



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD Y DE LA VIDA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

TÍTULO

**REHABILITACIÓN INTEGRAL EN PACIENTE ADULTO EDÉNTULO
PARCIAL SUPERIOR E INFERIOR CON PERIODONTO REDUCIDO
POST QUIMIOTERAPIA.**

AUTOR

VICTORIA ELIZABETH MORENO BUSTILLOS

TUTORA

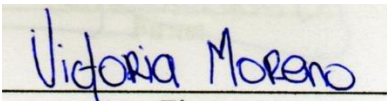
DRA. ALEJANDRA TORRES

QUITO, 2020

CERTIFICADO DEL AUTOR

Yo, Victoria Elizabeth Moreno Bustillos, con CC 0550013502 declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

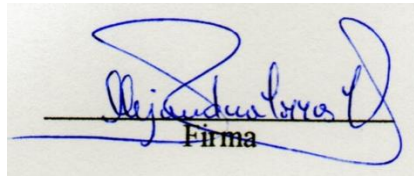
Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, Reglamento y Leyes.



Victoria Moreno
Firma

CERTIFICADO DEL TUTOR

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



Alexandra Torres
Firma

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios que me ha guiado durante todo este trayecto con sabiduría y fortaleza para lograr haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres y hermanas que han sido un pilar fundamental para poder terminar mi carrera universitaria y que con su ayuda, paciencia y amor me han brindado la fuerza necesaria para seguir adelante hasta cumplir mis metas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la fortaleza y la sabiduría para haber concluido mi carrera y por guiarme y ayudarme ante las adversidades que se presentaron.

A la Universidad Internacional del Ecuador por ser el alma mater donde me he formado como profesional y crecido como ser humano y de manera especial a la Escuela de Odontología al ser la sede que me ha brindado todos los conocimientos que he adquirido durante estos años.

A mis padres Víctor y Soledad, por su ejemplo y dedicación de todos estos años, me apoyaron incondicionalmente, guiándome y aconsejándome, me dieron la fuerza para no rendirme jamás y culminar una etapa más de mi vida.

A mis hermanas Soledad y Nicole por siempre apoyarme, con su amor y cariño.

A mi abuela Genoveva y a mi familia en general por brindarme su cariño y ánimo cada día.

A mis amigas Paola y Justine por ser un gran apoyo durante esta etapa y por siempre motivarme a ser mejor.

A la Doctora Alejandra Torres por guiarme y apoyarme en la realización de este trabajo de titulación con mucha dedicación y paciencia.

Y a todos mis docentes de la Facultad de Odontología de la UIDE, pero en especial a la Dra. Alicia Martínez, al Dr. Fernando Aguilera y al Dr. Enrique Vásquez quienes con su experiencia y enseñanzas fortalecieron mi crecimiento personal y profesional, así como también se han convertido en grandes ejemplos a seguir alentándome a ser mejor profesional cada día.

RESUMEN

El edentulismo es la pérdida o ausencia de los dientes en boca, puede ser parcial y total, provocando alteraciones de las funciones bucales. Esta condición causa daño a la integridad del sistema estomatognático, reflejando consecuencias en la calidad de vida del paciente, tanto funcionales como psicológicas.

Esta pérdida de dientes así como las diferentes secuelas bucales que se pueden presentar antes, durante y después de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, conllevan un desafío para el odontólogo. Estos tratamientos provocan algunas manifestaciones en boca, por lo que se requiere que la atención odontológica sea integral, meticulosa y coordinada con un equipo multidisciplinario, cuyo propósito sea la rehabilitación completa y eliminación de secuelas de la cavidad oral del paciente.

En este caso clínico, se trató a una paciente de 52 años de edad que presentaba dolor y molestias al comer por la movilidad de sus dientes inferiores. Además, al examen intraoral se evidenciaba la pérdida de varios dientes, asociada a tratamientos de quimioterapia previos, por lo que se realizó una rehabilitación integral usando coronas de metal-porcelana y prótesis cromo-cobalto superior e inferior, devolviendo así a la paciente sus funciones masticatorias, la fonética y la estética a su cavidad oral.

Al tratar de manera integral a un paciente oncológico nos basaremos en brindar un diagnóstico, un plan de tratamiento personalizado y la prevención de patologías bucales. En ocasiones la visión reducida y enfocada a una sola especialidad puede llevar a no evaluar soluciones clínicas adecuadas por lo que se tiene que tomar en cuenta todos los factores que pueden intervenir en la salud bucal y agraven cualquier situación.

Al realizar este caso clínico se mantuvo como meta la rehabilitación total de la paciente en sentido funcional tanto como estético, así como dejar este trabajo como una guía para que profesionales o estudiantes tengan un referente ante estas situaciones.

Palabras Clave: *Edentulismo, paciente oncológico, rehabilitación integral.*

ABSTRACT

Edentulism is the loss or absence of teeth in the mouth, it can be partial and total, causing alterations in oral functions. This condition causes damage to the integrity of the stomatognathic system, reflecting consequences on the quality of life of the patient, both functional and psychological.

This loss of teeth, as well as the different oral sequelae that can occur before, during and after chemotherapy and radiotherapy treatments, pose a challenge for the dentist. These treatments cause some manifestations in the mouth, which is why dental care is required to be comprehensive, meticulous and coordinated with a multidisciplinary team, whose purpose is the complete rehabilitation and elimination of sequelae from the patient's oral cavity.

In this clinical case, a 52-year-old patient who presented pain and discomfort when eating due to the mobility of her lower teeth was treated, she also had loss of several teeth due to chemotherapy treatments, so a comprehensive rehabilitation was performed using metal-porcelain crowns and upper and lower chrome-cobalt prostheses, thus restoring the patient's chewing, phonetic and aesthetic functions to her oral cavity.

When comprehensively treating an oncology patient, we will base ourselves on providing a diagnosis, a personalized treatment plan and the prevention of oral pathologies for each patient. Sometimes reduced vision and focused on a single specialty can lead to not evaluating adequate clinical solutions, so all the factors that can intervene in oral health and aggravate any situation must be taken into account.

In carrying out this clinical case, the goal was to completely rehabilitate the patient in both a functional and aesthetic sense, as well as leaving this work as a guide for professionals or students to have a reference in these situations.

Key words: *Edentulism, cancer patient, integral rehabilitation.*

ÍNDICE

CERTIFICADO DE AUTOR.....	2
CERTIFICADO DE TUTOR.....	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
ÍNDICE.....	8
ÍNDICE DE TABLAS.....	12
ÍNDICE DE FIGURAS.....	13
ÍNDICE ANEXOS.....	17
INTRODUCCIÓN.....	18
<u>ASPECTOS BÁSICOS</u>	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVOS	21
Objetivo General.....	21
Objetivos Específicos.....	21
<u>MARCO TEÓRICO</u>	22
CAPÍTULO I: Manejo de Paciente Oncológico en Odontología	22
1.1Cáncer: Definición.....	22
1.2Efectos Secundarios Bucales del Tratamiento Oncológico.....	22
1.2.1 Mucositis.....	23
1.2.2 Esofagitis.....	23

1.2.3 Xerostomía.....	23
1.2.4 Candidiasis bucal.....	24
1.2.5 Infecciones.....	24
1.2.6 Hemorragias.....	24
1.2.7 Trastornos del gusto.....	25
1.2.8 Neurotoxicidad.....	25
1.2.9 Trismus.....	25
1.2.10 Osteoporosis.....	26
1.3 Pautas de Actuación Odontológica.....	26
1.3.1 Antes de iniciar el tratamiento oncológico.....	27
1.3.2 Durante el tratamiento oncológico.....	27
1.3.3 Después del tratamiento oncológico.....	28
CAPÍTULO II: Edentulismo.....	29
3.1 Concepto.....	29
3.2 Edentulismo parcial.....	29
3.2.1 Clasificación de Kennedy.....	29
3.2.2 Reglas de Aplegate.....	30
3.3 Causas de la pérdida de dientes post tratamiento de quimioterapia.....	31
3.4 Consecuencias de la pérdida de dientes.....	32
3.4.1 Factor Psicológico.....	32
3.4.2 Factor Fisiológico.....	32
CAPÍTULO III: Rehabilitación Oral.....	34
4.1 Concepto.....	34

4.2 Selección del tipo de prótesis.....	34
4.3 Tipos de Tratamientos.....	34
4.3.1 Prótesis Fija.....	34
4.3.2 Implantes.....	35
4.3.3 Prótesis Parcial Removible.....	35
4.3.3.1 Clasificación de las Prótesis Parciales Removibles.....	36
4.3.3.2 Indicaciones de la Prótesis Parcial Removible.....	36
4.3.3.3 Contraindicaciones de la Prótesis Parcial Removible.....	37
4.3.3.4 Componentes de la Prótesis Parcial Removible.....	37
4.3.3.5 Principios del diseño.....	39
<u>PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO</u>	40
1. Historia Clínica.....	40
1.1. Datos generales.....	40
1.2 Motivo de consulta.....	40
1.3 Enfermedad o problema actual.....	40
1.4 Antecedentes médicos personales.....	40
1.5 Antecedentes médicos familiares.....	41
1.6 Signos Vitales.....	41
1.7 Examen Físico.....	41
1.7.1 Examen Extraoral.....	41

1.7.2 Examen Intraoral.....	42
1.8 Odontograma.....	44
1.9 Indicadores de Salud Bucal.....	44
1.10 Índice CPO-ceo.....	45
2. Exámenes Complementarios.....	45
2.1 Radiografía Panorámica.....	45
2.2 Modelos de Estudio.....	46
2.3 Exámenes de Laboratorio.....	47
3. Diagnóstico.....	47
4. Plan de Tratamiento.....	48
5. Pronóstico.....	49
6. Ejecución del Plan de Tratamiento.....	49
6.1 Fase Inicial.....	49
6.2 Fase Quirúrgica.....	51
6.3 Fase Operatoria.....	54
6.4 Fase Endodóntica.....	54
6.5 Fase de Rehabilitación Oral.....	56
DISCUSIÓN.....	78
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS.....	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores de salud bucal.....	44
Tabla 2. . Índices CPO-ceo.....	45
Tabla 3. Plan de tratamiento.....	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. La clasificación de Kennedy. A) Clase I, B) Clase II, C) Clase III y D) Clase IV.....	30
Figura 2. Componentes de la Prótesis Parcial Removible.....	38
Figura 3. Análisis fotográfico extraoral de frente.....	41
Figura 4. Análisis fotográfico extraoral lateral. A) Lado derecho, B) Lado izquierdo.....	42
Figura 5. Análisis fotográfico extraoral de frente. A) Tres cuartos, B) De frente sonriendo Análisis fotográfico intraoral de frente.....	42
Figura 6. Análisis fotográfico intraoral de frente.....	43
Figura 7. Análisis fotográfico intraoral. A) Fotografía oclusal superior. B) Fotografía oclusal inferior.	43
Figura 8. Análisis fotográfico intraoral lateral, A) Lado derecho, B) Lado izquierdo.....	43
Figura 9. Odontograma.....	44
Figura 10. Radiografía panorámica de maxilares.....	46
Figura 11. Modelos de estudio superior e inferior.....	47
Figura 12. Radiografías periapicales superiores.....	49
Figura 13. Radiografías periapicales inferiores.	50
Figura 14. Fotografía intraoral de frente tomada después de realizar la profilaxis dental y de retirar el acrílico de los dientes	50
Figura 15. Fotografías intraorales oclusales tomadas después de realizar la profilaxis dental y de retirar el acrílico de los dientes	50
Figura 16. Fotografías de la extracción de dientes #31, 41 y 47.....	51
Figura 17. Fotografías del control post operatorio de las extracciones de los dientes #31, 41 y 47.....	52
Figura 18. Fotografías de la colocación del apósito de óxido de zinc-eugenol en la herida del diente #47.....	52
Figura 19. Fotografías del control a los 3 días de la colocación del apósito de óxido de zinc-eugenol en la herida del diente #47.....	53
Figura 20. Fotografía de la regularización de reborde en la zona del diente #47.....	53

Figura 21. A) Fotografías diente #26 al retirar el ionómero de vidrio, B) Tallado para corona metal porcelana.....	54
Figura 22. A) Radiografía periapical inicial diente #43, B) Radiografía de Conductometría. C) Radiografía de Conometría, D) Radiografía de penacho, E) Radiografía final del diente 43.....	55
Figura 23. A) Fotografía acceso coronal, B) Fotografía de la radiografía inicial, C) Fotografía de toma de longitud de trabajo diente 16, D) Radiografía periapical de conometría, E) Radiografía periapical de penacho raíz palatina, F) Radiografía de penacho de las raíces vestibulares del diente #16, G) Radiografía periapical final de la endodoncia del diente #16.....	55
Figura 24. A) Fotografía de acceso coronal, B) Fotografía de radiografía inicial del diente #26, C) Fotografía de toma de longitud de trabajo, D) Radiografía periapical de la conometría, E) Radiografía periapical del penacho raíz palatina, F) Radiografía periapical del penacho de raíces vestibulares y conducto mesio palatino, G) Radiografía final del diente #26.....	56
Figura 25. A) Fotografía de desobturación, B) Fotografía prueba del perno, C) Radiografía del perno del diente #43.....	57
Figura 26. A) Fotografía de la cavidad, B) Fotografía de colocación de ácido ortofosfórico, C) Fotografía de colocación de adhesivo, D) y E) Colocación de resina y fotopolimerización, F) Fotografía de la resina terminada del diente #43.....	58
Figura N° 27. Fotografías de las resinas en dientes #16 y 26 después de los tratamientos endodónticos.....	59
Figura 28. Fotografía de modelos de estudio en articulador.....	59
Figura 29. Fotografía de tallado de dientes #11, 12 16 y 26.....	60
Figura 30. Fotografía de llaves de silicona de los dientes #11, 12, 16y 26.....	61
Figura 31. A) Fotografía de la elaboración de provisionales de dientes #11 y 12, B) Fotografía de la elaboración de provisional del diente# 16, C) Fotografía de la elaboración de provisional del diente #26.....	61
Figura 32. Fotografías de la colocación de hilos retractores en dientes #11, 12, 16 y 26.....	62
Figura 33. Fotografías de las impresiones en dos pasos con pasta de adhesión.....	62
Figura 34. A) Análisis fotográfico intraoral oclusal de la prueba de cofia de las coronas de dientes #11, 12,16 y 26, B) Análisis fotográfico de la prueba de cofia de dientes #11 y 12, C) Análisis fotográfico de la prueba de cofia de diente # 16.....	63
Figura 35. Análisis fotográfico intraoral de la prueba de porcelana sin terminar de las coronas de los dientes #11, 12, 16 y 26.....	63
Figura 36. Fotografía la impresión de arrastre de las coronas de dientes #11 y 12.....	64

Figura 37. A) Fotografía de la desinfección de las coronas, B) Cemento utilizado para la cementación, C) Fotografía de las coronas cementadas en dientes #11, 12, 16 y 26.....	64
Figura 38. Fotografía del tallado del diente #25.....	65
Figura 39. Fotografías de impresión con pasta de adhesión.....	65
Figura 40. Fotografías de materiales utilizados para la cementación de la incrustación.....	66
Figura 41. A) Fotografía de la prueba de la incrustación, B) y C) cementación de la incrustación del diente #25.....	66
Figura 42. A) Fotografía de la toma de impresión superior, B) Modelo de estudio superior vaciado en yeso piedra.....	67
Figura 43. Fotografías del procedimiento de paralelización del modelo inferior.....	68
Figura 44. Fotografías de la secuencia del paralelizado del modelo superior.....	68
Figura 45. Fotografía del diseño de la prótesis cromo-cobalto inferior.....	69
Figura 46. Fotografías del diseño de la prótesis cromo-cobalto superior.....	70
Figura 47. Fotografías del tallado de apoyos para prótesis cromo cobalto inferior.....	70
Figura 48. Análisis fotográfico intraoral del tallado de apoyos para la prótesis cromo-cobalto superior.....	70
Figura 49. A) Fotografía del modelo maestro de la prótesis cromo cobalto superior vaciado en yeso extraduro, B) Fotografía del modelo maestro de la prótesis cromo-cobalto inferior vaciado en yeso extraduro.....	71
Figura 50. A) Fotografía de la estructura metálica en el modelo maestro, B) Fotografía estructura metálica de la prótesis cromo-cobalto inferior en boca.....	71
Figura 51. A) Análisis fotográfico intraoral oclusal de la prueba del esqueleto metálico de la prótesis cromo cobalto superior, B) Análisis fotográfico intraoral de frente de la prueba del esqueleto metálico de la prótesis cromo-cobalto superior.....	72
Figura 52. A) Fotografía de enfilado de la prótesis cromo-cobalto inferior en el modelo maestro, B) Análisis fotográfico intraoral oclusal de la prueba de enfilado de la prótesis cromo-cobalto inferior.....	72
Figura 53. A) Fotografía del enfilado de la prótesis cromo-cobalto superior en el modelo maestro, B) Análisis fotográfico intraoral de frente de la prueba del enfilado de la prótesis cromo-cobalto superior, C) Análisis fotográfico intraoral oclusal de la prueba del enfilado de la prótesis cromo-cobalto superior.....	73
Figura 54. Fotografías de los bordes incisales de los dientes 32, 33, 42,43 antes de las resinas.....	73
Figura 55. A) Fotografía del aislamiento de los dientes 32, 33, 42 y 43, B) y C) Fotografías de la colocación del ácido ortofosfórico y del lavado del mismo, D) Fotografía de la colocación del adhesivo, E) Fotografía de resinas terminadas.....	74
Figura 56. Análisis fotográfico intraoral de frente de las prótesis cromo-cobalto superior e inferior.....	75

Figura 57. A) Análisis fotográfico intraoral lateral lado derecho, B) Análisis fotográfico intraoral del lado izquierdo de las prótesis cromo-cobalto superior e inferior.....	75
Figura 58. A) Análisis fotográfico intraoral oclusal de las prótesis cromo-cobalto superior, B) Análisis fotográfico intraoral oclusal de las prótesis cromo-cobalto inferior.....	76
Figura 59. Análisis fotográfico extraoral de frente.....	76
Figura 60. A) Análisis fotográfico extraoral lateral derecho, B) Análisis fotográfico extraoral lateral izquierdo.....	76
Figura 61. A) Análisis fotográfico extraoral lateral $\frac{3}{4}$, B) Análisis fotográfico extraoral de frente sonriendo.....	76
Figura 62. Análisis fotográfico intraoral de puntos de contacto prematuros en la prótesis cromo-cobalto inferior.....	77
Figura 63. Análisis fotográfico intraoral de puntos de contacto prematuros en la prótesis cromo-cobalto inferior.....	77

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Exámenes de sangre.....	86
Anexo 2. Historia Clínica.....	87
Anexo 3. Periodontograma.....	94
Anexo 4. Consentimiento de médico tratante.....	95
Anexo 5. Historia Clínica de Cirugía para extracción de dientes 31, 37 y 41.....	96
Anexo 6. Consentimiento Informado para extracción de dientes 31,41 y 37.....	97
Anexo 7. Historia Clínica de Endodoncia del diente #43.....	98
Anexo 8. Protocolo Necropulpectomía del diente #43.....	99
Anexo 9. Consentimiento informado de endodoncia del diente #43.....	100
Anexo 10. Historia Clínica de cirugía para regularización de reborde alveolar.....	101
Anexo 11. Protocolo para perno prefabricado del diente #43.....	102
Anexo 12. Consentimiento informado para perno prefabricado del diente #43.....	103
Anexo13. Historia Clínica de Endodoncia del diente #26.....	104
Anexo 14. Protocolo de Biopulpectomía del diente #26.....	105
Anexo 15. Consentimiento informado de la endodoncia del diente #26.....	106
Anexo 16. Historia Clínica de endodoncia del diente #16.....	107
Anexo 17. Consentimiento Informado de endodoncia del #16.....	108
Anexo 18. Protocolo de Incrustación del diente #25.....	109
Anexo 19. Protocolo de Corona Metal Porcelana de dientes #11, 12, 16 y 26.....	110
Anexo 20. Consentimiento Informado de coronas Metal porcelana de dientes 11, 12, 16 y 26.....	112
Anexo 21. Protocolos de las Prótesis Cromo - Cobalto superior e inferior.....	113
Anexo 22. Consentimiento Informado de las Prótesis Cromo Cobalto superior e inferior.....	114
Anexo 23. Consentimiento Informado de las resinas en dientes 32, 33, 42 y 43.....	115
Anexo 24. Resultado de la revisión del documento con el software anti-plagio.....	116

INTRODUCCIÓN

La pérdida de dientes va a representar un suceso grave en la vida de una persona, ésta puede deberse a varias causas: caries dental, enfermedad periodontal, traumatismos o por factores genéticos que pueden causar agenesia dental. Esta ausencia de dientes conlleva a varias deficiencias que pueden ser de naturaleza biomecánica, física e incluso psicosocial, y estarán ligadas a la cantidad de dientes perdidos, afectando gravemente a la calidad de vida de la persona. (Thorén & Gunne, 2014)

La rehabilitación oral o prostodoncia es una rama de la odontología que aplica prótesis dentales para reemplazar los dientes ausentes para poder devolver estética, anatomía, función y comodidad al paciente. Esto se va a llevar a cabo con distintos tipos de prótesis, dependiendo de la cantidad de dientes perdidos y remanentes se usará: prótesis fija, removible o total. (Mallat, 1995)

El uso de cualquiera de estas prótesis será evaluado por el odontólogo y se decidirá la utilización de una de ellas o en algunos casos de una combinación de varias de estas, según las necesidades y expectativas del paciente. La prótesis fija conlleva la utilización de pilares para su fijación los cuales van a ser los dientes remanentes y esta se mantendrá permanente en la boca. La prótesis parcial removible puede ser removida y puesta en su sitio en la boca sin ayuda del odontólogo y está utilizará a los dientes remanentes como soporte y retención. Y la prótesis total es la que reemplaza a la dentición natural completa. (Thorén & Gunne, 2014) (Chica, Latorre, & Agudelo, 2010)

En pacientes oncológicos existen varias consecuencias que promueven la pérdida dental, ya sea por la enfermedad en sí o por los tratamientos requeridos. Antes de que el paciente sea sometido a cualquier protocolo de quimioterapia se deberá preparar la cavidad oral para minimizar el daño que este tratamiento pudiera producir. Se realizará un adecuado control y eliminación de placa bacteriana y cálculo dental, tratamiento inmediato de caries dentales, enfermedades gingivales y periodontales, restauraciones defectuosas, focos sépticos y se tiene que evaluar si las prótesis parciales removibles y totales cumplen con sus funciones adecuadamente para evitar daños en los tejidos blandos, las prótesis desadaptadas deben eliminarse. (Díaz, Castellanos, & Zárate, 2003)

La microbiota de la cavidad oral se vuelve agresivo en presencia de un cuerpo extraño y junto con los tratamientos oncológicos se puede agravar esta situación; por esta razón, es necesario mantener motivado al paciente recordándole la importancia de realizar un seguimiento prolongado con el odontólogo para la longevidad de sus tratamientos y para evitar efectos secundarios en su cavidad oral. (Preti, 2008)

Por lo tanto el propósito del presente trabajo es brindar un diagnóstico completo y adecuado para el tratamiento de todas las consecuencias que se presenten post quimioterapia de un paciente mediante tratamientos restauradores adecuados.

ASPECTOS BÁSICOS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El edentulismo es una condición que va a alterar las diferentes funciones orales, así como también se va a ver comprometida la salud general de una persona; esto ligado a una condición de salud alterada por el cáncer o alguno de sus tratamientos, conllevará a trastornos importantes del sistema estomatognático que produzcan alteraciones en la calidad de vida de las personas. Ésta será una situación de gran importancia al momento de realizar cualquier procedimiento odontológico así como al momento de tomar las mejores decisiones para realizar un tratamiento oportuno y personalizado ligado a las necesidades del paciente.

El tratamiento integral en pacientes que se han sometido a quimioterapia y que presentan pérdida de dientes se vuelve indispensable, ya que es necesario recuperar las diferentes funciones fisiológicas y la estética en el paciente. En el presente caso, el proceso de rehabilitación oral conllevará un tratamiento multidisciplinario ya que los daños colaterales que podemos encontrar hace que nos enfrentemos con diferentes condiciones bucales, las cuales tienen que ser entendidas y estudiadas para poder realizar una terapia adecuada para la paciente y de esta manera evitar que su condición oral empeore.

La paciente adulta de sexo femenino, de 52 años de edad refería antecedentes personales de cáncer de mama hace 3 años, tratado con mastectomía y quimioterapia. Posteriormente, un año después se sometió a una histerectomía. Al examen intraoral presentaba pérdida de varios dientes en ambas arcadas, en el maxilar superior se determinó una clasificación de Kennedy III modificación 1 y en la mandíbula clasificación de Kennedy II modificación 1; resinas filtradas en dientes #11, 12, 16, 26, 25, 43; también férulas en mal estado en dientes #16, 17, 26, 27, 43; y movilidad dental grado 3 en diente #31 y 41, movilidad dental grado 2 en dientes #32, 33, 42, 47 y periodonto reducido. Frente a la condición de la paciente, la rehabilitación oral integral debe cumplir los parámetros necesarios para poder devolverle la oclusión; así como, las demás funciones, sin restarle importancia al hecho de que mejorará el aspecto estético y por ende la autoestima de la paciente.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se enfocará en conseguir una rehabilitación integral de la paciente a través de diversos tratamientos realizados en las diferentes áreas de la odontología, buscando un adecuado diagnóstico y planificación del tratamiento, usando un enfoque multidisciplinario para poder brindar un tratamiento ideal, funcional y estético.

Realizar una rehabilitación integral es de suma importancia en todos los pacientes, y en aquellos que han recibido tratamientos de quimioterapia se vuelve un desafío ya que nos vamos a enfrentar a diferentes problemas siendo estos biomecánicos, estéticos, funcionales e incluso psicosociales por lo que se debe actuar de manera inmediata para evitar que las diferentes complicaciones orales empeoren la salud y el bienestar del paciente.

Para obtener un tratamiento exitoso en el presente caso clínico, se realizará una rehabilitación integral de la paciente con periodonto reducido basándose en la eliminación de la patología oral, la preservación de la salud y de las relaciones de los dientes y las estructuras periorales, lo que se va a conseguir con el diseño adecuado de las prótesis parciales removibles de cromo-cobalto para que ellas reestablezcan las diferentes funciones orales con comodidad y estética y que a su vez se evite que estructuras remanentes en boca continúen deteriorándose. Es importante recalcar que en este caso el uso de prótesis es necesario y, al ser ésta un objeto extraño dentro de la cavidad oral, la paciente tiene que comprender que la adaptación será difícil y tomará algún tiempo. Por estas razones tendremos que trabajar en conjunto con la paciente guiándola y motivándola sobre la correcta utilización y cuidado de la prótesis para llegar a lograr un tratamiento duradero sin que afecte a las estructuras remanentes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Reconstruir la función masticatoria y estética de una paciente oncológica adulta con periodonto reducido mediante la elaboración de prótesis parciales removibles de cromo cobalto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar un diagnóstico adecuado, una correcta planificación y ejecución del tratamiento, tomando en cuenta las condiciones para tratar a una paciente que recibió quimioterapia.
- Restituir la oclusión, fonética y estética de la paciente.
- Aplicar técnicas restauradoras adecuadas para restablecer en la paciente todas las funciones orales necesarias, mediante un tratamiento completo, duradero y confortable que incluye una correcta rehabilitación de los dientes que serán usados como pilares para las coronas metal porcelana y prótesis cromo-cobalto.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: Manejo del paciente Oncológico en Odontología

1.1 Cáncer: Definición

El cáncer es una enfermedad que conlleva un proceso de crecimiento y de propagación incontrolada de células anormales que pueden migrar a diferentes partes del cuerpo. Los tumores invaden los tejidos circundantes y pueden diseminarse llegando a causar una metástasis en lugares alejados del organismo. En muchos casos esta enfermedad se presenta por predisposición genética o por contacto con probables factores de riesgo, como por ejemplo el alcohol, cigarrillo, luz solar, radiación, infecciones crónicas, hormonas, entre otros. Si el cáncer es detectado en una fase temprana puede llegar a curarse, y éste es tratado con cirugía, quimioterapia y radioterapia. (OMS, s.f.)

1.2 Efectos Secundarios Bucales del Tratamiento Oncológico

La acción de los tratamientos de radio-quimioterapia traen como consecuencia efectos no deseados, ya que su acción no solamente actúa sobre las células tumorales sino también sobre tejidos sanos, afectando a la mayoría de células del cuerpo y causando daños en los distintos órganos. (Ferreiro, García, Barceló, & Rubio, 2003)

Las células normales más propensas a sufrir efectos negativos por la quimioterapia son:

- Folículos pilosos
- Células sanguíneas de la médula ósea
- Células epiteliales (de la cavidad oral y sistema reproductor)
- Células del tracto digestivo (Ferreiro, García, Barceló, & Rubio, 2003)

Algunos de los principales efectos bucales secundarios que aparecen durante o después del tratamiento de quimioterapia son: mucositis, xerostomía, candidiasis bucal, infecciones, hemorragias, trastornos del gusto, neurotoxicidad, trismus, osteoporosis. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006) (Sánchez, Rodríguez, Sosa, & Green, 2009)

1.2.1 Mucositis

Es una inflamación de la mucosa de todo el tracto digestivo. Su etiología no está totalmente clara, pero existen varios factores de riesgo asociados a su aparición. Éstos van a estar relacionados principalmente con la clase de tratamiento elegido para el paciente para tratar el cáncer y con factores individuales del paciente. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

La mucositis se presenta como un eritema, edema o sensación de quemazón llegando a convertirse en afectaciones más graves y dolorosas como las úlceras que van a impedir que el paciente se alimente. Cuando ésta se da como consecuencia de la quimioterapia se localiza principalmente en el velo del paladar, mucosa oral, superficie ventral de la lengua, cara interna de los labios y piso de boca que poseen epitelio no queratinizado. La mucositis va a estar acompañada de dolor intenso, que puede alterar funciones básicas como hablar, deglutir saliva o alimentarse, llegando a producir daños en la vida del paciente. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

1.2.2 Esofagitis

Esta afectación se da por la toxicidad que la quimioterapia ocasiona en toda la mucosa gastrointestinal, se manifiesta como la irritación de la mucosa del esófago. Causa dolor en la zona retroesternal y produce también odinofagia, causando la mal nutrición de la persona hasta llegar a la necesidad de ser tratada con alimentación por vía parenteral. (Blasco & Caballero, 2019)

1.2.3 Xerostomía

Se describe a la xerostomía como sequedad bucal, misma que conlleva a empeorar la mucositis haciendo que la mucosa oral sea más susceptible a factores traumáticos y a infecciones. Ésta aparece con mayor frecuencia en los tratamientos con radiación en la cabeza y cuello, afectando las glándulas salivales mayores y menores. Se va a expresar como una sensación de saliva espesa, viscosa y de menor saliva en la boca, esto se dará por la afectación

de las células acinares y muchas veces puede llegar a ser permanente en algunos pacientes. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

1.2.4 Candidiasis bucal

Es una infección fúngica que se produce a causa de la proliferación de *Candida albicans*, y está asociada con la xerostomía. Pueden encontrarse dos tipos de candidiasis bucal como son:

1. Pseudomembranosa: placas blancas de consistencia blanda, también llamada muguet.
2. Eritematosa: placa de color rojo, con bordes mal definidos.

Éstas afectan comúnmente a la superficie del paladar y dorso de la lengua, se diagnostican mediante la toma de muestras de las lesiones sospechosas y la visualización microscópica. (Gómez & Sastre, 2002)

1.2.5 Infecciones

Factores de riesgo como la neutropenia que aparece aproximadamente a los siete días de iniciada la quimioterapia, la higiene oral insuficiente, el sistema inmunitario disminuido por la mielosupresión de los pacientes con cáncer y la presencia regular de microorganismos en la cavidad oral van a contribuir para la aparición de infecciones durante la quimio-radioterapia y van a ser unas de las complicaciones más considerables en el paciente, pudiendo llevarlo incluso a la muerte. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

1.2.6 Hemorragias

El tratamiento contra el cáncer causa la alteración de la hemostasia, lo que puede deberse a la trombocitopenia ocasionada por la enfermedad, así como también por la inmunosupresión que se da por la quimioterapia. Todos estos factores causarán que el paciente sufra de hemorragias en la cavidad bucal, causando la aparición de petequias, sangrados profusos en las encías durante la higiene bucal o puede existir un sangrado espontáneo si las plaquetas se encuentran por debajo de las 20 000/mm³. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

1.2.7 Trastornos del gusto

Los cambios de la percepción y reconocimiento de uno o de todos los sabores: ácido, salado, dulce, amargo y umami; se da en un gran porcentaje de pacientes que han sido tratados con quimioterapia. Estos pueden manifestarse como la hipogeusia, hipergeusia y disgeusia. Estos cambios en la percepción de los sabores tienen un efecto negativo en el consumo de ciertos alimentos, lo que contribuye a la pérdida de peso y desnutrición de la persona. (Sánchez, Rodríguez, Sosa, & Green, 2009)

1.2.8 Neurotoxicidad

Los diversos medicamentos que son parte del tratamiento de quimioterapia pueden causar neuropatías periféricas que van a afectar al maxilar inferior y a la cara, puede presentarse dolor y parestesia. (Instituto Nacional del Cáncer, 2019)

El dolor puede presentarse en la zona mandibular, en los dientes como un dolor pulsátil y profundo, también se presenta hipersensibilidad dental y dolor en la articulación temporomandibular, así como en los músculos de la masticación. Todos estos síntomas aparecen después de días o semanas de haber terminado el tratamiento de quimioterapia y suelen desaparecer después de algún tiempo. (Instituto Nacional del Cáncer, 2019)

1.2.9 Trismus

El trismus es definido como contracciones musculares prolongadas de los músculos masticatorios que reducen o restringen la apertura normal de la boca, se puede desarrollar por múltiples causas. La quimio-radioterapia provoca sobre el músculo fibrosis y contractura muscular ya que se crean efectos químicos como la hidrólisis del agua intracelular y el ADN se rompe, lo que no permite la correcta fisiología muscular. (Azcona, Reyes, & Maldonado, 2011)

1.2.10 Osteoporosis

Una de las principales hormonas femeninas, el estrógeno, es la encargada del desarrollo y de la reproducción de la mujer, de aumentar la densidad de los huesos, de evitar la pérdida de masa ósea para disminuir el riesgo de que los huesos se debiliten y se causen fracturas. Esta hormona se va a ver afectada cuando se realizan tratamientos contra el cáncer de mama ya que van a disminuir su producción, causando una menopausia prematura y la pérdida de masa ósea.

Existen algunos tratamientos que van a disminuir el estrógeno como pueden ser:

- Terapias hormonales
- La quimioterapia
- Ooforectomía. (Harris, 2010)

La pérdida de estrógeno conllevará a la osteoporosis que es una enfermedad que se caracteriza por la reducción de la densidad de tejido óseo y aumentando el riesgo de fracturas en los pacientes oncológicos. Por lo que es conveniente plantearse un diagnóstico precoz y adoptar las medidas preventivas. (Martínez & Macías, 2007)

1.3 Pautas de Actuación Odontológica

Para el paciente oncológico es importante acudir al odontólogo antes de que comience cualquier tipo de tratamiento, para poder resolver las infecciones, caries o realizar extracciones necesarias de manera inmediata; pero, si el paciente ya inició con la quimioterapia, los controles odontológicos pueden realizarse durante ésta y también después del tratamiento. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

La historia clínica y la exploración bucal se tienen que llevar a cabo de manera correcta antes de empezar a realizar cualquier tipo de tratamiento odontológico en el paciente, así como la realización de exámenes complementarios que nos ayuden con el correcto diagnóstico, como las radiografías panorámicas o periapicales, modelos de estudio y exámenes de laboratorio. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

Vamos a encontrar 3 etapas para el manejo de las complicaciones orales del tratamiento oncológico:

1. Primera etapa: antes de iniciar el tratamiento oncológico
2. Segunda etapa: durante el tratamiento oncológico
3. Tercera etapa: después del tratamiento oncológico

1.3.1 Antes de iniciar el tratamiento Oncológico

Esta etapa prioriza la eliminación de las distintas enfermedades tanto dentales como periodontales. Cuando existe la necesidad de realizar exodoncias, si son simples deben realizarse mínimo 15 días antes de la quimioterapia y si éstas son complejas se deberían practicar de 4 a 6 semanas antes. Se deberán restaurar todas las lesiones cariosas y estabilizar prótesis removibles para eliminar posibles traumatismos.

También es importante motivar e instruir al paciente para que cuide la higiene de la cavidad oral con el uso de complementos como los enjuagues bucales fluorados o antisépticos sin alcohol. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

1.3.2 Durante el tratamiento oncológico

Durante esta etapa la cavidad oral del paciente ya puede presentar algunas manifestaciones de patologías orales, la más común es la mucositis. Dependiendo el estado y la gravedad de las lesiones puede hacerse uso de fármacos y de soluciones antisépticas y anestésicas. Lo que se debe realizar durante este periodo es fundamentalmente la eliminación de la placa bacteriana, cepillándose los dientes 3 veces al día después de cada comida principal, el uso de enjuagues con clorhexidina al 0.12% cada 8 horas, o usar en casos en que la mucosa esté gravemente herida o irritada la bencidamina al 0.15% cada 3 horas. Se tiene que evitar por completo el uso de colutorios con alcohol, se pueden usar enjuagues con nistatina cada 8 horas, también en esta etapa es importante que el paciente mantenga una ingesta hídrica adecuada para que la mucosa de la boca conserve su humedad y estar pendiente de la hidratación de los labios. El uso de prótesis removibles no está indicado y éstas van a poder

usarse cuando la mucositis se haya controlado y cicatrizado. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

La infección por *Candida* suele aparecer con frecuencia, para la cual se usan antifúngicos tópicos como la nistatina. Para el dolor bucal y para que el paciente logre experimentar un alivio temporal de las dolencias, se puede administrar anestésicos locales mediante soluciones orales de aplicación tópica y suelen usarse de manera escalonada analgésicos de vía oral o parenteral. Cuando es necesaria la asistencia odontológica durante la quimioterapia, se debe evaluar el estado de salud general y el estado hematológico del paciente contactando con el médico tratante responsable del paciente. Si fuese necesario se debe realizar cualquier tratamiento odontológico en un medio totalmente estéril siendo lo más conservadores posibles. La alimentación en esta etapa se vuelve especial, no se deben ingerir alimentos crudos, ni frescos. No están permitidos alimentos ácidos, ásperos, picantes o demasiado salados que contribuirían a la afectación de la mucosa oral. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

1.3.3 Después del tratamiento oncológico

Al momento en que el tratamiento oncológico finaliza, el mantenimiento de la cavidad bucal no se debe dejar de lado ya que existen algunos efectos secundarios que se manifiestan más tarde. Se debe ingerir por lo menos un litro y medio de agua diarios, ya que por la sequedad de la boca la mucosa oral se vuelve más susceptible a infecciones, irritaciones o traumas, puede hacerse uso de saliva artificial con fórmulas magistrales a base de carboximetilcelulosa, sorbitol y glicerol. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

Las caries deben ser tratadas de inmediato y se debe mantener una correcta higiene oral así como también están indicadas las fluorizaciones durante varios meses. En cuanto a la dieta debe ser baja en carbohidratos y excluyendo alimentos ácidos, picantes o ásperos. Las extracciones dentales se deberán realizar seis meses después de finalizar la quimioterapia, y un año después de la radioterapia, para evitar la osteoradionecrosis. (Recolons, Campillo, López, & Küstner, 2006)

CAPÍTULO II: Edentulismo

2.1 Concepto

A la pérdida o ausencia de dientes permanentes se le denomina edentulismo, éste puede ser total (pérdida de todos los dientes) o parcial (pérdida de algunos dientes) por diversas causas. El edentulismo se puede dar en personas de todas las edades ya sean niños o adultos, pero en especial va a afectar a las personas adultas. (Belaúnde, 2012)

La pérdida de dientes conlleva a varias consecuencias como la alteración de la función masticatoria y ésta a su vez la alteración del sistema estomatognático, afectando la nutrición, el bienestar físico, la calidad de vida y también alterando el factor psicosocial de la persona. (Vanegas E. , 2016)

2.2 Edentulismo parcial

Se habla de edentulismo parcial cuando en boca se encuentra la pérdida o en ocasiones la ausencia de algunos dientes en las arcadas, lo que va a llevar a un deterioro de las funciones orales, afectando también la estética de la persona. (Vanegas, Villavicencio, Alvarado, & Ordóñez, 2016)

2.2.1 Clasificación de Kennedy

En el año 1923 el Dr. Edward Kennedy propuso un método sencillo para clasificar a los arcos desdentados parciales, clasificándolos en cuatro principales clases: I, II, III, IV.

- **Clase I:** Extensiones edéntulas distales bilaterales, ubicadas en la zona posterior de los dientes remanentes.
- **Clase II:** Se presentará una extensión edéntula distal unilateral, posteriormente a los dientes remanentes.
- **Clase III:** Encontramos un extensión edéntula unilateral, delimitada por dientes remanentes anteriores y posteriores.

- **Clase IV:** Arcada con un área edéntula bilateral única, ésta estará cruzando la línea media y por delante de los dientes remanentes. (Rendon, 2004)

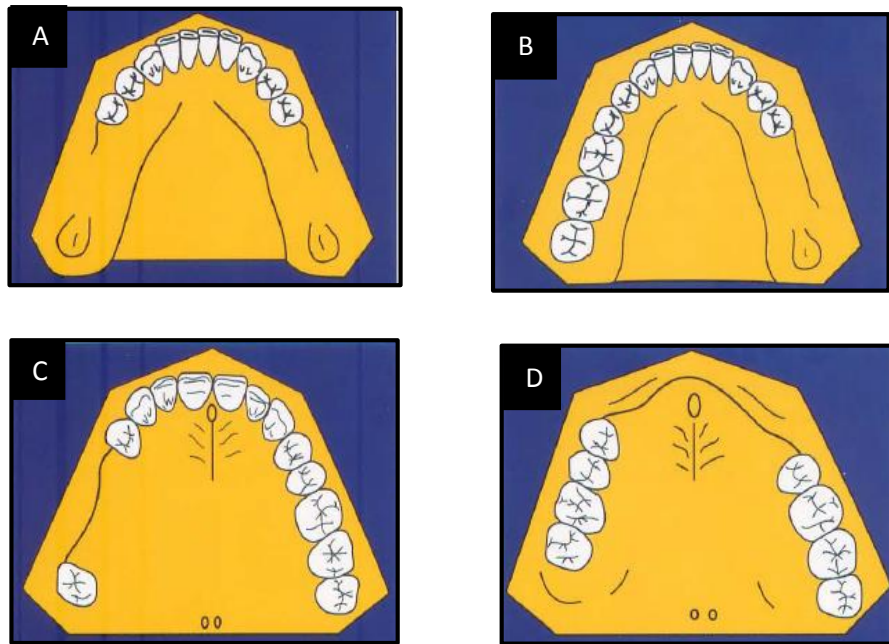


Figura 1. La clasificación de Kennedy. A) Clase I, B) Clase II, C) Clase III y D) Clase IV

Elaborado por: Victoria Moreno

Fuente: (Loza, 2006)

En 1960 Applegate añadió las clases V y VI a la clasificación de Kennedy.

- **Clase V:** Se presentará únicamente un par de molares en una hemiarcada, no existen más dientes en la arcada.
- **Clase VI:** Sólo están presentes los incisivos centrales. (Mallat, 2003)

2.2.2 Reglas de Applegate

Applegate en 1954 añadió ocho reglas para que fueran aplicadas en la Clasificación de Kennedy.

- **Regla 1:** La clasificación se establecerá posterior a las extracciones necesarias.
- **Regla 2:** Cuando se pierde un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se debe tener en cuenta para la clasificación.

- **Regla 3:** Cuando un tercer molar se emplea como pilar, éste deberá tomarse en cuenta al momento de la clasificación.
- **Regla 4:** Si se pierde un segundo molar y no se va reemplazar por falta del antagonista no se lo considerará para la clasificación.
- **Regla 5:** El área desdentada más posterior determinará la clasificación.
- **Regla 6:** En las clases I, II y III; las áreas edéntulas diferentes a las que determinan la clasificación del caso, reciben el nombre de zonas de modificación y serán designadas según su número.
- **Regla 7:** Se toma en cuenta el número adicional de áreas edéntulas, no la extensión de la modificación.
- **Regla 8:** En la clase IV no habrá zonas de modificación. (McCraken, 2006)

2.3 Causas de la pérdida de dientes post tratamiento de quimioterapia

Son varias las secuelas en boca que se presentan cuando la persona se somete a un tratamiento de quimioterapia, puede haber pérdida dental y dolores severos en los tejidos bucales. La diferenciación y maduración de las células basales epiteliales de la boca durante el tratamiento de la quimioterapia sufren un daño producto de la citotoxicidad de los fármacos de los tratamientos oncológicos. El elevado índice mitosis en la mucosa oral la vuelve un lugar especialmente propicio a sufrir esta acción negativa; el recambio de las células de la cavidad bucal es rápido en un ciclo de 7 a 14 días. La quimioterapia puede causar una disminución de la velocidad de recambio del epitelio basal, lo que da lugar a atrofia de la mucosa. (Vivanco, 2015)

También lo que hace este tratamiento es tornar ácido el pH de la boca causando diversas patologías y una de ellas van a ser las caries, las mismas que van a aumentar como consecuencia de varios factores como el cambio de la flora bucal, la reducción de saliva y de concentraciones de proteínas salivales antimicrobianas y la pérdida de componentes mineralizantes resultando en caries mucho más agresivas que pueden desencadenar infecciones más graves en boca causando la pérdida de los dientes afectados. (Vivanco, 2015)

2.4 Consecuencias de la pérdida de dientes

La pérdida de dientes se va a considerar una “agresión a la integridad del sistema masticatorio” ya que esta pérdida va a conllevar secuelas funcionales y estéticas desfavorables para la persona, como una alteración de la salud física, su estado anímico y su salud en general. Por todas estas razones, se considera al edentulismo parcial o total como una afección progresiva y lenta que propone una compleja problemática en los ámbitos psicológicos, funcionales y fisiológicos. (Rojas, Mazzini, & Romero, 2017)

2.4.1 Factor Psicológico

Uno de los efectos que se vuelve de gran importancia por la pérdida dentaria son los que van a afectar la estética de la persona y se relaciona directamente con la pérdida del autoestima, la insatisfacción del aspecto físico personal, incluso llegando a aislarse del entorno social demostrando timidez y ansiedad al momento de interactuar con otras personas. La persona afectada se siente “incómoda” en su entorno por la falta de piezas dentarias. (Rojas, Mazzini, & Romero, 2017)

2.4.2 Factor Fisiológico

Reabsorción ósea: al momento en que se pierden los dientes empieza un proceso de reabsorción ósea, así como también se generan movimientos de dientes. Esto puede conllevar a generar alteraciones en la oclusión. Como también produce una extrusión de dientes que no tienen antagonista causando movilidad e incluso pérdida del diente. (Rojas, Mazzini, & Romero, 2017)

Alteraciones estéticas: en la zona anterior es donde se ve mucho más afectada la estética, pero se pueden dar múltiples daños significativos en la cara cuando existe la pérdida de muchos dientes como protrusión del mentón, disminución del tercio medio inferior de la cara, la caída del labio superior y el aumento del ancho de la boca. (Rojas, Mazzini, & Romero, 2017)

Problemas en la masticación: el edentulismo provoca diversos problemas que alterarán la condición general del paciente relacionada con la pérdida dental, por ejemplo existirá una gran dificultad para triturar los alimentos y la digestión de éstos va a ser más difícil causando problemas digestivos. Además toma tiempo triturar los alimentos antes de deglutirlos, por lo que en la dieta de estas personas se incluyen con más frecuencia alimentos blandos. Además, se debe tomar en cuenta que la alimentación es una actividad placentera, el estado de ánimo de una persona puede verse afectado ya que este sentimiento se pierde y causa un estado anímico depresivo. (Rojas, Mazzini, & Romero, 2017)

Problemas de musculatura y ATM: La ATM (Articulación Témporo Mandibular), es la que da movimiento a la mandíbula. La falta de dientes conlleva a la alteración de la dimensión vertical afectando a la posición de la ATM. Estos cambios posicionales, se van a relacionar con la presencia de chasquidos al mover la boca, dolor muscular en la zona oral, dolores de cabeza y mareos por la relación de la ATM con la zona del oído. (Rojas, Mazzini, & Romero, 2017)

CAPÍTULO III: Rehabilitación Oral

3.1 Concepto

La rehabilitación oral o prostodoncia, se refiere a la especialidad de la Odontología que va a estar encargada de la restauración, es decir que se aplicarán prótesis en las zonas desdentadas. El objetivo es la restitución de las diferentes funciones bucales con comodidad y para devolver la estética al paciente, esto se logrará al remplazar los dientes faltantes ya sea mediante el uso de prótesis fija si los dientes ausentes son pocos, si el número de dientes perdidos es importante se usa la prótesis parcial removible y cuando la ausencia de dientes es total se usará la prótesis total. (Mallat, 1998)

3.2 Selección del tipo de prótesis

Al momento de elegir qué tipo de prótesis se va a usar en cada situación se deben tener en cuenta varios factores que son: biomecánicos, periodontales, estéticos y económicos, así como lo que el paciente necesite y desee. En la boca se pueden realizar frecuentemente varios tipos de prótesis en la misma arcada, por lo tanto en la planificación del tratamiento se tiene que tomar en cuenta en implementar tratamientos simples y duraderos, tratando de llegar a que se adapte siempre a las necesidades del paciente pero que al mismo tiempo sea objetivamente razonable de conseguir. (Shillingburg, 2006)

3.3 Tipos de Tratamientos

Para el tratamiento del edentulismo parcial vamos a contar con ciertos tratamientos que son: la prótesis fija, los implantes dentales y la prótesis parcial removible. (Jaramillo, 1999)

3.3.1 Prótesis Fija

Este tipo de prótesis implica sustituir o reemplazar los dientes naturales o parte de ellos, por otros artificiales que no pueden ser removidos de la boca por parte del paciente. Su objetivo es restaurar la función, la estética y el bienestar. (Rosenstiel, Land, & Fujimoto, 2009)

La prótesis fija va a poder restaurar desde un solo diente hasta el restablecimiento de los dientes necesarios para obtener una adecuada oclusión, también se puede restaurar de manera unitaria los dientes para así conseguir una mejora estética. Los dientes que van a ser devueltos pueden reemplazarse mediante prótesis fijas de recubrimiento completo o total y de recubrimiento parcial. (Shillingburg, 2006)

3.3.2 Implantes

El implante dental es un dispositivo con forma de un pequeño tornillo que se inserta en el hueso alveolar de los maxilares superior o inferior para reemplazar la raíz de un diente. Los implantes dentales se elaboran con titanio o con aleaciones de este metal, con superficies modificadas: lisas, rugosas y porosas. Éstos van a servir para apoyar en ellos los diferentes tipos de prótesis dentales fijas o removibles que van a reemplazar los dientes perdidos. Se pueden reemplazar desde un solo diente hasta una arcada completa. ((FDI), 2015)

Para que un implante funcione en la cavidad bucal, es necesario que exista una oseointegración adecuada para establecer una conexión permanente, estable y firme entre el implante dental y el hueso alveolar. La formación de hueso alrededor del implante sucede en la interfase hueso-implante dental que está sujeta a los fenómenos de migración, proliferación y diferenciación celular. (Vanegas, Landinez, & Garzón, 2009)

3.3.3 Prótesis Parcial Removible

La prótesis parcial removible va a ser un tratamiento importante a la hora de restablecer las diferentes funciones de la boca. Consiste en sustituir los dientes y tejidos adyacentes perdidos preservando y ayudando a mejorar la salud bucal. Éste es un tratamiento ideal para pacientes edéntulos parciales. Después de haber realizado cualquier tratamiento como cirugía, endodoncia, tratamiento periodontal, operatoria dental o prótesis fijas como coronas y puentes y que la boca del paciente se encuentre en óptimas condiciones, el último punto en la rehabilitación de un paciente parcialmente desdentado va a ser la elaboración de la prótesis parcial removible. (Loza, 2006)

3.3.3.1 Clasificación de las Prótesis Parciales Removibles

Según el tipo de estructura:

- Metálica
- Acrílica (Thorén & Gunne, 2013)

Según el tipo de soporte:

- **Dentosoportada:** está apoyada en los dientes remanentes, transmite las fuerzas oclusales hacia los pilares mediante los apoyos dentales. De éstas, es la prótesis con mejor pronóstico. (Thorén & Gunne, 2013)
- **Dentomucosoportada:** se va a sostener tanto en los dientes remanentes así como en las estructuras de la mucosa oral. A través de los apoyos dentales transmite las fuerzas oclusales a los pilares y a los rebordes alveolares. (Thorén & Gunne, 2013)
- **Mucosoportada:** se va a apoyar únicamente en la encía, esta PPR no tiene apoyos dentales, todas las fuerzas oclusales a las que está sometida se transmiten a los rebordes alveolares. (Thorén & Gunne, 2013)

Según la localización de los espacios edéntulos:

Esta clasificación se basa en la localizaciones los las brechas edéntulas, usando como referencia la Clasificación de Kennedy antes mencionada. (Thorén & Gunne, 2013)

3.3.3.2 Indicaciones de la Prótesis Parcial Removible

En muchos casos las indicaciones son muy claras y precisas, pero hay que tener en cuenta algunas consideraciones.

- Personas adultas mayores.
- En grandes espacios desdentados, donde una prótesis fija no pueda ser utilizada.
- Casos de pérdida ósea excesiva.

- En extracciones dentales de zonas extensas, realizadas recientemente que necesiten largos periodos de cicatrización.
- Como tratamiento temporal cuando se colocan implantes, y se necesite esperar una adecuada osteointegración.
- En dientes pilares con movilidad tipo I.
- En casos de extremos libres unilaterales o bilaterales.
- Por consideraciones económicas. (Mallat, 1998)

3.3.3.3 Contraindicaciones de la Prótesis Parcial Removible

- Cuando no existe una buena higiene oral por parte del paciente.
- En casos de que el paciente no coopere.
- Cuando una prótesis fija pueda tener éxito.
- Por inflamación en los tejidos.
- Presencia de torus que impidan el uso de este tipo de prótesis. (Mallat, 2003)

3.3.3.4 Componentes de la Prótesis Parcial Removible

- **Apoyos:** son los componentes de mayor importancia de la prótesis, es una prolongación rígida de la estructura metálica de la prótesis cuyo objetivo es transmitir las fuerzas masticatorias a los dientes, previenen que la prótesis se mueva hacia los tejidos blandos brindando soporte, posiciona la prótesis con relación a los dientes, sirven también para restituir el plano de oclusión y para la ferulización de los dientes que se encuentren periodontalmente afectados. (Loza, 2006)
- **Retenedores:** son los elementos que ofrecen resistencia al desplazamiento, tienen que brindar funciones como el soporte, retención, estabilidad, reciprocación, circunvalación y pasividad para dar una correcta función a la prótesis; existen los retenedores directos y los indirectos. (Loza, 2006)
- **Conectores:**

Conector Mayor: va a unir todas las partes de la prótesis que estén a ambos lados del arco dentario. Éste brinda soporte, retención y firmeza, existen varios diseños para las

prótesis superiores tanto como inferiores que serán elegidos según los criterios del clínico y para las necesidades del paciente. (Loza, 2006)

Conector Menor: se une al conector mayor. Su función es transferir las fuerzas de oclusión de la prótesis a los pilares y a los retenedores. Están ubicados en los espacios interdientales para no molestar a la lengua y con una separación de 5mm cuando se emplean dos o más conectores próximos entre sí. (Loza, 2006)

- **Planos guía:** son superficies que se preparan en las cara mesial o distal de los dientes pilares, guiarán el trayecto de inserción de la prótesis y estarán situados junto a los espacios edéntulos. A los planos guía se van a acoplar las placas proximales las cuales son planos metálicos situados en las caras proximales de los dientes contiguos a los espacios desdentados o en ocasiones en las caras linguales de los dientes posteriores superiores como inferiores. (Mallat, 2003)
- **Bases:** son los elementos que van a dar soporte, estabilidad y retención para las prótesis al descansar sobre los tejidos blandos, el material del que están confeccionadas puede ser acrílico o metal y van a ofrecer soporte a los dientes artificiales. (Loza, 2006)

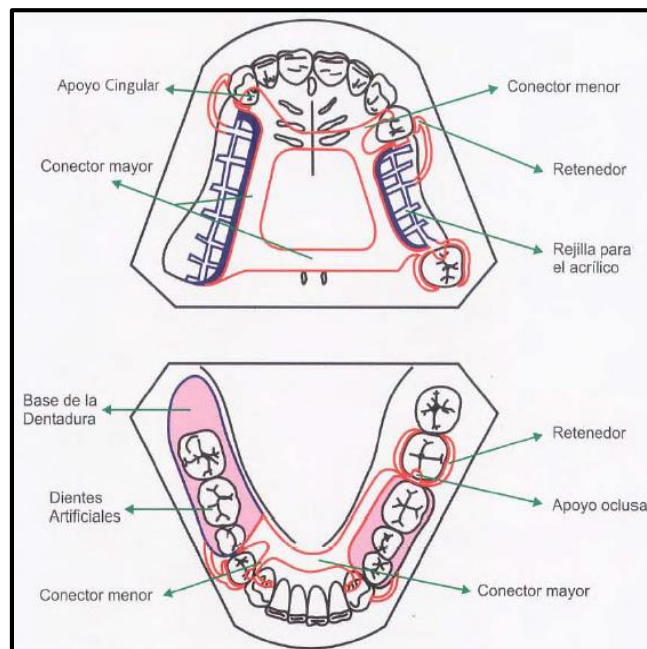


Figura 2. Componentes de la Prótesis Parcial Removible.
Elaborado por: Victoria Moreno
Fuente: (Loza, 2006)

3.3.3.5 Principios del diseño de las PPR

- Estructura altamente rígida.
- El diseño tiene que permitir que las fuerzas de oclusión se distribuyan sobre la mucosa y los dientes remanentes.
- Los apoyos deben dirigir las fuerzas oclusales a través del eje mayor de los pilares.
- Para el extremo libre es necesario de que exista el máximo soporte mucoso (Clase I y II de Kennedy).
- Los retenedores se ubicarán lo más cerca de la línea de fulcrum de los pilares.
- Para el extremo libre se establece una retención indirecta.
- El margen gingival nunca tiene que estar cubierto por el conector mayor.
- La prótesis se acoplará a la oclusión de los dientes remanentes sin interferir en ésta.
(Loza, 2006)

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

1. Historia Clínica

1.1. Datos generales

- **Nombre:** María Isabel Jácome Mancero
- **Edad:** 52 años
- **Género:** Femenino
- **Ocupación:** Ama de casa
- **Nacionalidad:** Ecuatoriana
- **Lugar de Nacimiento:** Latacunga
- **Fecha de Nacimiento:** 09 de Agosto de 1966
- **Residencia:** Latacunga
- **Composición Familiar:** Casada con 4 hijos

1.2 Motivo de consulta

“Quiero revisarme la boca porque me duelen los dientes y se me mueven, y no puedo comer.”

1.3 Enfermedad o Problema actual

Paciente de 52 años, sexo femenino acude a consulta sintomática, refiere que desde hace algunos meses ha presentado dolor en toda la boca y presenta movilidad en los dientes, estas molestias empezaron hace 3 años cuando recibía tratamientos de quimioterapia por lo que ya se había sometido a varias extracciones.

1.4 Antecedentes médicos personales

Paciente refiere que hace 8 años fue diagnosticada con carcinoma de mama, por lo que se sometió a una mastectomía, a tratamientos de quimioterapia y hormonoterapia. Se realizó su última quimioterapia hace 3 años y le dieron el alta médica. Se sometió también a una colecistectomía y una histerectomía hace dos años. Como antecedentes odontológicos, la

paciente se sometió a la extracción de varios dientes hace 3 años en la cual tuvo ciertas complicaciones, como la fractura radicular del diente # 34, sin lograr una exodoncia completa del mismo. Además, después de la cirugía se presentó una alveolitis en esa zona y movilidad dental de algunos dientes vecinos, los mismos que fueron extraídos.

1.5 Antecedentes médicos familiares

Paciente no refiere antecedentes familiares.

1.6 Signos Vitales

Al realizar la toma de los signos vitales podemos observar que se hallan dentro de los rangos normales.

- Presión arterial: 123/79
- Frecuencia cardiaca: 67 latidos/min
- Temperatura (°C): 36° C
- Respiraciones/ min: 18 resp/min

1.7 Examen Físico

1.7.1 Examen extraoral

Al examen extraoral la paciente presenta un biotipo dólicofacial, no presenta patologías aparentes, no se encontraron cadenas ganglionares palpables, no existe tumefacción ni edema, no presenta patologías en la ATM, apertura bucal normal, sonrisa baja, labios delgados.



Figura 3. Análisis fotográfico extraoral de frente.
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 4. Análisis fotográfico extraoral lateral. **A)** Lado derecho, **B)** Lado izquierdo.
Elaborado por: Victoria Moreno

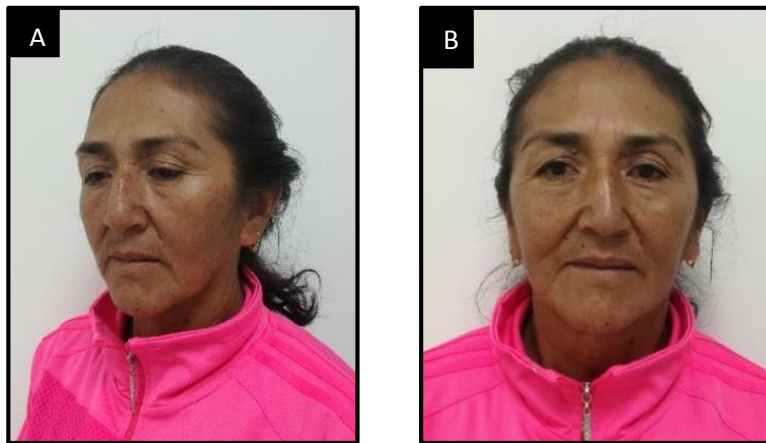


Figura 5. Análisis fotográfico extraoral de frente. **A)** Tres cuartos, **B)** De frente sonriendo.
Elaborado por: Victoria Moreno

1.7.2 Examen Intraoral

Al examen intraoral se observa en el maxilar superior una clase de Kennedy III modificación 1 y en la mandíbula una clase de Kennedy II modificación 1 y según los cuadrantes se observa:

- **Cuadrante I:** pérdida de dientes # 13, 14,15; resinas en mal estado en dientes # 11 y 12; férulas en mal estado en palatino de dientes # 16 y 17.

- **Cuadrante II:** pérdida de dientes # 21, 22, 23, 24; resina en mal estado en el diente #25; férula en mal estado en palatino de dientes # 26, 27.
- **Cuadrante III:** pérdida de dientes # 34, 35,36, 37,38; movilidad grado 3 en diente #31 y movilidad grado 2 en dientes # 32 y 33.
- **Cuadrante IV:** pérdida de dientes # 44, 45, 46,48; movilidad grado 3 diente # 41; movilidad grado 2 dientes # 42 y 47; férula en mal estado en diente # 43 y resina filtrada en diente #43.
- También se observa recesión gingival, pérdida ósea en la zona de dientes mandibulares # 31, 32, 33, 41, 42 y 43, mucosa oral y lengua sin patologías.



Figura 6. Análisis fotográfico intraoral de frente.
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 7. Análisis fotográfico intraoral. A) Fotografía oclusal superior. B) Fotografía oclusal inferior.
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 8. Análisis fotográfico intraoral lateral. A) Lado derecho. B) Lado izquierdo.
Elaborado por: Victoria Moreno

1.8 Odontograma

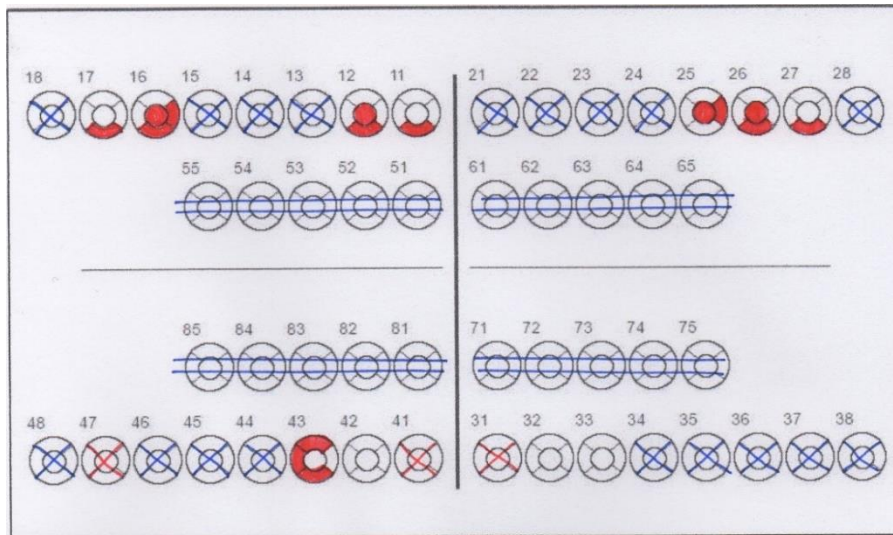


Figura 9. Odontograma
Elaborado por: Victoria Moreno

1.9 Indicadores de Salud Bucal

Indica el estado de la salud bucal del paciente.

Tabla N° 1. Indicadores de salud bucal

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA								
PIEZAS DENTALES					PLACA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1	
16	X	17		55	2	1	1	
11	X	21		51	2	1	1	
26	X	27		65	2	1	1	
36	—	37	—	75	—	—	—	
31	X	41		71	2	1	1	
46	—	47	X	85	2	1	1	
TOTAL					2	1	1	

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

Elaborado por: Victoria Moreno

1.10 Índice CPO-ceo

Permite hacer un análisis del estado de las piezas dentarias y los ausentes.

Tabla N° 2. Índices CPO-ceo

ÍNDICES CPO-ceo				
D	C	P	O	TOTAL
	6	18	0	24
d	c	e	o	TOTAL

Elaborado por: Victoria Moreno

2. Exámenes Complementarios

Estos exámenes en conjunto con los exámenes clínicos nos van a permitir llegar a un diagnóstico correcto. Estos pueden ser: radiografías, exámenes de sangre (biometría hemática, tiempos de coagulación y química sanguínea), modelos diagnósticos, de esta manera sabremos lo que presenta la paciente y decidir cómo tratarla. (Rodríguez, Guerra, & Cuellar, 2019)

2.1 Radiografía Panorámica

En la radiografía panorámica se observan las estructuras óseas; senos maxilares normales, no se presentan patologías, en el maxilar superior e inferior se evidencia pérdida ósea generalizada.

En el maxilar superior se observa: pérdida de dientes # 13, 14, 15, 18, 21, 22, 23, 24 y 28 sombras radiopacas compatibles resinas en dientes # 11 y 12 y en los dientes # 16,17, 26 y 27 se observa una sombra radiopaca compatible con férulas.

En el maxilar inferior se observa: pérdida de dientes # 34, 35, 36,37, 38, 44, 45, 46 y 48. Se observa una sombra radiopacas compatible con resina en el diente # 43 y diente # 47, además en este último se observa una sombra radiolúcida en el ápice del diente compatible con un

proceso endo-periodontal que se encuentra aparentemente en comunicación con el nervio dentario inferior. Se observa una sombra radiopaca en el lado izquierdo mandibular, compatible con un resto radicular del diente # 34.



Figura 10. Radiografía panorámica de maxilares
Elaborado por: Victoria Moreno

2.2 Modelos de estudio

Se realizó la toma de los modelos de estudio con alginato; este material es uno de los más usados para realizar las impresiones, es un hidrocoloide irreversible, que tiene propiedades como fácil manipulación, fraguado rápido entre 2 a 5 minutos y registra de manera exacta las dimensiones de los tejidos bucales con sus relaciones espaciales. El vaciado de los modelos se realizó inmediatamente para que no se distorsionen. (Ayaviri & Bustamante, 2013)

Con los modelos ya vaciados, se logró obtener una réplica idéntica del estado de los dientes y tejidos blandos para con esto poder realizar un mejor diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

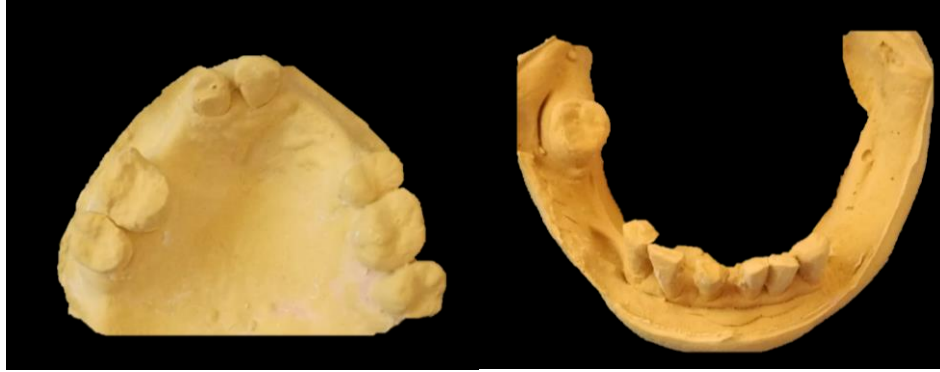


Figura 11. Modelos de estudio superior e inferior
Elaborado por: Victoria Moreno

2.3 Exámenes de laboratorio

Por tratarse de una paciente sistémicamente comprometida, se realizó exámenes de laboratorio en los que consta biometría hemática, tiempos de coagulación y química sanguínea. (Anexo 1)

3. Diagnóstico Dental

Paciente adulto de sexo femenino, de 52 años de edad, con antecedentes personales de carcinoma de mama tratado con mastectomía , quimioterapia y hormonoterapia , también sometida a colecistectomía y una histerectomía, sin antecedentes familiares. Presenta edentulismo parcial superior con clasificación de Kennedy III modificación 1 e inferior clase de Kennedy II modificación 1; resinas filtradas en dientes #11, 12, 16, 26, 25, 43; también férulas en mal estado en dientes #16, 17, 26, 27, 43; presenta periodontitis como manifestación directa de enfermedad sistémica, movilidad dental grado 3 en diente #31 y 41, movilidad dental grado 2 en dientes #32, 33, 42, 47 y periodonto reducido.

4. Plan de tratamiento

Tabla N°3. Plan de tratamiento

ETAPAS EN LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	
Resolución de Urgencias	<ul style="list-style-type: none"> • Exodoncia diente # 47 por presentar infección periapical cercana al nervio dentario inferior. • Exodoncia dientes # 31 y 41 por presentar movilidad grado 3 y dolor.
Control de la infección y reinfección bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación • Profilaxis dental
Control del medio condicionante	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir azúcar en la noche • Uso de enjuague bucal, y técnica de cepillado.
Refuerzo o modificación del huésped ALTA BÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> • No requiere
Control de las infecciones no resueltas como urgencias	<ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia diente #16 • Endodoncia diente #26 • Endodoncia diente # 43
Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Coronas M+P en dientes # 11, 12, 16, 26. • Incrustación en el diente #25. • Perno en diente #43 y resina. • Resinas simples en dientes # 16, 26 • Resinas en bordes insisales en dientes #32, 33, 42, 43. • Prótesis cromo-cobalto superior e inferior.
Monitoreo ALTA INTEGRAL	<p>Inmediato</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24 horas después de colocación de las prótesis. • 8 días después de la colocación de las prótesis. <p>Mediato</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada 3 meses para revisar la estabilidad, y la higiene de las prótesis.

Elaborado por: Victoria Moreno

5. Pronóstico

Estudiados todos los exámenes clínicos y complementarios de la paciente podemos conocer que el pronóstico será favorable, ya que la paciente es colaboradora, mantiene una buena higiene bucal y que gracias al tratamiento propuesto y a todas las medidas necesarias se logrará restablecer todas las funciones como la masticación, fonética y estética.

6. Ejecución del plan de tratamiento

Antes de dar inicio al tratamiento antes mencionado se explicó a la paciente todos los procedimientos que se van a realizar, dándole a conocer los riesgos y beneficios de éstos. También se le solicita la autorización para realizar el plan de tratamiento y que éste pueda ser publicado en el presente trabajo de titulación.

6.1 Fase Inicial

Al iniciar el tratamiento se realizó la apertura de la historia clínica (Anexo 2) y se elabora el periodontograma (Anexo 3) ya que se pudo observar una gran cantidad de dientes perdidos, acumulación de placa y cálculo en los dientes remanentes, y movilidad dental.

Se realiza la toma de las series radiográficas de los dientes remanentes superiores e inferiores.



Figura 12. Radiografías periapicales superiores
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 13. Radiografías periapicales inferiores
Elaborado por: Victoria Moreno

Se realiza la profilaxis dental con scaler, para remover el biofilm y el cálculo dental. Se remueven las férulas de acrílico en mal estado de los dientes superiores e inferiores que le impiden una higienización adecuada.



Figura 14. Fotografía Intraoral de frente tomada después de realizar la profilaxis dental y de retirar el acrílico de los dientes.
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 15. Fotografías Intraorales oclusales tomadas después de realizar la profilaxis dental y de retirar el acrílico de los dientes.
Elaborado por: Victoria Moreno

Los dientes #31 y 41 presentan movilidad grado 3 y el diente #47 presenta una movilidad grado 2 con una lesión periapical cercana al nervio dentario inferior, por lo que se tendrá que realizar la extracción de éstos. Por ser una paciente con compromiso sistémico se necesita una autorización del médico tratante para poder realizar las extracciones.

6.2 Fase Quirúrgica

6.2.1 Exodoncias dentales

Obtenido el consentimiento del médico tratante (Anexo 4), se realizó la extracción simple de los dientes #31 y 41 los cuales presentan movilidad grado 3 y la extracción compleja del diente #47 con movilidad grado 2 e infección periapical cercana al nervio dentario inferior.

Se colocó anestesia infiltrativa en los dientes #31 y 41 y anestesia troncular para el diente #47 para el bloqueo del nervio dentario inferior, nervio bucal y nervio lingual, sindesmotomía, luxación y la extracción propiamente dicha con fórceps, se realizan puntos simples de sutura únicamente en la herida del diente #47. Se envía medicación sistémica a la paciente y se le da las indicaciones necesarias para después de las extracciones dentales.



Figura 16. Fotografías de la extracción de dientes 31, 41 y 47.
Elaborado por: Victoria Moreno

Se realizó el control postoperatorio de la cirugía después de 8 días. Se encontró una buena cicatrización en la zona de los incisivos #31 y 41 extraídos, en la zona del molar #47 extraído se encontró un punto suelto, acúmulo de comida y una cicatrización deficiente, por lo que se decide colocar un apósito de óxido de zinc-eugenol en la zona de la herida y hacer un recambio de éste en 2 días.



Figura 17. Fotografías del control post operatorio de las extracciones de los dientes #31, 41 y 47.
Elaborado por: Victoria Moreno

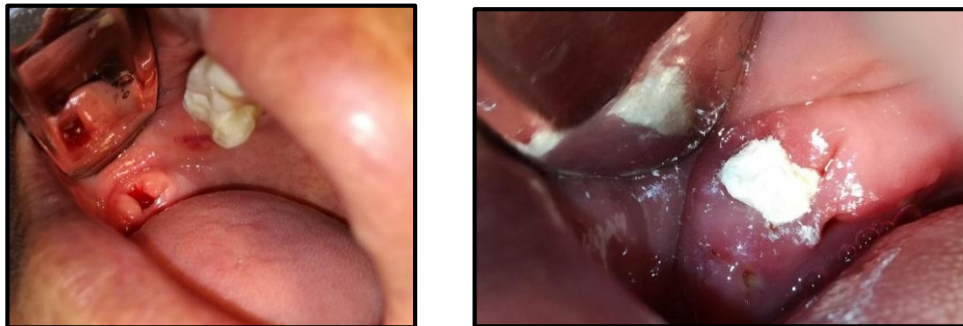


Figura 18. Fotografías de la colocación del apósito de óxido de zinc y Eugenol en la herida del diente #47.
Elaborado por: Victoria Moreno

Después de 3 días se hace el control de la cirugía, se realiza el cambio del apósito de óxido de zinc-eugenol y se observa una mejoría en la cicatrización de la herida de la extracción del diente #47.



Figura 19. Fotografías del control a los 3 días de la colocación del apósito de óxido de zinc-eugenol en la herida del diente #47.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.2.2 Regularización de reborde alveolar

Las espículas óseas son una complicación que puede presentarse después de realizar las extracciones dentales, las cuales son pequeños pedazos de trabécula ósea que se rompen durante las extracciones. En la paciente se logró palparlas y visualizarlas en la zona del diente #47 por lo que se realizó una regularización del reborde alveolar, esta cirugía pre protésica nos brindará una estructura de soporte adecuada para la colocación de los aparatos protésicos. Se realizó con anestesia troncular del lado derecho inferior, colgajo, desgaste de espículas óseas con micromotor y sutura.



Figura 20. Fotografía de la regularización de reborde en la zona del diente 47.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.3 Fase Operatoria

En esta fase se procedió a realizar un análisis del estado de todos los dientes y en especial de aquellos que van a ser utilizados como pilares en las prótesis parciales removibles. Los dientes #11 y 12 se observan restauraciones filtradas; en los dientes #16 y 26 se observan restauraciones con ionómero de vidrio desbordantes y filtradas. En el diente #43 presenta una restauración de resina filtrada y en la radiografía se observa una lesión periapical.

Una vez retiradas las restauraciones se decide realizar coronas metal-porcelana en los dientes #11, 12, 16 y 26. Se realizó el tallado de los dientes #16 y 26. En el diente #43 se decidió realizar tratamiento endodóntico.

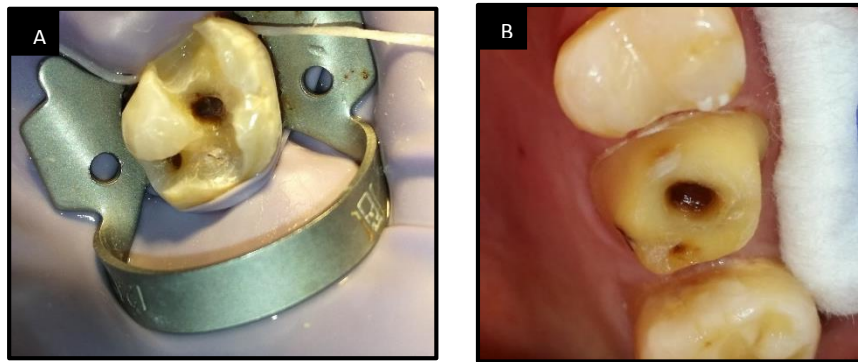


Figura 21. A) Fotografías diente #26 al retirar el ionómero de vidrio, B) Tallado para corona metal porcelana.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.4 Fase de Endodoncia

En esta fase se realizaron los tratamientos endodónticos de los dientes # 43, 16 y 26.

6.4.1 Diente # 43: Se hicieron las pruebas de vitalidad pulpar en el diente #43, las cuales fueron frío y calor negativas, percusión negativa, al tomar una radiografía se observó una lesión periapical en el diente por lo que se realizó una necropulpectomía, se realizó aislamiento absoluto, se utilizó la técnica apico coronal para instrumentar el conducto y se realizó la obturación con la técnica de condensación lateral.

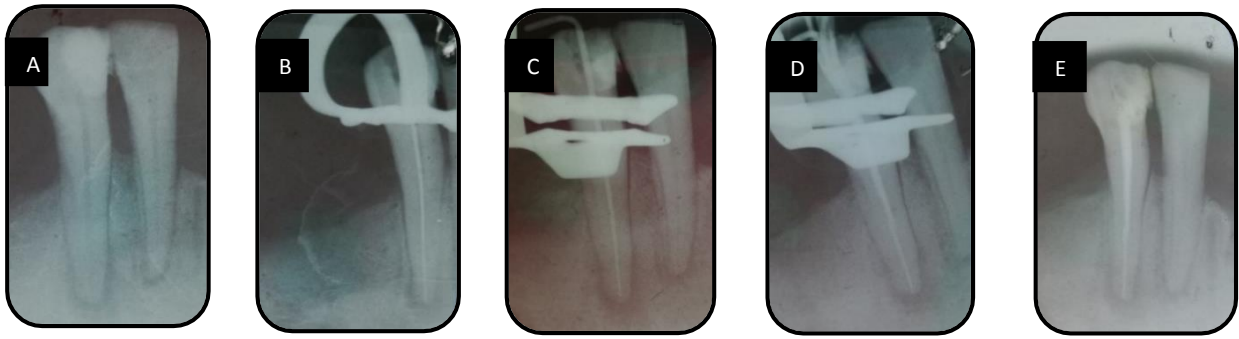


Figura 22. A) Radiografía periapical inicial diente #43, B) Radiografía de Conductometría, C) Radiografía de Conometría, D) Radiografía de penacho y E) Radiografía final del diente #43.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.4.2 Diente #16 y 26: Se realizaron las pruebas de vitalidad pulpar, las cuales fueron frío y calor positivas, percusión negativa, refirió tener dolor espontaneo que aumentaba en las noches, al tomar la radiografía periapical no se observó patologías. En estos dientes se presentó una pulpitis irreversible por el tallado realizado, por lo que se realizó una biopulpectomía. Se procede realizar el aislamiento absoluto, la instrumentación con el sistema Protaper manual y se obturó mediante la técnica de condensación lateral.

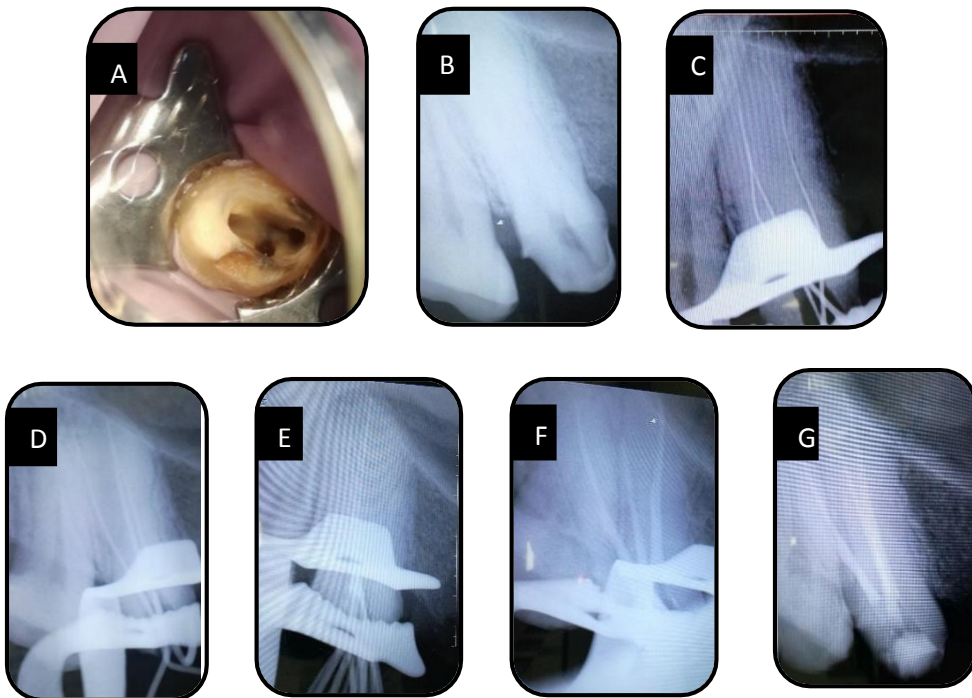


Figura 23. A) Fotografía acceso coronal, B) Fotografía de la radiografía inicial, C) Fotografía de toma de longitud de trabajo diente 16, D) Radiografía periapical de conometría, E) Radiografía periapical de penacho raíz palatina, F) Radiografía de penacho de las raíces vestibulares del diente 16, G) Radiografía periapical final de la endodoncia del diente #16.

Elaborado por: Victoria Moreno

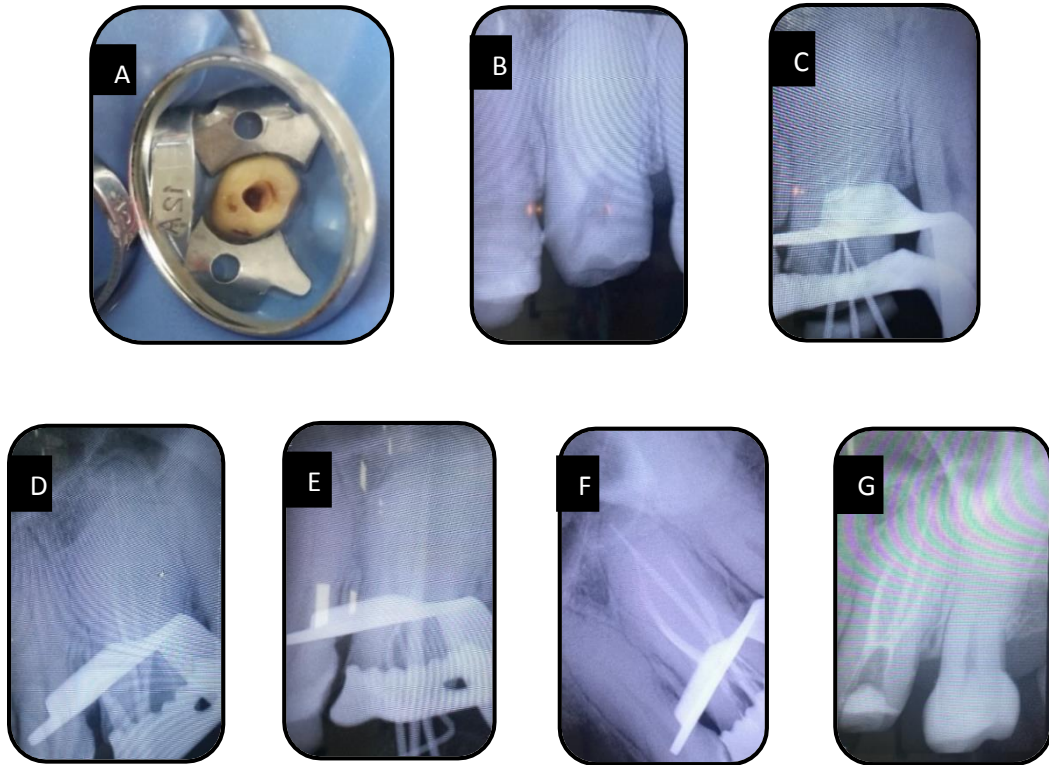


Figura 24. A) Fotografía de acceso coronal, B) Fotografía de radiografía inicial, C) Fotografía de toma de longitud de trabajo diente #26, D) Radiografía periapical de la conometría del diente 26, E) Radiografía periapical del penacho raíz palatina del diente #26, F) Radiografía periapical del penacho de raíces vestibulares y conducto mesio palatino del diente #26, G) Radiografía final.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.5 Fase de Rehabilitación Oral

Cuando es necesario cualquier tipo de tratamiento restaurador definitivo se tiene que evaluar: el tratamiento endodóntico realizado, la estructura dentaria remanente, el estado periodontal, la estética que se busca y la morfología de la raíz para poder realizar una correcta elección del tratamiento restaurador. Al momento de restaurar cualquier diente, éste debe presentar un mínimo de 1-2 milímetros de estructura coronal remanente y teniendo en consideración si es un diente anterior o posterior. (Suárez, Ripollés, & Pradíes, 2006)

En dientes anteriores que presenten una destrucción del 40 al 60% de la corona, lesiones proximales marginales pequeñas, borde incisal y cúngulos con afectación leve, dientes con

fuerzas oclusales moderadas, según la estética que requiera y el tipo de oclusión que presente, se rehabilitará conservadoramente con únicamente composite o con perno y muñón.

Los dientes posteriores presentan necesidades restauradoras diferentes, por presentar una estructura distinta y por soportar fuerzas oclusales más elevadas durante la masticación. En muchos de los casos se puede restaurar únicamente con técnicas adhesivas, sin colocar un perno, conservando la mayor cantidad de tejidos y proporcionando un mayor tiempo de vida del diente. En dientes posteriores que presentan raíces delgadas y cortas, coronas clínicas largas, será necesaria la colocación de pernos para conseguir una adecuada retención. (Suárez, Ripollés, & Pradés, 2006)

6.5.1 Perno:

Después de realizar la endodoncia se valoró la estructura dental del diente #43, no existía pérdida de estructura dentaria coronal que supere el 50%, por lo que se optó por realizar un perno prefabricado y la restauración con resina. Se realizó la desobturación del diente #43 a 15 mm, prueba del perno de fibra de vidrio translúcido y cementación del mismo con el cemento resinoso ParaCore siguiendo las indicaciones del fabricante.

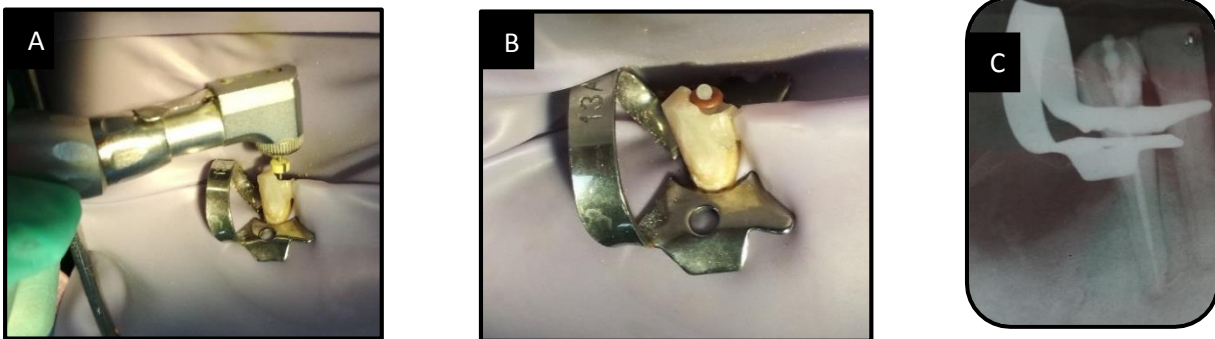


Figura 25. A) Fotografía desobturación, B) Fotografía prueba del perno, C) Radiografía del perno del diente 43.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.2 Resinas

6.5.2.1 Diente #43

Después de cementar el poste prefabricado y por no presentar una destrucción coronaria extensa se realizó en el diente #43 una resina simple. Realizando aislamiento absoluto del campo operatorio, se realizó la conformación de la cavidad en la cara lingual del diente #43, desinfección con clorhexidina, colocación del ácido ortofosfórico (10 segundos en esmalte y 5 segundos en dentina), lavado por 60 segundos y secamos, aplicamos el adhesivo frotando en la cavidad por 20 segundos y aireamos por 5 segundos, colocamos una segunda capa de adhesivo frotando por 20 segundos y fotopolimerizamos, colocamos la resina y fotopolimerizamos en cada porción, pulimos y revisamos puntos de contacto.

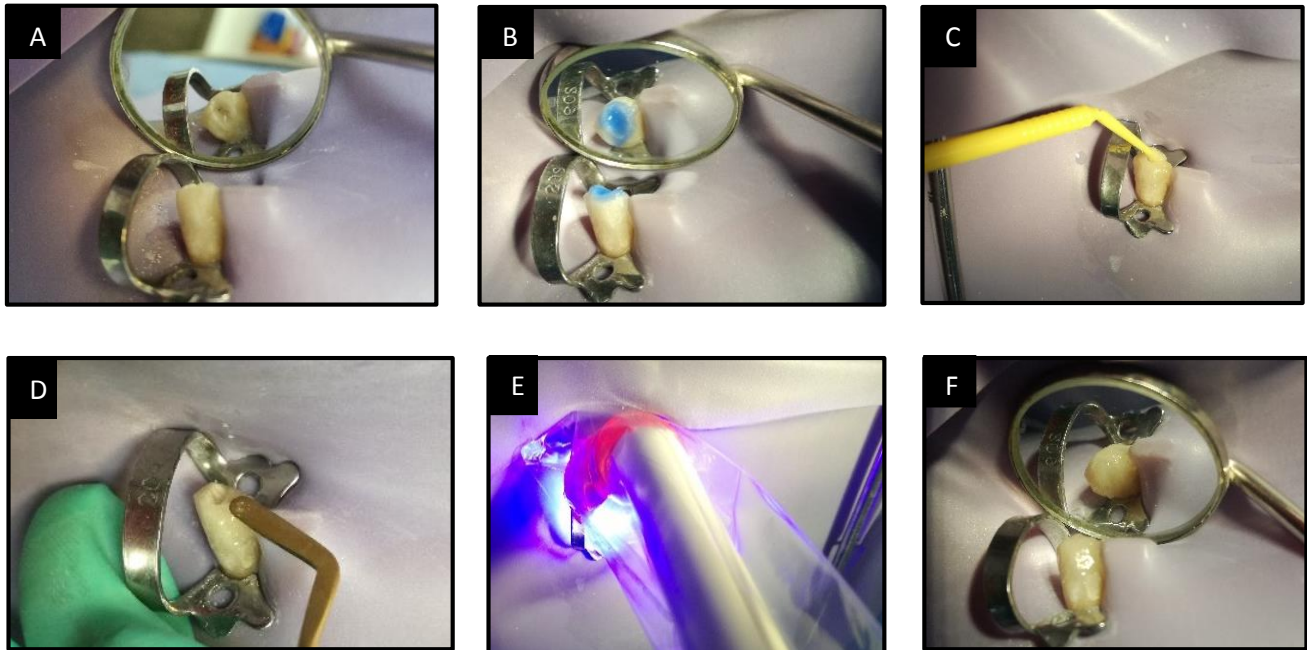


Figura 26. A) Fotografía de la cavidad, B) Fotografía colocación de ácido ortofosfórico, C) Fotografía colocación de adhesivo, D) y E) Colocación de resina y fotopolimerización, F) Fotografía de la resina terminada del diente 43.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.2.2 Diente #16 y 26

Después de que se realizaron los tratamientos endodónticos en los dientes #16 y 26 no se presenta una destrucción coronaria extensa, además las condiciones coronarias y radiculares eran adecuadas para restaurar el muñón con resina.

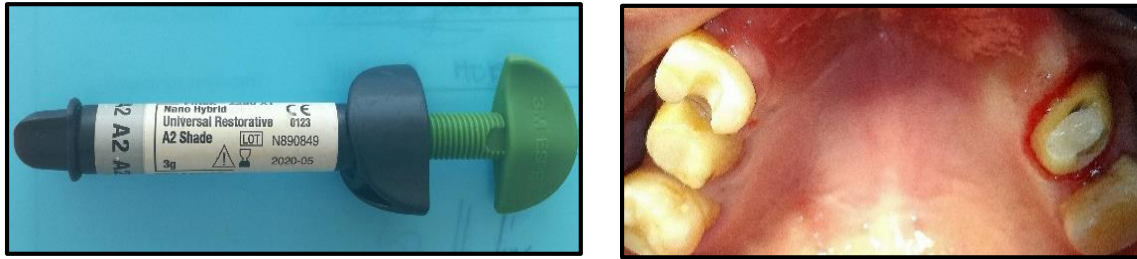


Figura N° 27. Fotografías de las resinas en dientes #16 y 26 después de los tratamientos endodónticos.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.3 Coronas Metal-Porcelana

6.5.3.1 Montaje en articulador

Se realiza el montaje de los modelos de estudio en el articulador, esto tiene como objetivo transferir las relaciones intermaxilares, la posición y movimiento de los maxilares. Para esto se utilizó el arco facial el cual nos permite registrar la posición del maxilar superior con relación a la base del cráneo. También se determina la dimensión vertical (5,7mm) de la paciente. Para tomar la relación interoclusal se elabora una base de acrílico y colocan rodetes de cera.



Figura 28. Fotografía de modelos de estudio en articulador.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.3.2 Tallado

Al momento de realizar el tallado de los dientes pilares es importante tomar en cuenta que este debe lograr fundamentalmente tres principios que son mecánicos, biológicos y estéticos. Estos principios nos ayudarán a conseguir un tallado ideal para que no se vea afectado el órgano pulpar y las demás estructuras dentales. (Pegorado, 2001)

Para la realización de las coronas metal-porcelana se tiene que dejar el espacio suficiente para los materiales de la corona, el tallado de los dientes se realiza mediante la confección de los surcos guía con una fresa troncocónica, la reducción oclusal va a ser de 1.5 mm, en la reducción vestibular de 1.2 mm, la palatina tiene que ser de 0.5 mm en dientes anteriores con una fresa en forma de flama y 1 mm en dientes posteriores con una fresa troncocónica, la reducción mesial y distal se realizará con una fresa de punta de lápiz rompiendo el punto de contacto entre los dientes y en todas las caras se confeccionará el hombro. La preparación debe presentar adecuadas condiciones de resistencia y retención, así como presentar ángulos redondeados. (Pegorado, 2001)



Figura 29. Fotografía de tallado de dientes #11, 12, 16 y 26.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.2.3 Provisionales

Mediante la silicona de condensación Speedex Putty se realizaron las llaves de silicona de los dientes #16, 26, 11,12. Se prepararon antes de empezar a tallar los dientes para poder realizar los provisionales posteriormente.



Figura 30. Fotografía de llaves de silicona de los dientes #11, 12, 16y 26.
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 31. A) Fotografía de la elaboración de provisionales de dientes #11 y 12, B) Fotografía de la elaboración de provisional del diente# 16, C) Fotografía de la elaboración de provisional del diente #26.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.2.4 Toma de impresiones

Después de terminar el tallado para coronas metal-porcelana de los dientes #11, 12, 16 y 26 se procede a realizar la toma de impresiones funcionales. Esta se llevara a cabo con una silicona de adición por ser el material más aceptado a la hora de realizar la copia en negativo exacta de los tejidos bucales, este es un material muy preciso, con poca alteración dimensional, con buen tiempo de trabajo y con excelente resistencia al rasgado. (Pegorado, 2001)

Primero se colocaron los hilos retractores #00 y #000 con lo que se logrará una retracción gingival para que no interfiera con la toma de impresión del hombro, se tomó la impresión con silicona de adición con la técnica de dos pasos, primero con la silicona pesada para copiar de manera parcial todas las estructuras, una vez fraguada, se toma la impresión definitiva con

la silicona liviana para la reproducción de todos los detalles finos de dientes y tejidos blandos. Se toma el color para las coronas: 3A (310) y se colocan los provisionales.



Figura 32. Fotografías de la colocación de hilos retractores en dientes #11, 12, 16 y 26.
Elaborado por: Victoria Moreno

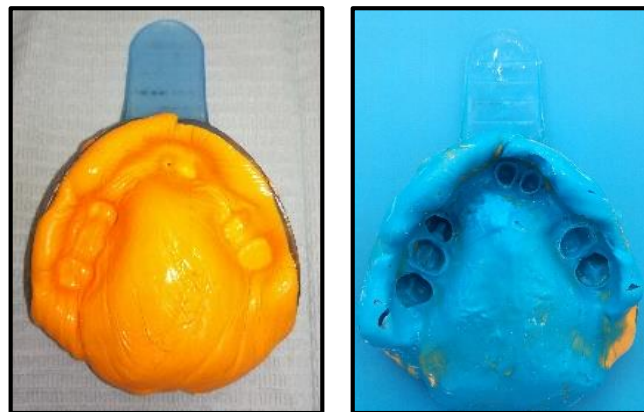


Figura 33. Fotografías de las impresiones en dos pasos con pasta de adhesión.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.2.5 Prueba de metal

En la prueba de metal de coronas de dientes #11, 12, 16,26; se verificó que éstas se asienten completamente en el hombro tallado de cada uno de los dientes, observando que no existan escalones. También se observó que la cantidad de espacio en oclusal sea adecuada para poder colocar la porcelana, el cual tiene que ser de 1,5 a 2 milímetros.

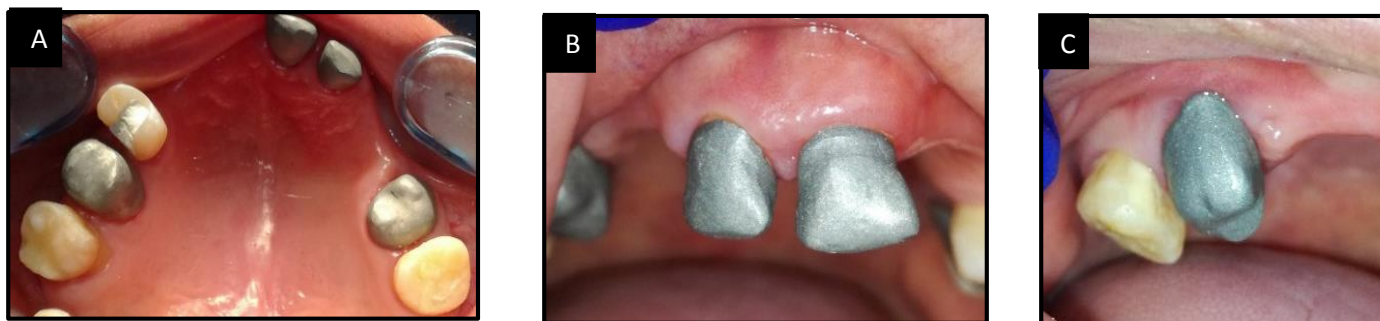


Figura 34. A) Análisis fotográfico intraoral oclusal de la prueba de cofia de las coronas de dientes #11, 12,16 y 26, B) Análisis fotográfico de la prueba de cofia de dientes #11 y 12, C) Análisis fotográfico de la prueba de cofia de diente #16.

6.5.2.6 Prueba de Porcelana

En la prueba de porcelana sin terminar, de las coronas de dientes #11, 12,16 y 26 realizamos la inspección de las coronas, y se verificó: la adaptación de éstas al hombro, el tamaño, morfología y color de las coronas. Se observó que las coronas de los dientes #11 y 12 presentan un deficiente sellado cervical y quedan desadaptadas por lo que se envió al laboratorio una impresión de arrastre.



Figura 35. Análisis fotográfico intraoral de la prueba de porcelana sin terminar de las coronas de los dientes #11, 12, 16 y 26.

Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 36. Fotografía la impresión de arrastre de las coronas de dientes #11 y 12.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.2.7 Prueba de porcelana Final y Cementación

Una vez más se comprobó la adaptación y tamaño de las coronas sean los correctos, también se revisó la oclusión y puntos de contacto proximales, una vez realizados estos procedimientos se procedió a cementar. Se realizó la desinfección de las coronas y de los dientes con clorhexidina, se arenó con polvo de alúmina a una presión de 2 bar por 10 segundos para tener mayor retención, se realiza un aislamiento relativo en boca y se procede a la cementación de las coronas con Meron.

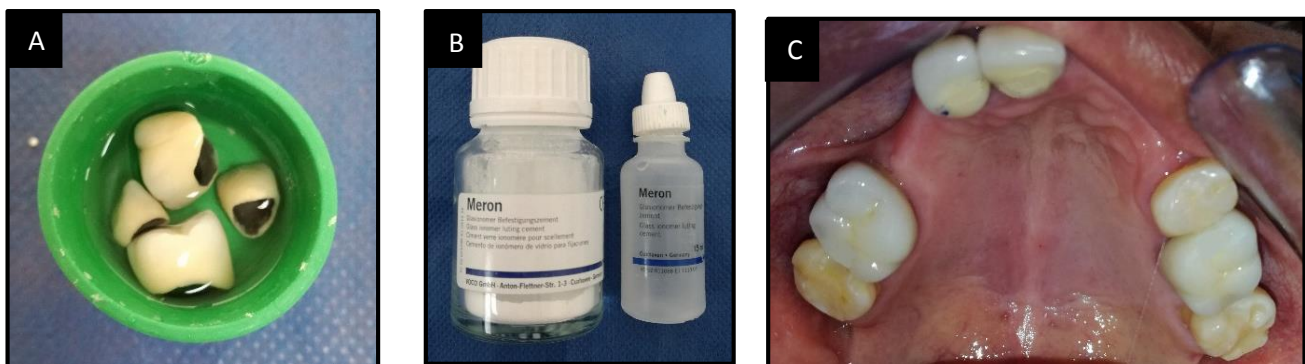


Figura 37. A) Fotografía de la desinfección de las coronas, B) Cemento utilizado para la cementación, C) Fotografía de las coronas cementadas en dientes #11, 12, 16 y 26.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.4 Incrustación

Su realización se confeccionó a la par con las coronas metal-porcelana.

6.5.4.1 Tallado

En diente #25 se realizó el tallado para la incrustación de tipo Inlay, la cual es una restauración que no abarca las cúspides del diente y se limita a estar dentro del espacio intercuspideo. Este tallado tiene que ser convergente hacia afuera con los ángulos redondeados y eliminando todo esmalte que no tenga retención.



Figura 38. Fotografía del tallado del diente #25.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.4.2 Toma de Impresiones

Se tomó la impresión funcional con silicona de adición con la técnica de dos pasos, este material nos va a brindar mayor precisión al momento de copiar las estructuras dentarias, y se tiene mayor tiempo de trabajo ya que tiene mayor estabilidad dimensional. Se toma el color: 3A (310).

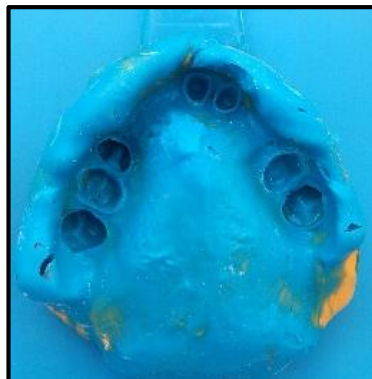


Figura 39. Fotografías de impresión con pasta de adhesión.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.4.5.3 Prueba y cementación de incrustación

Al realizar la prueba de la incrustación del diente #25 se revisaron los puntos de contacto en proximal para que su adaptación fuera la correcta se realizó un aislamiento relativo de la zona a trabajar:

Preparación de la incrustación: desinfección con clorhexidina, colocación de ácido ortofosfórico (5 minutos) y lavamos.

Preparación del diente: realizamos la limpieza del diente con piedra pómez, desinfección con clorhexidina, colocación de ácido ortofosfórico (10 segundos en esmalte y 5 segundos en dentina), se lavó por 60 segundos, secamos, se colocó una capa de adhesivo sin fotopolimerizar en la cavidad.

Cementación: con el cemento resinoso en la cavidad se colocó la incrustación verificando su adaptación, retiramos los excesos y fotopolimerizamos por 20 segundos en cada cara del diente.



Figura 40. Fotografías de materiales utilizados para la cementación de la incrustación.
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 41. A) Fotografía de la prueba de la incrustación, B) y C) Cementación de la incrustación del diente #25.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.5 Prótesis Parcial Removible

6.5.5.1 Toma de Impresiones

Después de la cementación de las coronas en los dientes superiores, se realizó una nueva toma de impresiones de estudio superior con alginato y se realizó el vaciado del modelo superior con yeso piedra.

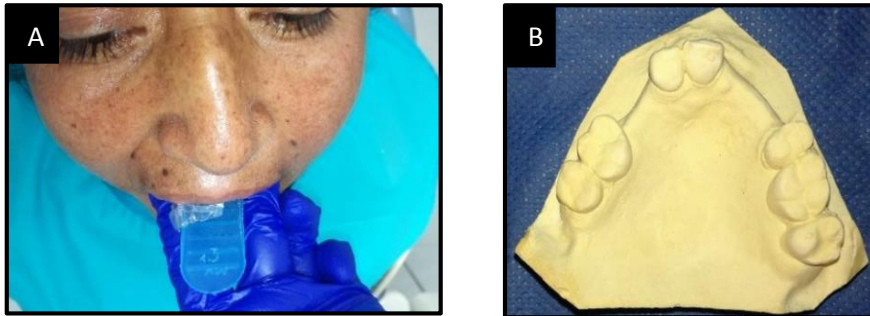


Figura 42. A) Fotografía de la toma de impresión superior, B) Modelo de estudio superior vaciado en yeso piedra.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.5.2 Paralelizado

Se realizó el paralelizado del modelo inferior y superior. Mediante el paralelógrafo que es un instrumento compuesto por: una base, la plataforma para sujetar el modelo, el eje vertical que sostiene a la parte superior, el eje horizontal que puede ser rígido o articulado y otro eje vertical perpendicular a la base y que tiene un mandril para sostener varios instrumentos intercambiables con los cuales se analiza el paralelismo. Va a servir para determinar las zonas más prominentes de los dientes o de los tejidos blandos de los modelos de un arco dentario, para el correcto asentamiento de la prótesis que va ser elaborada. (Loza, 2006)

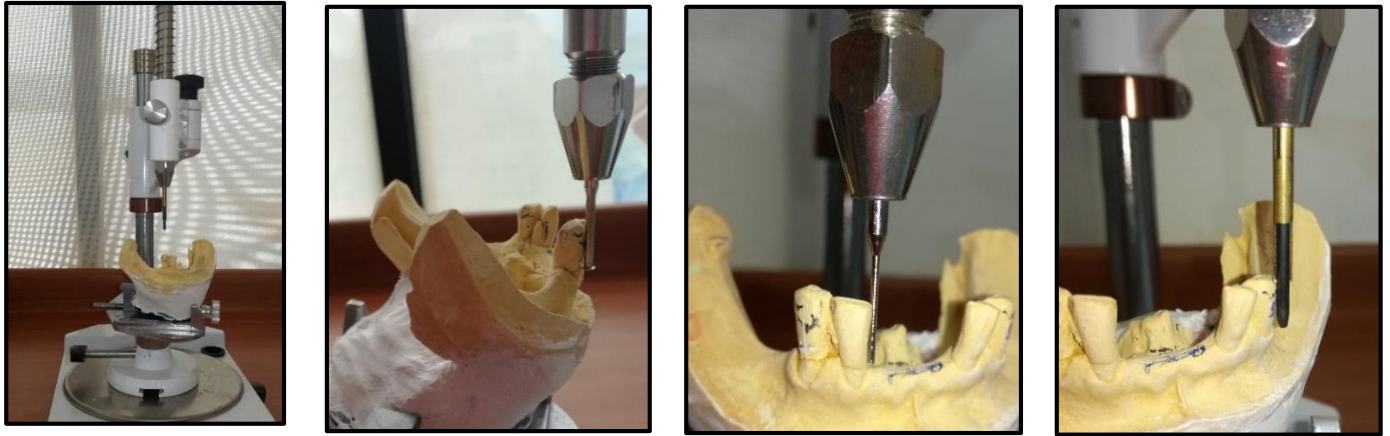


Figura 43. Fotografías del procedimiento de paralelización del modelo inferior.
Elaborado por: Victoria Moreno

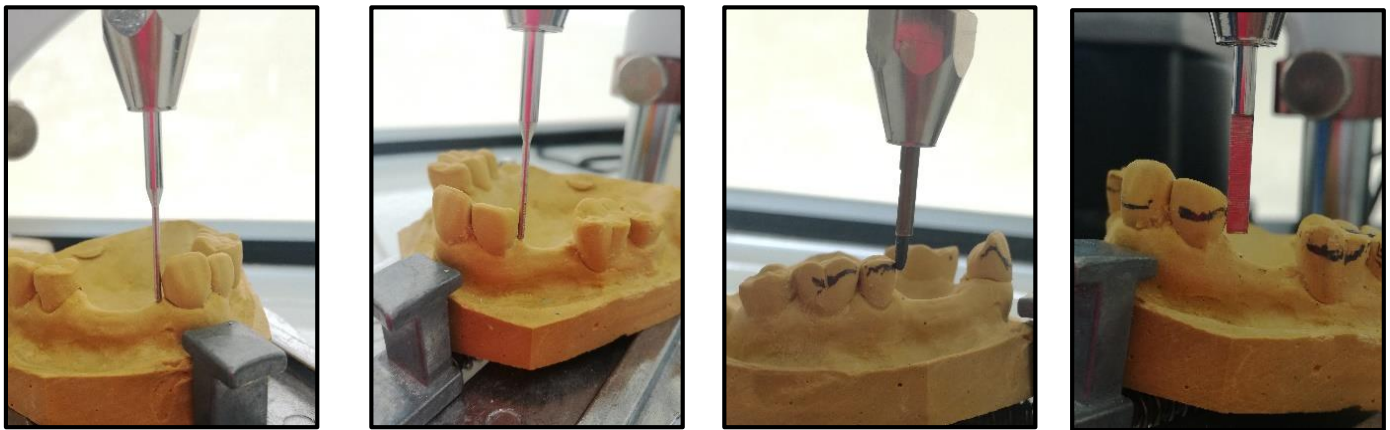


Figura 44. Fotografías de la secuencia del paralelizado del modelo superior.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.5.3 Diseño de la PPR

Secuencia de diseño

- Apoyos oclusales
- Retenedores
- Conector mayor
- Conectores menores y placas de contacto proximal
- Retenciones para el acrílico de las bases
- Extensión de las bases (Loza, 2006)

Prótesis cromo-cobalto inferior:

- **Apoyos:** Se realizaron apoyos cingulares en los dientes #32, 33, 42 y 43.
- **Retenedores:** Se seleccionó un retenedor RPI ya que éstos son usados cuando existe edentulismo de extensión distal y para brindar estética en el sector anterior.
- **Conector mayor:** Se eligió la barra lingual, ya que existe suficiente espacio entre el piso de boca y el margen gingival lingual de las piezas anteriores.
- **Conectores menores:** Unen al conector mayor con los retenedores, se colocaron en distal o mesial de los dientes pilares.
- **Rejillas:** Se colocaron rejillas en las zonas edéntulas.

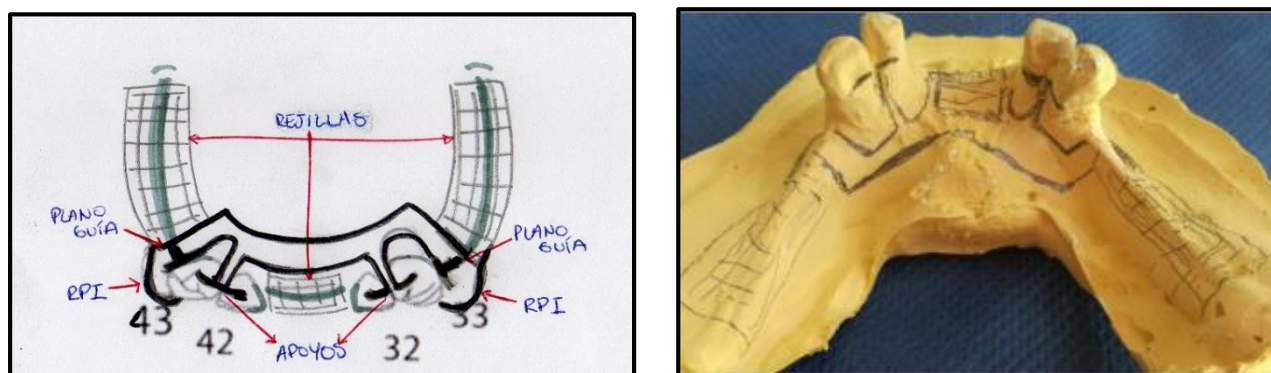


Figura 45. Fotografía del diseño de la prótesis cromo-cobalto inferior.

Elaborado por: Victoria Moreno

Prótesis cromo cobalto-superior:

- **Apoyos:** Se realizaron apoyos cingulares en los dientes #11 y 12, apoyos oclusales mesiales en los dientes #17 y 26 y apoyos oclusales distales en los dientes #16 y 25.
- **Retenedores:** En los dientes #16 y 17 y en los dientes #25 y 26 se utilizaron retenedores doble Acker.
- **Conector mayor:** Se seleccionó una barra palatina doble, ya que tiene excelente soporte y rigidez.
- **Conectores menores:** Unen al conector mayor con los retenedores y se colocaron en distal y mesial de los dientes pilares.
- **Rejillas:** En las zonas edéntulas.

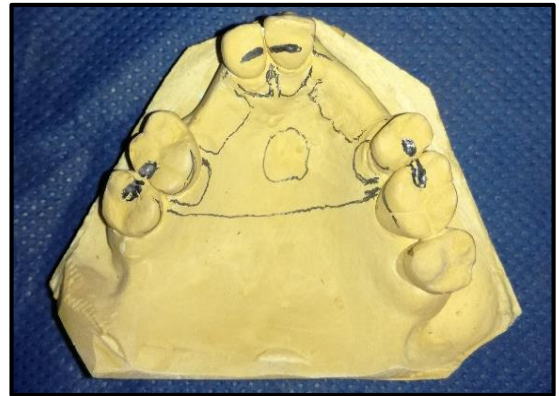
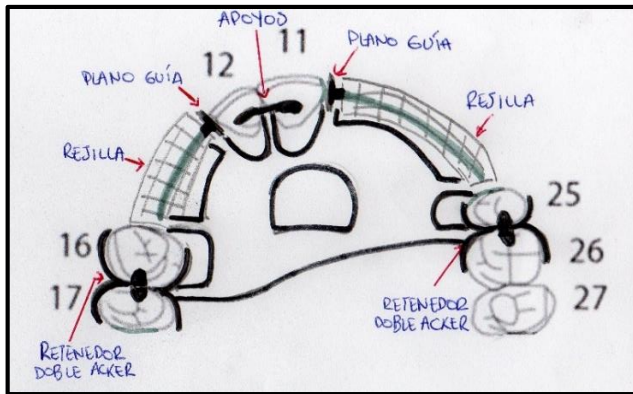


Figura 46. Fotografías del diseño de la prótesis cromo cobalto superior.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.5.4 Tallado de apoyos

De acuerdo al diseño realizado en los modelos de estudio se talló los apoyos para las prótesis cromo cobalto superior e inferior: apoyos cingulares en los dientes pilares #32, 33, 42 y 43 para la PPR inferior; para la PPR superior se tallan apoyos cingulares en dientes #11, 12 y apoyos oclusales en dientes pilares #16, 17, 25 y 26.



Figura 47. Fotografías del tallado de apoyos para prótesis cromo cobalto inferior.
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 48. Análisis fotográfico intraoral del tallado de apoyos para la prótesis cromo cobalto superior.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.5.5 Impresión definitiva

Después de que se realizaron los tallados de los apoyos para las prótesis cromo-cobalto se tomó con alginato las impresiones funcionales para el modelo maestro y se vaciaron en yeso extraduro.

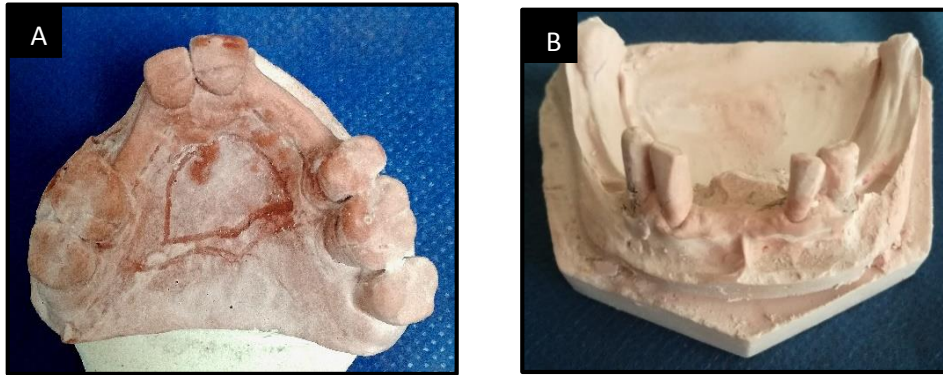


Figura 49. A) Fotografía del modelo maestro de la prótesis cromo-cobalto superior vaciado en yeso extraduro, B) Fotografía del modelo maestro de la prótesis cromo-cobalto inferior vaciado en yeso extraduro.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.5.6 Prueba de esqueleto metálico

La primera prueba de las prótesis cromo-cobalto va a ser de la estructura metálica, donde vamos a verificar que el diseño sea igual al elaborado en los modelos, se revisó que se adapten a los tejidos dentales, mucosos y que no exista desadaptación. También se pidió a la paciente su opinión sobre la comodidad y si existe molestia en alguna zona. Se realizó la toma de color para los dientes artificiales: 3A (310)

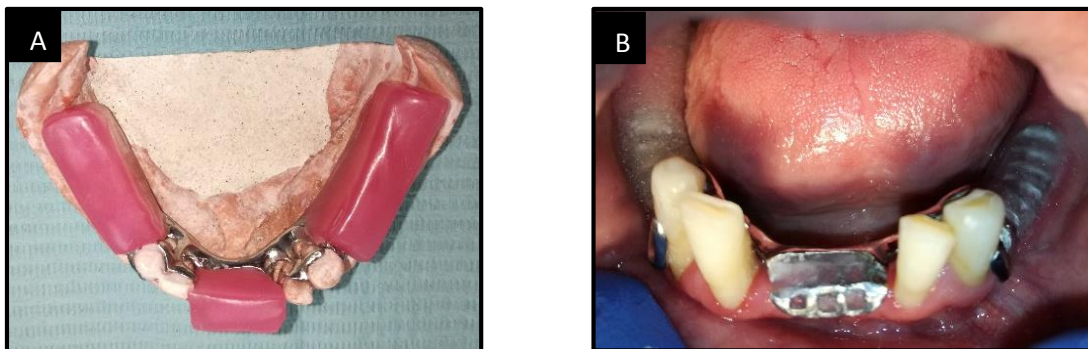


Figura 50. A) Fotografía de la estructura metálica en el modelo maestro, B) Fotografía estructura metálica de la prótesis cromo cobalto inferior en boca.
Elaborado por: Victoria Moreno

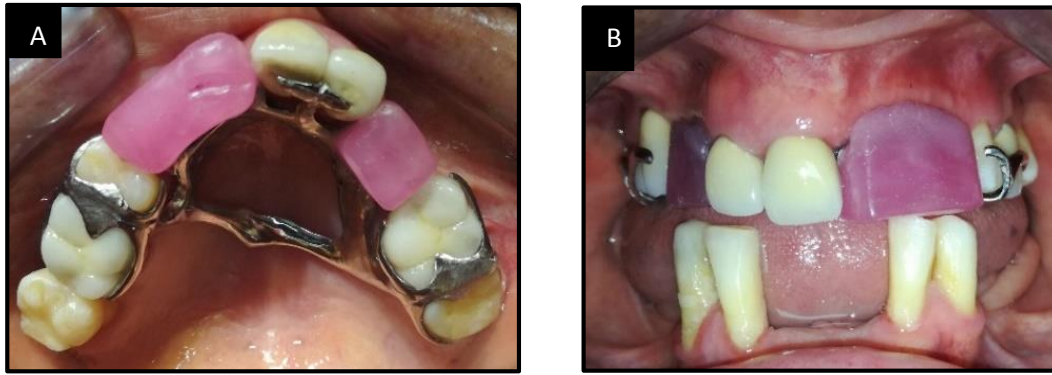


Figura 51. A) Análisis fotográfico intraoral oclusal de la prueba del esqueleto metálico de la prótesis cromo-cobalto superior, B) Análisis fotográfico intraoral de frente de la prueba del esqueleto metálico de la prótesis cromo-cobalto superior
Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.5.7 Prueba del enfilado

En la prueba de enfilado de las prótesis cromo-cobalto inferior y superior, se comprueba la adaptación y estabilidad de la prótesis, se realiza la verificación de la oclusión y se verifican puntos de contacto y se corrigen.

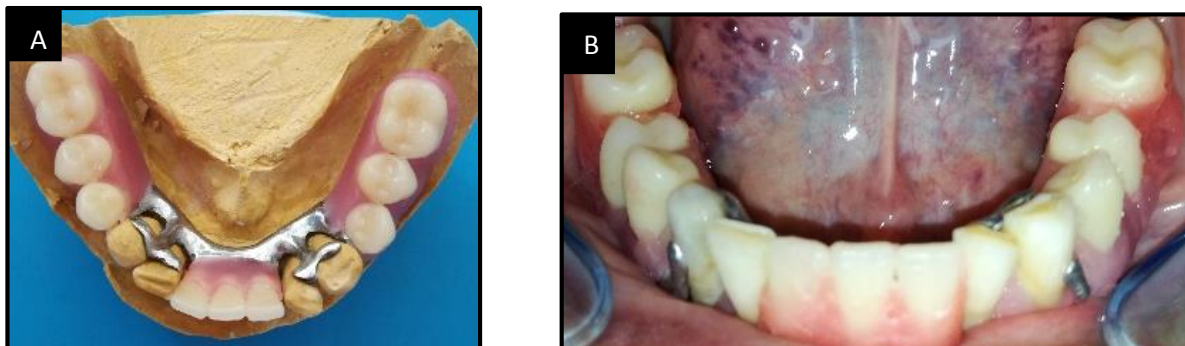


Figura 52. A) Fotografía de enfilado de la prótesis cromo-cobalto inferior en el modelo maestro, B) Análisis fotográfico intraoral oclusal de la prueba de enfilado de la prótesis cromo-cobalto inferior
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 53. A) Fotografías del enfilado de la prótesis cromo-cobalto superior en el modelo maestro, B) Análisis fotográfico intraoral de frente de la prueba del enfilado de la prótesis cromo-cobalto superior, C) Análisis fotográfico intraoral oclusal de la prueba del enfilado de la prótesis cromo-cobalto superior

Elaborado por: Victoria Moreno

Al momento de realizar la oclusión con ambas prótesis se observa que los bordes insisales de los dientes #32, 33 ,42 y 43 están destruidos por lo que se observa un espacio entre los dientes y la prótesis superior.



Figura 54. Fotografías de los bordes incisales de los dientes #32, 33, 42,43 antes de las resinas.

Elaborado por: Victoria Moreno

Se realizaron resinas en bordes insisales; se realizó un aislamiento absoluto del campo operatorio, se hizo un bisel en los bordes insisales de los dientes #32,33,42 y 43 y se procedió a realizar las resinas en esto dientes.

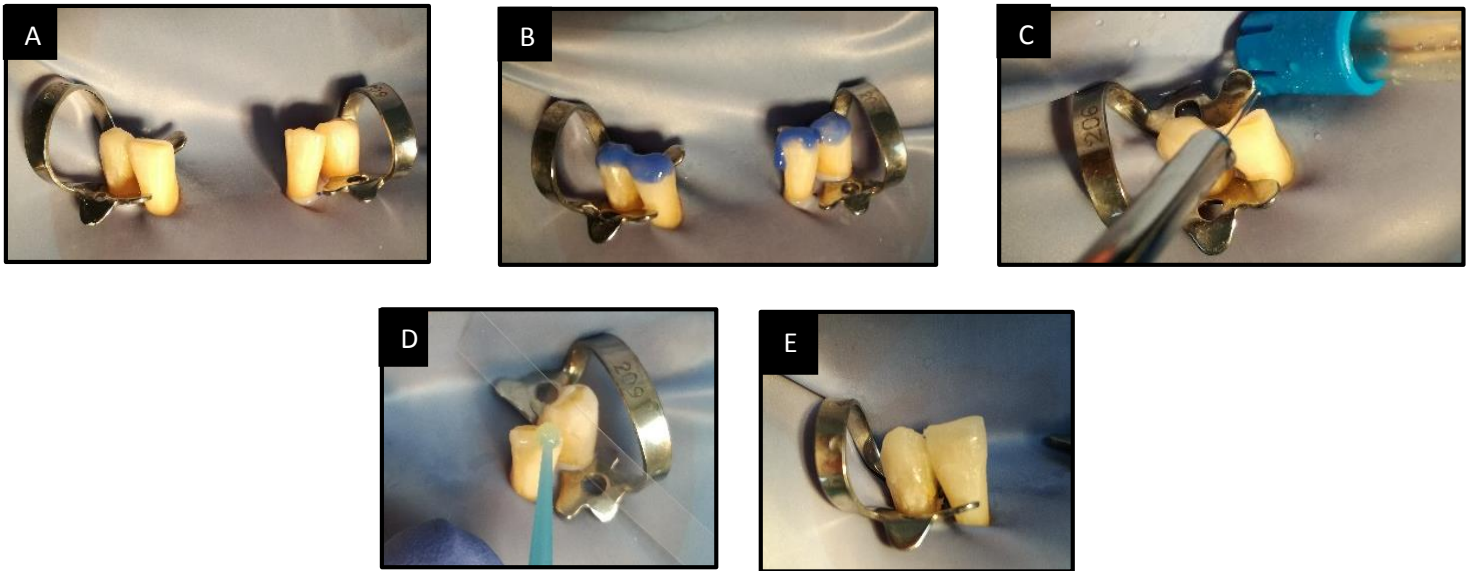


Figura 55. A) Fotografía del aislamiento de los dientes #32, 33, 42 y 43, B) y C) Fotografías de la colocación del ácido ortofosfórico y del lavado del mismo, D) Fotografía de la colocación del adhesivo, E) Fotografía de resinas terminadas.

Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.5.8 Instalación de prótesis terminadas

Entrega de prótesis cromo-cobalto superior e inferior. Se realizó un control oclusal y se dieron las indicaciones para el uso, higienización y mantenimiento de las prótesis.

Se le explicó a la paciente la inserción y la remoción de las prótesis de la manera correcta. En la colocación sin forzar los retenedores, la tracción de las prótesis se harán mediante las bases en la superior y en la inferior se hará mediante los ganchos. Se recomendó a la paciente que los primeros días del uso de la prótesis procure masticar y cerrar la boca con cuidado para evitar lesiones en dientes y tejidos blandos, que practique la pronunciación de las palabras y que si existe algún tipo de herida o dolor se comunique inmediatamente con el odontólogo.

La higiene de las prótesis se realizará fuera de la boca con un cepillo de cerdas duras y con jabón neutro, después de cada comida. También se recomendó que cada 15 días se desinfecten las prótesis sumergiéndolas en clorhexidina por 10 minutos. Se explicó que es conviene quitar las prótesis para dormir, para que los tejidos descansen diariamente unas horas de la presión a que pudieran estar sometidos.

Se le indicó a la paciente la importancia que tiene el mantener su boca libre de placa bacteriana, para esto se debe tener un adecuado cepillado de los dientes, mucosas, carrillos y lengua, seguido del uso de colutorios e hilo dental después de cada comida, de esta manera se podrá mantener una adecuada salud oral.

Se informó a la paciente que la adaptación total de las prótesis va ser un proceso que tomará un tiempo de hasta ocho semanas por lo que es necesario hacer varios controles.



Figura 56. Análisis fotográfico intraoral de frente de las prótesis cromo-cobalto superior e inferior.

Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 57. **A)** Análisis fotográfico intraoral lateral lado derecho, **B)** Análisis fotográfico intraoral del lado izquierdo de las prótesis cromo-cobalto superior e inferior.

Elaborado por: Victoria Moreno

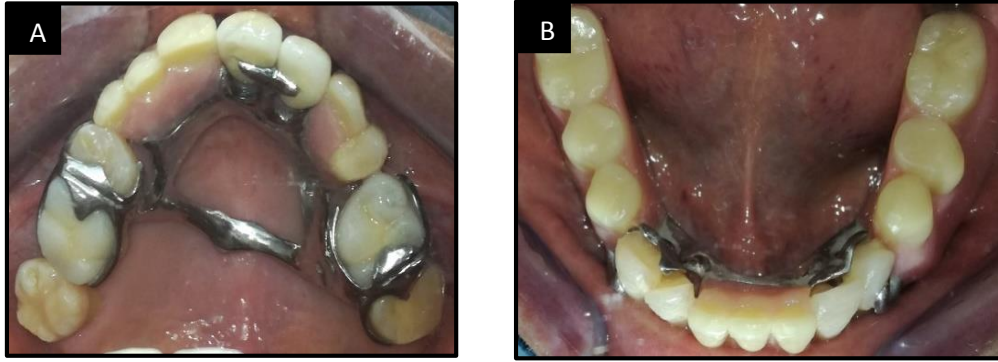


Figura 58. A) Análisis fotográfico intraoral oclusal de las prótesis cromo-cobalto superior, B) Análisis fotográfico intraoral oclusal de las prótesis cromo-cobalto inferior.
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 59. Análisis fotográfico extraoral de frente.
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 60. A) Análisis fotográfico extraoral lateral derecho, B) Análisis fotográfico extraoral lateral izquierdo.
Elaborado por: Victoria Moreno



Figura 61. A) Análisis fotográfico extraoral lateral ¾, B) Análisis fotográfico extraoral de frente sonriendo.
Elaborado por: Victoria Moreno

6.5.5.9 Monitoreo y Controles

El primer control se realizó el control después de la entrega de las prótesis cromo-cobalto superior e inferior y se realizó un ajuste oclusal en la prótesis inferior, se observó la mucosa mandibular zonas enrojecidas por el uso de la prótesis, se observó una buena higiene de la las prótesis y de la boca de la paciente.



Figura 62. Análisis fotográfico intraoral de puntos de contacto prematuros en la prótesis cromo-cobalto inferior.
Elaborado por: Victoria Moreno

Se realizó el control a los 15 días de entregada las prótesis cromo-cobalto superior e inferior y se realizó un ajuste oclusal en la prótesis inferior, se citó a la paciente para el próximo control en 8 días si existen molestias con el uso de las prótesis.



Figura 63. Análisis fotográfico intraoral de puntos de contacto prematuros en la prótesis cromo-cobalto inferior.
Elaborado por: Victoria Moreno

Se realizó el control de las prótesis cromo cobalto superior e inferior a las 3 semanas de entregada las prótesis y se realizó un ajuste oclusal en la prótesis inferior, se observó un desajuste en la prótesis inferior por lo que se ajustaron los ganchos, se observó buena higiene de las prótesis y de la boca de la paciente.

DISCUSIÓN

La visión general de un paciente, como un ser con múltiples sistemas y funciones, permite brindar atención integral de calidad, especialmente en aquellos con condiciones sistémicas en las que su situación bucal se ha visto comprometida por causa de la enfermedad o del tratamiento que reciben o recibieron, por lo que es importante realizar un adecuado plan de tratamiento basado en un diagnóstico oportuno, logrando así mejorar los resultados para su beneficio, siendo también primordial un enfoque de las distintas especialidades odontológicas de tal manera que obtengamos todos los puntos de vista necesarios a fin de realizar una correcta resolución del tratamiento.

Una de las partes más importantes de todo plan de tratamiento integral va a ser la rehabilitación protésica del paciente, por lo que Lucas y Colaboradores (2010), mencionaron que en casos de áreas desdentadas extensas, con gran pérdida de hueso alveolar, dientes que sirven de soporte a coronas clínicas cortas, en dientes con afectaciones periodontales o mala situación financiera del paciente, la opción más indicada para la rehabilitación oral serán las prótesis parciales removibles, como fue realizado en el presente caso.

En el caso presentado en este trabajo, la rehabilitación consistió en la colocación de prótesis parciales en una paciente que recibió quimioterapia, por este antecedente se encontró su salud oral bastante deteriorada ya que las secuelas por el tratamiento oncológico le habían afectado durante y después de éste, por lo que la atención integral odontológica se volvió una prioridad en su caso para ayudar a detener y resolver todas las secuelas de los tratamientos; como manifiesta Lanza (2011), que en casos en los que el paciente sufre de condiciones sistémicas, se tiene que llevar a cabo un tratamiento con un manejo mucho más cuidadoso de las patologías orales, ya que por su condición se puede llegar a alterar la cavidad oral de manera rápida por lo que es de gran importancia aprender sobre el manejo de las diferentes alteraciones que se pueden presentar. Razones éstas por las que uno de los desafíos más grandes en odontología puede ser el manejo del paciente oncológico, ya que ésta es una situación muy compleja, que requiere de una atención minuciosa, integral y coordinada para que la salud oral y el estado general de salud de la persona se reestablezca y se mantenga adecuadamente.

Un paciente oncológico va a presentar diversos problemas, antes, durante y después de su tratamiento por lo que Sabater, Rodríguez, López y Chimeros (2006) sostienen que es fundamental que estos pacientes acudan a la consulta odontológica antes de iniciar el tratamiento de quimio-radioterapia, y si éste ya se inició, la supervisión y el control odontológico se puede realizar durante la misma, en los intervalos, o después del tratamiento. Antes del tratamiento oncológico se vuelve fundamental la eliminación de todos los focos sépticos dentales y periodontales así como obturarse las caries y revisar cualquier molestia con prótesis para eliminar los posibles factores traumáticos y es de gran importancia la motivación del paciente para que realice una correcta higiene de su cavidad oral; mientras

que después del tratamiento oncológico lo primordial es el mantenimiento y cuidado de la cavidad oral y no se deberá realizar ninguna exodoncia, hasta pasados 6 meses de finalizar la quimioterapia ó 1 año de la radioterapia para evitar el riesgo de osteoradionecrosis.

Se podría decir que otro reto y de suma importancia para el odontólogo es mantener la mayor cantidad de dientes posibles en boca haciendo mayor énfasis en el control de los pacientes periodontalmente afectados, por lo que Osorio y Ardila (2009) expresaron que estos pacientes buscan de manera exigente soluciones protésicas que sean tanto estéticas como biomecánicamente compatibles con el soporte periodontal reducido que presentan y se toma como tratamiento ideal a las restauraciones fijas, las cuales se consideran superiores a la prótesis parcial removible para periodontos reducidos, debido a que proveen una distribución más favorable de las fuerzas de la masticación hacia el periodonto de los dientes pilares.

En cuanto al uso de las prótesis parciales removibles se han presentado resultados contradictorios, varios autores han sugerido que el uso de prótesis parciales removibles conduce a cambios considerables en la cantidad de formación de la placa bacteriana y esto conlleva a daños en las estructuras de soporte de los dientes residuales; sin embargo, por otro lado, algunos investigadores han concluido que cuando se realiza una buena higiene oral, un diseño protésico adecuado, no se presenta ningún daño en los dientes remanentes y su soporte periodontal, por lo que se vuelve importante la guía del odontólogo al paciente para gozar de una cavidad oral sana y mantener en buen estado los aparatos protésicos. (Ardila, 2010)

Pese a la gran cantidad de secuelas de los tratamientos de quimioterapia y a las limitaciones que se presentaron por la propia condición de la paciente, se consiguió resolver todas las afectaciones bucales devolviendo la estética y función de la cavidad oral, y logrando que la paciente tenga un nuevo enfoque en cuanto a la higiene y salud oral, como a su mantenimiento.

CONCLUSIONES

Para lograr un tratamiento exitoso se debe realizar una adecuada anamnesis, ejecutar minuciosamente los exámenes clínicos extraorales e intraorales, interpretar los exámenes complementarios y así diagnosticar y planear de manera correcta un tratamiento ideal para la paciente, tomando en cuenta que para realizar el tratamiento de rehabilitación por medio de prótesis dentales de tipo fijo, removible o mixto, siempre se deben cumplir ciertas condiciones previas de salud de la cavidad oral como una correcta higiene, salud periodontal, integridad de los tejidos y estructuras que garanticen la viabilidad de las prótesis y de los dientes remanentes.

Se debe evaluar el estado de salud bucal de un individuo y conjuntamente analizar su estado de salud general para tener en cuenta si puede existir algún tipo de influencia sobre los tratamientos odontológicos y para tener las precauciones necesarias para cada caso.

El manejo odontológico de pacientes oncológicos se vuelve de gran importancia, ya que con las medidas necesarias se pueden lograr tratamientos oportunos de las patologías orales que comúnmente se presentan antes, durante y después de la quimioterapia, mejorando y estabilizando la salud bucal del paciente y de esta forma contribuyendo a una mejoría de su salud general.

Por las razones antes mencionadas, el tratamiento odontológico integral es de suma importancia ya que no se debe considerar la falta de dientes como un problema estético únicamente; sino, principalmente como uno funcional.

El aporte de casos clínicos similares ayudó a brindar un plan de tratamiento odontológico integral y con la guía que se brindó a la paciente, con motivación y educándola para que aprenda sobre cómo mantener su salud bucal en buen estado se logró obtener un tratamiento satisfactorio que ayudó a devolver las funciones masticatorias, la fonética y la estética mediante el uso de prótesis parciales removibles.

RECOMENDACIONES

En el tratamiento del paciente oncológico se debe seguir un protocolo de atención odontológica basado en tres etapas: pre, intra y post terapia oncológica que conllevan diversos tratamientos, por lo que el odontólogo debe estar informado sobre la etapa en que se encuentra el paciente para poder realizar el tratamiento que sea necesario.

Es necesario que a los pacientes que van a ser sometidos a tratamientos oncológicos tengan conocimiento que el mejor momento para empezar con el control odontológico es antes de iniciar los tratamientos oncológicos, ya que en esta etapa se busca precisar las patologías orales existentes, realizar su tratamiento y de esta manera evitar complicaciones, o por lo menos reducir su gravedad. También en esta etapa se debe valorar la higiene bucal del paciente y poner énfasis en que éste realice una rutina de higiene bucal sistemática y completa y de manera adecuada, creando un hábito de cuidado de la salud oral.

Informar al paciente sobre las citas que van a ser necesarias para la realización de todo el plan de tratamiento así como las limitaciones y las citas que pueden darse fuera de la planificación del cronograma para que todo el procedimiento sea llevado con paciencia y que al terminar el resultado sea satisfactorio para el paciente y el dentista.

El odontólogo debe transmitir sus conocimientos a los pacientes para que aprendan el correcto uso y cuidado para el mantenimiento de los aparatos protésicos y restauraciones, así como el cuidado de su salud bucal mediante la técnica de cepillado correcta, el uso de enjuague bucal e hilo dental y explicar la importancia de los controles posteriores a la rehabilitación para prevenir cualquier tipo de enfermedades y aumentar la longevidad de los tratamientos realizados.

Se tiene que explicar al paciente que el uso de prótesis removibles es un proceso en el que en primera instancia se puede experimentar cierta incomodidad por el volumen de la prótesis a la que se debe acostumbrar la lengua, también pueden aparecer alteraciones fonéticas e incluso dolor.

Informar al paciente sobre el seguimiento que se tiene que realizar con las citas de control posteriores a la colocación de las prótesis, para que éstas se mantengan en buen estado así como los dientes remanentes y evitar cualquier problema en boca, también se tiene que motivar en cada cita al paciente para que la salud buco dental se mantenga y mejore.

Los estudiantes de la Clínica de Especialidades Odontológicas de la UIDE, deberían realizar un mejor seguimiento a los tratamientos integrales en pacientes sistémicos, tomando en cuenta todos los aspectos que pueden estar afectando su salud bucal, para lograr tratamientos oportunos y evitando que las patologías continúen o se presenten más problemas en la salud bucal de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- (FDI), F. D. (2015). *Implantes dentales*. Obtenido de FDI: https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/documents/1-fdi_draft_ps-dental_implants_2015_esp.pdf
- Ardila, C. (2010). Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal. *Avances en Periodoncia*, 77-83.
- Ayaviri, R., & Bustamante, G. (2013). Alginato. *Revista de Actualización Clínica Investiga*.
- Azcona, V., Reyes, J., & Maldonado, F. (2011). Incidencia de Trismus en Pacientes con Cáncer de Cavidad Oral Post-radioterapia. *Revista de Sanidad Militar*, 277-283.
- Belaúnde, M. A. (2012). Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Revista Estomatológica Herediana*, 77-81.
- Blasco, A., & Caballero, C. (16 de Diciembre de 2019). *Toxicidad de los tratamientos oncológicos*. Obtenido de Sociedad Española de Oncología Médica: <https://seom.org/115-informacion-al-publico-guia-de-tratamientos/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia>
- Braña, P. (17 de Septiembre de 2018). *Rehabilitación de la función, estética y salud oral de dos pacientes que acuden al servicio de prácticas odontológicas*. Obtenido de Universidad Zaragoza: <https://zaguan.unizar.es/record/76670/files/TAZ-TFG-2018-3371.pdf>
- Chica, E., Latorre, F., & Agudelo, S. (2010). Prótesis parcial fija: análisis biomecánico sobre distribución de esfuerzos entre tres alternativas de retención. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 150-158.
- Díaz, L., Castellanos, J., & Zárate, Ó. (2003). Series en medicina bucal IV. Manejo odontológico del paciente que recibe quimioterapia. *Asociación Dental Mexicana*, 198-201.
- Ferreiro, J., García, J., Barceló, R., & Rubio, I. (2003). Quimioterapia: efectos secundarios. *Gaceta Médica Bilbao*, 69-74.
- Gallegos, J., & Reyes, A. (2016). Osteoradionecrosis (ORN) mandibular como efecto colateral del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello: factores que la inducen. *Gaceta Médica de México*, 730-733.
- Gimenéz, J. (23 de Octubre de 2008). *Consideraciones Restauradoras en el Paciente Periodontal*. Obtenido de Studylib: <https://studylib.es/doc/8685438/consideraciones-restauradoras-en-el-paciente-periodontal>

- Gómez, C., & Sastre, A. (2002). *Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico*. Madrid: You & Us S.A. .
- Gutierrez, V., León, R., & Castillo, D. (2015). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Revista Estomatológica Herediana*, 179-186.
- Harris, S. T. (2010). El cáncer de mama y la pérdida de masa ósea. *La Fundación de Hormonas*.
- Instituto Nacional del Cáncer. (15 de Mayo de 2019). *Complicaciones orales de la quimioterapia y la radioterapia a la cabeza y el cuello (PDQ®)–Versión para profesionales de salud*. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer EE.UU: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/boca-garganta/complicaciones-orales-pro-pdq>
- Jaramillo, J. (1999). REHABILITACION ORAL "PROSTODONCIA". *Carta de la Salud*.
- Kaiser, F. (2016). *Prótesis Parcial Removible*. Maio.
- Lamas, C., Paz, J., Paredes, G., Angulo, G., & Cardoso, S. (2012). Rehabilitación Integral en Odontología. *Odontología Sanmarquina* , 31-34.
- Lanza, D. (2011). Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico. Parte I. *Odontoestomatología*, 14-25.
- Lanza, D. (2013). Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico. Parte II. . *Odontoestomatología*, 46-63.
- Lara, C. L. (2012). Rehabilitación Integral en Odontología. *Odontologia Sanmarquina*, 31-34.
- Loza, D. (2006). *Diseño de Prótesis Parcial Removible*. Madrid: Ripano.
- Lucas, L., Gennari, F., Cohello, M., Santos, D. D., Moreno, A., & Falcón, R. (2010). Estética en prótesis removibles. *Revista Cubana de Estomatología*.
- Mallat, E. (1995). *Prótesis Parcial Removible Clinica Y Laboratorio*. España: Elsevier.
- Mallat, E. (1998). *Prótesis Parcial Removible Clinica y Laboratorio*. España: Elsevier.
- Mallat, E. (2003). *Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras*. España: Elsevier.
- Martínez, J. M., & Macías, J. G. (2007). Osteoporosis tras la curación tumoral. *Medicina Clínica*, 669-676.
- McCracken, W. (2006). *Prótesis Parcial Removible* . España: Elsevier.

- Mendoza, S., Ríos, E., Treviño, A., & Olivares, S. (2012). Rehabilitación protésica multidisciplinaria: Reporte de un caso clínico. . *Revista Odontológica Mexicana*, 112-122.
- Mezzomo, E. (2010). *Rehabilitación Oral Contemporánea Tomo I*. Caracas: Amolca.
- Moreno, M. (2011). *El ABC de la Prótesis Parcial Fija*. México: Trillas.
- Nyman, S., & Lindhe, J. (Abril de 1979). *Un estudio longitudinal del tratamiento periodontal y protésico combinado de pacientes con enfermedad periodontal avanzada*. Obtenido de Universidad de Gotemburgo: <https://pdfs.semanticscholar.org/a9b4/480526cc1fd0a33e1cac9c27f1b232c590a9.pdf>
- OMS. (s.f.). *Temas de Salud Cáncer*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Osorio, L., & Ardila, C. (2009). Restauraciones protésicas sobre dientes con soporte periodontal reducido. *Avances en Odontoestomatología*, 287-293.
- Páez, M. (Septiembre de 2015). *Rehabilitación integral de paciente con afectación periodontal, comprometido sistémicamente*. Obtenido de Universidad Internacional del Ecuador: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/852/1/T-UIDE-0717.pdf>
- Pegorado, L. (2001). *Prótesis Fija*. Sao Paulo: Artes Medicas.
- Preti, G. (2008). *Rehabilitación Protésica Tomo 2*. Venezuela: Amolca.
- Recolons, S., Campillo, R. d., López, L., & Küstner, C. (2006). Manifestaciones orales secundarias al tratamiento oncológico. Pautas de actuación odontológica. *Avances en Odontoestomatología*, 335-342.
- Rendon, R. (2004). *Prótesis Parcial Removible, Conceptos Actuales, Atlas de Diseño*. México: Panamericana.
- Reyes, C., Hernández, F., García, M., Bustos, M., Nambo, M., & Silva, A. (2010). Prevención, tratamiento y rehabilitación oral en el paciente oncológico. . *ADM*, 210-216.
- Rodríguez, D., Guerra, M., & Cuellar, Ó. (2019). El laboratorio clínico en Odontología. *Revista ADM*, 20-25.
- Rojas, P., Mazzini, M., & Romero, K. (2017). Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. *Dominio de las Ciencias*, 702-718.
- Romo, F., Díaz, W., Schulz, R., & Torres, M. (2011). *Tópicos de odontología integral*. Chile: Universidad de Chile.

- Rosenstiel, S., Land, M., & Fujimoto, J. (2009). *Prótesis Fija Contemporánea*. España: Elsevier.
- Sabater, M., Rodríguez, M., López, J., & Chimeros, E. (2006). Manifestaciones orales secundarias al tratamiento oncológico. Pautas de actuación odontológica. *Avances en Odontoestomatología*, 335-342.
- Sánchez, K., Rodríguez, L., Sosa, R., & Green, D. (2009). Trastornos del gusto en pacientes oncológicos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 211-215.
- Shillingburg, H. T. (2006). *Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija*. Oklahoma: Quintessence.
- Suárez, J., Ripollés, M. J., & Pradíes, G. (2006). Restauración del diente endodonciado. Diagnóstico y Opciones Terapéuticas. *Revista Europea de Odontoestomatología*. Obtenido de Universidad Complutense de Madrid.
- Thorén, M., & Gunne, J. (2013). *Prótesis Removible*. Venezuela: Amolca.
- Thorén, M., & Gunne, J. (2014). *Prótesis Removible*. Venezuela: Amolca.
- Vanegas, E., Villavicencio, E., Alvarado, O., & Ordóñez, P. (2016). Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. *Revista Estomatológica Herediana*, 215-221.
- Vanegas, J., Landinez, N., & Garzón, D. (2009). Generalidades de la interfase hueso-implante dental. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 130-146.
- Vivanco, E. (Junio de 2015). Efectos en la cavidad bucal de pacientes sometidos a quimioterapia. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- Zambrano, M. (2015). *Rehabilitación oral integral de paciente con edentulismo parcial y afección gingival. Período marzo- noviembre 2015*. Obtenido de Universidad San Gregorio de Portoviejo: <http://181.198.63.90/bitstream/123456789/295/1/OD-T1596.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Exámenes de Laboratorio

LAB
AXXIS

Escf. Axis Hospital
Av. 10 de Agosto N35 - 155
y Dagua
+593 - 2 2266 211
+593 - 2 3860 100 Ext. 1218
labaxis@axxishospital.com.ec
www.axxishospital.com.ec

Página 1 de 2

PACIENTE: JACOME MANCERO MARIA ISABEL
HISTORIA: 0501521546
FECHA INGRESO: 01/10/2018 15:17
ORDEN: 201810010067

Examen Resultado Unidades Valores de Referencia

HEMATOLOGIA Y COAGULACION

BIOMETRIA HEMATICA (*)

GLÓBULOS BLANCOS	* 3770	mm ³	4320 - 10421
NEÚTROFILOS	* 1689	mm ³	2160 - 7295
LINFOCITOS	1779	mm ³	1080 - 4168
MONOCITOS	741	mm ³	86 - 534
EOSINÓFILOS	* 49	mm ³	86 - 417
BASÓFILOS	11	mm ³	0 - 104
NEÚTROFILOS %	* 44.8	%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS %	* 47.2	%	25.0 - 40.0
MONOCITOS %	6.4	%	2.0 - 8.0
EOSINÓFILOS %	* 1.3	%	2.0 - 4.0
BASÓFILOS %	0.3	%	0.0 - 1.0
RECUENTO DE G. ROJOS	4620	10 ³ /mm ³	4274 - 5952
HEMOGLOBINA	14.6	g/dL	12.7 - 16.2
HEMATOCRITO	43.2	%	38.0 - 47.0
VOLUMEN CORPORASCULAR MEDIO	93.5	fL	81.0 - 96.0
Hb CORPORASCULAR MEDIA	31.6	pg	28.0 - 33.0
CONCENTRACION Hb CORPORASCULAR MEDIA	33.8	g/dL	33.0 - 36.0
ANCHO DE DISTRIBUCION DE G.R. S.D.	* 41.9	fL	42.0 - 53.6
ANCHO DE DISTRIBUCION DE G.R. C.V.%	12.3	%	12.2 - 15.0
PLAQUETAS	189	10 ³ /mm ³	177 - 393
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	10.0	fL	9.0 - 12.3
OBSERVACIONES			

TIEMPOS DE COAGULACION

Coagulometría automatizada

TIEMPO DE PROTROMBINA (*)	11.4	seg	9.9 - 11.8
INR (*)	0.99		0.80 - 1.20

Lda. Alexandra Benalcázar
Seneosyl 1005-08-829788
MSP L7-F107 N°218

Para de
AXXIS
HOSPITAL

LAB
AXXIS

Escf. Axis Hospital
Av. 10 de Agosto N35 - 155
y Dagua
+593 - 2 2266 211
+593 - 2 3860 100 Ext. 1218
labaxis@axxishospital.com.ec
www.axxishospital.com.ec

Página 2 de 2

PACIENTE: JACOME MANCERO MARIA ISABEL
HISTORIA: 0501521546
FECHA INGRESO: 01/10/2018 15:17
ORDEN: 201810010067

Examen Resultado Unidades Valores de Referencia

TTP (*)
Validado por: Lda. Andrea Vargas
29.1
seg
22.7 - 31.8

QUIMICA CLINICA SANGUINEA

GLUCOSA (*) Fotometría	94	mg/dL	70 - 100
UREA (*) Fotometría	39.5	mg/dL	16.6 - 48.5
CREATININA (*) Fotometría	0.74	mg/dL	0.50 - 0.90

Lda. Alexandra Benalcázar
Seneosyl 1005-08-829788
MSP L7-F107 N°218

Para de
AXXIS
HOSPITAL

Elaborado por: Victoria Moreno

Anexo 2. Historia Clínica

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

UNIDAD OPERATIVA COD. LOCALIZACIÓN

VIDE Oficina Esp Odont. COD. UD **13986**

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA COD. LOCALIZACIÓN

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

1. REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN CLÍNICA	
Jacome	Hancero	Maria	Isabel	0505215146	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALE Y No. - MANZANA Y CUA)		CANTÓN			
Cívica de la Pampa		Latacunga			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALE Y No. - MANZANA Y CUA)		CANTÓN			
Cívica de la Pampa		Latacunga			
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL	
01/08/1946	Salcedo	Ecuatoriano	72	X	
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TIPO DE SEGURO DE SALUD	REFERIDO DE	
01/01/18	Abogado			Amigo	
EN CASO NECESARIO LLAMAR A		PAARENTESCO LLAMAR A		TIPO DE SEGURO DE SALUD	
Veronica Cuervo Hija		Latacunga			
COD. CIUDAD		COD. PROVINCIA		COD. CANTÓN	
0505		05		0505	

AUTORIZACIÓN

FECHA: 18 Octubre 2018

YO: Maria Isabel Jacome Hancero con C.I. No. 05051521546

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 realizaran sobre el tratamiento de mis problemas bucales.

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Jacome

FIRMA DEL PACIENTE: Maria Jacome

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Victoria Hobeno

NOMBRE DEL TUTOR: Dra Mica Martinez

FIRMA DEL TUTOR: Mica Martinez

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA

1 MOTIVO DE CONSULTA

Quiero revisarme porque me duelen los dientes!!

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Paciente refiere que tiene dolor al masticar en toda la boca, buelke refiere que hace 3 años tenía quimioterapia y durante y después del tratamiento empezó a tener dolor y problemas en la boca.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

10. Cáncer al seno (controlada). (estacionaria).

10. Sustituto, operación de vesícula y de ovarios.

4 SIGNOS VITALES

Presión Arterial: 100/60 Frecuencia Cardíaca: 78 Temperatura: 36.5 F. Respirat: 17

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

No presenta patología aparente en el examen intra y extra oral. Presenta hormigueo en la zona derecha de la cara.

6 ODONTOGRAMA

RECECIÓN: 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

7 INDICADORES DE SALUD BUICAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA		MAL OCCLUSIÓN		FLUOROSIS PERIODONTAL		ENFERMEDAD PERIODONTAL		CALCULO ORODONTOS		TOTAL	
PIEZAS DENTALES	PLACA	ANGULO I	ANGULO II	ANGULO III	ANGULO I	ANGULO II	ANGULO III	ANGULO I	ANGULO II	ANGULO III	TOTAL
16 / 17	55	2	1	1	1	1	1	1	1	1	24
11 / 21	51	2	1	1	1	1	1	1	1	1	24
26 / 27	56	2	1	1	1	1	1	1	1	1	24
36 / 37	76	2	1	1	1	1	1	1	1	1	24
41 / 41	71	2	1	1	1	1	1	1	1	1	24
46 / 47	85	2	1	1	1	1	1	1	1	1	24
TOTALS		2	1	1	1	1	1	1	1	1	24

8 INDICES CPO-CBO

D 6 18 0 24

d c e o TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

*_{hip} SELANTE NECESARIO ⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA) ⊞ PROTESIS TOTAL

*_{bul} SELANTE REALIZADO △ ENDODONCIA ⊞ CORDONA

X_{hip} EXTRUSIÓN INCORRECTA □ PROTESIS FALSA ○ AZUL ○ OTORRINO

X_{bul} PERDIDA POR CAJAS (—) PROTESIS REMOVIBLE ○ ROJO ○ CAREES

ODONTOLOGÍA (1)

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	RAYOS X	OTROS
1. Educación		
2. Diagnóstico		
3. Rehabilitación		

11 DIAGNÓSTICO

1	Caries en esmalte.	10/20	3	Edentulia parcial sup e
2	Ent. ging. ind. por placa		4	inf.

FECHA DE APERTURA: [] FECHA DE CIERRE: []
 FECHA DE CONTROL: [] PROFESIONAL: []
 FIRMA: [] NÚMERO DE FOLIO: []

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 01/10/18	Caries en esmalte Ent. gingival ind. cub. por placa	Apertura historia clínica, periodon- tograma		Código Firma
SESION 2 FECHA 11/10/18	Caries en esmalte Ent. gingival ind. cub. por placa	Profilaxis		Código Firma
SESION 3 FECHA 02/10/18	Caries en esmalte Ent. gingival ind. da por placa.	Reintervención, retiro de acrílico de dientes superiores e inferiores. Periodontograma.	Por motivos de periodontitis y de rehabilitación con se de # 43 y 47.	Código Firma
SESION 4 FECHA		Exodoncia de dientes # 31, 41 y 47.	Exodoncia de dientes # 31, 41 y 47.	Código Firma
SESION 5 FECHA 30/10/18	Enfermedad periodontal por el diente # 31, 41 movilidad 2 diente 41	Exodoncia simple diente # 31, 41	Exodoncia simple diente # 31, 41	Código Firma
SESION 6 FECHA 06/11/18	Enfermedad periodontal por generalizada.	Exodoncia simple diente # 47, control	Exodoncia simple diente # 47, control	Código Firma
SESION 7 FECHA 09/11/18	Enfermedad periodontal por generalizada	Control cambio de apósito de eugenol.	Control cambio de apósito de eugenol.	Código Firma
SESION 8 FECHA 12/11/18	Neovascular pulpar P. Apical Anodo- mática	Access e instru- mentación parcial diente # 43	Access e instru- mentación parcial diente # 43	Código Firma
SESION 9 FECHA 23/11/18	Neovascular pulpar P. Apical Anodo- mática	Instrumentación y obturación diente # 43	Instrumentación y obturación diente # 43	Código Firma

SNS-MSP / HCU-form.333 / 2008

ODONTOLOGIA (2)

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 10 FECHA 10/10/18	Esquemas orales a nivel de pieza # 47.	Regularización de rebordes inferior. a nivel de diente # 47		Código Firma
SESION 11 FECHA 11/10/18	Esquemas orales a nivel de pieza # 47	Retiro de pun- tos		Código Firma
SESION 12 FECHA 11/10/18	Destructura Coronaria Diente # 43	Desobstrucción, cementación de feno prefabricado diente # 43		Código Firma
SESION 13 FECHA 07/11/18	Caries en Esmalte	Resina simple diente # 43		Código Firma
SESION 14 FECHA 07/11/18	Ectenulismo parcial superior e inferior	Montaje de modelos en articulador		Código Firma
SESION 15 FECHA 07/11/18	Caries en dentina (K02.1).	Determinación de di- mensión vertical. S7 intercubal		Código Firma
SESION 16 FECHA 07/11/18	Destructura Coronaria diente # 26	Retiro de resina diente # 26 y Colocación de iono- mero de vidrio. Tallado diente # 26. Tallado diente # 25 Provisional.		Código Firma

ODONTOLOGIA (3)

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
24	30/05/19	Pulpitis Irrevers. Sintomática	Instrumentación conducto bu, instru mentación parcial conducto HV #16			
25	31/05/19	Periodonto sano Diente #16 Pulpitis Irrevers. Sinto. Pericarditis Apical Sintomática. Diente #26	Longitud de trabajo conducto MP y DV Instrumentación cond. P y HV (#26). Prueba de metal de Estuh. Frestis Cromo Cobalto, Modelo seccionado de Kennedy.			
26	03/06/19	Edentulo parcial Supe. e inferior	Instrumentación conducto HV diente #16 Provisional.			
27	06/06/19	Pulp Irreversi. Sinto. Periodonto sano Diente #16.	Instrumentación conducto PM del diente #26. Provisional			
28	07/06/19	Pulp. Irreversi. Sinto. Periodonto sano Diente #26	Instrumentación conducto PM del diente #26. Provisional			
29	13/06/19	Koy. Pulpitis Irrever. Sinto. Periodonto sano #16 (Koy)	Reinstrumentación y Sonometria diente #16			
30	17/06/19	Pulpitis Irreversi. Sinto. Periodonto sano #16 (Koy)	Obturación diente #16 (conductos P, HV, DV)			

ODONTOLÓGIA (5)

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
17	26/04/19	Pulpitis Irreversible P Apical Sintoma	Acceso diente #26			
18	06/05/19	Destrucción coro- naria Pulpitis Irreversi. Sintomática	Tallado diente # 16, emergencia de endodancia y provisional			
19	10/05/19	Pulpitis Irrevers. P Apical Sinto.	Longitud de trabajo conducto P, HV y baterismo conductos HV y MP.			
20	13/05/19	Destrucción Coronaria. Carie en esmalte	Tallado dientes # 11 y #12 Provisional			
21	16/05/19	Pulpitis Irreversi. Sinto. Periodonto sano Diente #16	Longitud de trabajo diente #16 Provisional			
22	20/05/19	Edentulo Superior e inferior parcial.	Tallado de Apoyos para protesis como caballo interior, <u>parcializado de roble</u> Impresión definitiva			
23	23/05/19	Pulpitis Irreversi. Sintomática Periodonto sano diente #16	Instrumentación conducto P y con- ducto DV (parcial) Provisional.			

ODONTOLÓGIA (4)

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
24	24/06/19	Destrucción coronaria.	Cementación de incrustación diente #25; prueba de Porcelano sin terminar dientes #11,12,16,26	Se envía prótesis de resina de dientes de		
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
25	25/06/19	Destrucción coronaria	Ajuste axial. Cementación de coronas dientes #11,12,16,26	Acabado con Heron.		
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
26	26/06/19	Destrucción parcial sup. e inf.	Coronas dientes #11,12,16,26	Toma de impresiones para estudio superior y vaciado del modelo superior.		
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
27	27/06/19	Destrucción parcial sup. e inf.	Paralelismo de modelo superior y diseño de prótesis como modelo.			
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
28	28/06/19	Destrucción parcial sup. e inf.	Entallado de apéndice para impresión modelo maestro.			
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
29	29/06/19	Destrucción parcial sup. e inf.	Prueba de esqueleto metálico de la prótesis superior.	Registro de color (SA 350) Chromascope.		
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
30	30/06/19	Destrucción parcial sup. e inf.	Prueba de entallado (protesis como modelo superior); Resinas simples dientes #32,33,42,43			

ODONTOLÓGIA (5)

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
31	31/06/19	Pulp. Irreversible Sínto Pericoronitis	Instrumentación DV Corometría diente #26			
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
32	27/06/19	Pulp. Irreversible Sínto Pericoronitis Apical Síntom. Diente #26	Obtusión Conducto Palatino diente #26			
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
33	28/06/19	Dulipitis Irreversible Síntom. Dientes #26	Obtusión Conductos DV, TV, HP Diente #26			
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
34	17/07/19	Destrucción coronaria	Resina simple diente #26, retallado y provisional.			
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
35	24/07/19	Destrucción coronaria.	Toma de impresiones funcionales para coronas dientes #11,12,16,26 y para incrustación diente #25 retallado y provisional.			
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
36	31/07/19	Destrucción coronaria	Prueba de copia de coronas de dientes #11,12,16,26			
SESIÓN	FECHA				CODIGO	FIRMA
37	31/07/19	Edentulismo parcial sup e inferior.	Prueba de entallado de prótesis inferior; se envía al laboratorio para que doren la mordida de la prótesis.			

ODONTOLÓGIA (6)

PLAN DE TRATAMIENTO

RESOLUCIÓN DE URGENCIAS	
no presenta	
CONTROL DE LA INFECCIÓN Y REINFECCIÓN BUCAL	
Profylaxis y Motivación.	
CONTROL DEL MEDIO ACONDICIONANTE	
Mejorar higiene (Técnica de cepillado)	
Memorar Azúcar en la noche	
REFUERZO O MODIFICACIÓN DEL HUESPED	
NO presenta.	
CONTROL DE LA INFECCIONES NO RESUELTAS COMO URGENCIAS	
NO presenta	
REHABILITACIÓN	
Protesis cromo cobalto sup. e inferior.	
Coronas metal porcelano dientes 11, 12, 15, 16, 26	
MONITOREO	
3 Meses	

TUTOR RESPONSABLE: DR. Martinez ESTUDIANTE: Victoria Moreno
 FIRMA: [Firma] FIRMA ESTUDIANTE: Victoria Moreno

SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESIÓN 31 FECHA 24/12/19	Edentulo parcial Superior e Inferior	Entrega de protesis cromo cobalto sup erior e inferior, control on ajuste oclusal e indicaciones al paciente. (Lindatos de los protesis) Fotografías intra y extra.	# Proxima cita de control on Bdías.	CODIGO FIRMA
SESIÓN 32 FECHA				CODIGO FIRMA
SESIÓN 33 FECHA 11/12/19	Edentulo parcial Superior e inferior.	Control Protesis Cromo Cobalto superior e inferior ajuste Oclusal.		CODIGO FIRMA
SESIÓN 34 FECHA 18/12/19	Edentulo parcial Superior e inferior.	Control Protesis Cromo Cobalto superior e inf.		CODIGO FIRMA
SESIÓN 35 FECHA 08/01/2020	Edentulo parcial Superior e inferior	Control Protesis Cromo cobalto Superior e inferior. Tomo de fotografias intra y extra.		CODIGO FIRMA
SESIÓN 36 FECHA 15/01/2020	Edentulo parcial Superior e Inferior	Control Protesis Cromo cobalto Superior e Inferior		CODIGO FIRMA
SESIÓN 37 FECHA				CODIGO FIRMA

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
23/05/19	12	8465	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique		
30/05/19	13	8465	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
31/05/19	14	8140	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico • Bique • Pasta liviana de adhesión • Adhesivo para cubeta		
08/06/19	15	18281	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
06/06/19	16	8465	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
07/06/19	17	8140	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
13/06/19	18	8465	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
14/06/19	19	8465	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
25/06/19	20	8140	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
27/06/19	21	8140	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
28/06/19	22	8140	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
11/06/19	1	5749	• Pasta Profilactica • Pasta Pomer • Revelador de placa • Filtro de plata • Esponja		
20/06/19	2	4463	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
21/06/19	3	4657	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
22/06/19	4	4637	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
24/06/19	5	5805	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
25/06/19	6	5419	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
01/07/19	7	5730	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
02/07/19	8	8140	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
03/07/19	9	8140	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
10/07/19	10	8140	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		
01/08/19	11	8465	• Suero • Hipoclorito • Serings • Esponja • Analgesico cv • Bique • Agua corta • Hentrol • Coltosol		

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
bilbalba	23	19535	Resina Acido Adhesivo Clorhexidina Aplicador		17 JUL 2019 ENTRADO
bilbalba	24	19750 19700	Alto 00 y 000 Alginato Flema Resada ad. Flebo. Pasta liviana.		24 JUL 2019
bilbalba	25	19750	Pasta liviana Pasta Resada ad.		03 SEP 2019
bilbalba	25	19700	Acido Clorhexidina Adhesivo Appl Artico. Ultimatecli. Compasa. Aplicador		15 JUL 2019
bilbalba	26	19750	Clorhexidina Aterador Mercon.		15 JUL 2019
bilbalba	27	20755	Reso Extrudero (3) Flebo P. ceta (2) Alginato (2)		15 JUL 2019
bilbalba	28	21038	Acido Enlota: bompasa Resino A3 Adhesivo Clorhexidina Dique Aplicador Mielético		15 JUL 2019

ODONTOLOGÍA (9)

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 3. Periodontograma

UIIDE

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

Nombre: María Jácome Edad: 52
 Fecha: 01/10/18 Teléfonos: _____

Antecedentes odontológicos y médicos de relevancia:
Cáncer de seno
Gastritis

Factores de riesgo:
Higiene Deficiente.

Diagnóstico: Periodontitis crónica generalizada severa
asociada a mala higiene oral, enfermedad sistémica

Tratamiento periodontal:
1. Fase Sistémica 3. Fase Copeida
2. Fase Higiénica 4. Fase mantenimiento.
 -Motivación al pte
 -Freno terapéu
 -Pasapelo y Alisado

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	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
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	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

PRIMER CONTROL:

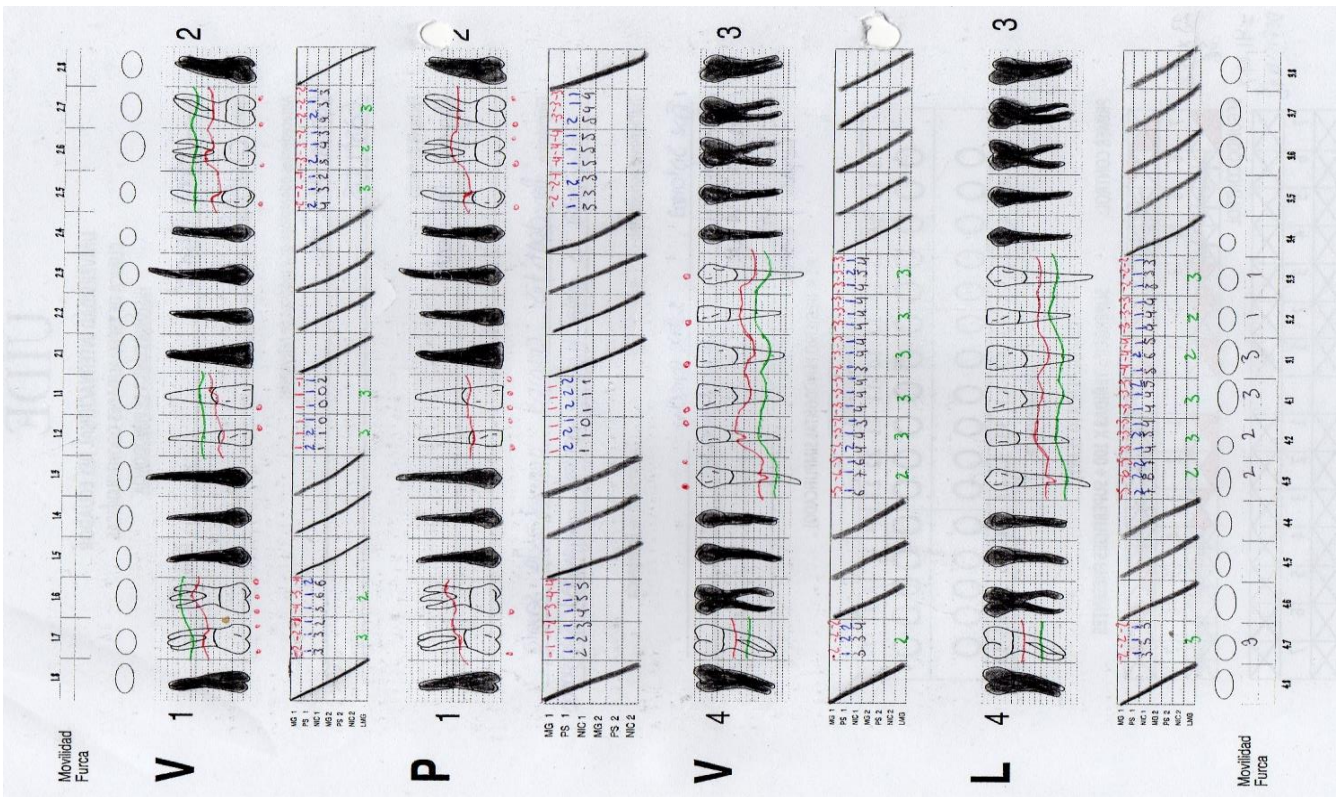
SEGUNDO CONTROL:

INDICE DE PLACA (O'LEARY)
 SUPERFICIES TEÑIDAS X 100 ÷ SUPERFICIES PRESENTES

$\frac{23 \times 100}{56} = 41,07\%$
 DEFICIENTE

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

FORMULARIO UIIDE-CEO-005



Elaborado por: Victoria Moreno

Anexo 4. Consentimiento de médico tratante

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER

Av. Eloy Alfaro y Los Pinos
Telfs.: 241 9775 / 241 9776 / 241 9778 / 241 9780
Casilla: 17-11-4965 C.C.I.

CONSULTA EXTERNA

SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

Quito, 2018/12/16

Rp.

Paciente Jacinthe Manchuro Mora
Isabel, He: 11370, con diagnóstico de
Cáncer de mama EC0, que recibe tratamiento
de hormonoterapia, quien PUEDE REALIZAR
TRATAMIENTO odontológico requerido


SOLCA Núcleo de Quito
Dra. María José Muñoz
MPG. ONCOLOGIA CLINICA
1104349699

Prescripción:

FORM. M - 6

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 5. Historia Clínica de Cirugía para extracción de dientes 31, 37 y 41



UIDE
Universidad Internacional del Ecuador

CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL

Nombre de Paciente: Maria Jacome No Historia Clínica: 13986

Nombre del Estudiante tratante: Victoria Moreno

Dientes a extraer: # 31, 41, 47

Fecha: 23/10/18

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 sexo femenino de 32 años de edad, acude a consulta el día 1 de octubre del 2018 con el motivo de revisarse los dientes porque le duelen y se le mueven. Paciente refiere que desde hace unos meses atrás presenta dolor en los dientes de la zona inferior y se siente que se mueven.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR
 ¿Recibe atención dental periódicamente? NO
 Tiempo Transcurrido de la última extracción 1 año
 Indique las razones para extracciones previas Fractura
 ¿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? Infección.

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR
 ¿Está bajo tratamiento médico? SI
 Historia de Intervenciones quirúrgicas Cáncer de seno, Útero.
 ¿Padece o ha padecido de? Cáncer de seno
 Enfermedades Cardiovasculares Hipertensión
 Hígado Riñón Sangre
 Semana de Gestación ¿Qué semana? T.A. 67/51
 Temperatura 36.5 Pulso 37 Rep 17 Peso 57 Kg.
 ¿Toma medicación? omeprazol

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:
 RX Periapical
 Laboratorio Clínico: Biometría hemática, Química Sanguínea, TP, TTP, INR

Diagnóstico: Enfermedad periodontal generalizada, movilidad grado 3 diente # 31 y 41, movilidad grado 2 diente # 47 con proceso periapical.

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones. Post Operatoria Inmediato) _____

Evolución: Retiro de puntos diente 47, se observa punto suelto, acumulación de comida y se coloca apósito de óxido de zinc y eugenol, bsdado con diente # 31, 41 Buena cicatrización. Próximo control en 2 días. Suero.

Victoria Moreno
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.
FORMULARIO UIDE-CEO-008

Elaborado por: Victoria Moreno

Anexo 6. Consentimiento Informado para extracción de dientes 31,41 y 37

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR					
ESCUELA DE ODONTOLÓGICA					
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS					
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CCO. UO	COG. LOCALIZACIÓN		
UIDE	Clínica Esp Odontológicas		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA
				Quito	
					NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
					13 986
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	No. CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Jacome	Manero	Maria	Isabel	0801 521546	
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.					
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO					
PROPOSITOS			TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS		
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA					
PROPOSITOS			INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROPUESTA		
Eliminar dientes # 31,41,47			Exodoncia dientes # 31,41,47		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS		
Buena adaptación, buen pronóstico.			Infección, hemorragia, fractura radicular, fractura alveolar, fractura mandibular, lesión al nervio dentario inferior.		
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Dr. Enrique Vasquez		Cirugía			
3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA					
PROPOSITOS			ANESTESIA PROPUESTA		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS		
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD					FIRMAS DEL PACIENTE
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD					Maria Jacome
C CONSENTI A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIÓNES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD					Maria Jacome
D CONSENTI A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA					Maria Jacome
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDICOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS					Maria Jacome
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO					Maria Jacome
G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTIA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)					Maria Jacome
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO					Maria Jacome
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.					Maria Jacome
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE					
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

FORMULARIO UIDE-CEG-024

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 7. Historia Clínica de Endodoncia del diente #43

UIDE
Universidad Internacional del Ecuador
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 13486

Nombre del paciente: María Isabel Jaimes Diente: # 43

Fecha: 12/11/18 Estudiante: Victoria Moreno

MOTIVO DE LA CONSULTA
Quiero revisarme porque me duelen los dientes"

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA
Cáncer de seno • Exipación de ovarios.
Operación de vesícula

EXAMEN FÍSICO

Examen Extraoral: Normal Tumefacción Fiebre ATM

Examen Intraoral: *Cosas y Enclas Afectada

Edema Duro Blando

*Diente Restaurado Caries Fractura

*Percusión Vertical Positiva Negativa

*Pruebas Térmicas: Frio: Positivo Negativo

Calor: Positivo Negativo

*Exámenes Complementarios: RX: Espacio periodontal engrosado DI

Radio lucidez: Circunscrita Difusa

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Pulpar: Necrosis Pulpar

Periapical: P. Apical Asintomática

TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA NECROPULPECTOMIA I NECROPULPECTOMIA II

OTRO:

GRUPO DENTAL	CONDUCTOS	CONDUCTOMETRÍA	REFERENCIA	LIMA-APICAL MAESTRA	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	MEDICACIÓN INTRACONDUCTO
ANTERIOR	UNICO SUPERIOR	<u>24</u>	<u>23.05 Inapal</u>	<u>30</u>	<u>Arcocond.</u>	<u>SI</u>
	UNICO INFERIOR					
PRE-MOLAR	UNICO SUPERIOR					
	UNICO INFERIOR					
MOLAR	IV					
	MP					
	DV					
	P					
	IV					
	ML					
Conducto en "C"						

MEDICACIÓN SISTÉMICA

.....

EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	FIRMA TUTOR
<u>Acceso</u>	<u>12/11/18</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Instrumentación</u>	<u>23/11/18</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Oclusión</u>	<u>23/11/18</u>	<u>[Firma]</u>

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

.....

ENTREGADO

USO DE RADIOGRAFIAS

FORMULARIO UIDE-CEQ-001

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 8. Protocolo Necropulpectomía del diente #43

UIDE | Escuela de Odontología
Universidad Internacional del Ecuador

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
 ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

PROTOCOLO DE NECROPULPECTOMIA # 43

PRIMERA CITA:

FECHA	No.	PASO CLINICO	FIRMA
	1	Diagnóstico Clínico y Radiográfico completo.	
12/11/18	2	Anestesia del diente a tratar Aislamiento del campo operatorio Apertura de la cámara pulpar.	
	3	Vaciamiento de la mayor cantidad de tejido pulpar necrótico utilizando la técnica de instrumentación CORONO APICAL. Irrigación profusa con Hipoclorito de Sodio al 2,25% hasta eliminar la mayor cantidad de tejido necrosado.	
	4	Determinación de Longitud de Trabajo Y medicación con Hidróxido de Calcio Puro. Medicación sistémica con AINES y con Antibióticos si se tratara de casos Agudos o reagudizados.	

SEGUNDA CITA:

FECHA	No.	PASO CLINICO	FIRMA
23/11/18	1	Diagnóstico Clínico y Radiográfico completo Anestesia del diente a tratar Aislamiento del campo operatorio Apertura de la cámara pulpar.	
	2	Eliminación del hidróxido de Calcio con abundante irrigación Retomamos la instrumentación Irrigación profusa Cronometría y control radiográfico.	
	3	Secado de los conductos Obturación con técnica lateral Control radiográfico penacho Cortamos el exceso de gutapercha.	
	4	Colocación de Ionometro de Vidrio en la entrada de los conductos Colocación de Cemento sellador Provisional.	
	5	Radiografía final de control Medicación sistémica con AINES Remisión a rehabilitación Oral	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Firma del Paciente
 C.I. 0501521546

Estudiante: Victoria Moreno
 Nombre: Victoria Moreno
 Firma:

Tutor: Dora Arellano
 Nombre: Dora Arellano
 Firma:

FORMULARIO UIDE-CEO-024

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 9. Consentimiento informado de endodoncia del diente #43

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COO. UO	COO. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE	
UIDE		Clínica Esp Odonto			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	HISTORIA CLÍNICA	
						Quito		13986	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Jacome		Mancero		María		Isabel		0501821546	

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

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

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPOSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS
Eliminar foco infeccioso	Endodoncia diente # 43
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS
Favorables con fto	Perforación, Accidente por hipertonía sobre obturación, subobturación, fractura coronal.

NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Dr. Dora Arellano	Endodoncia			<i>D Arellano</i>

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPOSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPOSITOS	ANESTESIA PROPUESTA
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

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

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

FORMULARIO UIDE-CEG-016

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 10. Historia Clínica de cirugía para regularización de reborde alveolar

UIDE
Universidad Internacional del Ecuador

**CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL**

Nombre de Paciente: María Jacome No Historia Clínica: 13286

Nombre del Estudiante tratante: Victoria Moreno

Dientes a extraer: Regularización de reborde a nivel diente # 47

Fecha: 10/12/18

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 sexo F de 62 años de edad refiere molestias
postextracción del diente # 47 en la zona vestibular
y lingual a Cde nivel. Al examen inicial de palpar
el punto creas a nivel del diente # 47.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR

¿Recibe atención dental periódicamente? No

Tiempo Transcurrido de la última extracción 7 años

Indique las razones para extracciones previas fractura

¿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? Infección

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

¿Está bajo tratamiento médico? Si Cáncer de seno

Historia de Intervenciones quirúrgicas Cáncer de seno

¿Padece o ha padecido de? Cáncer de seno

Enfermedades Cardiovasculares _____ Hipertensión _____

Hígado _____ Riñón _____ Sangre _____

Semana de Gestación _____ ¿Qué semana? _____ T.A. 100/80

Temperatura 36.0 Pulso 57 Rep A Peso 57 Kg

¿Toma medicación? _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y CODIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RX _____

Laboratorio Clínico: Bioquímica hemática, Química sanguínea
TP, TPA, INR

Diagnóstico: Espiculas creas a nivel de diente # 47

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones. Post Operatoria Inmediato) _____

Evolución: Buena cicatrización

Victoria Moreno
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.

FORMULARIO UIDE-CEO-008

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 11. Protocolo para perno prefabricado del diente #43



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

PROTOCOLO DE ENDOPOSTES (PERNO PREFABRICADO)

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Isabel Scome
 No. HISTORIA CLÍNICA: 13986
 NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Paza
 No. DE DIENTE: #43

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
17/12/18	1	Radiografía / Control inicial	
17/12/18	2	Medida obturación endodóntica <u>23.5</u> mm.	
17/12/18	3	Desobturación..... <u>15</u> mm con dique	
17/12/18	4	Radiografía de control	
17/12/18	5	Preparación: - Ácido Fosfórico - Silano - Adhesivo	
17/12/18	6	Preparación Diente: - Desinfección (Clorhexidina y secado) - Grabado ácido a nivel de esmalte. - Adhesivo a nivel esmalte.	
17/12/18	7	Colocación cemento autograbado.	
17/12/18	8	Fotocurado 20 segundos.	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

Maria Scome
 FIRMA DEL PACIENTE
 c.i. 001521506

ESTUDIANTE
 NOMBRE: Victoria Moreno

TUTOR
 NOMBRE: Dr. Paza


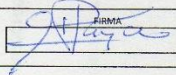
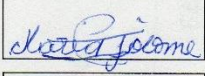
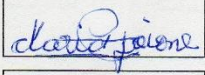
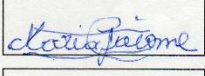
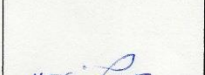
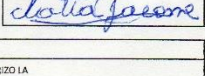
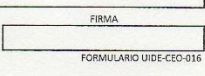

FIRMA: Victoria Moreno

FIRMA:

FORMULARIO UIDE-CEO-014

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 12. Consentimiento informado para perno prefabricado del diente #43

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: left;">  <p>UIDE Universidad Internacional del Ecuador</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLÓGIA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS</p> <p>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE</p> </div> </div>						
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UD	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Josime	Mancero	María	Isabel		0701521546	
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.						
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO						
PROPOSITOS			TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
Devolver función y estética			Perno prefabricado diente # 43			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
Favorables con tto			Perforación, fractura de diente			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA		
Dr. Kaza						
2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA						
PROPOSITOS			INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA		
3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA						
PROPOSITOS			ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA		
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE						
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD						FIRMAS DEL PACIENTE
A						
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD						
B						
C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD						
C						
D CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA						
D						
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS						
E						
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO						
F						
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)						
G						
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO						
H						
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.						
I						
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE						
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA		

FORMULARIO UIDE-CEC-016

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 13. Historia Clínica de Endodoncia del diente #26

UIIDE
 Universidad Internacional del Ecuador
 CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 13086 Diente: #26
 Nombre del paciente: María Jácome Estudiante: Victoria Moreno
 Fecha: 26/04/19

MOTIVO DE LA CONSULTA
 "Quiero rellamame porque me duelen los dientes"

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA
 • Síntoma de zero
 • Gastritis, operación de vesícula y ovarios

EXAMEN FÍSICO

Examen Extraoral:
 Normal.....
 Linfadenopatía.....
 Tumoración.....
 Fístula.....
 Fiebre.....
 ATM.....

Examen Intraoral:
 *Mucosas y Enclas
 Oral.....
 Afectada.....
 Edema.....
 Duro.....
 Blando.....
 *Diente
 Integro.....
 Restaurado.....
 Cariés.....
 Fractura.....
 *Percusión Vertical
 Positiva.....
 Negativa.....

***Pruebas Térmicas:**
 Frío: Positivo.....
 Calor: Positivo.....
 Negativo.....
 Negativo.....

***Exámenes Complementarios:**
 RX: Espacio periodontal engrosado.....
 Radio lucidez: Circunscrita.....
 Difusa.....

FORMULARIO UIIDE-CEO-001

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
 Pulpitis Irreversible Sintomática
 Periapical Pericoronitis Apical Subperiosteal

TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA X NECROPULPECTOMIA I NECROPULPECTOMIA II

OTRO.....

GRUPO DENTAL	CONDUCTOS		CONDUCTOMETRÍA	REFERENCIA	LIMA APICAL MAESTRA	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	MEDICACIÓN INTRACONDUCTO
	UNICO SUPERIOR	UNICO INFERIOR					
ANTERIOR							
PRE-MOLAR	V						
	P						
MOLAR	UNICO SUPERIOR						
	MV	19	20	CMV	30	D. Manual	
	MP	19	21	CP	20	P. Manual	
	DV	18	19	CBV	30	P. Manual	
	P	10	21.6	C-P	35	P. Manual	10
INFERIOR							
MV							
ML							
D							
Conducto en °C							

MEDICACIÓN SISTÉMICA

.....

EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	FIRMA TUTOR
26/04/19	Acceso	[Firma]
26/04/19	Longitud de trabajo	[Firma]
25/06/19	Instrumentación	[Firma]
28/06/19	Oclusión	[Firma]

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

.....

USO DE RADIOGRAFIAS

.....

FORMULARIO UIIDE-CEO-001

Elaborado por: Victoria Moreno

Anexo 14. Protocolo de Biopulpectomía del diente #26

UIDE | Escuela de Odontología
 Universidad Internacional del Ecuador

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
 ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

PROTOCOLO DE BIOPULPECTOMIA

PRIMERA CITA:

FECHA	No.	PASO CLINICO	FIRMA
26/04/19	1	Diagnóstico Clínico y Radiográfico completo.	
26/04/19	2	Anestesia del diente a tratar Aislamiento del campo operatorio Apertura de la cámara pulpar.	
26/04/19	3	Vaciamiento de la mayor cantidad de tejido pulpar inflamado. Irrigación profusa con Hipoclorito de Sodio al 2,25% hasta que se cohíba la hemorragia.	
26/04/19	4	Determinación de Longitud de trabajo electrónica y Radiográfica Instrumentación Técnica Step Down Medicación Intraconducto.	
	5	Colocación de una bolita de algodón estéril Colocación de Óxido de Zinc Eugenol. Medicación sistémica con AINES.	

SEGUNDA CITA:

FECHA	No.	PASO CLINICO	FIRMA
28/06/19	1	Anestesia del diente a tratar Aislamiento del campo operatorio Apertura cameral Retomamos la longitud de trabajo e instrumentación	
28/06/19	2	Irrigación profusa Conometría y control radiográfico Secado de los conductos Obturación con técnica lateral.	
28/06/19	3	Control radiográfico penacho Cortamos el exceso de gutapercha Colocación de Ionomero de Vidrio en la entrada de los conductos Colocación de Cemento sellador Provisional	
28/06/19	4	Radiografía final de control Remisión a rehabilitación Oral Medicación sistémica con AINES .	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Firma del Paciente
 C.I. 501521546

Estudiante Nombre: Victoria Moreno
 Firma:

Tutor Nombre: Diana Acuña
 Firma:

FORMULARIO UIDE-CEO-023

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 15. Consentimiento informado de la endodoncia del diente #26

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLÓGIA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS					
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA
Jacome	Mancera	Maria	Isabel		
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.					
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO					
PROPOSITOS			TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS		
Eliminar dolor, devolver función y estética			Endodoncia diente #26		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES CLINICAS		
Favorables con TTO			Substitución, accidente x hipodortio, sobredortación perforación, ruptura de instrumental.		
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
Dra. Arellano	Endodoncia				
2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA					
PROPOSITOS			INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS		
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA					
PROPOSITOS			ANESTESIA PROPUESTA		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS		
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD					FIRMAS DEL PACIENTE
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD					
C CONSENTIO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD					
D CONSENTIO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA					
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS					
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO					
G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)					
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO					
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDE AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.					
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE					
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	

FORMULARIO UIDE-CEO-016

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 16. Historia Clínica de endodoncia del diente #16

UIDE
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 13986 Diente #16
 Nombre del paciente: Nora Jacone Estudiante: Victoria Moreno
 Fecha: 16/05/19

MOTIVO DE LA CONSULTA
Quiero reimplante porque me duelen los dientes

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA
Cáncer de seno, ovarios, operación de vesícula y de ovarios

EXAMEN FÍSICO

Examen Extraoral:
 Normal Tumoración.....
 Linfadenopatía.....
 Fiebre.....
 ATM.....

Examen Intraoral:
 *Mucosas y Encías
 Normal Afectada.....
 Edema..... Duro..... Blando.....
 *Diente Restaurado Caries..... Fractura.....
 Integro.....
 *Percusión Vertical Negativa.....
 Positiva.....
 *Pruebas Térmicas: Frio: Positivo Negativo.....
 Calor: Positivo Negativo.....
 *Exámenes Complementarios: RX: Espacio periodontal engrosado ND
 Radio lucidez: Circunscrita..... Difusa.....

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
Replante irreversible sintomática
Periodonto sano

TRATAMIENTO

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

GRUPO DENTAL	CONDUCTOS	CONDUCTOMETRÍA		REFERENCIA	LIMA APICAL MAESTRA	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	MEDICACIÓN INTRA CONDUCTO
		TENTATIVA	DEFINITIVA				
ANTERIOR	UNICO SUPERIOR						
	V						
	P						
PRE-MOLAR	INFERIOR UNICO SUPERIOR	18	18	C-RV	25 0.15	P. Manual	
	IV						
	MP						
MOLAR	DV	19	19	C-RV	30 0.20	P. Manual	
	P	18	18.5	C-P	40 0.25	P. Manual	<u>NO</u>
	INFERIOR						
	IV						
	ML						
	D						
Conducto en "C"							

MEDICACION SISTÉMICA

EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	FIRMA TUTOR
06/05/19	ACE-20	
16/05/19	Longitud de trabajo instrumentación	
08/06/19	Instrumentación	
14/06/19	Oclusión	


RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

USO DE RADIOGRAFIAS

FORMULARIO UIDE-CEC-001

Elaborado por: Victoria Moreno

Anexo 17. Consentimiento Informado de endodoncia del #16

		UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLÓGIA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Jácome	Hancero	Maria	Isabel			
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.						
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO						
PROPOSITOS			TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
Devolver función y estética			Endodoncia diente # 16			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES CLINICAS			
Favorables con tto			Perforación, subobstrucción, sobreamortación, fractura de instrumental, accidente hipoclorito			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
Dra. Nieto		Endodoncia			[Firma]	
2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA						
PROPOSITOS			INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA						
PROPOSITOS			ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTESICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE						
					FIRMAS DEL PACIENTE	
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD					[Firma]	
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD						
C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD					[Firma]	
D CONSIENTO 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 GARANTIA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUYE 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						
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	

FORMULARIO UIDE-CEO-016

Elaborado por: Victoria Moreno

Anexo 18. Protocolo de Incrustación del diente #25

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE INCRUSTACIÓN

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. Francisco Raza No. Historia: 13986

Nombre del Paciente: María Jacome No. Diente: #25

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
<u>22/04/19</u>	1	Preparación de pilares	
<u>22/04/19</u>	2	Elaboración de provisionales	
<u>24/07/19</u>	3	Impresiones funcionales	x
<u>24/07/19</u>	4	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo <u>IE (230) Chromascop</u>	x
<u>24/07/19</u>	5	Elección del material Metal <u>Cerómero</u> Cerámica pura	
<u>04/09/19</u>	6	Prueba de la incrustación	
<u> </u>	7	CEMENTACION CERÁMICA PURA <u>Preparación cerámica</u> Colocación ácido fluorhídrico Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos c/cara <u>Preparación diente</u> Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	<u> </u>
<u> </u>		CEMENTACIÓN METAL Desinfección diente e incrustación Lavado y secado Cementación – Ionomero de vidrio	<u> </u>
<u>04/09/19</u>		CEMENTACIÓN CERÓMERO <u>Preparación cerómero</u> Ácido orthofosfórico Adhesivo Cemento resinoso <u>Preparación diente</u> Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	

FORMULARIO UIDE-CEO-019

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 19. Protocolo de Corona Metal Porcelana de dientes #11, 12, 16 y 26.

UIIDE
 Universidad Internacional del Ecuador
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE CORONA

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. Francisco Baza No. Historia: 13986
 Nombre del Paciente: Maria Estime No. Diente: #11

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
	1	Modelos de Estudio	
	2	Encerado	
<u>13/05/19</u>	3	Preparación de pilares	
<u>13/05/19</u>	4	Elaboración de provisionales	
<u>24/07/19</u>	5	Impresiones funcionales	
	6	Elección del material Metal porcelana <input checked="" type="checkbox"/> Porcelana pura <input type="checkbox"/> Zirconio <input type="checkbox"/>	
<u>31/07/19</u>	7	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo <u>3A (310) Chromascop</u>	
<u>31/07/19</u>	8	Prueba de cofía	
<u>04/09/19</u>	9	Prueba de porcelana sin terminado	
<u>16/10/19</u>	10	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
	11	CEMENTACION CERAMICA Preparación cerámica Colocación ácido fluorhídrico Lavado y secado Silizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos ó cara Preparación diente Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado CEMENTACION METAL CERAMICA / ZIRCONIO Desinfección diente y corona Lavado y secado Cementación – ionomero de vidrio	

Firma del Paciente

FORMULARIO UIIDE-CEO-002

UIIDE
 Universidad Internacional del Ecuador
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE CORONA

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. Francisco Baza No. Historia: 13986
 Nombre del Paciente: Maria Estime No. Diente: #12

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
	1	Modelos de Estudio	
	2	Encerado	
<u>13/05/19</u>	3	Preparación de pilares	
<u>13/05/19</u>	4	Elaboración de provisionales	
<u>24/07/19</u>	5	Impresiones funcionales	
	6	Elección del material Metal porcelana <input checked="" type="checkbox"/> Porcelana pura <input type="checkbox"/> Zirconio <input type="checkbox"/>	
<u>31/07/19</u>	7	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo <u>3A (310)</u>	
<u>31/07/19</u>	8	Prueba de cofía	
<u>04/09/19</u>	9	Prueba de porcelana sin terminado	
<u>16/10/19</u>	10	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
	11	CEMENTACION CERAMICA Preparación cerámica Colocación ácido fluorhídrico Lavado y secado Silizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos ó cara Preparación diente Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado CEMENTACION METAL CERAMICA / ZIRCONIO Desinfección diente y corona Lavado y secado Cementación – ionomero de vidrio	

Firma del Paciente

FORMULARIO UIIDE-CEO-002

PROTOCOLO DE CORONA

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. Francisco Raza No. Historia: 13986
Nombre del Paciente: Maria Sotome No. Diente: #26

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
	1	Modelos de Estudio	
	2	Encerado	
<u>22/04/19</u>	3	Preparación de pilares	
<u>22/04/19</u>	4	Elaboración de provisionales	
<u>24/07/19</u>	5	Impresiones funcionales	
<u>24/07/19</u>	6	Elección del material Metal porcelana <input checked="" type="checkbox"/> Porcelana pura <input type="checkbox"/> Zirconio <input type="checkbox"/>	
<u>31/07/19</u>	7	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo <u>3A (310)</u>	
<u>31/07/19</u>	8	Prueba de cofía	
<u>04/09/19</u>	9	Prueba de porcelana sin terminado	
<u>16/10/19</u>	10	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
<u>16/10/19</u>	11	CEMENTACION: CERAMICA Preparación cerámica Colocación ácido fluorhídrico Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos c/cara Preparación diente Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado CEMENTACION: METAL CERAMICA / ZIRCONIO Desinfección diente y corona Lavado y secado Cementación – Iononero de vidrio	

Recibi el trabajo a entera satisfacción
Firma del Paciente Maria Sotome

PROTOCOLO DE CORONA

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. Francisco Raza No. Historia: 13986
Nombre del Paciente: Maria Sotome No. Diente: #16

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
	1	Modelos de Estudio	
	2	Encerado	
<u>06/05/19</u>	3	Preparación de pilares	
<u>06/05/19</u>	4	Elaboración de provisionales	
<u>24/07/19</u>	5	Impresiones funcionales	
<u>24/07/19</u>	6	Elección del material Metal porcelana <input checked="" type="checkbox"/> Porcelana pura <input type="checkbox"/> Zirconio <input type="checkbox"/>	
<u>31/07/19</u>	7	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo <u>3A (310)</u>	
<u>31/07/19</u>	8	Prueba de cofía	
<u>04/09/19</u>	9	Prueba de porcelana sin terminado	
<u>16/10/19</u>	10	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
<u>16/10/19</u>	11	CEMENTACION: CERAMICA Preparación cerámica Colocación ácido fluorhídrico Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos c/cara Preparación diente Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado CEMENTACION: METAL CERAMICA / ZIRCONIO Desinfección diente y corona Lavado y secado Cementación – Iononero de vidrio	

Recibi el trabajo a entera satisfacción
Firma del Paciente Maria Sotome

Elaborado por: Victoria Moreno

Anexo 20. Consentimiento Informado de coronas Metal porcelana de dientes 11, 12, 16 y 26.

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE
UIDE		Clínica Esp. Od.				PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	HISTORIA CLÍNICA
						Quito	Pedernales		13986
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Jaime		Mancero		María		Isabel		0501521546	
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.									
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO									
PROPOSITOS					TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS				
Devolver función y estética					Coronas dientes # 11, 12, 16, 26				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS				
Favorables con HTO					Filtración marginal, fractura de corona, caries secundaria.				
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
Dr. Francisco Raza		R. Oral							
2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA									
PROPOSITOS					INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS				
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA									
PROPOSITOS					ANESTESIA PROPUESTA				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS				
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO		ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE									
								FIRMAS DEL PACIENTE	
A		EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD						[Firma]	
B		EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD						[Firma]	
C		CONSENSO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD						[Firma]	
D		CONSENSO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA						[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									
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO									
NOMBRE DEL REPRESENTANTE		ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	

FORMULARIO UIDE-CEO-016

Elaborado por: Victoria Moreno

Anexo 21. Protocolos de las Prótesis Cromo Cobalto superior e inferior.

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Monja Segome No. HISTORIA: 139186
 NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Alejandra Torres
 Trabajo a realizar: Prótesis parcial removible.
 No. de dientes/dientes: 13,14, 21, 22, 23, 24.
 Clasificación de Kennedy Preliminar: Clase III Mod I Definitiva: Clase III Mod I.

Características clínicas de reborde: _____

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
23/10/19	1	Impresión Diagnóstica.	
23/10/19	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	
25/10/19	3	Modelos paralelizados.	
25/10/19	4	Modelos fijados en el "articulador", en RC o MIC.	
30/10/19	5	Diseño preliminar del especialista y por duplicado en hoja adjunta (copia adjuntar en la historia).	
30/10/19	6	Diseño definitivo graficado sobre el 2° modelo.	
30/10/19	7	Preparación de la boca del paciente tanto en los pilares como en los demás elementos dentarios.	
30/10/19	8	Impresión definitiva con alginato.	
30/10/19	9	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
30/10/19	10	Orden de trabajo (hoja adjunta por duplicado una para el laboratorio y otra para el especialista) con el segundo modelo.	
01/11/19	11	Prueba del esqueleto metálico en boca.	
01/11/19	12	Recorte del modelo y obtención del modelo de trabajo.	
13/11/19	13	Registro intermaxilar en RC o MIC.	
20/11/19	14	Prueba de las bases en cera (enfriado).	
04/12/19	15	Instalación de la prótesis terminada.	
	16	Primer control (24 horas).	
	17	Segundo control (72 horas).	
11/2/19	18	Tercer control (8 días).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

FIRMA DEL PACIENTE: Monja Segome
 C.I.: 0501321516

ESTUDIANTE: Victoria Moreno
 NOMBRE: Dr. Alejandra Torres
 TUTOR: Dr. Alejandra Torres
 NOMBRE: _____
 FIRMA: _____

FORMULARIO UIDE-EC003

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESUELA DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Monja Segome No. HISTORIA: 139186
 NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Alejandra Torres
 Trabajo a realizar: Prótesis parcial removible.
 No. de dientes/dientes: 3, 4, 13, 14, 15, 16, 17
 Clasificación de Kennedy Preliminar: Clase II Definitiva: Clase I Mod I.

Características clínicas de reborde: _____

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
2/10/19	1	Impresión Diagnóstica.	
2/10/19	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	
20/10/19	3	Modelos paralelizados.	
20/10/19	4	Modelos fijados en el "articulador", en RC o MIC.	
20/10/19	5	Diseño preliminar del especialista y por duplicado en hoja adjunta (copias adjuntar en la historia).	
20/10/19	6	Diseño definitivo graficado sobre el 2° modelo.	
20/10/19	7	Preparación de la boca del paciente tanto en los pilares como en los demás elementos dentarios.	
20/10/19	8	Impresión definitiva con alginato.	
20/10/19	9	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
20/10/19	10	Orden de trabajo (hoja adjunta por duplicado una para el laboratorio y otra para el especialista) con el segundo modelo.	
3/10/19	11	Prueba del esqueleto metálico en boca.	
4/10/19	12	Recorte del modelo y obtención del modelo de trabajo.	
24/10/19	13	Registro intermaxilar en RC o MIC.	
23/10/19	14	Prueba de las bases en cera (enfriado).	
04/12/19	15	Instalación de la prótesis terminada.	
	16	Primer control (24 horas).	
	17	Segundo control (72 horas).	
11/2/19	18	Tercer control (8 días).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

FIRMA DEL PACIENTE: Monja Segome
 C.I.: 0501321516

ESTUDIANTE: Victoria Moreno
 NOMBRE: Dr. Alejandra Torres
 TUTOR: Dr. Alejandra Torres
 NOMBRE: _____
 FIRMA: _____

FORMULARIO UIDE-EC003

Elaborado por: Victoria Moreno

Anexo 22. Consentimiento Informado de las Prótesis Cromo Cobalto superior e inferior.

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLÓGIA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE						
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	13486
				Quito		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	No. CÉDULA DE CIUDADANÍA		
Jacome	Mancera	Maria	Isabel.	050152816		
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.						
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO						
PROPOSITOS			TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
Devolver función y estética			Prótesis cromo cobalto superior e inferior			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
Favorables con fto			Desadaptación, Ulceras,			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA		
Dra. Torres	R. Oral.					
2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA						
PROPOSITOS			INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA		
3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA						
PROPOSITOS			ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA		
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE						
						FIRMAS DEL PACIENTE
A	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD					
B	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD					
C	CONSENSO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD					
D	CONSENSO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA					
E	HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS					
F	HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO					
G	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)					
H	HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO					
I	DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.					
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE						
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA		

FORMULARIO UIDE-CEG-016

Elaborado por. Victoria Moreno

Anexo 23. Consentimiento Informado de las resinas en dientes 32, 33, 42 y 43.

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
UIDE			PARROQUIA	CANTÓN	HISTORIA CLÍNICA
				Quito	13086
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	No. CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Jacome	Mancero	María	Isabel	0501552546	
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.					
1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO					
PROPOSITOS			TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS		
Dejar función y estética			Resinas en bordes incisales dientes # 32, 33, 42, 43		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS		
Favorables con tto			Filtración Marginal, Caries secundaria, partida de resina, fractura de resina		
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
Dra. Torres	R. Oral				
2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA					
PROPOSITOS			INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS		
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA					
PROPOSITOS			ANESTESIA PROPUESTA		
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS		
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE					
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD					FIRMAS DEL PACIENTE
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD					
C CONSENTIO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD					
D CONSENTIO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA					
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS					
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO					
G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTIA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)					
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO					
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONGENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.					
A:					
B:					
C:					
D:					
E:					
F:					
G:					
H:					
I:					
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE					
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	

FORMULARIO UIDE-CEO-016

Elaborado por: Victoria Moreno

Anexo 24. Resultado de la revisión del documento con el software anti-plagio.

Caso Clínico Victoria Moreno

INFORME DE ORIGINALIDAD

6% **4%** **0%** **6%**
INDICE DE SIMILITUD FUENTES DE INTERNET PUBLICACIONES TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	docplayer.es Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad San Francisco de Quito Trabajo del estudiante	1%
3	www.odontologiavirtual.com Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1%
5	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1%
6	repositorio.uide.edu.ec Fuente de Internet	<1%
7	www.buenastareas.com Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Internacional del Ecuador Trabajo del estudiante	<1%

1



Revisado por: Od. Esp. Marcelo Villacís

Realizado por. Dr. Marcelo Villacís