

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD
Y DE LA VIDA

ESCUELA DE ODONTOLGÍA



“TRATAMIENTO DE PACIENTE CON PERIODONTIRIS CRÓNICA SEVERA GENERALIZADA”

DISERTACIÓN DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA

DEBORA MICHELLE ZÁRATE SALINAS

DIRECTORA DEL CASO CLINICO

DRA. CRISTINA COSTA

QUITO, 14 DE SEPTIEMBRE DEL 2015

DECLARACION DE AUTENTICIDAD

Yo, Debora Michelle Zárate Salinas, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado académico o título profesional y que se ha consultado la bibliografía necesaria para su elaboración.

Debora Michelle Zárate Salinas

C.I. 17262388429

Yo, Dra. Cristina Costa certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo el responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido, al igual que declaro, que este trabajo ha sido realizado bajo mi tutoría y dirección.

C.I. 1710223205

Agradecimientos

Agradezco a Dios por darme fuerza y determinación para culminar este proceso de mi vida, agradezco a mis padres, abuelitos que se preocuparon de que nunca me falte nada, hermanos, tíos y primos por siempre alentarme, confiar, y ayudarme en este largo camino, ya que sin el aliento de todos ellos esto no hubiera sido posible.

Al papi Nelson que sé que me mira desde el cielo y este logro se lo dedico a él.

Le agradezco a la Doctora Cristina Costa por su colaboración en la elaboración de este trabajo.

Lista de tablas y figuras

Contenido

I.	CAPITULO.....	1
1.1	Introducción	1
1.2	Planteamiento del problema.....	1
1.3	Justificación	1
1.4	Objetivos.....	1
1.4.1	General.....	1
1.4.2	Específicos	1
II.	CAPITULO MARCO TEORICO	2
2.1.	El periodonto normal.....	2
2.1.1	Anatomía del periodonto.....	2
2.1.2	Características clínicas.....	2
2.1.5	Correlación entre características clínicas y microscópicas	4
2.2	Estructuras de soporte dentario	6
2.2.1.	Ligamento periodontal.....	6
2.2.2	Cemento	9
2.2.3	Hueso alveolar	10
2.3	Enfermedades Periodontales	12
2.3.1	Clasificación de las enfermedades periodontales	13
2.3.2	Gingivitis	15
2.3.3	Periodontitis crónica	15
2.3.4	Periodontitis Agresiva.....	16
2.4	Etiología.....	17
2.4.1	Factor Microbiológico.....	17
2.4.2	Influencia del huésped en el desarrollo de los biofilms orales.....	18
2.4.3	Evidencia del papel etiológico de las bacterias en las enfermedades periodontales	20
2.4.4	Periodontopatógenos.....	21
2.4.5	Factores locales predisponentes a las infecciones periodontales	21
2.5	Diagnostico.....	24
2.5.1	Historia clínica	24
2.5.2	Estudio radiográfico intrabucal.....	24
2.5.3	Fotografías clínicas.....	25

2.5.4 Revisión del examen inicial.....	25
2.5.5 Exploración.....	25
2.5.6 Índices de placa.....	26
2.5.7 Índices gingivales.....	27
2.5.8 Periodontograma.....	27
2.6 Pronostico.....	31
2.7 Tratamiento.....	32
2.7.1 Fase sistémica.....	32
2.7.2 Fase de control de la infección o fase higiénica.....	33
2.7.3. <i>Fase de Restauración</i>	36
2.7.4 <i>Fase de Mantenimiento</i>	36
2.7.5 Evaluación.....	36
2.8 Hipertensión.....	37
III. CAPITULO DESARROLLO DEL CASO CLINICO.....	42
3.1 Historia clínica.....	42
3.2 Diagnóstico definitivo.....	47
3.3 Pronóstico.....	47
3.4 Plan de tratamiento.....	47
3.5 Aspectos éticos.....	49
3.6 Descripción de los procedimientos a realizar.....	49
3.7 Realización de la historia clínica periodontal e índice de placa.....	49
3.8 Motivación y fisioterapia oral.....	49
3.9 Terapia básica periodontal.....	50
3.9.1 Fase de control de la infección.....	50
3.9.2. Fase de Restauración:	53
Ilustración 14 fotografía de entrega de prótesis.....	55
3.9.3 Fase de mantenimiento:	55
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
V. BIBLIOGRAFIA.....	56
A. Anexo 1.....	57
B. Anexo 2.....	58
C. Anexo 3.....	59
D. Anexo 4.....	60
E. Anexo 5.....	61

F. Anexo 6	62
G. Anexo 7	63
H. Anexo 8	64
I. Anexo 9	65
J. Anexo 10.....	66
K. Anexo 11.....	67
L. Anexo 12.....	68
M. Anexo 13	69
N. Anexo 14.....	70
O. Anexo 15.....	71
P. Anexo 16.....	72
Q. Anexo 17.....	73
R. Anexo 18.....	74
S. Anexo 19.....	75
T. Anexo 20.....	76

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Clasificación de las enfermedades periodontales Workshop 1999 ..	14
Ilustración 2 pronostico periodontal Kwon and Caton.....	31
Ilustración 3 Epidemiología de la Hipertensión Arterial (R. sanches,2010).....	38
Ilustración 4 Clasificación de la Hipertensión Arterial.....	38
Ilustración 5 fotografía Extraoral	43
Ilustración 6 Fotografías intraorales	44
Ilustración 7 Odontograma	44
Ilustración 8 Periodontograma superior	45
Ilustración 9Periodontograma inferior	46
Ilustración 10 Radiografía Panorámica	47
Ilustración 11 Fase transquirurgica	52
Ilustración 12 Frenectomía	53
Ilustración 13 impresión diagnostica.....	54
Ilustración 14 fotografía de entrega de prótesis	55

ABSTRACT

Periodontal pathologies are a multifactorial disease that can affect every population and almost every range of age, resulting in gingival bleeding, dental looseness and finally the loss of the dental piece, given that is a disease that can be prevented .

Is our duty as an odontologist , teach a correct brush technique, and motivate the patient to improve his dental hygiene.

RESUMEN

La enfermedad periodontal es una enfermedad multifactorial, puede afectar a cualquier tipo de población, cualquier grupo etario, causando sangrado gingival, movilidad y por último la pérdida del órgano dental. Dado a que esta es una enfermedad que se puede prevenir es nuestro deber como odontólogos enseñar una correcta técnica de cepillado y motivar al paciente para una mejor higiene buco dental.

I. CAPITULO

1.1 Introducción

Las infecciones periodontales son un conjunto de enfermedades localizadas en las encías y estructuras de soporte del diente. Están producidas por ciertas bacterias provenientes de la placa bacteriana. Estas bacterias son esenciales para el inicio de la enfermedad, pero existen factores predisponentes del hospedador y microbianos que influyen en la patogénesis de la enfermedad. La placa bacteriana es necesaria pero no suficiente para que exista enfermedad, siendo necesaria la presencia de un hospedador susceptible. Estas enfermedades se han clasificado en gingivitis, limitadas a las encías y periodontitis, extendidas a tejidos más profundos (Bascones Martínez A, 2005).

El raspado y alisado radicular, es el procedimiento decisivo para el control de las infecciones periodontales. El objetivo es la reducción máxima de los gérmenes de la cavidad oral. Lograr un resultado óptimo de cicatrización después de crear una superficie radicular biocompatible (Mueller, 2006).

1.2 Planteamiento del problema

La enfermedad periodontal, es un problema de salud bucal que lleva a muchos pacientes a la consulta odontológica por sangrar al cepillarse, halitosis, movilidad dentaria y pérdida de dientes. Esta es una enfermedad que no se cura si no, se mantiene y es necesario conversarlo con el paciente, ya que de su absoluta colaboración llegaremos a un óptimo estado de salud bucal.

1.3 Justificación

Las enfermedades periodontales es un problema de salud pública, que cada vez afecta a más individuos y no muchos son conscientes sobre el conocimiento y la existencia de dicha patología, hoy en día la salud bucal se enfoca netamente en lo estético sin considerar que la cavidad bucal al ser un reservorio de patógenos que poseen factores de virulencia que pueden causar daños severos a los tejidos blandos, de porte de los dientes y más grave aún a nivel sistémico del paciente.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Devolver la salud periodontal y la estética al paciente, realizando el tratamiento periodontal básico.

1.4.2 Específicos

Realizar el raspado y alisado radicular al paciente con enfermedad periodontal para el control y eliminación de la infección brindando una mejor salud bucal.

Motivar al paciente para una mejor salud bucal.

Mejorar el confort y estética del paciente.

II. CAPITULO MARCO TEORICO

2.1. El periodonto normal

Formado por tejidos de soporte y protección: la encía, el ligamento periodontal, cemento, el hueso alveolar .se ha dividido en dos partes la encía cuya función es proteger a los tejidos y el aparato de inserción, compuesto por el ligamento periodontal, el cemento, el hueso alveolar (Carranza, 2005).

El periodonto está sujeto a cambios morfológicos y funcionales, así como cambios relacionados con la edad (Carranza, 2005).

2.1.1 Anatomía del periodonto

El periodonto proporciona el apoyo necesario para mantener todos los dientes en función. Consta de cuatro componentes: encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar cada uno de estos componentes principales tiene distinta ubicación, arquitectura, composición bioquímica, pero todos los componentes funcionan juntos como una sola unidad.

MUCOSA BUCAL

Esta compone tres zonas:

La encía y la cubierta del paladar duro y hueso alveolar llamada *mucosa masticatoria*

El dorso de la lengua cubierto por *mucosa especializada*

La membrana mucosa bucal que *reviste* el resto de la cavidad bucal como mejillas, suelo de la boca, mucosa alveolar

Transitoria entre la mucosa de revestimiento y la mucosa del labio (Carranza Newman Takei, 2005).

2.1.2 Características clínicas

En un adulto, la encía normal cubre el hueso alveolar y la raíz del diente a un nivel apenas coronal a la unión amelo cementaria. La encía se divide anatómicamente en área *marginal, adherida e interdental*. Cada tipo de encía

muestra variación en la diferenciación y grosor de acuerdo con la función de cada una, todos los tipos están estructurados específicamente para funcionar contra daños mecánicos y microbianos, refleja su efectividad como barrera para los agentes nocivos incluso para los tejidos más profundos (Carranza, 2005).

ENCIA MARGINAL

La encía marginal o no adherida, es el extremo terminal de la encía que rodea al diente de manera de collar. Cerca del 50% se encuentra separada de la encía insertada por una depresión lineal superficial, el surco gingival libre. Cerca de 1mm de ancho la encía marginal forma la pared de tejido blando del surco gingival. Se puede separar con una sonda periodontal. El punto más apical del festón gingival marginal se llama cénit gingival, sus dimensiones apico-coronal y mesio-distal varían entre 0.06 y 0.96 mm (Carranza, 2005).

SURCO GINGIVAL

Es la grieta o espacio superficial alrededor del diente limitado por la superficie del diente en un lado y el epitelio que reviste el margen libre de la encía en otro lado. Tiene forma de V y apenas permite la entrada de la sonda. La profundidad del surco gingival es un importante parámetro diagnóstico. En condiciones normales clínicamente es de 2-3mm. La evaluación de esta clínicamente consta en la introducción de un instrumento metálico la sonda periodontal y la profundidad histológica de un surco no es exactamente igual a la profundidad de penetración de la soda (Carranza, 2005).

ENCIA INSERTADA

Esta es la continuación de la marginal. Es fuerte resistente y se une al periostio subyacente del hueso alveolar. El aspecto de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar y esta demarcado por la unión mucogingival. Este ancho es otro parámetro clínico importante. Es la distancia entre la unión mucogingival y la proporción en la superficie externa del fondo del surco. En general es más grande en la región de los incisivos, más estrechos en los segmentos posteriores (Carranza, 2005).

Los cambios en el ancho de la encía insertada son causados por modificaciones en la posición de su porción coronal. El ancho de este aumenta con la edad y en dientes supraerupcionados. En lingual de la mandíbula termina en la unión de la mucosa alveolar lingual, en la superficie palatina de la encía insertada en el maxilar se mezcla de manera imperceptible con la mucosa palatina (Carranza, 2005).

ENCIA INTERDENTAL

Esta ocupa la tronera gingival, que es el espacio interproximal bajo el área del contacto dental. Puede tener forma piramidal o "collado". En la primera la punta de la papila se encuentra justo por debajo del punto de contacto; la segunda tiene una depresión tipo valle que conecta una papila vestibular y lingual y se ajustan a la forma del contacto interproximal. La forma de la encía en un espacio interdental dado depende del punto de contacto entre los dientes adyacentes y la presencia o ausencia de recesión. Las superficies vestibulares y linguales se afilan hacia el área del contacto interproximal, mientras que las superficies distales y mesiales son ligeramente cóncavas. Si hay un diastema la encía se une con firmeza al hueso interdental y forma una superficie suave y redondeada sin papilas interdentales (Carranza, 2005).

2.1.5 Correlación entre características clínicas y microscópicas

Color

El color de la encía marginal e insertada se describe con color roa coral debido a su aporte vascular, grosor y grado de queratinización del epitelio, así como también a la presencia de células con pigmentos. El color varía entre personas y parece relacionarse con el color de la piel, más claro en personas rubias de tez clara que en trigueñas de tez oscura (Carranza Newman Takei, 2005).

La mucosa alveolar es roja, uniforme y brillante su epitelio es más delgado, no está queratinizado ,y no posee proyecciones interpapilares. El tejido conectivo de la mucosa alveolar es laxo y los vasos sanguíneos son más numerosos (Carranza Newman Takei, 2005).

Tamaño

Esta es la suma total de la masa de elementos celulares e intracelulares de la encía y su irrigación, su alteración es característica de la enfermedad gingival (Carranza Newman Takei, 2005).

Contorno

La forma de la encía varía según la morfología de los dientes y su alineación en el arco dental, ubicación y tamaño del área del contacto proximal, así como de las dimensiones de los espacios interproximales gingivales vestibulares y linguales. La encía marginal envuelve a los dientes en forma de un collar y tiene un contorno festoneado en las caras vestibulares y linguales. Forma una línea recta en dientes planos. En dientes con convexidad mesiodistal pronunciada o en vestibuloversion, el contorno arqueado se acentúa y la encía tiene una apariencia más apical (Carranza Newman Takei, 2005).

Forma

El contorno de las superficies dentales, la localización y los espacios interproximales rigen la morfología de la encía interdental. Cuando las superficies proximales de las coronas son relativamente planas en sentido vestibulolingual, las raíces se hallan más cerca entre sí, en sentido mesiolingual el hueso interdental es más delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos. A la inversa cuando las superficies proximales están separadas, el diámetro mesiodistal de la encía interdental varía según la ubicación del contacto interproximal (Carranza Newman Takei, 2005).

Consistencia

La encía es firme y resiliente con excepción del margen libre móvil; se fija con firmeza al hueso subyacente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su proximidad al mucoperiostio del hueso alveolar determina la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen la firmeza de la encía (Carranza Newman Takei, 2005).

Textura superficial

Esta posee una textura semejante a la cascara de naranja (graneada) este se visualiza mejor cuando secamos la encía. La encía insertada es graneada no la marginal. La distribución y extensión de graneado varían según la persona y la distribución en la boca. Menos prominente en las zonas linguales que en las vestibulares y falta en algunos sujetos. Este se encuentra vinculado con la edad, no se presenta en la infancia, aparece alrededor de los cinco años de edad va aumentando en la edad adulta y desaparece en la vejez (Carranza Newman Takei, 2005).

Desde el punto de vista microscópico es debido a las protuberancias redondas que se alternan con depresiones en la superficie gingival (Carranza Newman Takei, 2005).

El graneado es una forma de especialización adaptativa o de refuerzo para la función. Es una característica de la encía sana, su reducción o pérdida es un signo de enfermedad gingival. Cuando se restaura la salud este reaparece (Carranza Newman Takei, 2005).

La textura superficial de la encía es consecuencia de la presencia y grado de queratinización del epitelio. Se estima que la queratinización es una adaptación protectora para la función. Este se incrementa cuando el cepillado dental estimula la encía (Carranza Newman Takei, 2005).

Posición

La *posición* de la encía se refiere al nivel donde el margen gingival se fija al diente. El margen y el surco se encuentran en el vértice de la corona y a medida que avanza la erupción se encuentra más cerca de la raíz (Carranza Newman Takei, 2005).

2.2 Estructuras de soporte dentario

2.2.1. Ligamento periodontal

Es una estructura de tejido conectivo que rodea la raíz dentaria y la une al hueso. Es la continuación del tejido conectivo de la encía que se comunica con los espacios medulares a través de los canales vasculares del hueso. Sus fibras se

insertan en el cemento y por otro lado en la lámina cribosa del hueso alveolar. A nivel de la región apical, el conectivo periodontal entra en contacto con el conectivo pupar, pero en la región superior contacta con el corion gingival. El espesor del ligamento periodontal por término medio es de 0,10 a 0,38 mm, aunque disminuye con la edad (desde 0,20mm en jóvenes a 0,15mm en mayores de 50 años) , también aumenta con la función masticatoria (siendo más ancho en dientes funcionales y menos en los que no existe función o se encuentran incluidos) (Martínez, 2014)

En la unión entre el tercio medio y el apical de la raíz se encuentra una zona más estrecha que corresponde al "fulcrum" o punto de palanca de los movimientos laterales. El ligamento se forma al desarrollarse el diente, y consigue su estructura final cuando el diente alcanza el plano de oclusión, y recibe fuerzas funcionales (Martínez, 2014).

Fibras periodontales

Las fibras principales son los elementos más importantes del ligamento periodontal; están dispuestas en haces y siguen una trayectoria sinuosa en cortes longitudinales. Las porciones terminales se insertan en el cemento y el hueso reciben el nombre de *fibras de Sharpey*. Las fibras individuales forman una red continua de conexiones entre el diente y el hueso. (Carranza Newman Takei, 2005)

Fibras principales:

- Grupo transeptal.
- Grupo horizontal
- Grupo oblicuo
- Grupo apical
- Grupo interradicular (Martínez, 2014)

Elementos celulares

Se reconoce cuatro tipos de células en el ligamento periodontal: células de tejido conectivo, células de restos epiteliales, células de defensa, y las relacionadas con los elementos neurovasculares (Carranza Newman Takei, 2005).

Las células de tejido conectivo incluyen los fibroblastos, cementoblastos, y osteoblastos.

El fibroblasto es una célula que conforma el tejido conectivo, con alto poder de recambio necesario para el tejido periodontal con sus haces de colágeno se adapte y remodela constantemente a los movimientos y fuerzas recibidas. El remodelado es continuo y un equilibrio entre formación y degradación logra conservar las características normales del ligamento periodontal, aunque con la edad el equilibrio se altera (Martínez, 2014).

Los **osteoblastos** forman hueso y se encuentran en la zona ósea, así como los **cementoblastos** que están en la zona cementógena y forman el cemento. En la línea contraria se encuentran los **osteoclastos** que reabsorben el hueso y los **cementoclastos** que se encargan de la reabsorción radicular en la fisiológica como en la patológica (Martínez, 2014).

Los macrófagos son células ricas en lisosomas que actúan defendiendo al hospedador por su principal característica de ingerir y destruir sustancias extrañas, así como microorganismos presentes en la enfermedad periodontal. Constituyen el 4 por 100 de la población total del ligamento (Martínez, 2014).

Funciones del ligamento periodontal:

Estas son físicas, formativas y de remodelación, nutritivas y sensitivas.

Funciones físicas

Provisión de un estuche de tejido blando para proteger los vasos y nervios de lesiones por fuerzas mecánicas

Transmisión de fuerzas oclusivas al hueso

Unión de diente al hueso

Conservación de los tejidos gingivales en relación adecuada con los dientes

Resistencia al impacto de las fuerzas oclusivas (amortiguación) (Carranza Newman Takei, 2005)

Función de formación y remodelación

Las células del ligamento intervienen en la formación y reabsorción del hueso y cemento, que ocurren en el movimiento dental fisiológico, dando una adaptación entre las fuerzas oclusivas y la reparación de las lesiones. La actividad enzimática celular está relacionada con el proceso de remodelación (Carranza Newman Takei, 2005).

El ligamento experimenta remodelación constante. Las células y fibras viejas son sustituidas por nuevas y es posible observar actividad mitótica en fibroblastos y células endoteliales. Los fibroblasto elaboran fibras de colágeno y las células mesenquimatosas se convierten en osteoblastos y cementoblastos. La velocidad de formación y diferenciación de los osteoblastos, cementoblastos, y fibroblastos afectaran a velocidad de formación de colágeno hueso y cemento (Carranza Newman Takei, 2005).

Función sensitiva y nutricional

Por medio de los vasos sanguíneos el periodonto aporta nutrientes al cemento y hueso además de proveer drenaje linfático (Carranza Newman Takei, 2005).

El ligamento periodontal se encuentra muy innervado por fibras nerviosas sensitivas con capacidad para transmitir sensaciones táctiles, de presión, dolor por las vías trigeminales. Los fascículos nerviosos avanzan hacia el ligamento periodontal desde la región periapical y por los conductos del hueso alveolar que siguen la trayectoria de los vasos sanguíneos (Carranza, 2005)

2.2.2 Cemento

Tejido mesenquimatoso calcificado que forma la cubierta externa de la raíz anatómica. Hay dos tipos de cemento acelular (primario) y celular (secundario) ambos constan de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas de colágena (Carranza Newman Takei, 2005).

El cemento celular formado una vez que el diente llega al plano oclusivo es más irregular, contiene cementocitos en espacios individuales (lagunas) que se comunican entre sí a través de canalículos conectados. Este es menos clacificado, las fibras de Sharpey ocupan una porción más reducida y están separadas por fibras desordenadas o paralelas a la superficie radicular. (Carranza Newman Takei, 2005)

Unión amelocementaria

El cemento que se encuentra en esta unión y el subyacente a este es de vital importancia clínica en particular para el raspado radicular, en esta unión presenta relación de tres clases. Del 60 al 65% el cemento superpone al esmalte, en casi el 30%, la unión tiene lugar borde a borde y del 5 al 10% el cemento y el esmalte no entran en contacto. En este último caso, la recesión gingival genera sensibilidad por exposición de la dentina (Carranza Newman Takei, 2005).

En la periodontitis, el cemento se ve afectado por las toxinas y bacterias alterándose también el colágeno. El raspado y alisado radicular tiene como finalidad actuar sobre este cemento contaminado (Martínez, 2014).

2.2.3 Hueso alveolar

Es la porción del maxilar y de la mandíbula que forma y sostiene a los alveolos dentarios. Se forma cuando el diente erupciona a fin de proveer la inserción ósea para el ligamento periodontal; desaparece de forma gradual una vez que se pierde el diente (Carranza Newman Takei, 2005).

El proceso alveolar consta de lo siguiente:

Una tabla externa de hueso cortical formado por hueso haversiano y laminillas óseas compactadas.

La pared interna del alveolo, constituida por hueso compacto delgado llamado hueso alveolar, aparece en las radiografías como cortical alveolar. Contiene una serie de aperturas (lamina cribiforme) por las cuales los paquetes neurovasculares unen el ligamento periodontal con el componente central del hueso alveolar, el hueso esponjoso.

Trabéculas esponjosas, entre las dos capas compactas, que funcionan como hueso alveolar de soporte. El tabique interdental consta de hueso esponjoso de soporte rodeado por un borde compacto

(Carranza Newman Takei, 2005).

Además, el hueso se encuentra compuesto por hueso basal, el cual es la porción de la mandíbula ubicada en sentido apical, pero sin relación con los dientes. Anatómicamente se podría dividir las porciones del hueso alveolar, sin embargo estas funcionan como una unidad, con todas las partes interrelacionadas en sostener la dentición. La mayor parte de las porciones vestibulares y linguales de los alveolos están constituidas por hueso compacto solo. El esponjoso rodea la cortical alveolar en las zonas apicales (Carranza Newman Takei, 2005).

Remodelado del hueso alveolar

En contraste con su aparente rigidez, el hueso alveolar es el menos estable de los tejidos periodontales, ya que en su estructura se encuentra en un flujo constante. Hay una cantidad considerable de remodelación interna por medio de la resorción y formación, reguladas por influencias locales y sistémicas. Las primeras incluyen exigencias funcionales sobre el diente así como cambios en las células óseas relacionadas con la edad. Las influenciadas sistémicamente pueden ser hormonales (hormona paratiroidea, calcitonina o vitamina D3). La remodelación del hueso alveolar afecta su altura, contorno y densidad y se manifiesta en tres zonas: junto al ligamento periodontal, el periostio de las tablas vestibulares y linguales y la superficie endóstica de los espacios medulares (Carranza Newman Takei, 2005).

Reabsorción ósea

El hueso alveolar está en un equilibrio continuo entre la reabsorción y la aposición ósea con los osteoclastos y osteoblastos. Todo esto está regulado por factores locales y sistémicos. El hueso se elimina donde no se lo necesita y se añade donde recibe un estímulo formativo así pues, las fuerzas oclusales intervienen en los procesos de reabsorción y de aposición ósea. Cuando aquellas aumentan, y el

espesor y la trabeculación ósea también aumenta en relación directa; pero si las fuerzas oclusales disminuyen, se produce una reabsorción ósea, y disminuyen el volumen y cantidad de las trabéculas óseas. En ese caso hablaríamos de atrofia por desuso (Martínez, 2014).

La migración mesial fisiológica; todos los dientes en condiciones normales tienden a moverse hacia mesial con lo que se realizan periodos de intermitentes de actividad con reposo y reaparición ósea (Martínez, 2014).

Desde el punto de vista funcional hablamos de dos tipos de hueso:

Hueso de inserción de origen periodontal donde se insertan las fibras de este ligamento.

Hueso de sostén: de origen medular, cuya función es refuerzo del anterior

La remodelación es continua es sensible a fuerzas que generan presión, que provocan reabsorción y las que generan tensión que estimulan la aposición ósea.

Las principales causas de remodelación ósea se deben a los pequeños pero continuos movimientos que experimentan los dientes. Cuando estos soporta un trabajo excesivo (traumatismo oclusal), se va producir un ensanchamiento de los corticales, del ligamento periodontal, y la reorientación de las trabéculas para adaptarse a las modificaciones de las fuerzas. Si el diente no recibe ninguna fuerza (perdida de un antagonista), la consecuencia es el adelgazamiento de los corticales disminución del espesor las trabéculas y el adelgazamiento del espacio periodontal (Martínez, 2014).

2.3 Enfermedades Periodontales

Las enfermedades periodontales se entienden como patologías infecto inflamatorias iniciada por las bacterias que habitan en el biofilm de la placa dental y modulada por la respuesta del huésped (Martínez, 2014).

Se estima que existen más de 700 especies capaces de colonizar la cavidad oral. Esta microbiota no reside de forma pasiva en la cavidad oral, si no que

activamente contribuye al mantenimiento de la salud periodontal convirtiendo en equilibrio con el sistema inmunológico del huésped y evitando la colonización de microorganismos patógenos (Wilks 2007). De esta manera el huésped presenta relación estable y armónica con las bacterias residentes (homeostasis microbiana) y ambas partes resultan beneficiadas en forma de simbiosis (Marsh 1989).

Cuando se rompe el equilibrio por un aumento del número, virulencia de los microorganismos del biofilm, o por una disminución en la capacidad de respuesta del hospedador frente a la agresión, se producen los estados patológicos. El grado de afección y de la evolución del proceso varían significativamente en la población dependiendo de la respuesta inmunológica del huésped ante la agresión (Offenbacher et al. 2008).

2.3.1 Clasificación de las enfermedades periodontales

International Workshop for a Classification of Periodontal Disease and Conditions del 1999 se creó la clasificación de Armitage de 1999 donde se unió los criterios de todas las clasificaciones pasadas para realizar un documento más completo que sirviera como base para realizar un diagnóstico más adecuado de acuerdo a las condiciones específicas de cada individuo siendo las de mayor prevalencia la Periodontitis Crónica, Gingivitis y en menor escala la Periodontitis Agresiva. (Eley, Soory, & Manson, 2010)

**TABLA 5.- CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PERIODONTALES Y
CONDICIONES DEL INTERNATIONAL WORKSHOP (1999)**

- I. ENFERMEDADES GINGIVALES
- II. PERIODONTITIS CRÓNICA
 - a. Inducidas por placa: a. Localizada.
 - i. Gingivitis asociada sólo con placa dental. b. Generalizada.
 - 1. Sin otros factores locales asociados
- III. PERIODONTITIS AGRESIVA
 - 2.2. Asociada también a otros factores locales. a. Localizada.
 - ii. Modificadas por factores sistémicos b. Generalizada.
 - 1. Asociadas con el sistema endocrino
- IV. PERIODONTITIS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS
 - a. Gingivitis asociada a la pubertad.
 - b. Gingivitis asociada al ciclo menstrual. a. Asociada a desórdenes hematológicos: c. Asociadas al embarazo: i. Neutropenia adquirida.
 - i. Gingivitis. ii. Leucemias.
 - ii. Granuloma piogénico. iii. Otras.
 - d. Gingivitis asociada a diabetes mellitus. b. Asociada a desórdenes genéticos: 2. Asociadas con discrasias sanguíneas: i. Neutropenia familiar y cíclica.
 - a. Gingivitis asociada a leucemia. ii. Síndrome de Down.
 - b. Otras. iii. Síndrome de déficit de adhesión leucocitaria.
 - iii. Modificadas por medicamentos iv. Síndrome de Papillon-Lefèvre.
 - 1.1. Agrandamientos gingivales. v. Síndrome de Chediak-Higashi.
 - 2. Gingivitis asociada a medicamentos: vi. Síndrome de histiocitosis.
 - a. Asociada a anticonceptivos orales. vii. Enfermedad de almacenamiento del glucógeno.
 - b. Otras. viii. Agranulocitosis infantil genética.
 - iv. Modificadas por malnutrición: ix. Síndrome de Cohen.
 - 1.1. Déficit de ácido ascórbico. x. Síndrome de Ehler-Danlos (tipos IV y VII).
 - 2.2. Otras. xi. Hipofosfatasia.
 - b. No asociadas a placa bacteriana: xii. Otras.
 - i. De origen bacteriano específico: c. No especificados.
 - 1.1. Lesiones asociadas a *Neisseria gonorrhoeae*.
- V. ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES
 - 2.2. Lesiones asociadas a *Treponema pallidum*. a. Gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN).
 - 3.3. Lesiones asociadas a especies de *Streptococcus*. b. Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN).
 - 4.4. Otras.
 - ii. De origen viral
- VI. ABSCESOS DEL PERIODONTO
 - 1. Infecciones por herpes virus: a. Absceso gingival.
 - a. Gingivostomatitis herpética primaria. b. Absceso periodontal.
 - b. Herpes oral recidivante. c. Absceso pericoronar.
 - c. Infecciones por varicela-zoster.
 - 2. Otras.
- VII. PERIODONTITIS ASOCIADA A LESIONES ENDODÓNTICAS
 - iii. De origen fúngico: a. Lesiones combinadas perio-endo.
 - 1. Infecciones por *Candida*
- VIII. CONDICIONES Y DÉFORMIDADES ADQUIRIDAS O DEL DESARROLLO
 - a. Candidosis gingival generalizada.
 - 1.2. Eritema gingival lineal. a. Factores localizados relacionados con el diente que modifican
 - 2.3. Histoplasmosis, o predisponen a la presencia de enfermedades gingivales/
 - 3.4. Otras periodontales inducidas por placa:
 - iv. De origen genético: i. Factores anatómicos del diente.
 - 1.1. Fibromatosis gingival hereditaria. ii. Aparatos y restauraciones dentales.
 - 2.2. Otras. iii. Fracturas radiculares.
 - v. Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas: iv. Reabsorción radicular cervical y lágrimas del
 - 1. Desórdenes mucocutáneos: cemento.
 - a. Líquen plano. b. Deformaciones y condiciones mucogingivales alrededor de
 - b. Pénfigoide. los dientes:
 - c. Pénfigo vulgar. i. Retracción gingival:
 - d. Eritema multiforme. 1. Superficies vestibulares o linguales.
 - e. Lupus eritematoso. 2. Interproximal (papila).
 - f. Inducidos por medicamentos. ii. Ausencia de encía queratinizada.
 - g. Otros. iii. Profundidad del vestibulo disminuida.
 - 2. Reacciones alérgicas: iv. Frenillo aberrante/posición muscular.
 - a. Materiales dentales: v. Exceso gingival:
 - i. Mercurio. 1. Pseudobolsa.
 - ii. Niquel. 2. Margen gingival inconsistente.
 - iii. Acrílico. 3. Apariencia gingival excesiva.
 - iv. Otros. 4. Agrandamiento gingival.
 - b. Atribuibles a: vi. Color anormal.
 - i. Pastas dentífricas. c. Condiciones y deformidades mucogingivales en crestas
 - ii. Colutorios. desdentadas:
 - iii. Aditivos de chicles. i. Cresta vertical y/u horizontal deficiente.
 - iv. Aditivos y comidas. ii. Falta de encía o tejido queratinizado.
 - c. Otros. iii. Agrandamiento gingival o de tejido blando.
 - vi. Lesiones traumáticas (facticias, yatrógenas, accidentales) iv. Frenillo aberrante/posición muscular.
 - 1.1. Lesión química. v. Profundidad del vestibulo disminuida.
 - 2.2. Lesión física. vi. Color anormal.
 - 3.3. Lesión térmica. d. Trauma oclusal:
 - vii. Reacciones de cuerpo extraño. i. Trauma oclusal primario.
 - viii. Otras no especificadas. ii. Trauma oclusal secundario.

Ilustración 1 Clasificación de las enfermedades periodontales Workshop 1999

2.3.2 Gingivitis

Es la inflamación en diferentes grados de intensidad de la encía sin afectar los tejidos de soporte (ligamento, cemento, hueso). Los signos de la gingivitis incluyen inflamación y sangrado al sondaje. Aunque puede ocurrir agrandamiento gingival por el edema, dando como resultado el desplazamiento coronal del margen gingival en relación a la CEJ, no existe formación de la bolsa periodontal con pérdida de inserción y hueso. La profundidad al sondaje (hasta 3.9 mm) debe ser analizada cuidadosamente para descartar “pseudobolsas periodontales”, al igual que la pérdida ósea radiográfica (Botero JE1, 2010)

2.3.3 Periodontitis crónica

A diferencia de la gingivitis, la periodontitis es la inflamación de la encía y pérdida de inserción clínica, afectando de forma significativa el tejido conectivo gingival (TC), ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. Como signo clínico patognomónico observamos inflamación, sangrado al sondaje (SS), formación de la bolsa periodontal asociada a signos de inflamación y destrucción de tejidos de soporte de diente, pérdida de inserción y pérdida ósea radiográfica. Estos signos son mandatorios para realizar el diagnóstico de periodontitis y es una diferencia clara con la gingivitis. Adicionalmente podemos observar recesiones, supuración, movilidad incrementada, migración dental patológica y dolor (Botero JE1, 2010).

Resulta problemático cuando no se utilizan criterios de diagnóstico unificados, por esta razón la Federación Europea de Periodoncia (EFP, 2005) define un caso confirmatorio de periodontitis como: ≥ 2 sitios independientes con pérdida de inserción ≥ 3 mm proximal y formación de bolsa periodontal. Así mismo, la extensión puede ser clasificada como localizada ($\leq 30\%$ de sitios afectados) y generalizada ($> 30\%$ de sitios afectados). En cuanto a la severidad de la destrucción periodontal, el único parámetro que muestra la magnitud del daño, es el nivel de inserción clínica (NIC). Por lo tanto, la severidad de la enfermedad puede ser clasificada como leve, moderada y severa dependiendo del grado de

pérdida de inserción en un diente en particular, teniendo como referencia la longitud radicular (Botero JE1, 2010).

2.3.4 Periodontitis Agresiva

La periodontitis agresiva se presenta generalmente en sujetos menores de 35 años de edad, pero se sugiere que puede presentarse en cualquier edad. La velocidad de destrucción periodontal es rápida y dado que comienza temprano en la vida, la destrucción se observa en sujetos jóvenes. Pero el análisis no debe basarse solamente en la edad sino en hallazgos clínicos, radiográficos, historia familiar y personal, ayudas de laboratorio. Las siguientes características primarias están presentes:

1. Aparte de la destrucción periodontal, los pacientes son sistémicamente sanos.
2. Rápida y severa pérdida ósea y de inserción.
3. Agregación familiar.

Otras características que se ha comprobado que están presentes en esta patología son:

1. Depósitos microbianos inconsistentes con la destrucción periodontal.
2. Anormalidades fagocíticas.
3. Elevados niveles de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* y *Porphyromonas gingivalis*.
4. Elevados niveles de citoquinas inflamatorias (IL-1, PGE2).
5. Hiper-respuesta de macrófagos con alta producción de IL-1.
6. La progresión de la pérdida de inserción y ósea puede detenerse por sí sola.

Las periodontitis agresivas se han clasificado en dos formas clínicas de la siguiente manera: periodontitis agresiva localizada que presenta establecimiento durante la pubertad y afecta incisivos y primeros molares; y periodontitis agresiva generalizada presentando afección de sujetos menores de 30 años, pero se puede presentar en sujetos mayores y aparte de incisivos y primeros molares, afecta más de 3 dientes adicionales. (Botero JE1, 2010)

2.4 Etiología

Las patologías periodontales son enfermedades inflamatorias originadas por las biopelículas de bacterias que se acumulan sobre el diente. Si bien constituye el factor etiológico primario, la presencia de biofilm es indispensable más no suficiente para su desarrollo. En la actualidad, varios son los factores que han sido estudiados en la predisposición de la enfermedad sin embargo, más énfasis se ha dado a la “susceptibilidad” que cada individuo tiene para el desencadenamiento o no de la enfermedad, estando o no expuesto a los mismos riesgos. Dicha susceptibilidad se ha enfocado en las características cualitativas y cuantitativas microbiológicas de cada individuo y la respuesta inmunológica disminuida o exacerbada del huésped frente a la infección.

2.4.1 Factor Microbiológico

Se define como la comunidad microbiana que se desarrolla sobre la superficie dentaria, embebida en una matriz de polímeros de origen salivar y bacteriano. Actualmente es considerada el principal agente etiológico de la caries y enfermedad periodontales (Martínez, 2014).

Forman una biopelícula adherida a la superficie dentaria u otras superficies duras en la boca, entre ellas las restauraciones fijas y removibles. La placa se diferencia de otros depósitos que pueden encontrarse en la superficie dental, como la materia alba y el cálculo. Materia alba se refiere a las acumulaciones blandas de bacterias y células histicas que carecen de la estructura organizada de la placa dental y se desprenden fácilmente. Cálculo es un depósito sólido que se forma por mineralización de la placa dental; por lo general está cubierto por una capa de placa sin mineralizar. Según la superficie dentaria se la clasifica en placa supragingival y subgingival (Carranza Newman Takei, 2005).

En los años 90, gracias al desarrollo y perfeccionamiento del microscopio focal de láser, se llegó a un mejor conocimiento de la placa dental y de su estructura, y se desarrolló el modelo de la placa dental como biofilm. Los biofilm presentan unas características que plantean una serie de problemas en cuanto a su eliminación (Serrano Granger, 2005).

Placa supragingival

La velocidad de formación y localización varía de unas personas a otras, según las distintas localizaciones en una misma boca y según las diferentes zonas en un mismo diente (Martínez, 2014).

Esta está compuesta por microorganismos, células epiteliales, leucocitos y macrófagos. Las bacterias corresponden al 70%, mientras que el 30% restante está formado por la matriz intracelular. La composición de la matriz es principalmente proteica y glucídica, con bajo contenido lipídico. Entre los carbohidratos presentes destacan los dextranos, glucanos y mutanos. También presenta componentes inorgánicos como calcio, fósforo, magnesio, sodio y potasio (Martínez, 2014).

Placa subgingival

Esta se deposita en el interior del surco gingival, y la bolsa periodontal. Las especies bacterianas que se depositan en este lugar, varían según las bacterias de la placa supragingival debido a las diferencias ecológicas del hábitat. La limpieza y profilaxis dental llega con baja intensidad a estas zonas, que consideramos retentivas y forman un medio relativamente estancado y favorecedor del sedimento bacteriano, favoreciendo el crecimiento de bacterias móviles y anaerobias. Entre la placa subgingival y el diente se interpone la cutícula, la cual tiene restos del epitelio de unión con adición de material procedente del exudado gingival. (Martínez, 2014)

2.4.2 Influencia del huésped en el desarrollo de los biofilms orales

El término microbioma fue añadido por Lendberg et al. (2001) con el objetivo de describir la comunidad ecológica comensal, simbiótica y patogénica de microorganismos que habitan en el cuerpo humano y que son determinantes de los estados de salud o enfermedad.

El microbioma oral humano se define como el conjunto global de microorganismos que habitan en la cavidad oral y sus estructuras contiguas (Dewhirst et al. 2010).

Un cambio importante en nuestro entendimiento es el cambio entre la relación íntima de existente entre la microflora humana y huésped. La flora no reside de forma pasiva, sino que contribuye activamente al mantenimiento de la salud, promoviendo el desarrollo normal de la fisiología del huésped incluyendo el sistema inmune y excluyendo la organización de los microorganismos exógenos. Los cambios en el huésped tienen un impacto directo en la expresión génica bacteriana, su actividad metabólica, competitividad y composición. De misma manera los cambios en la microflora bacteriana residen en el hospedador (Martínez, 2014).

La boca como hábitat microbiano

La boca es un medio cálido y húmedo que favorece el crecimiento de las bacterias, no aporta superficies descamativas. El huésped aporta oportunidades únicas para la formación y persistencia. Por otro lado los microorganismos deben ser capaces adherirse a las superficies y formar parte del biofilm, deben desarrollar estrategias para colonizar y sobrevivir. Lograda la colonización del huésped, nutrientes deben ser adquiridos para la división celular y crecimiento y competir con las especies residentes para poder establecerse. Esta microflora varía según el lugar en que se localice en la boca (Martínez, 2014).

Propiedades del ambiente del huésped que influyen en el crecimiento bacteriano

En la inflamación se produce una elevación de la temperatura de 2 °C entre las superficies sanas y enfermas. Alterando la ecología, las localizaciones subgingivales con temperaturas elevadas han demostrado proporciones elevadas de *Prevotella intermedia*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* y *Porphyromonas gingivalis* (Haffjee et al 1992).

La distribución de bacterias anaerobias está relacionado con el potencial redox, algunas bacterias pueden vivir en ambientes aerobios gracias a la relación entre bacterias que consumen oxígeno (Martínez, 2014).

pH

La mayoría de microorganismos requieren de un pH neutro para obtener un óptimo crecimiento, siendo sensibles a los extremos ácido o básico. El pH de la

mayoría de las superficies de la boca es de 6,75-7,25. Tras la ingesta de azúcar el pH de la placa bacteriana cambia a 5,0 por fermentación ácida. Un número de bacterias pueden tolerar una baja de pH, pero pueden ser inhibidas o eliminadas. Esto puede producir un incremento de bacterias ácido tolerantes especialmente *S. mutans* y *Lactobacillus*, los cuales dan predisponibilidad a la formación de caries. El incremento del pH (6,9-7,8) en el surco gingival puede ayudar a la proliferación de patógenos periodontales como *P. intermedia*, *P. gingivalis* y *A. actinomycetemcomitans* los cuales requieren un pH alcalino para su crecimiento (Martínez, 2014).

Nutrientes

Los nutrientes son necesarios para su desarrollo y crecimiento tales como aminoácidos, proteínas y glicoproteínas que se obtienen principalmente de la saliva y el flujo cervical gingival (FCG) (Martínez, 2014).

El biofilm subgingival con potencial de causal patología periodontal

La relación existente entre las bacterias y el huésped puede alterarse dando lugar a situaciones patológicas. Los biofilms presentes en los surcos gingivales sin inflamación constan principalmente de gram positivas, sacarolíticas y anaerobios facultativos como *Actinomyces* y *Streptococcus*, mientras que la presencia de aerobios estrictos es baja. El número total de bacterias es relativamente bajo. Por lo contrario en localizaciones enfermas se produce un incremento de flora total, acompañado de un incremento en las porciones de gram negativos cultivables y anaerobios estrictos.

2.4.3 Evidencia del papel etiológico de las bacterias en las enfermedades periodontales

Estudios y trabajos de investigación han demostrado que las bacterias del biofilm dental son el factor etiológico desencadenante y promotor de la patología periodontal. Estudios clínicos longitudinales en humanos demuestran que existe una relación causa-efecto entre el acumulo de placa y el desarrollo de gingivitis (Löe y cols 1965).

En relación a la periodontitis, los estudios clásicos demuestran que el tratamiento quirúrgico y el control de placa de manera regular es capaz de recuperar y

mantener a largo plazo la salud periodontal en pacientes con periodontitis severas (Linhe & Nyman 1975, Rosling 1976).

2.4.4 Periodontopatógenos

En el Workshop de 1996 se estableció una clasificación de los patógenos en función de su patogenicidad, quedando divididos de mayor a menor fuerza de evidencia en los siguientes grupos:

Evidencia fuerte : *Actinomyces comitans*, *P. gingivalis*, *T. forsythia*

Evidencia moderada: *P. intermedia*, *C. rectus*, *E. nodatum*, *F. nucleatum*

Evidencia inicial: *E. corrodens*, *bacilos entéricos*, *Pseudomonas sp.* (Martínez, 2014).

2.4.5 Factores locales predisponentes a las infecciones periodontales

Anatomía dentaria

Diferentes aspectos anatómicos presentan un impacto significativo en el pronóstico de un diente afectado.

Molares

Estos presentan diferentes estructuras anatómicas, que favorecen la retención de depósitos bacterianos. Los molares maxilares con afectación de furca están incluidos dentro de los principales que se pierden en presencia de periodontitis (Hirshfield & Wasserman 1978).

La alteración de la furca implica la pérdida de inserción por consiguiente el biofilm ha alcanzado dicha zona anatómica. La anatomía de la furca dificulta el acceso a la zona, no hay un desbridamiento ni una correcta higiene oral. Estas invasiones furcales se afectan es sentido horizontal y vertical y dependen de los siguientes factores: presencia de perlas del esmalte, longitud del tronco radicular, dimensión de la entrada de la furca, anatomía radicular y las variaciones anatómicas del techo de la furca (Martínez, 2014).

Premolares

En el primer premolar maxilar se ha observado la presencia de furca de un 62-78% (Gher & Verino 1980). Esta es caracterizada por su pequeño tamaño y difícil acceso incluso para instrumental mecánico específico (Martínez, 2014).

Otra característica de este diente es la presencia de surcos radiculares pronunciados en las superficies interproximales, que pueden llegar hasta la proximidad del ápice (Martínez, 2014).

Restauraciones dentales

Las restauraciones dentales desbordantes incrementan la formación y retención de placa bacteriana, por lo tanto se considera un incremento en la inflamación y pérdida de inserción gingival. Influye ciertamente el estatus de salud del periodonto adyacente. Otro aspecto a considerar es la invasión de la anchura biológica con la restauración, la cual obtendrá una reacción de inflamación crónica o recesión dependiendo del biotipo grueso o fino. El material de la restauración debe estar bien pulido para favorecer a la higiene oral del paciente, dentro de los diferentes materiales dentales la resina es un material que presenta alta porosidad y mayor dificultad en el pulido adecuado, favoreciendo la retención de placa bacteriana (Martínez, 2014).

Alteraciones mucogingivales

La evaluación mucogingival hace referencia a la cantidad de encía queratinizada, la presencia de recesiones, frenillos aberrantes y profundidad de vestíbulo inadecuado. La recesión gingival puede generar problemas estéticos, sensibilidad dentaria y dificultad en la higiene (Martínez, 2014)

2.4.6 Cálculo

Compuesto por la mineralización de la placa bacteriana se compone principalmente por sales de fosfato de cálcico mineralizadas cubiertas por una capa bacteriana no mineralizada. Se clasifica en supragingival y subgingival (Jesep y cols. 2011)

Calculo supragingival

Se localiza en el margen gingival coronalmente y es fácilmente visible al examen clínico. Es de color blanco amarillento, en ocasiones más oscuro, en función de la saliva, pigmentos alimenticios y tabaco. Su presencia se caracteriza en molares superiores, y en lingual de los dientes anteriores interiores debido a la presencia de los conductos excretores de las glándulas salivales (Martínez, 2014).

Calculo subgingival

Se localiza apical al margen gingival y por consiguiente no se visualiza al examen clínico. Es duro y denso se encuentra fuertemente adherido a la superficie radicular. Se extiende desde la línea amelocementaria hasta el fondo de la bolsa. Su presencia se localiza principalmente en las superficies interproximales y linguales, y esta aleatoriamente distribuido en todos los dientes presentes. Este está altamente calcificado en depósitos de contenido inorgánico. La composición principal es de sales de fosfato de calcio, los componentes inorgánicos se encuentran en forma cristalina. Las formas cristalinas más prevalentes son la hidroxiapatita. La matriz orgánica del cálculo es menos extensa en el cálculo subgingival, y está compuesta por proteínas, lípidos y carbohidratos. La parte orgánica está formada por complejos proteínopolisacáridos, células epiteliales descamadas, leucocitos y las diferentes especies bacterianas (Martínez, 2014)

Formación del cálculo

El cálculo dental se forma a partir de la placa bacteriana que sufre mineralización debido a la precipitación de las sales minerales, aunque no todos los biofilms se mineralizan. La saliva es la principal fuente de mineralización del cálculo supragingival, mientras que en subgingival es el líquido cervical gingival. Las bacterias facilitan la formación del cálculo en humanos. El cálculo se adhiere fuertemente a las superficies dentarias debido a que la película adquirida también se mineraliza (Martínez, 2014).

El desarrollo y cantidad de cálculo varían ampliamente entre las personas (formadores de cálculo leve, moderado, severo). La cantidad de cálculo está influenciada por muchas variables como la edad, género, dieta, localización en la

cavidad bucal, higiene oral, composición bacteriana, respuesta inmunológica del huésped, facilidad de acceso a la limpieza, discapacidades físicas, mentales, presencia de patologías sistémicas, y sus medicaciones (Martínez, 2014).

El mecanismo de producción de las bolsas es por incremento del margen gingival (bolsa gingival), o bien por migración de adherencia epitelial (bolsa periodontal). Puede haber casos en que tenemos un mecanismo mixto. (Martínez, 2014).

2.5 Diagnóstico

El diagnóstico adecuado es esencial para un plan de tratamiento inteligente. Mediante este se establece la enfermedad, clase, magnitud, distribución y gravedad, sus mecanismos fisiopatológicos y sus causas. El diagnóstico se establece luego de analizar con atención los antecedentes del caso y valorar los signos y síntomas clínicos, así como los resultados de diversas pruebas (valoración de movilidad, radiografías) (Carranza Newman Takei, 2005).

Buscar una evaluación global del paciente, la cual abarque su estado mental y emocional, actitud y edad fisiológica (Carranza Newman Takei, 2005).

2.5.1 Historia clínica

Se realiza mediante un interrogatorio verbal al paciente y sus respuestas se registran en la historia clínica. Es preciso explicar la importancia de esta, para que el paciente no omita ningún dato importante. Al paciente se le debe advertir 1) posible papel de ciertas enfermedades sistémicas desempeñan la causa de la enfermedad periodontal y 2) infecciones bucales pueden tener influencia en la iniciación y gravedad de una variedad de enfermedades y trastornos sistémicos (Carranza Newman Takei, 2005).

2.5.2 Estudio radiográfico intrabucal

Las radiografías panorámicas con un método simple y conveniente de obtener un panorama general de los arcos dentarios y estructuras contiguas. Útiles para detectar anomalías de desarrollo, lesiones patológicas. Aportan un cuadro total,

que informa sobre distribución y gravedad de la destrucción ósea en la enfermedad periodontal (Carranza Newman Takei, 2005).

2.5.3 Fotografías clínicas

Las fotografías a color no son esenciales, pero son útiles para registrar el aspecto del tejido antes del tratamiento y después de este (Carranza Newman Takei, 2005).

2.5.4 Revisión del examen inicial

Si el paciente no necesita de un tratamiento urgente, se le envía a su hogar con instrucciones acerca de cuándo acudir a una segunda cita. Antes de esta se efectúa un examen comparativo con fotos y radiografías para un buen plan de tratamiento (Carranza Newman Takei, 2005).

2.5.5 Exploración

Antes de proceder con el examen periodontal propiamente dicho debemos tomar en cuenta factores anatómicos dentales, anomalías radiculares, restauraciones dentales, vitalidad pulpar, fracturas de la corona o raíz y reabsorciones radiculares (Bettina Alonso, 2012).

Después continuaremos con los elementos del tejido blando, tanto alrededor del diente como en zonas edentulas: recesiones gingivales, falta de encía queratinizada, profundidad de vestíbulo reducida, frenillos aberrantes y exceso de encía.

El examen del grado de higiene oral, de la inflamación de las encías, mediante el índice de placa e inflamación gingival (Bettina Alonso, 2012).

2.5.6 Índices de placa

Los índices de placa sirven para cuantificar el nivel de higiene oral y son utilizados en investigaciones para tener un valor objetivo. Para el terapeuta sirve para valorar el grado de higiene del paciente y compararlo en diferentes momentos para motivar al paciente cuando sea necesario (Bettina Alonso, 2012).

Consideramos que un paciente tiene una higiene oral aceptable cuando este se sitúa menos del 25% de placa. Si un paciente presenta más se lo debe motivar para mejorar la higiene oral (Bettina Alonso, 2012).

Índice de Silness y Løe 1964

Se basa en el registro de placa blanda y mineralizada. Se da una puntuación de 0 a 3 a cada una de las superficies del diente (mesial, distal, vestibular, bucal), con el fin de obtener el índice de placa de un diente se suman los 4 valores y se dividen para 4. El índice de placa es el número de caras medidas.

0: Sin placa

1: Fina película de placa adherida al margen gingival libre y al área de contacto del diente adyacente.

2: Acumulación moderada de depósitos blandos en el surco gingival, superficie dentaria o margen gingival, visibles a simple vista.

3: Acumulación abundante en el surco gingival, diente o margen gingival (Bettina Alonso, 2012).

Registro del control de placa (PCR) (O' Leary y cols. 1972)

Método simple para registrar la frecuencia de placa en las distintas superficies dentales (mesial, distal, vestibular, lingual). Inicialmente se usaban sustancias reveladoras de placa, ahora también se puede hacer de forma dicotómica de todas

las seis superficies del diente, y con eso realizar un porcentaje de placa (Bettina Alonso, 2012).

2.5.7 Índices gingivales

Una de las primeras cosas que se debe diferenciar en el examen clínico, es la presencia o ausencia de enfermedad, lo cual es determinado buscando signos de inflamación gingival. Los signos de más comunes de inflamación gingival son: enrojecimiento, inflamación, sangrado al sondaje, y exudado purulento (Gold 1965).

Según Lang (Lang NP y Tonneti MS 2003) se considera que un índice de sangrado al sondaje menor al 9% es de bajo riesgo a una futura pérdida de inserción, entre 9 y 25% es moderado, y más del 25 %se considera alto (Bettina Alonso, 2012).

Índice gingival de Silness y Løe 1963

Se da un valor de 0-3 en cuatro superficies del diente (mesio, centro, disto bucal y centro lingual).

0. Ausencia de inflamación

1. Ligera inflamación: ligeros cambios de color, con pequeño cambio de textura

2. Moderada inflamación: aspecto brillante, enrojecimiento, edema e hipertrofia, sangrado al pasar la sonda.

3. Severa inflamación: marcada inflamación e hipertrofia. Tendencia al sangrado espontáneo e ulceración (Bettina Alonso, 2012).

2.5.8 Periodontograma

La mejor forma de registrar la pérdida de inserción del periodonto consiste en tomar una serie de medidas como son la profundidad del sondaje, el nivel de

inserción clínica, la recesión gingival, los datos son medidos por una sonda periodontal calibrada y son anotados en el periodontograma junto con información como movilidad dental y lesiones de furcaciones (Alonso y cols, 2012).

Sonda periodontales manuales

Está compuesta por una parte activa de trabajo, mango y cuello. El cuello es angulado y el extremo de trabajo debe ser fino (no debe superar el 0,5 de diámetro) y tener un borde romo para la inserción dentro de la bolsa periodontal. El extremo presenta diferentes marcas milimetradas visibles en forma de muesca, cambio de color o alternando ambas según distintos modelos (Alonso y cols, 2012).

La sonda periodontal Nabers, tiene un extremo de trabajo curvo la cual permite el acceso entre las raíces para medir las lesiones de furcación.

Para evitar la falta de precisión y la reproductividad de los datos se introdujeron

Sondas electrónicas, estas incorporan un fuerza constante en el sondaje, una mayor precisión en la medición, menor variabilidad en los registros repetidos (Alonso y cols, 2012).

Sondaje

El único método para detectar y medir las bolsas es la exploración clínica con la sonda periodontal. Las bolsas no se detectan radiográficamente ya que es un cambio en el tejido blando.

Existen signos clínicos que pueden sugerir presencia tales como cambios de color, del aspecto (margen gingival separado de la superficie del diente o una encía agrandada y edematosa), presencia de sangrado o supuración también pueden ser síntomas de una bolsa, estas suelen ser asintomáticas, pero en ocasiones puede dar sintomatología como dolor localizado o irradiado, sensación de presión después de comer (Alonso y cols, 2012).

La sonda se debe introducir con una fuerza de 20-50 N, con el extremo paralelo al eje axial del diente (Alonso y cols, 2012).

Profundidad del sondaje

La profundidad de sondaje biológica es la distancia entre el margen gingival y el fondo de la bolsa. La profundidad del sondaje clínica, es la distancia que la sonda penetra la bolsa (Alonso y cols, 2012).

Nivel de inserción

Es la distancia del fondo de la bolsa y un punto fijo en la corona. Como la línea amelocementaria (LAC). Este es el indicador de enfermedad periodontal, se puede manifestar como ganancia o pérdida de inserción (Alonso y cols, 2012).

Recesión gingival

Es el desplazamiento del margen de los tejidos blandos hacia apical de la unión amelocementaria con exposición de la superficie radicular. Debe medirse en las mismas localizaciones en las que se midió la profundidad de sondaje y nos sirve para calcular el nivel de inserción (Alonso y cols, 2012).

Clasificación de Miller 1985

Clase I : recesión del tejido marginal que no excede la línea mucogingival, no existiendo afectación del periodonto interproximal. Se puede conseguir un recubrimiento radicular del 100 por 100.

Clase II : recesión del tejido marginal que excede la línea mucogingival, no existiendo afectación del periodonto interproximal se puede conseguir un recubrimiento radicular del 100 por 100.

Clase III : recesión del tejido marginal que alcanza o sobrepasa la línea mucogingival, existe afección del hueso interproximal o de la papila, o una mal posición del diente, que dificultara conseguir un recubrimiento radicular del 100 por 100, se puede esperar un recubrimiento parcial de la lesión.

Clase IV: recesión del tejido marginal que alcanza o sobrepasa la línea mucogingival, existe una afectación del hueso interproximal, de la papila o una malposición dentaria tan severas, que no es aconsejable intentar el recubrimiento radicular.

Lesiones de furca

La exploración se lleva a cabo con la sonda Nabers, y lo que se valora es la pérdida de inserción y soporte óseo entre las raíces de los dientes.

Nyman y Lindhe (1983) clasificaron basándose en el grado de extensión de la lesión en sentido transversal.

Grado I: pérdida horizontal de tejidos de soporte que no sobrepasa el 1/3 de la anchura del diente.

Grado II: pérdida horizontal de tejidos de soporte que sobrepasa el 1/3 de la anchura del diente pero no afecta la totalidad de la furca.

Grado III: pérdida de tejido de soporte de lado a lado de la furca.

Tarnow y Fletcher (1984)

Lesión en función de la pérdida ósea vertical medida desde el techo de la furca

Grado A: pérdida ósea vertical de 1 a 3 mm.

Grado B: pérdida ósea vertical de 4 a 6 mm.

Grado C: pérdida ósea vertical mayor de 7 mm.

Movilidad

La movilidad dentaria se puede llevar a cabo con los mangos de los instrumentos, presionando en sentido vestibulo lingual y oclusoapical de forma que se puede distinguir varios grados (Martínez, 2014).

Grado 0: no hay movilidad

Grado 1: ligera movilidad horizontal < 1 mm en sentido vestibulolingual

Grado 2: la corona se mueve horizontal > 1mm en sentido vestibulolingual

Grado 3: movilidad avanzada horizontal y vertical, en sentido apicocoronal.

2.6 Pronostico

Se define pronóstico médico como el curso o patrón de una enfermedad en un tiempo (Mc Guire et al. 1991). Otras definiciones indican que el pronóstico es la predicción del futuro patrón de enfermedad en términos de su resultado desde el comienzo hasta el tratamiento (Nieri, 2002).

El pronóstico periodontal ha sido establecido por diferentes autores y a través de los años se ha considerado el número de dientes perdidos a través de los años, sin embargo Kwok y Caton determina el pronóstico considerando la estabilidad periodontal y utiliza cuatro parámetros Bueno, Cuestionable, Regular y Sin esperanza, que ha sido ampliamente utilizado para el pronóstico individual de cada diente.

Kwok and Caton classification (Periodontal prognosis)

Periodontal prognosis can be:

- **Favorable**
 - The periodontal status of tooth can be stabilized with comprehensive periodontal treatment and periodontal maintenance.

- **Questionable**
 - The periodontal status of tooth is influenced by local and/or systemic factors that may or may not be controlled.

- **Unfavorable**
 - The periodontal status of tooth is influenced by local and/or systemic factors that cannot be controlled.

- **Hopeless**
 - The tooth must be extracted

Ilustración 2 pronostico periodontal Kwon and Caton

2.7 Tratamiento

El tratamiento de la lesión periodontal cumple, para el tratamiento periodontal básico, con el propósito de eliminar y prevenir la recurrencia de los depósitos bacterianos localizados en las superficies dentarias supragingivales y subgingivales, es decir control y eliminación de la infección, resolución de la inflamación para el tratamiento quirúrgico con el objetivo de crear acceso para el desbridamiento profesional correcto de las superficies radicales infectadas y establecer una morfología gingival adecuada que facilite el autocontrol de la placa por parte del paciente, pretendiendo así mejorar el pronóstico de sus dientes a largo plazo. Los parámetros hoy en día utilizados como criterios de evaluación del estado periodontal, es decir, los cambios en la profundidad de sondaje (PS), los cambios en el nivel clínico de inserción (NI) y las alteraciones en altura del hueso y de los tejidos marginales gingivales, aunque no nos permitan evaluar exactamente el estado efectivo de las localizaciones analizadas, por cierto ayudan a evaluar los efectos posteriores a la enfermedad y de alguna manera pronosticar un eventual riesgo de recurrencia. Signos como la progresiva pérdida de inserción, el sangrado al sondaje y el progresivo aumento de la movilidad son patognomónicos de un estado activo de la enfermedad o de una mayor posibilidad de recurrencia de la misma. Resultados provenientes de algunos estudios demuestran que los sujetos con un elevado porcentaje de bolsas residuales con PS ≥ 6 mm tras el tratamiento, corrían un mayor riesgo de padecer una pérdida adicional de inserción con respecto a los sujetos con un porcentaje de bolsas profundas residuales menor. Tanto la reducción de la profundidad de bolsa (PB) como el mantenimiento del estado de salud (no inflamación), y la ganancia del tejido de soporte para los dientes (ganancia de inserción) son los principales objetivos clínico de la terapia periodontal (Fabrizi S, 2007).

2.7.1 Fase sistémica

Realizar una historia médica completa. Sería necesario consultar al médico general si está indicado, para controlar la enfermedad sistémica de base que el paciente pueda presentar y que sabemos que va influir en la progresión y

tratamiento de la enfermedad periodontal. Para identificar factores de riesgo de la periodontitis, también puede ser una buena idea revisar la condición psicológica del paciente para identificar factores relacionados con el estrés y el tabaquismo (Martínez, 2014).

2.7.2 Fase de control de la infección o fase higiénica

El objetivo de esta fase es el control y eliminación de la infección bacteriana. Puede ser llamada fase etiológica o causal. En esta se van a controlar los agentes etiológicos previamente establecidos. Esta puede clasificarse a su vez en fase básica o inicial y en una avanzada.

La fase básica incluirá una serie de medidas iniciales, como motivación e instrucciones en higiene oral, control de cualquier otra infección oral (como caries) eliminación de factores retentivos de biofilm, estabilización oclusal, profilaxis supragingival y el tratamiento periodontal básico por excelencia: el raspado y alisado periodontal, obteniendo una superficie radicular biocompatible. (Martínez, 2014).

La fase avanzada incluirá la cirugía periodontal para acceder a biofilm supragingival, que no se ha podido alcanzar con la fase básica, y crear un ambiente favorable que impida la formación del biofilm subgingival. En esta fase también podemos usar antimicrobianos como coadyuvantes (Martínez, 2014).

Raspado y alisado

Se denomina raspaje a la técnica por la cual se eliminan cálculos, placa, pigmentaciones y otros depósitos orgánicos de la superficie dentaria.

Mediante el alisado radicular se elimina sustancia dentaria necrótica y se igualan superficies. Ambos constituyen el tratamiento etiológico fundamental en la enfermedad periodontal. Se complementa con el pulido dentario para obtener una superficie lisa, la cual dificulte un nuevo acumulo de placa. (Martínez, 2014)

Tanto el raspaje como el alisado se pueden realizar por medios abiertos o cerrados. El objetivo principal del raspaje y alisado es restaurar los tejidos gingivales al estado de salud, eliminando los factores que provocan la inflamación gingival, placa, calculo y cemento necrótico (Martínez, 2014).

Técnica

1. Detección del cálculo

Hay que detectar los cálculos supragingivales, furcaciones, depresiones de desarrollo. Para ello se toma la sonda en la posición de lapicero modificado, lo que nos da el máximo de sensibilidad táctil en la detección, siendo la yema del dedo medio la que percibe las vibraciones cuando la sonda toca irregularidades.

Tras establecer un apoyo estable en los dedos, se introduce la punta de la sonda hasta el fondo de la bolsa (Martínez, 2014).

Según Pattison-Pattison (1985) las fases técnicas para realizar un correcto raspaje y alisado radicular son:

1. *Sujeción de la cureta* toma como lapicero modificado
2. *Establecimiento de un apoyo digital*: cumpliendo tres requisitos punto de fulcrum estable, optima angulación de la hoja y movimiento de muñeca
3. *Determinación del extremo de trabajo correcto de la cureta*
4. *Adaptación de la hoja de la cureta*: colocando el borde cortante de la hoja de la cureta contra la superficie dentaria.
5. *Inserción subgingival de la hoja de la cureta*
6. *Establecimiento de una angulación correcta de trabajo*: ángulo formado entre el frente de la hoja y la superficie dentaria. Entre 45°- 90°
7. *Presión lateral*

8. *Movimientos exploratorios*: con el fin de encontrar el cálculo

9. *Movimientos de raspaje*: movimientos de tracción corta y potente

10. *Movimientos de alisado*: movimiento entre tracción e impulsión entre moderado y leve

2. Eliminación del cálculo

a. Raspaje supragingival

Los cálculos suelen estar menos calcificados y adheridos que los subgingivales, al estar por encima del margen nos permiten tener visión directa y libertad de movimientos. La eliminación puede ser manual o bien ultrasónica.

b. Raspaje subgingival (Martínez, 2014).

Más complejo y difícil de realizar, el cálculo es más duro y suele alojarse en las irregularidades de la raíz, la visión es más difícil por la hemorragia de la instrumentación. Está dirigida a eliminar la inflamación de la encía y detener la destrucción progresiva del aparato de inserción (Martínez, 2014).

Es la medida más importante en el tratamiento de la enfermedad periodontal y en muchos casos la única terapéutica a realizar (Lindhe 1986).

Esta se realiza únicamente con curetas. Se introduce la hoja con un ángulo de 0° hasta el fondo de la bolsa, un vez que llega al fondo de la bolsa se tomara una angulación de 70° (más de 90° es peligroso y menos de 45° es ineficaz) y se presiona lateralmente la superficie dentaria. En todas las direcciones de la porción del diente a trabajar. A medida que se elimina el cálculo la resistencia va ir disminuyendo (Martínez, 2014).

c. Alisado radicular

Su razón más importante es eliminar una superficie cementaria biológicamente inaceptable. Se realiza a continuación del raspaje subgingival, el cual a medida que

se van eliminando los cálculos, la resistencia disminuye hasta que quedan solo irregularidades suaves, siendo entonces cuando se efectúan movimientos más largos y suaves de alisado radicular, con menor presión lateral hasta que la superficie radicular quede completamente lisa (Martínez, 2014).

d. Pulido dentario

Este conseguirá lisura en la superficie dificultando un nuevo acumulo de placa, así como eliminando manchas, cutículas y películas de la superficie dentaria (Martínez, 2014).

2.7.3. Fase de Restauración

Esta fase pretende recuperar los tejidos periodontales perdidos como consecuencia de la enfermedad, así como devolver la estética y confort al paciente. Comprende procedimientos como alargamiento de corona, recubrimiento radicular, colocación de prótesis fijas, removibles, incrustaciones, re tratamientos endodónticos y tratamientos ortodónticos (Martínez, 2014).

2.7.4 Fase de Mantenimiento

Una vez que se logra controlar y eliminar la infección, la estabilidad del paciente a largo plazo dependerá de la frecuencia de la terapia de soporte periodontal. La frecuencia se determinará por factores modificables (control de higiene, eliminación de factores locales predisponentes y/o disminución del hábito tabáquico) y no modificables (nivel de reabsorción ósea, anatomía dental, enfermedades sistémicas) que predispongan al paciente para una nueva re infección, la misma que será cada 3 o 6 meses.

En cada sesión se hará un nuevo registro de índice de placa, índice gingival y nuevo registro periodontal. En caso de ser necesario se realizará nueva una nueva fase no quirúrgica periodontal, que comprende el raspado y alisado radicular (Martínez, 2014).

2.7.5 Evaluación

Después de la terapia periodontal, se hace una inspección visual con buena iluminación, ya que es la exploración visual con buena iluminación, ya que es la exploración táctil con sonda o cureta fina la que nos dará los datos. La superficie

dentaria deberá ser lisa y dura. La reacción clínica de los tejidos al raspaje y alisado son quien nos da la valoración final, ya que si estos están sanos tras un intervalo de dos semanas es que todo fue bien, pero en caso de persistir la inflamación debemos determinar si es por acumulo de placa por persistir cálculos residuales (Martínez, 2014).

2.8 Hipertensión

La hipertensión arterial (HTA) es una elevación sostenida de la presión arterial sistólica, diastólica o de ambas que afecta a una parte muy importante de la población adulta, especialmente a los de mayor edad. Su importancia reside en el hecho de que, cuanto más elevadas sean las cifras de presión tanto sistólica como diastólica, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos (Farreras; Rozman, 2012).

La HTA se define por la presencia mantenida de cifras de PA sistólica (PAS) igual o superior a 140 mm Hg o PA diastólica (PAD) igual o superior a 90 mm Hg o ambas (Farreras; Rozman, 2012).

Epidemiología

Más del 80% de la carga mundial es atribuida a esta enfermedad en países de bajos y medianos ingresos. En Latinoamérica, el 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) pueden ser atribuidos a la hipertensión. La prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países de Latinoamérica, varía entre el 26 al 42. (R. Sánchez, 2010)

Tabla1: Hipertensión Arterial, Sexo y mortalidad CV

Países	Prevalencia Hipertensión %	Conciencia Hipertensión %	Hipertensión Tratada %	Hipertensión Controlada %	%	%	Mortalidad CV %
Argentina	28,1	54	42	18	-	-	23,5
Brasil	25 - 35	50,8	40,5	10,2			27,5
Chile	33,7	59,8	36,3	11,8	30,8	36,7	28,4
Colombia	23	41	46	15			28
Ecuador	28,7	41	23	6,7	27,5	30,9	28
México	30,8	56,4	23	19,2	26,3	34,2	-
Paraguay	35	31	27	7			28
Perú	24	39	14,7	14			-
Uruguay	33	68	48	11	56,9	43,1	29,5
Venezuela	33	55	30	12			20,6

Las columnas 2, 3 y 4 muestran valores de porcentajes que corresponden a la población hipertensa correspondiente (columna 1).

Tabla2: Prevalencia de factores de Riesgo Asociados con HTA

	Sobrepeso %	Sedentarismo %	Tabaquismo %	Dislipidemia %
Argentina	19,7	Nd	38,6	18,7
Brasil	13	Nd	20	13
Chile	23,2	90,8	42	35,4
Colombia	47	61	23	61
Ecuador	41	34,9	24,8	-
México	31	30,8	36,6	36,5
Paraguay	54	38	34	-
Perú	-	-	-	10
Uruguay	59,7	64,3	15,7	18
Venezuela	25,1	-	30	5,7

Ilustración 3 Epidemiología de la Hipertensión Arterial (R. sanches,2010)

2.8.1 Clasificación

CATEGORÍA	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Óptima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
HTA grado 1	140-159	90-99
HTA grado 2	160-179	100-109
HTA grado 3	≥ 180	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	< 90

Nota: El diagnóstico de HTA se establecerá tras la comprobación de los valores de PA en dos o más medidas tomadas en dos o más ocasiones separadas varias semanas. Cuando las presiones arteriales sistólica y diastólica se encuentren en distintas categorías se aplicará la categoría superior. La HTA sistólica aislada se clasifica también en grados (1, 2 o 3) según el valor de la PA sistólica.

Ilustración 4 Clasificación de la Hipertensión Arterial

2.8.2 Diagnostico

Signos y síntomas

La mayoría de los casos de hipertensión esencial siguen un curso crónico. Durante años el único signo puede ser las determinaciones elevadas de presión arterial.

Los pacientes con hipertensión suelen permanecer asintomáticos y no son conscientes de su problema, los síntomas precoces de hipertensión son cefalea occipital, alteraciones visuales, acufenos, mareos, debilidad y hormigueo en pies y en manos (Little, Falace, Miller, & Rhodus, 1998).

El diagnóstico de la hipertensión se debe hacer en más de una toma.

Historia clínica del paciente hipertenso

La anamnesis debe incluir la antigüedad y evolución de la HTA, la presencia de síntomas de HTA secundaria, la toma de fármacos o drogas con efecto hipertensivo, así como posibles síntomas de afección de órgano diana, especialmente corazón, cerebro, riñón y grandes vasos. La exploración física debe ir igualmente encaminada a descartar posibles causas secundarias y a evaluar la afección de órgano diana. Además debe incluir una medida correcta de la PA, peso y talla (Farreras; Rozman, 2012).

Las pruebas complementarias básicas que deben realizarse son:

Creatinina, sodio y potasio séricos, perfil lipídico (colesterol total, triglicéridos y HDL), glucemia en ayunas, ácido úrico, hemograma completo, examen básico de orina para detectar la presencia de proteínas. (Farreras; Rozman, 2012).

2.8.3 Tratamiento

El objetivo del tratamiento antihipertensivo es doble, por un lado la reducción de la mortalidad y la morbilidad cardiovascular asociadas al aumento de la presión y, por otro, evitar la progresión y conseguir la regresión del daño orgánico subclínico (Farreras; Rozman, 2012).

Tratamiento no farmacológico

Las medidas no farmacológicas van dirigidas a cambiar el estilo de vida y deben ser instauradas en todos los pacientes hipertensos y también en individuos con PA normal-alta, ya sea como tratamiento de inicio o como complemento al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

El propósito de dichas medidas es el de reducir la PA y prevenir el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

Pérdida de peso en pacientes obesos (IMC)

Restricción o disminución de sal en las comidas (6 gr de sal)

Reducción de grasas saturadas y **colesterol**

Moderación en la ingesta alcohólica

Adopción de dieta rica en frutas, verduras

Ejercicio físico regular 5 días a la semana. (Farreras; Rozman, 2012)

Tratamiento farmacológico

La toma de decisión para iniciar un tratamiento antihipertensivo está basada en el grado de elevación de la PA y en el riesgo cardiovascular total.

En los sujetos con HTA grado 1 de riesgo bajo (sin otros factores de riesgo añadidos) el tratamiento antihipertensivo farmacológico debería considerarse si tras varios meses (6 meses podría ser un límite aceptable) de modificaciones de estilo de vida no se consigue normalizar sus cifras de PA. El resto de sujetos con PA normal alta, o aquellos con PA normal que presenten factores de riesgo añadidos deben recibir consejos sobre medidas de estilo de vida con el fin de contrarrestar dichos factores y evitar o retardar la progresión de las cifras de PA hacia categorías más elevadas (Farreras; Rozman, 2012).

Tratamiento dental consideraciones medicas

Es importante identificar al paciente con hipertensión grave no diagnosticada o no controlada antes de iniciar el tratamiento dental. El estrés y la ansiedad asociada a las intervenciones dentales pueden producir un Incremento de la presión a niveles peligrosos y provocar accidentes cerebro vascular infarto de miocardio (Little, Falace, Miller, & Rhodus, 1998).

Además el odontólogo se puede exceder en el uso de anestésico con vasoconstrictor lo que aumentaría la presión. Es importante que el odontólogo identifique a los pacientes tratados con antihipertensivos, ya que muchos de estos fármacos poseen efectos secundarios importantes y algunos pueden interaccionar con los vasoconstrictores o presentan manifestaciones orales.

Dado a que muchos antihipertensivos suelen producir hipotensión ortostatica, deben evitarse cambios bruscos en la posición de la silla durante el tratamiento dental, además al despedir al paciente la elevación de la silla debe ser lentamente en posición erguida y se le ayudara al paciente a pararse hasta que claramente equilibrado (Little, Falace, Miller, & Rhodus, 1998).

2.8.3.1 Fármacos antihipertensivos de repercusión en la cavidad oral

Fármacos	Efecto
Diuréticos	Xerostomía
Inhibidores de la Angiotensina	Sinusitis, sensación de quemazón o ulceración, perdida del gusto

Efectos secundarios bucales de la medicina hipertensiva (Núñez Morillo Sara, 1997)

III. CAPITULO DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 Historia clínica

3.1.1 Datos estadísticos

Datos del paciente:

Nombre: Martínez Amores Cesar Eduardo

No cédula de ciudadanía: 050008974

Dirección de residencia: Conocoto, la libertad alta, Quito, Pichincha

Edad en años cumplidos: 70 años

Sexo: masculino

Ocupación: jubilado

3.1.2 Motivo de consulta:

“se me mueven los dientes de atrás y tengo mal olor necesito solucionarlo”

3.1.3 Enfermedades o problema actual:

El paciente acude a la consulta presentando periodontitis, halitosis que empezó hace varios años.

3.1.4 Antecedentes patológicos personales: paciente presenta hipertensión desde hace 10 años el paciente refiere ser controlado. Toma losartán de 50 mg 1 diaria, clortalidona 50 mg 1 diaria.

3.1.5 Antecedentes patológicos familiares: el paciente refiere hipertensión por parte de sus tíos.

3.1.6 Signos vitales:

Presión Arterial	135/85mmHg	Frecuencia cardiaca	75 bmp	Temperatura	37° C	Frecuencia respiratoria	18/min
-------------------------	------------	----------------------------	-----------	--------------------	----------	--------------------------------	--------

La presión arterial se encuentra en categoría normal alta.

3.1.7 Examen físico

Al examen físico el paciente se ve con un buen estado de salud, actitud poco colaboradora con temor.



Ilustración 5 fotografía Extraoral

3.1.7.1 Examen del sistema estomatognático:

El paciente presenta un tipo craneal braquiocefálico, simetría facial, musculatura masticatoria buena, apertura adecuada, lengua geográfica y ATM sin patología, ganglios normales a la palpación, presencia de torus mandibular.

3.1.7.2 Examen intraoral:

En los cuadrantes superiores e inferiores se observan recesiones gingivales, inflamación y acumulo de placa. El paciente presenta un biotipo periodontal grueso

En el cuadrante superior se observa desgaste de los bordes incisales en dientes 1.1,1.2,2.1,2.2,2.3 , Caries en dentina del diente 1.6 y restauraciones filtradas 2.6, 2.1 y 2.3, Puente fijo de las piezas 1.4 a 1.5, 1.6 a 1.8, 2.4 a 2.6, Abfracción de las piezas 1.3,1.1,2.1.

En el cuadrante inferior presenta restauración en los dientes 4.5, 3.5, desgaste en bordes incisales de los dientes 3.1,3.2,3.3,4.1,4.2,4.3 y en superficies oclusales de dientes de dientes 3.4,3.5 y 4.5, restauraciones en



Ilustración 6 Fotografías intraorales

Odontograma:

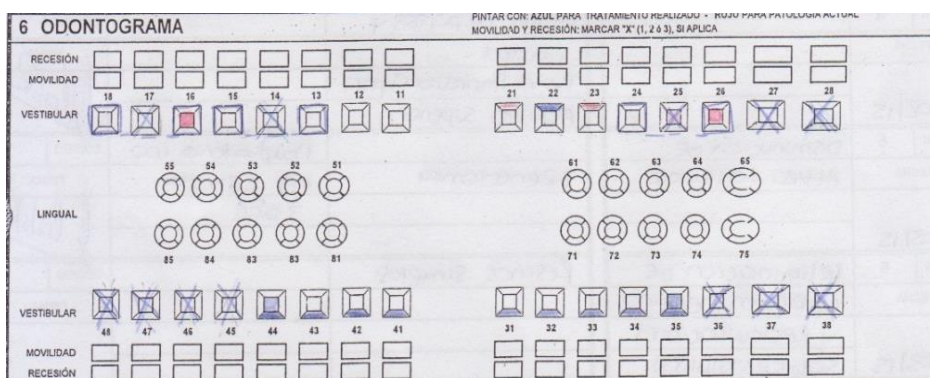


Ilustración 7 Odontograma

3.1.8 Indicadores de salud bucal

En el índice CPOD del paciente es de 25, correspondiendo 3 cariados, 12 perdidos y 10 obturados.

Índice CPOD			
C	P	O	TOTAL
3	12	10	25

3.1.9 Examen periodontal

Después de haber realizado el examen clínico, se observa que las encías del paciente son de diferente coloración rojo intenso, textura sin punteado de cascara de naranja, edema gingival, alteraciones mucogingivales (recesiones), pérdida del festoneado y, decapitamiento de pailas interdenciales.

3.1.10 Diagnostico presuntivo

Paciente presenta hipertensión, controlado con losartán de 50mg 1 vez al día, clortalidona 50 mg 1 vez al día, presenta periodontitis, con evidente destrucción de tejidos de soporte, prótesis mal adaptadas, restauraciones desbordantes, halitosis.

3.1.11 Periodontograma

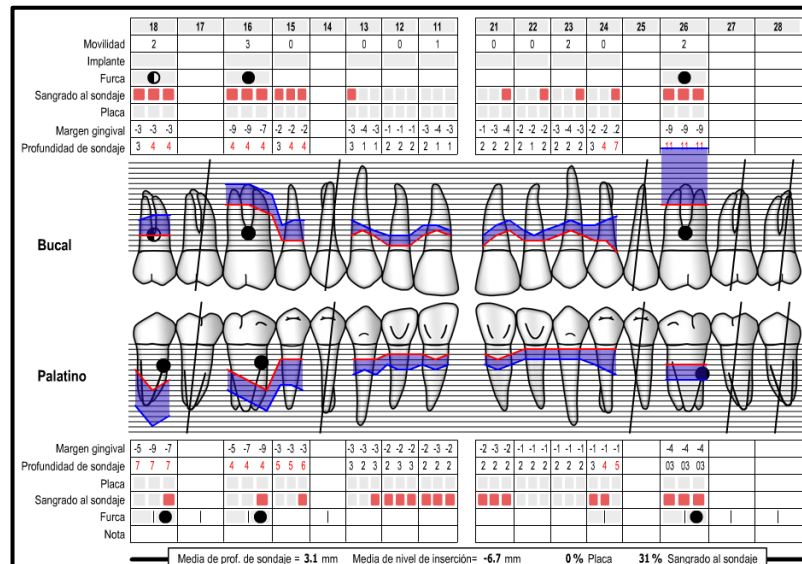


Ilustración 8 Periodontograma superior

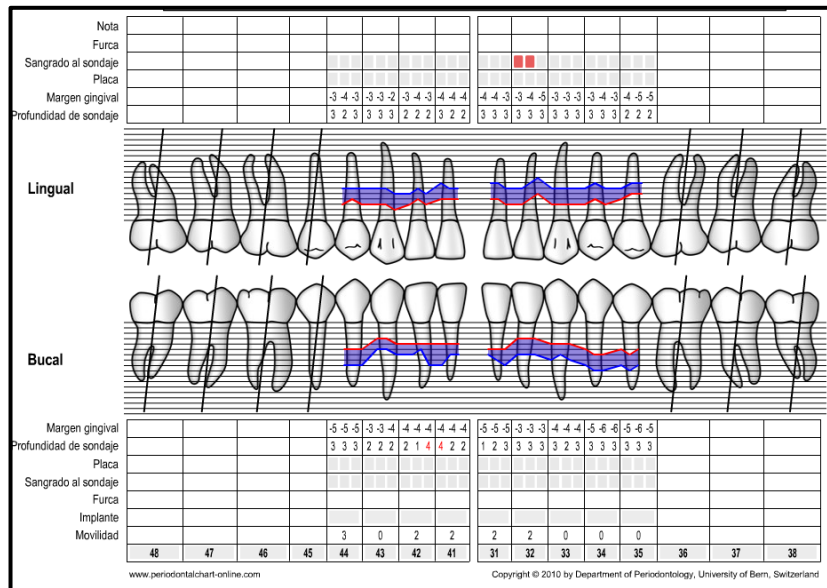


Ilustración 9 Periodontograma inferior

Podemos observar recesiones gingivales clase IV de Miller en dientes 1.8, 1.6, 2.6, 4.4.

Recesiones gingivales clase III de Miller 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5

Furca grado III según Nyman y Linde en dientes 1.8, 1.6, 2.6.

Movilidad grado III en dientes 1.6 y 4.4

Movilidad grado II en dientes 1.8, 2.6, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2.

Prótesis mal adaptadas, restauraciones desbordantes en dientes 3.1, 3.2, 4.1, 4.2

Bolsas periodontales en dientes 1.8, 1.6, 1.5, 2.4, 2.6, 4.1, 3.1

3.1.12 Examen radiográfico

Podemos observar en el maxilar superior dos sombras radiolúcidas compatibles con las cavidades de los senos maxilares, estas se encuentran libres, en el centro una sombra radiopaca compatible con el tabique nasal. Los cornetes nasales y piso de las fosas nasales se encuentran normales, podemos observar una reabsorción horizontal severa del maxilar superior. En el hueso mandibular se observa los

cóndilos mandibulares simétricos y sin patología aparente, observamos dos sombras radiolúcidas compatibles con los conductos dentarios y a nivel apical de los premolares observamos los conductos mentonianos, también observamos una pérdida ósea horizontal más significativa en el lado derecho que en el izquierdo, podemos observar una sombra radiolúcida a nivel de la pieza 4.4 compatible con un proceso periapical.

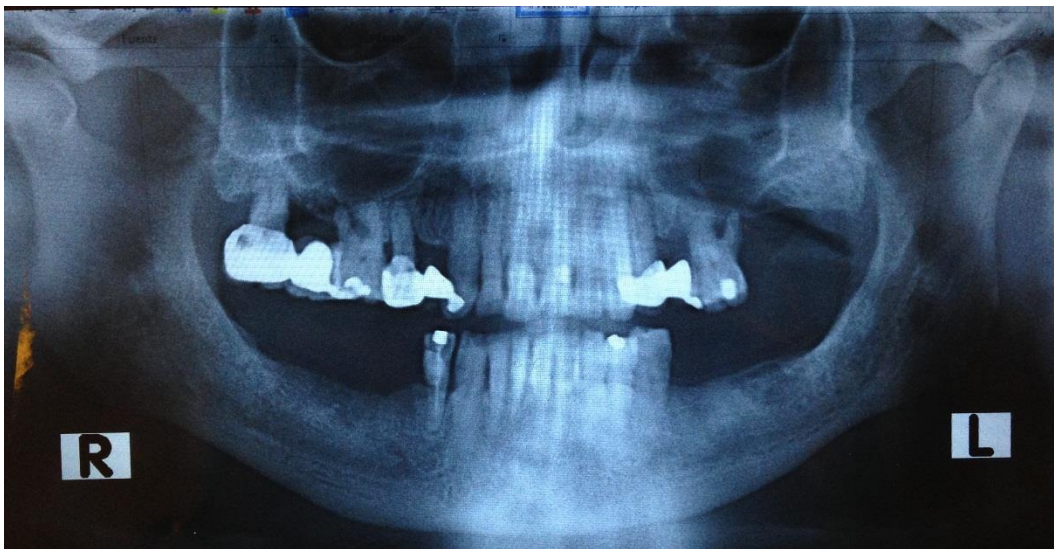


Ilustración 10 Radiografía Panorámica

3.2 Diagnóstico definitivo

Paciente presenta hipertensión, controlado con losartán de 50mg 1 vez al día, clortalidona 50 mg 1 vez al día, con Periodontitis crónica generalizada severa asociada a mala higiene bucal.

3.3 Pronóstico

El pronóstico es cuestionable según Kwok y Caton ya que su higiene bucal es deficiente.

3.4 Plan de tratamiento

Se plantea varias opciones de tratamiento al paciente

Realizar la terapia básica periodontal, exodoncia de dientes que no tiene un buen pronóstico, restauración de dientes cariados, y posterior rehabilitación.

Realizar la terapia básica periodontal en dientes con bolsas peridontales y realizar restauraciones en dientes cariados

Realizar la terapia básica periodontal, exodoncia de los dientes que no tiene un buen pronóstico y realizar restauraciones en dientes cariados.

No realizar ningún tratamiento

El paciente decide realizarse la primera opción por consiguiente tratamiento:

3.4.1 Fase sistémica

El paciente presenta una enfermedad de base hipertensión arterial que se encuentra controlada, por lo tanto podemos proseguir con el tratamiento dental.

3.4.2 Fase de control de la infección

Motivación e instrucciones de higiene

Eliminación de factores retentivos de biofilm

Profilaxis supragingival y el tratamiento periodontal básico

Extracción piezas 1.5,1.6,1.8,2.4,2.6,4.5

Control a los 8 días de la cirugía y retiro de puntos

Eliminación de factores locales predisponentes (restauraciones desbordantes, caries)

3.4.3 Fase de restauración

Realización de resinas simples

Colocación de prótesis removible acrílica inmediata superior

Colocación de prótesis removible de cromo superior

Colocación de acrílica inmediata inferior

3.4.4 Fase de mantenimiento

Reevaluación a los tres meses

Mantenimiento del tratamiento periodontal

3.5 Aspectos éticos

Ya que el paciente ha aceptado el tratamiento después de informar su enfermedad, proseguimos a firmar un consentimiento informado donde explicamos los riesgos.

3.6 Descripción de los procedimientos a realizar

3.7 Realización de la historia clínica periodontal e índice de placa

Comenzamos con la realización del PSR (registro periodontal simplificado), con una sonda CP-15, El registro periodontal mostro códigos 3 y 4 por lo cual determinamos necesario el periodontograma.

Índice de placa O'Leary

Se colocó líquido revelador de placa en todas las superficies de los dientes, dando ha conocer la higiene deficiente del 48% del paciente.

3.8 Motivación y fisioterapia oral

Explicamos al paciente la importancia que tiene en el tratamiento su colaboración, ya que sin esta iríamos al fracaso, se le indica el papel etiológico de las bacterias en la enfermedad periodontal y lo fácil que es evitar la acumulación de placa.

Se explica al paciente una correcta técnica de cepillado siendo técnica de Bass Modificado y recalando la importancia del uso de colutorios y seda dental, procedimientos que se deberá realizar tres veces al día, con un cepillo de cerdas suaves, y de acuerdo al tamaño de su cavidad oral.

Se procedió a la eliminación de las restauraciones sobre contorneadas de los dientes 4.1, 3.1 ,3.2

Se indicó al paciente limpiador lingual, al igual que saliva artificial y el consumo de goma de mascar son xilol para estimular la salivación.

3.9 Terapia básica periodontal

3.9.1 Fase de control de la infección

Raspado y alisado

Procedemos a realizar con el scaler un detartraje supragingival, proseguimos al raspado y alisado radicular de los cuadrantes superiores en los dientes con bolsas periodontales con curetas de Gracey, después de una semana realizamos los cuadrantes inferiores.

En los dientes con furca grado II y III, movilidad dentaria grado II y III tienen un mal pronóstico por lo que se decidió su extracción de dientes 1.8, 1.6, 1.5, 2.4, y 2.6.

Fase prequirurgica

Tomamos los signos vitales del paciente

Presión arterial 130/90	Temperatura 37°C	Pulso 70	Respiración 18 x min	Peso 142 kilos
----------------------------	---------------------	----------	-------------------------	-------------------

Revisamos exámenes complementarios para ver TP,TTP,Tiempos de coagulación,Glucosa,biometría hemática,urea, creatinina los cuales se encuentran en los rangos normales.

Fase transquirurgica

Se utilizó técnica anestésica infiltrativa sin vasoconstrictor para nervios dentarios posteriores, palatinos mayores y menores, proseguimos a:

- La sindesmotomia
- separar tejidos blandos
- tener una buena visualización
- realizar la toma vestibular y palatina lo más apical del cuello sin lesionar al hueso
- los bocados se deben adaptar al eje longitudinal del diente
- luxación
- extracción propiamente dicha
- limpieza de la cavidad
- control de la hemostasia
- síntesis o sutura.
- Mandamos antibiótico dos días antes de la cirugía: Amoxicilina + Acido Clavulánico de 625mg cada 8 horas por 7 días.
- Enjuagues de clorhexidina al 0.12%



Ilustración 11 Fase transquirurgica

Post quirúrgico

Se realizó el control post quirúrgico a los 8 días para el retiro de puntos.

Y tomamos impresiones con alginato para la acrílica inmediata superior.

Frenectomía:

Realizamos una frenectomía para disminuir la altura vestibular con un bisturí y la prótesis pueda tener una buena adaptación. Proseguimos a la sutura con puntos simples y mandamos ibuprofeno de 600 mg por 3 días cada 8 horas.

Eliminamos factores retentivos de los dientes 3.2 ,3.1, 4.1, con resina



Ilustración 12 Frenectomía

3.9.2. Fase de Restauración:

Al obtener una fase de control de la infección realizamos las restauraciones simples de dientes 4.2, con resina.

A la siguiente semana de las piezas 3.3, 3.4, 3.5, 4.3 con resina

A la siguiente semana se realizó las restauraciones de los dientes 1.1, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3 con resina.

Reevaluación periodontal

A los tres meses de haber realizado la terapia básica periodontal realizamos la reevaluación haciendo un nuevo índice de placa que nos dio un resultado de 10 % Aceptable y un nuevo periodontograma que mostro inflamación en tres dientes de 15, el resto de los dientes se encontraban regenerados.

Tomamos impresiones diagnosticas para el diseño de la prótesis definitiva de cromo con alginato, elegimos la combinación de una banda palatina anterior y una posterior, tallamos apoyos incisales, y retenedor en barra, probamos la estructura metálica, realizamos la prueba en cera y en esa misma cita tomamos una impresión con alginato inferior para colocar una acrílica inmediata,

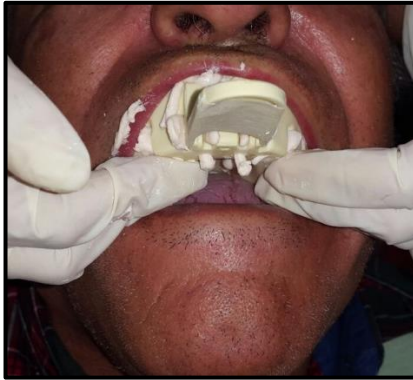


Ilustración 13 impresión diagnóstica

Realizamos la extracción del diente 4.4, fuera de la fase indicada ya que el paciente dio su consentimiento para la misma una vez de haberle explicado los riesgos de mantener el diente con un proceso periapical, movilidad dental grado II y pérdida ósea mayor al 50%.

Se utilizó técnica anestésica infiltrativa sin vasoconstrictor para nervios dentarios medios, proseguimos a:

- La sindesmotomía
- separar tejidos blandos
- tener una buena visualización
- realizar la toma vestibular y palatina lo más apical del cuello sin lesionar al hueso
- los bocados se deben adaptar al eje longitudinal del diente
- luxación
- extracción propiamente dicha
- limpieza de la cavidad
- control de la hemostasia
- mandamos amoxicilina de 500 mg 1 diaria por 5 días .realizamos el control a los 8 días.

En la siguiente cita Entregamos las prótesis cromo superior y acrílica inferior.



Ilustración 14 fotografía de entrega de prótesis

3.9.3 Fase de mantenimiento:

Una vez finalizado el tratamiento, el paciente presenta una buena salud periodontal, indicamos que el paciente necesita terapia de mantenimiento cada tres meses ya que es un paciente que presenta disminución de la salivación.

IV.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Tanto la historia clínica como un diagnóstico correcto es fundamental para un buen plan de tratamiento.
- El explicarle al paciente las razones de su enfermedad y factor de riesgo que constituye la enfermedad periodontal para las cardiopatías, el entendimiento por parte de él ayuda mucho en el tratamiento
- Con una correcta motivación el paciente presento mejoría en su salud bucal.


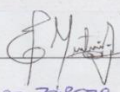
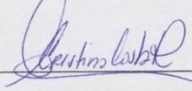
- Recomendamos al paciente que acuda periódicamente al odontólogo, así no presente sintomatología.

V. BIBLIOGRAFIA

- Alonso y cols. (2012). Métodos diagnósticos periodontales básicos : Diagnóstico Clínico Parte II. periodontograma. *Periodoncia y Osteointegración*, volumen 22, número 2.
- Bascones Martínez A, F. R. (2005). Las enfermedades periodontales como infecciones. *Avances en Periodoncia* , 147-156.
- Bettina Alonso, C. S. (2012). Métodos diagnósticos periodontales básicos: Diagnóstico clínico Parte I Exploración. *Periodoncia y Osteointegración* , volumen 22, número 1.
- Botero JE1, B. E. (2010). Determinantes del Diagnóstico Periodontal. *Clinica Periodoncia Implantologia Rehabilitacion Oral*, 94-99.
- Carranza Newman Takei. (2005). *Periodontologia Clínica*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Carranza, N. T. (2005). *Periodontología Clínica* (Novena ed.). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2010). *Periodoncia*. Barcelona: Elsevier.
- Fabrizi S, B. P. (2007). Tratamiento quirúrgico vs terapia periodontal básica: estudios. *Avances en Periodoncia* , 161-175.
- Farreras; Rozman. (2012). *Medicina Interna*. España: ELSEVIER.
- Little, J. W., Falace, D. A., Miller, C. S., & Rhodus, N. L. (1998). *Tratamiento Odontológico del Paciente Bajo Tratamiento Médico*. España: Harcourt.
- Martínez, A. B. (2014). *Periodoncia Clínica e Implantología Oral*. Lexus.
- Mueller, H.-P. (2006). *Periodontología*. Mexico: El Manual Moderno .
- Núñez Morillo Sara, B. R. (1997). Control del paciente hipertenso en la clínica odontológica. *RCOE*, 541-548.
- R. Sánchez, M. A. (2010). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología* , 117-144.
- Serrano Granger, J. (2005). La placa dental como biofilm. 432-439.
- Zerón, D. (2001). Nueva clasificación de las enfermedades periodontales. *ADM*, 16-20.

VI. Anexos

A. Anexo 1

 UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	7227
1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN									
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Martínez		Amores		Cesar		Eduardo		0500089974	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y No. - MANZANA Y CASA)				BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	No. DE TELÉFONO
Concepción, la Libertad AITA				Libertad	Concepción	Perote	Perote	2097028	2097028
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCIÓN (ÚLTIMO AÑO APROBADO)
16/09/1944	La Libertad	Ecuatoriano	Mestizo	70	M	SOL	CAS	VIU	U/L
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE			
23/10/14	Nubios								
EN CASO NECESARIO LLAMAR A		PARENTESCO AFINIDAD		DIRECCIÓN			No. DE TELÉFONO		
Fabricio Martínez		Hijo		Concepción, la Libertad AITA			2097028		
<small> COD= CODIGO U=URBANA B=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLOTERO CAS=CASADO DIV=DIVORCIADO VU=VIUDO U/L=UNIÓN LIBRE </small>									
								CÓDIGO	
								ADMISIONISTA	
AUTORIZACIÓN									
FECHA: <u>23/10/14</u>									
YO: <u>Cesar Martínez</u> con C.I. No. <u>0500089974</u>									
En conocimiento que la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza especialistas y estudiantes.									
Se me ha expresado adecuadamente las actividades esenciales que se realizarán sobre el tratamiento de mis problemas bucales.									
AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.									
NOMBRE DEL PACIENTE: <u>Cesar Eduardo Martínez Amores</u>									
FIRMA DEL PACIENTE: 									
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: <u>Debara Zibone</u>									
NOMBRE DEL TUTOR: <u>Dr. Cristina Costa</u>									
FIRMA DEL TUTOR: 									

B. Anexo 2

ESTABLECIMIENTO UIDE	NOMBRE Cesar	APELLIDO MARTINEZ	SEXO (M-F) M	EDAD 70	N° HISTORIA CLINICA 7227																																																																																																																
MEJOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA																																																																																																															
1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE																																																																																																																					
"se me mueven los dientes de arriba y tengo mal olor"																																																																																																																					
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA PROBABLE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.																																																																																																																					
Paciente presenta movilidad dental grado II y III en los dientes # 15, 16, 18, 24, 26, 45, y presenta los encías con cambio de color, ternura y forma (enfermedad periodontal)																																																																																																																					
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES																																																																																																																					
1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAGIAS	4. VISIÓN	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSIÓN	9. INF. CARDIACA	10. OTRO																																																																																																												
AP: Paciente hipertenso controlado, desde hace años, toma losipron somg 1 diaria y clozapilidona somg 1 diaria. AP: tres hipertensas.																																																																																																																					
4 SIGNOS VITALES																																																																																																																					
PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min	TEMPERATUR A °C	F. RESPIRAT. min																																																																																																																		
135/85	75	37	18																																																																																																																		
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABajo LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO																																																																																																																					
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRELOS																																																																																																														
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
7. Paciente presenta totes lingual.																																																																																																																					
6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL MOVILIDAD Y RECESIÓN; MARCAR X (1, 4, 3), SI APLICA																																																																																																																					
<table border="0"> <tr> <td>RECESIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MOVILIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VESTIBULAR</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>LINGUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VESTIBULAR</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MOVILIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>RECESIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VESTIBULAR	<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"/>	LINGUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VESTIBULAR	<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"/>	MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																						
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																						
VESTIBULAR	<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"/>																																																																																																						
LINGUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																						
VESTIBULAR	<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"/>																																																																																																						
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																						
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																						
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL																																																																																																																					
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS																																																																																																													
PIEZAS DENTALES				PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	LEVE	ANGLE I	LEVE																																																																																																												
16	17	55	3	2	1																																																																																																																
11	21	51	2	1	1																																																																																																																
26	27	65	3	2	1																																																																																																																
36	37	75	-	-	-																																																																																																																
31	41	71	3	3	1																																																																																																																
46	47	85	-	-	-																																																																																																																
TOTALES				35	2	1																																																																																																															
				MODERADA	ANGLE II	MODERADA																																																																																																															
				SEVERA	ANGLE III	SEVERA																																																																																																															
8 INDICES CPO-ceo						<table border="0"> <tr> <td>C</td> <td>P</td> <td>O</td> <td>TOTAL</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>12</td> <td>10</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>d</td> <td>c</td> <td>e</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>TOTAL</td> </tr> </table>				C	P	O	TOTAL	3	12	10	25	d	c	e	O				TOTAL																																																																																												
C	P	O	TOTAL																																																																																																																		
3	12	10	25																																																																																																																		
d	c	e	O																																																																																																																		
			TOTAL																																																																																																																		
9 SIMBOLOGÍA DEL ODNTOGRAMA																																																																																																																					
* _{rojo}	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	⊞	PRÓTESIS TOTAL																																																																																																																
* _{azul}	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊞	CORONA																																																																																																																
X _{rojo}	EXTRACCIÓN IRONCADA	□	PROTESIS Fija	○	OSTURADO																																																																																																																
X _{azul}	PÉRDIDA POR CARIES	(—)	PROTESIS REMOVIBLE	○	rojo																																																																																																																
					CARIES																																																																																																																

SNS-MSP / HCU-form.0337 2008

ODONTOLOGIA (1)

C. Anexo 3

ESTABLECIMIENTO UIDE		NOMBRE Cesar		APELLIDO Martinez		SEXO (M-F) M	EDAD 70	N° HISTORIA CLINICA 7227		
MEJOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS NO PROGRAMADO	15-19 AÑOS PROGRAMADO	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	30-34 AÑOS	35-39 AÑOS	EMBARAZADA	
1 MOTIVO DE CONSULTA "Se me mueven los dientes de arriba y tengo mal aliento"										
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL Paciente presenta movilidad dental grado II y III en los dientes # 1.5, 1.6, 1.8, 2.4, 2.6, 4.5. y presenta los encías con cambio de color, textura y forma (enfermedad periodontal)										
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES 1. ALERGIAS ANTIBIÓTICO, 2. ALERGIAS ANESTESIA, 3. HEMO RRAJAS, 4. VISUSIA, 5. TUBER CULOSIS, 6. ASMA, 7. DIABETES, 8. HÍPER TENSION, 9. ENF. CARDIACA, 10. OTRO AP: Paciente hipertenso controlado, desde hace años, toma losipron somg 1 diaria y clofelidano somg 1 diaria. AP: Tíos hipertensos.										
4 SIGNOS VITALES PRESION ARTERIAL 135/85 FRECUENCIA CARDIACA min. 75 TEMPERATURA A °C 37 F. RESPIRAT. min. 18										
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO 1. LABIOS <input checked="" type="checkbox"/> 2. MEJILLAS <input checked="" type="checkbox"/> 3. MAXILAR SUPERIOR <input type="checkbox"/> 4. MAXILAR INFERIOR <input type="checkbox"/> 5. LENGUA <input type="checkbox"/> 6. PALADAR <input type="checkbox"/> 7. PISO <input checked="" type="checkbox"/> 8. CARRILLOS <input type="checkbox"/> 9. GLANDULAS SALIVALES <input type="checkbox"/> 10. ORO FARINGE <input type="checkbox"/> 11. A. T. M. <input type="checkbox"/> 12. GANGLIOS <input type="checkbox"/> 7. Paciente presenta tolos lingual.										
6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL MOVILIDAD Y RECESION: MARCAR "X" (1, 2 & 3), SI APLICA										
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL										
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCCLUSIÓN		FLUOROSIS		
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE				
PLACA 0-1-2-3				MODERADA	ANGLE II	MODERADA				
CÁLCULO 0-1-2-3				SEVERA	ANGLE III	SEVERA				
GINGIVITIS 0-1										
16	17	55	3	2	1					
11	21	51	2	1	1					
26	27	65	3	2	1					
36	37	75	-	-	-					
31	41	71	3	3	1					
46	47	85	-	-	-					
TOTALES				35	2	1				
8 INDICES CPO-ceo										
D		C	P	O	TOTAL					
d		3	12	10	25					
		C	e	O	TOTAL					
9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA										
* _{rojo}	BELLANTE NECESARIO	⊗	PERIODIA (OTRA CAUSA)	=	PRÓTESIS TOTAL					
* _{azul}	BELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊠	CORONA					
X _{rojo}	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○	azul OBTURADO					
X _{azul}	PÉRDIDA POR CARIES	(---)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○	rojo CARIES					

D. Anexo 4

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL					
BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	X	RAYOS-X	X	OTROS
Paciente de sexo masculino de 70 años de edad presenta movilidad dentaria grado II y III, periodontitis crónica agresiva generalizada. Restauraciones sobre extendidas y caries en piezas 1.6, 2.6 23, 21					

11 DIAGNÓSTICO		PRE- PRESUNTIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1	PRE: enfermedad periodontal				3	
2	DEF: periodontitis crónica generalizada				4	

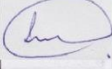
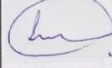
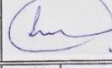
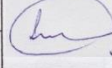

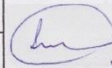

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	NÚMERO DE HOJA

12 TRATAMIENTO				
SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 13/01/15	Periodontitis crónica generalizada	Respido y Alisado Radicular x/x		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 2 FECHA 20/01/15	Periodontitis crónica generalizada	Respido y Alisado Radicular x/x		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 3 FECHA 12/02/15	Focos Intraojos. Dientes Adicionales	exodoncia piezas # 1.8, 1.6, 1.5, 2.4, 2.6	Amoxicilina + AC Clavulánico 625mg c.8h x7 días	CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA 24/02/15		Retiro de puntos y Lantán Toma Impresiones para Activo Superior.		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA 10/03/15	Disminución de Altura Vestibular	Transectomia	Doxipusteno 600 mg c.8h por 3 días	CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA 25/03/15	Eliminación de Caries en dentina y Restauraciones sobre extendidas	Resinas Simples		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA 01/04/15	Lesiones no cariosas	Resinas Simples.		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA 07/04/15	Lesiones no cariosas	Resinas Simples		CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA 14/04/15		Re excavación periodontal		CÓDIGO FIRMA

SNS-MSP / HCU-form.033 / 2008

ODONTOLÓGIA (2)

E. Anexo 5

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	10				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
	07/07/15		Toma de Impresiones diagnosticas			
SESIÓN	11				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
	14/07/15		Tallado de Apoyos			
SESIÓN	12				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
	21/07/15		Prueba estructura Metálica			
SESIÓN	13				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
	28/07/15		Prueba en cera Toma impresión Interior			
SESIÓN	14				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
	04/08/15		Exposición pieza #44 Entrega protesis ceo no superior y Acilica Inmediata Interior			
SESIÓN	15				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
	11/08/15		Control protesis			
SESIÓN	16				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
	18/08/15		Control protesis			

ODONTOLOGÍA (3)

F. Anexo 6

HISTORIA CLÍNICA		No. DE HISTORIA CLÍNICA
<p>DIAGNÓSTICO Paciente de sexo masculino de 70 años de edad presenta periodontitis zoonica severa generalizada, movilidad grado II y III en dientes número 1.5, 1.6, 1.8, 2.6, 4.4, Restoraciones desbordantes en dientes 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 (lesiones no cariosas) en dientes # 1.1, 1.2, 1.3, 2.2</p>		
PLAN DE TRATAMIENTO	PRESUPUESTO	
Fase Sistémica:		
Fase Higiénica:		
Motivación y Fisioterapia oral		
Eliminación de focos infecciosos	50	\$
Eliminación de factores retentivos	40	\$
Parapaso y Anusodolorololol	80	\$
Fase de Restauración		
Devolver Estética	40	\$
Protelis ceramo	180	\$
Protelis Acililica superior	85	\$
Protelis Acililica Inferior	85	\$
Protelis ceramo Inferior	135	\$
	TOTAL	720 \$

Habiendo sido informado y leído el plan de tratamiento odontológico autorizo la realización de los procedimientos descritos.

NOMBRE DEL PACIENTE: Cesar MARTINEZ

TUTOR RESPONSABLE: Prof. Cristina Costa

FIRMA: *Cristina Costa*

ESTUDIANTE: Debara Zárate

FIRMA ESTUDIANTE: *Debara Zárate*

HISTORIA CLÍNICA

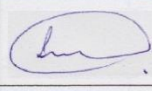

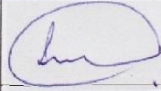

FECHA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	FIRMA DEL TUTOR
23/01/15	Examen clínico			
13/01/15	Raspado y Anestésico Radiculor	Anestésico gasos, suero, agua larpa, xtx		
20/01/15	Raspado y Anestésico Radiculor	Anestésico gasos, suero, agua larpa, xtx		
12/02/15	Exodoncia piezas #1, 5, 16, 26, 18 y 24	Anestésico gasos, suero, agua larpa, xtx		
24/02/15	Retiro de Puntas Toma Impresiones	Afínado yeso		
10/03/15	Freteonómica entrega p. #15 Acilica SUP	Anestésico gasos, suero, agua larpa, xtx		
25/03/15	Resinas simples #3, 1, 3, 2, 3, 3	Acido Bonding, Clonexidina Resina ASS, lampara		
01/04/15	Resinas simples 4, 1, 4, 2, 4, 3	Acido Bonding, Clonexidina, Resina ASS, lampara		
07/04/15	Resinas simples #1, 1, 2, 1, 2, 2, 2	Acido Bonding, Clonexidina, Resina ASS, lampara		
14/04/15	Reevaluación Periodontal			
30/06/15	Aumento Dimension Vertical	Acido, Bonding Clonexidina Resina ASS Lampara		
08/07/15	Toma de Impresiones Diagnosticas	Afínado Yeso		
11/07/15	Tallado de Apoyos			
21/07/15	Prueba estructura metálica			
27/07/15	Prueba en cera y toma impresion interior	Cera Kowood Afínado y Yeso		
04/08/15	Exodoncia pieza #14 y entrega Acilica Imepetra	Anestésico, suero gasos, agua larpa, xtx		

H. Anexo 8

UIDE
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
11/08/15	17	2638	CONTROL PROTESIS		
18/08/15	18	2638	CONTROL PROTESIS		

ODONTOLOGÍA (7)

I. Anexo 9



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
 PROTOCOLO PERIODONCIA

Nombre del Tutor: Dra Cristina Corta.....No Historia...3277.....

Nombre del paciente: Cecilia Martinez.....

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
<u>13/01/15</u>	1	HISTORIA CLÍNICA PERIODONTAL	
<u>13/01/15</u>	2	REGISTRO PERIODONTAL SIMPLIFICADO PSR	
<u>13/01/15</u>	3	DIAGNÓSTICO PERIODONTAL	
<u>13/01/15</u>	4	PLAN DE TRATAMIENTO PERIODONTAL	
<u>13/01/15</u>	5	PRONÓSTICO	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del estudiante

Nombre del Tutor

Debora Zorot.....

Cristina Corta.....

Firma

Firma

UIDE

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

Nombre: Cesar Martinez Edad: 70 años

Fecha: 13/11/15 Teléfonos: 0993950031

Antecedentes odontológicos y médicos de relevancia:

Paciente hipertenso, controlado con Lopren 50mg, clonidina 50mg 1 vez al día

Factores de riesgo:

Paciente no presenta factores de riesgo.

Diagnóstico: Periodontitis crónica agresiva generalizada

Tratamiento periodontal:

Fase sistémica
Fase higiénica
Fase de restauración
Fase de mantenimiento

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
3	3	4	4	3	3	2	2	2	2	2	4	3	4	3	3
3	3	3	3	3	2	2	4	4	2	2	3	3	3	3	3
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

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SEGUNDO CONTROL

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

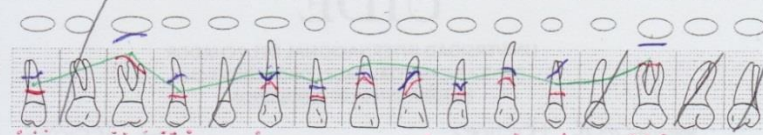
48% Deficiente

FORMULARIO UIDE-CEO-005

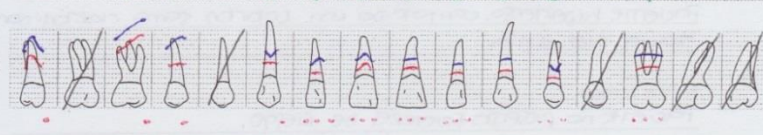
K. Anexo 11

Movilidad Furca


	13	17	18	19	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	II		II					II			IV				III	

V 1  2

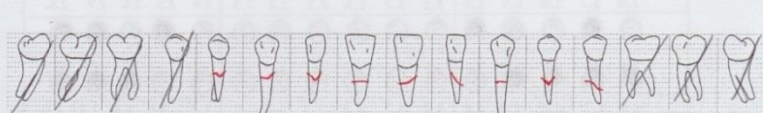
MG 1	3 3 4	2 4 4	2 2 2	3 3 3	1 1 1	2 2 2	1 1 1	2 2 2	2 2 2	2 2 2	3 3 3	2 2 2	2 2 2	3 3 3	2 2 2	4 4 4
PS 1	3 3 4	4 4 4	5 4 4	3 3 3	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	3 3 3	2 2 2	2 2 2	3 3 3	2 2 2	4 4 4
NIC 1	6 6 7	7 7 7	8 6 6	6 5 5	5 5 5	4 5 4	3 5 3	4 5 4	3 5 3	4 5 4	5 5 5	4 5 4	4 5 4	5 5 5	4 5 4	5 5 5
MG 2																
PS 2																
NIC 2																
LMD	1	1	1		2	2	4	4	5	2	2				1	

P 1  2

MG 1	5 4 4	5 3 4	3 3 3	2 2 3	2 2 2	2 2 2	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
PS 1	3 3 3	4 4 4	5 5 6	5 2 3	6 3 3	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	3 3 3
NIC 1	12 11 11	11 11 11	10 10 11	6 3 6	4 5 5	4 5 4	3 3 3	3 3 3	3 3 3	3 3 3	3 3 3	3 3 3	3 3 3	3 3 3	3 3 3	4 5 6
MG 2																
PS 2																
NIC 2																

V 4  3

MG 1																	
PS 1																	
NIC 1																	
MG 2																	
PS 2																	
NIC 2																	
LMD																	

L 4  3


MG 1																	
PS 1																	
NIC 1																	
MG 2																	
PS 2																	
NIC 2																	
LMD																	

Movilidad Furca

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
					III	II	II	II	II	IV						

FORMULARIO UIDE-CEO-005

L. Anexo 12

 UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS					
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE	Clinica 1		PARROQUIA	CANTÓN	7227
PROVINCIA	No. CÉDULA DE CIUDADANÍA				
APellido PATERNO	APellido MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	0500089979	
Martinez	Amores	Cesar	EDUARDO		
<small>TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.</small>					
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO					
PROPOSITOS		TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
Exodoncia #15.1.626.118		Técnica Anestesia Infiltrativa			
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
Exodoncia por motivos periodontales		Hemorragia, Intumescencia, Infección			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
					Dr. Luis F. Naranjo Y CIRUJIA MAXILOFACIAL MSP. L. 10.14 N° 40
2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA					
PROPOSITOS		INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
Exodoncia por motivos periodontales		Técnica con Anestesia local.			
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Luis Naranjo		CMF			Dr. Luis F. Naranjo Y CIRUJIA MAXILOFACIAL MSP. L. 10.14 N° 40
3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA					
PROPOSITOS		ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
A	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD	FIRMAS DEL PACIENTE			
B	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD	[Firma]			
C	CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD	[Firma]			
D	CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA	[Firma]			
E	HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS	[Firma]			
F	HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO	[Firma]			
G	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)	[Firma]			
H	HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO	[Firma]			
I	DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.	[Firma]			
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE					
<small>COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA ALTERNATIVA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO</small>					
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Luis Naranjo		CMF			

M. Anexo 13

UIDE
Universidad Internacional del Ecuador

**CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL**

Nombre de Paciente: REGAR MARTINEZ No Historia Clínica: 7227

Nombre del Estudiante tratante: Debra Zúñiga

Dientes a extraer: 1.5, 1.6, 2.6, 1.8

Fecha: 12/02/15

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)
Paciente de sexo masculino de 70 años de edad acude a la clínica refiriendo que los dientes se le mueven. Antecedentes personales presenta hipertensión controlada, toma losipron sams, e hipertensión sang. Antecedentes familiares TIA hipertensión. Además más oral presenta movilidad dental grado III en piezas # 1.5, 1.6, 2.6, 1.8 periódicamente ausentando por un día a nivel perimolar por lo que esta indico a la extracción.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR
¿Recibe atención dental periódicamente? SI
Tiempo Transcurrido de la última extracción 10 años
Indique las razones para extracciones previas Molestia
¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? _____
¿Ha sufrido hemorragias después de la Extracción? NO
¿Ha tenido alguna complicación después de la Extracción? NO

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR
¿Está bajo tratamiento médico? SI
Historia de Intervenciones quirúrgicas _____
¿Padece o ha padecido de? _____
Enfermedades Cardiovasculares _____ Hipertensión CONTROLADO.
Hígado _____ Riñón _____ Sangre _____
Semana de Gestación _____ ¿Qué semana? _____ T.A. 130/90
Temperatura 37 Pulso 70 Rep. 17 Pesa 142 kilos.
¿Toma medicación? _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO
Dr. Luis F. Naranjo Y.
CIRUGIA MAXILOFACIAL
MSP. L 10 F 14 N° 40

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:
RX _____
Laboratorio Clínico: TP, TP, Química, Sangre, Bacteriología Hemocultivo, Urea, Creatinina.

Diagnóstico: Enfermedad periodontal con movilidad grado III

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones, Post Operatoria Inmediato) _____
Exodoncia de las piezas # 1.5, 1.6, 2.6 y 1.8 técnica anestesia infiltrativa para nervio palatino mayor y dentario posterior.

Evolución: en espera de recuperación

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO Debra Zúñiga

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD. Dr. Luis F. Naranjo Y.
CIRUGIA MAXILOFACIAL
MSP. L 10 F 14 N° 40

FORMULARIO UIDE-CEO-008

N. Anexo 14

UIDE

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL

Nombre de Paciente: Cesar Martínez No historia Clínica: 7.277

Nombre del Estudiante tratante: Deborah Zárate

FECHA: 04/09/15

ENFERMEDAD ACTUAL: (Síntomas locales, generales, dominantes, empezar con los síntomas mas cercano que el paciente pueda relatar. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de iniciación del proceso, anamnesis relativa al dolor. Tratamiento previo)

Paciente de sexo masculino de 70 años de edad Acude a la Clínica de la UIDE por mal olor en la boca. Antecedentes sistémicos de importancia paciente presenta hipertensión, controlado con losartan de 50mg, clonidina 0.3mg. clínicamente podemos apreciar la pieza 45 con movilidad aumentada III. Radiográficamente observamos una sombra radiopaca compatible con el diente 45, sombra radiopaca compatible con un parodo periapical

HISTORIA DENTAL ANTERIOR

¿Recibe atención dental periódicamente? Si

Tiempo Transcurrido de la última extracción meses

Indique las razones para extracciones previas poco intereso

¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? NO

¿Ha sufrido hemorragias después de la Extracción? NO

¿Ha tenido alguna complicación después de la Extracción? NO

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

¿Esta bajo tratamiento médico? Si losartan 50mg, clonidina 0.3mg 1 diaria

Historia de Intervenciones quirúrgicas Si

Padece o ha padecido de?

Enfermedades Cardiovasculares NO Hipertensión controlado

Hígado NO Riñón NO Sangre NO

Semana de Gestación NO ¿Qué semana? NO T.A. 137/80

Temperatura 37 Pulso 64 Rep 17 Peso 142 kilos

Toma medicación? NO

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RX
Laboratorio Clínico:

Diagnóstico: poco intereso

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones Post Operatoria Inmediato)
anestesia local con vaso contractil para nervios dentarios medios, mentoniano.

Evolución:
en espera de reparación

Deborah Zárate
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.

O. Anexo 15



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA

PROTOCOLO DE PRÓTESIS ACRÍLICA

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Cesar Martinez No. HISTORIA 7227
 NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Ivan Garcia
 Trabajo a realizar: Acilica Inmediata Inferior
 No. de diente/dientes: 4.6, 4-7, 3.6, 3+
 Clasificación de Kennedy Preliminar clase I Definitiva clase I
 Características clínicas de reborde _____

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
<u>28/07/15</u>	1	Impresión Diagnóstica.	
	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	
<u>28/07/15</u>	3	Impresión definitiva con alginato.	
<u>28/07/15</u>	4	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
	5	Registro intermaxilar en RC o MIC.	
<u>28/07/15</u>	6	Color de dientes.	
<u>04/08/15</u>	7	Instalación de la prótesis terminada.	
<u>11/08/15</u>	8	Primer control (24 horas).	
<u>18/08/15</u>	9	Segundo control (72 horas).	
	10	Tercer control (8 días).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

FIRMA DEL PACIENTE
C.I.

ESTUDIANTE

NOMBRE: Deborah Zárate

FIRMA:

TUTOR

NOMBRE: Dr. Ivan Garcia

FIRMA:

P. Anexo 16

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE CONTROL DE PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE CR-CO

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

Nombre del Tutor: Dr. Ivan Garcia No. Historia:

Nombre del Paciente: Cesar Martinez

Trabajo a realizar: Corona Superior

No. De diente/dientes: 14, 15, 16, 17, 24, 25, 26, 27

Clasificación de Kennedy Preliminar: clase I Definitiva: clase I

Características Clínicas de reborde:

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA TUTOR
<u>07/07/15</u>	1	Impresión Diagnóstica.	
	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	
	3	Modelos paralelizados.	
	4	Modelos montados en el "articulador", en RC o MIC.	
<u>07/07/15</u>	5	Diseño preliminar del especialista y por duplicado en hoja adjunta (copia adjuntar en la historia).	
	6	Diseño definitivo graficado sobre el 2º modelo.	
	7	Preparación de la boca del paciente tanto en los pilares como en los demás elementos dentarios.	
<u>11/07/15</u>	8	Impresión definitiva con alginato.	
	9	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
<u>14/07/15</u>	10	Orden de trabajo (hoja adjunta por duplicado una para el laboratorio y otra para el especialista) con el segundo modelo.	
<u>21/07/15</u>	11	Prueba del esqueleto metálico en boca en caso de extremo libre realizar la técnica de modelo.....	
	12	Recorte del modelo y obtención del modelo de trabajo.	
	13	Registro intermaxilar en RC o MIC.	
<u>28/07/15</u>	14	Prueba de las bases en cera (enfilado).	
<u>04/08/15</u>	15	Instalación de la prótesis terminada.	
<u>11/08/15</u>	16	Primer control (48 horas).	
<u>18/08/15</u>	17	Segundo control (8 días).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Estudiante
 Nombre: Debora Zúrate Nombre: Ivan Garcia
 Firma: J. Debora Zúrate Firma:

FORMULARIO UIDE-CEO-003

Q. Anexo 17



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE PRÓTESIS ACRÍLICA

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Cesar Martinez No. HISTORIA 4227
 NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Ivan Garcia
 Trabajo a realizar: Acilica Inmediata Superior
 No. de diente/dientes: 1.4, 1.5, 1.6 1.7, 1.9, 2.5, 2.6, 2.7
 Clasificación de Kennedy Preliminar: Clas# I Definitiva I
 Características clínicas de reborde _____

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
<u>24/02/15</u>	1	Impresión Diagnóstica.	<u>[Signature]</u>
	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	
<u>24/02/15</u>	3	Impresión definitiva con alginato.	<u>[Signature]</u>
<u>24/02/15</u>	4	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
	5	Registro intermaxilar en RC o MIC.	
<u>24/02/15</u>	6	Color de dientes.	<u>[Signature]</u>
<u>10/03/15</u>	7	Instalación de la prótesis terminada.	<u>[Signature]</u>
<u>25/03/15</u>	8	Primer control (24 horas).	<u>[Signature]</u>
<u>26/03/15</u>	9	Segundo control (72 horas).	<u>[Signature]</u>
<u>07/04/15</u>	10	Tercer control (8 días).	<u>[Signature]</u>

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

[Signature]

FIRMA DEL PACIENTE
C.I.

ESTUDIANTE

NOMBRE: Debara Zafra


FIRMA: [Signature]

TUTOR

NOMBRE: Dr. Ivan Garcia


FIRMA: [Signature]

R. Anexo 18



Clínica de Osteoporosis

Reg / LC / 0
Version 01



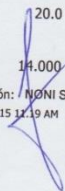
108235

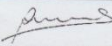
INFORME DE RESULTADOS

Paciente : **MARTINEZ AMORES CESAR EDUARDO** Toma Muestra Primaria : 08/01/2015 10:01
Medico Solicitante : Fec. Impresión : 08/01/2015 13:55
Edad: 70 Años Factura : 186785

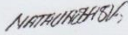
Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
TIEMPO DE PROTROMBINA	12.8	seg	11.0 - 14.1
PORCENTAJE ACTIVO	93.00	%	80.00 - 100.00
TTP	35.1	seg	20.0 - 45.0
TIEMPO DE COAGULACION	10 MINUTOS	Min	
TIEMPO DE TROMBINA	14.800	seg	14.000 - 16.000

Validación: **NONI SAENZ**
08/01/2015 11:19 AM






DRA. SILVANA ZAMBRANO
RESPONSABLE LABORATORIO



LICDA. NATALIA EGAS
RESPONSABLE DE CALIDAD


Matriz: Av. 10 de Agosto N48-68 e Ignacio San María • Telfs.: 2258 322 / 2272 884 / 2444 266 • Quito
Sucursal: Av. Rumiñahui 1554 y pasaje A. Cobo • Telfs.: 2868 466 / 2869 137 • Celular: 09 87230 428 • San Rafael
e-mail: osteo97@andinanet.net

S. Anexo 19



Clínica de Osteoporosis

Reg / LC / d.
Version 01



108235

INFORME DE RESULTADOS

Paciente : **MARTINEZ AMORES CESAR EDUARDO**

Medico Solicitante :

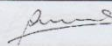
Edad: 70 Años

Toma Muestra Primaria : 08/01/2015 10:01

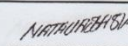
Fec. Impresión : 08/01/2015 13:55

Factura : 186785

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
QUIMICA CLINICA			
UREA <small>RECONFIRMADO.</small>	64	↑ mg/dL	10 - 50
CREATININA	0.98	mg/dL	0.80 - 1.25
<small>Validación: ALEXANDRA SEGOVIA 08/01/2015 10.35 AM</small>			
HEMATOLOGIA Y COAGULACION			
BIOMETRIA HEMATICA			
GLOBULOS BLANCOS	7.1	10 ³ /mm ³	4.4 - 10.0
NEUTROFILOS	4.86	10 ³ /mm ³	2.00 - 8.00
LINFOCITOS	1.45	10 ³ /mm ³	1.00 - 4.40
MONOCITOS	0.79	10 ³ /mm ³	0.20 - 1.00
NEUTROFILOS %	68.5	↑ %	45.0 - 67.0
LINFOCITOS %	20.4	↓ %	29.0 - 43.0
MONOCITOS %	11.1	%	2.0 - 12.0
RECUESTO DE G. ROJOS	4230	↓ 10 ³ /mm ³	4500 - 6500
HEMOGLOBINA	13.8	g/dL	13.6 - 17.4
HEMATOCRITO	41.1	%	40.3 - 52.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	97.2	↑ fL	76.0 - 95.0
HB CORPUSCULAR MEDIA	31.9	pg	26.0 - 32.0
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.8	g/dL	30.0 - 35.0
ANCHO DISTRIB. RDW-SD	47.3	fL	35.0 - 55.0
ANCHO DISTRIB. RDW-CV	13.1	%	11.5 - 14.5
PLAQUETAS	232	10 ³ /mm ³	150 - 450
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.0	fL	8.0 - 14.0
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION (WESTERGREEN) 1 HORA	12	↑ mm	0 - 10
<small>METODO: WESTERGREEN 1 HORA</small>			



DRA. SILVANA ZAMBRANO
RESPONSABLE LABORATORIO



LICDA. NATALIA EGAS
RESPONSABLE DE CALIDAD

Matriz: Av. 10 de Agosto N48-68 e Ignacio San María • Telfs.: 2258 322 / 2272 884 / 2444 266 • Quito

Sucursal: Av. Rumiñahui 1554 y pasaje A. Cobo • Telfs.: 2868 466 / 2869 137 • Celular: 09 87230 428 • San Rafael

e-mail: osteo97@andinanet.net

T. Anexo 20

Clínica de Osteoporosis

Reg / LC / 022
Version 01

716241

INFORME DE RESULTADOS

Paciente : MARTINEZ AMORES CESAR EDUARDO	Toma Muestra Primaria : 16/07/2015 10:53
Medico Solicitante :	Fec. Impresión : 16/07/2015 14:59
Edad: 70 Años	Factura : 200059

Prueba	Resultado		Unidad	Valor de Referencia
QUIMICA CLINICA				
GLUCOSA	95.50		mg/dL	70.00 - 100.00
VALOR DE REFERENCIA ROCHE: 74-109 mg/dl VALOR DE REFERENCIA ALADE: 70-100 mg/dl				
COLESTEROL TOTAL	231	↑	mg/dL	0 - 200
HDL	49		mg/dL	
SIN RIESGO ALTO RIESGO MUJERES: MAYOR A 65 mg/dl MENOR A 45 mg/dl HOMBRES: MAYOR A 55 mg/dl MENOR A 35 mg/dl				
TRIGLICERIDOS	133		mg/dL	40 - 160
LDL	155	↑	mg/dL	45 - 150
ACIDO URICO	5.5		mg/dL	3.5 - 8.5

Validación: NONI SAENZ
 16/07/2015 11.15 AM

DRA. SILVANA ZAMBRANO
RESPONSABLE LABORATORIO

LICDA. NATALIA EGAS
RESPONSABLE DE CALIDAD

Matriz: Av. 10 de Agosto N48-68 e Ignacio San María • Telfs.: 2258 322 / 2272 884 / 2444 266 • Quito

Sucursal: Av. Rumiñahui 1554 y pasaje A. Cobo • Telfs.: 2868 466 / 2869 137 • Celular: 09 87230 428 • San Rafael

e-mail: osteo97@andinanet.net