



ODONTOLOGÍA

**REHABILITACIÓN ORAL COMPLETA DE PACIENTE GERIÁTRICO
SISTÉMICAMENTE COMPROMETIDO, PARCIALMENTE EDENTULO Y CON
PERIODONTITIS SEVERA. REPORTE DE CASO**

Tesis previa a la obtención del título de Odontólogo

**AUTOR: Paula Anahi
Montufar Gallardo**

**TUTOR: Dr. Julio
Alejandro Ortiz Núñez**

OCTUBRE- 2023

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Paula Anahi Montufar Gallardo, con cédula de identidad 175072405-4, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, Reglamento y Leyes.



Paula Anahi Montufar Gallardo

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Julio Alejandro Ortiz Núñez, certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo el responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Julio Ortiz', is written over a solid horizontal line. The signature is stylized and cursive.

Dr. Julio Alejandro Ortiz Núñez

DIRECTOR DE TESIS

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA	2
APROBACIÓN DEL TUTOR	3
ÍNDICE	4
LISTA DE TABLAS	6
LISTA DE FIGURAS.....	7
RESUMEN.....	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	15
MARCO TEÓRICO	16
1. CAPÍTULO I: MANEJO DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN ODONTOLOGÍA	16
1.1. Características del adulto mayor	18
1.2. Salud oral y atención preventiva del Adulto Mayor	19
1.3. Manejo odontológico de paciente geriátrico	19
2. CAPITULO II: RELACIÓN ENTRE LA HIPERTENSIÓN Y LA PERIODONTITIS	21
2.1. Relación entre la hipertensión y la periodontitis.....	24
3. CAPITULO III: EDENTULISMO Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA.....	26
3.1. Edentulismo Parcial	27
3.2. Clasificación de Kennedy	27
3.3. Reglas de Applegate.....	28
3.4. Edentulismo total.....	29
3.5. Calidad de vida y salud bucodental	30
4. CAPITULO IV: REHABILITACIÓN Y PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL.....	31
4.1. Principios Biomecánicos de una prótesis total	32
4.2. Zonas Protésicas del maxilar.....	34
4.3. Zonas Protésicas de la mandíbula.....	36
4.4. Protocolo para la realización de Prótesis total	39
CASO CLÍNICO.....	48
5. Historia Clínica	48
5.1. Datos Generales.....	48
5.2. Motivo de Consulta.....	48

5.3.	Enfermedad o problema actual	48
5.4.	Antecedentes Personales y Familiares	48
5.5.	Signos Vitales	48
5.6.	Examen del Sistema Estomatognático.....	48
5.7.	Examen clínico	49
5.8.	Odontograma.....	53
5.9.	Indicadores de Salud Bucal	53
5.10.	Índices CPO-ceo	53
5.11.	P.S.R (Registro Periodontal Simplificado)	53
5.12.	Índice de placa	54
5.13.	Periodontograma.....	54
6.	Exámenes complementarios.....	56
6.1.	Radiografía Panorámica	56
6.2.	Biometría Hemática	56
6.3.	Coagulación.....	56
6.4.	Bioquímica Clínica	57
6.5.	Química sanguínea.....	57
7.	Diagnóstico.....	58
7.1.	Diagnóstico Presuntivo	58
7.2.	Diagnóstico Definitivo.....	58
8.	Plan de Tratamiento	58
9.	Fases del Plan de Tratamiento.....	59
9.1.	Fase de emergencia	59
9.2.	Fase sistémica	59
9.3.	Fase higiénica.....	59
9.4.	Fase correctiva o quirúrgica.....	62
9.4.1.	Extracción de piezas dentales con mal pronóstico y regularización del reborde óseo alveolar.....	62
9.4.2.	Reevaluación y mantenimiento periodontal a los dos meses	67
9.4.3.	Rehabilitación oral con prótesis total superior y total inferior modificada.....	68
9.5.	Fase de mantenimiento	85
DISCUSIÓN	86	
CONCLUSIONES	89	
RECOMENDACIONES.....	90	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91	
ANEXOS.....	96	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	16
Tabla 2	18
Tabla 3	21
Tabla 4	26
Tabla 5	30
Tabla 6	32
Tabla 7	32
Tabla 8	42
Tabla 9	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	20
Figura 2	23
Figura 3	24
Figura 4	28
Figura 5	34
Figura 6	35
Figura 7	35
Figura 8	36
Figura 9	36
Figura 10	37
Figura 11	37
Figura 12	38
Figura 13	38
Figura 14	39
Figura 15	39
Figura 16	40
Figura 17	41
Figura 18	41
Figura 19	43
Figura 20	44
Figura 21	44
Figura 22	45
Figura 23	46
Figura 24	49
Figura 25	50
Figura 26	51
Figura 27	51
Figura 28	52
Figura 29	56
Figura 30	56
Figura 31	57
Figura 32	57
Figura 33	57

Figura 34	58
Figura 35	60
Figura 36	61
Figura 37	63
Figura 38	66
Figura 39	67
Figura 40	68
Figura 41	68
Figura 42	69
Figura 43	69
Figura 44	70
Figura 45	70
Figura 46	71
Figura 47	72
Figura 48	72
Figura 49	73
Figura 50	74
Figura 51	75
Figura 52	76
Figura 53	76
Figura 54	77
Figura 55	77
Figura 56	78
Figura 57	79
Figura 58	79
Figura 59	80
Figura 60	80
Figura 61	81
Figura 62	82
Figura 63	82
Figura 64	83
Figura 65	84
Figura 66	84
Figura 67	85

RESUMEN

El cuidado de la salud bucal de pacientes geriátricos es complejo debido que muchos padecen enfermedades sistémicas o metabólicas. Cualquier plan de tratamiento que se establezca, debe realizarse con precaución, tomando en cuenta cada una de las necesidades del paciente y sus alteraciones a nivel oral. Las enfermedades sistémicas, tales como la hipertensión, pueden tener cierta relación con enfermedades inflamatorias de la cavidad oral como la periodontitis. Este caso se trata de un paciente geriátrico de 81 años, presenta hipertensión controlada, periodontitis severa, es edéntulo y portador de prótesis convencional removible superior e inferior. El objetivo del presente caso es rehabilitar al paciente, proporcionando una adecuada función dental, masticatoria, de deglución y la estética. Se llevó a cabo un plan de tratamiento integral, a través de, tratamiento periodontal controlando y observando su evolución, extracciones dentales de las piezas con movilidad y finalmente con la adaptación de prótesis removibles. En conclusión, la rehabilitación oral junto con un constante control periodontal es efectiva para el paciente sistémicamente comprometido ya que de esta manera mejorará su oclusión, diagnóstico periodontal, función masticatoria y su calidad de vida.

Palabras clave: hipertensión, periodontitis, movilidad dental, rehabilitación oral.

ABSTRACT

Oral health care for geriatric patients is complex because many suffer from systemic or metabolic diseases. Any treatment plan that is established must be carried out with caution, considering each of the patient's needs and their oral alterations. Systemic diseases, such as hypertension, may have some relationship with inflammatory diseases of the oral cavity such as periodontitis. This case is about an 81-year-old geriatric patient, he presents controlled hypertension, severe periodontitis, is edentulous and wears conventional upper and lower removable prostheses. The objective of this case is to rehabilitate the patient, providing adequate dental, masticatory, swallowing and aesthetic function. A comprehensive treatment plan was carried out, through periodontal treatment, controlling and observing its evolution, dental extractions of pieces with some degree of mobility and finally with the adaptation of removable prostheses. In conclusion, oral rehabilitation together with constant periodontal control is effective for the systemically compromised patient, since in this way it will improve their occlusion, periodontal diagnosis, masticatory function, and their quality of life as such.

Keywords: hypertension, periodontitis, dental mobility, oral rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

El cuidado oral de pacientes geriátricos requiere de mayor atención por los cambios en los tejidos bucales con el paso de tiempo, sin embargo, el diagnóstico y tratamiento oportuno mantienen la salud oral y general del paciente (Karthikeyan et al., 2020). El control en estos pacientes es a través de la motivación por medio de la odontología preventiva (Sivaraman et al., 2021).

Las personas de edad avanzada son más propensas a padecer enfermedades sistémicas como la hipertensión o alteraciones dentales como la periodontitis (Davalos et al, 2020; Thuraya et al, 2020). En estudios recientes se menciona la relación entre la hipertensión y la enfermedad periodontal.

La hipertensión arterial se define como el ascenso sostenido de las cifras de presión sistólica (≥ 130 mm Hg) y diastólica (≥ 80 mm Hg) (American Heart Association & American College of Cardiology, 2017). Esta es una enfermedad crónica de causa múltiple, considerada un factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares y enfermedades orales como la periodontitis (Pico et al, 2020; Cruz, 2019).

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria y multifactorial que se caracteriza por la pérdida de tejido periodontal, de inserción clínica y tejido óseo lo que a largo plazo causa pérdida de piezas dentales de forma parcial o total (Vargas y Yáñez, 2021, Escudero et al, 2020).

El vínculo bidireccional entre la periodontitis y la hipertensión se deriva de la inflamación. La periodontitis, causa inflamación vascular, lo que ocasiona una disfunción en el endotelio de los vasos sanguíneos, aumentando la presión arterial; los periodontopatógenos al sobrepasar barreras físicas, estimulan respuestas inmunitarias locales y sistemáticas del huésped, motivando la producción de citoquinas como la IL6, lo que resulta en un aumento de la inflamación y consecuentemente en el futuro desarrollo de aterosclerosis y activación de células endoteliales, controlando la salud vascular (Tada et al, 2022 y Montes de Oca et al, 2019).

También se encontró evidencia de que existe más prevalencia de periodontitis en pacientes hipertensos, ya que esta causa cambios en la microcirculación del tejido gingival y pulpar, lo que conduce a una isquemia, aumento de inflamación y alteración de la biopelícula (Muñoz et al, 2020).

El presente caso clínico tiene como objetivo diagnosticar y posteriormente, tratar a un paciente con enfermedades sistémicas, edentulismo parcial y periodontitis. Por esta razón, es necesario un examen clínico completo y tratamiento multidisciplinario mediante la estabilización de la periodontitis a través tratamiento periodontal, acompañado de motivación sobre la importancia del control periódico y fisioterapia oral, posteriormente, los procedimientos quirúrgicos necesarios por razones protésicas y finalmente la colocación de prótesis es necesaria, ya sea convencional o modificada, para restaurar la función masticatoria y oclusión del paciente, cubriendo así todas sus necesidades y mejorando su calidad de vida (Huamani-Cantoral et al., 2018).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El edentulismo es una alteración de la salud bucal bastante común en adultos mayores, pues la pérdida de dientes se describe como el efecto crónico de la enfermedad periodontal y caries. Esta condición afecta la salud del paciente en general, alterando su calidad de vida, la pérdida de dientes limita la capacidad de alimentarse, del habla, causa daños a nivel nutricional, psicológico, estético y social (Maia et al., 2020).

En el presente caso, la rehabilitación oral del paciente es un tratamiento multidisciplinario, se evidencian varias alteraciones a nivel bucal, las cuales deben ser cuidadosamente estudiadas para realizar el plan de tratamiento más adecuado para el paciente y así evitar que su diagnóstico se agrave.

El paciente adulto masculino de 80 años acude a la consulta debido a que tiene molestias al comer; como antecedentes personales presenta hipertensión controlada, acude a terapia psicológica, ha tenido varias extracciones dentales y es portador de prótesis removible convencional superior e inferior, como antecedentes familiares su padre presentaba Parkinson y su madre presentaba hipertensión, sus hermanas padecen hipertensión y diabetes. En la arcada superior, clínicamente presenta pérdida dental de todas las piezas del cuadrante 1 y 2, excepto la pieza 24 y 28 (movilidad dental grado I) y reborde óseo irregular. En la arcada inferior, presenta pérdida dental de las piezas 31, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 47, 48; presenta movilidad dental grado III en la pieza 41, movilidad grado II en la pieza 32, 38 y 42. Al sondaje presenta sangrado y profundidades mayores a 4mm, es decir periodontitis. Radiográficamente se observa pérdida ósea horizontal entre moderada y grave. Debido a todos los diagnósticos, si no se tratan a tiempo el diagnóstico de la enfermedad periodontal se puede agravar, aumento de grado de movilidad dental, problemas oclusales y masticatorios. Al ser un paciente hipertenso, periodontal y edéntulo el manejo y tratamiento se aborda de forma diferente y se procura más cuidado ya que se pueden atrofiar tejidos duros y blandos, puede ser más propenso a infecciones, mala cicatrización, reacción adversa a la anestesia con vasoconstrictor, hemorragias o aumento de la presión por estrés o ansiedad durante cualquier procedimiento. El paciente se

encuentra afectado a nivel funcional, estético y emocional por la pérdida de dientes y por la movilidad dental, lo que limita mucho su masticación y consumo de diferentes alimentos.

JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico se enfoca en una rehabilitación integral del paciente por medio de varios tratamientos que se realizarán con las diferentes ramas de la odontología, consiguiendo el correcto diagnóstico y plan de tratamiento, utilizando un enfoque multidisciplinario para satisfacer todas las necesidades del paciente.

Todas las alteraciones dentales se tratarán tomando en cuenta que el paciente es un adulto mayor que tiene periodontitis, es edéntulo, que asiste a terapia psicológica y, además, es hipertenso controlado.

La hipertensión arterial es una enfermedad sistémica crónica que causa daño en la vascularización, la cual debe tratarse antes con un cambio drástico de estilo de vida y después con medicación permanente (Southerland et al, 2016; Davalos et al, 2020 & Pico et al, 2020).

La enfermedad periodontal se puede controlar periódicamente para que a largo plazo se evite la pérdida de piezas dentales, mas no es una enfermedad que se cure (Leung et al, 2022; Romero et al, 2020 & Mendes et al, 2021).

Este caso es relevante en diferentes aspectos porque no se trata de un paciente habitual, pues el hecho de que sea un paciente geriátrico, es decir, no es una persona totalmente independiente, hace que el caso tome un giro muy diferente, durante años no se le ha dado la importancia que se requiere al tratamiento en este tipo de pacientes. El tratamiento que se le va a proporcionar al paciente, especialmente en la parte de rehabilitación oral no es un método convencional, si no, uno más complejo y que requiere de más tiempo para asegurar la buena adaptación y total comodidad del paciente.

OBJETIVOS

Objetivo General

Rehabilitar a paciente geriátrico con enfermedad sistémica preexistente y alteraciones dentarias, para que se le proporcione una adecuada función dental, masticatoria, de deglución y la estética.

Objetivos Específicos

- Mantener controlado al paciente mediante fisioterapia oral y motivación sobre la importancia que tiene acudir periódicamente a la consulta por su diagnóstico periodontal.
- Extraer las piezas con un grado alto de movilidad por razones protésicas mediante extracciones dentales y los posibles focos infecciosos.
- Restaurar la correcta masticación y deglución de los alimentos mediante la colocación y adaptación de prótesis total superior y parcial removible modificada inferior.
- Describir el manejo que se debe dar pacientes geriátricos con diferentes enfermedades y como influirán los tratamientos en su calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

1. CAPÍTULO I: MANEJO DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN ODONTOLOGÍA

El envejecimiento es un fenómeno fisiológico del ser humano. En este grupo etario hay mayor prevalencia de patologías dependientes de la edad, es decir, su incidencia aumenta con el pasar de los años, por lo que se debe dar más importancia y énfasis a su atención para garantizar la satisfacción de sus diferentes necesidades. La salud bucal de los pacientes geriátricos en ciertas ocasiones se ve afectada por malos hábitos como la higiene deficiente y escasa, no asistir periódicamente al odontólogo, malnutrición, y tabaquismo (Davalos-Vargas et al., 2020).

Los adultos mayores presentan ciertas desventajas como la mayor exposición a enfermedades degenerativas y crónicas. Se pueden ver afectados también por factores sociodemográficos como la dependencia económica, pobreza, discapacidades, disminución de su grado de independencia (Davalos-Vargas et al., 2020)

Por lo tanto, en aquellos pacientes con mayor grado de fragilidad se necesita tratar con una atención integral y no con un solo tratamiento dental. La odontología geriátrica en pacientes que requieren atención es una rama de la Gerodontología. Debido a los cambios continuos en los tejidos (tabla 1), el tratamiento que se necesita con mayor frecuencia es el protésico (Nitschke et al., 2021).

Tabla 1

Cambios fisiológicos de los tejidos por el envejecimiento en el adulto mayor: periodonto, mucosa oral, labios, glándulas salivales, saliva, lengua y dientes

Tejidos	Cambios
Periodonto	Cambio en el espesor de las capas celulares, engrosamiento y retracción del periodonto, engrosamiento del cemento a nivel apical de manera benigna o como neoplasia del cemento.

Mucosa Oral	Disminuye la microvasculatura y el espesor de la mucosa. La estructura celular cambia, facilitando los desgarros, infecciones y lesiones. Xerostomía por deshidratación, enfermedades sistémicas o tratamientos con fármacos.
Labios	La pérdida de dientes debilita el músculo orbicular, por lo que se queda sin soporte y flácida. La piel de los labios se arruga y la barbilla se ve prominente, se denomina pseudo prognatismo.
Glándulas Salivales	Atrofia del tejido acinar, incremento de tejido fibroso y adiposo, disminución del tamaño de glándulas menores y mayores, cálculos de calcio en ciertos conductos salivales.
Saliva	La producción de saliva no se ve comprometida, a menos que, el paciente sufra de Síndrome de Sjögren, radiación de cabeza y cuello o quimioterapia.
Lengua	La pérdida de piezas dentales causa el ensanchamiento de la lengua. Aumento de varices en la superficie ventral. La cantidad de papilas gustativas no se alteran con la edad.
Dientes	La cámara pulpar, canales radiculares, fibras periodontales y vasos sanguíneos disminuyen su tamaño. Oscurecimiento y color amarillento en los dientes.

Fuente: Davalos-Vargas et al. (2020).

Elaborado por: Paula Montufar.

1.1. Características del adulto mayor

El manejo bucal de un paciente adulto mayor requiere de un arduo proceso de toma de decisiones que suele estar condicionado por los diferentes factores externos que rodean al individuo, el paciente se puede clasificar desde sujeto sano hasta aquel que posee varios grados de fragilidad y de discapacidad (tabla 2) (Catapano et al., 2021).

Tabla 2

Clasificación de adultos mayores de Ettinger y Beck, según el grado de conservación de habilidades funcionales.

Característica	Descripción	Tratamiento
Adultos mayores funcionalmente independientes	-Puede acceder a la atención dental independientemente. -Tiene capacidad manual. -Mantiene sus habilidades cognitivas.	El tratamiento depende principalmente de las necesidades de los pacientes y sus recursos.
Adultos mayores frágiles	-Puede acceder a la atención dental solo con ayuda -Tiene una capacidad reducida para mantener de forma independiente la higiene bucal.	El tratamiento se relaciona con el impacto de las habilidades físicas y cognitivas del paciente en el mantenimiento de la salud oral.
Adultos mayores funcionalmente dependientes	-Incapaz de moverse. -Totalmente dependiente y necesita de asistencia continua.	El tratamiento en este caso requiere una simplificación para facilitar la manipulación en la medida de lo posible.

Fuente: (Catapano et al., 2021)

Elaborado por: Paula Montufar.

Los adultos mayores independientes funcionales representan el 70% de la población mayor de 65 años. Estos individuos pueden o no presentar enfermedades sistémicas como hipertensión o diabetes, pero pueden asistir a la consulta dental de forma independiente y el

tratamiento se evalúa tomando en cuenta sus necesidades y recursos. Sin embargo, las personas en esta clasificación pueden pasar rápidamente a una condición de fragilidad ya que el envejecimiento es progresivo (Catapano et al., 2021).

Los adultos mayores frágiles que representan el 20% de la población y los adultos mayores funcionalmente dependientes que representan al 5% de la población ya forman parte del grupo de pacientes que ya no son capaces de cuidar de su propia salud de manera independiente y necesitan algún tipo de asistencia (Catapano et al., 2021).

1.2. Salud oral y atención preventiva del Adulto Mayor

La salud bucal en las personas de la tercera edad ha quedado en un segundo plano a nivel global, esto se ve reflejado en la constante pérdida de dientes, caries dental, altas tasas de prevalencia de enfermedad periodontal, xerostomía, cáncer bucal. La mala salud general de este tipo de pacientes plantea un problema en la atención odontológica y estrategias preventivas (Karthikeyan et al., 2020).

La atención preventiva es tan importante para los adultos mayores como para las personas de diferentes edades. Sin embargo, existe un aumento de personas con bajos recursos y escasa educación, lo que limita la posibilidad de inversión en salud oral y alimenta una idea errónea de que la pérdida de tejidos como los dientes es algo normal e inevitable en la vejez (Davalos-Vargas et al., 2020).

La fisioterapia oral es un paso fundamental dentro de cualquier plan de tratamiento para los pacientes, Se debe instruir cuidadosamente, tomando en cuenta sus necesidades, esto incluye el cambio del cepillo, de pasta dental y modificación de la técnica de cepillado. La retención de la placa bacteriana en los adultos mayores aumenta por factores como restauraciones previas, dientes perdidos, movilidad dental, recesión gingival y uso de prótesis removibles (Karthikeyan et al., 2020).

1.3. Manejo odontológico de paciente geriátrico

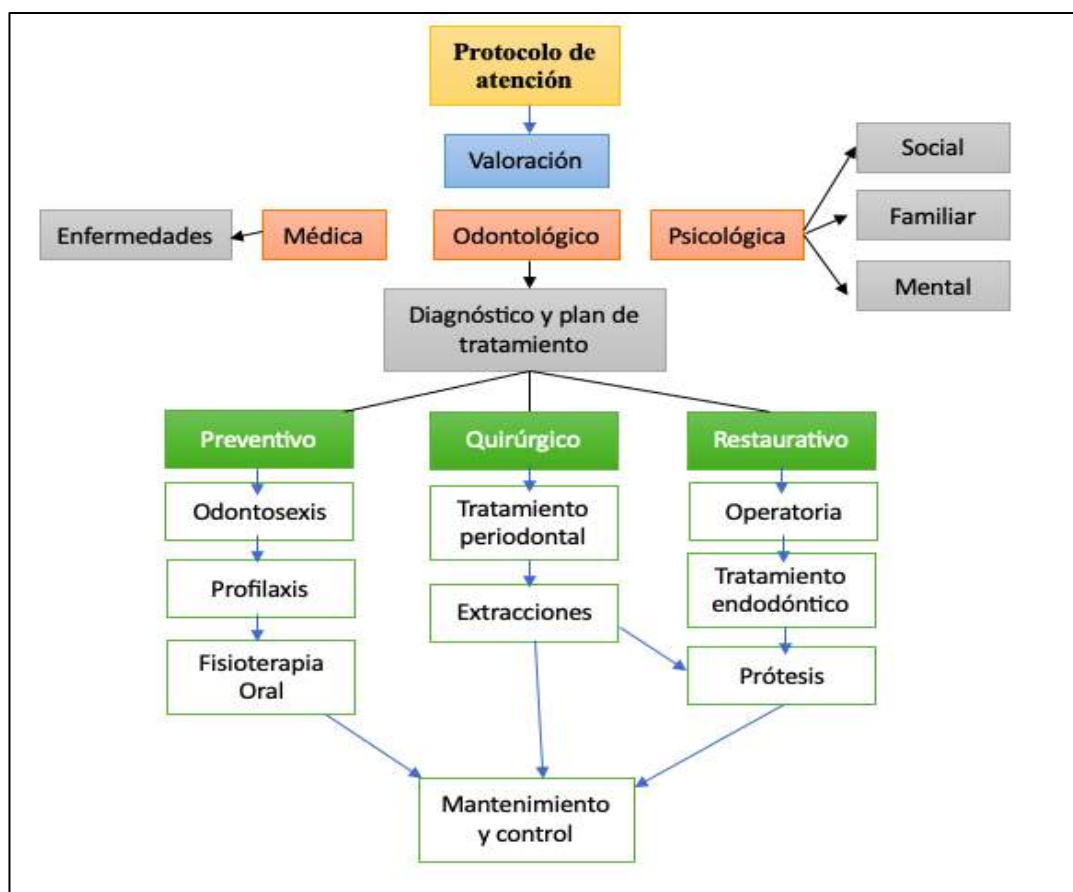
El paciente geriátrico es aquel que tiene una edad avanzada y que además padece de una o más enfermedades sistémicas crónicas o avanzadas en la que se evidencia discapacidad de algún tipo. El envejecimiento de los sistemas y órganos no es igual en todos los pacientes, pero ninguno está exento de los cambios que sufren con el pasar del tiempo. Los medios convencionales para llegar al diagnóstico deben complementarse como herramientas de la valoración geriátrica, por ejemplo; la prueba cronometrada, “Finalización del Reloj”, medición de la fuerza de agarre o “Mini Estado Mental; todas estas pruebas se usan para

estimular la capacidad cognitiva, funcional, física y mental. Dichas pruebas no son útiles para fines dentales, pero ayuda a agrupar los pacientes mayores que necesitan atención odontológica de acuerdo con la capacidad funcional oral (Davalos-Vargas et al., 2020; Nitschke et al., 2021).

Las modificaciones tanto intraorales como extraorales causan que las necesidades y susceptibilidades sean diferentes. Los cambios que están presentes en el sistema estomatognático son variados, por lo cual se debe seguir un protocolo que tome en cuenta los cuidados para pacientes de odontología geriátrica. (Figura 1)

Figura 1

Protocolo de atención y abordaje odontológico del paciente adulto mayor



Fuente: (Davalos-Vargas et al., 2020)

Elaborado por: Paula Montufar

Después de seguir con el protocolo indicado para este tipo de pacientes, es necesario valorar y formar un equipo multidisciplinario, en el cual sus participantes sean profesionales

de las diferentes áreas que tengan claro el objetivo del caso que se presente, para adaptar los enfoques de cada uno a las necesidades de los pacientes (Davalos-Vargas et al., 2020).

2. CAPITULO II: RELACIÓN ENTRE LA HIPERTENSIÓN Y LA PERIODONTITIS

La hipertensión arterial se considera una enfermedad sistémica crónica de causa múltiple y que afecta a más de mil millones de personas en todo el mundo. Esta enfermedad causa daño vascular generalizado ya que incrementa el tono de los vasos y aumenta la probabilidad de que aparezcan diversas enfermedades cardiovasculares. (Cruz, 2019).

Los niveles normales de la presión arterial son sistólica de 120mmHG y diastólica de 80mmHg. El límite para definir a una persona como hipertensa es una cifra mayor a 140mmHg en la presión sistólica o una cifra mayor a 90mmHg en la presión diastólica. Se podría clasificar a un paciente con presión arterial normal, presión arterial normal-alta, hipertensión grado 1 o hipertensión grado 2 (tabla 3) (Unger et al., 2020).

Tabla 3

Clasificación de la hipertensión basada en la medición de la presión arterial

Categoría	Valores (Sistólica/Diastólica)
Presión arterial normal	<130mmHg / <80mmHg
Presión arterial normal-alta	130-139mmHg / 85-89mmHg
Hipertensión grado 1	140-159mmHg / 90-99mmHg
Hipertensión grado 2	≥160mmHg / ≥100mmHg

Fuente: (Unger et al., 2020)

Elaborado por: Paula Montufar

La Organización Mundial de la Salud determinó que la hipertensión arterial ha causado por lo menos 45% de las muertes de cardiopatías y 51% por enfermedad vascular cerebral, afecta mayormente a las poblaciones de bajos recursos, el 80% de las muertes por esta causa corresponden a países con dichas características, por lo que se considera un problema de salud pública (Cruz, 2019).

La hipertensión arterial es uno de los antecedentes personales sistémicos más usuales que el odontólogo encuentra en adultos mayores. Por lo que es importante que los profesionales de la salud bucal entiendan los posibles riesgos y complicaciones que se pueden dar mientras este tipo de pacientes reciben atención odontológica como: efectos secundarios

de antihipertensivos, crisis hipertensiva, complicaciones asociadas al uso de vasoconstrictoras, sangrado, entre otras (Valtellini, 2023)

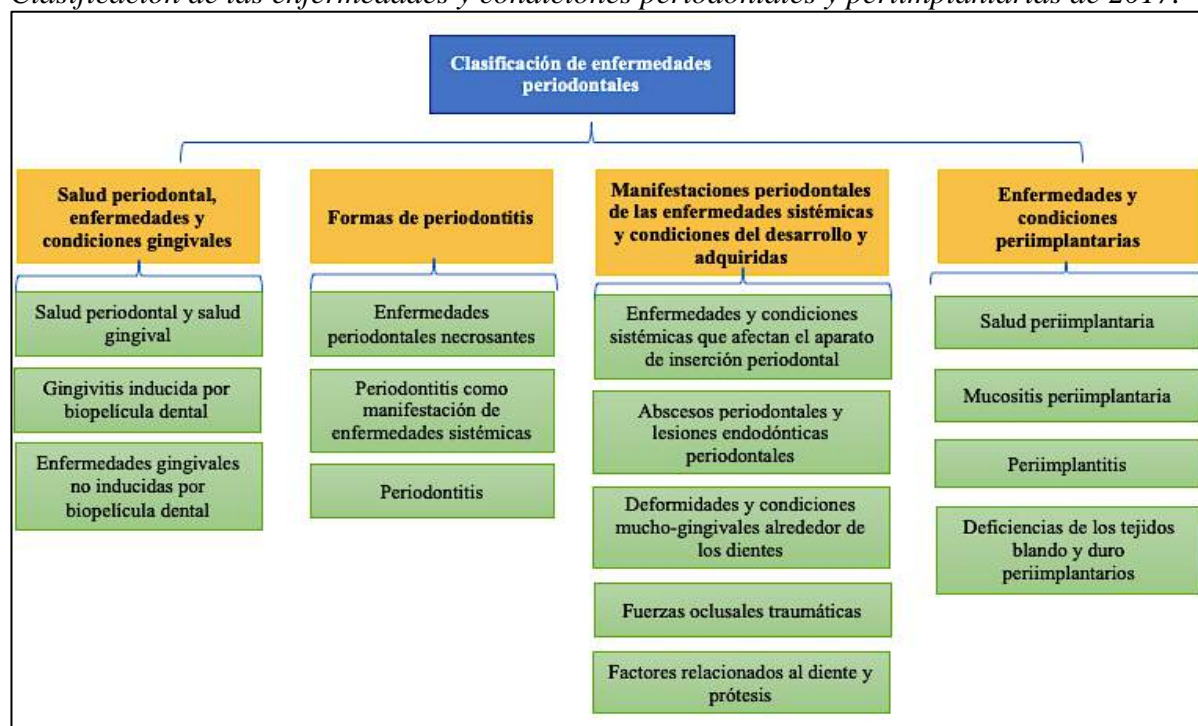
El manejo de pacientes hipertensos en la consulta dental conlleva diferentes procesos o un protocolo específico, se requiere el historial médico y de medicamentos actualizado para familiarizarse con las reacciones adversas, la presión arterial debe medirse antes de cualquier tratamiento. Tales medidas están indicadas para aquellos procedimientos que inducen estrés, es decir, los que se requieren para tratar alteraciones dentales que puede ir desde una caries muy difícil de tratar hasta un diagnóstico agravado de periodontitis o que requiera un procedimiento quirúrgico (Valtellini, 2023)

La periodontitis es uno de los diagnósticos más comunes en pacientes hipertensos. Es una enfermedad inflamatoria que afecta a los tejidos blandos y duro que conforman el aparato de soporte dentario, es mixta y causada por microorganismos periodonto patógenos. La fase temprana se define como gingivitis y se caracteriza por una pequeña inflamación, cuando esta progresa la enfermedad evoluciona a periodontitis. La enfermedad periodontal se puede clasificar de diferente manera (figura 2) y en 2017 la Academia Americana y la Federación Europea de Periodontología determinó una nueva clasificación (Nocini et al., 2020; Vargas & Yáñez, 2021).

El objetivo de la nueva clasificación es que los profesionales de la salud bucal realicen un diagnóstico y tratamiento adecuado a los pacientes en la práctica clínica. De esta manera podrán saber más a fondo la etiología, patogenia, historia natural y el tratamiento de diferentes condiciones y enfermedades (Vargas & Yáñez, 2021).

Figura 2

Clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias de 2017.



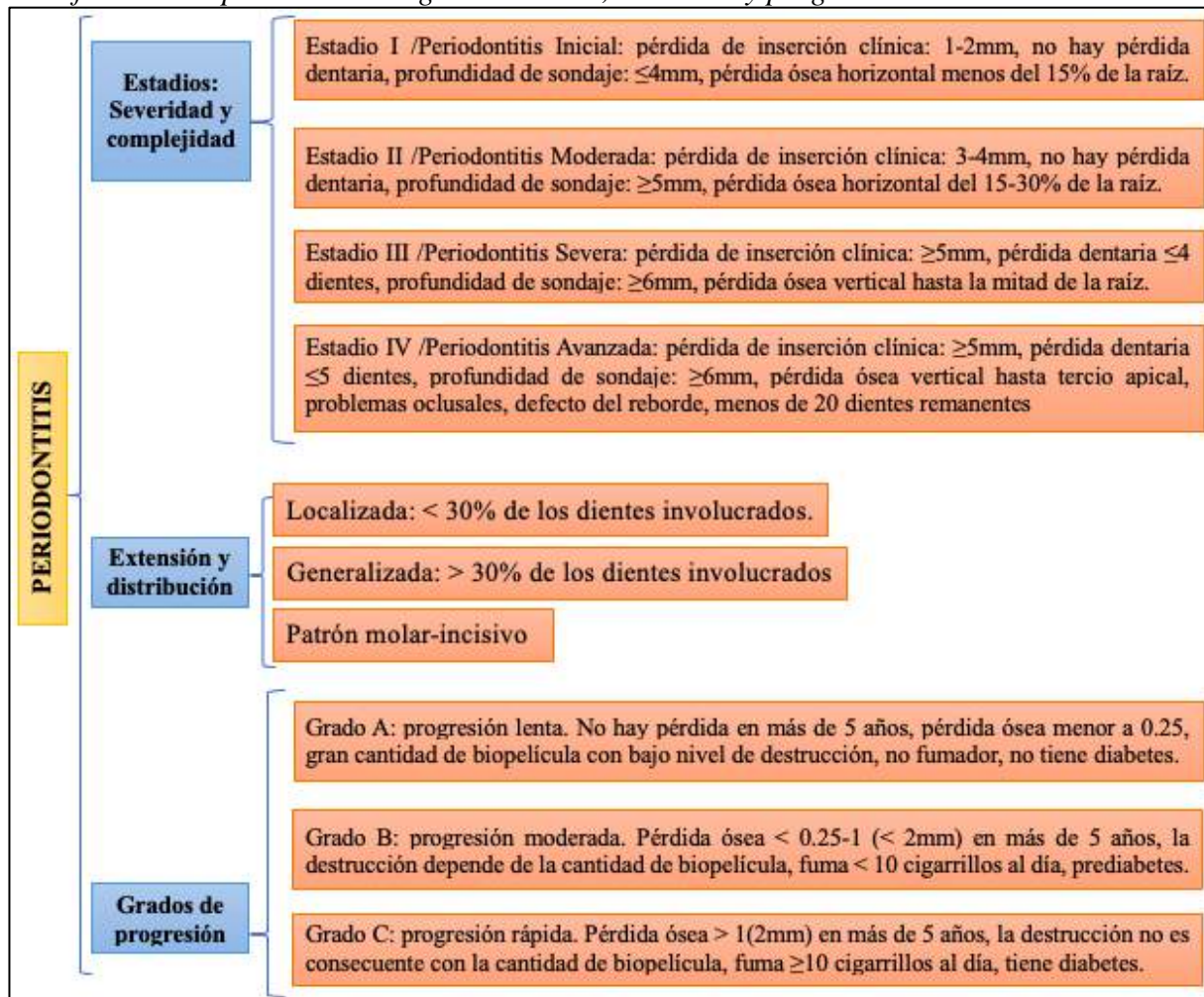
Fuente: (Vargas & Yáñez, 2021)

Elaborado por: Paula Montufar.

Las características principales de las periodontitis incluyen la pérdida de los diferentes tejidos periodontales de soporte, es decir, se evidencia pérdida ósea, de la inserción clínica que se evalúa por medio de exámenes radiográficos y clínicamente cuando existen bolsas periodontales y sangrado de la encía. La nueva clasificación categoriza a la periodontitis (figura 3) por estadios y grados de progresión (Vargas & Yáñez, 2021).

Figura 3

Clasificación de periodontitis según su estadio, extensión y progresión.



Fuente: (Vargas & Yáñez, 2021)

Elaborado por: Paula Montufar.

2.1.Relación entre la hipertensión y la periodontitis

La hipertensión es una enfermedad que causa disfunción endotelial, estrés oxidativo e inflamación y la periodontitis es una enfermedad inflamatoria. Por lo tanto, la relación entre estas dos enfermedades se basa en la inflamación y sangrado gingival. Aunque no existen estudios suficientes sobre este vínculo, los que se han publicado determinan que la inflamación tiene un papel importante en el desarrollo de hipertensión. Se podría describir como una relación bidireccional ya que la una puede afectar a la otra de varias maneras (Zhan et al., 2023).

Ciertos estudios indican que el sangrado gingival ha sido una medida asociada de forma constante con la presión arterial sistólica alta. Los pacientes diagnosticados con periodontitis moderada o grave tienen más probabilidades (20%) de tener hipertensión en comparación con pacientes sin periodontitis. También se observó que es una asociación lineal positiva, lo que quiere decir es que cuanto más severa es la periodontitis, más grande es la probabilidad (49%) de tener hipertensión (Muñoz Aguilera et al., 2020).

Aunque la evidencia aún no prueba una asociación causal, su relación se puede explicar por medio de dos mecanismos: inflamación sistémica (indirecto) o bacteriemia (directo). El efecto indirecto se refiere a que la periodontitis aumenta los niveles de inflamación sistémica que se ocasiona por respuesta del huésped, es decir, los periodonto-patógenos que intervienen se encuentran con la primera línea de defensa, en la cual se involucra la presencia de células inmunitarias y linfoides; y su consecuente liberación de citoquinas como la interleuquina 1, interleuquina 6, interleuquina 8 y factor de necrosis tumoral que estimulan el aumento de coagulación e infecciones sistémicas (Tada et al., 2022).

En cambio, el efecto directo se refiere a que los periodonto-patógenos son capaces de invadir el tejido gingival mediante proteólisis, accediendo a la circulación sistémica y así causa bacteriemia transitoria, lo que provoca una invasión directa a la pared arterial. Una respuesta inmune a un periodonto patógeno común como *Porphyromonas gingivalis* produce la elevación o aumento de la presión arterial, inflamación vascular y disfunción endotelial (Muñoz Aguilera et al., 2020; Tada et al., 2022).

Así como la evidencia respalda una asociación positiva entre la hipertensión y la periodontitis, también confirma una mayor prevalencia de periodontitis en pacientes con hipertensión, se sugiere que esta asociación podría medirse por la hipertensión que causa varios cambios en la microcirculación del tejido gingival que conduce a isquemia, aumento de la inflamación y a la alteración de la composición microbiana de la biopelícula dental (Muñoz Aguilera et al., 2020).

La periodontitis podría estar asociada con un mayor riesgo de hipertensión de manera lineal, el manejo de la periodontitis podría impactar en el manejo de la hipertensión. Sin embargo, se necesitan mucha más evidencia y estudios al respecto para determinar si en realidad el tratamiento periodontal puede beneficiar a los pacientes en términos de salud vascular y finalmente reducir la mortalidad y morbilidad (Muñoz Aguilera et al., 2020).

3. CAPITULO III: EDENTULISMO Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

El edentulismo se define como la ausencia de piezas dentales, se considera un indicador negativo de la salud bucal para el adulto mayor, esta condición es un problema de salud pública que está vinculada a la calidad de vida y al aspecto económico, es por eso que su prevalencia es relativamente alta en América Latina y se puede producir en hombres o en mujeres (Patiño et al., 2019; Vizcaíno & Armas, 2022).

La etiología del edentulismo, es diversa. El edentulismo puede ser resultado de causas iatrogénicas, traumáticas, terapéuticas o el propio envejecimiento. Aunque su origen es variado, en la actualidad, donde las personas tienen libre acceso a la atención dental, podría estar asociada con dos patologías bucodentales principalmente, como la caries y la enfermedad periodontal (Al-Rafee, 2020; Taco & Quispe, 2021)

Esta condición tiene un efecto importante en la masticación, fonética y la estética; sin tomar en cuenta el dolor, deterioro y disminución de la calidad de vida. La pérdida de los dientes tiene una repercusión negativa a nivel sistémico para las enfermedades crónicas, como la hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular, obesidad, demencia, deterioro cognitivo y cáncer de hígado (Vizcaíno & Armas, 2022).

Se puede clasificar al edentulismo en parcial y total, los cuales pueden tener varios factores de riesgo y a largo plazo, consecuencias irreversibles (tabla 4). El edentulismo parcial es la condición que se caracteriza por la pérdida parcial de las piezas dentales de manera irreversible, ocasionando cambios en la oclusión, ATM y a nivel neuromuscular. En cambio, el edentulismo total es la ausencia de todas las piezas dentales que puede tener diferentes causas, este se considera el resultado de un proceso multifactorial que incluye varios procesos biológicos y no biológicos y de esta manera afecta a la calidad de vida y a la salud general del paciente (Curay, 2020).

Tabla 4

Factores de riesgo y consecuencias del Edentulismo parcial y total.

Edentulismo Parcial o Total	
Factores de riesgo	Consecuencias
Deficiencia de hábitos adecuados de higiene oral.	Necesidad de tratamientos de rehabilitación como prótesis.
Caries.	Migración dental o giroversiones.

Patología Periodontal.	Halitosis.
Accidentes y traumas.	Reabsorción ósea.
Tratamientos de rehabilitación deficientes.	Alteraciones de la Articulación Temporomandibular.
Bruxismo.	Disminución de la dimensión vertical.
Enfermedades sistémicas.	Aparición de lesiones como estomatitis.
Consumo de fármacos.	Aparición de hábitos bucales como queilofagia.

Fuente: (Taco & Quispe, 2021)

Elaborado por: Paula Montufar.

3.1. Edentulismo Parcial

Se puede describir al edentulismo parcial como una arcada dental en la cual hace falta un determinado número de piezas. Una gran parte de la población mundial sufre de este padecimiento irreversible afectando en un nivel muy alto en varios aspectos de la vida de los pacientes. Se encuentra directamente relacionado con los factores sociodemográficos y malos hábitos de higiene (Taco & Quispe, 2021).

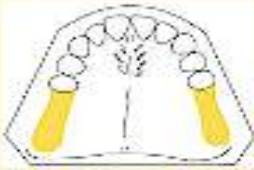


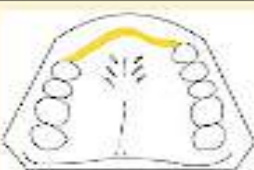

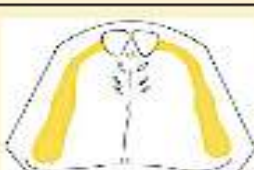
El paciente edéntulo parcial puede restituir las funciones de fonación, masticación y deglución a través de su rehabilitación mediante la confección de prótesis parcial removible de cromo-cobalto, que es el tratamiento más común, sin embargo, existen otras opciones de tratamiento como sobredentadura, prótesis removibles acrílicas o en Valplast. Debido al gran impacto de esta condición fue necesario establecer un sistema de clasificación para poder comunicar sobre el estado del arco dentario del paciente, en el cual se deben reemplazar los dientes perdidos; también facilita el intercambio de información entre los profesionales que intervengan en el caso (Huamanciza et al., 2019).

3.2. Clasificación de Kennedy

Esta clasificación fue propuesta en el año 1925 por Edward Kennedy. El objetivo es registrar periódicamente el estado de edentulismo parcial de los pacientes, lo que permite comparar y determinar si han existido mejoras a nivel de conservación de las piezas dentales en la cavidad oral (Huamanciza et al., 2019).

Figura 4

Clasificación de Kennedy propuesta en el año 1925.

Clasificación de Kennedy	
CLASE I: Áreas edentulas bilaterales posteriores.	
CLASE II: Área edentula unilateral posterior.	
CLASE III: Área edentula unilateral posterior con dientes remanentes anterior y posterior a ella.	
CLASE IV: Área edentula única anterior que atraviesa la línea media.	
CLASE V: Posee un par de molares en un solo lado de la arcada, el resto está totalmente edentula.	
CLASE VI: Área edentula limitada por dos dientes anteriores.	

Fuente: (Huamanciza et al., 2019; Quilumbaquin, 2019).

Elaborado por: Paula Montufar.

3.3.Reglas de Applegate

En 1954, Applegate propuso y elaboro ocho reglas para la Clasificación de Kennedy con el objetivo de resolver un caso difícil se presente.

3.3.1. Regla 1

La clasificación se aplicará siempre y cuando se hayan realizado las extracciones que se indiquen para el caso.

3.3.2. Regla 2

Si no está presente el tercer molar y no se ha reemplazado, no se tomará en cuenta dentro de la clasificación.

3.3.3. Regla 3

Cuando los terceros molares se usan como diente pilares, se toman en cuenta dentro de la clasificación.

3.3.4. Regla 4

Si falta un segundo molar y no se ha reemplazado, no se toma en cuenta en la clasificación.

3.3.5. Regla 5

El área edéntula más posterior, determina la clasificación.

3.3.6. Regla 6

Se determinan espacios de modificación, designados por el número de áreas edéntulas diferentes a las que se tomaron en cuenta para la clasificación.

3.3.7. Regla 7

No se toma en cuenta la extensión de los espacios de modificación, solo el número de áreas edéntulas.

3.3.8. Regla 8

La única clasificación que no acepta modificaciones es la clase IV. (Quilumbaquin, 2019)

3.4. Edentulismo total

El edentulismo total es la condición en la que todos los dientes están ausentes de la arcada, que se han perdido o han sido extraídos debido a un proceso multifactorial que involucra factores ambientales, biológicos o relacionados al paciente específicamente, en otras palabras, se han perdido todas las piezas dentarias naturales (Escudero et al., 2020; Quilumbaquin, 2019)

La total ausencia de los dientes en una arcada es un factor predisponente para la aparición de diferentes alteraciones y enfermedades sistémicas, eso se debe al déficit nutricional y consecuentemente el cambio del sistema inmunológico, tomando en cuenta que también se ha relacionado con problemas de salud mental y bajo peso (Taco & Quishpe, 2021).

El tratamiento indicado para un edéntulo total puede ser dos tipos de prótesis, ya sea una prótesis total removible o prótesis implantomucosoportada. Cualquier tratamiento que sea elegido debe cumplir con principios básicos como soporte, estabilidad y retención. El objetivo de la rehabilitación de este tipo de pacientes es reemplazar las piezas ausentes y reconstruir el tejido gingival, y de esta manera se pueda recuperar la función de masticación, fonética y estética (Curay, 2020; Taco & Quishpe, 2021)

3.5. Calidad de vida y salud bucodental

La calidad de vida proviene de la autoevaluación de un individuo sobre sí mismo y su percepción de la vida (tabla 5). Esta se puede evaluar mediante un reconocimiento global, es decir, se debe incluir en el aspecto psicológico, físico, social, relaciones interpersonales, independencia, hábitos y creencias; de esta forma también se puede definir como el estado de bienestar experimentado por los individuos y la sensación de sentirse bien (Taco & Quispe, 2021; Curay, 2020).

A medida que una persona envejece, se producen diferentes cambios en los tejidos duros y blandos, aumentando la pérdida de piezas dentales. También causa afecciones en la autorrealización, provocando incomodidad, vergüenza, baja autoestima y dolor durante la socialización con otras personas y alimentación (Curay, 2020).

Tabla 5

Composición o clasificación de la calidad de vida, compuesto por tres niveles.

Clasificación de la Calidad de vida		
Nivel Superior	Nivel Intermedio	Nivel Inferior
Sensación de bienestar.	Sensación de bienestar.	Síntomas de cualquier enfermedad.
Comodidad.	Satisfacción con el estado físico.	
Satisfacción total en todos los aspectos.	Satisfacción con las relaciones sociales. Satisfacción con el estado psicológico. Satisfacción con el nivel económico.	

Satisfacción con el estado
psíquico.

Fuente: (Taco & Quispe, 2021)

Elaborado por: Paula Montufar.

La salud bucodental es la ausencia de dolor, caries, cáncer oral o cualquier enfermedad inflamatoria o infecciosa de etiología oral que limiten las capacidades del individuo. La salud bucal es fundamental dentro de la calidad de vida ya que a la cavidad bucal y piezas dentales se les adjudican funciones básicas y necesarias para el diario vivir como la masticación, fonación, relaciones sociales, entre otros (Al-Rafee, 2020).

4. CAPITULO IV: REHABILITACIÓN Y PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL

La prótesis total es un dispositivo que tiene como objetivo reemplazar las piezas dentarias naturales que se han perdido por diferentes causas y las estructuras asociadas al maxilar superior o inferior. Lo que se busca con este tipo de prótesis es reestablecer las funciones básicas, es decir, la función masticatoria, estética y fonética; al realizarlo no se debe provocar ningún tipo de daño a las estructuras anatómicas adyacentes que servirán como soporte y estabilidad (Nitschke et al., 2021; Gualle, 2019).




Para realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado para pacientes edéntulos, se debe realizar exámenes previos. Se debe iniciar con una entrevista y anamnesis ya que es indispensable para saber datos importantes del paciente que influirán en su tratamiento, posteriormente se deberá realizar un análisis profundo de los elementos anatómicos intraorales y extraorales, todo deberá ser registrado en la historia clínica (Molina, 2017).

Una vez establecido que la mejor opción de tratamiento es una prótesis total, el paciente deberá ser consciente de todos y cada uno de los pasos que se realizarán, así como lo que implica tanto en el aspecto personal como financiero. También debe estar consciente de los riesgos y complicaciones que asocian directamente con el uso de un dispositivo removible, como es la prótesis total (Molina, 2017; Gualle, 2019).

El uso de prótesis totales podría acarrear a la presencia de ciertas patologías (tabla 6) y a que los tejidos de soporte y adyacentes se vean alterados de alguna manera. El clínico debe comprender los mecanismos de formación de los tejidos para poder devolver a la normalidad los tejidos afectados cuando sea posible. Es necesario establecer un buen planeamiento correcto para evitar la evolución de las patologías (Telles, 2011).

Tabla 6

Principales patologías vinculadas al uso de prótesis totales.

Patología	Descripción	Imagen
Reabsorción del reborde residual.	Implica la disminución del reborde alveolar, falta de tejido óseo y la necesidad de recuperar el soporte de los tejidos blandos. Después de las extracciones dentarias, se perderá el nivel de hueso inevitablemente.	
Candidiasis eritematosa o atrófica crónica.	Respuesta inflamatoria en la mucosa del área de soporte de las prótesis, por ejemplo, en el paladar. Las lesiones pueden ser localizadas o difusas.	
Hiperplasia fibrosa inflamatoria o épulis fisurado.	Alteración que se caracteriza por un agrandamiento patológico del tejido conectivo. Se presenta generalmente en el vestíbulo bucal.	

Fuente: (Telles, 2011)

Elaborado por: Paula Montufar.

4.1.Principios Biomecánicos de una prótesis total

Las prótesis totales son dispositivos que deben tener la capacidad de contrarrestar u oponer las cargas y fuerzas que actúan sobre ellas (tabla 7).

Tabla 7

Tipos de fuerza que recibe un prótesis total.

Principio	Tipo de fuerza	Descripción
------------------	-----------------------	--------------------

Retención.	Fuerzas de tracción.	Cargas verticales en sentido opuesto al de inserción de la prótesis.
Soporte.	Fuerzas compresivas.	Cargas verticales en sentido de inserción de la prótesis.
Estabilidad.	Fuerzas horizontales.	Cargas laterales, de flexión y rotación.

Fuente: (Gualle, 2019)

Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

4.1.1. Retención

Se define como la oposición a las fuerzas de tracción de la prótesis. Los factores que intervienen son: adhesión y cohesión, tensión superficial, presión atmosférica, capilaridad, factores protésicos, viscosidad de la saliva, sellado periférico. En el caso de que las fuerzas no se opongan o resistan, probablemente las funciones básicas se vean afectadas (Gualle, 2019; Molina, 2017).

4.1.1.1. Adhesión y cohesión

Estas dos características permiten que una fuerza mantenga unidas a las moléculas de diferente procedencia química, ya que estas se atraen. Cuando una prótesis se mueve, lo que va a pasar es que la adhesión y cohesión de las moléculas de la saliva deja que la prótesis vuelva a su posición inicial (Molina, 2017).

4.1.1.2. Tensión superficial

Se define como la resistencia a la separación que posee la saliva entre dos superficies correctamente adaptadas. Es el resultado de las fuerzas de cohesión que actúa en la superficie de un fluido. Se produce en una capa de la saliva entre la base de la prótesis y la mucosa basal (Molina, 2017).

4.1.1.3. Presión atmosférica

En algún punto las capas de la saliva se dividen en dos y por la tanto, la prótesis pierde su retención. Una parte se divide en la base de la prótesis y otra en los tejidos, a pesar de esto, la presión atmosférica, ayudará a mantener firme la prótesis en su posición (Molina, 2017).

4.1.1.4. Viscosidad de la saliva

El principal factor o fuente que ayuda a la retención de la prótesis es la saliva. Una saliva fluida tiene un fino espesor que aumentará la capilaridad entre la base protésica y la mucosa, pero

una saliva viscosa generará una capa más gruesa entre la mucosa y la base de la prótesis (Molina, 2017).

4.1.1.5. Sellado periférico

El correcto sellado o delimitación de los bordes periféricos de la prótesis, ya sea superior o inferior, es de vital importancia para evitar el paso o penetración del aire y, en consecuencia, la ruptura de la capa de la saliva (Molina, 2017).

4.1.2. Soporte

Se conoce como soporte a la resistencia de aquellas fuerzas que tienen la capacidad de intruir la prótesis. Mientras la zona sea de mayor contacto, existe más soporte. Las fuerzas de van a distribuir para disminuir la presión y así se impide un impacto de la prótesis sobre las estructuras de apoyo. En otros términos, es la capacidad de la prótesis para neutralizar las fuerzas compresivas (Molina, 2017; Gualle, 2019).

4.1.3. Estabilidad

Es la capacidad de la prótesis de resistir las fuerzas que la mueven de forma lateral. La estabilidad va a ser proporcionada por los músculos de flanco. Por ejemplo, los músculos de flanco al contraerse desplazan la prótesis de forma horizontal como el caso del músculo buccinador, este movimiento es contrarrestado por la lengua (Molina 2017; Gualle, 2019).

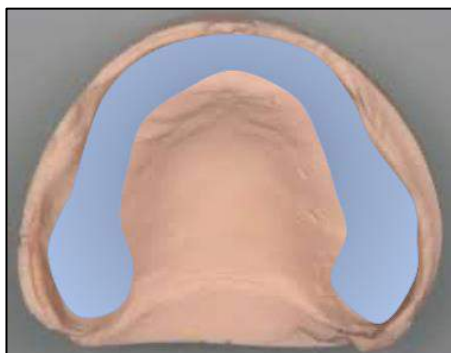
4.2. Zonas Protésicas del maxilar

4.2.1. Zona protésica primaria de soporte

Está constituida por toda la cresta o reborde alveolar residual (Cruz, 2020).

Figura 5

Zona protésica primaria de soporte en color celeste



Fuente: (Cruz, 2020).

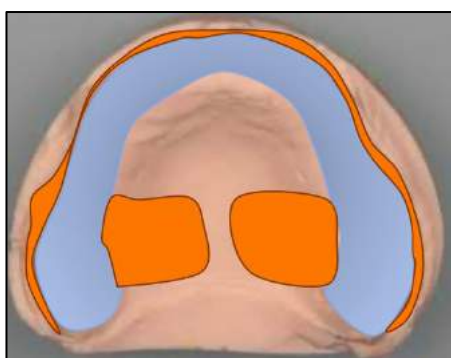
Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

4.2.2. Zona protésica secundaria de soporte

Está constituida por la región entre el contorno periférico y la zona principal de soporte, tejido conjuntivo laxo, adiposo y glandular (Cruz, 2020).

Figura 6

Zona protésica secundaria de soporte en color naranja



Fuente: (Cruz, 2020).

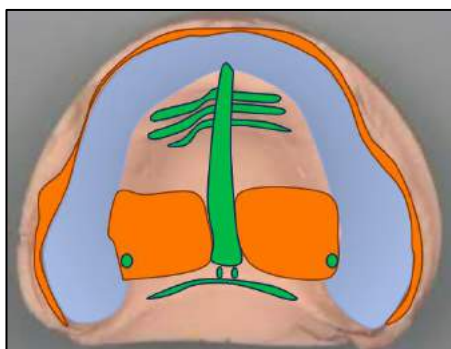
Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

4.2.3. Zona de alivio

Estas zonas se alivian ya que se quiere evitar aplicar demasiada presión. Constituye la papila incisiva, rafe medio, agujeros palatinos, rugas palatinas, línea de vibración (Cruz, 2020).

Figura 7

Zonas de alivio en color verde



Fuente: (Cruz, 2020).

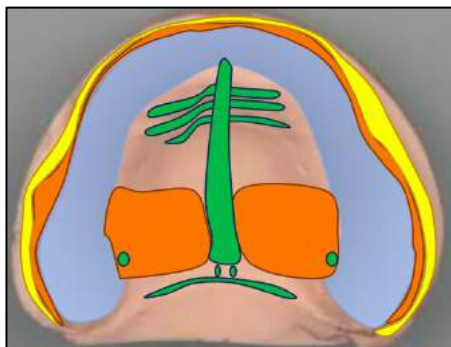
Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

4.2.4. Zona de sellado periférico

Esta zona se extiende de un surco amular al otro, se denomina fondo de vestíbulo (Cruz, 2020).

Figura 8

Zona de sellado periférico en color amarillo



Fuente: (Cruz, 2020).

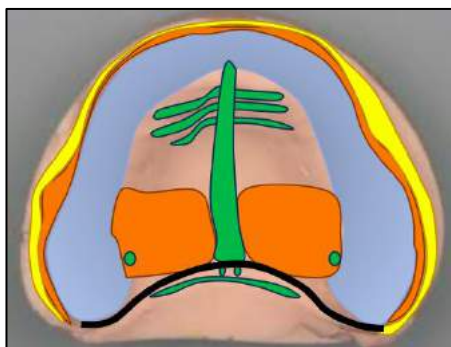
Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

4.2.5. Zona de sellado posterior

Línea que se traza en la parte posterior del paladar duro, antes de la línea de vibración (Cruz, 2020).

Figura 9

Zona de sellado posterior en color negro



Fuente: (Cruz, 2020).

Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

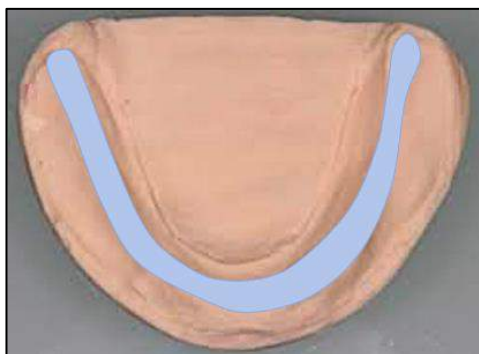
4.3. Zonas Protésicas de la mandíbula

4.3.1. Zona protésica primaria de soporte

Está constituida por toda la cresta o reborde alveolar residual (Cruz, 2020).

Figura 10

Zona protésica primaria de soporte en color celeste



Fuente: (Cruz, 2020).

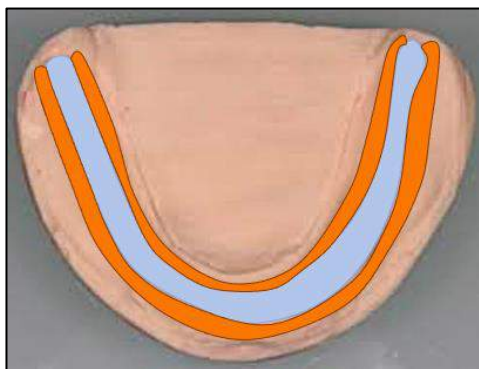
Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

4.3.2. Zona protésica secundaria de soporte

En los casos de pronóstico favorable, esta zona se representa por las superficies superiores a la porción basilar de la mandíbula (Cruz, 2020).

Figura 11

Zona protésica secundaria de soporte en color naranja

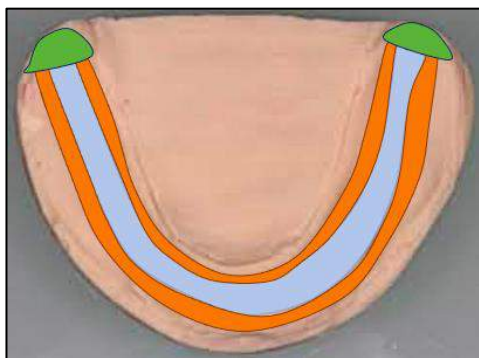


Fuente: (Cruz, 2020).

Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

4.3.3. Zona de alivio

Está localizada en la parte más posterior del reborde alveolar, su centro está ocupado con la elevación de la papila piriforme (Cruz, 2020).

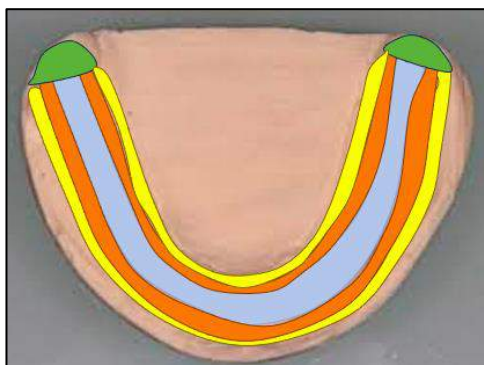
Figura 12*Zonas de alivio en color verde*

Fuente: (Cruz, 2020).

Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

4.3.4. Zona de sellado periférico

Está constituida por el fondo de vestíbulo, se extiende del espacio retromolar al otro y en lingual se extiende del espacio retromolar al otro, contorneando el piso de la boca (Cruz, 2020).

Figura 13*Zona de sellado periférico en color amarillo*

Fuente: (Cruz, 2020).

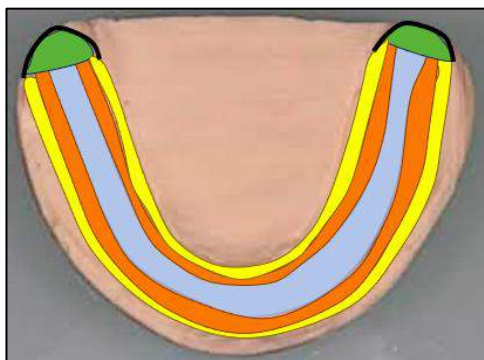
Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

4.3.5. Zona de sellado posterior

Constituye a la zona del ligamento terigomandibular (Cruz, 2020).

Figura 14

Zona de sellado posterior en color negro



Fuente: (Cruz, 2020).

Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

4.4. Protocolo para la realización de Prótesis total

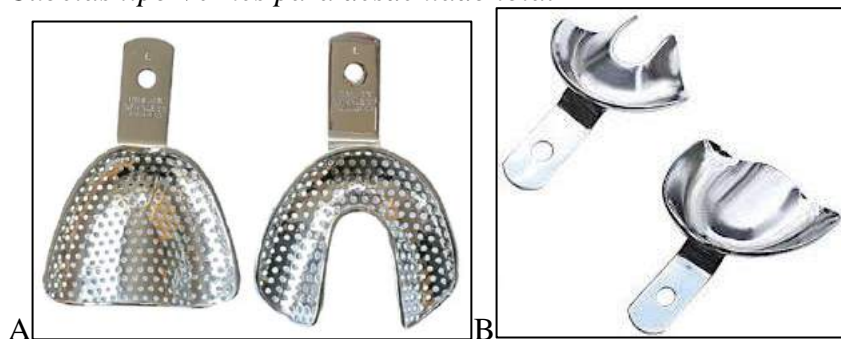
4.4.1. Impresión anatómica primaria

La impresión primaria o anatómica es la que reproduce en negativo los tejidos tanto duros como blandos de la cavidad oral. La impresión debe cumplir con ciertos objetivos como: mínima deformación de los tejidos de soporte, correcta extensión de la base protésica, sellado periférico funcional y contacto adecuado de la base protésica con el reborde (Telles, 2011).

El paso más importante para cumplir con los objetivos mencionados es la correcta selección de la cubeta (figura 15A y 15B) ya sea metálica perforada o metálica tipo Vernes, eligiendo el tamaño y la talla correcta para cada caso (Telles, 2011).

Figura 15

- A. *Cubetas perforadas para desentado total*
- B. *Cubetas tipo Vernes para desentado total*



Fuente: (Favela et al., 2020)

Otro punto clave para una impresión adecuada, es la elección de material de impresión adecuado. El material más utilizado para tomar impresiones anatómicas es el alginato o hidrocoloide irreversible, en una taza de caucho se coloca el polvo con agua, la cantidad la indica el fabricante, y con una espátula plástica se mezclará con ayuda de las paredes de la taza, cuando ya no se vea ningún grumo, obtenemos una mezcla homogénea o compuesto viscoelástico que dejará colocarlo en la cubeta y tomar la impresión (Favela et al., 2020).

4.4.1.1. Modelos de estudio y delimitación del terreno protésico

Una vez tomadas las impresiones con hidrocoloide irreversible, serán vaciadas con yeso tipo III, se mezclará el polvo con agua según las indicaciones del fabricante con una espátula metálica de yeso hasta obtener una mezcla homogénea para que permita colocar correctamente en la impresión. Posteriormente se delimitará el terreno protésico para obtener un equilibrio funcional (Gualle, 2019; Telles, 2011).

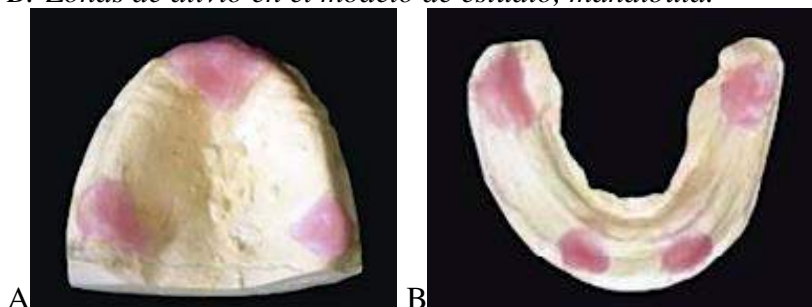
4.4.2. Confección de cubetas individuales

Previamente a la elaboración de las cubetas, se coloca cera rosada en las zonas de alivio (figura 16A y 16B) para eliminar cualquier zona retentiva (Gualle, 2019).

Figura 16

A. Zonas de alivio en el modelo de estudio, maxilar superior.

B. Zonas de alivio en el modelo de estudio, mandíbula.



Fuente: (Gualle, 2019)

Las cubetas individuales se elaboran con un material autopolimerizable que se denomina acrílico de autocurado. Se prepara el modelo colocando aislante o vaselina, después se mezcla el acrílico, el polímero y monomero, cuando esté en su fase plástica se va a colocar en el modelo, cuidando que su grosor sea de 2mm. Cuando ya este colocada sobre el modelo, se recortarán los excesos y se pasa a la fase de pulido (figura 17) (Gualle, 2019).

Figura 17

Cubetas individuales superior e inferior terminadas.



Fuente: (Gualle 2019)

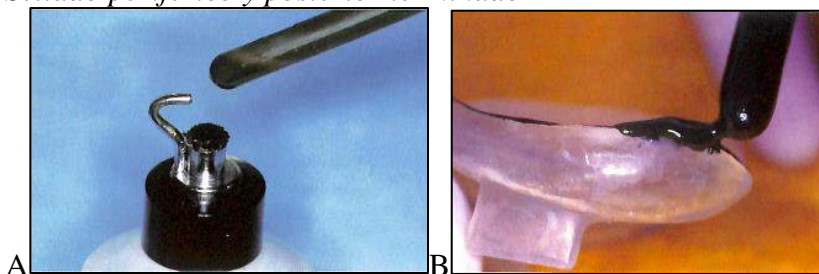
4.4.2.1. Recorte muscular y sellado periférico

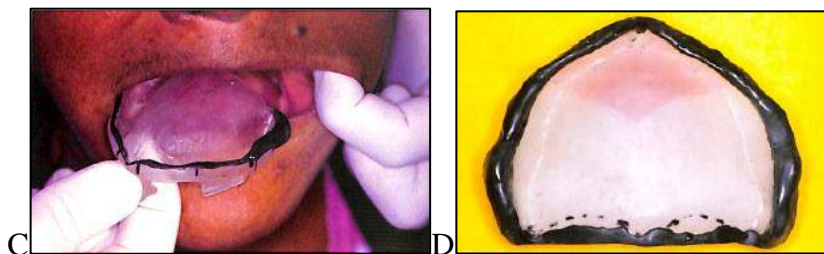
Este paso consiste en darle forma a los bordes de la cubeta individual para tener una mejor adaptación tanto en vestibular como palatino o lingual. Se da estabilidad mediante los movimientos musculares. Para el sellado periférico y posterior se utilizará el material de impresión llamado godiva (Figura 18A, 18B, 18C, 18D). Se colocará por todo el borde de la cubeta tomando la impresión por secciones. (Gualle, 2019).

El propósito del sellado periférico es adaptar el borde de las cubetas por medio de presión a la mucosa y de esta manera se modelará las zonas con las que contacta como las inserciones musculares y gingivales, frenillos, áreas linguales y surco mucogingival (Gualle, 2019).

Figura 18

- A. *Calentar la godiva para conseguir una consistencia plástica*
- B. *Colocar en los bordes de la cubeta, por secciones*
- C. *Colocar en la boca del paciente*
- D. *Sellado periférico y posterior terminado*







Fuente: (Telles, 2011)

4.4.3. Toma de impresión funcional

La toma de impresiones funcionales nos permite tener un registro más legible y claro de los elementos anatómicos del maxilar y la mandíbula (figura 19). La reproducción de los tejidos debe ser exacta ya que esto nos ayudará a la obtención de la cubeta definitiva y por lo tanto de la base protésica, existen varias opciones de material (tabla 8) (Gualle, 2019).

Tabla 8

Materiales para impresión funcional para elaboración de prótesis totales.

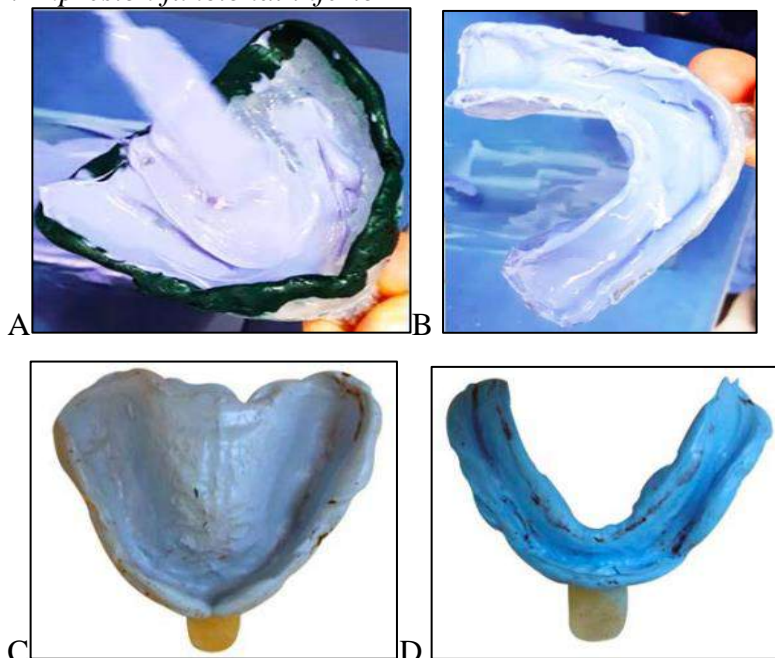
Material	Descripción	Imagen
Pasta a base de óxido de zinc y eugenol (zinquenolicas)	Material de impresión rígido, fraguado químico, son biocompatibles, tiene estabilidad dimensional y nivel bajo de contracción cuando fragua.	
Elastómeros	También se conocen como poliéteres, mercaptanos o siliconas. Son estables, resisten el desgarre.	

Fuente: (Gualle, 2019; Telles, 2011)

Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

Figura 19

- A. Colocación del material de impresión a la cubeta superior
- B. Colocación del material de impresión a la cubeta inferior
- C. Impresión funcional superior
- D. Impresión funcional inferior



Fuente: (Gualle, 2019)

4.4.3.1. Encajonado y vaciado

Este procedimiento tiene como objetivo darle una forma y tamaño adecuado al modelo definitivo, para conservar el ancho y profundidad del fondo de surco. Se construyen 3 paredes horizontales de cera rosada. Después se vacía con yeso tipo IV, una vez que fragüe, se podrá retirar el encajonado (Gualle, 2019).

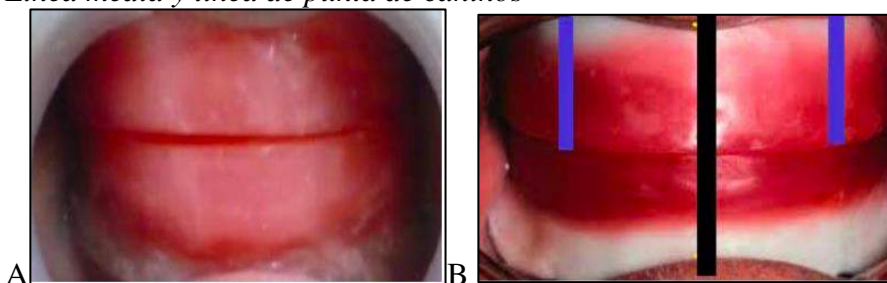
4.4.4. Bases de registro intermaxilar y rodetes de cera

Una vez obtenidos los modelos funcionales finales, se puede conformar las cubetas definitivas o bases protésicas, y sobre esta base se colocará los rodetes de cera tipo 6 que se plastifica mejor y se puede moldear según la necesidad del paciente (Gualle, 2020).

Cuando los rodetes ya estén asentados en las bases acrílicas, se probará en boca, en la zona anterior tiene una altura tentativa de 40mm, 22mm corresponden a superior desde el fondo de vestíbulo superior hasta el borde incisal del rodete y 18mm corresponden al inferior (figura 20A). La altura de los rodetes disminuye en la parte posterior. La inclinación en anterior del rodete superior es de 85° y en el inferior es de 80° (Gualle, 2019).

Figura 20

- A. Rodete de altura superior e inferior
- B. Línea media y línea de punta de caninos



Fuente: (Gualle, 2019)

Se tomará en cuenta varias características necesarias para el montaje en articulador, pues replicar lo que tenemos en boca al articulador es imprescindible. Se debe considerar los planos de orientación superior, soporte labial, línea media, altura incisal, línea de sonrisa, corredor bucal, plano oclusal, plano de orientación inferior, relación maxilomandibular, dimensión vertical y relación céntrica (Gualle, 2019).

4.4.5. Montaje en articulador semiajustable

El articulador semiajustable es un instrumento que puede representar los componentes maxilares, así como las articulaciones temporomandibulares derecha e izquierda al cual se pueden fijar modelos del paciente para simular sus movimientos. Se puede montar en el articulador los modelos una vez que ya se hayan realizado los respectivos ajustes y relacionado los diferentes planos de referencia sobre la base protésica para reproducir la dinámica de la mandíbula con el maxilar (figura 21) (Gualle, 2019).

Figura 21

Articulador semiajustable



Fuente: (Gualle, 2019)

4.4.5.1. Montaje del modelo superior

Para el montaje del modelo superior se emplea el arco facial ya que este nos ayudará a determinar la distancia aproximada entre los cóndilos, esto podría influir indudablemente en la necesidad del paciente de que se le restablezca su anatomía dental en relación con los movimientos de extrusión. Cuando se haya colocado el arco facial en el paciente, se montará el plano de referencia (figura 22A) (Gualle, 2019).

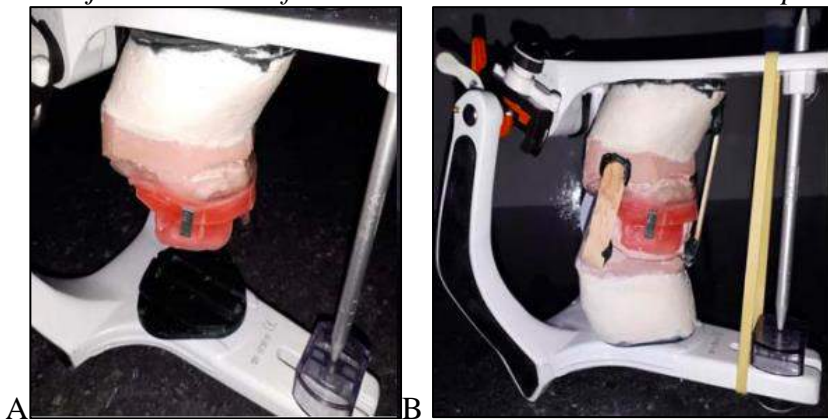
4.4.5.2. Montaje del modelo inferior

El montaje de modelo inferior consiste en fijarlo en la rama inferior del articulador de acuerdo con la inclinación que se formó con el modelo superior. Hay que considerar que los dos modelos deben estar fijados en relación céntrica con el propósito de interponer un material de registro entre ambos arcos dentarios del paciente (figura 22B) (Gualle, 2019).

Figura 22

A. Montaje de modelo superior

B. Montaje de modelo inferior con la inclinación del modelo superior



Fuente: (Gualle, 2019)

4.4.6. Selección de dientes

La selección de los dientes se realiza dependiendo los rasgos fisionómicos del paciente, se debe elegir su tamaño, forma y color (Gualle, 2019).

4.4.6.1. Forma

Según la biotipología de Ernest Kretschmer, se clasifica el paciente según su perfil psicológico y su constitución física como:

- **Leptosomáticos:** formas delgadas, rostro alargado u ovalado, nariz estrecha y fina, extremidades largas y delgadas y cabeza pequeña con el cuello largo y delgado.
- **Pícnicos:** estructura física redonda, con extremidades cortas.

- **Atléticos:** sujetos proporcionados con hombros anchos y fuertes, extremidades fuertes, los rasgos de la cara son toscos y cabeza ovalada.
- **Displásticos:** sujetos que padecen anomalías físicas o casos mixtos y no se puedan clasificar en ninguno de los anteriores tipos (Gualle, 2019).

4.4.6.2.Tamaño

La selección del tamaño de los dientes se determina a partir del ancho en milímetros de los dientes anteriores superiores e inferiores de distal de un canino a distal del otro (Gualle, 2019).

4.4.6.3.Color

Para la selección del color no solo se elige uno, se debe tomar en cuenta la edad y el color de piel. El clínico debe seleccionar el color con la luz natural. El color hace referencia al matiz o tinte de los dientes, para el cual se han elaborado colorímetros donde predominan el matiz gris, blanco azulado o amarillo (Gualle, 2019).

4.4.7. Enfilado de los dientes protésicos

El enfilado de los dientes debe realizarse en los modelos, siempre y cuando estén correctamente montados en el articulador. Los dientes superiores deben tener base fija en la platina del articulador y las inferiores irán colocadas de acuerdo con el enfilado superior, logrando una correcta oclusión (Gualle, 2019).

4.4.8. Prueba en cera

La prueba de cera sirve para corregir aquellos errores que se presenten, analizar el aspecto estético y la funcionalidad. Se debe analizar el perfil del labio, la línea de la sonrisa, fonética del paciente haciendo que pronuncie palabras con la letra F o V. Se deberá controlar la oclusión con movimientos de lateralidad y protrusión (Gualle, 2019).

4.4.9. Acrilización

Es un procedimiento en el cual el acrílico va a reemplazar en su totalidad el espacio que ocupaba la cera (Gualle, 2019).

Figura 23

Acrilización de la prótesis



Fuente: (Gualle, 2019)

4.4.10. Entrega de prótesis total

En esta fase del tratamiento, se debe verificar por precaución si la prótesis no tiene ninguna superficie afilada que pueda causar dolor al paciente, pues en un futuro se provocarán patologías. Se debe observar la inmediata integración de la prótesis a los tejidos evitando que se produzca inflamación (Gualle, 2019).

4.4.11. Cuidados y recomendaciones de prótesis

- Una vez adaptada la prótesis se recomienda que el paciente se revise y hable frente a un espejo hasta que se acostumbre a las nuevas prótesis.
- La higiene es indispensable. El paciente debe cepillar la mucosa y lengua después de comer con un cepillo de cerdas suaves mínimo tres veces al día; la prótesis debe ser cepillada frecuentemente, dos veces al día usando un cepillo de cerdas duras y jabón. Se recomienda dormir sin las prótesis para que los tejidos descansen de la presión a la que se someten y sumergirlas en un vaso con agua y un poco de enjuague bucal.
- Si se hace el uso de adhesivos para aumentar la retención y estabilidad de las prótesis, debe ser un material no tóxico y soluble en agua que será colocado en la prótesis y los tejidos.
- Es aconsejable hacer un masaje en las encías, para incrementar el flujo sanguíneo y prevenir en lo posible la reabsorción.
- La duración de las prótesis depende de varios factores como del material que se utilizó, biología de la persona, higiene bucal y de la prótesis, cuidados del paciente y controles periódicos al odontólogo.
- Se recomienda que deba realizarse un recambio de las prótesis cada 5 años (Gualle, 2019).

CASO CLÍNICO

5. Historia Clínica

5.1. Datos Generales

- **Nombre:** José Rafael Gallardo Quimba
- **Edad:** 81 años
- **Género:** Masculino
- **Nacionalidad:** Ecuatoriano
- **Grupo cultural:** Mestizo
- **Estado Civil:** Casado
- **Ocupación:** Abogado jubilado

5.2. Motivo de Consulta

“No puedo masticar bien porque se me mueven los dientes”.

5.3. Enfermedad o problema actual

Paciente masculino de 81 años, acude asintomático a la clínica de especialidades odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador

5.4. Antecedentes Personales y Familiares

5.4.1. Antecedentes Personales

Hipertensión → Losartán 50mg, Clortalidona 25mg

5.4.2. Antecedentes Familiares

Hipertensión (madre y hermano), Diabetes (hermana), Parkinson (padre)

5.5. Signos Vitales

Presión arterial: 116/65 mmHg

Frecuencia cardíaca: 70 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto

Temperatura: 36,9 °C

5.6. Examen del Sistema Estomatognático

Tabla 9

Exámen del sistema estomatognático

Sistema Estomatognático	
Labios	Normal
Mejillas	Normal
Maxilar Superior	Reborde óseo irregular

Maxilar inferior	Normal
Lengua	Normal
Paladar	Paladar ojival
Piso	Normal
Carrillos	Normal
Glándulas salivales	Normal
Orofaringe	Normal
ATM	Clic a la apertura, en ATM izquierda
Ganglios	Normal

Elaborado por: Paula Anahi Montufar Gallardo

5.7.Examen clínico

5.7.1. Examen extraoral

En el exámen extraoral del paciente no se evidencia ninguna patología aparente y presenta una simetría normal. La tonicidad de los labios, ganglio y carrillos se encuentran normales. La ATM presenta un click a la aperura en el lado izquierdo.

Figura 24

- A. *Fotografía frontal*
- B. *Fotografía frontal con sonrisa*
- C. *Fotografía lateral*





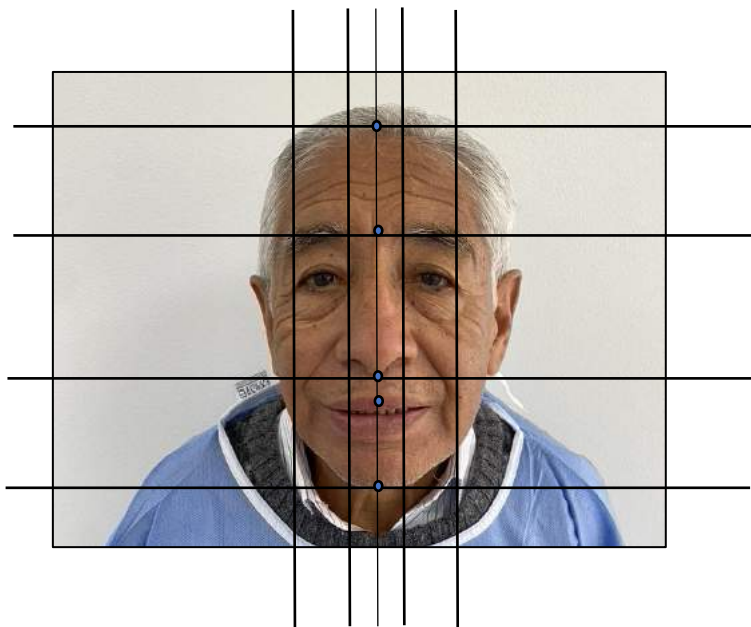
C

Elaborado por: Paula Montufar

5.7.2. Análisis facial extraoral

Figura 25

Tercio medio mayor que el superior e inferior, línea media coincide



Elaborado por: Paula Montufar

Figura 26

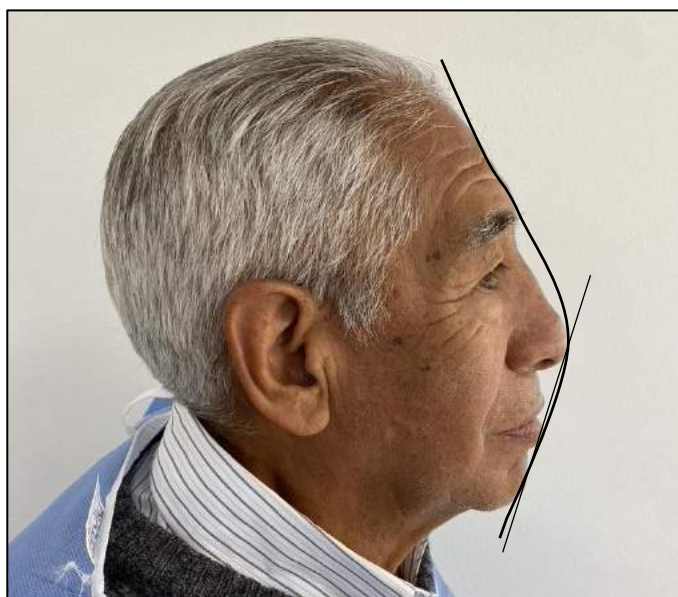
Plano bipupilar no está paralelo al línea intercomisural



Elaborado por: Paula Montufar

Figura 27

Presenta un perfil convexo



Elaborado por: Paula Montufar

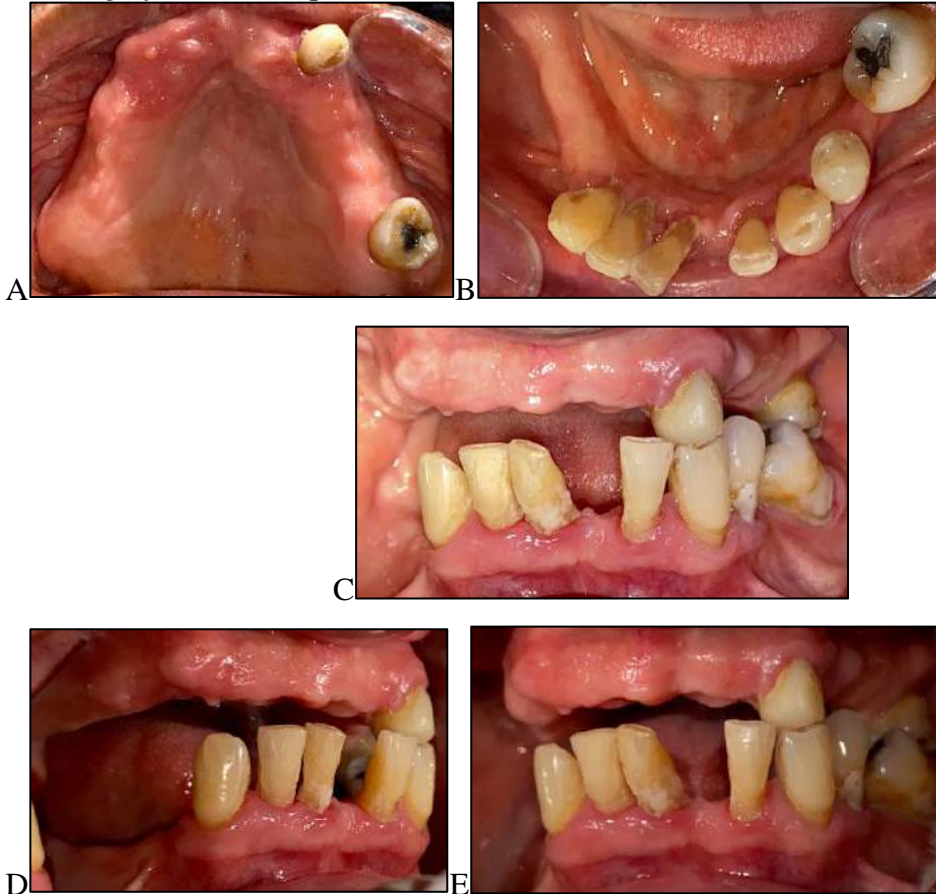
5.7.3. Examen intraoral

En el examen físico intraoral del paciente se evidencia edentulismo parcial, que las estructuras como maxilar superior presenta irregularidades en el reborde óseo, movilidad grado I en la pz 24 y 28; la engua, piso de boca, carrillos, glándulas salivales y orofaringe se

encuentran en estado normal, tiene paladar ojival y movilidad grado II en las pz 32, 38 y 42; movilidad grado III en la pz 41.

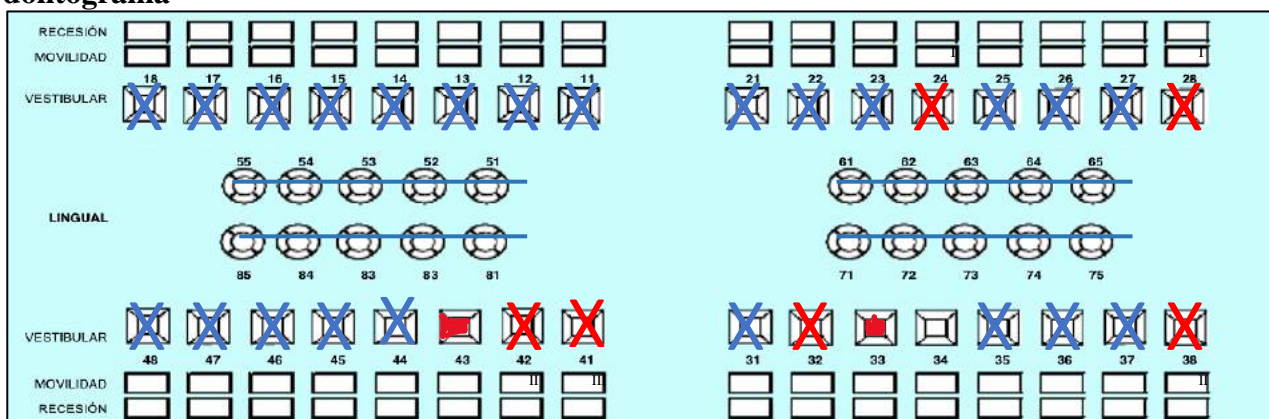
Figura 28

- A. *Fotografía de la arcada superior*
- B. *Fotografía de la arcada inferior*
- C. *Fotografía frontal*
- D. *Fotografía lateral derecha*
- E. *Fotografía lateral izquierda*



Elaborado por: Paula Montufar

5.8. Odontograma



5.9. Indicadores de Salud Bucal

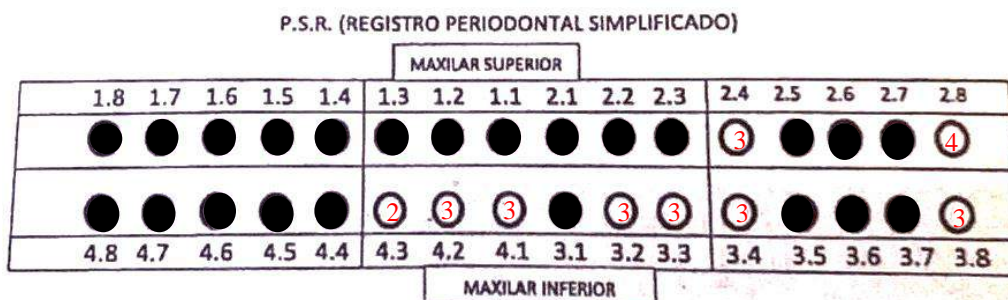
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCLUSIÓN			FLUOROSIS					
PIEZAS DENTALES					PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEVE	MODERADA	SEVERA
					0 - 1 - 2 - 3 -	0 - 1 - 2 - 3 -	0 - 1			X						
16	--	17	--	55	--	--	--									
11	--	21	--	51	--	--	--									
26	--	27	--	65	--	--	--									
36	--	37	--	75	--	--	--									
31	--	41	X	71	3	2	1									
46	--	47	--	85	--	--	--									
TOTALES					0,5	0,3	0,16									

5.10. Índices CPO-ceo

8 ÍNDICES CPO-ceo				
D	c	P	o	TOTAL
	2	23	0	25
d	c	e	o	TOTAL

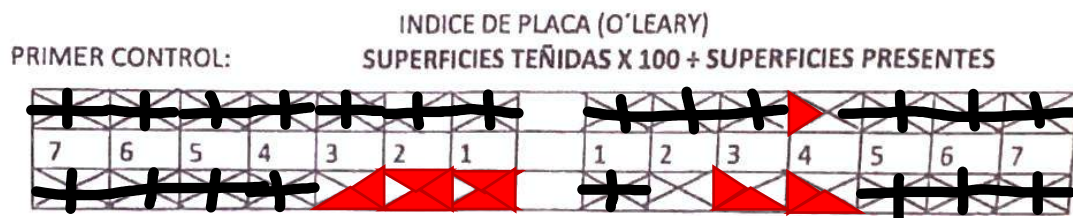
5.11. P.S.R (Registro Periodontal Simplificado)

Se realizó el sondeo de los dientes presentes, se evidenció códigos 3 y 4 en la mayoría de los dientes, por lo cual se debe realizar el periodontograma.



5.12. Índice de placa

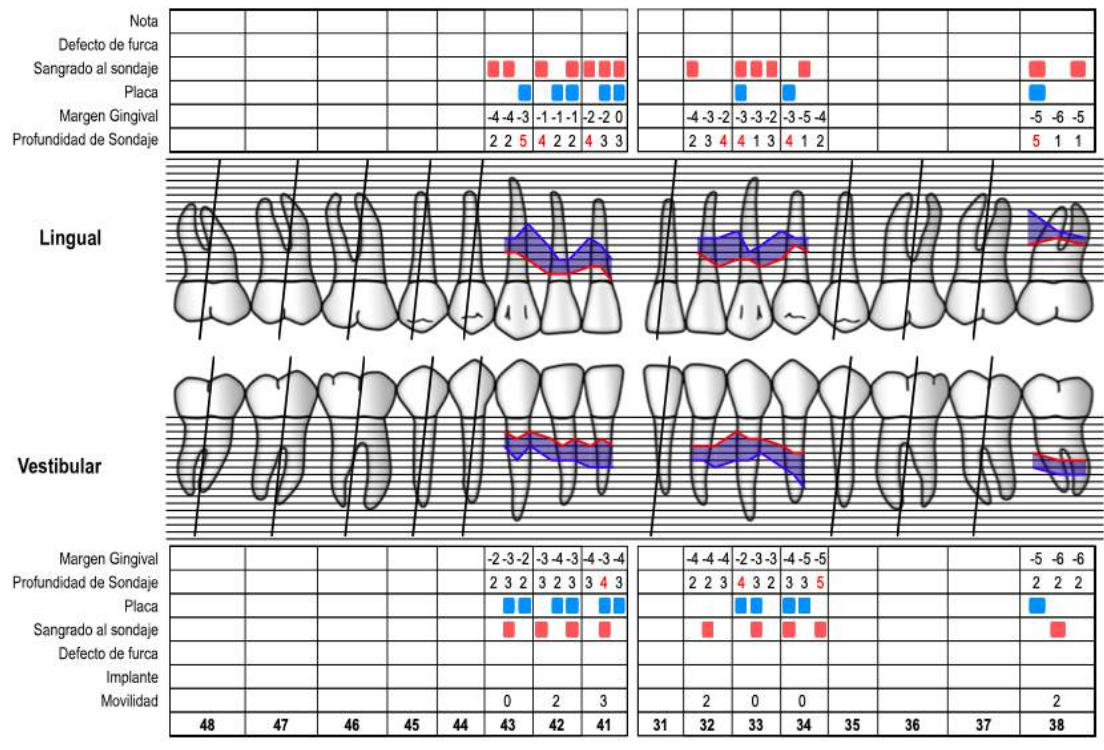
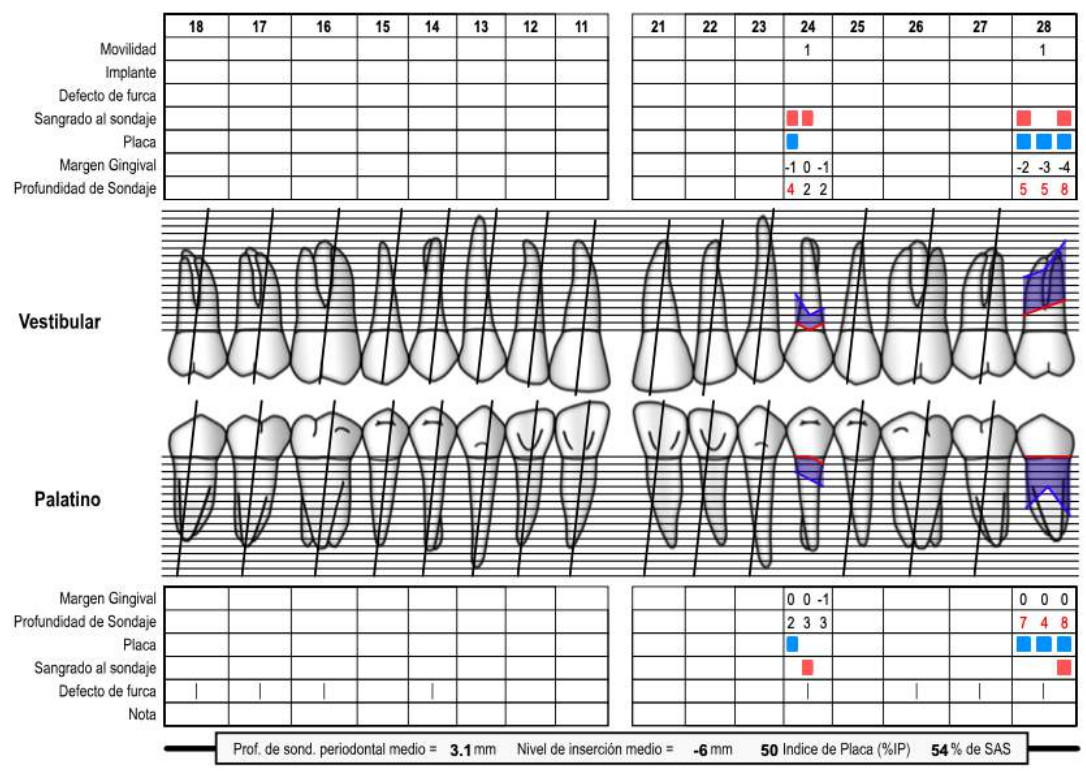
Para determinar el índice de placa, se necesita colocar revelador de placa en la cavidad oral del paciente, específicamente en los dientes presentes en boca. En este caso dio como resultado un índice deficiente con un valor del 50%.



$$\text{Índice de placa: } \frac{13 \times 100}{36} = 36.1\% \rightarrow \text{Deficiente}$$

5.13. Periodontograma

En el periodontograma del paciente, se evidenció varios puntos de sangrado y presencia de placa bacteriana, recesiones gingivales de hasta -6mm, profundidades de sondaje de hasta 8mm, lo cual nos confirma que el paciente es periodontal.



6. Exámenes complementarios

6.1. Radiografía Panorámica

Radiográficamente se pudo observar un reborde óseo maxilar bastante irregular y pérdida ósea horizontal de moderada a grave, se ve claramente que algunas piezas dentarias no tienen el suficiente soporte, por lo cual serán indicadas para extracción.

Figura 29

Radiografía panorámica.



Elaborado por: Paula Montufar

6.2. Biometría Hemática

En los exámenes de laboratorio se pudo observar que el paciente presentaba niveles normales de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

Figura 30

Biometría hemática por citometría de flujo

BIOMETRIA HEMÁTICA			
CITOMETRIA DE FLUJO			
	RESULTADOS	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
RECuento DE LEUCOCITOS	5,08	K/ul	4,0 - 10,0
LINFOCITOS	1,74	K/ul	1,30 - 3,0
MIXTOS	0,31	K/ul	0,1 - 15,0
NEUTROFILOS	3,03	K/ul	2,27 - 7,0
LINFOCITOS %	34,2	%	20,0 - 40,0
MIXTOS %	6,1	%	1,0 - 15,0
NEUTROFILOS %	59,2	%	40,0 - 80,0
RECuento DE GLÓBULOS ROJOS	5,17	M/ul	3,80 - 4,80
HEMOGLOBINA	12,4	g/dl	12,0 - 15,0
HEMATOCRITO	42,3	%	36,0 - 46,0
VOL.CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	81,9	ft	83,0 - 101
HGB. CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	24	pg	27 - 34
CON. HGB.CORPUSCULAR MEDIA (MCHC)	29,3	g/dl	31,5 - 34,5
PLAQUETAS	240	K/ul	150 - 410
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	10	ft	
OBSERVACIONES:			

Elaborado por: Paula Montufar

6.3. Coagulación

Se observó tiempos de coagulación con valores normales, al igual que el INR.

Figura 31*Tiempos de coagulación e INR*

INFORME DE RESULTADOS			
EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
COAGULACIÓN			
INR			
INR	0.92		0.9 - 1.2
Método: Aglutinación			
Tiempo de Protrombina TP	12.24	seg.	11 - 15
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP)	39.16	seg.	25 - 45
Método: Coagulometría Automática			
Validado por: B0. LUIS AGUILAR ACCESS 1722787767		Fecha: 2023-03-28 2:40PM	

Elaborado por: Paula Montufar

6.4. Bioquímica Clínica

Se pidió al paciente el examen de Hemoglobina Glicosilada para descartar prediabetes porque ya venía sistémicamente comprometido. El examen indicó que el valor era normal.

Figura 32*Hemoglobina Glicosilada por inmunofluorescencia*

BIOQUIMICA CLINICA			
PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	VALORES RE
METODO: INMUNOFLOURESCENCIA			
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	5,98	%	4.5 - 6.5 %

Elaborado por: Paula Montufar

6.5. Química sanguínea

Se observaron valores normales de urea y creatinina.

Figura 33*Química Sanguínea por espectrofotometría*

QUÍMICA SANGUINEA (SUERO)			
PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	INTERVALO DE REFERENCIA
METODO: ESPECTOFOTOMETRÍA			
UREA	33,82	mg/dl	10 - 50
CREATININA	1,16	mg/dl	HOMBRES: 0,6 - 1,1 MUJERES: 0,5 - 0,9

Elaborado por: Paula Montufar

7. Diagnóstico

7.1. Diagnóstico Presuntivo

Paciente masculino de 81 años al examen clínico presenta enfermedad periodontal, movilidad grado I en los dientes 24 y 28, movilidad grado II en los dientes 32, 38 y 42, movilidad grado III en el diente 41, gran acumulo de placa generalizada, es edéntulo parcial, portador de prótesis removibles.

7.2. Diagnóstico Definitivo

7.2.1. General

Paciente masculino de 81 años al examen clínico presenta edentulismo parcial superior e inferior, movilidad grado I en los dientes 24 y 28, movilidad grado II en los dientes 32, 38 y 42, movilidad grado III en el diente 41, reborde óseo maxilar irregular y periodontitis.

7.2.2. Periodontal

Paciente presenta periodontitis severa, estadio IV, generalizada, grado B.

8. Plan de Tratamiento

Figura 34

Plan de tratamiento por citas.

Sesiones	Procedimiento
1era sesión	Historia clínica, anamnesis y Raspado/alisado radicular
2da sesión	Control de raspado y alisado radicular
3ra sesión	Limpieza y remoción de la placa y cálculo supra y subgingival/actualización del periodontograma.
4ta sesión	Control de limpieza o raspado, toma de impresiones para prótesis inmediatas y apertura de historia de cirugía.
5ta sesión	Cirugía- extracciones (24, 27, 38,32,41,42) y regularización de reborde óseo maxilar. Colocación de prótesis inmediata (esperar 2 meses mínimo para la cicatrización)
6ta sesión	Control postquirúrgico (retiro de puntos a los 8 días de la cirugía)

7ma sesión	Pasadas dos meses, empezar con la confección de las prótesis. Realizar impresiones diagnósticas de ambas arcadas.
8va sesión	Cubetas individuales, recorte muscular e impresiones funcionales, vaciado y obtención del modelo funcional, encajonado.
9na sesión	Prueba de rodetes de altura, determinación de la dimensión vertical y relación céntrica, fijar los rodetes, montar en el articulador
10ma sesión	Enviar al laboratorio: enfilado y probar en la boca.
11va sesión	Enviar al laboratorio: acrilizado, prueba en boca, indicaciones de cuidado de la prótesis
12va sesión	Control y mantenimiento a las 24 horas
13va sesión	Control y mantenimiento a las 48 horas
14va sesión	Control y mantenimiento a los 8 días Mantener control periódico cada 3 meses

Elaborado por: Paula Montufar

9. Fases del Plan de Tratamiento

9.1. Fase de emergencia

No requiere

9.2. Fase sistémica

Se realizó una interconsulta con el médico de cabecera para verificar que es un paciente controlado con respecto a la hipertensión. El paciente es controlado y toma Losartan de 50mg y Clortalidona de 25mg todos los días.

9.3. Fase higiénica

9.3.1. Motivación

Se explicó cuidadosamente al paciente sus diagnósticos tanto general como periodontal, sus posibles causas y sus consecuencias si es que no es tratado a tiempo y de manera integral. Se recomendó mejorar hábitos de higiene y se pidió la mayor colaboración para su tratamiento.

9.3.2. Fisioterapia Oral

El paciente no presenta un hábito adecuado de higiene bucal, por lo que se procedió a educar e instruir sobre la mejor técnica para su caso. Se recomendó utilizar un cepillo dental de cerdas ultrasuaves, cabezal pequeño y mango recto, el uso del cepillo dental Curaprox 5460.

Se recomendó la implementación de la técnica de Bass, la cual consiste en el cepillado de los dientes manteniendo el cabezal del cepillo en 45^a sobre el eje del diente.

Se indicó al paciente que el cepillado debe ser frecuente, tres veces al día mínimo por 2-3 minutos después de cada comida. La seda dental es un implemento que debe ser usada frecuentemente antes del cepillado, al igual que el uso de colutorio de clorhexidina 0,12% por 15 días, dos veces al día.

9.3.3. Terapia Periodontal básica

Para comenzar la terapia periodontal básica se inició con la infiltración de anestesia, en este caso utilizamos mepivacaina sin adrenalina para evitar cualquier efecto secundario y tomando en cuenta su enfermedad sistémica, se utilizó la técnica infiltrativa con aguja corta para los nervios alveolares superiores medio y posterior, palatino mayor de lado izquierdo en el maxilar y en la mandíbula se empleó la técnica troncular con aguja larga para los nervios dentario inferior, lingual y bucal.

Se procede la eliminación del cálculo supragingival y subgingival (figura 35B) mediante el raspado y alisado radicular con ayuda de curetas Gracey, después de retirar toda la placa y cálculo de forma manual, continua la forma mecánica con ayuda del ultrasonido. Durante todo este proceso se utilizaron gasas estériles y suero fisiológico, una vez acabada la terapia periodontal se redució la inflamación y destrucción de los tejidos periodontales.

Figura 35

A. Antes de la terapia periodontal básica, presencia de placa y cálculo

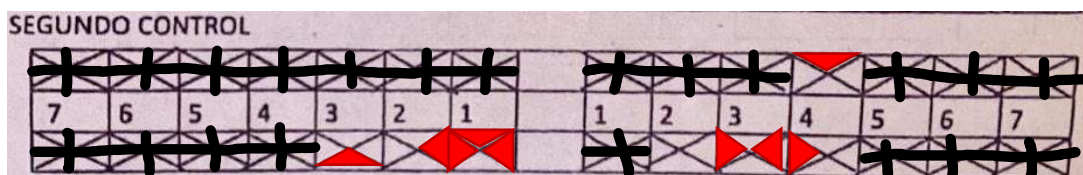
B. Después de la terapia periodontal básica, no hay presencia de placa y cálculo.



Elaborado por: Paula Montufar

9.3.4. Control de la terapia Periodontal básica

El control del raspado y alisado radicular se realizó a los 8 días posteriores, se utilizó revelador de placa porque se hizo de nuevo el Índice de placa donde se observó que sigue siendo deficiente, pero ha disminuido del 36.1% al 25%.



Índice de placa: $\frac{9 \times 100}{36} = 25\% \rightarrow$ Deficiente

Figura 36

Control a los 8 días y remoción de placa subgingival



B
Elaborado por: Paula Montufar

9.4.Fase correctiva o quirúrgica

9.4.1. Extracción de piezas dentales con mal pronóstico y regularización del reborde óseo alveolar

De acuerdo con el plan de tratamiento previamente establecido, se procedió a la realización de la extracción simple de las piezas 24, 28, 32, 38, 41, 42 y regularización de reborde óseo maxilar en la misma cita. La atención se inició por la toma de los signos vitales, encontrando todo con normalidad, posteriormente se analizó el caso con los exámenes complementarios.

El protocolo que se llevó a cabo para este tratamiento quirúrgico fue:

- Asepsia y antisepsia del campo operatorio con yodopovidona.
- Administración de anestesia: utilizamos 7 cartuchos de mepivacaina sin adrenalina y 2 con adrenalina para evitar cualquier efecto secundario y tomando en cuenta su enfermedad sistémica, se utiliza la técnica infiltrativa con aguja corta para los nervios alveolares superiores medio y posterior, palatino mayor de lado izquierdo en el maxilar y en la

mandíbula se emplea la técnica troncular con aguja larga para los nervios dentario inferior, lingual y bucal.

- Incisión que recorre todo el reborde para proceder primeramente con la regularización.
- Levantamiento de colgajo.
- Osteotomía del hueso irregular con micromotor y fresa pimpollo de carburo tungsteno.
- Sindesmotomía pz #28, 32, 38, 41, 42.
- Extracción propiamente dicha (figura 37) con elevadores rectos y fórceps 150 y 151: aplicación de principios mecánicos con el elevador y con los fórceps se hará presión, impulsión, movimientos de lateralidad y rotación en las pz #24, 28, 32, 38, 41, 42.
- Cuidados de la cavidad: lavado de los alveolos con abundante suero fisiológico, curetaje, hemostasia.
- Sutura en el maxilar con hilo 000, sutura continua.
- Se prescribió al paciente: Amoxicilina (625mg) /Ac, clauvranico (125mg) cada 8 horas de 7 días (antibiótico). Ibuprofeno de 600 mg una cada 8 horas por 5 días (antiinflamatorio). Paracetamol de 1gr una cada 8 horas por 5 días (analgésico).
- Se colocó prótesis inmediatas para ayudar a la cicatrización y el paciente se sienta más cómodo durante el tiempo de recuperación.
- El control operatorio se lo realizo en 8 días para retirar los puntos (figura 38).

Figura 37

A. Técnica de anestesia

B. Insición

C. Levantamiento de colgajo

D. Extracción de la pz #24

E. Osteotomía → Regularización de reborde óseo

F. Regularización terminada

G. Extracción pz #28, 32, 38, 41, 42

H. Sutura continua, con hilo 000.

I. Colocación de prótesis inmediatas superior e inferior



A



B



C



D



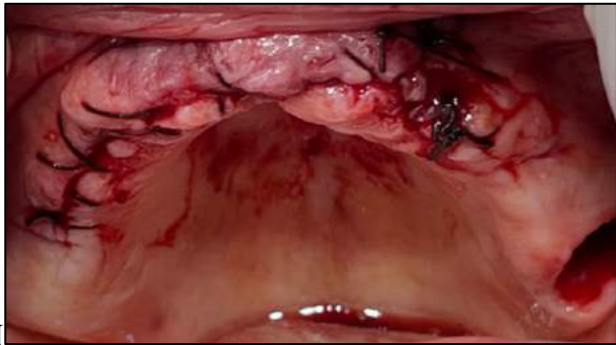
E



F



G



H



I
Elaborado por: Paula Montufar

Figura 38

Control postquirúrgico a los 8 días



A



B



C

Elaborado por: Paula Montufar

9.4.2. Reevaluación y mantenimiento periodontal a los dos meses

Se realizó una reevaluación del paciente para verificar como avanzaba la cicatrización y también para el mantenimiento periodontal de los dientes remanentes.

Figura 39

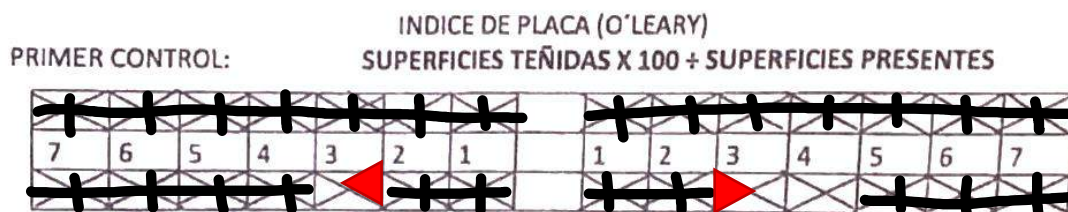
Revisión después de dos meses y medio



Elaborado por: Paula Montufar

A nivel periodontal se observó placa supragingival y subgingival y cálculo supragingival el cual fue retirado en la misma cita. No fue necesario realizar otro periodontograma ya que solo se observó una profundidad de sondaje de 4mm en vestibular de la pz #34.

Si se realizó en índice de placa para saber la mejoría en cuanto a hábitos de higiene durante los dos meses y resultó que el índice disminuyó del 25% al 16%, por lo tanto, si hay una gran mejora.



$$\text{Índice de placa: } \frac{2 \times 100}{12} = 16\% \rightarrow \text{Cuestionable}$$

Figura 40*Remoción de placa y cálculo supragingival.*

Elaborado por: Paula Montufar

9.4.3. Rehabilitación oral con prótesis total superior y total inferior modificada.

En esta fase del tratamiento se decide que ambas prótesis se realizarán al mismo tiempo.

9.4.3.1. Impresiones anatómicas y modelos diagnósticos

Para las impresiones anatómicas se utilizaron cubetas tipo Vernes superior e inferior (figura 41). Para el modelo superior no se utilizó cubetas para edéntulos, por el reborde óseo maxilar del paciente. Posteriormente, se realizó las impresiones con hidrocoloide irreversible.

Figura 41*Cubeta tipo Vernes superior e inferior.*

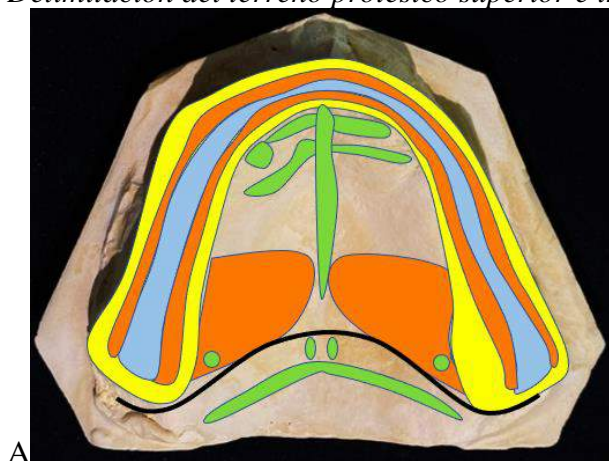
Elaborado por: Paula Montufar

Una vez hechas las impresiones, se procede a vaciar con yeso tipo III y posteriormente se colocará el zócalo.

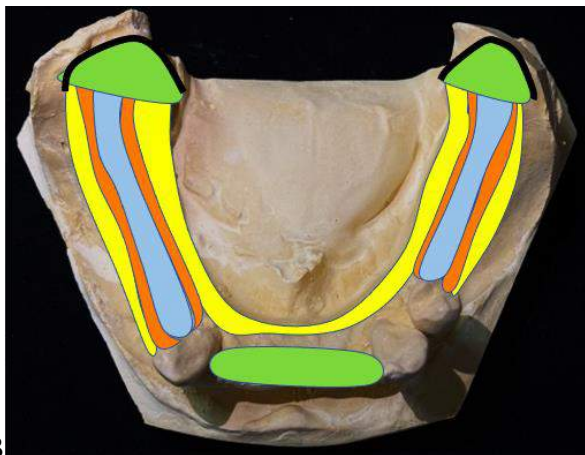
Figura 42A. *Modelo diagnóstico inferior*B. *Modelo diagnóstico superior*

Elaborado por: Paula Montufar

Una vez obtenidos los modelos de estudio, se delimitará el terreno protésico (figura 43A y 43B).

Figura 43*Delimitación del terreno protésico superior e inferior*

- | | |
|----------------------------|---|
| Zona de soporte primario | ● |
| Zona de soporte secundario | ● |
| Zonas de alivio | ● |
| Zona de sellado periférico | ● |
| Zona de sellado posterior | ● |



B

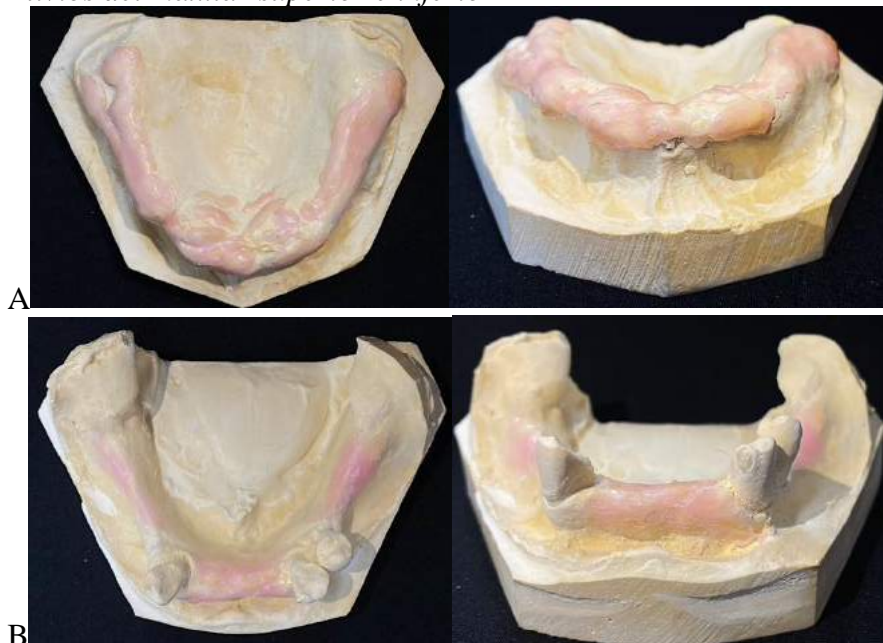
Elaborado por: Paula Montufar

9.4.3.2. Alivio de las zonas retentivas

Previo a la elaboración de las cubetas individuales se alivió con cera rosada #7 para eliminar las zonas retentivas.

Figura 44

Alivios del maxilar superior e inferior



A

B

Elaborado por: Paula Montufar

En este caso, en el maxilar inferior se hizo una prótesis modificada por lo que después de realizar los respectivos alivios, se procede a cubrir los dientes remanentes con cera pegajosa.

Figura 45

Implementación de cera pegajosa para cubrir los dientes remanentes



Elaborado por: Paula Montufar

9.4.3.3. Fabricación de cubetas individuales

La construcción de las cubetas (figura 46 y 47) se realizó con acrílico de autocurado. Se coloca aislante sobre los modelos de yeso, utilizamos la técnica de masa y mezclamos el acrílico hasta que esté en su fase plástica, el acrílico se colocó sobre los modelos en forma de masa y se moldea bien con presión digital y se cortó los excesos. El grosor debe ser de 2mm. Una vez que haya polimerizado, se elabora el mango y se procede a pulir.

Figura 46

Cubeta individual inferior



Elaborado por: Paula Montufar

Figura 47*Cubeta individual superior*

Elaborado por: Paula Montufar

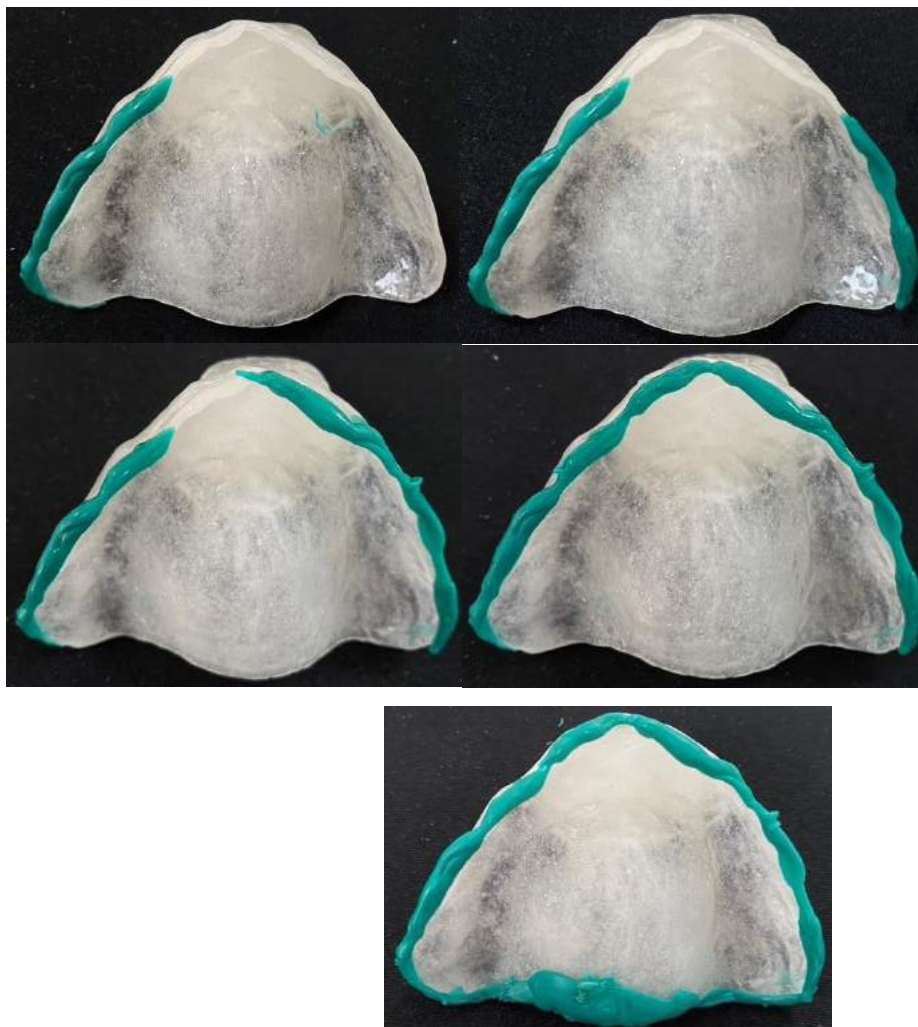
9.4.3.4. Recorte muscular y sellado periférico

Este paso consiste en darle forma a los bordes de la cubeta individual para tener buena adaptación en la zona vestibular y el lingual. Se debe dejar 2mm de espacio para colocar del sellado periférico.

Para el sellado periférico se utilizó como material de impresión la godiva, la cual permite un buen cierre hermético del contorno de la base de la prótesis contra los tejidos.

El sellado se realizó por zonas ya que la godiva fragua rápidamente.

Figura 48*Sellado periférico de maxilar superior*



Elaborado por: Paula Montufar

Figura 49

Sellado periférico de maxilar inferior





Elaborado por: Paula Montufar

9.4.3.5. Impresiones funcionales

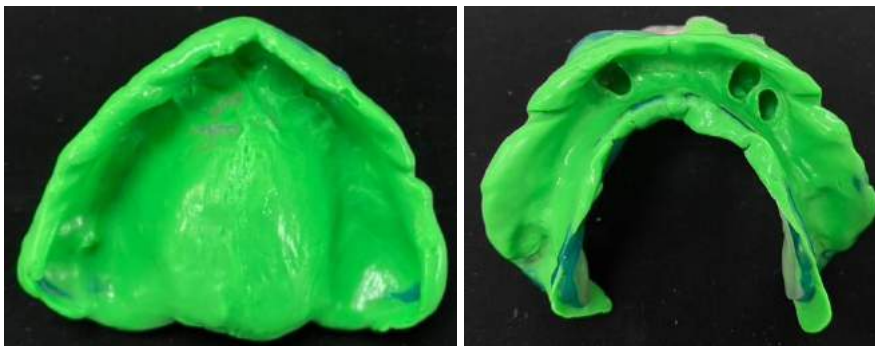
Para tomar las impresiones funcionales se utilizó pasta liviana de silicona de adición ya que su manejo es más rápido y menos molesto para el paciente y su nivel de contracción no es alta.

Colocamos silicona sobre la cubeta individual con ayuda de una pistola y una punta dispensadora.

Figura 50

Impresiones funcionales con silicona de adición.





Elaborado por: Paula Montufar

9.4.3.6. Bases de registro intermaxilar y rodetes de cera

Con los modelos definitivos ya se pudo realizar las bases protésicas y a su vez, los rodetes de cera, para lo cual se utilizó cera tipo 6 o 7.

Los rodetes de altura se realizaron tomando como referencia las medidas estándar, es decir, el rodete superior mide 22mm en la parte anterior y 10mm en la parte posterior, el rodete inferior mide 18mm. Después se tuvo que desgastar según la medida exacta del paciente para que ambos rodetes entren en contacto.

Figura 51

Rodetes de altura superior e inferior



Elaborado por: Paula Montufar

Se registró las relaciones intermaxilares, línea de sonrisa, guía canina y línea media.

Figura 52

Línea media y línea canina



Elaborado por: Paula Montufar

Luego se procedió a recuperar la dimensión vertical. Consistió en medir el tercio inferior del rostro con la mandíbula en reposo, la cual fue 63mm -2mm que corresponde al espacio libre funcional es igual a 61mm, la cual corresponde a la dimensión vertical en oclusión.

Figura 53

- A. *Dimensión vertical en reposo*
- B. *Dimensión vertical en oclusión*



Elaborado por: Paula Montufar
Posteriormente se tomó en cuenta el plano de orientación. Para esto se utilizó la Platina de Fox, y se verificó el paralelismo entre la línea bipupilar y el plano oclusal.

Figura 54

Plano de orientación



Elaborado por: Paula Montufar

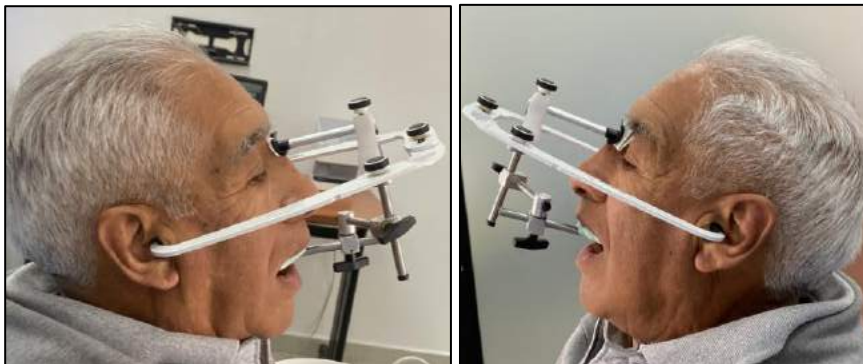
9.4.3.7. Montaje en el articulador semiajustable

Para montar el modelo superior se necesita el arco facial, en la horquilla se colocó pasta pesada de silicona de condensación para ajustar el contorno del plano de cera. Se coloca el nasion en la parte transversal del arco facial y se ajusta el tornillo. Se separan los brazos del arco y luego se cierran introduciéndolo en las orejas del paciente y de esta manera queden firmes a los meatos auditivos.

Figura 55

Colocación del arco facial y horquilla



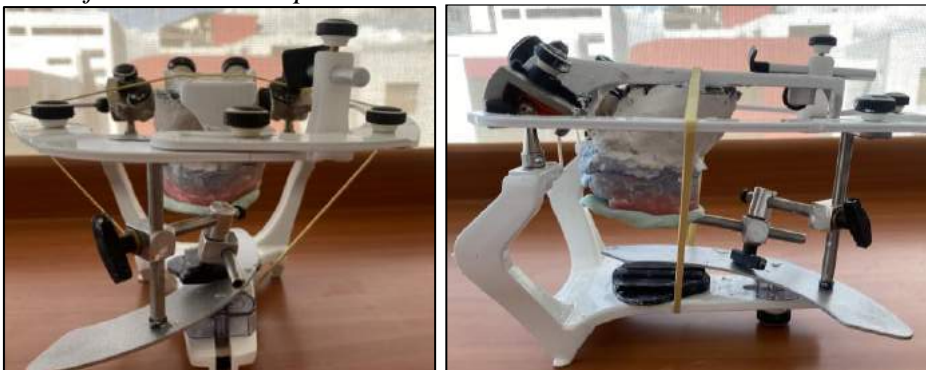


Elaborado por: Paula Montufar

Posteriormente se retiró el arco facial del paciente y se colocó en el articulador. Una vez colocado, se fija el modelo superior a la horquilla y se colocó yeso de montaje para articular el modelo. Para montar el modelo inferior solo se debe mantener en relación céntrica y una vez que fragüe el yeso del modelo superior, se da la vuelta al articulador para montar el modelo inferior de la misma manera.

Figura 56

Montaje del modelo superior



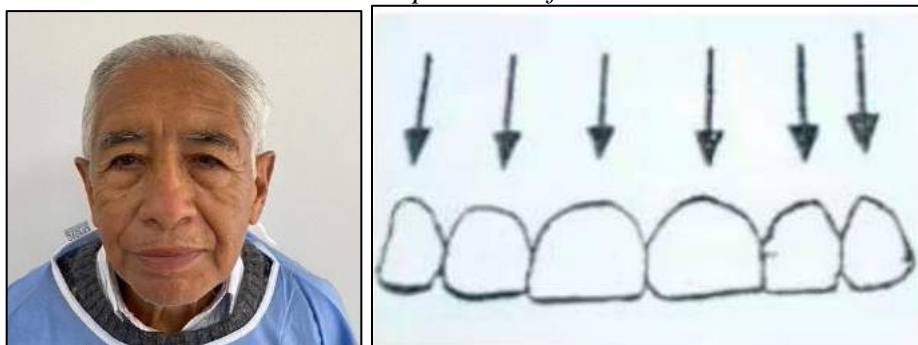
Elaborado por: Paula Montufar

Figura 57*Montaje del modelo inferior*

Elaborado por: Paula Montufar

9.4.3.8. Enfilado**A. Forma**

En cuanto a la selección de los dientes, se debe relacionar con la forma del rostro del paciente, biotipo y sexo. En este caso, tenemos un paciente maseterino según Le Pera, por lo tanto, se escogieron dientes cuadrados.

Figura 58*Selección de dientes cuadrados para enfilado*

Elaborado por: Paula Montufar

B. Tamaño

Se midió el ancho el milímetro de los dientes anteriores de canino a canino, la cual mide 45mm. Y la altura del diente es de 8mm, se midió de la base del rodete superior a la del labio.

Figura 59

Determinación del tamaño de los dientes artificiales



Elaborado por: Paula Montufar

C. Color

El color se escogió tomando en cuenta los dientes naturales que el paciente tiene. Según el colorímetro de Invoclar el color que coincidió fue el 5B/320 y con el colorímetro de Duratone el color fue 2B.

Figura 60

Selección del color de los dientes artificiales



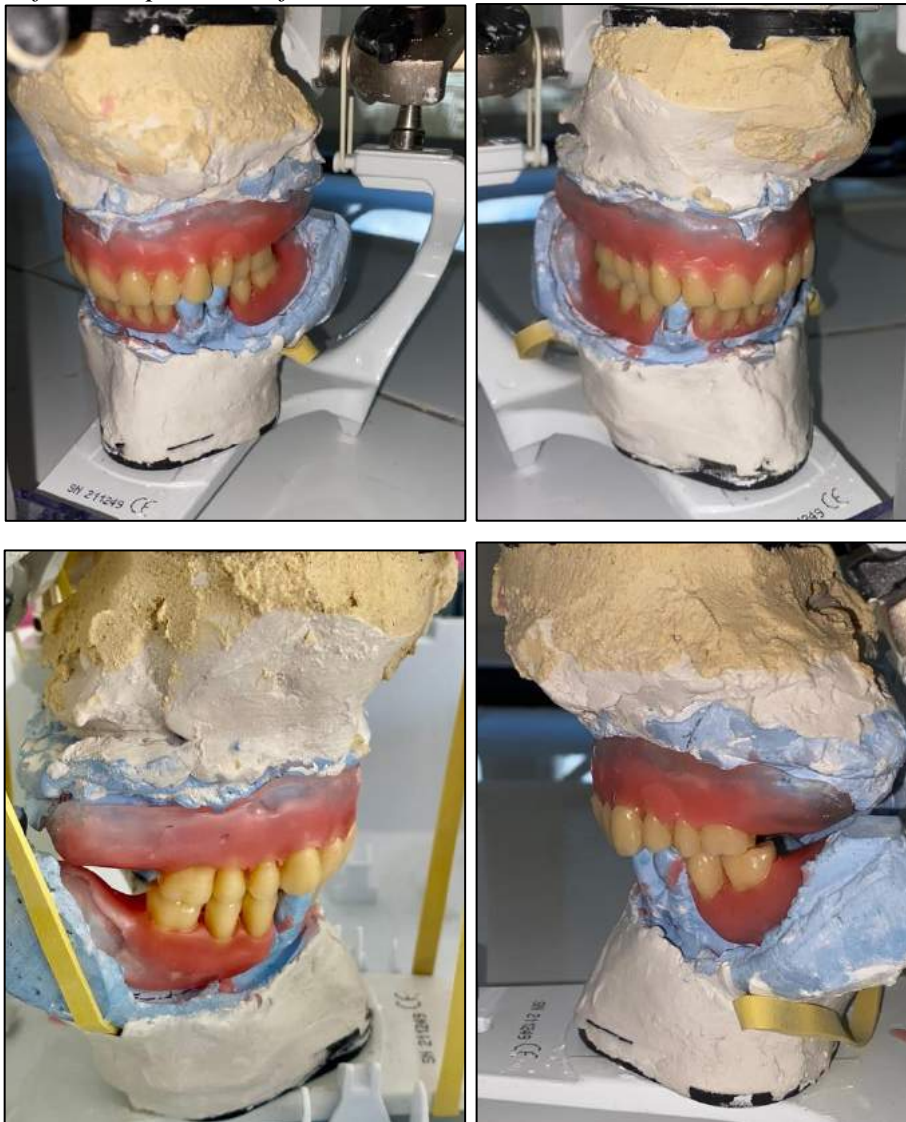
Elaborado por: Paula Montufar

El enfilado solo se realizó una vez que los modelos funcionales estén correctamente montados en el articulador. Los dientes superiores deberán tener base totalmente fija en la

platina del articulador, mientras que los inferiores irán colocados de acuerdo con el enfilado superior, logrando una correcta oclusión.

Figura 61

Enfilado superior e inferior con los modelos montados en el articulador



Elaborado por: Paula Montufar

9.4.3.9. Prueba del enfilado en cera

En la prueba del enfilado en cera se podrán corregir los errores, se revisa la estética. Se analizó el perfil labial, línea de sonrisa, exposición de los dientes, se verifica la fonética del paciente haciendo que pronuncie diferentes fonemas. Se controla la oclusión con movimientos de lateralidad y protrusión.

Figura 62

Prueba del enfilado en cera



Elaborado por: Paula Montufar

Figura 63

Antes y después con el enfilado en cera



Elaborado por: Paula Montufar

9.4.3.10. Acrilización

En este paso del tratamiento de rehabilitación, el espacio de la prótesis que solía estar ocupado por cera, se reemplazó con acrílico rosado de autocurado y luego se termina con la fase de pulido.

Figura 64

Acrilización de la prótesis superior e inferior



Elaborado por: Paula Montufar

9.4.3.11. Prótesis terminada y entrega

Una vez que tenemos las prótesis, hay que revisar varios aspectos: presencia de superficies afiladas que de alguna forma pueda causar molestia a la mucosa del paciente para eliminarlas. Se debe realizar el debido ajuste a la base interna de las prótesis y control de la oclusión. Durante la inserción de las prótesis se debe observar la correcta e inmediata integración con los tejidos, evitando que se provoque inflamación. Finalmente, se debe indicar al paciente casa uno de los cuidados que debe mantener con su higiene dental y sus nuevas prótesis.

Figura 65

Entrega y colocación de prótesis superior e inferior terminadas



Elaborado por: Paula Montufar

9.4.3.12. Evaluación de la estética antes y después del plan de tratamiento

Figura 66

Antes y después de la colocación de la prótesis



Elaborado por: Paula Montufar

Figura 67

Prótesis antiguas y prótesis nuevas



Elaborado por: Paula Montufar

9.5. Fase de mantenimiento

Inmediato: Se realizará un control de las 24 horas y luego a los 8 días para verificar la correcta adaptación de la prótesis y realizar cualquier ajuste en caso de que sea necesario.

Mediato: Paciente de riesgo alto por la falta de hábitos de higiene y su diagnóstico periodontal, por lo tanto, se realizarán controles cada 3 meses para controlar la periodontitis y las prótesis.

DISCUSIÓN

En 2017, según Degrandi, la calidad de vida en pacientes geriátricos edéntulos es menor a la de los pacientes dentados. Estos pacientes pueden ser rehabilitados de diferente manera, la forma más usual es la rehabilitación con prótesis removibles convencionales, este tratamiento se elige por razones demográficas, longevidad, y economía del paciente. Si se adapta correctamente la prótesis, mejorará notablemente su calidad de vida ya que esta contribuye al confort funcional, estética y vida social. Espasandín et al, en 2022, afirman que el adulto mayor presenta varios cambios fisiológicos en los tejidos duros y blandos de la cavidad oral y la adaptación de cualquier tipo de prótesis también puede ocasionar cambios en los tejidos de soporte.

Davalos-Vargas (2020), indicó que los adultos mayores tienen mayor exposición a enfermedades sistémicas degenerativas y crónicas. Pueden verse afectados por factores como discapacidades o la disminución de su grado de dependencia, por lo que se necesita tratar con una atención global e integral y no solo un tratamiento dental enfocado a algo individual. Las enfermedades más prevalentes en la consulta son la diabetes y la hipertensión, las cuales pueden estar asociadas a las alteraciones a nivel oral.

La hipertensión es una enfermedad que causa disfunción endotelial, estrés oxidativo e inflamación y la periodontitis es una enfermedad inflamatoria. Por lo tanto, la relación entre estas dos enfermedades se basa en la inflamación y sangrado gingival. Aunque no existen estudios suficientes sobre este vínculo, los que se han publicado determinan que la inflamación tiene un papel importante en el desarrollo de hipertensión. Se podría describir como una relación bidireccional ya que la una puede afectar a la otra de varias maneras (Zhan et al., 2023).

Tada et al (2017), mencionó que esta relación se puede explicar de la siguiente forma: si la periodontitis aumenta los niveles de inflamación sistémica que se ocasiona por respuesta del huésped, es decir, los periodonto-patógenos que intervienen se encuentran con la primera línea de defensa, en la cual se involucra la presencia de células inmunitarias y linfoides; y su consecuente liberación de citoquinas como la interleuquina 1, interleuquina 6, interleuquina 8 y factor de necrosis tumoral que estimulan el aumento de coagulación e infecciones sistémicas.

Por lo tanto, en este caso clínico, al ser un paciente geriátrico, hipertenso y que, además, presenta una enfermedad inflamatoria de la cavidad bucal como es la periodontitis, se procede a clasificar en el grupo de vulnerabilidad para establecer un correcto plan de tratamiento. Durante el examen clínico se pudo observar movilidad dental y edentulismo parcial, necesita ser rehabilitado con prótesis removibles y cirugía pre-protésica. Según Badillo (2021), la pérdida de piezas dentarias causa la disminución de las fuerzas masticatorias, efectos estéticos desfavorables, pérdida de la sensación propioceptiva y también un impacto psicológico relevante.

Después del tratamiento pre-protésico, tanto extracciones simples y complejas como regularización de reborde óseo, se colocó prótesis inmediata total superior y parcial inferior. Badillo (2021), menciona que la colocación de prótesis inmediatas es una opción que permite reducir la tragedia física y psicológica que la cirugía puede causar en el paciente. Las prótesis inmediatas ayudan a proporcionar un tipo de vendaje, proteger el coágulo sanguíneo, favorecer a la cicatrización y orientar el trabeculado óseo.

Una vez que haya pasado un tiempo mínimo y el epitelio se encuentre totalmente cicatrizado, es necesario realizar las prótesis removibles definitivas. Según Muñoz (2022), el tiempo de cicatrización natural de una persona sin enfermedades sistémicas puede variar de 7-10 días en tejido blando y 2-4 meses en tejidos duros, en cambio en personas sistémicamente comprometidas el tejido duro puede cicatrizar en un periodo de 3-6 meses. Por lo tanto, en este caso se esperó un mínimo de 3 meses para empezar el protocolo de rehabilitación oral con prótesis.

En este caso, se realizó una prótesis total removible superior y una prótesis parcial removible inferior modificada, ya que en la prótesis inferior se realizará el protocolo de una prótesis total. Badillo (2021), detalla que el tratamiento para un paciente desdentado ya sea prótesis implanto/dentosoportadas, debe devolver las estructuras dentarias que se han perdido por medio de dispositivos artificiales. Las prótesis convencionales siguen siendo la mejor opción para la mayoría de los pacientes, especialmente por el aspecto económico.

Específicamente en esta ocasión, la prótesis inferior se denomina modificada porque el protocolo que se siguió para su realización se cambió, los pasos para llegar a la correcta adaptación de esta prótesis, aunque sea parcial, fueron los mismos de una prótesis total, es decir, impresiones diagnósticas, cubetas individuales, sellado periférico, impresiones funcionales, encajonado, varias pruebas en cera, enfilado y colocación. Rich en 1998 y Fernández en 2013, afirman que los procedimientos y protocolos actuales para los pacientes de prótesis removibles pueden modificarse según sus necesidades funcionales, estéticas y sociales, considerando que el hecho de pasar por cirugías previas afecta psicológicamente al paciente, el mayor desafío como clínico es tomar diferentes medidas durante cada paso de la rehabilitación para brindarle la confianza que este necesita.

En este caso particular, al iniciar el tratamiento, el paciente era candidato para la colocación de una prótesis removible inferior de cromo cobalto, sin embargo, después de la fase quirúrgica se determinó que no tendría el soporte suficiente para ese tipo de prótesis, por lo que, se decidió realizar una prótesis modificada. Las prótesis acrílicas suelen realizarse en un período bastante corto de tiempo y sin pruebas suficientes en boca, en este caso se realizó pruebas de cera en ambas prótesis, pues se consideró que este paso era necesario para que el paciente observe cada paso y se sienta más seguro y evidentemente para asegurar una mejor adaptación de ambas prótesis. Rich, (1998), asegura que la falta de una prueba de cera en cualquiera de las modalidades o protocolos contribuye a una mayor ansiedad del paciente y a un posible fracaso de la prótesis.

CONCLUSIONES

La rehabilitación oral con prótesis dentales completas es una opción de tratamiento eficaz para restaurar la función masticatoria, la estética y la calidad de vida de pacientes adultos mayores desdentados.

El manejo de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas, como la hipertensión, requiere una evaluación y planificación del tratamiento más cuidadoso. La colaboración con el médico de atención primaria del paciente es esencial para garantizar un seguimiento adecuado durante el tratamiento dental y reducir los riesgos y posibles complicaciones.

La periodontitis severa es una enfermedad periodontal que puede afectar negativamente la salud bucal y general de los pacientes geriátricos. Antes de continuar con la rehabilitación oral, es importante tratar y controlar la enfermedad periodontal para establecer una base oral saludable. Este puede ser el tratamiento periodontal básico correspondiente.

La cirugía preprotésica como las extracciones, es necesaria cuando previamente se observa en el examen clínico que existen grados altos de movilidad. Se realizará regularización de reborde óseo, siempre y cuando el paciente cuente con un reborde irregular que pueda afectar a la correcta adaptación de una futura prótesis.

La planificación y el diseño protésico adecuados son fundamentales para garantizar el éxito de la rehabilitación oral con prótesis total y parcial. Se debe prestar atención a la oclusión, la estética y el ajuste de las prótesis para lograr un resultado funcional y estéticamente satisfactorio.

El seguimiento a largo plazo y el mantenimiento regular son esenciales para preservar la salud oral y la funcionalidad de las prótesis totales. El autocuidado del paciente y la higiene oral adecuada por parte del paciente también son factores clave para el mantenimiento a largo plazo.

RECOMENDACIONES

Realizar una evaluación exhaustiva del paciente: es importante realizar una evaluación completa del pacientes antes de continuar con la rehabilitación oral. Además de la situación bucal, también se debe considerar los antecedentes médicos y condiciones médicas relevantes.

Manejo de la hipertensión: La hipertensión es una enfermedad crónica que requiere un manejo cuidadoso durante el tratamiento odontológico. Se recomienda trabajar en estrecha colaboración con el médico del paciente para garantizar un control adecuado de la presión arterial antes, durante y después del procedimiento de la rehabilitación oral.

La periodontitis severa debe tratarse antes de la inserción de las prótesis totales. Se recomienda llevar a cabo un tratamiento periodontal completo para eliminar la infección y restaurar la salud periodontal. Esto puede incluir limpiezas profundas o raspado y alisado radicular.

Planificación y diseño protésico adecuados: al rehabilitar a un paciente geriátrico parcialmente edéntulo, es importante considerar la función, estética y comodidad del paciente. Se recomienda realizar pruebas y ajustes necesarios para lograr la satisfacción del paciente.

Establecer un programa de mantenimiento oral a largo plazo es fundamental para garantizar la salud y durabilidad de las prótesis y la salud bucal en general. Se recomienda visitas periódicas al dentista para limpiezas, evaluació de la condición de las prótesis y monitoreo de la salud periodontal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Rafee, M. (2020). The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(4), 1841. https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_1181_19.
- American Heart Association & American College of Cardiology. (2017). Redefinición de la hipertensión arterial por primera vez en 14 años: 130 es el nuevo valor para la presión alta. *Revista de American Heart Association, Hypertension*.
- Badillo, M., Morales, J., Magaña, J., Flores, J., Escutia, G., Figueroa, M. (2021). Manejo interdisciplinario para una óptima rehabilitación oral. *Revista ADM*. 78(2): 106-114.
- Catapano, S., Ortensi, L., Mobilio, N., & Grande, F. (2021). The New Elderly Patient: A Necessary Upgrade. *Prosthesis*, 3(1), 99–104. <https://doi.org/10.3390/prosthesis3010010>
- Cruz, J. (2019). Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Medicina Interna de México*, 35(4), 515–524.
- Cruz, Z. (2020). Reporte De Practica Zonas Protésicas Y Zonas Anatómicas [Tesis de pregrado, Universidad de Ciencias y artes de Chiapas]. Repositorio digital Universidad de Ciencias y artes de Chiapas: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-de-ciencias-y-artes-de-chiapas/prostodoncia/zonas-protésicas-y-anatómicas-del-paciente-totalmente-desdentado/9198247>.
- Curay, V. (2020). Influencia Del Edentulismo Total En La Calidad De Vida Del Adulto. Universidad Nacional De Chimborazo. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Chimborazo: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6410/1/TESIS%20VERONICA%20JANETH%20CURAY%20MARTINEZ.pdf>
- Davalos-Vargas, C. R., Monroy-Beltrán, S. L., Muñoz-Benítez, J., Olvera-Flores, V., Sánchez-Gómez, K. E., & Monjarás Avila, A. J. (2020). Protocolo de atención odontológica para el adulto mayor. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de La Salud Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo*, 9(17), 89–95. <https://doi.org/10.29057/icsa.v9i17.5811>

- Degrandi, Valentina, Betancourt, Marcel, Fabruccini, Anunzziatta, & Fuentes, Fernando. (2017). Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes adultos rehabilitados con nuevas prótesis removibles totales. *Odontoestomatología*, 19(29), 64-75.
- Eduardo Huamani-Cantoral, J., Luis Huamani-Echaccaya, J., & Alvarado-Menacho, S. (2018). *Rev Estomatol Herediana* (Vol. 28, Issue 1).
- Escudero, E., Muñoz, V., De la Cruz, M., Aprili, L., & Valda, E. (2020). Prevalence Of Partial And Total Edentulism, Its Impact On The Population's Life Quality From 15 To 85 Years In Sucre. *Artículo Revista Ciencia*, 18(2), 161–190.
- Espasandín, S., Varona, D., Reyes, V., & Gutierrez, M. (2022). Calidad de vida en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis estomatológica total acrílica. *Rev Elect Medimay*. 20(3):338-349.
- Favela, E., García, A., Franco, G., Pérez, E., Guzmán, N. (2020). *Rev Mex Med Forense*. 5(3):93-96.
- Fernández, E., Monardes, H., Mardones, F., Acosta, H., Segovia, J.L., Román, J., & Bernal, G.. (2013). Modificaciones de diseño protésico para mejorar estética en prótesis parcial removible metálica. *Avances en Odontoestomatología*, 29(4), 175-183.
- Gualle, A. (2019). Devolver la Dimensión Vertical en un paciente geriátrico edéntulo portador de una prótesis total superior e Inferior. [Tesis de pregrado, Universidad Internacional del Ecuador]. Repositorio intitucional UIDE: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/3810/1/T-UIDE-2202.pdf>.
- Huamanciza, E., Chávez, L., Chacón, P., & Ayala De La Vega, G. (2019). *Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural*. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2507>.
- Huamani, E., Huamani, L & Menacho, A. (2018). Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. *Rev Estomatol Herediana*. 28(1): 44-55.
- Karthikeyan, D., Kumaresan, D., Turagam, D., & Prasad Mudrakola, D. (2020b). Geriatric Dentistry-A Review. In *European Journal of Molecular & Clinical Medicine* (Vol. 07, Issue 11).

- Kumar, D & Ramanathan, V. (2020) Prevalence of Partial Edentulism and its Association to Age. *Int J Dentistry Oral Sci.*7(10):951-954.
- Leung, T.J.T.; Nijland, N.; Gerdes, V.E.A.; Loos, B.G. (2022). Prevalence of Periodontal Disease among Patients at the Outpatient Clinic of Internal Medicine in an Academic Hospital in The Netherlands: A Cross-Sectional Pilot Study. *J. Clin. Med.* 11(6018): 1-13.
- Maia, L. C., Costa, S. de M., Martelli, D. R. B., & Caldeira, A. P. (2020). Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social? *Revista Bioética*, 28(1), 173–181. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281380>.
- Mendes, J. J., Viana, J., Cruz, F., Pereira, D., Ferreira, S., Pereira, P., Proença, L., et al. (2021). Blood Pressure and Tooth Loss: A Large Cross-Sectional Study with Age Mediation Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 285
- Molina, R. (2017). Rehabilitación Oral en paciente geriátrico para mejorar su calidad de vida. [Tesis de pregrado, Universidad Internacional del Ecuador]. Repositorio Institucional UIDE: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/2434/1/T-UIDE-1732.pdf>
- Montes de Oca, L., Guerra, N., Castañeda, M. & Coma, N. (2019). Asociación entre hipertensión y enfermedad periodontal. *Invest Medicoquir.* (Supl.1): 1-15.
- Muñoz Aguilera, E., Suvan, J., Buti, J., Czesnikiewicz-Guzik, M., Barbosa Ribeiro, A., Orlandi, M., Guzik, T. J., Hingorani, A. D., Nart, J., & D’Aiuto, F. (2020). Periodontitis is associated with hypertension: A systematic review and meta-analysis. In *Cardiovascular Research* (Vol. 116, Issue 1, pp. 28–39). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvz201>
- Nitschke, I., Wendland, A., Weber, S., Jockusch, J., Lethaus, B., & Hahnel, S. (2021). Considerations for the prosthetic dental treatment of geriatric patients in Germany. *Journal of Clinical Medicine*, 10(2), 1–13. <https://doi.org/10.3390/jcm10020304>
- Nocini, R., Lippi, G., & Mattiuzzi, C. (2020). Periodontal disease: the portrait of an epidemic. *Journal of Public Health and Emergency*, 4, 10–10. <https://doi.org/10.21037/jphe.2020.03.01>.
- Ocaranza, D., Torrealba, M. & Rochefort, C. (2009). En Prótesis Parcial Removible De Vía De Carga Dentaria ¿Es Posible Eliminar Los Retenedores De Las Piezas Pilares Anteriores? Estudio In Vitro [Proyecto de Investigación de postgrado, Universidad de Chile]. Repositorio Institucional de la Universidad de Chile:

<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134873/En-pr%C3%B3tesis-parcial-removable-de-v%C3%ADa-de-carga-dentaria.pdf?sequence=1>.

- Patiño, M., Meza, A., & Gutierrez, Á. (2019). Edentulismo y dentición funcional en adultos mayores de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. In *Revista Tamé* (Vol. 7, Issue 21).
- Pico, A., Sornoza, A., Anchundia, D. & Fernández, D. (2020). Factores de riesgo de la hipertensión arterial en adulto mayor en la comunidad de Cárcel Montecristi-Ecuador. *Dom. Cien.* 6(4): 64-76.
- Quilimbaquin, D. (2019). Edentulismo parcial y total en pacientes que acudieron al Centro de Salud Tipo C Tabacundo durante los períodos 2014 – 2018. [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/19160/1/T-UCE-0015-ODO-193.pdf>
- Rich, B., & Kurtz, K. S. (1998). The new removable denture patient: treatment procedures. *The Journal of prosthetic dentistry*, 80(1), 124–128.
- Romero, C. N. S.; Castro, A. N.; Reyes, F. S.; Flores, A. E.; Serna, R. V. O. & Parra, R. I. (2020). Periodontal disease distribution, risk factors, and importance of primary healthcare in the clinical parameters improvement. *Int. J. Odontostomat.*, 14(2):183-190.
- Sivaraman, K., Chopra, A., Narayana, A., & Radhakrishnan, R. A. (2021). A five-step risk management process for geriatric dental practice during SARS-CoV-2 pandemic. In *Gerodontology* (Vol. 38, Issue 1, pp. 17–26). Blackwell Munksgaard. <https://doi.org/10.1111/ger.12499>
- Southerland, J. H., Gill, D. G., Gangula, P. R., Halpern, L. R., Cardona, C. Y., & Mouton, C. P. (2016). Dental management in patients with hypertension: challenges and solutions. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 8, 111–120.
- Taco, E & Quispe, M. (2022). Relación entre el edentulismo y la calidad de vida en pacientes adultos de un consultorio privado, Arequipa 2021. [Tesis de postgrado, Universidad Continental de Perú]. Repositorio Institucional de la Universidad Continental: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11251/1/IV_FCS_503_TE_Taco_Quispe_2022.pdf.

- Tada, A., Tano, R., & Miura, H. (2022). The relationship between tooth loss and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17363-0>.
- Telles, D. (2011). *Prótesis total. Convencional y sobre implantes (1a ed.)*. Sao Paulo: Livraria Santos.
- Thuraya, A., Rahim, B., et al. (2020) “Restorative Dentistry in Geriatric Patients: A Literature Review”. *EC Dental Science*. 19.2:01-06.
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., Ramirez, A., Schlaich, M., Stergiou, G. S., Tomaszewski, M., Wainford, R. D., Williams, B., & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334–1357. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
- Valtellini, R. (2023). *Management of the Hypertensive Dental Patient*.
- Vargas, A., & Yáñez, B. (2021). *Clasificación de enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias 2018. Primera parte*. www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam.
- Velázquez, B; Benalcázar, C; Aldas; Coral, R & Mena, A. (2022). Rehabilitación completa de paciente geriátrico diabético e hipertenso: Caso Clínico. *Avances En Odontoestomatología*. 38 (1): 8-13.
- Vizcaíno, K., & Armas, A. (2022). Prevalencia de edentulismo en adultos mayores en América Latina. Revisión de literatura. *Revista Estomatológica Herediana*, 32(4), 420–427. <https://doi.org/10.20453/reh.v32i4.4383>
- Zhan, Y., Jiao, J., Jing, W., Feng, X., Tai, B., Hu, D., Lin, H. C., Wang, B., Wang, C., Zheng, S., Liu, X., Rong, W., Wang, W., Wang, X., Si, Y., & Meng, H. (2023). Association between periodontitis and hypertension: cross-sectional survey from the Fourth National Oral Health Survey of China (2015-2016). *BMJ Open*, 13(3), e068724. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068724>

ANEXOS

NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE		SEXO		EDAD		HISTORIA CLINICA																																																																																																																																		
UIDE		Jose Rafael		Gallardo Quiroga		M		79		1511																																																																																																																																		
<p>1 MOTIVO DE CONSULTA</p> <p>"Me molesta la prótesis, no puedo comer porque se mueven los dientes"</p>																																																																																																																																												
<p>2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL</p> <p>Paciente no refiere sintomatología aparente.</p>																																																																																																																																												
<p>3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES</p> <p>AP: Hipertensión (Losartán 50mg / (Lortalidona 2mg)</p> <p>AF: Hipertensión (madre)</p>																																																																																																																																												
<p>4 SIGNOS VITALES</p> <p>118/65 FREQ. CARDIACA 70 TEM. RECTAL 36,9 PRES. ARTERIAL 20</p>																																																																																																																																												
<p>5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMAGNÁTICO</p> <p>3- Prótesis removible superior, Rebordó oseo irregular.</p> <p>4- Prótesis removible inferior</p> <p>6- Paladar Ojival</p> <p>11- Click en ATM izquierda</p>																																																																																																																																												
<p>6 ODONTOGRAMA</p>																																																																																																																																												
<p>7 INDICADORES DE SALUD BUCAL</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA</th> <th colspan="3">ENFERMEDAD PERIODONTAL</th> <th colspan="3">MAL OCLUSION</th> <th colspan="3">EMBRGOS</th> </tr> <tr> <th colspan="4"></th> <th>LEV</th> <th>MODERADA</th> <th>SEVERA</th> <th>ANGLE I</th> <th>ANGLE II</th> <th>ANGLE III</th> <th>LEV</th> <th>MODERADA</th> <th>SEVERA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>55</td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>119</td><td>22</td><td>54</td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>26</td><td>27</td><td>65</td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>36</td><td>37</td><td>75</td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>81</td><td>41</td><td>74</td><td>3</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>45</td><td>47</td><td>85</td><td>2</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">TOTAL</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>						HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCLUSION			EMBRGOS							LEV	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEV	MODERADA	SEVERA	16	17	55											119	22	54											26	27	65											36	37	75											81	41	74	3										45	47	85	2										TOTAL													<p>8 INDICES OPO-cco</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>C</th> <th>P</th> <th>O</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>28</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						C	P	O	TOTAL	0	28	2					
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCLUSION			EMBRGOS																																																																																																																																		
				LEV	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEV	MODERADA	SEVERA																																																																																																																																
16	17	55																																																																																																																																										
119	22	54																																																																																																																																										
26	27	65																																																																																																																																										
36	37	75																																																																																																																																										
81	41	74	3																																																																																																																																									
45	47	85	2																																																																																																																																									
TOTAL																																																																																																																																												
C	P	O	TOTAL																																																																																																																																									
0	28	2																																																																																																																																										
<p>9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA</p> <ul style="list-style-type: none"> + SELLANTE NECESARIO + SELLANTE REALIZADO X EXTRACCION CAD X PERIODONTO PATIA PERIODONTO PATIA DISCO OCLUSIVO PROTESIS FJA PROTESIS REMOVIBLE PROTESIS TOTAL CORONA LUJ OTITRADO CASES 																																																																																																																																												

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008 0,5 0,9, 0,1b

ODONTOLOGIA (1)

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS-X	OTROS <input checked="" type="checkbox"/>
- Rx Panorámica			
- Frotis bucal			
- Raspado y Alisado			


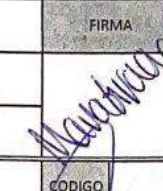



11 DIAGNÓSTICO

1	Movilidad dental	3	Edentulismo parcial
2	Lesión dental	4	Periodontitis

FECHA DE APERTURA: _____ FECHA DE CONTROL: _____ PROFESIONAL: Dr. Francisco Andrés Horn FIRMA: _____

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 09/09/22	Periodontitis Severa Estado III Generalizado Grado B	Raspado y alisado radical	Control en 8 días	CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 2 FECHA 13/10/22	Periodontitis Severa Estado III Generalizado Grado B Presión: 112/85 mmHg	Control / Raspado y Alisado Radicales		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 3 FECHA 10/03/23	Edentulismo Parcial	Impresión diagnóstica superior e inferior con hidrocoloides irreversibles para la elaboración de prótesis inmediatas superior e inferior y colocar al momento de extracciones dentales		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA 27/03/23	Periodontitis Severa Estado IV Generalizado Grado B	Actualización del periodontograma y limpieza de Remoción de placa supra y subgingival con ultrasonido	Control en 8 días - Exámenes de laboratorio para parámetros	CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA				CÓDIGO FIRMA

N.º Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
N.º	10	Tercer molar impactado	Extracción dientes # 24,		CODIGO	
FECHA	24/23	Atrafia de rebordes alveolares	28, 41, 42, 32, 38.		FIRMA	
		alveolar	Reguonización Oxo			
N.º	11	Tercer Molar Impactado, Atrafia del Reborde alveolar.	Retiro de puntos y Control postoperatorio		CODIGO	
FECHA	11/23		Rebase de prótesis superior con Co-comfort.		FIRMA	
			Rebase de prótesis remane inferior lame-diatá			
N.º	12	Edentulismo Parcial inf			CODIGO	
FECHA	9/00/23	Edentulismo total sup.			FIRMA	
N.º	13	Edentulismo Parcial inf	Toma de impresiones diagnósticas para prótesis total sup y dentura la A		CODIGO	
FECHA		E. total sup.	Sellado periférico Impresores definitivos con pasta lumina (Silicoma de adhesión)		FIRMA	
N.º	14	Edentulismo parcial inf			CODIGO	
FECHA	1/06/23	E total sup.			FIRMA	
N.º	15				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
N.º	16				CODIGO	
FECHA					FIRMA	

PLAN DE TRATAMIENTO

No. DE HISTORIA CLÍNICA

1511

RESOLUCIÓN DE URGENCIAS
No requiere
CONTROL DE LA INFECCIÓN Y REINFECCIÓN BUCAL
Raspado y Alisado radiculares para eliminar placa y cálculo supra y subgingival. Cambiar de cepillo a uno de cerdas suaves y mango recto, técnica de Basal. Cebutorio con clorhexidina 0.12%.
CONTROL DEL MEDIO ACONDICIONANTE
Disminuir el consumo de carbohidratos y azúcares Aumentar consumo de agua y alimentos altos en fibra.
REFUERZO O MODIFICACIÓN DEL HUESPED
No requiere
CONTROL DE LA INFECCIONES NO RESUELTAS COMO URGENCIAS
No requiere
REHABILITACIÓN
Extracción simple # 41, 42, 32, 24, 28, 38 Prótesis total superior Prótesis rehabilitación parcial inferior
MONITOREO
Mediato: Cada 3 meses y riesgo alto Inmediato: Riesgo alto, 8 días.

TUTOR RESPONSABLE:

Dr. Lenia Roaño

ESTUDIANTE:

Paula Montaña

FIRMA:



FIRMA ESTUDIANTE:



ODONTOLÓGIA (B)



Escuela de
Odontología
UIE (Powered by AUI)

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA

CHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
10/09/22	1	1511	Perfilador: piedra pómez, pasta, revelador, hw dental		ENTREGADO OCT 2022
10/02	2		Raspado y Alisado Radicular		ENTREGADO OCT 2022
10/07/23	3	17971	- Alginato - yeso		ENTREGADO OCT 2022
10/13	4	3476	- Hoja de bisturí - Gasas - Enguape bucal - Sutura 000, 0000 - Succión		ENTREGADO OCT 2022
10/09	5	3476	- Saco fr. - Serraja - Funda, Succión		ENTREGADO OCT 2022
10/09	6	18350	Paste para rebase superior	MANUFACTURACIÓN 	ENTREGADO OCT 2022
10/06	7	4675	- Alginato - yeso		ENTREGADO OCT 2022
10/06	8	19996	- Gelatina - Pasta Sanguinolenta		ENTREGADO OCT 2022

ODONTOLOGÍA (9)



CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGIA BUCAL

Nombre de Paciente: Jose Gallardo Quimba No Historia Clínica: 1511

Nombre del Estudiante tratante: Paula Montufar

Dientes a extraer: 24, 28, 41, 42, 32, 38 y Regularización de reborde óseo maxilar

Fecha: 31/03/2023

ENFERMEDAD ACTUAL: (Síntomas locales, generales, dominantes, empezar con los síntomas más cercanos que el paciente pueda relatar. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de iniciación del proceso, anamnesis relativa al dolor. Tratamiento previo. Relatar signos clínicos y radiográficos)

Paciente masculino de 80 años con hipertensión acude a la consulta por molestia al masticar y consumir alimentos sólidos. No presenta sintomatología asociada.
Presenta periodontitis severa, movilidad dental grado I en las piezas 24, 28; movilidad grado II en las piezas 32, 38 y 42, movilidad grado III en la pieza 41; acompañado de recesiones gingivales.
Radiográficamente presenta pérdida ósea horizontal de moderada a grave y reborde óseo irregular en el maxilar.
Paciente toma losartán 50mg y Clozapidona 25mg por su enfermedad sistémica. Paciente presenta evolución favorable y actualmente no presenta síntomas.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR

¿Recibe atención dental periódicamente? Paciente refiere si recibir atención periódica
Tiempo Transcurrido de la última extracción Paciente refiere no recordar
Indique las razones para extracciones previas Paciente refiere extracciones por razones protésicas
¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? Paciente refiere no haber tenido reacción
¿Ha sufrido hemorragias después de la Extracción? Paciente refiere no haber sufrido hemorragias
¿Ha tenido alguna complicación después de la Extracción? Paciente refiere no haber tenido complicaciones

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

¿Está bajo tratamiento médico? Si ¿Toma medicación? Si
¿Qué medicación toma? Losartán 50mg y Clozapidona 25mg
Historia de Intervenciones quirúrgicas Extracciones dentales previas
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad sistémica? Si ¿Cual? Hipertensión
¿Está embarazada? _____ ¿Cuántas semanas? _____ T.A. _____
Temperatura _____ Pulso _____ RPM _____ Peso _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Examen imagenológico Rx Panorámica
Laboratorio Clínico: Biometría Hemática, Química Seroica, Tiempo de coagulación INR, Hemoglobina glicosilada

Otros: _____

Diagnóstico (CIE-10): Tercer molar impactado (K011) 28, 38, Atrofia de reborde alveolar desdentado (K082), Periodontitis Crónica (K053), 24, 32, 41, 42

Paula Montufar

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

Dr. Cristian Armando Pozo Noviera
CIRUJANO MAXILO FACIAL
SENESCYT: 100332804

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.



EVOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Fecha: 03/04/2023

Tratamiento (Anestesia empleada, pasos del período intra operatorio, Complicaciones. Post Operatoria Inmediato. Medicación formulada)

Asepsia y antisepsia.
Anestesia infiltrativa: neuó alveolar superior preterio, medio, palatino mayor y nasopalatino.
Anestesia troncular = neuó alveolar inferior, lingual y bucal. Con anestésico con vasoconstrictor, de 1.8 cc y 20 ml (8 cartuchos máximo para la
incisión = en bayoneta con o sin desdoblaje hacia vestibular (leceró menor levantamiento de colgajo, por el tratamiento con fresa redonda de cobalto tungsteno #8, para odontosección con fresa de calava tungsteno #309.
Tiempos de extracción con elevadores rectos, fuerza 150 y 151, con presión = superficie vestibular y lingual o palatino, hacia la más capital
Exacción = Desarticulación del diente y dirección al suelo con 3 presións intrusión y extrusión lo presión a la longitud del diente hacia la base de uso como eje el oper. Maximización de lateralidad, ejecución más valiente vestibular, lingual o palatino. Dirección = Desplazo al diente fuera del alveolo.
Control de calidad con inspección y lavado, retiro de espículas óseas, curet hemostasia. Para la recoloración con incisión a lo largo del borde, estaloni y sutura con hilo sero con

Paulo Mantufo

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.

CONTROL POSTQUIRÚRGICO

Fecha: 10/04/2023

Evolución: Paciente refiere, un poco de dolor en el maxilar Superior, no presenta cicatrización completa del tejido epitelial, presenta fibrina en ciertas zonas del maxilar, se retiran los puntos de sutura satisfactoriamente.
En el maxilar inferior presenta buena cicatrización en las zonas donde se realizaron múltiples extracciones

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CDD, UO	CDD, LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	1511
			Chacapi	Quito	Pichincha	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	No. CÉDULA DE CIUDADANÍA		
Gallardo	Quimba	Jose	Rafael	1701441154		

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

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPOSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPOSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
Eliminar dientes con movilidad y posibles focos infecciosos y regularizar el rebordo óseo maxilar.	Extracción simple p24, 28, 38, 32, 41, 42 Regularización del Rebordo óseo Maxilar			
BUENA CIRCELTIZACIÓN SIN COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	Hemorragias, Infecciones, Fractura mandibular maxilar dolor, inflamación			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Dr. Jose Chivobaga	Chirujano			

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPOSITOS	ANESTESIA PROPUESTA			
Bloqueo de los nervios alveolos superior medio y posterior, palatino mayor, dentario inferior lingual y bucal	Técnica infiltrativa nervio alveolos superior medio y posterior, palatino mayor / T. Troncal: nervio dentario inferior, lingual y bucal			
Quitar sensibilidad temporalmente de los nervios inhibidos.	Fractura de la aguja, Parálisis / Parálisis facial, reacción alérgica			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Dr. Jose Chivobaga	Chirujano			

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

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

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

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

NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

UIDE

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
HISTORIA CLINICA DE PERIODONCIA

Nombre: Jose Rafael Gallardo Quimba Edad: 79

Fecha: 13/Octubre/2022 Teléfonos: 02-2877577

Antecedentes odontológicos y médicos de relevancia:
AP: Hipertensión Controlada (Cesartan)

Factores de riesgo:
Px Hipertenso, Higiene Deficiente.

Diagnóstico: Periodontitis Severa Estadio IV Generalizada Grado B.

Tratamiento periodontal: raspado y Alisado Radicular Tratamiento de Emergencia

P.S.R. (REGISTRO PERIODONTAL SIMPLIFICADO)

MAXILAR SUPERIOR															
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

MAXILAR INFERIOR

INDICE DE PLACA (O'LEARY)

PRIMER CONTROL: SUPERFICIES TEÑIDAS X 100 ÷ SUPERFICIES PRESENTES

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	

SEGUNDO CONTROL

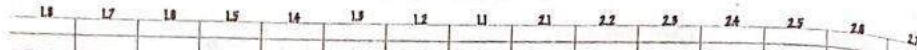
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	

Aceptable: 0 a 12%, Cuestionable: 13 a 23.9%, Deficiente: 24 % o mas

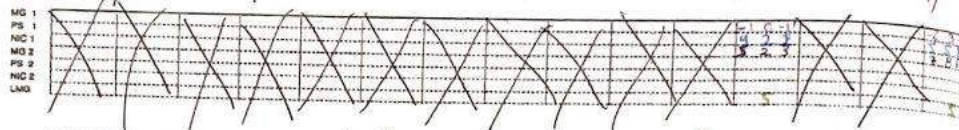
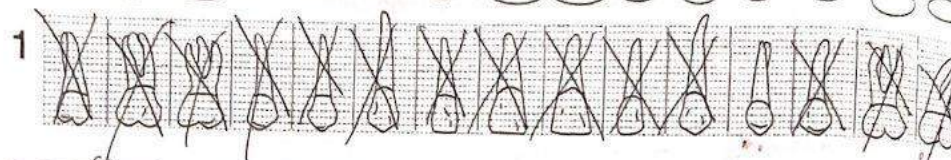
$\frac{18 \times 100}{36} = 50$

FORMULARIO UIDE-CEO-005 $\frac{9 \times 100}{36} = 25$

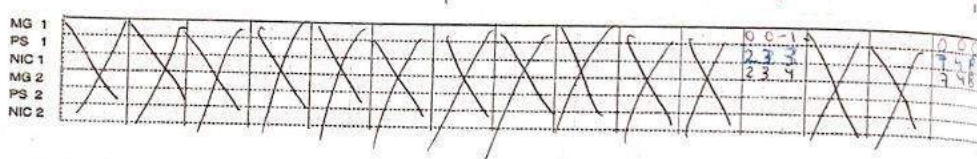
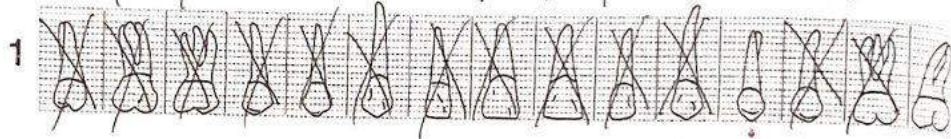
Movilidad Furca



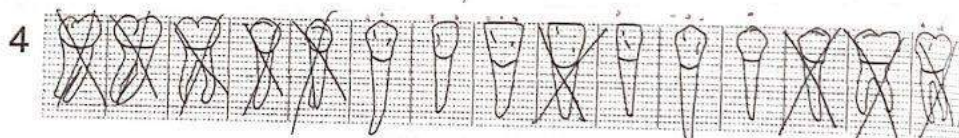
V



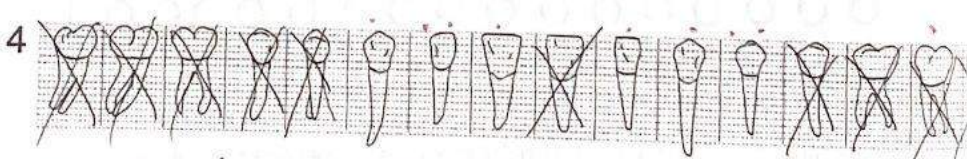
P



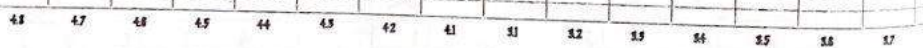
V



L



Movilidad Furca





UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE RASPADOS Y ALISADOS RADICULARES

FECHA	No.	PASO CLINICO	FIRMA
29/09/22	1	Realización de PSR. Control de Placa. Periodontograma. Análisis Radiográfico.	
29/09/22	2	Diagnóstico Clínico. Plan de Tratamiento. Consentimiento Informado. Fase Sistémica (en caso de ser necesario).	
29/09/22	3	Motivación. (Explicar al paciente las causas de la enfermedad periodontal). Fisioterapia: (técnica de cepillado, uso de seda dental, auxiliares de higiene oral).	
29/09/22	4	Administración de anestesia (en caso de ser necesario) Pulido de factores locales. Raspado propiamente dicho. Alisado radicular. (Control de curetas apropiadas, todo el juego).	
29/09/22	5	Lavado de todas las superficies con suero fisiológico. Enjuague por 30 segundos con colutorio de clorhexidina. Indicaciones de posoperatorio.	
10/10/22	6	Control a los 8 días.	

Observaciones: Un protocolo por cuadrante
Mínimo 4 dientes por procedimiento

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Firma del Paciente
C.I. 1701441154

Estudiante
Nombre: Paula Montaña

Firma:

Tutor
Nombre: Dr. Francisco Andrade-Morán

Firma:

FORMULARIO UIDE-CEO-029

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

IDENTIFICACIÓN DEL SISTEMA		VEREDA OPERATIVA	COD. LIO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
				PARRQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
				Imperial	Quito	Dakota	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	No. CÉDULA DE CIUDADANÍA			
Bellido	Quimba	Jose	Rafael	1701441154			

LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HAZA EN EL ÁMBITO DE LA CONFIANZA Y RESPONSABILIDAD.

INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPOSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
Eliminación de cálculos supra y subgingival	Raspado y alisado radicular			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
Querer salud periodontal	Infecciones			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

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

INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

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

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

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

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

<p>COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA RESPONSABLE PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO</p>				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

FORMULARIO UIEC-CEO-016

PROTOCOLO DE PRÓTESIS TOTAL

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Rafael Galardo No. HISTORIA 1511
 NOMBRE DEL TUTOR: D. Alejandro Ortiz
 Desde cuando usa prótesis total No ha usado
 La última prótesis hace que tiempo le pusieron 3 años / prótesis Removable
 Le hicieron algún rebase SI NO Hace cuánto tiempo
 Le lastima? SI NO Está floja? SI NO Usa pega? SI NO

EXAMEN CLÍNICO DE LA BOCA

Labios Normal
 Carrillos Normal
 Saliva Normal
 Movimientos mandibulares No tiene limitación de movimiento

EXAMEN CLÍNICO DE LA BOCA

MAXILAR SUPERIOR

Reborte gingival: Alto Bajo Normal
 Reabsorbido: Estrangulado En lámina Mixto
 Forma: Triangular Ovoidal Cuadrado
 Presencia de torus SI NO
 Tipo de mucosa: Resiliente Fibrosa Flácida Hipertrofiada
 Paladar: Ojival Normal Plano

MANDIBULA

Reborte gingival: Alto Bajo Normal
 Reabsorbido: Estrangulado En lámina Mixto
 Inserción de fenilos: 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 Enl periodontal
 Distancia de ATM
 Pronóstico: Favorable Desfavorable

Alexander Galardo
 FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
 C.I. 17044114

DATOS CLÍNICOS

DV Reposo Oclusión

DIC

Dientes: Color Forma Tamaño

Encías: Color

PROTOCOLO CLÍNICO

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
16/06/23	1	Elaboración Historia Clínica General y de Total.	
16/08/23	2	Fotografías iniciales	
16/08/23	3	Radiografía panorámica	
23/08/23	4	Impresiones anatómicas.	
23/08/23	5	Modelos de Estudio y delimitación del terreno protésico.	
29/08/23	6	Cubetas individuales SUP-INF.	
30/06/23	7	Recorte muscular y sellado periférico.	
30/06/23	8	Impresiones funcionales.	
30/06/23	9	Modelos definitivos.	
01/07/23	10	Rodetes de altura Superior - Inferior.	
01/07/23	11	Plano de orientación.	
01/07/23	12	Fijado en Articulador Modelo Superior.	
01/07/23	13	Dimensión Vertical ____ mm.	
01/07/23	14	Relación Céntrica.	
01/07/23	15	Fijado Modelo Inferior.	
12/07/23	16	Enfiado de dientes SUP-INF.	
18/07/23	17	Ajuste Oclusal.	
18/07/23	18	Prueba en cera de Prótesis.	
27/07/23	19	Acrilización.	
27/07/23	20	Colocación Definitiva.	
28/07/23	21	Control en 24 horas.	
	22	Control en 8 días.	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

FIRMA DEL PACIENTE
CL 1701441134

ESTUDIANTE

NOMBRE: Paula Montero

FIRMA:

TUTOR

NOMBRE: Dr. Alejandro Ortiz

FIRMA:



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
VIDE	11		PARRQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
			Quims	Quims	Esmeraldas	1311
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		Nº. CÉJULA DE CIUDADANÍA	
Gallardo	Quimba	Jose	Rafael		1301441154	

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPOSITO	TIEMPO Y FRECUENCIAS PROPUESTAS			
Mejorar función de masticación, fonación, deglución	Protosis Total Superior			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
Buena Adaptación de la prótesis	Mal adaptación, reacción con alergias, úlceras, estomatitis			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
M. Alejandra D. M.	P.O.			

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPOSITO	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA


PROPOSITO	ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

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

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

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



Escuela de
Odontología
UIE (Powered by Ato)

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIE	11		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	111
			Unión	Quito	Pichincha	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Gallego	Quimbo	Jose	Dafael		170141164	

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

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPÓSITO	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
Quitar, limpieza de mastecación, fonación, dietas	Protesis blanda inferior			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES GÉNICAS			
bueno adaptación de la prótesis	Reabrirse boca, mal adaptación			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	SERIE

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL QUIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPÓSITO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL QUIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	SERIE

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPÓSITO	ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	SERIE

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

<p>A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD</p> <p>B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD</p> <p>C CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIÓNES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD</p> <p>D CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA</p> <p>E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS</p> <p>F HE COMPRENDIDO PLAZAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES SERVIDAS DEL TRATAMIENTO</p> <p>G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN EL CASO DE ENFERMEDAD</p> <p>H ME COMPRENDIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO</p> <p>I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y VERDADERA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTÁN CONSCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUESEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.</p>	<p style="text-align: center; font-size: small;">FIRMAS DEL PACIENTE</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p><i>[Firma]</i></p> <p><i>[Firma]</i></p> <p><i>[Firma]</i></p>
---	--

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

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

NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	SERIE
--------------------------	--------------	----------	--------	-------

FORMULARIO UIE-ESD-004

