

01421
154



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANUAL DE OPERATORIA DENTAL II
3º AÑO 2ª PARTE

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:
JESÚS ARMANDO HERNÁNDEZ GARCÍA

DIRECTOR Y ASESOR: C.D. GASTÓN ROMERO GRANDE

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional

NOMBRE: Hernández García

Jesús Armando

FECHA: 6-oct-03

FIRMA: [Firma]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre por el apoyo
de toda la vida y
su amor.

A mi hermana Gloria y a su
esposo Juan, por toda la
esperanza dada, y apoyo.

A mi amiga Ivonne
por todo el apoyo brindado
en estos últimos años. Y a su
familia por la confianza y amor
brindado.

A mi director de tesina
C.D. Gastón Romero
por orientarme en la
realización de la tesina.

A mis profesores
que durante todos estos años
me han tenido paciencia y
dado toda su sabiduría.

INTRODUCCIÓN

En este manual se pretende reunir, en dos tomos, el programa de tercer año, para que adquiera información básica de la clínica integrada de operatoria dental.

En esta segunda parte del manual de tercer año, se ven los temas de las siguientes unidades: unidad VI técnicas específicas de restauración, unidad VII consideraciones de oclusión en operatoria dental, unidad VIII relación de la operatoria dental con las demás especialidades, y unidad IX, deontología.

Cada unidad fue desarrollada respetando sus objetivos, obteniendo la información de la bibliografía básica del programa, y con el auxilio de la red de internet, para intercalar la información y obtener una información combinada y estar actualizada, como la carrera no los exige estar en la vanguardia.

ÍNDICE

Unidad VI Técnicas Específicas de Restauración

1. Preparaciones especiales	1
1.1 Onlay	2
1.2 Corona total	3
1.3 Tipo túnel	6
1.4 Ojo de cerradura	7
2. Retención adicional	8
2.1 Dientes tratados endodóncicamente	8
2.1.1 Endopostes	9
2.1.1.1 Colado	9
2.1.1.2 Prefabricado	12
2.2 Sistemas de adhesión	15
2.2.1 Dientes vitales	15
2.2.2 Pins	15
2.2.3 Sistemas de adhesión	17
3. Materiales de restauración	19
3.1 Metálicas	19
3.2 Cerámicos	20
3.3 Poliméricos	20

Unidad VII Consideraciones de Oclusión en Operatoria Dental

1. Definición de oclusión	22
1.1 Generalidades	23
1.2 Cúspide de apoyo	25
1.3 Cúspide guía	25
2. Área de contacto	25
3. Relación intercuspídea	26
3.1 Relación cúspide fosa	27
3.2 Relación cúspide cresta-marginal	27

4. Relaciones oclusales	28
4.1 Oclusión mutuamente protegida (protección canina)	28
4.2 Oclusión balanceada unilateral (función de grupo)	28
4.3 Oclusión balanceada bilateral	29
5. Ajuste oclusal	29
5.1 Generalidades	29
5.1.1 Punto prematuro de contacto	29
5.1.2 Interferencia oclusal	30
5.2 Objetivos	30
5.3 Reglas de tallado en:	
5.3.1 Relación céntrica	30
5.3.2 Lado de trabajo	31
5.3.3 Lado de balance	32
5.3.4 Protrusión	34
6. Operatoria dental con problemas de	
6.1 Disfunción	34
6.2 Bruxismo	35
6.3 Trauma por oclusión	36
Unidad VIII Relaciones de la Operatoria Dental con las demás Especialidades	
1. Relación de la Operatoria Dental con otras especialidades	37
1.1 Materiales dentales	37
1.2 Endodoncia	37
1.3 Oclusión	38
1.4 Periodoncia	38
1.5 Prótesis	39
1.6 Radiología	33
2. Alcances y limitaciones de la Operatoria Dental con relación a las Especialidades de Endodoncia y Periodoncia	40

Unidad IX Deontología

1. Valor y dignidad del hombre	43
1.1 Definición de dignidad	43
1.1.1 Dignidad ontológica	41
1.1.2 Dignidad moral	43
1.2 Valoración de la persona	44
1.3 Respeto	45
2. Vocación	45
2.1 Definición de vocación	45
2.2 Afectiva	45
2.3 Efectiva	46
3. Relación medico-paciente	46
3.1 Modelos de RMP	47
3.2 Tipos de RMP	48
3.3 Ámbito de la RMP	50
3.4 Obstáculos en RMP	51
3.5 Problemas en RMP	52
4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico	53
4.1 ¿Qué es la CONAMED?	53
4.2 Integración de la CONAMED	53
4.2.1 Consejo	53
4.2.2 Comisionado	54
4.2.3 Dos comisionados el "a" y el "b"	54
4.2.4 Dirección General de Orientación y Quejas	54
4.2.5 Dirección General de Conciliación	55
4.2.6 Dirección General de Arbitraje	55
5. Consentimiento Informado	56
5.1 Fundamento legal	56
5.2 Contenido indispensable	56
CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60

UNIDAD VI

TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE RESTAURACIÓN

OBJETIVO: El alumno será capaz de restaurar un diente con destrucción amplia, así como dientes con tratamiento endodóntico, basándose en principios biomecánicos establecidos.

1. Preparaciones especiales

Preparación, es la forma interna y/o externa que se hace a un diente para efectuarle una restauración con fines preventivos, estéticos, de apoyo, de sostén o reemplazo de otras piezas ausentes.¹⁰

Preparación:

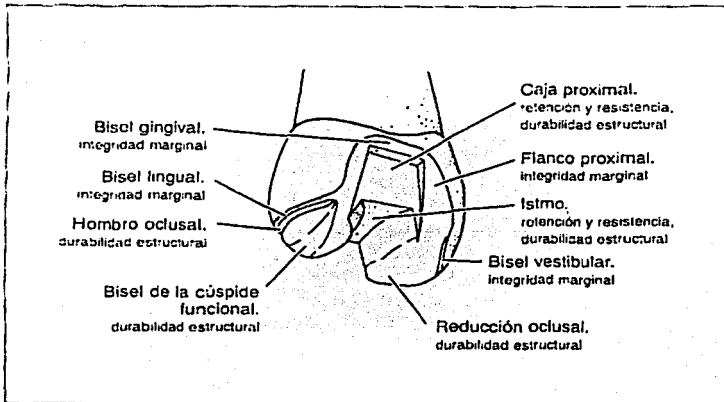
1. Apertura de los tejidos duros para tener acceso a la lesión.
2. Extensión de la brecha hasta obtener paredes sanas y fuertes sin debilitar el remanente dentinario.
3. Conformación para proporcionar soporte, retención y anclaje a la restauración.
4. Eliminación de los tejidos deficientes (cariados, descalcificados, etcétera).
5. Ejecución de maniobras preventivas para evitar un nuevo desarrollo de caries.
6. No debe invadir o dañar los tejidos blandos periodontales.
7. Protección de la biología pulpar.
8. Debe facilitar la restauración mediante técnicas y maniobras complementarias.⁸

1.1 Onlay

Una *incrustación* de clase II abarca las superficies oclusal y proximal de un diente posterior. Una *onlay* de clase II abarca la superficie o superficies de un diente posterior y cubre algunas cúspides.¹⁰

Preparación

- Remueva la restauración anterior y proceda con la preparación dentaria.
- Después de terminar la preparación, debe de haber un espacio de al menos 2 mm de espesor en todas las áreas. Todos los ángulos deben ser redondeados y las paredes deben ser divergentes oclusalmente.
- Hacer una impresión usando hilo retractor si se requiere.
- Hacer una restauración provisional, cemento con policarboxilato.⁹



Cementado

- Cheque el ajuste de la restauración en el dado de trabajo (modelo de yeso).
- Aislé el diente preparado con un dique de goma.
- Acondicione la preparación.
- Pruebe la restauración.
- Limpie la restauración con alcohol.
- Se mezcla el cemento, se coloca dentro de la preparación y sobre la superficie interna de la restauración.
- Coloque despacio la restauración dentro de la preparación.
- Asiente de manera suave la restauración completamente con un Instrumento colocado en la superficie oclusal, asegurándose que una saliente de cemento sea presentado en todos sus márgenes.
- Teniendo el tiempo transcurrido para el cementado, se prosigue a la eliminación de los excedentes del cemento.

Acabado

- Retirar el dique de goma y ajustar la oclusión con papel de articular utilizando una fresa de diamante microfina.
- Pulir las áreas ajustadas con un juego de gomas para pulir metal.⁸

1.2 Corona total

Una corona es una restauración extracoronaria cementada que recubre la superficie externa de la corona clínica. Debe reproducir la morfología y los contornos de las partes dañadas de la corona de un diente, para

desempeñar su función. También ha de proteger estructura dentaria remanente de una lesión añadida.⁸

Si recubre toda la corona clínica. La restauración se denomina corona de recubrimiento completo o total. Puede estar completamente fabricada con una aleación de oro, o de otro metal sin corrosión, con cerámica cocida sobre el metal, totalmente cerámica, de resina y metal, únicamente de resina y de composites (Empress, Targis Vectris).¹⁰

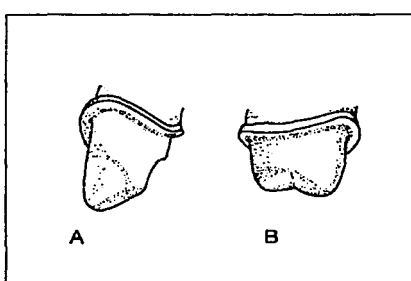
Corona completamente de metal: puede usarse para restaurar dientes con múltiples superficies axiales defectuosas. Proporciona la máxima retención posible en cualquier situación dada, aunque su empleo debe restringirse a casos en los que no existe una demasiada estética.

Corona de metal cerámica: puede emplearse para restaurar dientes con múltiples superficies axiales defectuosas, igualmente es capaz de proporcionar una retención máxima y, al mismo tiempo cumplir una exigencia estética elevada. Puede utilizarse como retenedor de una prótesis parcial fija en la cual sea preciso combinar el recubrimiento completo con un buen resultado estético.

Corona totalmente cerámica: esta corona es la más adecuada cuando se trata de combinar un recubrimiento completo y una estética máxima. Las coronas totalmente cerámicas no son resistentes a la fractura como las de metal-cerámico, por lo que su uso debe limitarse a aquellas situaciones en las que las fuerzas que se produzcan sean bajas o moderadas.⁹

Preparación

- Surcos de orientación profundos, los surcos se hacen en los dos planos, en el tercio cervical (tres surcos), y en el tercio incisal u oclusal (dos surcos), con una fresa 170 L de carburo introduciéndola 1.2 mm, de profundidad.
- Lo primero que se desgasta es el borde incisal u oclusal con una fresa cónica (preferentemente de diamante). Se hace en un plano paralelo al plano incisal u oclusal, con una reducción de 1.5 a 2.0 mm.
- Después se desgasta la cara vestibular empezando por el tercio incisal u oclusal hasta que unan los surcos.
- Sigue la reducción del tercio gingival, también uniendo los surcos hasta la mitad gingival de la cara anatómica. Al mismo tiempo por sí solo se va formando la terminación.
- La reducción de la cara palatina se realiza con una fresa de rueda diamantada, en el caso para anteriores, y para posteriores con una fresa cónica de diamante.
- Posteriormente se hace el desgaste de las paredes axiales (las cuales dan mayor retención) y la palatina con una fresa cónica de diamante de punta redonda.
- La preparación se termina haciendo un bisel gingival y eliminando los ángulos incisales.⁹



Cementado

- Limpie la restauración (corona) con un solvente o un detergente.
- Acondicione la preparación.
- Llene parcialmente la corona con un cemento. Cubra todos los márgenes.
- Empuje suavemente la corona con la presión del dedo.
- Remueva el exceso de cemento.
- Presione suavemente el reborde incisal de la corona con el mango de un espejo u otro instrumento para hacer fluir el cemento. Un saliente de cemento debe de formarse alrededor de los márgenes.
- Remueva el exceso de cemento con un excavador en forma de cuchara.
- Examine cuidadosamente todos los márgenes con un explorador y aplique un chorro de aire para eliminar cualquier remanente de cemento.⁸

1.3 Tipo túnel

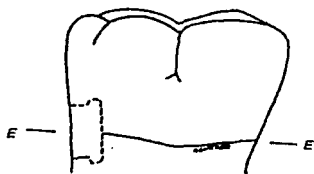
Tratando de conservar estructura dental, otros abogan por una preparación en forma de túnel. Esta preparación permite unir una lesión oclusal con una lesión proximal por medio de un túnel abierto por debajo del reborde marginal afectado. De este modo, el reborde marginal queda prácticamente intacto. La falta de acceso y visibilidad puede impedir el desarrollo de unas paredes cavitarias adecuadas y la excavación de la caries. También es motivo de controversia si el reborde marginal mantiene su resistencia o no.¹⁰

Preparación en forma de túnel

Consiste en realizar una penetración vertical en sentido ocluso-gingival, a partir de la fosa más cercana al reborde proximal, hasta alcanzar la caries sin destruir el reborde proximal. Luego esta penetración en túnel se ensancha hacia bucal y lingual, pero siempre con un criterio sumamente conservador. La tunelización también puede indicarse desde la cara labial o lingual según convenga al caso clínico. Puede recomendarse también para las restauraciones de composite. Normalmente también puede recomendarse el empleo de un cemento de ionómero de vidrio bajo el composite, y algunos sugieren que se restaure completamente este diseño de preparación con un ionómero de vidrio.^{2, 10}

1.4 Ojo de cerradura

Esta preparación denominada "en forma de ojo de cerradura" se puede realizar cuando la lesión cariosa se limita a la cara proximal, cerca del límite amelo-dentinario, y la papila gingival ha desaparecido o está fuera de la lesión. Tiene la forma de una ranura ubicada bien por debajo de la relación del contacto, abierta hacia bucal. En ciertos casos, se le puede preparar con apertura hacia lingual, según la ubicación de la lesión y el acceso a la instrumentación. La fresa más adecuada para llevar a cabo esta preparación es la cilíndrica lisa de extremo redondeado, la 1156, o la 1157, según el tamaño de la lesión.²



2. Retención adicional

Se denomina retención al conjunto de fuerzas que se oponen a la separación entre la preparación y las estructuras de apoyo.

En esta función intervienen los siguientes factores:

- Factores anatómicos y fisiológicos.- la morfología de las crestas alveolares en particular en la región anterior del maxilar, constituye un obstáculo importante a desinserción.
- Factores físicos. Son responsables por entero de la relación de las prótesis complejas. Entre la placa protésica y la mucosa, se desarrollan fuerzas de atracción por adhesión.
- Factores mecánicos. Son aquellos elementos mediante los cuales se une la prótesis a los dientes pilares. Existe una gran variedad de ellos, unos de concepción más simple y otros más complejos.

La retención evita la salida de la restauración a lo largo de la vía de inserción o del eje longitudinal de la preparación dentaria.³

2.1 Dientes tratados endodómicamente

La restauración que debe utilizarse en un diente tratado endodómicamente viene dictada por el alcance de la destrucción coronaria y el tipo de diente. Tradicionalmente, un diente desvitalizado recibía un poste para "reforzarlo" y una corona para "protegerlo".

Sin embargo la reducción axial para la preparación de una corona (destrucción periférica) combinada con el acceso endodóntico (destrucción central) deja insuficiente dentina sana para poder soportar sin ayuda.

Si requiere una corona de metal cerámico debido a la extensa destrucción coronaria, probablemente se necesite de un poste-muñón. Cuando mas largo sea el poste mayor será la retención. Un diente con un endoposte que tenga una longitud de tres cuartas partes de la corona o menor, tiene posibilidades que un diente sin poste. Sin embargo el índice de éxito de dientes tratados con postes puede aumentar a mas del 97.5 % cuando la longitud del poste igual o supera la longitud de la corona.⁹

2.1.1 Endopostes

Antes de seleccionar un sistema de endoposte, el odontólogo debe de tener un entendimiento claro del efecto de diferentes variables en la combinación diente-endoposte. Estas variables incluyen el diseño del endoposte, longitud y diámetro del poste, mecanismo de liberación de presión, superficie rugosa, preparación del canal, método de cementado, y agente cementante.⁸

2.1.1.1 Poste colado

Poste colado individualizado. Los postes prefabricados de metales nobles se han combinado con muñones de cera. Los patrones de cera directa se han fabricado usando una fresa de fisura de carburo como refuerzo. Para fabricar un patrón de poste-muñón de resina acrílica puede emplearse una técnica directa.

La técnica directa acrílica para poste-muñón puede aplicarse a dientes uni o plurirradiculares. Para fabricar un muñón colado para un premolar con dos conductos se constituye un poste de longitud adecuada para el conducto más indicado. El segundo conducto alberga una pequeña llave que sirve de mecanismo antirrotación, la retención que añade es mínima o nula.

Preparación del conducto

Se hace una aproximación de la preparación para la restauración final a grandes rasgos. Para un diente anterior, la restauración final probablemente será una corona de metal-cerámica. La reducción axial y la reducción incisal de 2.0mm se consigue mediante una fresa de diamante cónica de extremo plano. La reducción vestibular debe de tener una profundidad axial de 1.0 a 2.0mm. La reducción lingual se lleva acabo con una fresa de diamante tipo rueda pequeña. Se eliminan todas las caries, bases y restauraciones antiguas y se evalúa la estructura dentaria remanente para determinar la parte que esta suficientemente sana para incorporar la preparación final. En este momento se deben eliminar las paredes delgadas de estructura dentaria sin soporte. No es necesario ni deseable suprimir toda la estructura dentaria coronal supragingival, a menos que esta sea débil y este socavada.

Preparación del conducto. Los instrumentos de elección para eliminar la gutapercha y ensanchar el conducto son los ensanchadores peeso. Con puntas no contorneadas que siguen el camino de menor resistencia, (la gutapercha del conducto).

Eliminación de la gutapercha. Colocar el ensanchador en el diente para predeterminar la profundidad y compruebe en la radiografía la precisión de la longitud. Use la radiografía para establecer la longitud final. Continúe ensanchando el conducto con los tamaños graduados de los ensanchadores hasta que alcance el tamaño que se ha decidido para este diente. Las dimensiones del ensanchador utilizado dependerán del tamaño del diente, como regla general, no habrá de ser menor de un tercio del diámetro de la raíz en la unión amelo-dentinaria y deberá tener un grosor mínimo de 1.0mm de estructura dentaria alrededor del poste en la parte media de la raíz y más allá.

Fabricación del patrón de resina

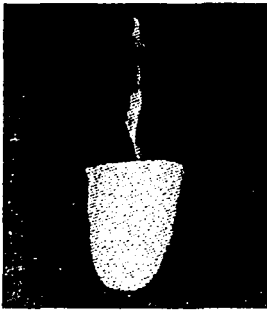
En un godete mezcle el monómero y el polímero de resina acrílica con una consistencia líquida. Lubrique el conducto con separador aplicando dentro del conducto. Rellene el orificio del conducto con resina acrílica (Duralay, Reliance Dental Worth, IL) tanto como sea posible, aplicada con un instrumento de plástico (Endowel, IPPA) para obturar. Asegurese de que el bisel externo esté recubierto en este momento, intentar recubrirlo posteriormente puede alterar el ajuste del poste en el conducto.

Cuando la resina este dura y pastosa, mueva el patrón dentro y fuera del conducto, para asegurarse de que quede el poste con la forma del mismo. Una vez polimerizada, retire el poste del conducto y asegurese que se extiende hasta el extremo apical del conducto preparado.

Acabado y cementado de endoposte colado

Compruebe el ajuste del muñón en el diente colocado con una ligera presión. Si queda trabado en el conducto o no asienta completamente, abrasione con aire el poste y vuelva a colocarlo. Alivie cualquier mancha brillante la parte del poste colado, debe pulirse con una rueda Burlew hasta obtener un acabado satinado.

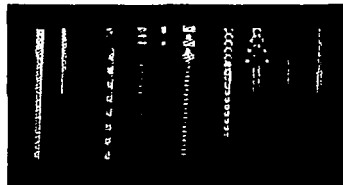
Mezcle cemento y ponga un poco en el conducto con un léntulo introduzca lentamente el poste-muñón en el conducto de modo que el exceso de cemento pueda escapar y permita que el poste -muñón se asiente correctamente retoque la preparación para la restauración final si es necesario y tome la impresión. La corona se cementará en una visita posterior.⁹



Poste colado individual con cerámica cocida, para mejorar la estética.⁸

2.1.1.2 Poste prefabricado

Se han descrito numerosas técnicas para la fabricación del sistema poste-muñón. Los postes prefabricados de amalgama o composite son los más utilizados hoy en día, existiendo una amplia variedad de sistema de postes disponibles. Los kits de postes prefabricados emplean ensanchadores o taladros especiales para la preparación de los conductos que son del mismo tamaño y configuración que los postes. Con el uso de estos sistemas es posible realizar el proceso en una sola visita.



Tipos de endopostes prefabricados⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Un poste incrementa la resistencia a las fuerzas laterales aplicadas sobre la corona de un 15 a un 48%. Los postes se pueden hacer de acero inoxidable, titanio, latón o aleaciones que contengan cromo; los metales preferidos en la actualidad de los que se tiene conocimiento del galvanismo y la corrosión son el titanio y aleaciones de alto contenido de platino y cobalto-cromo-molibdeno.

Los sistemas de postes se pueden clasificar por su mecanismo de retención: pasiva (cementados) o activa (roscados). Los postes roscados son más retentivos que los cementados aunque producen más tensión en el diente.

La preparación de un poste-muñón empieza con la disposición de la estructura dentaria coronal para la corona que será la restauración final del diente. Elimine de la estructura dentaria las restauraciones existentes, las caries, las bases y las paredes delgadas o sin soporte. Preserve tanta estructura dentaria como sea posible con el fin de que las paredes axiales de la corona puedan recubrir externamente al diente. Para determinar la longitud hasta la cual introduciremos el instrumento (fresas peeso) y posteriormente el poste, mida una fresa peeso sobre una radiografía del diente a restaurar.

Deslice un tope de goma de silicona para endodoncia en el mango de la fresa peeso y alinéelo con un punto concreto como el borde incisal del diente adyacente. Ponga un dique de goma para impedir la contaminación del conducto y proteger los tejidos adyacentes. Inicie la preparación del espacio para el poste eliminando la gutapercha del conducto con una fresa peeso sucesivamente se ocupará fresas más anchas, ensanche el conducto hasta un diámetro ligeramente menor que el del instrumento específico necesario para el sistema a utilizar. Pruebe el poste para confirmar su ajuste y longitud. Haga una mezcla fina de cemento y recubra el endoposte con ella. Con instrumento de plástico introduzca cemento en el espacio para el endoposte.

Use un léntulo (LD Caulk, Milford, ED) para asegurar que las paredes del conducto estén completamente recubiertas por cemento. Si se usa un léntulo se puede aumentar la retención hasta un 90 %. Empuje el endoposte totalmente hasta su posición permitiendo que salga el exceso de cemento.

Elimine entonces el exceso de cemento de la zona alrededor de la cabeza del endoposte.

Si se va utilizar amalgama para el muñón, seleccione un aro de cobre del diámetro correcto para que se adapte al diente y festonee el extremo gingival para seguir los contornos gingivales. Si el muñón se va a fabricar con un composite, puede usar un aro de cobre, aunque es más fácil y más rápido utilizar una corona (transparente o de policarbonato). Esta permite el uso de resinas fotopolimerizables, mientras las de policarbonato se pueden emplear con resinas autopolimerizables.

Si usa una corona de policarbonato, coloque separador en ella. Rellene con material de impresión de baja densidad; elimine el exceso con la jeringa de aire y deje una fina película sobre las paredes de la corona. Rellene entonces la corona con resina y aguántela en su posición sobre el endoposte protruido hasta que el material del muñón de resina haya polimerizado. Retire la matriz y de forma al muñón con fresa de diamante y de carburo hasta obtener la forma de la preparación de la corona asegúrese que la línea de acabado gingival se encuentre sobre la estructura dentaria.

Fabrique una restauración provisional y tome la impresión para la corona. Si se uso como matriz una corona de policarbonato, esta podrá emplearse como corona provisional una vez retirado el material elastomérico y redefinido los márgenes. La restauración final se cementará en el transcurso de la visita posterior.⁹

2.2 Sistemas de adhesión

2.2.1 Dientes vitales

En Odontología se denominan sistemas de adhesión a los agentes con que se producen articulaciones dentales adhesivas, y se clasifican en función del adherendo principal.¹⁰

2.2.2 Pins

Los pins aumentan la retención de forma efectiva generando una longitud adicional interna más apical que exteriormente. Para su colocación no requiere estructura dentaria vertical supragingival y pueden usarse cuando exista una longitud insuficiente de la pared axial. Es posible extenderlo hacia apical, más allá de la inserción gingival sin dañarla.

Los pins se usan habitualmente de dos formas:

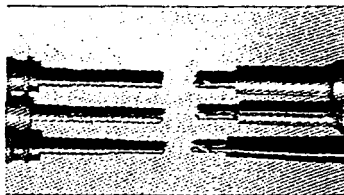
1. agujeros para pins paralelos a la vía de inserción de la preparación, los cuales reciben pins como una parte integral de la restauración colada
2. pins no paralelos situados en el diente para retener un muñón de amalgama o de composite en el que es posible una preparación clásica para la restauración colada.

La colocación cuidadosa de los agujeros para pins es parte importante de éxito de la restauración.

Al taladrar los agujeros para pins deberán sugerir cuatro guías:

1. situarlos en dentina sana
2. no socavar el esmalte
3. evitar la perforación de la membrana periodontal
4. no invadir la pulpa

Los agujeros para pins deben situarse verticalmente en hombros o rebordes a medio camino entre la superficie externa del diente y la pulpa, rodeados de 0.5mm de dentina como mínimo. Las localizaciones más seguras para los agujeros para pins son los ángulos lineales o las esquinas de los dientes. La zona menos deseable es a medio camino entre las esquinas, especialmente sobre las regiones sobre las pulpas.



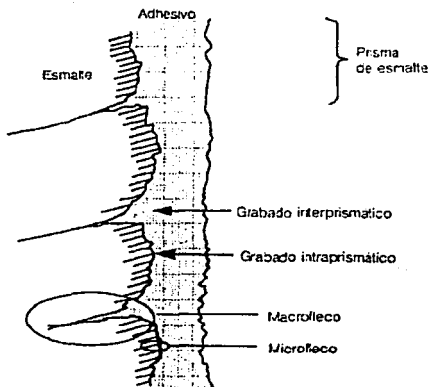
Pins con sus correspondientes taladros, para el canal del pin.⁸

Una vez estudiada la radiografía sitúe suavemente la sonda o el mismo taladro en el surco gingival, contra la parte lateral de diente, con el fin de obtener una imagen clara de la dirección de la superficie externa del diente en la zona del agujero del pin. Este procedimiento limita el uso de pins paralelos, que son parte del colado pues la vía de inserción de la preparación puede dictar una dirección del pin que podría dar lugar a complicaciones pulpares o periodontales.⁸

Si bien cuando aumenta el número, la profundidad y el diámetro de los pins la retención aumenta, después de colocar cuatro o cinco pins se produce un punto de respuesta en disminución. Este hallazgo experimental confirma las recomendaciones clínicas de que es preciso utilizar un pin para cada cúspide, ángulo lineal o pared axial ausentes. Los pins auto roscados resultan casi cinco veces más retentivos que los pins cementados y deben situarse a una profundidad de solo 2.0mm. No obstante, los pins cementados como parte integral de la restauración necesitan extenderse 4.0mm dentro del diente.⁹

2.2.3 Sistemas de adhesión

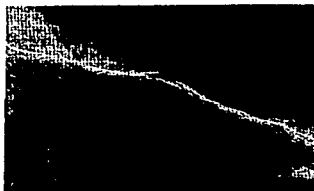
Sistemas de adhesión para esmalte. Suelen consistir en una mezcla de monómero acrílico líquido sin relleno que se aplica sobre el esmalte acondicionado o grabado ácido. El monómero se introduce por los intersticios existentes entre los bastones del esmalte y el interior de los mismos.¹⁰



La adhesión al esmalte depende de que los flecos resinosos se unan con las irregularidades superficiales creadas por el grabado ácido. Los que se forman entre la periferia de los bastones de esmalte reciben el nombre de macroflecos. A nivel del extremo de cada bastón, en donde se han disuelto cristales sueltos de hidroxiapatita dejando unas criptas tapizadas por material orgánico residual, se forma una red mucho más fina de millares de flecos de menor tamaño. Estos flecos tan finos reciben el nombre de microflecos. Los macroflecos y microflecos son la base fundamental para la adhesión micromecánica.¹⁰

Sistemas de adhesión para dentina. Están constituidos por una mezcla de monómero acrílico líquido sin relleno que se aplica por una superficie de dentina acondicionada con ácido grabador e imprimada. El primer para la adhesión está formada por monómeros hidrófilos como 2-HEMA o HEMA para humedecer las superficies de dentina que puedan contener alguna humedad, aunque pueden penetrar lo túbulos dentinarios, la fuerza de unión depende fundamentalmente de la adhesión micromecánica a la dentina intertubular que se produce entre los túbulos a lo largo de la superficie dentinaria tallada. Se supone que un 90% o más de la fuerza de adhesión a la dentina se debe a la unión mecánica. Los procesos iniciales para el acondicionamiento de la dentina eliminaban el barrillo dentinario, pero tendían a grabar excesivamente la dentina. Mediante un acondicionamiento meticuloso se obtienen un relieve micromecánico que permite la adhesión entre los túbulos sin desmineralizar excesivamente la dentina peritubular.¹⁰

Adhesión química entre dentina
(a la derecha) e ionómero.²



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. Materiales de restauración

El éxito del tratamiento restaurador no depende solo del profesional, si no también de una suma de factores, así como el material utilizado y del paciente.

La selección del material restaurador es responsabilidad exclusiva del odontólogo, que debe basarse en las variables de cada caso clínico.

La selección correcta de cada material no es el factor más importante y tampoco garantiza el éxito de una restauración. Sin embargo una selección incorrecta sin duda conducirá al fracaso.

El material restaurador debe de ser de buena procedencia, debe tener aval de investigaciones confiables y, principalmente, debe ser comprobado por una evaluación clínica.²

3.1 Metálicas

Entre los metales que se utilizan en la odontología encontramos las orificaciones y las diferentes aleaciones metálicas para elaboración de incrustaciones, coronas y puentes.

En Odontología, los metales representan una de las cuatro clases de materiales empleados para la reconstrucción de dientes cariados, perdidos o dañados. Aunque los metales sean fáciles de distinguir de la cerámica, polímeros y compuestos, no son fáciles de definir. "Un metal se define como una sustancia química opaca, es un buen conductor de calor y electricidad y, cuando está pulido es buen reflector de luz".

3.2 Cerámicos

La cerámica dental es un material usado en odontología principalmente con fines estéticos ya que dentro de los materiales restaurativos es de los que mejor reproduce la apariencia natural del diente.

La porcelana se utiliza en la fabricación de dientes artificiales para dentaduras totales, para confeccionar coronas individuales o prótesis fijas y aun para hacer incrustaciones.

La porcelana presenta como principal ventaja, su apariencia, la cual iguala a la de un diente natural, no cambia de color, no se mancha fácilmente y es prácticamente inerte.

Las cerámicas consisten en mezclas químicas muy íntimas de elementos metálicos y no metálicos, que permiten la formación de enlaces iónicos (K_2O) y/o covalentes (SiO_2). En la tabla periódica solo existen unos cuantos elementos no metálicos, como el oxígeno, nitrógeno, hidrógeno y el cloro.

Las cerámicas más empleadas en odontología son aleaciones de tres óxidos metálicos fundamentales (SiO_2 , Al_2O_3 , K_2O). también se pueden obtener cerámicos por corrosión de metales (Fe_2O_3 , SnO , Ag_2S). ^{11, 12}

3.3 Poliméricos

Los poliméricos se utilizan en diferentes aplicaciones en Odontología. Estas constituyen obturaciones provisionales y definitivas, cementación,

impresiones, férulas entre otras aplicaciones terapéuticas. En los últimos años la industria odontológica ha dirigido amplias investigaciones en el campo de los materiales polimérico usados en las técnicas de restauración directa, -Resinas Compuestas- con la finalidad de mejorar algunas de sus propiedades mecánicas y químicas, incluidas entre estas la resistencia a la compresión y a la abrasión, además de el sellado marginal, estrés de polimerización, adhesión al sustrato dental, biocompatibilidad y estética.

Antiguamente todo diente fracturado se resolvía con una corona, hoy gracias a los materiales que disponemos, podemos reconstruir dientes rotos sin colocar coronas e incluso muchas veces ni carillas de cerámica.

El desarrollo vertiginoso de los materiales dentales durante las últimas décadas, ha dado lugar a que los profesionales dedicados a la Estomatología tengan que actualizar sus conocimientos constantemente con el objetivo de conocer y manejar correctamente los nuevos productos que salen al mercado.

Las resinas dentales compuestas restaurativas (composites) han sido uno de los materiales que han tenido un buen desarrollo, siendo necesario conocer en forma general algunos de los avances experimentados en su composición y clasificación, que los caracterizan en los momentos actuales.

Estas resinas se caracterizan por su alta estética y gran resistencia, cualidades que les confieren la incorporación de partículas de cerámica en su estructura.

Con los composites podemos modificar lesiones hipoplásicas de las piezas dentarias, desde manchas a hipoplasias con falta de material dentinario, es un sistema más económico que la colocación de carillas de cerámica.¹⁰

UNIDAD VII

CONSIDERACIONES DE OCLUSIÓN EN OPERATORIA DENTAL

OBJETIVO: el alumno conocerá los parámetros de la función masticatoria normal del paciente individual.

Deberá prever la consecuencia del tratamiento restaurador sobre la fisiología masticatoria, y aplicar las medidas tendientes a evitar, y en su caso corregir desajustes de la función masticatoria.

1. Oclusión

Para E. Baterec, es un estado definido por uno o más contactos entre dientes antagonistas. Según la World workshop in periodontics in Michigan, la oclusión consiste en los contactos interdentarios que resultan del control neuromuscular del sistema masticatorio.

Estas dos definiciones ponen de manifiesto cuantos conceptos distintos puede englobar el término oclusión:

- Concepto estático. Relación de los dientes entre ellos; relación de las arcadas entre ellas o mejor situación de los cóndilos en la cavidad glenoidea.
- Concepto dinámico. Dinámica mandibular funcional durante los movimientos de la masticación, deglución o fonación, dependientes de mecanismos neuromotores.
- Concepto neurofisiológico. Equilibrio o desequilibrio dependiente de mecanismos sensitivo-sensoriales; criterios difíciles de cuantificar y cualificar y que se determinan a contrario por la ausencia de desequilibrio.

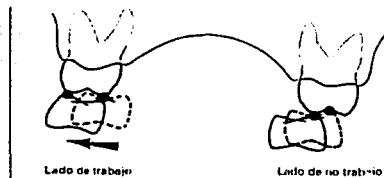
La oclusión no es un estado fijado definitivamente, sino un devenir en constantes cambios bajo la doble influencia del desarrollo y las alteraciones. (Kawamura).³

1.1 Generalidades

Oclusión

Todos los contactos con los dientes superiores e inferiores entre sí. Es el movimiento de la mandíbula que produce contacto con dientes antagonistas y mandibulares cuando se encuentran en un contacto funcional durante la actividad de la mandíbula. El contacto de los dientes superiores e inferiores en todas las posiciones y movimientos mandibulares. Es el resultado del control neuromuscular de los componentes del sistema masticatorio.

Oclusión equilibrada: define los contactos dentales bilaterales y equilibrado durante todos los movimientos laterales y de protrusión (prostodencia total) esta facilitaría la estabilidad de la base de la dentadura.



Oclusión equilibrada³

Gnatología: es la ciencia exacta del movimiento mandibular y de los contactos oclusales resultantes.

OCLUSIÓN DINÁMICA: esta se centra en la salud y función del centro masticatorio y no en una configuración específica.

Contacto excéntrico unilateral para dentición natural: esta teoría sugiere que los contactos de la retrusión (contacto de trabajo) al igual que los contactos de protusión tan sólo deberían producirse en dientes anteriores.⁶

Oclusión ideal (para los dientes): es el contacto de los dientes posteriores en forma bilateral y simultánea produciendo cargas paralelas al eje más largo de los dientes en relación céntrica. También se le denomina Oclusión mutuamente protegida.

Oclusión ideal (para músculos): mínima actividad muscular en la posición de reposo. Contracción isométrica de los músculos durante los movimientos mandibulares. Coordinación absoluta de los diferentes grupos musculares.

Oclusión ideal (para ATM): disco articular propiamente localizado entre el cóndilo y la fosa articular. Movimientos coordinados entre el disco y el cóndilo. Complejo cóndilo - disco en posición de relación céntrica.⁶

Oclusión patológica: es la perturbación de la forma fisiológica que resulta no sólo de la destrucción de un tejido en particular sino también de las estructuras independientes. La oclusión al igual que otros procesos fisiológicos orgánicos, cambia de acuerdo a la edad.

Oclusión normal o funcional. Se refiere al estado de función armónico que se logra ya sea mediante el ajuste oclusal o el diseño correcto de restauraciones múltiples o individuales o bien por ambos. Es un estado de oclusión en la anatomía de las superficies oclusales, no presentan obstáculos o interferencias para los movimientos suaves de deslizamiento de

la mandíbula. Halla libertad de cierre para la mandíbula o para que sea ganada la máxima intercuspidad en oclusión céntrica y relación céntrica.

1.2 Cúspide de apoyo o de trabajo

Son las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores y las cúspides vestibulares de los molares y premolares inferiores, también se pueden considerar los bordes incisivos de los dientes anteriores de la mandíbula; mantienen contactos centrales de reposo con las fosas opuestas y los espacios interproximales determinando la dimensión vertical. Las áreas de contacto de las cúspides de apoyo con los dientes opuestos en el cierre máximo deben quedar perfectamente establecidos llamándose a estas contenciones céntricas.

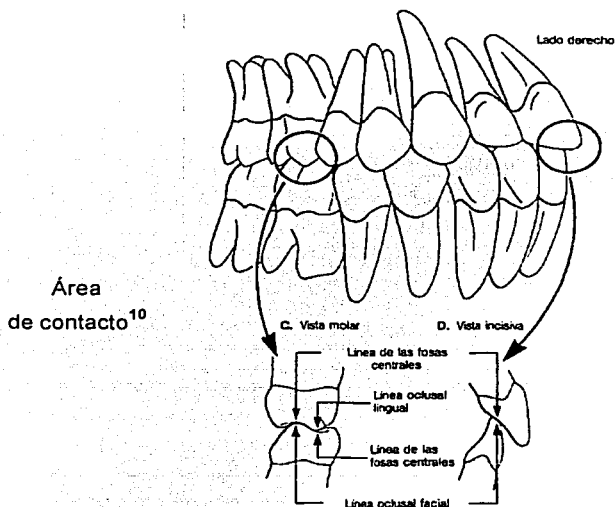
1.3 Cúspides guía

Este término se refiere a la influencia que ejercen las superficies palatinas de los dientes anteriores superiores sobre los movimientos mandibulares, esta guía se expresa en grados en relación al plano horizontal.

2. Área de contacto

En relación céntrica, están todos los dientes en contacto, tanto los anteriores como los posteriores. En protusión, existe contacto entre los grupos incisivo-canino y, simultáneamente, contacto entre los dientes del grupo posterior, y por lo menos este contacto se realiza entre la cúspide mesio-palatina del último molar inferior, (en oclusión balanceada). (En oclusión con protección de grupo).

En protusión los seis dientes anteroinferiores se deslizan sobre las concavidades palatinas del grupo anteroposterior. Hay desoclusión posterior.³



3. Relación intercuspídea

En lado de trabajo, hay contacto de molares y premolares; las vertientes internas de las cúspides vestibulares de los dientes maxilares contactan con las vertientes externas de las cúspides vestibulares de los dientes mandibulares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el lado de balance, hay contacto entre las vertientes internas de las cúspides palatinas de los dientes maxilares con las vertientes internas de las cúspides vestibulares de los dientes mandibulares, (en oclusión balanceada). (En oclusión con protección de grupo). En el lado de trabajo, hay contacto entre las vertientes internas de las cúspides vestibulares maxilares y las vertientes externas de las cúspides vestibulares de los dientes mandibulares. En el lado de balance, no existe contacto dentario

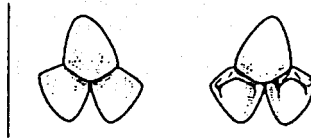
3.1 Relación cúspide-fosa.- cuando cada una de las puntas de las cúspides de soporte ocluyen en una relación estable con la fosa mesial o distal opuesta.



Relación cúspide-fosa³

3.2 Relación cúspide-cresta marginal.-

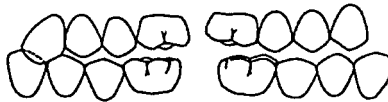
El contacto entre dientes antagonistas son de un diente a dos dientes. Los contactos son del tipo cúspide-cresta marginal. Este tipo de oclusión es clásica en prótesis completa, pero excepcional en la dentición natural. En este tipo de oclusión, fuere cual fuese el movimiento, siempre hay contacto dentario bilateral, (en oclusión balanceada). (En oclusión con protección de grupo). El contacto entre dientes antagonistas es de un diente a dos dientes y, por tanto, de cúspide a cresta marginal. Esta oclusión puede considerarse tomando como punto de partida la relación céntrica o la máxima intercuspidadación.³



Relación cresta-cúspide marginal³

4. Relaciones oclusales

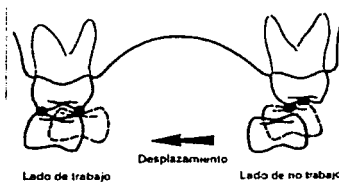
4.1 Oclusión mutuamente protegida (protección canina).- los dientes están dispuestos de tal modo que el entrecruzamiento de los dientes anteriores evita cualquier contacto de los dientes posteriores en el lado de trabajo y en el de no trabajo en las excursiones mandibulares.



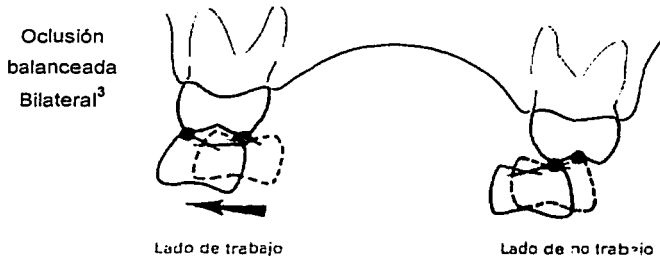
Oclusión mutuamente protegida³

4.2 Oclusión balanceada unilateral (función de grupo).- exige que todos los dientes del lado de trabajo estén en contacto durante el movimiento lateral. Por el contrario, los dientes en el lado de no trabajo no tendrán contacto alguno.

Función de grupo³



4.3 Oclusión balanceada bilateral.- es una oclusión cuyos dos lados del arco dental están en contacto con sus antagonistas durante todas las excursiones mandibulares, o bien, se refiere al contacto simultáneo entre los segmentos posteriores derecho e izquierdo de los arcos en las excursiones laterales de la mandíbula y al contacto simultáneo entre los segmentos anterior y posterior del arco en la oclusión protrusiva (prostodoncia).



5. Ajuste oclusal

5.1 Generalidades

5.1.1 Punto prematuro de contacto.- La existencia en una arcada de un solo diente fuera del plano de oclusión por la mala elaboración del proceso operatorio, puede comprometer a medio o corto plazo todo el conjunto del tratamiento. Para el restablecimiento del plano oclusal, se realiza en función del criterio oclusal que se va a seguir. La necesidad de eliminar el punto de contacto prematuro, para llegar al remodelamiento oclusal puede reducirse a un pequeño tallado, o incluso el retratamiento de la restauración que produce el problema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.1.2 Interferencia oclusal.- son contactos oclusales no deseados que pueden provocar la desviación de la mandíbula durante el cierre hacia la máxima intercuspidación, o impedir un movimiento fluido hacia y desde la posición de intercuspidación.¹²

5.2 Objetivos

Aunque el ajuste oclusal comporta una modificación de la forma de los dientes, la posición mandibular en la que se alteran los dientes tienen también una importancia crítica. El ajuste oclusal debe empezar con la localización de la posición músculo-esquelética estable (relación céntrica) de los cóndilos.⁶

El objetivo del ajuste oclusal es devolver la armonía músculo esquelética estable de las articulaciones temporomandibulares junto con una situación oclusal estable, así como conseguir la axialización de las fuerzas oclusales correctas y una guía correcta.¹²

5.3 Reglas de tallado en:

5.3.1 Relación céntrica

No tallar las cúspides; tallar solo las vertientes
No sacar nunca los dientes de relación céntrica.

El objetivo de este paso es crear unos contactos dentarios deseables cuando los cóndilos se encuentran en su posición músculo-esquelética estable (relación céntrica). Un objetivo importante del ajuste oclusal es desarrollar una posición de relación céntrica.

Obtención de la posición de contacto de relación céntrica. Se procede al ajuste oclusal. El paciente se coloca reclinado en el sillón. Se localiza la relación céntrica bimanualmente. Se junta suavemente los dientes y el paciente identifica el diente en el que nota el primer contacto. Se abre entonces la boca y se secan meticulosamente los dientes con una jeringa de aire o con algodón. Se coloca un papel (o cinta) de articulación, sostenido con unas pinzas, en el lado que se ha identificado el primer contacto. Se vuelve a guiar la mandíbula a la relación céntrica y se establece el contacto dentario, golpeando levemente en el papel. Se localizan las áreas de contacto para los dientes maxilares y mandibulares, uno de estos contactos, o los dos, se encuentran en una vertiente, ya sean los planos inclinados o mesial y distal, ya los planos bucal y lingual. Para eliminar el deslizamiento en relación céntrica debe modificarse la forma de estas vertientes para que constituya puntas de cúspides o superficies planas.⁶

5.3.2 Lado de trabajo

Interferencias del lado de trabajo y protusivas. Estas interferencias son mucho más fáciles de determinar que las interferencias céntricas, ya que tanto el papel carbón como las cintas dentales dan marcas hasta cierto punto buenas al frotar los contactos oclusales con presión ligera. También puede usarse cerda verde para incrustaciones o laca para correcciones finas en la etapa final del ajuste. Aunque los pacientes no pueden masticar más posteriormente que lateralmente a oclusión céntrica, pueden mover lo suficiente en una dirección posterior como para atrapar interferencias durante bruxismo. Por tanto, en diagnóstico y ajuste de excursiones laterales, es recomendable mover la mandíbula tan atrás como sea posible, en un trazado de arco gótico. Este movimiento puede cubrir un área un poco mayor que lo necesario para algunos pacientes, pero aporta la seguridad de que el

paciente no alcance interferencias posterior y lateralmente, que quizá no se hayan dejado si el ajuste no incluyó excursiones laterales retrusivas. El ajuste lateral y protusivo deben cubrir todo el campo dentro de los límites funcionales de la mandíbula, tanto en excursiones combinadas laterales y protusivas como en protusión recta.¹²

5.3.3 Lado de balance

Interferencias del lado de balance. La determinación de las interferencias del lado de balance puede hacerse con técnicas similares a las que se utilizan en la detección de interferencias en céntricas y en el lado de trabajo. Las interferencias del lado de balance son aquellas que ocurren entre las cúspides de trabajo superiores o inferiores y sus vertientes oclusales. Como estas cúspides mantienen las paradas céntricas y por ello son esenciales para la estabilidad de la posición del diente, la eliminación de interferencias debe realizarse con gran cuidado para mantener tantas y tan ampliamente diversificadas paradas céntricas como sea posible después del ajuste. La regla principal, como lo señalo Schuyler, es hacer todo el desgaste sólo sobre una de las dos cúspides o vertientes que interfieren, si ambas sirven como paradas céntricas de los dientes. No obstante, mediante el análisis cuidadoso se encontrará que, a menudo, las paradas céntricas pueden mantenerse en parte mediante desgaste de precisión que incluya ensanchamiento de las vías sulculares de las cúspides que interfieren, en lugar de la reducción cuspídea radical.

Sitios a desgastar. Es posible que algunas paradas céntricas tengan que sacrificarse para eliminar interferencias, pero nunca debe eliminarse mediante el desgaste todos los puntos de contacto o paradas céntricas deben sacrificarse, es muy importante analizar con cuidado las consecuencias futuras en relación con la estabilidad oclusal y la función

antes de decidir si el desgaste debe realizarse en las cúspides linguales (incluyendo sus vertientes linguales en la mandíbula). La decisión en cuanto a dónde desgastar debe hacerse después de prestar mucha atención a:

- a) La tendencia a moverse o inclinarse de los dientes después del desgaste.
- b) Las direcciones resultantes de las fuerzas en oclusión céntrica relacionadas con el soporte periodontal de los dientes.
- c) El efecto de la función del lado de trabajo de los dientes después del desgaste.
- d) La posibilidad de mantener algunas de las paradas céntricas comprendidas en la interferencia.

Estas consideraciones son de especial importancia para pacientes con tendencia a apretar y desgastar sus dientes, ya que las fuerzas de contacto intensas en el bruxismo inclinan con facilidad los dientes si se les da la oportunidad y las interferencias oclusales son propicias a reaparecer.

Si un diente posterior se inclina o existe irregularidades oclusales que ocasionan que la cúspide o vertiente que hace el contacto que interfiere en excursiones de balance está fuera de contacto en céntrica, se debe desgastar esa cúspide o vertiente. La estabilidad se mantiene entonces mediante la cúspide que hace contacto, la cual no se desgasta.

Si están presentes, los contactos del lado de balance deben desgastarse de modo que en movimientos oclusales vacíos estén un poco fuera de contacto o que, cuando menos, toque más ligeramente que los contactos en el lado de trabajo. No debe hacerse intentos de desgastar las vertientes guía del lado de trabajo con el único propósito de producir contactos del lado de balance.

Una buena forma de revisar estos contactos es colocar una tira de cera verde para incrustaciones de calibre 28 sobre las superficies oclusales en un lado a la vez y hacer que el paciente mueva la mandíbula con los dientes en contacto hacia el lado opuesto sin morder en céntrica.

La cera no penetra por completo mediante este procedimiento si los contactos del lado de balance son tan ligeros como deben ser.¹²

5.3.4 Protrusión

En la mayor parte de los casos no se intentan armonizar la guía protusiva con la inclinación cusplídea en las regiones molares y premolares puesto que esta armonía no es esencial para la buena función y la comodidad muscular. Sin embargo, de acuerdo con las observaciones de Beyron, una sobremordida vertical profunda con función protusiva restringida puede inducir un patrón de desgaste oclusal desfavorable. Por esta razón, resulta deseable establecer como compromiso un patrón lateral y protusivo combinado con contactos funcionales simultáneos o función de grupo en el canino y en los incisivos laterales y central de cada lado.¹²

6. Operatoria dental y su relación con problemas de:

6.1 Disfunción

La disfunción es frecuente en los trastornos funcionales de la ATM. En general se manifiesta por una alteración del movimiento normal de cóndilo-disco, produciendo ruidos articulares. Estos pueden ser un fenómeno aislados de corta duración que se denomina clic. Si es intenso, a veces se le denomina "pop". La crepitación es un ruido múltiple, áspero, como de

gravilla, que se describe como chirriante y complejo. La disfunción del ATM, puede manifestarse también por una sensación de agarrotamiento cuando el paciente abre la boca. A veces, la mandíbula puede quedar bloqueada. La disfunción del ATM está directamente relacionada con el movimiento mandibular.⁶

6.2 Bruxismo

Hábito de apretamiento o frotamiento de dientes, diurno o nocturno, con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, inconsciente y fuera de los movimientos funcionales (parafunción).

Su repercusiones clínicas pueden ir mas allá del desgaste dentario y afectar estructuras de soporte dentario, musculatura Cervico-craneal y ATM afecta a ambos sexo, jóvenes y adultos (aunque estos quizás empezaron de jóvenes) incluso a los niños (no confundir con alteración fisiológica en piezas deciduas).

El origen del bruxismo no esta aclarado totalmente. Parece que obedece a múltiples factores etiopatogénicos entre ellos, hay dos que destacan sobre los demás: interferencias oclusales y factores psíquicos.

Las interferencias más patogénicas son: deslizamiento en céntrica lateral e interferencia en balance.

Los factores psíquicos actúan como potenciadores del cuadro (factores contribuyentes) son: ansiedad y estrés.¹²

6.3 Trauma por oclusión

Denominación para describir las alteraciones patológicas o de adaptación que se producen en el periodonto como resultado de fuerzas indebidas ejercidas por los músculos masticatorios.

Fuerza oclusal excesiva (T.O) además de causar alteración en el periodonto, está involucrado en muchos procesos:

- Lesión en la estructura dentaria.
- Lesión de la ATM.
- Lesión músculo-esquelética.
- Lesión en el tejido y órgano pulpar

Un caso que las radiografías se consideran por lo común especialmente valiosas en el diagnóstico periodontal es la detección del traumatismo oclusal. De los diversos signos radiográficos de este estado, tal vez el más corriente y el más seguro sea el ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal. Otras indicaciones radiográficas de trauma, como la pérdida de la lámina de cemento, la fractura de la raíz, la resorción de la raíz y la hipercementosis, se ven con menor frecuencia y son más difíciles de evaluar.

La presencia de un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal o de la pérdida inusitada de hueso alrededor de un diente indica la existencia de fuerzas oclusales excesivas, pero la ausencia de estos signos radiográficos no eliminan la posibilidad del trauma.^{5,6}

UNIDAD VIII

RELACIÓN DE LA OPERATORIA DENTAL CON LAS DEMÁS ESPECIALIDADES

OBJETIVO

El alumno comprenderá las implicaciones del tratamiento de operatoria dental, con las otras áreas de la odontología.

1. Relación de la operatoria dental con otras especialidades

1.1 Materiales Dentales; la operatoria dental esta íntimamente relacionada con la ciencia de los materiales dentales ya que la historia revela como los progresos de la operatoria dental se fueron produciendo simultáneamente con los adelantos de los materiales. Además estudian su composición, fabricación, resistencia y otros aspectos útiles para la profesión.

El odontólogo debe conocer las propiedades de los materiales dentales disponibles para decidir cual es el más adecuado para la restauración de una lesión dentaria.

"Nunca llegará a dominar la disciplina de la operatoria dental aquel operador que tenga un conocimiento deficiente, erróneo o anticuado de vasto campo de los materiales dentales"

1.2 Endodoncia; la endodoncia esta relacionada con la operatoria dental, ya que es una rama derivada de ella, ya que desde el momento en que una lesión o un procedimiento operatorio atraviesa el esmalte y empieza actuar sobre la dentina, se esta actuando sobre la pulpa. Además es necesario que

el operador conozca preferentemente los principios biológicos que rigen el funcionamiento del órgano dentario pulpar y las medidas que deben adoptar para evitar su lesión. También es importante conocer la capacidad de reparación del órgano dentinopulpar.

1.3 Oclusión; el diseño de la superficie dental restaurada puede tener efectos significativos sobre el número y la localización de los contactos oclusales, por lo que deberán tomarse en consideración tanto las relaciones estáticas como las dinámicas, para no producir daños al paciente.

El aparato masticatorio es muy adaptable y puede funcionar adecuadamente con un margen muy amplio de diferencias en el tamaño maxilar y el alineamiento dental. A pesar de esta gran capacidad de adaptación, muchos pacientes son muy sensibles a los bruscos cambios en los contactos dentales que suelen producir los tratamientos restauradores. El odontólogo debe conocer, los detalles exactos de la oclusión.

1.4 Periodoncia; la reacción del periodonto permite evaluar cual es el grado de exactitud del procedimiento odontológico realizado. En efecto las restauraciones dentarias que pueden ser eficientes desde el punto de vista biomecánico y con respeto al complejo dentina-pulpa, pueden ser deficientes con respecto al periodonto. Una obturación que no reconstruya la relación de contacto, que no restaure la forma, que invada el periodonto o que no restablezca la oclusión constituirá un factor lesivo para las estructuras de soporte y protección del diente.

El periodonto reacciona mediante una irritación que se transforma luego en una inflamación y que termina por producir un proceso patológico tanto o mas grande que la lesión original que motivo la intervención del odontólogo.

Una de las causas principales de la enfermedad periodontal es la operatoria dental deficiente que puede conducir al impacto de los alimentos, favorece la retención de la placa bacteriana, modificar la oclusión e interferir en el correcto funcionamiento del aparato masticatorio.

1.5 Prótesis; con la práctica de la operatoria dental se confeccionan cavidades con la finalidad terapéutica o finalidad protésica. Tal es la relación de esta especialidad con la prótesis que muchas cavidades han ido evolucionando en su diseño, de acuerdo con las exigencias de los protesistas.

Los aparatos metálicos removibles ofrecen, a veces, dificultades que obliga al protesista a recurrir a una incrustación metálica sobre una pieza dentaria para solucionar el problema de fijeza o retención del aparato. Otras veces se da a la incrustación, en su exterior una forma determinada para que permita el apoyo de un aparato parcial removible, es decir estamos utilizando un elemento de nuestra especialidad para contribuir con el éxito del protesista.

1.6 Radiografía; con el auxilio de la radiografías se descubren caries incipientes en los espacios proximales, o la extensión de una caries en los sitios de difícil acceso. La radiografía permite tener certeza absoluta del tamaño y dirección de la pulpa y de los conductos radiculares. Lo que facilita enormemente múltiples tareas del odontólogo, a saber: el tratamiento de conductos, la confección de una cavidad de cualquier tipo, la ubicación, profundidad y dirección adecuadas de los pins, el tallado de un conducto para una incrustación a perno, etc. Por la radiografía descubrimos precozmente las recidivas de caries en los bordes de las obturaciones proximales.⁷

2. Alcances y limitaciones de la operatoria dental con relación a las especialidades de endodoncia y periodoncia

Las ventajas y las desventajas que presenta la tendencia actual a la especialización en una profesión implica inevitablemente la fragmentación de la práctica. Se cree que de ello resulta la desorientación del paciente y la falta de un enfoque organizado del tratamiento global. Por otro lado, son muchos los convencidos de que solamente la especialización puede lograrse una asistencia excelente. Sin embargo, tal debate parece ser principalmente académico.

Algunas formas de la terapéutica endodóncica son demasiado complejas para la práctica general; por ejemplo, el tratamiento de los dientes con una anatomía anormal del conducto radicular, con resorción interna y externa, o con la cámara pulpar calcificada. Las técnicas quirúrgicas complejas como la reparación de defectos de la raíz, el raspado de áreas especiales extensas, y la cirugía apical de los dientes posteriores, es mejor dejarlo a cargo de los especialistas.

No obstante, cualquiera de estas técnicas más difíciles, puede llegar a formar parte de la actividad profesional del dentista general de medida que este aumenta sus conocimientos y su capacidad gracias a los cursos de especialización y a la experiencia clínica.

Es frecuente que se requieran los servicios combinados de varias especialidades para preservar la dentición. La terapéutica endodóncica a menudo es un complemento necesario del tratamiento periodontal, restaurador, prostodóntico e incluso ortodóntico. El tratamiento de la enfermedad periodontal, campo en la que se han realizado notables progresos en los últimos años, actualmente implica con frecuencia técnicas

tales como la amputación de una raíz, y la hemisección. En tales casos, la terapéutica endodóncica se efectúa previamente a la cirugía periodontal o inmediatamente después de ella. Además la pérdida de hueso asociado con la enfermedad periodontal y su tratamiento expone a veces conductos laterales o superficies radiculares denudadas. Esto provoca a menudo la desvitalización de los dientes afectados, y para conservarlos es necesario someterlos al tratamiento endodóncico.⁵

La periodoncia es la disciplina de la odontología que estudia los tejidos que rodean a la pieza dentaria, sus patologías y el tratamiento de las mismas. La odontología restauradora busca devolver la función y/o la estética al órgano dental cuando se ve alterado por la caries o por algún traumatismo.

Una adecuada interrelación entre ambas disciplinas es importante y necesaria para lograr mantener la salud del todo el sistema estomatognático.

Si estamos en presencia de alteraciones gingivoperiodontales de origen infeccioso, será necesario, previo a cualquier tratamiento restaurador, instituir el tratamiento gingival o periodontal que corresponde para que los tejidos blandos recuperen el estado de salud. Esto es indispensable para la correcta solución integral del problema operatorio.

Una condición fundamental previa a la restauración es la preparación de los tejidos periodontales.

Sabemos que la placa bacteriana se deposita en la superficie de las piezas dentarias y por medio de sus productos produce una inflamación en los tejidos gingivales. Las acciones por desarrollar para disminuir el nivel de infección supragingival y/o subgingival es:

- Control de placa
- Control de caries activa
- Control del medio
- Exodoncia de piezas dentarias no recuperables
- Control de bolsas periodontales activas
- Refuerzo del huésped
- Monitoreo inmediato
- Mantenimiento

Para lograr el éxito estético y funcional a largo plazo, debe existir una íntima relación entre la operatoria dental y la periodoncia.

Se establece, que el éxito depende de una correcta preparación del sitio a restaurar, de la elección del material adecuado, del respeto a las estructuras gingivoperiodontales y, ante todo, de un paciente motivado en la prevención y en el control de la placa bacteriana.²

UNIDAD IX DEONTOLOGÍA

OBJETIVO

El alumno conocerá los conceptos éticos que estudian racionalmente la bondad o maldad de los actos humanos a través de ellos el hombre manifiesta su manera de ser y su perfección. Estos conocimientos deben regir, tanto su quehacer profesional como el trato profesional con el paciente.

Comprenderá y reconocerá el valor y la dignidad de la persona, en su relación médico-paciente (la inmensa mayoría de las quejas a CONAMED se refieren a incomprensiones en este sentido).

1. Valor y dignidad del hombre

1.1 Definición de dignidad

La palabra dignidad (en latín *dignus, dignitas*) significaba. En un sentido más específico, decoro, cualidad superior, nobleza, excelencia. En sentido más genérico se asocia a la idea de justicia y equidad. Se advierte que el término abstracto de dignidad en un sentido implica relación de superioridad más que de igualdad; superioridad sea personal (dignidad o eminencia del hombre sobre las demás cosas) o social (dignidad o cargos políticos o religiosos).¹

1.1.1 Dignidad ontológica

Corresponde a la persona por su perfección, pues entre los seres humanos de la naturaleza es el único racional, libre y responsable,

representando una unidad perfecta, es decir "una persona especial", con una "función especial", convirtiéndolo en un centro particular de acciones y reacciones.

1.1.2 Dignidad moral

La dignidad se asocia a la idea del hombre de ser una especie singular superior a los demás por su condición original, mientras que la moral se refiere a la conducta del hombre que obedece a ciertos criterios valorativos acerca del bien y el mal. Por lo tanto dignidad moral es, la superación basándose en el bien y el mal.

1.2 Valoración de la persona

El hombre cuenta con una estructura y una operación que le permite funcionar, características que no le son exclusivas, pero que no lo definen de modo absoluto, puesto que hay un dinamismo interno en la propia realidad humana y personal.

El hombre no es un qué o un para qué, sino un quién. No es un objeto, sino un sujeto. No es una cosa sino un "yo", dueño y responsable de sus actos y decisiones frente a un "tu". Es dueño de si mismo y de sus actos, se posee y se controla. Es un ser especial, diferente de todos los demás, complejo y libre, pero con una misión y vocación a la que tiene que dar respuesta.

1.3 Respeto

El respeto por las personas reconoce la capacidad y los derechos de todas las personas de tomar sus propias decisiones. Se refiere al respeto de la autonomía y la autodeterminación de los seres humanos por medio del reconocimiento de su dignidad y libertad. El respeto por las personas se expresa en el proceso de consentimiento informado

2. Vocación

2.1 Definición de vocación

La palabra vocación viene del vocablo *vocáre*, que significa llamado. Es como una voz interior que invita, con insistencia, a dedicar la vida a una actividad específica. Se puede decir quien nos llama somos nosotros mismos, nuestras inclinaciones, nuestras habilidades, aquello en lo que hemos destacado, aquello para lo que sabemos que somos buenos, aquello que nos agrada, aquello que conocemos, etcétera.

Escuchar este llamado, responder a él, es decir, dar respuestas acertadas y encaminadas hacia esa dirección, es una responsabilidad moral que cada quien tiene consigo mismo.¹

2.2 Afectiva

Es aquello que le gusta hacer al sujeto, lo que lo atrae, lo que le satisface y se le presenta como apetecible. Es la parte afectiva de la vocación es el amor a determinada profesión. Por ejemplo, si dentro de nuestra profesión a algún estudiante le desagrada, le da asco o repulsión tratar los pacientes

dentro de su boca, y puede sentir cierta repulsión hacia ellos, difícilmente puede estar en la profesión acertada si elige ser cirujano dentista.

2.3 Efectiva

Es una capacidad sobresaliente sobre el término medio o común. No es otra cosa que la actitud del sujeto, la cual lo hace capaz para poder desarrollar un trabajo determinado, su capacidad intelectual y física para ejercer esa vocación a la que se siente llamado.

Debe de haber concordancia entre el elemento afectivo y el efectivo para que realmente obtengamos una realización plena y permanente a través de la vida de nuestra profesión.

Esta concordancia se da cuando realmente amamos nuestra profesión con esa parte afectiva, y nos dedicamos más a ella conociéndola y, de esta manera, se da más fácilmente el que seamos efectivos como consecuencia lógica del aprecio que le tenemos. Y como somos más efectivos y capaces, el ejercicio profesional nos produce más satisfacciones y ante ellas más amamos a nuestra profesión y así entramos en lo que podemos llamar un círculo virtuoso.¹

3. Relación médico-paciente

Por relación médico-enfermo se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico.

La relación médico-paciente, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico, como siempre; o un poco más si cabe, dado el deterioro a que viene estando sometida dicha relación, tanto por la utilización hipertrófica de las medidas técnicas, como por la masificación - asociada con las tendencias socializadoras y preventivas, que la Medicina ha experimentado en los últimos años.

3.1 Modelos de RMP

Modelo "paternalista", "centrado en la enfermedad"

Es aquel en el que el médico era considerado el experto en los problemas sanitarios y decía al paciente de una forma más o menos paternal lo que debía o no debía hacer.

En el modelo paternalista se considera que la negociación con el paciente no suele existir. Pero con frecuencia eso es así porque médico y paciente asumen que es el médico el que está más capacitado, en cierta medida desde su atalaya, para decir lo que es mejor en un momento determinado. Y el paciente, si hay concordancia, lo acepta.

Modelo "centrado en el paciente", biopsicosocial

En este modelo, se pone énfasis en considerar al paciente como un todo, valorando no sólo su enfermedad o problema de salud más o menos concreto, sino sus sentimientos, temores, opiniones, creencias, expectativas, repercusiones de la enfermedad en su vida diaria, etc. Y además de cómo un todo, como un "igual", con el que se comparte e intercambia información y decisiones al mismo nivel. El médico sería el poseedor de unos

conocimientos y habilidades en su área y el paciente el conocedor de sus expectativas, sentimientos, preferencias, forma de vida, etc.

Relación autoritaria

Si la medicina se ejerce de esta forma, es decir, autoritariamente, es probable que el enfermo no comprenda la naturaleza de su mal y, como consecuencia, no modifique conductas físicas o del alma que contribuyan a su saneamiento y bienestar posterior. La relación autoritaria, por ende, no es óptima en medicina. Desafortunadamente nuestra medicina, sobre todo la institucional, está enferma de autoritarismo.

3.2 Tipo de RMP

Tipos de relación medico-enfermo según el grado de participación

NIVEL	MEDICO	PACIENTE	RELACIÓN- PROTOTIPO
1	Actividad	Pasividad	Madre-lactante
2	Dirección	Cooperación	Padre-niño
3	Participación mutua	y recíproca	Adulto-adulto

El nivel 1, o de "actividad del médico y pasividad del enfermo", es el tipo de relación que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por si mismo: situaciones de urgencia médica o quirúrgica, pacientes con pérdida o alteración de conciencia, estados de agitación o delirio agudo, etc. En estos casos, el médico asume el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. El prototipo de este nivel de relación sería el que se establece entre una madre y su recién nacido: relación madre-lactante.

El nivel 2 o de "dirección del médico y cooperación del enfermo", es el tipo de relación que tiende a darse en las enfermedades agudas, infecciosas, traumáticas, etc., en las que el paciente es capaz de cooperar y contribuir en el propio tratamiento. El médico dirige, como experto, la intervención adopta una actitud directiva, y el paciente colabora contestando a sus preguntas, dando su opinión, y realizando lo que se le pide. El prototipo de relación de nivel 2 sería el que se establece entre un progenitor y su hijo no adulto: relación padre-niño.

El nivel 3 o de "participación mutua y recíproca del médico y del paciente", es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones postoperatorias o postraumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas, y en general en todas las situaciones, muy frecuentes en el mundo médico actual, en que el paciente puede asumir una participación activa, e incluso la iniciativa, en el tratamiento: Así en pacientes diabéticos, enfermedades cardíacas, enfermedades de la vejez, etc., el médico valora las necesidades, instruye y supervisa al paciente, que, a su vez, lleva a cabo el tratamiento por sí mismo, según lo programado, y con la posibilidad de sugerir otras alternativas o decidir.¹⁴

Tipos de relación medico-paciente según el grado de personalización

FASE	PACIENTE	MEDICO
1. De llamada	"le necesito como experto"	"Es un hombre que sufre..."
2. De objetivación	"El debe saber..."	"Es un caso..."
3. De personalización	"El me comprende"	"Es mi enfermo"

familiares o amigos del paciente, etc. Incluso en la medicina institucional se observa una disposición o deseo del paciente, de ser atendido preferentemente por un determinado médico.

Ambos influyen en la consulta a un médico determinado y en las decisiones terapéuticas.

Se desarrolla en un plano:

- Intelectual
- Técnico
- Afectivo
- Ético

3.4 Obstáculos en RMP

Afectan negativamente la RMP:

- La impersonalidad en el trato.
- Actitud de Juez.
- Petulancia del médico.

El médico debe esforzarse para generar sentimientos positivos, lo que favorece el diagnóstico y tratamiento.

La RMP incluye no solo el momento de encuentro efectivo entre el médico-paciente, sino que todo lo que acontece de la relación y el curso de la enfermedad.

3.5 Problemas en RMP

El médico y el paciente viven en la RMP una experiencia nueva, positiva o negativa que queda en su memoria. La gran interrogante ética para el médico, es si cumplió su rol de ayudar técnica y humanamente al paciente; y para el paciente, si el médico satisfizo o no las expectativas que en él habría cifrado. Si esta RMP ha sido positiva se afianza el rol curativo del médico y la confianza del enfermo en su capacidad profesional. Si ha sido negativa se produce una gran ruptura que aleja al paciente del médico.¹³

Algunos problemas que experimenta el médico en la RMP pueden ser:

- a) Frustración por la impotencia que produce la falta de mejoría del paciente.

El paciente lleva al médico a un callejón sin salida: pese a las frecuentes consultas, pruebas complementarias, tratamientos y derivaciones a otros especialistas, no se observa ningún progreso en su cuadro clínico. Con el tiempo, el paciente parece ignorar activamente lo que se le recomienda y obstruir cualquier intento de obtener alguna mejoría. La presencia recurrente de un paciente quejumbroso cuyos problemas no se modifican, independientemente del tratamiento que se le ofrezca, y que culpa implícita o explícitamente al profesional por su malestar, es un recuerdo incómodo y continuo de la incapacidad e impotencia del médico. Esta sensación de impotencia por la no mejoría del paciente es el origen de la frustración.

- b) Frustración por la falta de control de la entrevista.

En general, cuando iniciamos la entrevista clínica con un paciente tenemos el guión mental de la estructura que vamos a desarrollar durante ella. Sin embargo, con el paciente suele resultar inútil cualquier previsión porque,

pese a nuestras intervenciones en sentido contrario, es él quien parece dictar el contenido de la consulta: monopoliza la mayor parte de la conversación y selecciona el tema del que quiere discutir que, habitualmente, se centra en sus síntomas físicos y en la necesidad de que se le ayude. Además, también parece dirigir cualquier tipo de tratamiento que se le ofrece, rechazando unos, aceptando otros y modificando casi todos. Este último aspecto es uno de los que más irrita al médico, ya que la prescripción del tratamiento es la función que resume su responsabilidad social y profesional, aspecto que el paciente se encarga de invalidar.

c) Miedo a no diagnosticar alguna enfermedad.

Este miedo es la causa de las múltiples exploraciones complementarias innecesarias y de los tratamientos farmacológicos ineficaces a los que se ven sometidos los pacientes por la falta de preparación del profesional.¹²

4. Comisión Nacional De Arbitraje Médico

4.1 ¿Qué es la CONAMED?

Es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. Su misión; es contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como elevar la calidad de los servicios médicos que se presentan en el país. Su objeto; es el contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

4.2 Integración de la CONAMED

4.2.1 Un consejo. Se integra por diez consejeros y por el comisionado nacional. Siendo la autoridad máxima y se encarga de instruir las políticas de

actuación de la comisión, conforme a las atribuciones que establece su decreto de creación.

4.2.2 Un comisionado. Es el titular de la CONAMED y para auxiliario en su gestión, cuenta con dos comisiones; "A" y "B".

4.2.3 Dos comisionados, el A y el B.

Comisionado "A". Se encarga de los asuntos de naturaleza sustantiva; orientación y quejas, conciliación, coordinación regional y arbitraje, que tiene a su cargo, respectivamente: la recepción de quejas, la función conciliadora y la resolución de las quejas mediante arbitraje.¹⁵

Comisionado "B". Se encarga de las áreas de apoyo a la gestión administrativa, investigación, métodos y seguimiento.

4.2.4 Dirección General De Orientación Quejas

- Asesoría sobre derechos y obligaciones en materia de salud usuarios y prestadores de servicios médicos.
- Recibe y atiende quejas del usuario, analiza la información aportada y determina si la inconformidad contiene elementos que deban ser analizados.
- Cuando la queja procede se tomara al área de conciliación, sin procede se brindara orientación, al quejoso que dirija su caso a la institución que corresponda.

4.2.5 Dirección General De Conciliación

- Establece el contacto con el prestador de servicios médicos para conocer las versiones de los hechos, en materia de queja.
- Reúne a las partes para proponerles mecanismos de amigable composición como guía para resolver sus diferencias.
- En caso contrario, se pone a consideración de las partes la posibilidad de que la comisión intervenga como arbitro para la solución del conflicto, el problema se ventila en los tribunales del estado.¹⁵

4.2.6 Dirección General De Arbitraje

- Las partes se someten de manera voluntaria al arbitraje de la comisión, renunciando a cualquier otra instancia para resolver su conflicto.
- La comisión tiene facultades para resolver en definitiva la controversia mediante emisión de un laudo apegado a derecho.
- El prestador de servicio y el usuario puede aportar toda clase de pruebas que no sean contrarias a derecho.
- Seda seguimiento a los laudos, que expresan los compromisos de las partes y vigilan su comportamiento.

- Cabe destacar que los principios que orientan la actuación de la comisión son: imparcialidad, equidad y la conciliación.¹⁵

5. Consentimiento informado

5.1 Fundamento legal

Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente. Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.¹⁶

5.2 Contenido indispensable

- Datos suficientes sobre naturaleza y origen del proceso.
- Nombre, descripción y objetivos del procedimiento. Debe explicarse en términos sencillos y comprensibles los aspectos que deba conocer sobre el procedimiento, y que sean útiles a la hora de tomar una decisión.

- **Beneficios esperables.** No se recomienda incluir demasiados beneficios para no crear excesivas expectativas que puedan dar lugar a denuncias.
- **Molestias previsibles y posibles riesgos:** riesgos típicos y consecuencias seguras. Más adelante veremos en que consisten.
- **Espacio en blanco para riesgos personalizados.**
- **Procedimientos alternativos.** Es conveniente dar alternativas al procedimiento, para evitar situar al paciente en un callejón sin salida. Lo contrario constituiría una persuasión.
- **Efectos esperados si no se hace nada.** El paciente debe conocer lo que puede ocurrir en el caso de no realizar el procedimiento.
- **Disposición a aclarar dudas o ampliar información.**
- **Comunicar la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento.**
- **Datos del enfermo.**
- **Datos del médico que informa.**
- **Declaración del paciente expresando consentimiento y satisfacción con la información, y que se han aclarado sus dudas.**
- **Firmas del médico y el paciente. Fecha.**
- **Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incapacidad del paciente.**
- **Apartado para la revocación del consentimiento.**

Que la presunta irregularidad este presentada por escrito y firmada por el usuario o promovente, acreditando la irregularidad que le atribuye al prestador de servicio mediante documentos tales.¹⁶

Ejemplo de un consentimiento informado:

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad.

Yo, D/Dña....., como paciente
(o D/Dña....., como su
representante), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,
EXPONGO:

Que he sido debidamente INFORMADO/A por el Dr....., en
entrevista personal realizada el día, de que es necesario que se me efectúe el
procedimiento diagnóstico terapéutico
denominado.....

Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas (Anexo), sobre la naturaleza y
propósitos del procedimiento, beneficios, riesgos, alternativas y medios con que cuenta el
Hospital para su realización, habiendo tenido ocasión de aclarar las dudas que me han
surgido.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecho de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas
sobre el proceso médico citado

Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que me sea realizado el procedimiento
diagnóstico
terapéutico.....

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes
de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento
Palma, a, de

informante

Firma del paciente y N°D.N.I.
(O su representante legal en caso
en caso de incapacidad

Firma del médico
n° de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento.

Firma del testigo.
D.N.I.

CONCLUSIONES

Con la realización de este manual en apoyo al tercer año de la carrera, de cirujano dentista, se da una mejor preparación profesional, en el área de operatoria dental, manteniendo una relación con todas las especialidades odontológicas, esta relación nos lleva al buen tratamiento de nuestros pacientes, y como relacionarnos mejor con ellos.

Es importante conocer los órganos legales que nos compete como trabajadores de la salud y la información que debemos proporcionar al paciente para cualquier tratamiento y sobre todo en aquellos que existan algunas complicaciones.

Es esencial el saber entablar una relación médico-paciente para así nosotros poder elaborar un buen diagnóstico con su respectivo plan de tratamiento y el paciente estará conforme con la atención proporcionada; lo cual es uno de los éxitos para el que se desarrolla como profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALVAREZ DE LA CADENA, CAROLINA. ÉTICA ODONTOLÓGICA. 2ª. Ed. MÉXICO, EDITORIAL UNAM, 1998.
2. BARRANCOS MONEY, JULIO. OPERATORIA DENTAL. 3ª. Ed. BUENOS AIRES, EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, 1999.
3. BOREL, JEAN-CLAUDE Y SCHITTLY, JEAN. MANUAL DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE. BARCELONA, EDITORIAL MASSON, 1991
4. COHEN STEPHEN, BURNS. LOS CAMINOS DE LA PULPA. 5ª. Ed. MÉXICO, EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, 1998.
5. MORRIS, ALVIN L. LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRACTICA GENERAL. 2ª. Ed. ESPAÑA EDITORIAL LABOR, 1976.
6. OKESON, JEFFEY P. TRATAMIENTO DE OCLUSIÓN Y AFECCIONES TEMPOROMANDIBULARES. 4ª. Ed. MADRID, EDITORIAL MOSBY, 1999.
7. RITACCO, ARALDO ÁNGEL. OPERATORIA DENTAL MODERNAS CAVIDADES. 4ª. Ed. BUENOS AIRES. EDITORIAL MUNDI, 1985.
8. SCHWARTZ, RICHARD S. Y SUMMITT, JAMES, B. FUNDAMENTOS EN ODONTOLOGÍA OPERATORIA UN LOGRO CONTEMPORÁNEO. COLOMBIA, EDITORIAL ACTUALIDADES MÉDICO ODONTOLÓGICAS LATINOAMÉRICA, 1999.
9. SHILLINGBURG, HERBERT T. FUNDAMENTOS ESENCIALES EN PRÓTESIS FIJA. 3ª. Ed. ESPAÑA, EDITORIAL QUINTESSENCE BOOKS, 2002.
10. STURDEVANT, CLIFFORD M. ARTE Y CIENCIA OPERATORIA DENTAL. 3ª. Ed. MADRID, EDITORIAL MOSBY, 1996.

11. http://dental_1.tripod.com.mx/odontologiaestetica/id2.html
12. <http://do.doyma.es/cgi-bin/wdbegi.exe/doyma/mrevista.fulltex?pidet=3138>
13. www.cirujanosdentales.cl/revista/vol53dic2001cir.6_2001editorialpdf
14. www.colombiamedicaunivalle.edu.co/vo125No1/cuidadoprimary.htm/
15. www.conamed.gob.mx
16. www.medimed.com/elmedico./nula2003/tema1/ehc4.htm
17. www.redestv.es/neurocirugia/Servicio/concentimiento.htm
18. www.sepsiquitria.org/sepsiquitria/html/informacion_sociedad/manual/a3.htm

m