es indispensable la indicación de técnicas de aseo simples además del uso de cepillo e hilo dental de acuerdo a la necesidad de cada uno de los individuos, de lo contrario no se obtendrá los resultados esperados. Si el paciente tiene problemas para lograr una buena higiene oral, una tercera persona deberá intervenir con el aseo personal del adulto mayor. (Duarte, 2012).

Agentes químicos como clorhexidina, triclosán y citrato de zinc son excelentes para controlar la placa dentobacteriana y reducir los niveles de microorganismos en el medio oral. (Duarte, 2012).

Para controlar la hiposalivación en pacientes geriátricos es importante dar topicaciones de saliva artificial, gomas de mascar o caramelos sin azúcar, bebidas ácidas o cítricas. (Duarte, 2012).

El cuidado principal con pacientes que presenten problemas de hipertensión es saber seleccionar el tipo de anestésico local, en este caso con o sin vasoconstrictor de acuerdo al caso indicado ya que si el paciente está tomando antihipertensivos y ponemos anestésico local con vasoconstrictor el paciente experimentará problemas de hipotensión. (Duarte, 2012).

“Con antihipertensivos como el Propranolol y antiarrítmicos como el Metoprolol y Amiodarona se altera el metabolismo de los anestésicos locales en el hígado y aumenta el riesgo de toxicidad. Esto produce ansiedad, congestión cardiaca y depresión miocárdica. Por tanto, el odontólogo debe tener sumo cuidado con pacientes que utilizan Bloqueadores no selectivos como el Propranolol, Nadolol, Pindolol, entre otros, debido a la elevación de la presión sanguínea. En este caso se recomienda utilizar un anestésico sin vasoconstrictor y una técnica adecuada”(Duarte, 2012, p50).

Finalmente en paciente con problemas periodontales se deberá realizar sondajes periódicos en sus piezas dentales para dar un diagnóstico de sus bolsas periodontales y su profundidad. El tratamiento de estas bolsas periodontales es por medio de raspado y alisado en las zonas en las que están presentes estas bolsas periodontales y evaluar nuevamente en un periodo de un mes para observar si existió una mejora en la zona afectada. El tratamiento incluye eliminación de cálculos subgingival y supragingival con ultrasonido o de forma manual de acuerdo al caso. (Duarte, 2012).

5.2.4.- Cambios anatómicos, fisiológicos, y patológicos.

Hablar de pacientes geriátricos es sinónimo de hablar de pacientes edéntulos parciales o en gran parte de pacientes edéntulos totales. (Hernández, 2011).

Los principales cambios tanto morfológicos como fisiológicos del sistema estomatognático que ocurren a lo largo de la vida son:

- “Pérdida dentaria
- Desordenes miofuncionales
- Desordenes de la articulación temporomandibular
- Lesiones de los tejidos duros del diente.
- Enfermedad periodontal.
- Problemas mucogingivales.
- Pérdida de reborde alveolar.
- Migraciones dentarias y alteraciones del plano oclusal
- Desgaste oclusal
- Pérdida de dimensión vertical
- Problemas estéticos” (Hernández, 2011, p.40).

5.3.- EDENTULISMO

El edentulismo es la pérdida parcial o total de las piezas dentales permanentes por diversos factores que pueden ser congénito o adquirido. (Gómez, 2012).

A nivel mundial una deficiente higiene oral será la causa más común para que exista enfermedad periodontal, caries dentales, xerostomía y sobre todo la pérdida de piezas dentales. Las personas que más problemas van a presentar son las edéntulas ya que la pérdida de las piezas dentales reducirá su rendimiento masticatorio y por lo tanto su dieta se limitara a toda clase de alimentos que puedan digerir con mayor facilidad, consecuentemente causando la pérdida de peso y un debilitamiento de su sistema inmunológico razón por la cual son mas predisponentes a contraer enfermedades. (Gómez, 2012).

Las personas edéntulas además de tener problemas de masticación también van a presentar problemas psicosociales por su falta de comunicación y está asociado principalmente al nivel socioeconómico. En estudios e investigaciones se ha llegado a la conclusión de que personas que tienen un bajo nivel socioeconómico con o sin nivel educativo tienden a tener un mayor índice de edentulismo que personas de un mayor nivel socioeconómico con o sin niveles de estudio. (Gómez, 2012).

Una persona edéntula va a presentar problemas de salud, problemas a nivel de su cavidad oral y sobre todo una deficiente calidad de vida ya que su dieta va a variar así como el gusto de los alimentos trayendo como consecuencia la malnutrición y desnutrición. Como conclusión la principal causa del edentulismo es la enfermedad periodontal crónica y la caries dental, siendo más extraídos los dientes que presentan caries que los dientes que presentan enfermedad periodontal. La pérdida de piezas dentales se va a dar en personas de diferentes edades; los adultos mayores van a presentar una mayor incidencia de pérdida dental por las razones antes dichas. (Gómez, 2012).

Incluso las personas que usan prótesis removibles o prótesis totales van a presentar problemas de desnutrición y efectividad masticatoria, ya que las prótesis no van a cumplir las mismas funciones que los dientes naturales. (Gómez, 2012).

Personas de diferentes estratos sociales y poblaciones que tienen acceso a la salud oral, y acceso a diferentes campañas gubernamentales van a presentar un menor índice de edentulismo. (Gómez, 2012).

5.4.- REHABILITACIÓN DE PACIENTES EDÉNTULOS TOTALES.

Un odontólogo se debería enfocar en los problemas que presenta cada uno de sus pacientes y tratar de solucionarlos, sobre todo aquellos que acarrear los pacientes adultos mayores ya que la gran mayoría han perdido gran parte de sus dientes por no decir la totalidad, con el fin de brindarles una excelente atención acompañado de una rehabilitación adecuada es mejorar su calidad de vida y autoestima. (Martínez, 2011).

Muchas de estas personas no tienen el conocimiento de que es una prótesis total, sus pros y contras y por esta razón toman tan a la ligera la pérdida de sus piezas dentales, sin saber que este problema tiene una solución. (Martínez, 2011).

Una prótesis dental propiamente dicha es un aparato que se utiliza para restaurar o sustituir las piezas dentales perdidas, las cuales están confeccionadas con una gran gama de diferentes materiales que le brindan un confort al paciente y que con el tiempo han ido evolucionando. (Martínez, 2011).

Las prótesis se pueden clasificar en prótesis totales mucosoportadas, dentosoportadas, dentomucosoportadas, implantoportadas, dentoimplantoportadas, mucoimplantoportadas y se las indica según el criterio del odontólogo y el beneficio y confort del paciente. (Martínez, 2011).

Sin embargo la finalidad de este caso fue la rehabilitación de una paciente edéntula total mediante una prótesis total mucosoportada.

Por ende esta investigación se enfocará en las prótesis mucosoportadas, su confección y todos los pasos que conllevan para lograr una rehabilitación de calidad para el paciente.

5.4.1.- Criterios de calidad para prótesis completa.

Los métodos o formas de confección de una prótesis dental son varios. Si se desea conseguir los mejores resultados para el paciente tanto en lo estético como en lo funcional, no debe existir ningún error ni se debe presentar algún problema. También se puede decir que obtendremos buenos resultados si este procedimiento cumple un 75% de lo óptimo o esperado teóricamente hablando. Por esta razón es más fácil explicar porque hay tantas personas que utilizan prótesis dentales que en realidad funcionan a pesar de que no cumplan los requisitos o exigencias correspondientes que debe tener una prótesis. Por esta razón el odontólogo debe estar motivado en tratar de llegar al 100% teóricamente hablando con respecto a la elaboración de una prótesis. Se podría decir que la elaboración de una prótesis dental llega al 100% si el paciente se encuentre confortable, satisfecho y si cumple con los siguientes criterios: (Urban, 2013)

- Deberá tener una masticación óptima sin problemas.

- Una adecuada masticación y trituración de los alimentos será el primer paso para que el paciente no presente problemas en la digestión.
- La prótesis total debe apoyar correctamente en los rebordes alveolares ayudando a la fonética.
- El enfilado de los dientes y la confección de los rebordes alveolares en la prótesis se los debe realizar muy detalladamente.
- La calidad de vida adecuada del paciente debe ser devuelta con las prótesis.
- Las prótesis totales deben adaptarse de la mejor forma a la fisionomía de la persona.
- El diseño de la prótesis debe ser lo más confortable y cómodo, para que la adaptación a este cuerpo extraño es más fácil.
- La limpieza de la prótesis deberá ser fácil para conseguir una buena higiene.
- La autoestima del paciente debe regresar con las prótesis totales. (Urban, 2013).

Consecuentemente si tenemos problemas o contratiempos durante la elaboración de la prótesis no se cumplirán los criterios indicados anteriormente. Por este motivo va a ser muy importante que haya una buena comunicación e intercambio de información entre el odontólogo y el mecánico dental para obtener los resultados esperados. La anamnesis es otro de los puntos muy importantes y primordiales para que haya un tratamiento de calidad. (Urban, 2013).

Hay muchos pacientes que llegan a la consulta médica con algunas prótesis que no son adecuadas o no se encuentran bien adaptadas, por lo cual seguramente son indicadores de que existen problemas. (Urban, 2013).

Con una relación céntrica correcta se evitará que el paciente presente problemas a nivel del ATM, problemas que recaen en lo estético además de una buena confección de las cubetas individuales que va a ser lo primordial para encaminarnos en la confección de las prótesis. (Urban, 2013).

5.4.2.- Prótesis Total Mucosoportada.

La prótesis completa mucosoportada es una prótesis que se realiza para pacientes desdentados totales, en la que se incluyen todas las piezas dentarias.

En las prótesis completas se suelen colocar 14 piezas por arcada, se omiten siempre los terceros molares, y a veces según la exigencia de las estructuras bucales se debe reducir el número de piezas a 12, eliminando o un premolar o un segundo molar.

El soporte de la prótesis se basa en el contacto directo con la mucosa bucal, al estar la mucosa y la base de la prótesis húmeda, se crea una fuerza de fijación que esta e relación entre otros, con la extensión de la prótesis, la tensión superficial de la saliva creando fuerzas que sujetan la prótesis.

La sujeción y estabilidad de la prótesis depende de muchos factores ya que no todos los pacientes consiguen llevar la prótesis de forma confortable y con una buena funcionalidad.

Estos factores son:

- Forma y morfología de las arcadas dentarias, a mejor estado óseo mejor soporte de la prótesis.
- Musculatura e inserciones musculares: muchas veces las fuerzas musculares hace expulsiva a la prótesis.
- Factores psicológicos: hay pacientes que no soportan la idea de llevar prótesis removible, a mayor edad del paciente es más difícil que se acostumbre a la prótesis.
- Prótesis mal equilibrada: defecto de construcción, los contactos dentarios no son los ideales.
- Enfermedades de la boca: síndrome de boca ardiente, toda patología que pueda producir sequedad a nivel de la cavidad oral.
- Alergias a los materiales de la prótesis.

5.4.3.- Principios Biomecánicas de una prótesis total.

Retención: “La retención es la propiedad que tienen las prótesis para que no se produzca su extrusión, y por tanto su desestabilización en el sentido vertical de inserción; es decir, es la capacidad de dichas prótesis de oponerse a las fuerzas de tracción. Es factible que los músculos de la cavidad bucal actúen aumentando la retención y con ello también la estabilidad de las prótesis.” (Castillo, 2009). Músculos como el orbicular de los labios, muslos linguales y buccinador son importantes en este aspecto. Mientras pasa el tiempo los tejidos blandos van cambiando y retrayéndose y por esta razón las fuerzas musculares fisiológicas tendrán más importancia en la retención de la prótesis. Muchas de las prótesis evitan que el paciente tenga la

secreción adecuada de saliva y esto es un problema para que exista una buena retención. (Castillo, 2009).

Factores asociados a la retención:

Adhesión: “La adhesión es la fuerza de atracción que mantiene unidas las moléculas de distinta especie química. La acción de la adhesión en las prótesis completas viene dada por la atracción de las moléculas de la saliva y las del acrílico de las bases, y por la relación entre la saliva y la fibromucosa subyacente.” Por poner un ejemplo este tipo de adhesión es la misma que vamos a conseguir al poner unas gotas de cualquier líquido entre un par de cristales, de esta forma la fuerza que se utiliza para separarlos va a ser mayor que sin el líquido. Los factores de los que depende la adhesión son la cantidad de superficie en contacto, la correspondencia entre distintas superficies y las características del menisco salival interpuesto. (Castillo, 2009)

Capilaridad: Capacidad que tiene un líquido para escurrirse entre dos superficies coincidentes o cercanas, aumentando la unión. La prótesis se une bien por su excelente copia a la mucosa para que así se contacten íntimamente (**adhesión**) y el reforzamiento se lo va a dar la saliva con la (**capilaridad**). (Castillo, 2009)

Cohesión: Unión o atracción entre moléculas del mismo cuerpo. Mientras más espesa sea la saliva, mejor retención, ya que va a haber mayor cohesión. (Castillo, 2009)

P. Atmosférica Negativa o Succión: “La presión atmosférica interviene únicamente cuando se generan fuerzas dislocantes que tienden a expulsar la prótesis, de forma que aparece una presión negativa entre la prótesis y la fibromucosa. La actuación de la presión atmosférica es relativamente elevada al ser resultado de la diferencia entre la presión externa e interna.” Para

que se logre este efecto debe haber un correcto sellado periférico de forma que no ingrese nada de aire y se forme ese efecto ventosa. Cabe recalcar que la prótesis tampoco debe ser demasiado retentiva ya que causaría ulceraciones en los tejidos blandos además de reabsorción ósea. (Castillo, 2009)

Factor neuromuscular: Actividad muscular (mejillas, labios, etc.) relacionada con la prótesis. Esto ocurre después de que el paciente se ha acostumbrado a la prótesis. (Castillo, 2009)

Soporte: “El soporte es la propiedad que tienen las prótesis para que no se produzca su impactación sobre las estructuras de apoyo (fibromucosa y hueso subyacentes); es decir, es la capacidad de dichas prótesis de oponerse a las fuerzas de compresión. La zona de soporte protésico (o apoyo basal) se va reduciendo a medida que se reabsorbe el reborde residual.” (Castillo, 2009). Las reabsorciones graves del reborde residual se dan cuando el paciente utiliza prótesis mal adaptadas por mucho tiempo. El área de la prótesis se reduce cuando las crestas están reabsorbidas y la mucosa disminuye el grosor y elasticidad. (Castillo, 2009).

Estabilidad: “La estabilidad es la propiedad que tienen las prótesis para conservar su posición de reposo o de volver a ella después de haber realizado movimientos funcionales; es decir, es la capacidad de dichas prótesis de oponerse a las fuerzas horizontales, de cizallamiento y rotación.” (Castillo, 2009). El paciente tiene quejas de que su prótesis se afloja al bostezar, sonreír o realizar algunas otras expresiones y esto sucede porque no existe un adecuado recorte muscular y por lo general los frenillos laterales van a chocar con un borde grueso de la prótesis superior en la zona de la escotadura vestibular. (Castillo, 2009).

CAPITULO II

5.5.- DIAGNÓSTICO

Devan (citado por Rahn, 2011) dijo que “debemos encontrar la mente del paciente antes de encontrar la boca”. Muchos de los pacientes edéntulos acuden al odontólogo para conseguir solución a sus problemas y en muchos de los casos estos problemas son físicos y psicológicos. Una minuciosa anamnesis y entrevista inicial va a ser indispensable para un buen diagnóstico. Es necesario que el odontólogo sepa cuál es la principal razón del motivo de su consulta y anotar como se encuentra el paciente. Esto incluye su forma de ser, su forma de vestir y el entusiasmo que presenta frente al tratamiento odontológico. (Rahn, 2011).

Ya que el odontólogo es un presentador de salud es importante no realizar el tratamiento sin antes conocer al paciente, se debe tomar el tiempo necesario para que el paciente nos comente sus preocupaciones y expectativas y así conseguir la confianza necesaria para poder tratar adecuadamente su afección bucal. (Rahn, 2011).

5.5.1.- Presentación del problema

El tratamiento odontológico urgente se da principalmente por presencia de dolor o malestar del paciente, esto genera un estado de desequilibrio y por lo tanto el tratar con este tipo de paciente va a ser más complicado de lo normal. El paciente llegará abrumado, con angustia, ansiedad y todos estos aspectos deberán ser valorados ya que muchos de ellos presentan una actitud desfavorable frente al tratamiento odontológico. Por lo tanto miedo, fobia, ansiedad y

stress son términos a investigar en el paciente para tener en cuenta la influencia que se va a presentar durante el tratamiento odontológico. (Arrighi, 1998).

El tratar maxilares edéntulos totales con prótesis completas es uno de los procedimientos más difíciles dentro de la odontología. Varios autores citan que gracias a la gran frecuencia de complicaciones se podrían presentar altos niveles de inseguridad con respecto a la confección de la forma y función de los dientes. Al llegar el paciente edéntulo a la consulta no se tendrá poca o ninguna información sobre el color y la forma de los dientes, relación ente los maxilares o su distribución en las tres dimensiones. (Koeck, 2007).

Los cambios a nivel neuromuscular son la consecuencia de la pérdida de las piezas dentales lo que conlleva a tener problemas de masticación. Por esta razón será indispensable adaptar la prótesis tanto al hueso alveolar como a los tejidos blandos y epiteliales para poder colocarla sin problema. La adaptación de un paciente a la nueva prótesis es variable, muchos se pueden adaptar inmediatamente mientras que otros pacientes simplemente las rechazan por completo. La estabilidad de la prótesis que se dará con los rebordes alveolares se irá perdiendo con el tiempo y el envejecimiento de la persona. (Koeck, 2007).

El tratamiento con prótesis totales sigue teniendo una gran demanda a pesar de los cuidados iniciales y su adaptación. Por lo tanto las prótesis totales seguirán siendo un tratamiento que lo realizarán los odontólogos durante las próximas décadas. El número de casos de pacientes que necesiten este tratamiento se verá reducido por la dificultad que presenten en rehabilitarlos por diferentes razones como la edad, alteraciones morfológicas, patologías o problemas psicológicos. (Koeck, 2007).

En conclusión el objetivo de este punto es observar la actitud del paciente frente al tratamiento protésico, el motivo de la consulta, factores que conllevan a la necesidad de la prótesis, fracasos en prótesis anteriores, sensación y expectativa del paciente durante el tratamiento y finalmente posibles factores de deserción. (Arrighi, 1998).

5.5.2.- Aspectos anatómicos, fisiológicos, y psicológicos.

Al realizar una inspección de los pacientes edéntulos se deberá tomar en cuenta sus aspectos psicológicos, fisiológicos, anatómicos y tisulares. (Koeck, 2007).

El no tener el conocimiento suficiente sobre estos aspectos nos puede traer consecuencias en el tratamiento del paciente como lesiones en la cavidad oral o complicaciones generales. El lugar de colocación de la prótesis, ecología de la boca y función masticatoria, son características que se deben tomar en cuenta en este tipo de pacientes. (Koeck, 2007).

5.5.2.1.- Colocación de la prótesis.

Las estructuras anatómicas con las que va a estar en contacto la prótesis y a la vez van a servir de soporte son los huesos maxilares, mucosa delgada o gruesa que cubre el hueso y apófisis alveolar. Tras la pérdida de las piezas dentales el hueso alveolar va a estar constituido casi en su totalidad por hueso esponjoso con una pequeña capa de hueso compacto en su porción coronal, lo que conlleva a una reabsorción más rápida del hueso. A medida que la reabsorción del hueso alveolar aumenta comienzan a aparecer signos de compactación del mismo, a consecuencia de esto su estabilidad funcional va disminuyendo. (Koeck, 2007).

Se ha logrado recopilar varios datos sobre la magnitud y tipo de reabsorción ósea. Este es un proceso que va aumentando con el pasar del tiempo. Al pasar alrededor de 20 a 30 años sin dientes, observaremos que la apófisis alveolar tendrá una reabsorción casi completa en gran parte de los casos, y será reemplazado por un tejido conjuntivo denso denominado eminencia flácida. Cabe recalcar que este factor no se modificará por presencia de prótesis totales. La reabsorción llega a su límite cuando la apófisis alveolar llega a la altura de las puntas de las raíces de los dientes. En este punto la acción de soporte del maxilar superior recaerá directamente sobre la espina nasal, el hueso palatino y la cresta cigomática alveolar. A nivel de la mandíbula la acción de soporte recaerá en la espina mentoniana, la protuberancia, línea oblicua de la rama mandibular y la cresta milohioidea. El nervio mentoniano también tendrá un cambio de posición a consecuencia de la reabsorción. (Koeck, 2007).

El tegumento que en otras palabras es el hueso maxilar unido a la mucosa oral, es el principal lugar que va a estar en contacto con la prótesis y tolera las fuerzas que se van a generar durante la masticación. La capacidad de aguantar y tolerar este tipo de fuerzas va a depender de la calidad del tejido mucoso. Un tegumento rígido, vascularizado y grueso tendrá una mayor resistencia mecánica en comparación de una mucosa atrófica, delgada y laxa. Esta mucosa se reducirá con el tiempo y el uso de la prótesis. La denominada prominencia flácida es la consecuencia de una pérdida excesiva del espesor de la mucosa. Koeck (2007) nos comenta que este proceso se debe a una metaplasia de las estructuras óseas que se convierten en tejido conjuntivo colágeno conocido también como fibroma gingival, y depende de la fuerza y tiempo de las cargas. Al tener cargas irregulares con la prótesis los tejidos duros y blandos se puede formar un fibroma gingival.

Pequeñas glándulas mucosas se encuentran en el seno de la mucosa oral, las cuales también van a formar glándulas de mayor tamaño las cuales se encontrarán en la superficie lateral de la encía. Estas glándulas van a producir mucina la cual es la encargada de evitar la sequedad de las encías. La secreción de mucina es indispensable para edéntulos portadores de prótesis, de lo contrario una hiposecreción de mucina producirá xerostomía (boca seca) y esto limitara en la retención de la prótesis, y la toleración de la mucosa ya que se producirán heridas y traumatismos. (Koeck, 2007).

5.5.2.2.- Ecología de la cavidad oral.

Pacientes de edad avanzada que llevan prótesis por un prolongado tiempo y que con frecuencia no tiene una higiene oral adecuada tienen una modificación en el equilibrio microbiológico de la cavidad oral. Personas que llevan prótesis totales tendrán diferentes microorganismos en la cavidad oral que las personas que presenten la totalidad de sus dientes. En pacientes edéntulos portadores de prótesis predominaran los lactobacilos, estreptococos y una especie de Cándida que pueden agravar las diferentes lesiones orales. (Koeck, 2007).

Una saliva mucosa será la defensa más indicada contra este tipo de microorganismos ya que va a mantener húmeda la cavidad oral. El uso constante de prótesis tiene sus desventajas y puntos negativos ya que produce un recambio en el equilibrio microbiológico, reduce la regeneración de la mucosa oral, y la salud de las glándulas salivales disminuye. (Koeck, 2007)

5.5.2.3.- Función masticatoria.

Una pérdida en el rendimiento de la masticación y una deficiente potencia de los músculos masticatorios se asocian a la pérdida de las piezas dentales. La potencia de los músculos masticatorios se reduce en un 20 a 30% en personas edéntulos comparándolas con personas que tengan toda su dentadura. Consecuentemente también se genera una limitación y enlentecimiento de movilidad de la mandíbula en las diferentes direcciones. (Koeck, 2007).

Otra razón por la cual se altera la funcionalidad del órgano masticatorio es la distrofia producida por el envejecimiento de los músculos y articulaciones. Estas alteraciones producen alteraciones o molestias en muy pocos casos. (Koeck, 2007).

Alteraciones de función masticatoria que tiene origen neurológico son muy poco frecuentes y raras y se dan por traumatismo o iatrogenias debido a cirugías previas o lesiones nerviosas. (Koeck, 2007).

5.6.- ANAMNESIS.

Una anamnesis del paciente se debe enfocar principalmente en las características generales específicas del mismo. Una inspección a nivel sistémico también es muy importante para poder diagnosticar enfermedades que pueden pasar por alto. (Koeck, 2007).

Para que la anamnesis sea realmente completa nos debemos tomar más tiempo de lo habitual ya que el paciente nos puede brindar información que convendrá anotar. Muchos de estos datos van a ser esenciales para el éxito o fracaso en el tratamiento. Es importante saber si la principal consulta del paciente es porque presenta molestia en sus prótesis viejas, esta información nos servirá para confeccionar unas prótesis confortables y lo más importante que el paciente observe y experimente ese progreso. (Urban, 2013).

La anamnesis que se le realizará al paciente debe ser en presencia de un familiar y así se evitará respuestas incompletas o respuestas que no pueda responder el paciente. (Marcano, 1998).

El tratamiento en pacientes ancianos va a ser especial y diferente ya que el envejecer va a traer consigo problemas a nivel bucal del paciente, así como a nivel sistémicos. Así el odontólogo se deberá encargar de hacer una inspección minuciosa de cualquier tipo de enfermedad que pueda presentar como: enfermedad cerebro vascular, trastornos autoinmunes, hipertensión, artritis, cáncer, diabetes mellitus; las cuales al mismo tiempo van a interferir con un adecuado cuidado de la boca, uso de prótesis dentales, masticación, sequedad de la boca e infección por microorganismos específicos. (Marcano, 1998).

5.6.1.- Anamnesis General.

La base de la anamnesis es la recopilación de las enfermedades sistémicas. Se considera cuando apareció, su gravedad y el tipo de tratamiento. (Koeck, 2007).

Pacientes que presenten problemas cardiovasculares y se encuentren en tratamiento con anticoagulantes, pacientes diabéticos no controlados o inmunodeprimidos pueden ser buenos pacientes protésicos, pero la cirugía protésica estaría contraindicada. El tiempo en el que se realizó el último examen físico es muy importante ya que con el pasar de los años la enfermedad sistémica pudo haber cambiado. También podríamos presentar dificultad en pacientes con problemas de motricidad, o enfermedad de Parkinson ya que el tratamiento se dificultaría así como el uso y la adaptación de la prótesis. (Rahn, 2011).

Se deberá considerar:

- “Enfermedades digestivas por su relación con la mucosa oral (enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis por Helicobacter. Etc.).
- Diabetes Mellitus con influencia sobre la circulación periférica.
- Reacción de Hipersensibilidad y alergias.” (Koeck, 2007, p.8).

Otros aspectos a tomar en consideración:

- Medicamentos que puedan causar hiposalivación y xerostomía.
- Aspectos psicológicos del paciente que puedan influenciar en el uso correcto de la prótesis. (Koeck, 2007).

5.6.2.- Anamnesis especial.

En este paso se valorará:

- Motivo de la consulta del paciente, saber lo que quiere y espera del tratamiento y así evitar contratiempos durante el tratamiento.
- Tiempo y razón por las que perdió sus dientes y así poder valorar el pronóstico después de la colocación de las prótesis.
- Última cita odontológica, que tan frecuente acude al odontólogo, diagnosticar lesiones en la mucosa oral y así saber que pronósticos tendremos en la colocación de prótesis en el paciente.
- Parafunciones.

- Auto valoración del paciente sobre su higiene oral y valoración del odontólogo, motivando para que acuda a las citas odontológicas para prevenir enfermedades en la mucosa oral. (Koeck, 2007).

5.6.3.- Exploración Extraoral.

El estado funcional, características estéticas y fonética son datos que se deben tomar en cuenta en la exploración extraoral. (Koeck, 2007).

Una adecuada exploración a nivel del cuello y cabeza debe constar también de observación, palpación y auscultación. La revisión del paciente debe ser detallada y en forma ordenada, se observa el grado de movimientos de la mandíbula, si hay desviaciones, alteraciones o patologías. También se debe observar y palpar los músculos de la masticación y expresión facial y así descartar disfunciones o dolor. La articulación temporomandibular también se la debe palpar para observar chasquidos, dolor o sensibilidad. El cuello se palpa para examinar patologías como ganglios agrandados o abultamientos. Los tejidos blandos como piel y labios se evalúan para descartar nevos y queilitis angular a nivel de las comisuras labiales. (Rahn, 2011).

Otro aspecto importante es la sensibilidad de salida de los nervios, relación vertical intermaxilar y apertura de la boca. (Marcano, 1998).

La falta de sensibilidad o hiposensibilidad relacionada a los puntos de salida del nervio trigémino indica problemas neuromusculares. La capacidad motora y movimientos musculares se encontrarán alterados y por lo tanto la adaptación de la prótesis será más difícil. (Marcano, 1998).

La dificultad en la apertura de la boca nos puede indicar que el paciente presenta problemas de una artropatía o miopatía, esto quiere decir que puede existir una lesión a nivel del sistema de movimiento del órgano de masticación y se deberá tratar antes de la colocación de la prótesis total. (Koeck, 2007).

5.6.4.- Exploración Intraoral.

La mucosa bucal es lo primero que se va a evaluar en el examen intraoral. Se debe tomar en cuenta si es desordena, su color si se encuentra sana o edematosa y si hay abultamientos. También se deberá evaluar zonas como paladar duro y blando, carrillos, lengua, bordes laterales de la lengua y así descartar patologías. (Rahn, 2011).

Gran parte de los pacientes presenten una encía con laceraciones, irritada y traumatizada debido a que no retiran ni limpian sus prótesis por un prolongado tiempo. Estos pacientes son candidatos a presentar hongos en la cavidad oral como en sus prótesis, por lo tanto también pueden presentar hiperplasia papilar inflamatoria que por lo general se la observa en el paladar. (Rahn, 2011).

Es muy importante evaluar la cantidad y calidad de saliva que presente el paciente, ya que por medio de este factor podremos darle el confort necesario para el paciente edéntulo. La saliva va a jugar un rol muy importante en este tipo de paciente ya que sirve como lubricante y además va a producir una interface entre la prótesis y los tejidos blandos para lograr esa retención deseada. Aquellos que presenten xerostomía o una producción excesiva de saliva van a presentar problemas en el sellado adecuado de la prótesis. Los pacientes que presentan

xerostomía no solo van a tener problemas en la retención de las prótesis si no que también la mucosa bucal es más propensa a traumatizarse. (Rahn, 2011).

La xerostomía es multifactorial, y una patología muy compleja de la cual no se ha llegado a determinar en si las causas que lo producen pero se puede asociar con la ingesta de fármacos, ausencia de dientes, el tipo de dieta por lo general una dieta blanda. Según la gran mayoría de los pacientes que presentan xerostomía anuncian que en un inicio la saliva se vuelve viscosa y espumosa. Según estudios el 50% de personas que tiene xerostomía no presentan síntomas, y pueden llegar a la pérdida del 50% de la producción salival sin percibir sequedad de la boca. (Rodríguez, 2008).

Los principales síntomas que presenta una persona con disminución de producción salival son: dolor de la lengua, alteraciones gastrointestinales, boca reseca, dificultad al masticar, hablar, tragar, saborear alimentos lo que conlleva a trastornos nutricionales. El paciente también va a presentar sed, aftas bucales, halitosis, acumulación de placa bacteriana, sus comisuras van a resacas e irritadas y dificultad en el uso de prótesis total. (Rodríguez, 2008).

La evaluación radiográfica específicamente de una radiografía panorámica del paciente nos servirá para ver el estado actual del paciente. Se observará en la radiografía altura del hueso, agujero mentoniano, dientes retenidos o restos radiculares, patologías a nivel de tejidos duros, senos maxilares y todos los elementos anatómicos en desuso. Con relación a los dientes retenidos o restos radiculares solo se debe considerar la extracción de aquellos que se encuentren expuestos o a nivel superficial, los dientes que se encuentren a un nivel más profundo se los tendrá que valorar muy bien ya que su extracción podría traer problemas como una mayor pérdida ósea e inconvenientes en la superficie de soporte de la prótesis. (Rahn, 2011).

El reborde también se lo tiene que evaluar, analizar su tamaño, sección transversal y forma es importante ya que sabremos si el tratamiento tendrá un buen o mal pronóstico, por ejemplo un buen reborde con un tamaño considerable nos dará una mayor retención para la prótesis que un reborde pequeño. El reborde residual puede tener varias formas como ovoides, cuadrados o cónicos. Con respecto a la forma de la sección transversal, los rebordes pueden tener forma de V, forma de U, forma de filo de cuchilla o planos. El reborde ideal para confeccionar una prótesis es el reborde en forma de U ya que nos va a ofrecer la estabilidad, retención y soporte deseado para la prótesis mientras que los peores rebordes van a ser los planos o en filo de cuchilla ya que no vamos a tener una buena base de apoyo para la prótesis. (Rahn, 2011).

Se debe observar el paladar duro ya que puede presentar torus palatino en la zona del sellado a nivel del paladar y consecuentemente deberá ser eliminado o no conseguiremos un buen sellado de la prótesis. El paladar puede tener plano, alto, normal, en forma de U o en forma de V siendo en este caso el paladar en forma de U el ideal. Un paladar en forma de V nos dará dificultad en el sellado periférico. (Rahn, 2011).

Al paladar blando se lo puede clasificar en Clase I, II, III, dependiendo de la movilidad o inclinación que esté presente con respecto al paladar duro. Un paladar que tenga poco movimiento e inclinación se lo considera Clase I, un paladar con gran movimiento e inclinación será se lo considera Clase III, y un paladar Clase II es el que está entre los dos anteriormente mencionados. (Rahn, 2011).

Los frenillos son otras estructuras que se debe evaluar ya que si las inserciones son muy prolongadas o bajas el diseño de la prótesis deberá ser más corto y con esto se perdería gran parte de su retención. (Rahn, 2011).

Otro elemento a observar es el tamaño y movilidad de la lengua. Pacientes que hayan perdido la totalidad de sus dientes hace ya un tiempo considerable pueden tener una lengua de un tamaño mucho más grande de lo común. (Rahn, 2011).

5.6.5.- Diagnóstico.

Un adecuado diagnóstico es aquel que identificará enfermedades, patologías, signos y síntomas que no permitan a la persona tener una vida normal. Por ende cada diagnóstico que se realice debe ir acompañado con un tratamiento. Cuando se realice un diagnóstico se debe anotar la fecha y realizarlo en un orden en el que el paciente pueda ir comprendiendo la exanimación. (Koeck, 2007).

En pacientes geriátricos es muy posible que el diagnóstico sea más profundo y detallado, como se anuncio anteriormente se le debe dar al paciente una explicación detallada de todos los procedimientos que vamos a realizar, el plan de tratamiento, pronósticos, número de citas, y prevención que se debe tener, si el paciente no comprendiera toda la explicación se deberá hablar con la persona que lo acompañe o responsable del adulto mayor. (Hernández, 2001).

Un diagnóstico general del paciente debe tener los siguientes puntos:

- Edad del paciente
- Estado nutricional y estado psíquico del paciente.
- Enfermedades sistémicas y fármacos medicados.
- Pruebas de hipersensibilidad y alergias. (Koeck, 2007).

Un diagnóstico especial del paciente se debe enfocar más en rasgos odontológicos como:

- Causa de la pérdida de las piezas dentales.
- Reabsorción de los maxilares.
- Salud y calidad de la mucosa oral sobre todo a nivel del tegumento.
- Cuan necesario es el tratamiento y deseo del paciente.
- Higiene de la prótesis e higiene oral.
- Estética.
- Problemas masticatorios.
- Que tan comprometido se encuentra el paciente a someterse al tratamiento.

En el diagnóstico también se puede tomar en cuenta las necesidades del pretratamiento como:

- Identificar lesiones mucosas y dolor de las mismas.
- Compensación de la mordida y un buen equilibrio oclusal.
- Corregir errores estéticos y fonéticos que el paciente presente. (Koeck, 2007; Brenes, 2005).

5.6.6.- Plan de tratamiento

Para realizar un adecuado plan de tratamiento se debe tomar en cuenta toda la información obtenida durante el diagnóstico al paciente, se deberá revisar los resultados de exámenes de laboratorio y biopsias en caso de que sea necesario antes de formar un diagnóstico y plan de tratamiento definitivo. El siguiente paso es analizar el plan de tratamiento conjuntamente con el paciente como número de citas, costo del tratamiento lo cual deberá ser aprobado por el adulto mayor. (Rahn, 2011).

Antes de confeccionar la prótesis total el paciente no deberá tener ningún tipo de dolor del ATM ni dolor dental y en lo posible cualquier patología, extracción, alveoloplastia, torus, exostosis, frenectomías se debe realizar antes de empezar el tratamiento. Únicamente cuando la cicatrización este completa y el paciente no presente ningún problema ni dolor se podrá empezar con la confección de las prótesis. (Rahn, 2011).

5.6.7.- Pronóstico

Después de una revisión minuciosa al paciente y conjuntamente con los datos que se obtiene por medio del diagnóstico y el plan de tratamiento el odontólogo va a ser capaz de dar un criterio sobre el pronóstico. Un paciente que tenga un buen pronóstico va a ser aquel que presente una mordida Clase I de Angle, calidad y cantidad de saliva adecuada, función y tamaño de la lengua apropiado, un reborde alveolar en forma de U y uso de prótesis totales anteriores sin ningún problema. Un paciente que tenga un mal pronóstico va a ser aquel que tenga una mordida Clase II de Angle, mala salud oral, saliva viscosa, lengua retraída y que además necesite de cirugía preprotésica. (Morris, 2011).

5.7.- TOMA DE IMPRESIONES PRELIMINARES.

El primer paso es elegir las cubetas tanto para el maxilar superior como inferior. Debido a que las cubetas tienen poca variedad de tamaño y forma el odontólogo tendrá que probar las cubetas en la boca del paciente y observar cuál es la que se adapta mejor y no lastime los rebordes o tejidos blandos. Una cubeta adecuada va a ser aquella en la que exista un espacio de 5 a 6 mm entre la cubeta y los rebordes alveolares. El odontólogo diestro se colocará a la derecha del paciente y con el dedo izquierdo estirará la comisura izquierda del paciente y asentará la cubeta en la comisura derecha y girará la cubeta hasta que quede en una posición ideal dentro de la boca. (Rahn, 2011).

La posición de la cubeta debe estar colocada correctamente dentro de la boca, para esto el mango de la cubeta debe estar alineado con el centro del rostro o la línea media del rostro. Si el paciente presenta una bóveda palatina muy alta se deberá retocar la cubeta poniendo cera periférica en la zona palatina de la cubeta y así evitaremos que el material de impresión se desborde y conseguiremos los 5 a 6 mm entre la cubeta y tejidos blandos del paciente. (Rahn, 2011).

Es necesario que el paciente haga un enjuague con agua antes de tomar las impresiones así se reducirá la viscosidad de la saliva. La impresión preliminar por lo general se la realizará con un material hidrocoloide irreversible, la mezcla polvo – agua deberán ser medidas y en cantidades según las indicaciones del fabricante. (Rahn, 2011).

Una vez mezclado el material de impresión se debe colocar hasta la mitad o tres cuartos de la cubeta, no se debe poner el material de impresión al ras porque al instalar la cubeta en boca

va a crear una reacción de reflejo del vómito, y en ciertos casos problemas al respirar. Es importante decir al paciente que respire por la nariz y no por la boca, así se podrá tener un mayor control del reflejo del vómito. (Rahn, 2011).

El paciente deberá tragar el exceso de saliva antes de tomar la impresión, y con el dedo se debe colocara el material de impresión en las zonas en las que el odontólogo crea que no llegará la cubeta. Por lo general estas zonas son el vestíbulo bucal, la bóveda palatina y los espacios retromilohioideos. (Rahn, 2011).

Al momento en el que se va a tomar la impresión del reborde inferior se indica al paciente que levante la lengua mientras se asienta la impresión. Cuando se inserta la cubeta se debe separar los carrillos para que el material de impresión llene la zona del vestíbulo y que no se formen burbujas de aire. (Rahn, 2011).

Durante el momento de la toma de impresión es importante asentar la cubeta de atrás hacia adelante así el material de impresión fluirá de una forma adecuada para conseguir una buena impresión. Se debe sostener la cubeta con firmeza ayudándonos con los dedos hasta que el material endurezca según la indicación del fabricante; si no se realiza esta acción la impresión se desprenderá en una dirección vertical y la impresión se deformará. (Rahn, 2011).

Para retirar la impresión de la boca del paciente se debe pedir que relaje los labios así entrará aire debajo de la impresión y se romperá ese efecto succión, y con movimientos suaves se retira la cubeta evitando que el material hidrocoloide se desgarre. (Rahn, 2011).

Al comenzar a perder adherencia la impresión, se podrá saber que el material empezó a fraguar (gelificación). La cubeta deberá ser retirada después de 2 a 3 minutos de la pérdida de

adherencia. Si la impresión se encuentra en boca más de 3 minutos el hidrocoloide irreversible puede presentar alteraciones. (Rosentiel, 2009)

Una impresión adecuada tendrá que haber copiado tejidos duros y blandos, rebordes, frenillos, paladar duro y 3 a 4 mm del paladar blando. (Rahn, 2011).

Las razones para tomar una nueva impresión son las siguientes:

1. Cuando una o más zonas anatómicas no se copiaron en la impresión.
2. Si la impresión tiene burbujas demasiado grandes que son difíciles de corregir en el modelo.
3. Impresiones deformadas por ejercer movimientos bruscos al momento de retirar la impresión de la boca.
4. Una impresión poco detallada por mala mezcla del material o porque se endureció antes de ingresar correctamente la impresión en la boca. (Rahn, 2011).

Si la impresión es la adecuada se la debe lavar con agua para retirar el exceso de saliva y desinfectar e inmediatamente vaciar el modelo ya que una impresión con hidrocoloide irreversible debe ser vaciada con yeso piedra dentro de los 10 siguientes minutos de lo contrario el material de impresión comenzará a perder sus propiedades y se deformará. (Rahn, 2011).

Hidrocoloide Irreversible (Alginato): El alginato es un material que se deriva de las algas y se lo utiliza para tomar impresiones de cavidad oral, y por sus ventajas que son: la

flexibilidad de la impresión, la facilidad de manejo y los pocos materiales que se necesita, su bajo costo y la precisión de la impresión. (Silva, 2006).

Los alginatos pasan de un estado de sol a gelificación por medio de una reacción química, una vez que se haya gelificado no regresará a su estado sol y esta la razón por lo que se los nombra hidrocoloides irreversibles. (Silva, 2006).

Las propiedades son las siguientes:

Existen hidrocoloides irreversibles de fraguado normal que es en un tiempo de 2 a 4 minutos y otras de fraguado rápido que se encuentran dentro de un tiempo de 30 a 45 segundos. (Silva, 2006).

La temperatura del agua hará que el tiempo de fraguado sea mayor o menor. A mayor temperatura, mayor velocidad. Se debe utilizar agua entre los 18 grados centígrados hasta los 24 grados centígrados. (Silva, 2006).

Su baja viscosidad permite copiar las características de los tejidos blandos bajo presión y después del fraguado el material es lo bastante flexible para retirar sin que la impresión se deforme. (Silva, 2006).

5.7.1.- Vaciado de modelos diagnóstico.

El yeso piedra se lo deberá mezclar con la cantidad de agua que el fabricante disponga. Se mezcla en una tasa de caucho conjuntamente con una espátula. (Rahn, 2011).

El polvo se debe agregar lentamente al agua para evitar que se formen burbujas entre la mezcla y también se tendrá que realizar una buena mezcla para que esta no presente burbujas durante el vaciado de la impresión. (Rahn, 2011).

Para el vaciado del yeso se debe utilizar un vibrador con una fuerza media a baja, se debe evitar utilizar fuerzas altas ya que por lo general suele atrapar burbuja en zonas críticas del modelo. El siguiente paso es la colocación de pequeñas capas de yeso en el modelo de impresión hasta que finalmente el yeso cubra los bordes de la cubeta. (Rahn, 2011).

Después que el primer vaciado ya haya fraguado y este duro se realizan una segunda mezcla de yeso para crear una base de unos 10 a 15 mm y se colocará sobre el primer vaciado con el objetivo de invertir la impresión, para invertir la impresión debemos dejar que el primer vaciado fragüe y que así no desprenda o se deforme. Finalmente se deja que el yeso fragüe según las indicaciones del fabricante, por lo general unos 45 minutos. (Rahn, 2011).

Yeso piedra: El yeso está compuesto principalmente de sulfato de calcio hemihidratado, y su presentación es en pequeñas partículas de polvo. Al mezclar el yeso con agua se hidrata y se cristaliza perdiendo su solubilidad.

Sus propiedades son:

El tiempo de trabajo en el cual se puede manejar y mezclar el material antes de verterlo sobre la impresión se identifica a medida que va perdiendo brillo. (Villafranca, 2006).

El tiempo de fraguado definitivo del yeso va entre 45 a 60 minutos, después de este tiempo se puede retirar del modelo sin ningún problema de deformación o fractura del material. (Villafranca, 2006).

Para realizar las impresiones primarias se utiliza por lo general un yeso piedra dental o tipo III que es poco poroso y necesita de menor cantidad de agua (50 a 60 ml por cada 100 g de polvo) sufre mayor expansión. (Villafranca, 2006).

5.7.2.- Bloqueo y Alivio con cera.

Después de hacer una revisión minuciosa del modelo diagnóstico y estar seguro que tiene todas las estructuras anatómicas deseadas se deberá modificar el modelo con cera antes de confeccionar las cubetas individuales y así evitaremos fracturas y una mayor facilidad al momento de la toma de impresión. (Rahn, 2011).

Se debe graficar o delinear en el modelo las zonas primarias y secundarias que soportarán las fuerzas durante la impresión y esto también ayudará como una guía al técnico de laboratorio. Lo más importante es que al momento de la impresión no debe haber contacto entre la cubeta y los tejidos blandos que no soportan fuerzas y para esto se deberá crear alivios en ciertas zonas de la cubeta y colocar cera base en las zonas del modelo diagnóstico que no soportan estas fuerzas antes mencionadas. (Rahn, 2011).

5.7.3.- Confección de la cubeta de impresión

Las cubetas de impresión se las suele confeccionar con resina acrílica autopolimerizable o fotopolimerizable. (Rahn, 2011).

Previamente a la utilización de la resina acrílica autopolimerizable se debe aislar el modelo diagnóstico con vaselina o aislante, con esto se evitará que la cubeta se quede pegada al modelo y que sea difícil retirarla o que se fracture. Continuamente se mezcla el polímero con el monómero en una cantidad de 3 a 1 y se la coloca en el modelo diagnóstico dejando polimerizar. Con el material sobrante se realiza un mango el cual se colocara en la zona anterior superior de la cubeta de impresión a 90 grados si es del maxilar inferior y a 45 grados en la cubeta del maxilar superior. (Rahn, 2011).

Como siguiente paso se recorta la cubeta de impresión hasta la extensión deseada según el marcado en el modelo diagnóstico, se da un acabado alisándola para evitar que lastime la mucosa del paciente. (Rahn, 2011).

Inmediatamente antes de tomar la impresión final se retira la cera de alivio y así la presión se ejercerá solo sobre las zonas primarias y secundarias de soporte de fuerza. (Rahn, 2011).

Resina Acrílica: El acrílico es un material plástico que tiene propiedades inigualables ya que puede ser utilizado para la construcción de prótesis, férulas, aparatos de ortodoncia, y placas base. (Cueva, 2011).

Las resinas acrílicas son materiales ideales para los diseños o confección final de prótesis, son frágiles y blandas, presentan baja resistencia a la fractura y además son flexibles. (Cueva, 2011).

Presenta baja conductividad térmica, lo que provocará un descenso del estímulo térmico de los tejidos blancos que se encuentren bajo la prótesis. (Cueva, 2011).

Sus propiedades son:

Tiene poca densidad, comparada con un metal, pero un poco superior a la del agua, la que varía en los diferentes plásticos. (Cueva, 2011).

Mala conducción de calor y de electricidad, alto coeficiente de variación térmica de 71 a 81 x 10 grados de temperatura, es transparente pero muy fácil de colorearlo y su poca rigidez. (Cueva, 2011).

5.8.- IMPRESIONES FINALES Y CREACIÓN DE MODELOS DIAGNOSTICO.

El objetivo principal de un odontólogo al tomar una impresión final es obtener una copia similar de tejidos duros y blandos, lograr una buena extensión del material de impresión hacia todos los tejidos que se encargan de sostener la prótesis durante su función y respetar aquellos tejidos móviles que se pueden irritar con facilidad durante ciertos movimientos. La impresión debe ser lo más óptima posible sin presencia de burbujas o retenciones. Hay que evitar en lo posible la sobre extensión de la prótesis a las inserciones musculares y tejidos movibles ya que esto puede perjudicar en la adaptación y comodidad de la prótesis. (Rahn, 2011).

Un paso que es muy importante y que no se lo toma en cuenta es indicar al paciente que debe quitarse la prótesis existente 24 horas antes o lo ideal hasta 72 horas para que los tejidos recuperen su forma anatómica y fisiología normal. Si un paciente se encuentra sin sus prótesis por un tiempo de 24 horas y se las vuelve a colocar incluso por 5 minutos los tejidos pueden deformarse y se necesitara de 2 horas adicionales para que los tejidos se recuperen nuevamente.

Por esta razón es recomendable citar al paciente a primeras horas de la mañana para que de esta forma no tenga que pasar sin sus prótesis durante el resto del día. (Rahn, 2011).

5.8.1.- Moldeados de borde (recorte funcional)

Con el recorte funcional se obtiene una correcta extensión de los flancos de una cubeta de impresión individual. Los flancos deben estar a 2 o 3 mm de la extensión final deseada para tener espacio necesario para el recorte funcional. La corrección de los bordes se la finaliza con un material que al calentarlo es viscoso y al enfriarse de torna rígido o semirrígido. Este material se lo extiende unos 3 a 4 mm más de lo que fue cortada la cubeta para asegurar el cubrimiento completo de todos los tejidos utilizables. Materiales como el vinil polisiloxano, compuestos de modelar y polietéricos espesos son utilizados para el recorte muscular. (Rahn, 2001).

Compuestos de modelar. VENTAJAS.

La ventaja del compuesto de modelar es que si hay que repetir o rehacer la impresión final se puede retirar el material de impresión y se puede volver a usar el compuesto de modelar, otra ventaja es que a pesar de que el material es lo suficiente mente blando como para copiar las formas anatómicas de los tejidos también es viscoso como para no perder su forma. (Rahn, 2001).

Compuestos de modelar. DESVENTAJAS.

Una desventaja es que se necesita de una planificación anticipada junto con otros materiales y elemento como agua relativamente caliente, lámpara de alcohol, vaselina, mechero Bunsen y un bisturí para recortar. (Rahn, 2001).

Por su rigidez va a ser complicado colocar y retirar la cubeta de las zonas retentivas sin que el paciente sienta molestia o lastime los tejidos. (Rahn, 2001).

Por su rápido endurecimiento se tiene que trabajar por zonas en la cubeta. (Rahn, 2001).

La temperatura ideal para un recorte adecuado con el compuesto de modelar es cuando se encuentra entre 46 grados centígrados y 60 grados centígrados, el material se encuentra aceptablemente blando y no muy caliente. El material debe estar muy blando para que sea eficaz y debe permanecer en boca alrededor de 15 segundos para que no se deforme antes de retirarlo de boca. El siguiente paso es sumergirlo inmediatamente en agua fría y se lo deja endurecer antes de realizar el recorte con el bisturí. (Rahn, 2001).

- **Vinil Polisiloxano. VENTAJAS.**

Es fácil trabajar con este material ya que requiere de un equipo mínimo, además los tiempos de trabajo con este material varían entre 2 a 8 minutos el odontólogo puede elegir el más óptimo para la técnica de impresión. (Rahn, 2001).

A pesar de que el material a polimerizado queda razonablemente blando como para retirar las zonas retentivas que den molestia al paciente. (Rahn, 2001).

A diferencia del compuesto de modelar que se debe trabajar por zonas en la cubeta, con el vinil polisiloxano se puede trabajar en toda la extensión de la cubeta al mismo tiempo ya que nos da el tiempo necesario. (Rahn, 2001).

Si se requiere volver a moldear una parte de la cubeta es muy simple agregar más material y repetir el procedimiento. (Rahn, 2001).

Vinil Polisiloxano. DESVENTAJAS.

Una desventaja de moldear y tomar la impresión final con este material es que al polimerizar se adhieren por ende se dificulta separarlo cuando se desee. Si la impresión no es la adecuada se debe retirar de la cubeta de impresión, con esto se pierde el material de moldeado, lo que obliga a repetir el moldeado de los bordes. (Rahn, 2001).

Adhesivos para unir el material a la cubeta de impresión tarda varios minutos en endurecer. (Rahn, 2001).

El vinil polisiloxano no tiene la rigidez o viscosidad que presenta el compuesto de modelar por lo tanto no se podrá corregir sobreextensiones mayores de 4 a 5mm. (Rahn, 2001).

5.8.2.- Moldeado de bordes del arco maxilar.

El modelado del maxilar superior debe empezar en el sector izquierdo o derecho del flanco vestibular. Se agrega compuesto de modelar en uno de los dos sectores de la impresión y se moldea esa zona tomando el carrillo entre el dedo pulgar y los demás dedos llevando hacia afuera, abajo, adentro. Realizando la misma acción en el otro lado de la cubeta. Es importante observar que se haya copiado la inserción del frenillo vestibular. (Rahn, 2011).

El flanco vestibular no deberá tener más de 2mm de espesor al finalizar el remodelado, si el ancho es mayor a 2mm no puede sostener correctamente el material de impresión final. Las siguientes zonas en las que se coloca el compuesto de modelar es desde el canino de un lado hasta la línea media y se traccionará el labio hacia afuera abajo y adentro realizando el mismo

movimiento con el otro lado. No se debe realizar movimientos hacia los lados ya que el frenillo labial no funciona de esa forma. (Rahn, 2011).

La última zona de la cubeta que se modela es la parte posterior de la misma. El compuesto de modelar se debe colocar desde vestibular hasta el surco hamular tanto de un lado como del otro lado. Si la cubeta esta recortada adecuadamente hasta la línea de vibración al ingresar en boca no se extenderá el material más allá de su extensión posterior. (Rahn, 2011).

Cuando se utiliza vinil polisiloxano la totalidad del moldeado se lo puede realizar en un solo paso. Algunos consideran que moldear la mitad de la cubeta por vez es menos complicado. (Rahn, 2011).

5.8.3.- Moldeado de bordes del arco mandibular.

En el caso de utilizar compuesto de modelar calentado se pedirá al paciente que levante la lengua cada que se ingrese la cubeta a boca. Esto minorara considerablemente la deformación del compuesto. (Rahn, 2011).

La primera zona que se moldea es la de la línea oblicua externa completándola individualmente. Se debe agregar material de compuesto en las zonas vestibulares izquierda o derecha desde distal del frenillo vestibular hasta la parte anterior de la almohadilla retromolar. Se coloca en boca la cubeta y se manipula el carrillo hacia afuera, arriba y abajo. Se coloca en agua fría y se repite el mismo procedimiento en el lado opuesto. (Rahn, 2011).

Como siguiente paso se coloca el material en la zona de la almohadilla retromolar, asegurándonos que al ingresar la impresión a boca no interfiera ningún tejido graso de la zona

maseterina. Para esto se pide al paciente que muerda levemente sobre los dedos del odontólogo hasta que el paciente resista el movimiento de cierre, esta acción permite que el masetero entre en acción y a su vez obliga a que el buccinador se mueva creando el surco maseterino. (Rahn, 2011).

Las zonas siguientes a modelar son la posmilohioidea y distolingual; el paciente debe protruir forzando la lengua a moverse de lado a lado. Esto creará la vertiente del flanco lingual en la zona de los molares, muchas de las veces el material de compuesto de modelar se sobreextiende en la zona del flanco lingual obligando a calentar el material nuevamente para un nuevo modelado. (Rahn, 2011; Deguchi, 1995).

El modelado de las zonas retromilohioidea se lo deja para el final ya que estas zonas crean retenciones y es muy difícil introducir nuevamente la impresión ya que puede lastimar o crear incomodidad en el paciente. (Rahn, 2011; Deguchi, 1995).

Con vinil polisiloxano es imposible realizar el modelado en un solo paso ya que las zonas retromilohioidea pueden necesitar más de una inserción para conseguir un espesor adecuado. (Rahn, 2011; Deguchi, 1995).

5.8.4.- Toma de impresión final.

Las principales características de un material ideal para la impresión es que polimerice dentro de boca en 2 o 3 minutos, que presente viscosidad mínima, que sea tixotrópica, hidrófilo, que sea bien tolerada por los tejidos, que no escurra al momento de retirar de boca, que tenga fidelidad en el registro detallado de los tejidos, que nos permita hacer vaciados con yeso piedra más de una vez. (Rahn, 2011).

El material se tendrá que mezclar según la indicación del fabricante y se debe colocar en la cubeta de impresión una capa de no más de 3mm, evitando dejar burbujas entre el material. Se ingresa la cubeta en boca y antes de presionar por completo la impresión se ubica adecuadamente la cubeta con relación a la zona edéntula. (Rahn, 2011). Cuando se realiza la impresión a nivel del maxilar inferior se pide al paciente que levante la lengua y así se reduce la posibilidad de registrar las glándulas salivales, lengua y otras zonas de inserción. (Kertesz, 2007)

Se debe tener cuidado al retirar la impresión sin que el paciente sienta molestia alguna, este tipo de molestias se puede dar por el tiempo prolongado que a permanecido la impresión en boca, y para esta acción se debe retirar los tejidos de la zona del flanco así se rompe el sellado y será más fácil el retirar la impresión. (Rahn, 2011).

5.8.5.- Creación del modelo final.

Un modelo ideal debe tener el espesor ideal, no debe tener burbujas ni huecos y debe presentar la fidelidad exacta de todos los tejidos blandos. (Rahn, 2011).

Antes de vaciar el yeso piedra e la impresión se puede o no encajonar la cubeta. El encajonamiento de la cubeta se lo realiza con el fin de reducir al mínimo el recorte del modelo y evitar el uso excesivo de yeso piedra dental. (Rahn, 2011).

Una vez que se coloca el yeso piedra en la impresión y este fragua, se retira el modelo definitivo y se lo recorta con el objetivo que los rebordes queden paralelos y tenga el espesor ideal. Para darle un retoque final se puede alisar el modelo maestro con una lija 320 de carburo

de silicona mojado o seco. Una vez finalizado el modelo maestro está listo para confeccionar las placas de registro y rodetes de oclusión. (Rahn, 2011).

Los materiales que se utilizan para tomar la impresión del modelo final son pasta Zinquenólica, y pasta media de adhesión y condensación. (Brenes, 2005).

5.9.- BASE DE REGISTRO Y RODETES DE OCLUSIÓN

Una vez terminados de confeccionar los modelos maestros tanto del maxilar superior como del maxilar inferior serán utilizados durante toda la confección de las prótesis. Se debe tomar los registros de relación de los maxilares, montar estos modelos en el articulador y finalmente enfilear los modelos con los dientes artificiales. (Rahn, 2011).

Los rodetes de oclusión y bases de registros se los utiliza para:

1. Realizar los registros interoclusales.
2. Dar contornos faciales, perfil facial y soporte labial.
3. Conservar o establecer la dimensión vertical durante la toma de registro
4. Nos permite seleccionar los dientes
5. Enfilear los dientes protésicos
6. Verificar que el montaje de los modelos en el articulador sea el adecuado. (Rahn, 2011).

5.9.1.- Confección de la base de registro

Una adecuada base de registro debe tener estabilidad tanto en boca del paciente como en los modelos definitivos. Debe ser rígida, cubrir en su totalidad los tejidos de soporte, no debe incomodar al paciente y sobre todo debe ser estética. Para conseguir todas estas características en la base de registro se la debe confeccionar con resina de autopolimerización, siendo este el material ideal. (Rahn, 2011).

Antes de confeccionar la base de registro se debe proteger al modelo con cera en las retenciones e irregularidades. Este procedimiento se lo realiza específicamente para que el modelo no se estropee al momento de separar la base de registro del mismo. Si el modelo sufre algún daño se tendrá que realizar nuevas impresiones y por ende nuevos modelos maestros. (Rahn, 2011).

Generalmente en el modelo maestro superior se encuentra retenciones en vestibular del reborde anterior, en los lados de las tuberosidades y en las rugas palatinas. En el modelo maestro inferior se encuentra retenciones en las zonas retromolares. (Rahn, 2011).

Una vez culminado el bloque con cera se sumergen los modelos en agua a una temperatura ambiente, esto ayuda a que expele el aire del yeso piedra y así se formarán menos burbujas en las bases de registro. (Rahn, 2011).

Se utiliza a continuación un sustituto de papel de estaño que se colocara sobre toda la superficie del modelo por dos veces dejándolo secar el tiempo suficiente hasta que tome una forma de papel celofán sobre el modelo, así se consigue facilidad en la separación de la base de registro del modelo maestro. (Rahn, 2011).

A continuación se confecciona la base de registro con la técnica de espolvoreado, cuando se utiliza esta técnica primero se debe mojar una parte del modelo con el monómero (líquido) y a paso seguido se espolvorea un poco de polímero (polvo) sobre el monómero hasta que los dos materiales se junten formando una capa lo suficientemente gruesa. Este procedimiento se repite hasta cubrir la totalidad del modelo maestro el cual debe tener un espesor de aproximadamente 2 a 3 mm. La base de registro debe ser más delgada en la cresta de los rebordes y en vestibular de los rebordes ya que aquí se enfilarán los dientes una vez confeccionados los rodetes. (Rahn, 2011).

La resina debe polimerizar por 15 minutos aproximadamente, una vez polimerizado se debe retirar con cuidado del modelo para no dañarlo y es recomendable no retirar los bloqueos con cera ya que esto nos ayudara a tener una mejor retención y estabilidad en el modelo y la boca. (Rahn, 2011).

Con una pieza de mano y una fresa para pulir acrílico se retira los excesos cortantes de la cubeta, se alisa sus bordes y en caso de que la cubeta presente más de 3mm se debe recontornear dando un acabado ideal que no interfiera con el enfilado o la toma de registros interoclusales. (Rahn, 2011)

5.9.2.- Confección de rodete de oclusión.

La cera para encerado o cera base rosada son los materiales ideales para la confección de rodetes de oclusión ya que son fáciles de manipular, dentro de boca se las puede modelar con facilidad para darles la forma ideal, es estéticamente agradable y cómoda para el paciente. (Rahn, 2011).

El rodete se lo puede confeccionar con una hoja de cera la cual se la calienta y se la enrolla dando una forma parecida a la cresta del reborde antes de que se extrajeran el diente. El reborde de oclusión se lo debe colocar sobre las base de registro hasta que quede estable y paralela con respecto a la base del modelo maestro. (Rahn, 2011).

Los rodetes de oclusión deben tener un tamaño parecido al de los dientes de una persona, el modelo superior debe tener 22 mm de altura desde la hendidura que crea el frenillo labial y 18 mm en el arco inferior. A nivel del plano oclusal debe medir de 8 a 10 mm en la zona posterior de los molares y 3 a 5 mm en la zona anterior de los incisivos y caninos. El rodete inferior se debe encontrar a la altura de la almohadilla retromolar e igual que los rodetes superiores a nivel oclusal debe medir de 8 a 10 mm en la parte posterior y de 3 a 5 mm en la parte anterior, estudios indican que debe estar unos 6 a 8 mm por delante de la papila incisiva por esta razón es que los rodetes deben estar inclinados unos 15 grados centígrados hacia vestibular para dar el soporte adecuado al labio. (Rahn, 2011).

5.10.- REGISTROS MAXILOMANDIBULARES Y ARTICULADORES.

El registro maxilomandibular se lo debe realizar antes del enfilado de los dientes, mientras se confeccionan los rodetes. Generalmente la base de registro y los rodetes de oclusión sirven para transmitir la relación condilar y del plano eje orbitario del modelo maestro a él articulador. De esta forma se podrá ubicar en forma horizontal y vertical a la base de registro y rodetes de oclusión inferior con respecto al modelo superior, incluyendo la relación céntrica correcta en la dimensión vertical de la oclusión (DVO). El articulador es un elemento que se debe elegir antes de iniciar la sesión del registro maxilomandibular. (Rahn, 2011).

5.10.1.- Articuladores para prótesis completas.

El articulador es un instrumento que permite crear una relación entre los modelos tanto de la arcada superior como de la arcada inferior del paciente y de esta manera poder dar determinados diagnósticos y un tratamiento fuera de la boca. Este es un instrumento necesario para poder trabajar a nivel de pacientes edéntulos totales pues imita los movimientos mandibulares fuera de la boca del paciente. Los movimientos de la mandíbula dependen de algunos factores que son: factor articular, dentario de arcada y musculares. (Forcén, 2011).

Generalmente todos los articuladores tiene características similares, como una rama superior e inferior en los que se fijan los modelos y se los puede retirar cuando amerite. Los modelos maestros se deben fijar al articulador mediante un instrumento denominado arco facial. (Rahn, 2011).

El arco facial se encarga de crear una relación del modelo maestro con el eje de apertura y cierre del articulador así como el maxilar se relaciona con el eje de bisagra del paciente. (Rahn, 2011).

Las superficies de guía y elementos condilares permiten que el articulador reproduzca los movimientos que se producen a nivel de la boca. Gran parte de los articuladores presentan una parte ajustable en el frente del articulador que se lo denomina vástago incisivo y ayuda a mantener la dimensión vertical a nivel del articulador. A pesar de la gran eficacia que tiene el articulador para imitar los diferentes movimientos condilares en la articulación temporomandibular no es en el todo preciso. Pero no se requiere de una gran precisión al momento de trabajar con prótesis totales en pacientes desdentados. (Rahn, 2011).

A pesar de no ser tan preciso un articulador al momento de reproducir los movimientos articulares si va a ser fundamental para realizar los ajustes oclusales finales y un enfilado oclusal y estético adecuado. (Rahn, 2011).

Hay cuatro clases de articuladores:

1. Clase I

Es el más simple de los articuladores, solo permite un registro y únicamente permite realizar movimientos verticales. (Rahn, 2011).

2. Clase II

Solo permite realizar movimientos horizontales y verticales, no permite imitar movimientos relacionados con los de la articulación temporomandibular. (Rahn, 2011).

3. Clase III

Permite orientar los modelos con relación a la articulación temporomandibular, reproduce trayectoria condilares. (Rahn, 2011).

4. Clase IV

Permite orientar los modelos con relación a la articulación temporomandibular, además que es posible reproducir movimientos mandibulares. (Rahn, 2011).

Los articuladores indicados para confeccionar prótesis totales en pacientes edéntulos son los semiajustables ya que copia los 3 centros de rotación del movimiento mandibular y una vez ajustado simulara los movimientos mandibulares del paciente, este articulador es muy importante

para el odontólogo ya que ofrece relaciones dinámicas y estáticas de la mandíbula permitiendo una reconstrucción, rehabilitación y diagnóstico favorable del sistema estomatognático. (Espinosa de la sierra, 1995).

Este tipo de articulador nos permite a la vez utilizar arco facial y registros intraorales. Muchos estudios señalan que el uso del arco facial no será necesario únicamente cuando no se modifique la dimensión vertical original del paciente. Sin embargo el arco facial nos librará de cometer errores y nos brindará una relación más cercana del eje de cierre anatómico del paciente. (Rahn, 2011).

5.10.2.- Contorneado de los rodetes de oclusión.

Este paso se lo realiza para dar una forma más estética tanto a la base de registro como a los rodetes de forma que sustituyan las estructuras de soporte perdidas y a los dientes en su tamaño y posición. Un rodete que presenta la forma y tamaño adecuado va a dar mayor facilidad al momento del enfilado de los dientes. (Rahn, 2011).

Antes de ingresar la base de registro a la boca del paciente se debe inspeccionar que no tenga bordes filosos cortantes y a la vez que sea cómodo para el paciente. En caso de que esta base de registro moleste o lastime es posible utilizar pasta reveladora de presión y así localizar la zona que da la molestia. La base de registro no puede presentar la retención en boca por los bloqueos con cera que se realizó en el modelo maestro por esta razón es necesario explicar al paciente que una vez terminada la prótesis va a mejorar la retención en su gran mayoría. (Rahn, 2011).

5.10.3.- Contorno Vestibular

El quitar cera o corregir ciertos abultamientos de la zona vestibular de los rodetes nos dará un soporte adecuado de los labios desde la perspectiva fonética y estética. La superficie del rodete debe inclinarse aproximadamente unos 15 grados y debe medir de 8 a 9 mm desde la papila incisiva. Muchas veces una fotografía del paciente cuando tenía dientes nos va a ayudar como una guía para saber cómo debe quedar el paciente una vez corregido el contorno vestibular. (Rahn, 2011).

Debemos formar el corredor de espacio vestibular el cual lo obtenemos retirando o aumentando cera de la zona posterior de los rodetes. Generalmente este espacio se obtiene inclinando el rodete hacia adentro en las zonas posteriores, debe reproducir el mismo espacio existente entre los premolares y los carrillos de los pacientes dentados. (Rahn, 2011).

5.10.4.- Largo incisal y estética.

Se debe establecer la longitud incisal del rodete de oclusión, que se refiere a la altura en la que debe estar el borde incisal de los incisivos centrales superiores. Desde el punto estético los bordes incisales deben quedar ligeramente por debajo del labio superior relajado. (Rahn, 2011).

Otro factor a tomar en cuenta es la longitud del labio superior el cual se lo determina colocando el dedo índice en la cresta del reborde superior dejando que el labio relajado se apoye sobre el dedo. Se observa que cantidad del labio tapa el dedo y así tener una idea de la longitud promedio. Si el labio se encuentra a la misma altura que la cresta del reborde se podría decir que

es corto pero si el labio sobrepasa 4 a 5 mm la cresta del reborde se considera que la altura es normal. Si el labio sobrepasa 6 mm o mas se puede considerar que es largo. (Rahn, 2011).

Si el labio es corto se verá gran extensión de los dientes e incluso la base protésica lo cual será antiestético para el paciente, si la longitud del labio es normal el rodete sobrepasará aproximadamente 1 a 2 mm lo cual es lo adecuado, los dientes se verán cuando el paciente sonría pero no siempre se verán al momento que el paciente tenga sus labios en reposo. (Rahn, 2011).

También se debe marcar la línea media en los rodetes superiores. La guía más común para saber en dónde debe ir la línea media es el filtro de los labios, la nariz o el mentón. (Rahn, 2011).

5.10.5.- Conformación del plano oclusal.

En este paso un plano oclusal Trubyte Fox o un baja lengua ayudara a definir un plano oclusal. Este plano oclusal sirve para establecer un paralelismo entre el plano anterior y la línea interpupilar y el plano anteroposterior paralelo al plano de Camper (línea ala trago). Por lo general los dientes posteriores naturales son paralelos a estos puntos de referencia. (Rahn, 2011).

El plano oclusal debe ser paralelo a la línea bipupilar, la distancia entre los rebordes antagonistas será igual, y se encontrará entre el tercio superior y tercio medio de la almohadilla retromolar justo por debajo de las comisuras de la boca cuando el paciente sonríe. (Rahn, 2011).

5.10.6.- Montaje del modelo superior en el articulador

El modelo maestro se debe colocar con precisión en el articulador para que el enfilado de los dientes sea el correcto. El modelo maestro superior debe estar orientado con relación a los elementos condilares del articulador y el plano del eje orbitario y a la vez debe coincidir con el arco superior en relación al eje de bisagra y al eje orbitario del paciente. La orientación adecuada del modelo maestro se lo debe realizar con ayuda del arco facial que se clasifica en cinemáticos y arbitrario. (Rahn, 2011).

Los arcos faciales cinemáticos coinciden en su gran mayoría con el eje de bisagra en una dentición natural. Al utilizar este tipo de arco en pacientes edéntulos no se logra obtener una gran precisión por eso no es el más adecuado para la confección de prótesis totales. (Rahn, 2011).

Los arcos faciales arbitrarios se guían con ciertos puntos faciales para conseguir la posición del maxilar superior con relación al eje de bisagra y el eje orbitario del paciente. Este tipo de arco facial es muy exacto en la confección de prótesis totales(Rahn, 2011)..

Al trabajar con el arco facial arbitrario se debe fijar la horquilla a la parte anterior del mismo, y se procede a fijar el arco a la base de registro y rodetes de oclusión mientras el paciente lo tiene en boca. Se debe realizar cuatro muescas a nivel de los molares de lado y lado del rodete de oclusión y se fija el rodete a la horquilla con vinil polisiloxano. (Rahn, 2011).

Cuando se obtiene el registro se retira tanto el arco facial como la base de registro y el rodete de oclusión de boca y se lo desinfecta antes de colocar el modelo superior en el registro. A paso seguido se coloca el arco facial en el articulador y se fija el modelo superior con yeso piedra. (Rahn, 2011).

5.10.7.- Establecimiento de la dimensión vertical de la oclusión.

La relación céntrica (RC) y la dimensión vertical de la oclusión (DVO) del modelo inferior en el articulador debe ser la misma relación céntrica y dimensión vertical de la oclusión del paciente. La base de registro y rodetes se utiliza para transmitir la posición vertical y horizontal del modelo maestro inferior con respecto al modelo maestro superior. Al establecer la dimensión vertical debe existir una adecuada distancia interoclusal para no interferir con la fonación y evitar que se irriten los tejidos blandos. Si el rostro del paciente no está lo suficientemente relajado los labios no van a contactar así el paciente los ponga en reposo. Este factor nos puede dar ciertas complicaciones como isquemia, ulceraciones y resorción ya que los músculos se encuentran en constante actividad y ejerciendo fuerza a todo momento. Otro gran problema que podemos encontrar en el paciente es si su dimensión vertical oclusal es reducida o hay un cierre excesivo, esto puede causar problemas en la articulación temporomandibular, pérdida del tono muscular, deformación facial. (Rahn, 2011).

Para determinar la DVO se debe realizar una serie de mediciones en diferentes puntos faciales. El primer paso es encontrar la dimensión vertical en reposo (DVR) del paciente y se debe restar unos 2 a 3mm de la dimensión final. (Rahn, 2011).

“Teóricamente, la posición vertical en reposo es un equilibrio de los músculos cuando la cabeza se halla en posición erecta normal”. (Rahn, 2011, pag.175). Esta posición se la obtiene pidiendo al paciente que cierre suavemente los labios hasta que se topen ligeramente o el paciente debe realizar el sonido “mmm” en forma prolongada. Esta medición se la debe realizar con un mínimo de tres veces y se debe restar de 2 a 3mm, la medida resultante será la DVO tentativa. Como

siguiente paso se debe modificar el rodete de oclusión en el arco inferior de modo que quede a la mitad de las almohadillas retromolares en la zona posterior y por debajo de las comisuras en la parte anterior, una vez modificado se coloca el registro y rodete de oclusión y el paciente debe morder suavemente hasta que se logre obtener la DVO tentativa con los rodetes en boca. (Rahn, 2011).

Una vez obtenida la DVO se puede modificar la altura del plano oclusal superior ya que puede estar más largo que el rodete inferior. La gran mayoría de las veces que se realizan modificaciones a nivel de los rodetes se debe tomar en cuenta la estética, función y fonética. (Rahn, 2011)

5.10.8.- Determinación de la posición de relación céntrica.

La relación horizontal adecuada para la confección de prótesis totales es la relación céntrica. Hay que tener en cuenta que las técnicas utilizadas para obtener la relación céntrica en pacientes dentados no son las mismas técnicas utilizadas en pacientes desdentados. (Rahn, 2011).

Es importante dirigir la mandíbula del paciente hacia la correcta relación céntrica por las siguientes razones. (Rahn, 2011).

1. Es el punto inicial y de referencia para la confección de prótesis totales.
2. Es una posición funcional para la correcta oclusión protésica
3. Es verificable y repetible.

En pacientes edéntulos totales la DVO será la posición de oclusión céntrica del paciente. (Rahn, 2011).

Una relación céntrica correcta va a depender mucho de la posición de la cabeza ya que esta deberá estar lo más erguida posible. La posición de las manos del odontólogo son muy importantes, la mano inactiva se coloca en la boca del paciente de la forma en que las yemas de los dedos índice y pulgar se apoyen en los rodetes a nivel de la zona de los primeros molares. (Rahn, 2011).

Mientras el paciente cierra la boca se desplazan los dedos hacia atrás de forma que este movimiento mantenga las bases en su lugar con un movimiento mínimo. La otra mano va a ayudar a llevar la mandíbula a relación céntrica. Conseguir la relación vertical en el primer intento muchas veces es difícil por eso es necesario ejercitar este movimiento con el paciente. (Rahn, 2011).

Cuando pedimos al paciente que relajen la mandíbula y que cierren lentamente la boca hasta sentir el primer contacto con los dientes posteriores pueden llegar a la posición de RC automáticamente mientras que muchos otros pacientes no podrán relajar la mandíbula y no conseguirán conseguir fácilmente su RC. (Rahn, 2011).

Algunas técnica para llevar la mandíbula a relación céntrica son:

Realizar movimientos simultáneos de la mandíbula del paciente hacia arriba y abajo mientras el paciente va relajando la mandíbula, con esto se conseguirá llevar la mandíbula del paciente a relación céntrica. Este movimiento debe continuar hasta lograr obtener la DVO correcta. (Rahn, 2011).

Pedir al paciente que dirija la lengua hacia arriba y atrás de la boca. (Rahn, 2011).

Técnica de deglución. (Rahn, 2011).

Por medio de la punta inscriptora. (Rahn, 2011).

Sentar al paciente y dejar que la gravedad ayude a ubicar en una posición correcta la mandíbula. (Rahn, 2011).

Cuando el paciente consigue llegar a la RC ideal se le informa que el cierre es correcto así tendrá en cuenta esta posición gracias a esta instrucción. (Rahn, 2011).

Finalmente se deben ensamblar las bases de registro con los rodetes superior e inferior de una forma que queden estables y así poder retirarlos de una forma segura de boca. se debe recortar el exceso de registro del rodete de oclusión y se coloca nuevamente en la boca, si el registro está bien hecho se procede a articular el modelo inferior o en caso contrario se debe tomar la RC nuevamente. (Rahn, 2011).

5.10.9.- Articulado del modelo inferior.

Al encontrarse el modelo superior ya montado en el articulador se procede a colocar los rodetes en sus respectivos modelos maestros, tomando en cuenta que los modelos no contacten entre sí en la zona posterior. Si hay un contacto se debe recortar los modelos hasta que este contacto desaparezca. Se controla que el vástago incisivo y la rama superior del articulador se hallen trabados en la posición de RC. Finalmente se fija el modelo inferior en el articulador con yeso piedra para montaje. (Rahn, 2011)

5.11.- ENFILADO DE DIENTES.

Una vez articulados los modelos maestros tanto superior en inferior se elijen los dientes adecuados para el paciente y se procede a enfilearlos de forma adecuada. (Telles, 2011).

Dientes de porcelana: Las principales ventajas de este tipo de dientes es su estabilidad de color, dureza, durabilidad, y resistencia al desgaste. (Telles, 2011).

La principal desventaja de este tipo de dientes es que producen una gran reabsorción ósea, su costo, baja resistencia al impacto, al existir el contacto entre los dientes se produce un sonido audible e incomodo para el paciente. (Telles, 2011).

Dientes de resina: Las ventajas que podemos encontrar en este tipo de diente es la unión química entre diente y base protésica, resistencia al impacto y solventes orgánicos, al contacto de los dientes la sensación es agradable, son fáciles de desgastar. (Telles, 2011).

Las desventajas que podemos encontrar en este tipo de dientes es su baja tolerancia a ambiente bucal, pérdida de color y absorben fácilmente olores. (Telles, 2011).

En el mercado español los principales marcas que se comercializan son, Vivoperl (Ivoclar-Vivadent), Lumin Vacuum (VITA) y Bioblend (Denstply). (Obrecht, 2011).

Determinación del molde de los dientes: La forma más adecuada de elegir los dientes del paciente edéntulo es por medio de fotografías del paciente dentado, no obstante el principal factor que determina la forma de los dientes es el rasgo facial, por esta razón personas con cara

cuadrada, triangular, ovoide armonizan con dientes de la misma forma de la cara. (Moreno, 2011)

Determinación del color de los dientes: Para la selección del color de los dientes nos debemos basar en el tono, nitidez, valor o brillo, intensidad o saturación que son factores que nos ayudarán a elegir el color adecuado y conveniente para el paciente. Los factores más indicados para la elección adecuada del color de los dientes es por medio de fotografías del paciente dentando, el color de los dientes de sus prótesis anteriores o la elección del paciente conjuntamente con el operador, el color de su piel y la edad. (Prieto, 2008)

Oclusión balanceada bilateral: Muchos autores contemplan que es la oclusión indicada en pacientes edéntulos totales pero generalmente se la utiliza en pacientes que presentan superposición vertical de los dientes protésicos anteriores y en aquellos pacientes que usen dientes antagonistas anatómicos o semianatómicos. (Rahn, 2011)

El concepto de oclusión balanceada es que “al mismo tiempo que los dientes posteriores en un lado del arco están en oclusión de trabajo, del otro lado los dientes están en oclusión de balance” (Moreno, 2011, p.161). Es este tipo de oclusión los planos vestibulares inclinados de las cúspides linguales superiores contactarán con los planos inclinados linguales de las cúspides vestibulares de los dientes inferiores. Con este tipo de balance se evita que la prótesis se salga de su lugar. (Moreno, 2011)

5.12.- INSTALACIÓN DE LAS PRÓTESIS TOTALES.

A pesar de que al paciente le parezca una pérdida de tiempo la instalación adecuada de la prótesis es algo necesario ya que el paciente no está familiarizado con su uso, cuidados, limpieza o con los requisitos fisiológicos. (Rahn, 2011)

5.12.1.- Ajuste preventivo en la base de la prótesis.

La detección visual o táctil de asperezas o irregularidades en la base de la prótesis es muy importante porque pueden traumatizar la mucosa. Estas irregularidades se deben pulir. (Telles, 2011).

Se puede realizar una impresión con un elastómero de baja viscosidad y así será más fácil evidenciar los puntos traumáticos. (Telles, 2011).

5.12.2.- Ajuste oclusal en la prótesis.

Con el ajuste oclusal obtendremos el estándar funcional establecido en el planeamiento del caso. Para realizar el ajuste oclusal es necesario conocer los contactos dentarios de acuerdo al estándar oclusal en el que se está trabajando. (Telles, 2011).

Si tenemos unas prótesis en PTs, debe existir contacto en cada cúspide céntrica de la mayoría de los dientes y en las fosas antagonistas de los dientes correspondientes. Cuando el paciente realiza movimientos de lateralidad debe haber contacto de todos los dientes antagonistas a partir del canino. De esta forma se podrá observar si una cúspide se encuentra en contacto

premature en céntrica y también presenta un contacto prematuro en lateralidad. Si esto ocurre se debe realizar los desgastes respectivos. (Telles, 2011)

5.12.3.- Orientación al paciente.

Se debe empezar enseñando al paciente como colocar y retirar las prótesis ayudadas con un espejo facial para que se facilite al paciente esta acción. (Torres, 2000).

Muchos autores recomiendan utilizar las prótesis durante los primeros días incluso al momento de dormir ya que mientras mayor sea el tiempo que utilice las prótesis mejor será la adaptación. La consecuencia de utilizar las prótesis incluso al momento de dormir es que facilitara a una mayor reabsorción ósea. (Torres, 2000).

La única razón para que el paciente retire sus prótesis es para que las higienice. Al ser retiradas las prótesis el paciente debe colocarlas en un vaso con agua para evitar cambios de volumen de las mismas, y así mantenerlas hidratadas. (Corona, 2007).

Con respecto a la masticación muchos autores recomiendan la ingesta de alimentos blandos durante los primeros días, masticar despacio para que el paciente pueda acostumbrarse a las fuerzas de presión que ejercen las prótesis. Preferiblemente la masticación debe ser con los dientes posteriores y así ejercer una masticación estable y bilateral. Finalmente recordar al paciente que durante la masticación se pueden generar puntos dolorosos de presión por lo cual no se debe desanimar y acudir lo antes al odontólogo para realizar los alivios. (Corona, 2007).

Pueden presentarse casos en el que el habla del paciente este alterado, para corregir este problema el paciente debe leer en voz alta controlándose frente al espejo, he indicarle que no

retire las palabras cotidianas de su léxico ya que esto puede ser un obstáculo mental durante la adaptación. (Corona, 2007).

Para la higienización de las prótesis se recomienda utilizar un cepillo, esta acción se debe realizar después de cada comida y antes de acostarse y de la misma forma la limpieza bucal de la mucosa se la realiza mediante buchadas y enjuagues con algún tipo de antiséptico o agua tibia. (Corona, 2007).

5.12.4.- Control Periódico.

Se lo realiza para el mantenimiento y control de ciertas imperfecciones en la prótesis que pueden lastimar la mucosa del paciente mediante retoques ajustes o correcciones. Cuando el paciente acude a la visita después de haberle colocado sus prótesis generalmente se debe aliviar los puntos de dolor, perfeccionar la oclusión y dar más instrucciones sobre la alimentación. (Corona, 2007)

Moreno realizó un estudio en el 2012 en el que comenta que el 80% de los pacientes que utilizan prótesis total superior se encuentran satisfechos mientras que los pacientes que utilizan prótesis totales inferior se encuentran satisfechos en un 50%. (Moreno, 2012)

Esta insatisfacción de los pacientes con respecto a las prótesis totales inferiores se puede dar porque puede presentar una reabsorción ósea significativa perdiendo así la estabilidad de la prótesis en la boca o porque el dentista es incapaz de realizar una prótesis correcta y ajustada a la boca del paciente. El utilizar adhesivos para prótesis puede ser una de las soluciones para mejorar esta insatisfacción del paciente y que disminuirá el movimiento de la prótesis y mejora

la función masticatoria ya que eleva el coeficiente de la interfase impidiendo que la prótesis se separe de los tejidos de soporte. (Valle, 2007)

CAPITULO III

6.- CASO CLÍNICO

Datos personales

Nombres: Enma Núñez

Sexo: Femenino

Edad: 86



Figura 1. Paciente, toma frontal

(Ortiz, 2014)

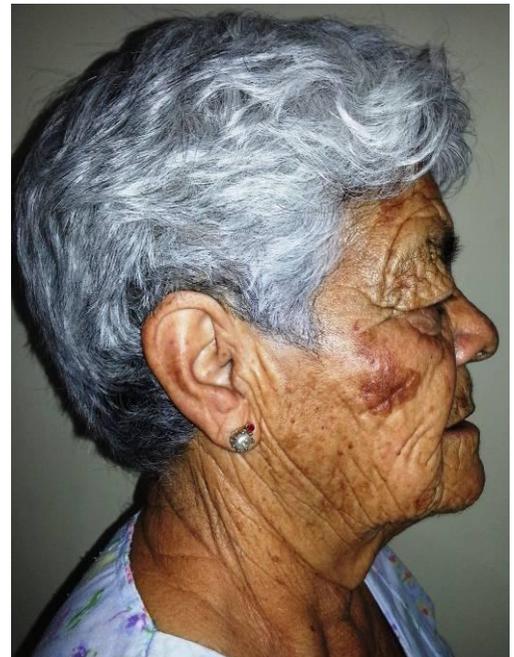


Figura 2. Paciente. Toma Lateral

(Ortiz, 2014).

Motivo de la consulta.

Paciente de 86 años de edad de sexo femenino acude el día 19 de septiembre del 2013 a la Clínica de la Universidad Internacional del Ecuador con el deseo de que “le realicen unas nuevas prótesis” ya que sus prótesis actuales tienen 15 años de uso. (Figura 1y 2).

Enfermedad o Problema Actual

La paciente manifiesta que sus prótesis se encuentran deterioradas, han perdido su color y por el tiempo de uso de las mismas la retención no es igual que la de un principio.

Antecedentes Personales.

Paciente presenta antecedentes de hipertensión arterial la cual se encuentra controlada además de gastritis. Se encuentra bajo tratamiento médico para lo cual la paciente toma clorhidrato de diltiazem de 60mg y omeprazol de 20mg respectivamente para cada enfermedad.

Dentro de los antecedentes médicos de relevancia también se encuentra una operación de la rodilla derecha a causa de un accidente hace 6 meses.

Antecedentes Odontológicos

Paciente edéntulo total superior e inferior portadora de prótesis totales por 15 años.

Examen extraoral.

Paciente presenta un tipo craneal braquiocefálico, musculatura masticatoria regular, simetría facial, grado de apertura bucal adecuado, ATM y ganglios sin patología, tejidos blandos saludables, labios poco secos pero sin patología aparente, carrillos normales.

Gran pérdida de dimensión vertical.

Examen intraoral.

A nivel del maxilar superior la paciente un reborde gingival normal en lámina, la forma del reborde es triangular, tipo de mucosa flácida, inserción de frenillos alto y con respecto al paladar es normal.

A nivel del maxilar inferior se observa un reborde gingival bajo en lamina, un tipo de mucosa fibrosa, inserción de frenillos baja, a nivel del piso de la boca se observa presencia de glándulas, no existe presencia de torus ni lesiones,

Su saliva es líquida y no se observa ninguna patología aparente a nivel intraoral.

Aspectos Éticos

Una vez realizada la anamnesis previa a comenzar el tratamiento de rehabilitación se le informo al paciente por medio de un consentimiento informado escrito que todo el procedimiento que se le vaya a realizar se lo recopilara en fotografías e imágenes para tener una constancia de todo lo que se le realizo, para lo cual la paciente nos dio su aprobación, además de su firma en el consentimiento informado tal y como lo indica la figura. (Figura 3.)

AUTORIZACIÓN

FECHA: 19/Sep/2013

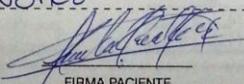
YO: Emma Núñez con CI N° 1700461991

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 explicado adecuadamente las actividades esenciales que se realizaran sobre el tratamiento de mis problemas bucales.

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

NOMBRE PACIENTE: Emma Núñez


FIRMA PACIENTE

ESTUDIANTE: Alejandro Ortiz

TUTOR: Dra. Alarcón

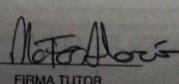

FIRMA TUTOR

Figura 3. Consentimiento Informado, Firmado y Aprobado por la Paciente

(Ortiz, 2014).

Examen radiográfico

Al examen radiográfico se pueden observar a nivel del maxilar ausencia de todas las piezas dentales, además de escasa pérdida de reborde alveolar. SENOS MAXILARES

A nivel del maxilar inferior existe ausencia de todas las piezas dentales, cóndilos simétricos, gran pérdida de reborde alveolar, conducto dentario inferior y agujeros mentonianos.

Diagnóstico

Paciente edéntulo total

Plan de Tratamiento

Elaboración de Prótesis totales superior e inferior.

Enseñanza de higienización de prótesis y rebordes.

Pronósticos

Favorable a nivel del maxilar superior, desfavorable a nivel del maxilar inferior por la gran pérdida existente a nivel reborde alveolar.

7.- RESOLUCIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO.

7.1.- Toma de impresión preliminar.

El primer paso fue elegir la cubeta adecuada superior e inferior para edéntulos totales, las cubetas se las colocaron en la boca del paciente y se debe observar que queden a 5 o 6 mm

aproximadamente del reborde para evitar que la mucosa sufra lesiones o que el paciente sienta dolor. (Figura 4).



Figure 4. Cubetas Para Paciente Edéntulo Total

(Ortiz, 2014)

Se realizo la impresión con un hidrocoloide irreversible (alginato), la mezcla polvo – agua deberán ser medidas en cantidades según las indicaciones del fabricante. Una vez realizada la mezcla del hidrocoloide irreversible se coloca en la cubeta hasta la mitad o tres cuartos y antes de ingresar la cubeta a la boca se pide al paciente que trague el exceso de saliva.

Finalmente se toma la impresión adecuada tanto del maxilar superior como del maxilar inferior. (Figura 5 y 6).

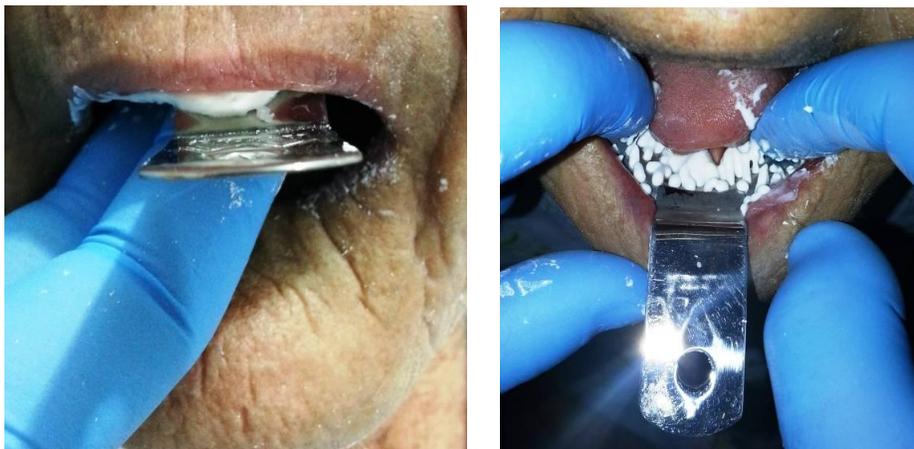


Figura 5. Impresión preliminar superior

(Ortiz, 2014).

Pasados dos o tres minutos se retiran las impresiones de boca y se desinfecta las impresiones con agua. (Figura 7).



Figure 7. Impresiones fuera de boca

(Ortiz, 2014)

7.2.- Vaciado del Modelo Diagnóstico

Los modelos se los vació con yeso piedra inmediatamente después de haber tomado las impresiones preliminares. (Figura 8).



Figura 8. Vaciado del Modelo Diagnóstico

(Ortiz, 2014).

7.3.- Bloqueo y alivio con cera

Se graficó en los modelos las zonas primarias y secundarias que soportan las fuerzas de presión. (Figura 9 y 10).



Figure 10. Bloqueo y Alivio con Cera Modelo Superior

(Ortiz, 2014).

7.4.- Confección de la cubeta de impresión

La confección de las cubetas de impresión se las realizó con resina de autopolimerización (acrílico). El polvo y el polímero se los mezcla en cantidades iguales.

Los modelos diagnóstico se los aisló con vaselina para evitar que el acrílico se adhiera al mismo.

Con el material sobrante deacrílico se confecciona un mango que se coloco a 90 grados en la cubeta de impresión del maxilar inferior y a 45 grados en el caso de la cubeta de impresión del maxilar superior. (Figura 11 y 12).

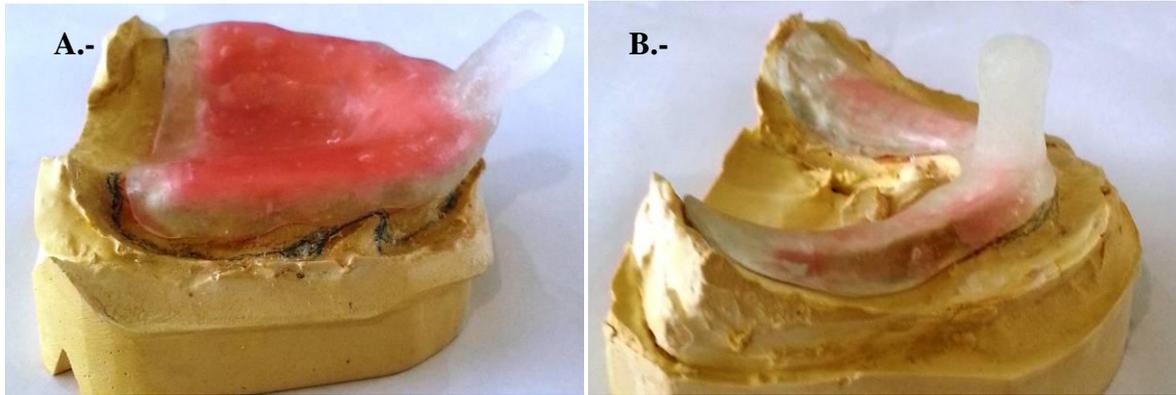


Figura 11. A.- Confección de Cubeta de Impresión Superior.

B.- Confección de Cubeta de Impresión Inferior

(Ortiz, 2014).



Figura 12. A.- Cubeta de Impresión Superior Finalizada

B.- Cubeta de Impresión Superior Finalizada

(Ortiz, 2014).

7.5.- Impresiones finales y creación de modelos diagnóstico.

Se pidió al paciente que no utilice sus antiguas prótesis por un lapso de 24 horas, para que los tejidos se recuperen y de esta forma conseguir una impresión final más detallada de los rebordes del paciente.

7.6.- Moldeado de borde (recorte funcional)

Para este paso se utilizó una lámpara de alcohol, vaselina, un bisturí para cortar los excesos del material y lo más importante un compuesto de modelar (godiva).

En el modelo superior se debe colocar el compuesto de modelar por zonas a nivel de la cubeta, primero a nivel del flanco derecho o izquierdo, después desde la zona del canino hasta la papila incisal y por ultimo colocamos a nivel de la zona posterior de de la cubeta. (Figura. 13).

Una vez colocado el compuesto de modelar ingresamos la cubeta en agua relativamente caliente la dirigimos hacia la boca. (Figura. 14).

Cada vez que se ingresó la cubeta con el compuesto de modelar caliente a la boca se moldea esa zona tomando el carrillo entre el dedo pulgar y los demás dedos llevando hacia afuera, abajo, adentro. De esta forma se logro la confección total del moldeado de los bordes. (Figura. 15).



Figura 13. Colocación del compuesto de modelar por zonas.
(Ortiz, 2014).



Figura 14. Cubeta con compuesto de modelar en boca
(Ortiz, 2014).



Figure 15. Modelado de Bordes Finalizado

(Ortiz, 2014).

7.7.- Moldeado de bordes del arco mandibular.

Este paso no fue posible realizarlo en el arco mandibular ya que el paciente presentaba gran reabsorción ósea. Por esta razón se iban a presentar muchas dificultades

7.8.- Toma de impresión final

Antes de tomar las impresiones se retiró la cera tanto de la cubeta superior e inferior.

Como siguiente paso se realizó un orificio en la cubeta superior de esta forma el material de impresión fluiría con mayor facilidad ejerciendo menos presión sobre los tejidos del paciente.

(Figura, 16).



Figure 16. Confección de orificio en la Cubeta

(Ortiz, 2014)

Para la impresión se utilizó silicona de condensación mientras que para la impresión inferior el utilizar la pasta mediana de condensación nos ayuda para el modelado de los bordes del arco mandibular y a la vez para la impresión final. (Figura 17).

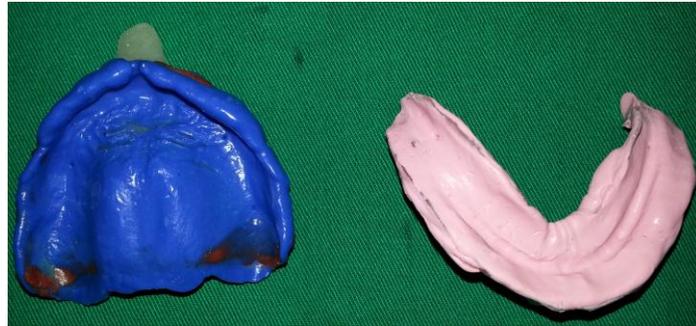


Figura 17. Impresiones Finales Superior e Inferior

(Ortiz, 2014).

7.9.- Creación del modelo final

La creación del modelo final se lo realizo con el vaciado de yeso piedra. Observamos que sea un modelo adecuado que no tenga burbujas, huecos y que presente la fidelidad exacta de todos los tejidos blandos. (Figura, 18).



Figura 18. Modelos Finales

(Ortiz, 2014)

7.10.- Base de registro

Las bases de registro tanto del maxilar superior como inferior se los confecciono sobre los modelos finales con resina autopolimerizable que es el material ideal (acrílico).

Se colocó vaselina en los modelos para evitar que la resina autopolimerezables se adhiera a los modelos.

El polvo con el polímero se los mezcló en cantidades de 3 a 1 y se colocó el material sobre los modelos finales tratando de cubrir la totalidad de los tejidos de soporte. (Figura 19).



Figura 19. Confección de Cubetas Finales

(Ortiz, 2014).

Una vez polimerizado el material se lo retiró de los modelos definitivos y se realizó un alisado y corte de los bordes cortantes y excesos de las cubetas. (Figura 20).



Figure 20. Recorte de excesos y Bordes cortantes

(Ortiz, 2014).

Finalmente terminaremos la confección de las cubetas definitivas (Figura 21).



Figura 21. Cubetas definitivas finalizadas

(Ortiz, 2014).

7.11.- Confección de rodete de oclusión.

Se realizó la confección de los rodetes de oclusión con cera de base rosada.

Se tomó en cuenta las medidas indicadas en cada uno de los rodetes en este caso los rodetes de oclusión del maxilar superior tienen las medidas de 22 mm de altura desde la hendidura que crea el frenillo lingual y 18 mm en el arco inferior. A nivel del plano oclusal debe medir de 8 a 10 mm en la zona posterior de los molares y 6 a 8 mm en la zona anterior de los incisivos y caninos. (Figura 22).



Figura 22. Rodete de Oclusión Superior

(Ortiz, 2014).

El rodete inferior se debe encontrar a la altura de la almohadilla retromolar e igual que los rodetes superiores a nivel oclusal deben medir de 8 a 10 mm en la parte posterior y de 6 a 8 mm en la parte anterior. (Figura 23).



Figure 23. Confección de Rodete Inferior

(Ortiz, 2014)

7.12.- Largo Incisal y estético

Se observo que el borde incisal quede ligeramente por debajo del labio superior relajado. (Figura 24).



Figura 24. Largo incisal

(Ortiz, 2014).

También se marco la linea media en el rodete, tomando como guía el filtro del labio del paciente, la nariz o el mentón, la línea canina tomando en cuenta el ala de la nariz del paciente del lado derecho e izquierdo y la línea que nos dará la referencia de la altura de los dientes. (Figura 25).



Figura 25. Línea Media, Línea Canina.

(Ortiz, 2014).

7.13.- Conformación del plano oclusal

En este paso se utilizó un Plano d Fox para definir el plano oclusal el cual nos ayudara a establecer un paralelismo entre el plano anterior y la línea interpupilar y el plano anteroposterior paralelo al plano de Camper (línea ala trago). (Figura 26).



Figura 26. Conformación del plano oclusal por medio de una Platina de Fox

(Ortiz, 2014).

7.14.- Montaje del modelo superior en el articulador

Para este paso se utilizó un arco facial arbitrario el cual se guía con ciertos puntos faciales para conseguir la posición del maxilar superior con respecto al eje orbitario y al eje de bisagra.

Para fijar la horquilla a la base de registro y rodetes de oclusión se realizó una llave de pasta de condensación y se procedió a fijar la horquilla a la parte anterior del arco facial mientras el paciente tiene la misma en la boca. (Figura 27).



Figura 27. Fijación de Horquilla al Rodete de Oclusión
(Ortiz, 2014).

Una vez que se obtuvo el registro se retiró tanto el arco facial como la base de registro y el rodete de oclusión de boca y se lo desinfectó antes de colocar el modelo superior en el registro. (Figura 28).



Figura 28. Toma de Registro con el Arco Facial A.- Toma Superior. B.- Toma Lateral

(Ortiz, 2014).

Inmediatamente se colocó el arco facial en el articulador y se fijó el modelo con yeso piedra. (Figura 29).

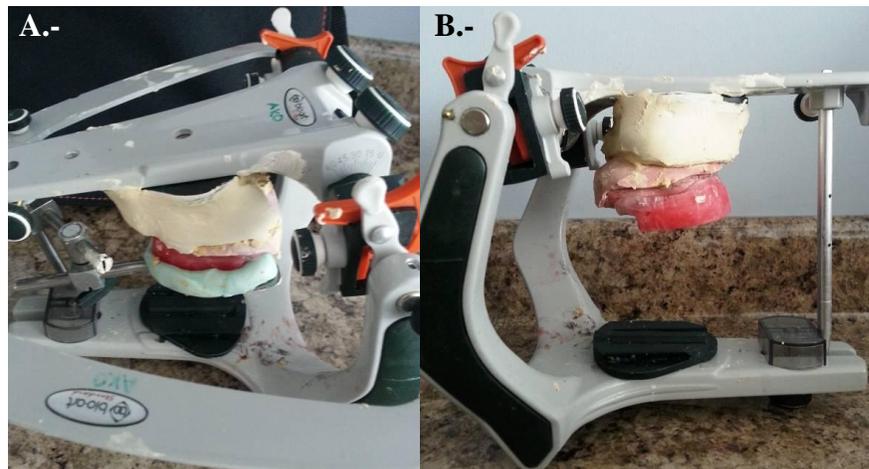


Figura 29. Fijación del Modelo Superior en el Articulador Semi ajustable A.- Arco facial articulado al articulador. B.- Fijación de Modelo Finalizado.

(Ortiz, 2014).

7.15.- Establecimiento de la dimensión vertical de la oclusión

Antes de encontrar la dimensión vertical en oclusión se debe encontrar la dimensión vertical en reposos realizando una serie de mediciones en diferentes puntos faciales.

Como primer paso se grafico dos puntos a nivel de la zona más prominente del mentón y el otro punto en la mitad del filtro de los labios. La medición de la dimensión vertical en reposo se la puede hacer con una regla flexible, un compas pero en este caso se utilizó un instrumentó llamado pie de rey ya que se obtiene medidas más exactas. (Figura 30).

Se pidió al paciente que cierre suavemente los labios hasta que se topen ligeramente y se debe realizo la medición de los puntos ya antes dibujados por tres beses. A la medida de la DVR se la restó 3 mm y el resultante fué la DVO tentativa. (Figura 31).



Figura 30. Pie de Rey
(Ortiz, 2014).



Figura 31. Toma de DVR.
(Ortiz, 2014).

Como siguiente paso se modificó el rodete de oclusión en el arco inferior de modo que quede a la mitad de las almohadillas retromolares en la zona posterior y por debajo de las comisuras en la parte anterior, una vez modificado se colocó el registro y rodete de oclusión y se pidió al paciente que muerda suavemente hasta que se logre obtener la DVO tentativa con los rodetes en boca.

7.16.- Determinación de la posición de relación céntrica

En este caso la relación céntrica del paciente no se modificó. Se utilizó la misma relación céntrica que la paciente tenía con sus anteriores prótesis.

7.17.- Articulado del modelo inferior

Antes de articular el modelo inferior se unió el rodete superior con el rodete inferior para que de esta forma sea más fácil trasladar de la boca del paciente a él articulador y con esto poder articular el modelo inferior. (Figura 32 y 33).



Figure 32. Unión del Rodete Superior al Rodete Inferior

(Ortiz, 2014).

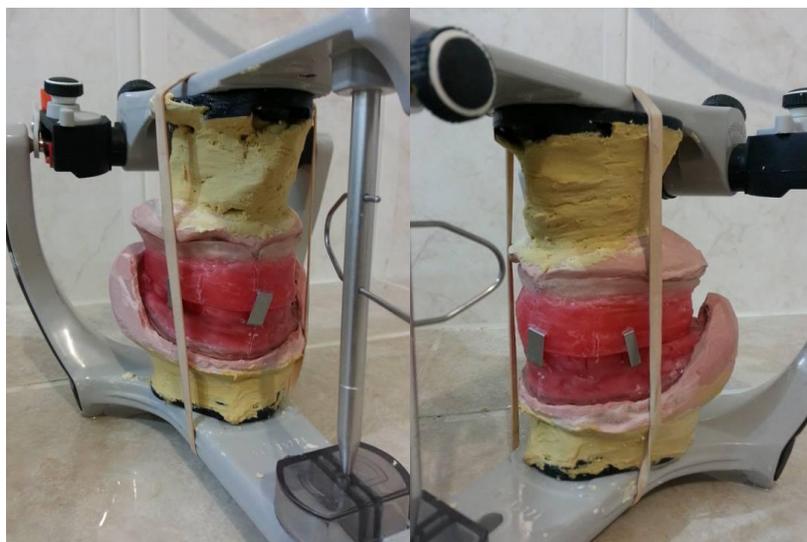


Figure 33. Articulado del Modelo Inferior

(Ortiz, 2014)

7.18.- Enfilado de los dientes

Antes del enfilado de los dientes se eligió el material, color y forma de los dientes. El material adecuado de los dientes fué de resina por su fácil desgaste, su costo y el sonido al masticar es agradable.

Para el color de los dientes y la forma se utilizó como guía las prótesis anteriores de la paciente conjuntamente con el criterio del paciente y el operador.

Finalmente se pidió al mecánico dental que al enfilear los dientes lo haga con una oclusión balanceada ya que es la oclusión indicada en pacientes edéntulos. Con este tipo de oclusión se evita que las prótesis se salgan de su lugar. (Figura 34).



Figure 34. Enfilado de Dientes

(Ortiz, 2014)

7.19.- Prueba de las prótesis en cera.

Para esta prueba se observó que el paciente se sienta cómodo con las prótesis, la retención, que no lastime los tejidos del paciente y sobre todo la oclusión.

Si no encontramos ninguna falla en las prótesis y el paciente está de acuerdo con el color y la estética de las prótesis se procede a terminar las mismas.

7.20.- Instalación de prótesis totales terminadas.

Se pulieron las irregularidades o asperezas de las prótesis ya que estas pueden causar trauma en la mucosa del paciente. (Figura 35).

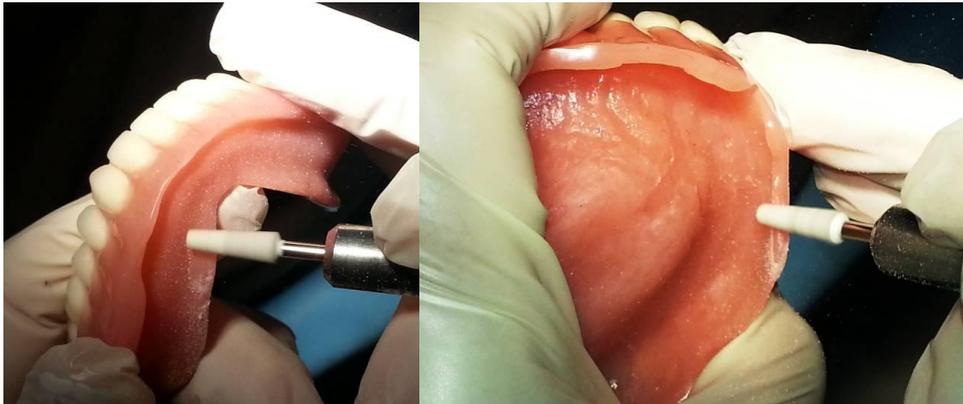


Figure 35. Desgaste de irregularidades antes de la Instalación de las Prótesis
(Ortiz, 2014).

Finalmente se instalan las prótesis en la boca del paciente. (Figura, 36).

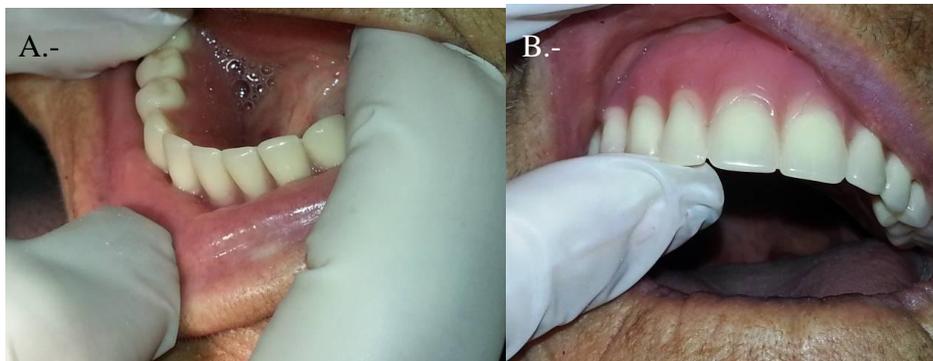


Figure 36. Instalación Final de Prótesis en Boca. A.- Modelo inferior. B.- Modelo Superior.

(Ortiz, 2014).

Finalmente podemos realizar una comparación por medio de fotografías de las prótesis que la paciente presentaba al momento de acudir por primera vez a la clínica, con las prótesis que actualmente está utilizando. Podemos observar la gran diferencia en la sonrisa, mordida y estética sacando la conclusión de que fue una rehabilitación exitosa con la cual la paciente se siente a gusto. (Figura 37 y 38).

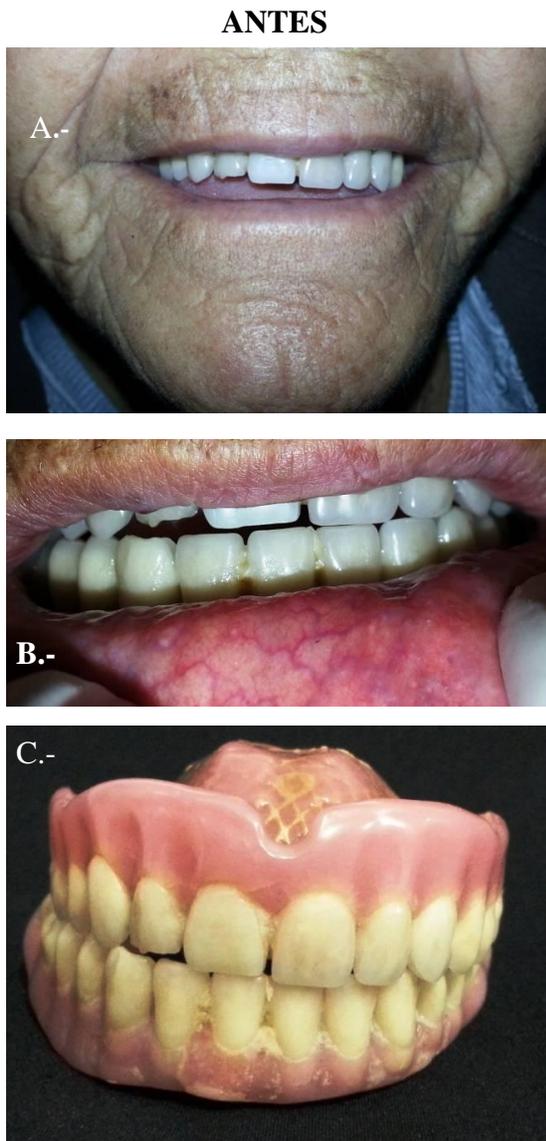


Figura 37. Prótesis Anteriores del Paciente.

A.- sonrisa no estética. B.- Mala Mordida. C.- Prótesis deterioradas

(Ortiz, 2014).



Figura 38. Prótesis Actuales del Paciente.

A. Sonrisa Armónica. B. Mordida Balanceada. C. Prótesis nuevas

(Ortiz, 2014).

8.- DISCUSION

En la introducción de este trabajo se dejó muy en claro la importancia que tienen una correcta elaboración paso a paso de una prótesis para pacientes totalmente desdentados además de la importancia de la salud oral a lo largo de nuestra vida conjuntamente con una adecuada higiene y prevención para la conservación de la misma.

Una mala higiene producirá la pérdida progresiva de las piezas dentarias finalizando en un paciente desdentado, el factor por el cual la calidad de vida del paciente disminuirá. (Hernández, 2006).

De la misma forma se hondo en las razones claves por las cuales el paciente que utiliza prótesis totales quiere cambiarlas llegando a la conclusión de que puede existir la presencia de dolor, problemas en su apariencia como desgaste, fractura o descoloración de los dientes y finalmente una disminución progresiva del funcionamiento de las prótesis al momento de hablar o masticar algún alimento. (Martínez, 2011).

De esta forma se indago el porqué los paciente buscan la ayuda de un odontólogo y así poder brindarle un tratamiento que satisfaga sus necesidades.

El manejo de una calidad de vida adecuada en un paciente es un factor muy importante que todos los odontólogos deberían tomar en cuenta para brindar un tratamiento de calidad a pacientes geriátricos. De esta forma se puede afirmar que al realizar un tratamiento odontológico bien planificado y minucioso se puede aumentar la calidad de vida del paciente a grandes escalas obteniendo mejores resultados a largo plazo que dejaran satisfecho tanto al odontólogo como al paciente. (Meneses, 2010).

Cuando hablamos de calidad de vida en salud oral nos referimos a la evaluación del estado de salud oral, riesgos, objetivos, y plan de tratamiento, todo con el afán de obtener los mejores resultados con respecto a la calidad de vida de los pacientes. (Meneses, 2010).

Si bien podemos observar que gran parte de los cambios morfológicos y fisiológicos se presentan en una persona a medida que esta va envejeciendo. (Duarte, 2012).

Muchos de los problemas que presenta el paciente a nivel de su salud general como bucal es porque no existe una buena nutrición, presentan problemas dentales, mentales además de enfermedades sistémicas de importancia que aparecen justamente porque el paciente presenta menos resistencia a las infecciones y una menor defensa frente a ciertos microorganismos que producirán enfermedades. (Duarte, 2012).

Es importante tener en cuenta que el tratar con pacientes geriátricos requiere de paciencia y mucho acierto ya que la gran mayoría acarrean problemas emocionales y psicológicos además de fobias a un tratamiento odontológico; de ante mano hay que entender que todos estos factores podrán ser un limitante para que exista una correcta relación entre operador-paciente, e indiscutiblemente el numero de citas será mayor al planificado con anterioridad. (Duarte, 2012).

La confianza será el primero paso a tratar, así se logró crear una buena relación con el paciente. El explicar con claridad todo el tratamiento al paciente o a la persona que está encargada del paciente fue un factor primordial para evitar conflictos o complicaciones a lo largo del tratamiento. Así se pudo observar como el paciente cooperó facilitando el tratamiento. (Duarte, 2012).

Antes de comenzar cualquier tratamiento odontológico, así sea mínimamente invasivo tendremos que cerciorarnos que el paciente no presente ninguna enfermedad sistémica de importancia. Si el paciente no se encuentra bajo tratamiento médico o estable es importante detener el tratamiento hasta que el médico de cabecera nos lo indique. En este caso nuestro paciente presentaba gastritis y problemas de hipertensión pero estaba totalmente controlado y con su medicación al día. (Duarte, 2012).

Una vez que se observaron todos estos factores y estando seguros que no tendremos ninguna complicación en un futuro se realizó una anamnesis minuciosa del paciente en la cual no se encontró ninguna patología de importancia.

De esta forma se pudo diagnosticar que nuestro paciente presenta un edentulismo total tanto superior como inferior por lo que se decidió conjuntamente el realizar una prótesis total mucosoportada que le devuelva las principales funciones masticatorias, una buena apariencia además de los principios biomecánicas de la prótesis. (Arrighi, 1998; Koeck, 2007; Rahn, 2009).

Con respecto a la confección de la prótesis se pudo observar que los pasos que nos dicen en la literatura son los mismos a realizar en la práctica con ciertos cambios o diferencia muy insignificantes como técnicas, materiales, métodos. (Koeck, 2007; Rahn, 2009).

Se discrepo mucho en si realizar o no un sellado periférico a nivel del maxilar inferior ya que el paciente presentaba una gran reabsorción ósea por no decir su totalidad lo cual nos impediría realizar a cabalidad este paso. A su vez se le informo al paciente que por la gran reabsorción que presentaba no podíamos dar un diagnostico favorable a la prótesis inferior pero si mucha más retención y estabilidad que sus prótesis anteriores. Finalmente se decidió saltar

este paso y evitarnos posteriores complicaciones. Llegando a ser la mejor decisión ya que el evitar realizar el sellado periférico no fue un factor que nos estanco en la confección de las prótesis.

Una vez finalizada la confección de las prótesis es indispensable dar ciertos consejos y recomendaciones de cómo cuidar e higienizar las prótesis además de los cuidados para que estas perduren sin cambiar de color o arruinarse con mayor facilidad.

El que el paciente se acostumbre a sus nuevas prótesis requiere de mucha paciencia y constancia. En la literatura algunos autores hablan que para que exista una mayor adaptación del paciente a las prótesis deberá utilizar las mismas incluso al momento de dormir y únicamente retirarlas después de cada comida para su higienización. Esto puede causar un gran debate entre odontólogos ya que no siempre sería lo más indicado el permitir que el paciente duerma con las prótesis ya que si bien podría esta indicación permitir una mayor adaptación de las prótesis en un menor tiempo también se producirá una mayor reabsorción ósea por las constantes e intermitentes fuerzas que están soportando los rebordes alveolares. Por esta razón será muy importante evaluar y avaluar la necesidad frente a la complicación que puede acarrear. (Corona, 2007; Torres, 2000).

Así en concordancia con los datos que aparecen en la literatura reciente sobre las propiedades y pasos para confeccionar una prótesis podemos estar de acuerdo que nos brinden resultados que avalan el uso de los mismos en el contexto de los pacientes desdentados que serán rehabilitados a través de prótesis. (Hernández, 2006).

Estos resultados nos ofrecerán mejoras en el paciente tanto en el aspecto físico (capacidad para masticar, buena digestión, poder hablar bien), como en los aspectos afectivos y de relaciones sociales (poder acudir a una reunión social o a un restaurant evitando los comentarios desfavorables por su condición desdentada, repercusiones en el ámbito familiar, sintiéndose más a gusto con su salud oral al colocarle sus prótesis totales). (Hernández, 2006).

Concluimos diciendo que la salud oral no puede separarse de la salud general, teniendo la rehabilitación de los dientes un profundo impacto en la calidad de vida, ya que influye en la salud física, en la capacidad de comer y hablar; en la salud mental y en el rol social, mejorando los contactos sociales y la vida activa. (Hernández, 2006).

“Vemos que la integridad del cuerpo humano es la base para que pueda existir una adecuada funcionalidad entre el órgano y sistema correspondiente. La boca no es una excepción, pudiéndose contar con una prótesis total para reemplazar los dientes perdidos. Esto es una condición importante, no sólo para la masticación y la nutrición, sino también en la estética de la persona, así como en el mecanismo del lenguaje y de la interrelación personal”. (Hernández, 2006, p.190).

9.- CONCLUSIONES.

Al finalizar el tratamiento se consiguió asegurar una calidad de vida satisfactoria para el paciente portador de prótesis total al devolverle su funcionalidad masticatoria, fonética y estética.

Se consiguió motivar al paciente frente al tratamiento protésico donde se incluyó la explicación adecuada del tratamiento e interés durante la anamnesis

Se logró cumplir las expectativas iniciales del tratamiento como la recuperación de salud bucal, estética y funcional independientemente de la calidad técnica de las prótesis.

10.- RECOMENDACIONES.

El crear un ambiente agradable para la atención odontológica permitirá que los temores del paciente disminuyan.

Es necesario minimizar el tiempo de trabajo al paciente; de esta forma se conseguirá una mayor colaboración del mismo frente al tratamiento.

Una vez instaladas las prótesis en el paciente, la paciencia va a ser un factor muy importante con el objetivo de que el odontólogo corrija los defectos para el bienestar del mismo.

El uso constante y la adaptación del paciente a las prótesis serán necesarios para que así consiga un dominio de las mismas hasta sentirse comfortable.

El desenvolverse con las prótesis y aprender a hablar con ellas va a requerir de algunas horas de practica frente al espejo.

Se recomienda que el paciente se alimente adecuadamente, en especial con alimentos blandos durante los primeros días, de esta forma evitaremos que los rebordes del paciente se lastimen o se laceren.

El paciente debe comprender que las prótesis pueden tener una ligera inestabilidad frente al bostezo, tos, carcajadas, estornudo, vomito. Deberán aprender a manejar estos factores que posiblemente pueden desanimar al paciente.

Se debe comentar al paciente que las prótesis no se rompen fácilmente pero que tampoco son irrompibles, su duración dependerá del material que este confeccionado conjuntamente con el cuidado que le d el paciente.

11.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Aguilar, E. (2002). Prótesis total en una cita. Revista Med Oral. 4(2). Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=81&id_seccion=29&id_ejemplar=12&id_revista=6
2. Arrighi, P. (1998). Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela. Acta Odontológica Venezolana. Recuperado de http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/actitud_paciente_tratamiento.asp
3. Castillo, R. (2009). Principios biomecánicas en el diseño de prótesis completa. Revista Gaceta Dental. Recuperado de <http://www.gacetadental.com/2009/03/principios-biomecnicos-en-el-diseo-de-prtesis-completas-31370/>
4. Brenes, E. (2005) Elaboración de Prótesis Total. Presentación de un Caso Clínico. Revista Científica Odontológica. 1(1). Recuperado de <http://colegiodentistas.org/revista/index.php/revistaodontologica/article/view/11>
5. Corona, M. (2007). Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales. Revista Cubana de Estomatología. 44(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400013
6. Cueva, C. (2011). Resinas Acrílicas. Instituto de Ciencias de la Salud. Recuperado de http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/M_D_9.pdf
7. Deguchi, O. (1995). Prosthodontia Total. Ciudad Universitaria, México: Universidad Nacional Autónoma de México

8. Duarte, T. A. (2012). Consideraciones en el Manejo Odontológico del Paciente Geriátrico. Revista Científica Odontológica. 8(1). Recuperado de <http://colegiodentistas.org/revista/index.php/revistaodontologica/article/view/132/250>
9. Espinosa de la Sierra, R. (1995). Diagnostico Práctico de Oclusión. México, D.F. Editorial Médica Panamericana.
10. Esquivel, R & Jiménez, J. (2012). Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. Revista ADM. 69(2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf>
11. Fernandez, J., Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Revista Española Salud Pública. 84(2). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n2/especial4.pdf>
12. Forcén, A. Martínez, J & Ruiz, M. (2011). Articuladores: Historia, Fundamentos y Consideraciones Clínicas. Revista Europea de Odontoestomatología. Recuperado de <http://www.redoe.com/ver.php?id=117>
13. Gómez, M. A. (2012). Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. Revista Estomatológica Herediana. 22(2). Recuperado de http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n2/vol22_n2_12_reh_art01.pdf
14. Hernández, M. (2011). Rehabilitación oral para el paciente geriátrico. Bogotá: Editorial Unibiblos.
15. Hernández, R., Calderón, R., Fernández, J., & Cueto, A. (2006). Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa

- mucosoportada. Revista cubana de Estomatología. 11(2), 181-191. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2006000200003&script=sci_arttext
- 16.** Jiménez, B., & Gómez, C. (1996). Evolución de la calidad de vida. Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Recuperado de <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>
- 17.** Kertesz, G. (2007). Impresiones para el desdentado total. Revista RAAO. 42(2). Recuperado de <http://www.ateneo-odontologia.org.ar/revista/xlvi02/articulo4.pdf>
- 18.** Koeck, B. (2007). *Protesis Completas. Practica de la odontología*. Barcelona, España: Elsevier Mason.
- 19.** Marcano, G. (1998). Anamnesis para el paciente anciano. Acta Odontológica Venezolana. Recuperado de http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/anamnesis_paciente_anciano.asp
- 20.** Marte, E. & Gómez, R. (1997). Efectos Colaterales en Pacientes con tratamientos Antihipertensivos en la Clínica Rural de Guayajayuco en el Periodo Abril-Agosto de 1997. Revista Med Dom. 58(3). Recuperado de <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/1997/58/03/RMD-1997-58-03-033-035.pdf>
- 21.** Martínez, B. (2011). Prótesis dental. Aspectos que orientan sobre su elaboración y empleo en los pacientes. Universidad Experimental Rómulo Gallegos, San Juan de Los Morros.
- 22.** Meneses, E. (2010). *Salud Bucodental y calidad de vida oral en los mayores*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

23. Moreno, J. Montoya, A. Gómez, D & Arboleda, A. (2012). Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edéntulo bimaxilar que acude a la facultad de odontología de la universidad de Antioquia: Un estudio Piloto. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 24(1).
24. Moreno, M. (2011). El ABC de la protodoncia total. México: Editorial Trillas.
25. Morris, J. (2011). Diagnostico y Plan de tratamiento. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
26. Obrecht, M. (2011). Caracterización de los dientes en prótesis removible: “personalización de la forma y color”. Labor Dental Clinica. 12(2). Recuperado de http://www.esorib.com/articulos/caract_dientes.pdf
27. Prieto, M. & Cadorin, M. (2008). Estado actual del método la toma de color en prótesis dental. Revista Gaceta Dental. 193. Recuperado de <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=617469>
28. Rahn, A. Ivanhoe, J. & Plummer, K. (2011). Prótesis Dental Completa. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
29. Rodríguez, J. & Martínez, T. (2008, Abril – Junio). La xerostomía en pacientes con prótesis dental. Revista Cubana de Estomatología. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000200010
30. Rosentiel. Land. Fujimoto. (2009) Prótesis Fija Contemporáneo. Barcelona, España: Editorial Elsevier.
31. Silva, L. (2006). Higienitas Dentales (Personal Estatuario de servicio de salud Castilla León. Editorial MAD

- 32.** Telles, D. (2011). Prótesis Total. Convencional y sobre implantes. Sao Paulo: Livraria Santos Editorial
- 33.** Torres, E. & Rosales, M. (2000). Relación entre el uso nocturno y la adaptación a la prótesis estomatológica. Revista Cubana de Estomatología. 37(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000200001
- 34.** Urban, C. (2013). Guía para prótesis completa. Vita. 1(11), 1-147. Recuperado de <http://www.protesidentalsevilla.com/pdf/guiaprotesiscompletavita.pdf>
- 35.** Valle, R. Godoy, L. & García, O. (2007). Adhesivos para prótesis completa: situación actual. SciELO. 12(4). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2007000300004&script=sci_arttext
- 36.** Villafranca, F. (2006). Técnico Especialistas Higienitas Dental del SERGAS. España: Editorial MAD.

12.- ANEXOS

Anexo 1

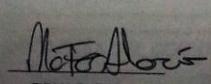
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD.UO		COD.LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA			
UIDE		Clínica UO1				Rum Pichin			5993			
1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN												
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CEDULA DE CIUDADANIA				
Núñez		Procel		Enma		Soledad		1700461591				
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N°-MANZANA Y CASA)				BARRIO		PARROQUIA		CANTÓN		PROVINCIA	ZONA SUR	N° TELEFONO
Conocoto - Urb Acosta Soberon				Conocoto Rom		Pichin		Pichin				2071510
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD/PAIS	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO M F	ESTADO CIVIL SOL CAS DIV VIU U-L			INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO			
15-5en-28	Chimborazo	Ecuato	Mestizo	89	X							
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE				
18-sept2013		Sobillado						Alejandro Ortiz				
EN CASO NECESARIO LLAMAR A			PARENTESCO AFINIDAD		DIRECCIÓN		N° DE TELEFONO					
Giomara Núñez			Hija.		Conocoto - Acosta Soberon		0935008686					
<small>COD-CÓDIGO U-URBANA R-RURAL M-MASCULINO F-FEMENINO SOL-SOLTERO CAS-CASADO DIV-DIVORSIADO VIU-VIUDO U-L=UNIÓN LIBRE</small>												
										CÓDIGO		
										ADMISSIONISTA		
AUTORIZACIÓN												
FECHA: 18/Sep/2013												
YO: Enma Núñez con CI N° 1700461591												
<p>En conocimiento que la Clínica de especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza especialistas y estudiantes.</p> <p>Se me ha explicado adecuadamente las actividades esenciales que se realizaran sobre el tratamiento de mis problemas bucales.</p> <p>AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiendome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.</p>												
NOMBRE PACIENTE: Enma Núñez												
 FIRMA PACIENTE												
ESTUDIANTE: Alejandro Ortiz												
TUTOR: Dra. Alarcón												
 FIRMA TUTOR												

Figura 1. Historia Clínica, Datos Generales del Paciente.

Anexo 2

IDENTIFICACION
 NOMBRE: Carina Judith APELLIDO: Núñez Procel SEXO: F EDAD: 85 AÑOS
 N° HISTORIA CLÍNICA: 8993

MOTIVO DE CONSULTA
Quiero cenar nuevas dentaduras

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Paciente no presenta Sintomatología
Paciente operada de la rodilla, fractura.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
 1. ALERGIA ANTIBIÓTICO 2. ALERGIA ANESTESIA 3. HEMO-RRAGIAS 4. VIRUSIDA 5. TUBERCULOSIS 6. ASMA 7. DIABETES 8. HIPERTENSIÓN 9. ENF. CARDIACA 10. OTRO
AP: Hipertensión, Presión Alta (amproazol, gastritis)

4 SIGNOS VITALES
 PRESIÓN ARTERIAL: 110/70 FRECUENCIA CARDÍACA: 70 TEMPERATURA: 35 F. RESPIRATORIA: 16

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
 1. LABIOS 2. MEJILLAS 3. MAXILAR SUPERIOR 4. MAXILAR INFERIOR 5. LENGUA 6. PALADAR 7. PESO 8. CABELLOS
 9. GLÁNDULAS SALIVALES 10. ORO FARENJE 11. A.T.M. 12. GANGLIOS
6: Paladar (pequeño brus)

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

RECESIÓN	<input type="checkbox"/>														
MOVILIDAD	18	17	16	15	14	13	12	21	22	23	24	25	26	27	28
VESTIBULAR	<input checked="" type="checkbox"/>														
LINGUAL	<input type="checkbox"/>														
VESTIBULAR	<input checked="" type="checkbox"/>														
MOVILIDAD	48	47	46	45	44	43	42	31	32	33	34	35	36	37	38
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>														

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES			PLACA 0-1-2-3-9	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1	LEVE
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	0	28	0	28
d	C	e	O	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rep	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRIODA (OTRA CALISA)	≡	PRÓTESIS TOTAL
* act	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊠	CORONA
X rep	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS Fija	○ azul	OSTURADO
X act	PÉRIODA POR CARRIS	(---)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES

Figura 2. Historia Clínica, Motivo de la consulta, Antecedente de Importancia, Examen Extraoral e Intraoral.

Anexo 4


UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
FICHA CLÍNICA DE PRÓTESIS TOTAL

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: Dr. Alarcón No Historia: 5993

Nombre del Paciente: Grma. Núñez

Desde cuando usa prótesis total?
Más de 20 años

La última prótesis hace que tiempo le pusieron? 20 años

Le hicieron algún rebase? SI NO: Hace que tiempo: 1 año Prótesis Inf.

Le lastima? Si No Esta floja? Si No Usa pega? Si No Prótesis Inf.

EXAMEN CLÍNICO DE LA BOCA

LABIOS: Poco Secos, sin Patología

CARRILLOS: sin Patología, normales

SALIVA: Líquida

MOVIMIENTOS MANDIBULARES: Normales, ATM sin problema

EXAMEN CLÍNICO DEL ÁREA PROTÉSICA

MAXILAR SUPERIOR

Figura 4. Ficha Clínica de Prótesis Total

Anexo 5

Reborde gingival: Alto..... Bajo........ Normal.....
Reabsorbido..... Estrangulado..... En lámina........ Mixto.....
Forma: triangular...... Ovoidal..... Cuadrado.....
Presencia de torus... No.....
Tipo de mucosa: resiliente..... fibrosa..... flácida........ Hipertrofiada.....
Inserción de frenillos: Alto:.......... Baja.....
Paladar: Ojival..... Normal........ Plano.....
MANDIBULA:
Reborde gingival: Alto..... Bajo........ Normal.....
Reabsorbido..... Estrangulado..... En Lámina........ Mixto.....
Tipo de mucosa:
resiliente..... fibrosa........ flácida..... hipertrofiada.....
Inserción de frenillos: alto..... bajo........
Piso de la boca: normal..... presencia de glándulas........
Lengua: Normal........ Macroglosia.....
Presencia de torus mandibular Si..... No........
Presencia de lesiones: Si..... No........ De qué tipo?.....
Espacio intermaxilar en mm: cuánto.....
Paciente: Receptivo........ Indiferente..... Con problemas.....
Observaciones:
Otras patologías: No..... Distancia de ATM... No.....
PRONOSTICO: Favorable... superior..... Desfavorable... Inferior.....
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
[Firma]
FECHA: 19/Sep/2013

Figura 5. Ficha Clínica Prótesis Total