



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

“UNAM”

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

“ZARAGOZA”

FES- ZARAGOZA

Extracciones Múltiples; como procedimiento básico en el ISSSTE Clínica de Medicina Familiar “Guadalupe”, en el periodo del 01 de Agosto del 2010 al 31 de Julio del 2011.

Presentación de Casos Clínicos.

NOMBRE:

MORALES PÉREZ CÉSAR DAVID

DIRECTORA:

MORALES VÁZQUEZ JOSEFINA

ASESORA:

CARRASCO DÍAZ ANELVI

FEBRERO DEL 2012.



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.

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
MARCO TEÓRICO	4
✚ Antecedentes	
✚ Anatomía	
✚ Cascada de coagulación	
✚ Protocolo para el Tratamiento Quirúrgico	
✚ Asepsia y antisepsia	
✚ Soluciones anestésicas	
✚ Técnica de Bloqueo Maxilar y Mandíbular	
✚ Intervención Quirúrgica	
✚ Incisiones	
✚ Elevación de Colgajo	
✚ Eliminación Ósea	
✚ Exodoncia	
✚ Técnica de Extracción	
✚ Extracciones de Raíces	
✚ Extracciones Múltiples	
✚ Alveoloplastía	
✚ Conducta Postoperatoria	
✚ Indicaciones a Tomar en Cuenta	
OBJETIVO	28
DISEÑO METODOLÓGICO	29
BASES ÉTICAS Y LEGALES (LEY DE HELSINKI)	30
RECURSOS	35
PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS	36
✚ Primer Caso Clínico (Paciente Aparentemente Sano)	37
✚ Segundo Caso Clínico (Paciente Hipertenso, Diabético y Cardiópata)	47
✚ Tercer Caso Clínico (Paciente Cardiópata con Infartos)	57

IMPACTO Y TRASCENDENCIA DE LOS CASOS	68
CONCLUSIONES	70
CONCLUSIONES GENERALES	71
PROPUESTAS	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	79

 Paquete de información que se brinda a cada paciente

- Indicaciones post-operatorias
- Indicaciones post-extracción
- Autoexamen de salud bucal
- Salud bucal para todas las edades
- Salud bucal en las personas con diabetes
- Salud bucal en los adultos mayores

DEDICATORIA

Son muchas las personas especiales a las que les gustaría dedicar y agradecer, su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo, otras en mis recuerdos y otras en mi corazón. Pero sin importar en donde estén o si alguna vez llegan a leer esta dedicatoria les quiero dar las gracias por formar parte de mi, por todo lo que me han brindado y por sus bendiciones. Pero sé que mis labios no podrían nunca dejar de decir todo lo que siento por ustedes, todo lo que tengo que agradecerles; ni tampoco mi corazón dejaría jamás de quererlos, por qué el día que eso suceda entonces ya no latiría. (El hombre es mortal por sus temores e inmortal por sus deseos).

PRINCIPAL DEDICATORIA

🌍 A mis padres:

Rocio Pérez Escalante.
José Nicasio Morales López.

🌍 A mis hermanos:

Yoset Adalia Morales Pérez.
Marcos Arturo Morales Pérez.

🌍 A mi hija:

Diana Lynn Morales Reyes.

🌍 A todas las personas que estuvieron conmigo en este largo camino:

Amigos, compañeros y profesores.



GRACIAS

Por Estar en Este Largo Camino de Mi Vida.

AGRADECIMIENTOS

El agradecimiento es reconocer nuestro pasado, nuestro origen. Sin embargo la condición humana parece inclinarnos en forma casi natural hacia el rencor en lugar del agradecimiento, por que es más fácil recordar a aquel que nos ha dañado en lugar de tener presente a aquel que nos ayudo. (Los hombres suelen si reciben un mal escribirlo en el mármol, pero si reciben un bien en el polvo...Por ello para obrar, el que da debe olvidar pronto, y el que recibe nunca).

Agradezco a mi Mamá:

Gracias por enseñarme como vivir y enfrentar la vida sin temor alguno, tú que me enseñaste a dar mis primeros pasos, que siempre me diste la seguridad de un abrazo, que has estado ahí cuando he caído, por pasar noches enteras orando y velando por mí cuando estaba enfermo o tenía algún problema, porque dejaste que compartiera mis alegrías y me ayudaste en mis tristezas, por escucharme, aconsejarme, por luchar por mí, por darme tu hermoso tiempo para que pueda llorar en él y compartir mis lágrimas para luego sonreír porque me ayudaste a encontrar la solución. Porque hiciste cumplir mi mayor deseo y quizás el sueño de mi vida, porque sufriste día y noches enteras en hacer lo mejor para que yo pueda ser feliz. (La desesperanza está fundada en lo que sabemos que es nada, y la esperanza sobre lo que ignoramos que es todo).

Agradezco a mi Papá:

Gracias por nunca dejarme desviarme del camino, por el sacrificio que hiciste para que terminara mis estudios, por enseñarme que nada es imposible, que todo se consigue trabajando, porque aunque sea un loco revolucionario lucho por cambiar la historia de su entorno y su nación, ya que en esta etapa de mi vida me he dado cuenta de cuánto vales; enseñándome el valor de las cosas. (Tú me enseñaste que el hombre más pobre puede dejar la herencia más rica).

Agradezco a mis Padres:

Gracias por ponerme en este loco mundo, por cada momento de gracia que inmerecidamente he recibido. (A veces sentimos que lo que hacemos es sólo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota).

Gracias a mi Hermana:

Gracias porque desde siempre has estado pendiente de mí, por tu paciencia que siempre tuviste, por ser mi héroe ejemplar, sin tú ayuda y tú apoyo no hubiera sido nada posible. Fuiste mi segundo padre, por preocuparte tanto por mí y siempre inducirme al camino del progreso. (La mejor ayuda es la educación, no es la harina o los cobertores, ya que la harina se consume y los cobertores se acaban; la educación perdura y rinde sus frutos siempre).

Gracias a mi Hermano:

Gracias por ser mi compañero de travesuras, porque fuiste la liberación de mi estrés. (Hermano el ser duro no muestra fuerza, destaca las debilidades; siempre es mejor que te recuerden por lo bueno a que intenten olvidar por lo malo).

Gracias a Diana Myreiry Reyes Benítez:

Existen personas en nuestra vida que nos hacen felices por la simple casualidad de haberse cruzado en nuestro camino. Algunas recorren el camino a nuestro lado, viendo muchas lunas pasar, pero otras apenas las vemos entre un paso y otro, a las cuales llamamos: parejas, amigos, conocidos, etc.

Pero el destino es como un árbol, que caracteriza a las personas, primero nacen los brotes de los padres, que nos muestran la vida, después los brotes de hermanos, con los que compartimos nuestro espacio para que puedan florecer con nosotros. Pero el destino nos pone a otras personas que denominaremos como del "corazón"; las cuales conservamos en espacios muy especiales, por más que transcurra el tiempo no podemos olvidar o hacer a un lado.

Gracias por esos pequeños momentos tan significativos, por ser parte de mi vida, por brindarme parte de tu tiempo, por darme la dicha de ser padre de Diana Lynn Morales Reyes; aunque estemos en diferentes arboles, sé que puedo contar contigo. (Por que en los momentos duros revisas los motivos).

Gracias a mi Hija Diana Lynn Morales Reyes:

Son tantas las marcas de mi rostro que cuentan la historia de mi vida, tantos lugares y retos que he tenido, que no han significado como lo que significas tú, he caminado por las grandes montañas, nadado los grades océanos, he cruzado todas las línea y roto todas las reglas, pero aún cuando estaba en la bancarrota tú me hacías sentir millonario, mi sonrisa ocultaba mi realidad y aunque todos mis amigos decían que afortunado eres, no sabían lo que trastornaba mi cabeza, nadie sabía quien era yo como lo sabes tú. Por ello creó que fui hecho para ti. (Dicen que los niños y niñas son ángeles que se encuentran en el cielo esperando sólo una oportunidad para nacer y disfrutar la vida, por eso el capital mas importante es el tiempo, es tan corto nuestro paso por este planeta que es una pésima idea no gozar cada paso y cada instante, con el favor de una mente que no tiene limites y un corazón que puede amar mucho más de lo que suponemos, pero tú mi niña eres deseada desde el primer momento, por ello disfruta tú vida, sabes que cuentas conmigo para ello).

Gracias a Mis Tíos:

José Luis López Domínguez y Guadalupe Morales López:

Cuando un sueño se hace realidad no siempre se le atribuye al empeño que pongamos a realizarlo, detrás de cada sueño hay personas que nos apoyan y que

creen en nosotros. Son seres espectaculares que nos animan a seguir adelante en nuestros proyectos, brindándonos de diferentes maneras su solidaridad. (Por ustedes aprendí que siempre hay tiempo para marchar, aun que no haya lugar donde ir).

Gracias Dra. Josefina Morales Vázquez:

Ante todo quiero agradecer su tiempo que me ha proporcionado, cada vez que lea este agradecimiento me gustaría que me recordara de una forma especial, por que algunas amistades son especiales y eso pasa cuando una persona cambia tú vida por completo, ese alguien que te hace creer en el mundo, que te hace creer que hay una puerta lista para que la abras, por creer en mí. (Si alguna vez sé pregunta ¿Por qué me eligió para su proyecto? La respuesta es: para ser bueno, hay que aprender de los mejores).

Gracias Dra. Anelvi Carrasco Díaz:

Gracias por su apoyo en cada etapa de mi vida, por la confianza que puso en mí, por darme confianza y por hacerme sentir una mejor persona. Por que para mi no fue una profesora de la carrera, si no de la vida; gracias por guiarme en cualquier momento y por todo lo que de usted he aprendido. (Es muy común recordar que alguien nos debe agradecimiento, pero es más común no pensar en aquellos que les debemos gratitud).

Gracias Dr. Jaime Barragán Montes:

Gracias Doctor por que en el transcurso de toda mi carrera usted me dio la herramienta más importante, el hábito del progreso con base al conocimiento, yo lo considero como mi creador profesional, un prospecto a seguir, lo admiró. No sé quién soy, pero sé como quién quiero ser. (Los seres humanos no nacen siempre él día que sus madres los alumbran, sino que la vida los obliga a parirse así mismos una y otra ves).

Gracias Drs:

Mtra. Blanca Felicitas Delgado Galindez.

Mtro. Jorge Manuel Barona Cárdenas.

Gracias doctores por el tiempo brindado para mi proyecto de titulación, creó que son unas grandes personas. (A veces nos quejamos de las pruebas y las dificultades que nos ponen en la vida, pero en verdad tendríamos que estar agradecidos y ver lo positivo de la vida, ya que es sabia y nos pone a las personas y momentos adecuados para ser mejor personas).

César David Morales Pérez

INTRODUCCIÓN

Las extracciones múltiples son un acto quirúrgico necesario para la población que asiste a las Clínicas de Medicina Familiar (C.M.F.), del Instituto de Seguridad Y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el procedimiento está indicado cuando existe enfermedad parodontal, donde la pérdida sistemática de la masa ósea se ha sospechado que sería un factor de riesgo para la pérdida gradual del hueso; en ocasiones como una necesidad protésica, retardando el proceso degenerativo óseo, mejorando la función estomatológica (fonación, estética, masticación, armonía de maxilares, deglución); también lesiones cariosas de órganos dentarios en las cuales ya no es posible la restauración.

De acuerdo al acto quirúrgico de Extracciones Múltiples el conocimiento y habilidad es importante, para que los tejidos de soporte sean tratados con técnica, aunque no resulten dolorosos para el paciente anestesiado, puede provocar daño tisular o necrosis, mala cicatrización, entre otras complicaciones, causando dolor, tumefacción o deformidad, con la retracción agresiva de la mucosa “colgajos”, la manipulación excesiva del tejido óseo, la mala técnica de sutura, entre otros.

La manipulación suave y la instrumentación con materiales (instrumentos) necesarios, afilados, en buen estado y adecuados se ven recompensados por una mejor respuesta en los tejidos de soporte.

La cirugía bucal es la parte de la odontología que trata del diagnóstico, tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos del maxilar la mandíbula y regiones adyacentes.

Un cirujano capaz es aquel cuya destreza manual se basa en conocimientos fundamentales de anatomía, fisiología y de los estados patológicos más frecuentes. El conocimiento de la localización de los vasos, nervios y estructuras óseas, minimiza el peligro de complicaciones quirúrgicas. En todos los campos de la cirugía bucal es esencial el diagnóstico. Hay solo un diagnóstico, el correcto, y diferentes métodos o técnicas de tratamiento.

Una extracción quirúrgica, como toda la cirugía oral, sigue todos los preceptos de la cirugía general, de acuerdo el caso se podrá realizar con anestesia local o general.

Se deben seguir las fases siguientes:

- Antisepsia
- Anestesia
- Diseño del colgajo mucoperióstico
- Incisión y disección del colgajo mucoperióstico
- Osteotomía (en caso necesario)
- Luxación y extracción de la pieza dentaria
- Curetaje y limpieza de la zona y regularización ósea
- Hemostasia
- Sutura

En múltiples ocasiones se deben realizar exodoncias de órganos dentarios o de restos radiculares de una forma no convencional, debido a que no se puede llegar a ellas con el sistema y medios de extracción simple, teniendo en cuenta que cualquier extracción simple se puede complicar y convertirse en una extracción quirúrgica, pero vamos a considerar las exodoncias quirúrgicas ya diagnosticadas y programadas de antemano.

El proceso de levantar colgajos, osteotomías, odontosección, varía según el estado de los órganos dentarios a extraer, hay casos que el colgajo debe ser mínimo y otros no precisan osteotomía, donde se debe afrontar de una forma particular siguiendo siempre las fases antes mencionadas.

Para llegar a un diagnóstico, el clínico utiliza todos sus conocimientos, experiencias y por un proceso de eliminación llega a ciertas conclusiones. Se debe, ver al paciente como una totalidad, pero concentrarse en la región del procedimiento. Viendo así la anatomía normal y pasando en términos de los cambios estructurales que puedan ocurrir en esta parte del cuerpo, debe educar a sus dedos para descubrir las anomalías de estructura e interpretarlas en estados patológicos o traumáticos.

Lo importante de realizar este proyecto, es porque existe la necesidad de mejorar y desarrollar programas de tratamiento de amplia cobertura, pues la heterogeneidad encontrada en la población de la Clínica Guadalupe requiere explorar la posibilidad de desarrollar tratamientos de acuerdo a cada paciente de forma integral, de tal manera se mejoraría la atención en las Clínicas de especialidades, reduciendo tiempos, dando buen pronóstico, mejorando la función estomatológica, por ende la calidad de vida en la población.

La importancia de este proyecto radica en presentar Casos Clínicos de Extracciones Múltiples; como procedimiento básico en el ISSSTE en la Clínica de Medicina Familiar (C.M.F.) "Guadalupe", en el periodo del 01 de Agosto del 2010 al 31 de Julio del 2011.

JUSTIFICACIÓN

Al inicio del servicio social se pudo observar que solo se realizaban exodoncias aisladas o únicas, sin el protocolo, como exámenes de gabinete, material e instrumental adecuado y tiempo necesario (procedimientos programados), provocando mal pronóstico en el tratamiento especializado (colocación de prótesis).

Aumentando riesgos, en los tratamientos quirúrgicos complicados (aislados); ya que puede provocar alveolitis, fracturas, espículas entre otros y tiempos; porqué las citas en especialidades son tardadas y selectivas.

De los pacientes que acuden a la Clínica de Medicina Familiar “Guadalupe” el 45% requiere algún procedimiento de Exodoncia, en donde la patología es variable; ya que los tiempos determinados para la atención al paciente son de 20min, se realizaban exodoncias aisladas, de las cuales el 30% de ellas regresa por complicaciones postoperatorias; estos resultados se obtuvieron del reporte de actividades en el área odontológica de la unidad médica en mi año de servicio social, de tal manera se comenzaron a realizar exodoncias múltiples con la supervisión del Odontólogo encargado del servicio dental con citas programadas, mejorando el tratamiento y el pronóstico.

La protocolización en el manejo del paciente se realizo a partir de los 3 meses de inicio del servicio con la autorización del responsable en el servicio social, para sugerir un procedimiento a la institución de acuerdo a las necesidades y beneficios que puede llevar el tratamiento quirúrgico (extracciones múltiples), mejorando el servicio para la población que acuda a la C.M.F. “Guadalupe” y atención de segundo nivel en especialidades, reduciendo tiempos al paciente, dando buen pronóstico, mejorando la función estomatológica y por ende la calidad de vida en la población.

En el presente proyecto se pretende destacar la importancia que tiene el realizar las Extracciones Múltiples; como procedimiento básico en el ISSSTE en la C.M.F. (Clínica de Medicina Familiar) “Guadalupe”, en el periodo del 01 de Agosto del 2010 al 31 de Julio del 2011.

La cual se realizará con la presentación de 3 Casos Clínicos de Extracciones Múltiples realizadas en el ISSSTE C.M.F. “Guadalupe”, mostrando la necesidad de mejorar el servicio otorgado y el beneficio que puede resultar el realizarlo a cada paciente.

MARCO TEÓRICO

La salud de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un derecho fundamental de los seres humanos, a la vez de que este organismo define a la salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Por ello, la salud del pueblo es fundamental para el bienestar de un país. Tan es así, que la salud de las personas es regulada por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su Artículo Cuarto, párrafo cuarto, señala: “Que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para acceder a los servicios de salud”.^{1,2}

Entonces es claro que el ISSSTE es una institución que se está actualizando y capacitando para cumplir con sus obligaciones de diseñar, implementar y desarrollar modelos y programas de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de sus derechohabientes.

Por lo anterior, no queda duda de que la salud es un derecho inherente a las personas que recae en la seguridad social, tema que ocupa a las autoridades mexicanas, porque así lo apunta nuestra Constitución y las leyes mexicanas, como la Ley del Seguro Social, en su Artículo 2º, establece que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.³

En México, el pueblo requiere de alimentación, salud física y mental, así como demás elementos para que los mexicanos puedan desarrollar, de manera armónica todas sus facultades, lo cual, hoy estamos muy lejos, por tanto, se requiere de la participación de todos en la solución de un grave problema que data de cientos de años.

Actualmente en el Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ha celebrado convenios con gobiernos estatales y organismos públicos descentralizados, para ofrecer seguridad social a sus trabajadores. Su principal función es la seguridad social, el instituto se sustenta en el derecho constitucional a la protección de la salud en los servidores públicos, por lo que está obligado a dar cumplimiento a la Ley General de Salud.⁴

MISIÓN DEL ISSSTE Contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo

siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia.

VISIÓN DEL ISSSTE Posicionar al ISSSTE como la institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al nuevo perfil demográfico de la derechohabiente, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano.⁵

Para cubrir problemas en comunidad se ha creado instituciones que respondan a las necesidades de la población, como el ISSSTE que 1950, se crea como institución la cual tiene una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto la asistencia a la salud, como las prestaciones sociales, culturales y económicas; cuyos beneficios se extienden a los familiares de los trabajadores del estado.^{6,7}

DELEGACIÓN REGIONAL NORTE DEL D.F. CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUADALUPE

Dicha clínica se encuentra ubicada en Calzada de Guadalupe No. 164 col. Ex. Hipódromo de Peralvillo, Delegación Cuauhtémoc, México DF. Fundada en Noviembre de 1961.

La clínica consta de estacionamiento, planta baja y primer piso, en los que se da los siguientes servicios.

PLANTA BAJA

- ✚ Subdirección administrativa.
- ✚ Dirección.
- ✚ Subdirección médica.
- ✚ Módulo de atención a derechohabiente.
- ✚ Trabajo social.
- ✚ Baños para los pacientes.
- ✚ Área técnica.
- ✚ Consultorio de gerontología.
- ✚ Farmacia.
- ✚ Almacén.
- ✚ Laboratorio clínico.
- ✚ Ceye y área de curaciones.
- ✚ Archivo clínico.
- ✚ Vigencia de derechos.

PLANTA ALTA

- ✚ Jefatura de enfermería.
- ✚ Control de citas.
- ✚ Coordinación médica.
- ✚ Área de vacunas.
- ✚ 8 consultorios de medicina familiar.
- ✚ Baños para personal médico y pacientes.
- ✚ 1 consultorio de planificación familiar.
- ✚ 1 consultorio de prevenISSSTE.
- ✚ 1 consultorio de nutrición.
- ✚ 1 consultorio de psicología.
- ✚ Epidemiología.
- ✚ 1 consultorio de obesida.
- ✚ 3 consultorios de dental.

Dentro de la clínica se da atención médica familiar a pacientes de derechohabientes del ISSSTE, de diversas colonias pertenecientes a la zona norte de la delegación Gustavo A. Madero del Distrito Federal, siendo estas colonias las siguientes: Bondojito, Guadalupe Insurgentes, Aragón Inguaràn, Gertrudis Sánchez, Rio Blanco, Belisario Domínguez, Ampliación Rio Blanco, Vallejo, Industrial, Malinche, La joya, Guadalupe Tepeyac, Tablas de San Agustín, Faja de Oro, Nueva Tenochtitlán, Joyita, Estrella, Ampliación Joyita, Emiliano Zapata, Ampliación Emiliano Zapata, 7 de Noviembre, Tres Estrellas, Gertrudis Sánchez 2ª. Sección, Victoria Nueva Sección, Mártires de Rio Blanco, Ampliación Mártires de Rio Blanco, Cuchilla Belisario Domínguez.

CONSULTORIO DENTAL No 11

Titular: C.D. Anelvi Carrasco Díaz.

Enfermera Ma. Eugenia Contreras.

Pasante: Morales Pérez César David.

El consultorio consta de todas las herramientas indispensables para el tratamiento básico (operatoria dental, odontoxesis, exodoncias) incluye lo siguiente:

- ✚ Unidad médica.
- ✚ Aparato de Rx periapicales.
- ✚ Excavador.
- ✚ Lámpara de resinas fotopolimerizable.
- ✚ Caja de revelado.
- ✚ Amalgamas.
- ✚ Resina foto y autopolimerizable.
- ✚ Cementos dentales.

- ✚ Anestésico.
- ✚ Instrumental para los tratamientos mencionados.
- ✚ Pieza de alta y baja.
- ✚ Auto clave.
- ✚ Loquer.
- ✚ Computadora.
- ✚ Escritorio.

Horario de atención de 8:00am a 12:40pm, cada consulta con una duración de 20min.

Los pacientes para tratamientos especializados tales como: Endodoncia, Prótesis fija y removible, Odontopediatria, Periodoncia, Ortodoncia Preventiva son enviados al segundo nivel de atención o en algunos casos al tercer nivel, se otorga también Recetas Médicas, Solicitud de Rayos X Panorámica y Licencias Médicas, de acuerdo a las necesidades.⁶

El servicio social es una de las mejores formas de vincular a la Universidad con la sociedad. Es el instrumento idóneo para que el estudiante entre en contacto con las comunidades y los sectores público y social aplicando sus conocimientos, habilidades y destrezas para la solución de los problemas sociales, económicos y culturales del país; para ampliar su etapa formativa fomentando una conciencia cívica, de servicio y de retribución a la sociedad, y es también una vía de retroalimentación para la Universidad respecto de las problemáticas, necesidades y potencialidades de la nación.⁷

La cirugía bucal es la parte de la odontología que trata del diagnóstico, tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos del maxilar, la mandíbula y regiones adyacentes.

Un cirujano capaz es aquel cuya destreza manual se basa en conocimientos fundamentales de anatomía, fisiología y de los estados patológicos más frecuentes. El conocimiento de la localización de los vasos, nervios y estructura óseas minimiza el peligro de complicaciones quirúrgicas. En todos los campos de la cirugía bucal es esencial el diagnóstico correcto. Hay solo un diagnóstico, el correcto, y diferentes métodos o técnicas de tratamiento.⁸⁻¹⁰

ANATOMÍA

Es necesario que el Cirujano Dentista conozca la anatomía de la región a operar, desde inervación nerviosa, vascular, inserción muscular, óseas. Para poder realizar un acto operatorio eficiente, de calidad y disminuyendo riesgos.⁸

INERVACIÓN NERVIOS TRIGÉMINO

Origen real, en el ganglio de Gasser, donde parten las que constituyen la raíz sensitiva, las cuales penetran en el neuroeje por la cara antero-inferior de la protuberancia anular. La cara inferior del ganglio está en contacto con la raíz motora del trigémino y con los nervios petrosos superficiales y profundos que caminan en el espesor de la duramadre que forman la pared inferior del vacum de Meckel. Del borde postero-interno del ganglio desprende la raíz sensitiva del trigémino, en tanto que el borde anteroexterno nacen las tres ramas del trigémino, las cuales de dentro hacia fuera y de adelante hacia atrás son: el oftálmico, el maxilar superior y el maxilar inferior.

RAMA OFTÁLMICA Y GANGLIO OFTÁLMICO

Origen, trayecto y relaciones. Es un ramo sensitivo que se desprende de la parte antero-interna del ganglio de Gasser, desde de donde se dirige hacia arriba y adelante, para penetrar en la pared externa del seno cavernoso. Al salir de este lugar se divide en tres ramas: una interna o nervio nasal, otra media o nervio frontal, y una tercera o nervio lagrimal.

RAMA MAXILAR

Trayecto y relaciones. A partir de su origen, se dirige hacia delante para alcanzar el agujero redondo mayor, por el cual atraviesa para penetrar a la fosa pterigomaxilar. Aquí corre hacia delante, abajo y afuera para alcanzar la hendidura esfenomaxilar y después el canal sub-orbitario, al que corre, y penetra en el conducto con el mismo nombre y sale por el orificio sub-orbitario, donde emite sus ramas terminales.⁹⁻¹²

En el cráneo, el nervio maxilar superior camina por un desdoblamiento de la duramadre en la base de la implantación del ala mayor del esfenoides y en relación por dentro con el seno cavernoso. El nervio pasa por la parte superior de la fosa pterigomaxilar rodeado de tejido adiposo, por arriba de la arteria maxilar interna y el ganglio esfeno palatino. Acompañado de la arteria sub-orbitaria, el nervio maxilar superior corre por el piso de la órbita cubierta por el periostio y continúa por la pared superior del seno maxilar, separado de la cavidad por una delgada capa ósea.¹³⁻¹⁵

RAMA MANDIBULAR

El nervio maxilar inferior es un nervio mixto que nace del borde antero externo del ganglio de Gasser y se forma por la reunión de la raíz motora y la raíz sensitiva que proviene del ganglio.

Trayecto y relaciones. Al salir del ganglio de Gasser camina en un desdoblamiento de la duramadre hasta llegar al agujero oval, donde se pone en relación con la arteria meníngea menor. Una vez fuera del agujero oval, queda colocado por fuera de la aponeurosis inter-pterigoidea y del ganglio óptico al cual se une íntimamente. Se divide entonces en dos troncos, uno anterior y otro posterior, pero emite antes de su bifurcación un ramo recurrente, que se introduce en el cráneo por el agujero redondo menor, acompaña a la arteria meníngea media y se distribuye por las meninges. El tronco anterior proporciona tres ramos: el Temporobucal, el temporal profundo medio y el temporomaseterino.^{9, 15}

IRRIGACIÓN

Cayado aórtico. Se extiende esta porción desde el orificio ventricular izquierdo hasta la lateral izquierda de la cuarta vértebra dorsal. Se halla situada en conjunto en un plano vertical oblicuo de adelante atrás y de derecha a izquierda. Su forma es cilíndrica así como con los nervios recurrentes y la cadena ganglionar linfática que los acompaña.

Por fuera se relaciona cada carótida con vena yugular interna y el músculo esternocleidomastoideo correspondiente, así como con el omohioideo que cruza por su tercio inferior.¹⁶⁻¹⁹

Por delante cada una está en relación con el cuerpo de la tiroides y las venas tiroideas que cruzan para ir a desembocar a la yugular interna, la cual bordea la cara externa de la arteria. Con la yugular interna, forma la arteria el paquete vasculonervioso del cuello que lleva por detrás y entre los dos vasos al nervio neumogástrico, y se halla rodeado de tejido conjuntivo y de numerosos ganglios linfáticos que constituyen la cadena carótidea.^{8, 17, 19, 20}

MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN

Los músculos masticadores son:

TEMPORAL. Elevan La mandíbula, provocando el cierre mandibular. Es un músculo aplanado, grande, delgado, que tiene forma de un abanico. Se encuentra en la parte lateral del cráneo (fosa del temporal).

Inserciones.- Este músculo nace de la fosa del temporal y de ahí sus fibras convergen hacia delante y abajo formando un tendón que pasa por el arco

cigomático hasta insertarse en el borde anterior de la apófisis coronoides de la mandíbula, se inserta en la cara externa, borde anterior e interna de dicha apófisis.

Las fibras de este músculo se encuentran dispuestas de diferente manera, formando con esto:

- Anteriores
- Medias
- Posteriores

Inervación.- Se encuentran inervados por los nervios temporales profundos anterior, medio y posterior.

Inervación.- Arteria temporal superficial (arteria aorta) e profunda (arteria maxilar).

MASETERO. Es un músculo plano, grueso, corto, ubicado en la cara externa del maxilar inferior. Tiene la forma de un cuadrado y consta de dos fascículos; uno superficial y otro profundo.²¹

Inserciones. Fascículo superficial: Se inserta en el borde inferior de los dos tercios anteriores del arco cigomático, de ahí sus fibras descienden para insertarse en la parte lateral externa e inferior de la rama de la mandíbula (2/3 de la rama de la mandíbula hasta su ángulo). Su posición es vertical dirigiéndose hacia abajo y hacia atrás.

Fascículo profundo. Su inserción comienza en la parte interna del arco cigomático, de ahí se dirige a la parte latero externa del proceso coronoides y parte de la cara media externa de la mandíbula. La posición de este fascículo es vertical dirigiéndose hacia abajo y ligeramente hacia delante.

Irrigación. Arteria profunda (ramas maseteriana y maxilar) y superficial (ramas arteria facial y facial superficial).

Inervación. Nervio maseterino, rama del maxilar inferior.¹⁷⁻²²

PTERIGOIDEO INTERNO. Protruye la mandíbula. Conocido también por el nombre de masetero interno. Es de forma cuadrangular situado por dentro de la rama del maxilar inferior teniendo la misma disposición que el masetero.

Inserciones. Consta de dos inserciones:

a) posterior, por arriba se inserta en la superficie interna del ala externa de la apófisis pterigoides del hueso esfenoides y por debajo se inserta con el proceso piramidal, hueso palatino y tuberosidad del maxilar.

b) Anterior, por arriba se inserta en la parte lateral del proceso piramidal del hueso palatino y la tuberosidad del maxilar, de ahí desciende para insertarse en la parte interna del ángulo de la mandíbula.

Inervaciones. Nervio pterigiodeo, rama del maxilar inferior.

Irrigación. Arteria pterigoidea (palatina ascendente y parte maxilar).

PTERIGOIDEO EXTERNO. Es un músculo pequeño de forma triangular, la base corresponde al cráneo y el vértice corresponde al cóndilo.

Inserciones. Consta de dos fascículos:

a) Superior, Proviene de la parte inferior del ala mayor del hueso esfenoides y se adhiere al margen interno del disco articular, y la superficie anterior de la cabeza del cóndilo y la cápsula articular.

b) Inferior. Las fibras parten de la superficie lateral externa del ala externa de la apófisis pterigoides del hueso esfenoides, de ahí corre ligeramente hacia abajo y hacia atrás para llegar a la parte anterior del cuello del cóndilo.

Inervación. Nervio mandibular.

Irrigación. Ramas pterigoideas (provenientes del maxilar).¹²⁻²³

HUESO MAXILAR

El hueso maxilar superior (Maxilla) es un hueso de la cara, par, corto, de forma irregular cuadrilátera, con dos caras, interna y externa, cuatro bordes y cuatro ángulos.

En su interior se encuentra una cavidad, recubierta de mucosa y rellena de aire, denominada seno maxilar (su ocupación por moco o material purulento da lugar a sinusitis, o inflamación del seno).

Se encuentra en el centro de la cara, debajo del frontal y del etmoides. Se articula con estos huesos y con el maxilar superior del otro lado, pómulo (cigomático), unguis, (lagrimal) hueso propio de la nariz (hueso nasal), vómer y concha nasal inferior.

Presenta una Base mayor o interna que forma parte de la cavidad nasal, una Base menor o externa que se articula con el hueso cigomático (o malar) y un reborde inferior, donde se alojan los órganos dentarios de la arcada superior. Tiene tres caras, una anterior o facial, una posterior o cigomática, y una superior u orbitaria. Tiene tres apófisis (procesos): Procesos Frontales, para la escotadura frontal, Procesos Palatinos que se articula con la del lado opuesto y los Procesos Alveoláres, para los órganos dentarios, poco desarrollado en la infancia y atrófico en la senilidad. Tiene dos bases, una Mayor y otra Menor.

HUESO MANDÍBULAR

Es el mayor y el más fuerte hueso de la cara, y es el único que se articula por una doble diartrosis con dos huesos del cráneo (los huesos temporales), por lo cual es el único que es capaz de hacer movimientos amplios.

Es impar y medio aunque en el recién nacido la mandíbula consta de dos mitades unidas por la línea media que se llama sínfisis mentoniana.¹⁹⁻²³

Presenta un cuerpo que es una robusta lámina ósea cóncava dorsalmente, con una cara superficial convexa, limitada caudalmente por un borde redondeado, denominado base de la mandíbula y cranealmente presenta un borde o arco alveolar, con los correspondientes alvéolos dentarios. A los lados de la protuberancia mentoniana se observan unos tubérculos mentonianos, donde se origina una línea oblicua que cruza diagonalmente la cara externa de la mandíbula para terminar en el borde anterior de la correspondiente rama mandibular. Cranealmente a la línea oblicua y a nivel del primero o segundo molar se observa el orificio mentoniano, que viene a ser la salida del conducto dentario.²⁴

CASCADA DE COAGULACIÓN

La coagulación es el proceso por el cual se forma un coágulo sanguíneo. Comienza en respuesta a una lesión en un vaso sanguíneo. En el proceso de coagulación se producen una serie de reacciones en cadena en las que participan varios tipos celulares y proteínas solubles de la sangre con el objetivo de formar un coágulo para evitar la pérdida excesiva de sangre. Un coágulo consiste en una red de proteínas insolubles como la fibrina con plaquetas y células atrapadas que bloquea la salida de sangre hasta que se repare el tejido. Se distinguen dos rutas de activación de la cascada de coagulación conocidas como vía extrínseca y vía intrínseca. Hacen referencia al lugar donde se inicia la cascada de coagulación: el interior de un vaso sanguíneo (intrínseca) o fuera de un vaso sanguíneo (extrínseca). Ambas vías convergen en la activación del factor **Xa** que transforma la protrombina en trombina.^{25, 26}

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO

EXAMENES DE LABORATORIO

El término de laboratorio clínico es designado a los lugares donde se realizan las determinaciones analíticas en muestras biológicas humanas cuya finalidad es el diagnóstico, seguimiento o control de tratamiento de las enfermedades, incluye las áreas de bioquímica, hematología, microbiología e inmunología.²⁷

Los laboratorios clínicos se encuentran en centros asistenciales, como los hospitales o externos para la atención del paciente ambulatorio. No existe un

solo patrón para los laboratorios clínicos y su estructura; está compuesta por titulados especializados, que pueden participar en la atención clínica, así como del personal técnico encargado de la realización en las pruebas de laboratorio como son Biometría Hemática, Química Sanguínea, Tiempo de Coagulación.^{28, 29}

INTERPRETACIÓN RX

La radiología de cabeza y cuello es una subespecialidad radiológica de gran importancia, pero a veces poco conocido, en la que juegan un papel muy importante todas las técnicas radiológicas y de medicina nuclear como son la econografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la tomografía de emisión de posiciones. Esta diversidad técnica la hace atractiva, pero al mismo tiempo obliga estrategias de estudio racionales y adecuadas a las características de la región anatómica o patológica a estudiar como son Rx Ortopantomografía o Panorámica y Periapicales .³⁰⁻³³

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Somos personal sanitario y por ello podemos transmitir enfermedades contagiosas. Las podemos transmitir a través del instrumental y el material que usamos. Nuestra obligación es evitarlo.

En todos los procesos quirúrgicos es necesario disponer de condiciones para evitar la transmisión de enfermedades y a la vez no contraer nosotros mismos, por ello es necesario conocer todos los sistemas y berreras que se pueden utilizar para prevenir el contagio y la transmisión de enfermedades causadas por microorganismos.

Germicida. Son sustancias letales para los gérmenes, se clasifican según su actuación:

- ✚ Bactericida: elimina las bacterias.
- ✚ Bacteriostático: inhiben el crecimiento de las bacterias
- ✚ Fungicida: Actúa sobre los hongos.
- ✚ Viricida: Actúa sobre los virus
- ✚ Amebicida: Actúa sobre la amibas y protozoos.

Asepsia. Son todas las acciones y procedimientos que debemos usar para evitar que los microorganismos que se encuentran en el quirófano o en la sala donde se va a intervenir como en instrumental, toallas, gasas, guantes, mascarillas, etc.

Séptico. Es un medio contaminado o infectado.

Antiséptico. Es una sustancia química que actúa o inhibe los microorganismos, se pueden usar sobre la piel o las mucosas, ya que no es tóxico para ellas.

Antisepsia. Son el conjunto de procedimientos destinados a combatir a los microorganismos que se encuentran en tejido vivo.

Desinfectante. Es el que elimina al microorganismo a niveles aceptables, no elimina a todos o a las formas vegetativas y se utilizan para el instrumental y utensilios.^{34, 35}

SOLUCIONES ANESTESICAS

- ✚ Novocaína: En cirugía bucal se emplea en soluciones de dos y cuatro por ciento. La primera es la más comúnmente utilizada, pueden inyectarse soluciones relativamente altas.
- ✚ Adrenalina: Epinefrina suprarrenal: Su acción farmacológica es variada. Desde el punto de vista terapéutico importa su acción constrictora sobre los vasos sanguíneos; al ser inyectada junto con la novocaína, por ese efecto vasoconstrictor se reduce la circulación en este lugar, con lo cual se alarga la acción anestésica. La adrenalina se emplea al milésimo 1: 1000.³⁵
- ✚ Monocaína: Posee acción sinérgica con la epinefrina, de manera que puede emplearse en dosis menores de adrenalina. Se encuentran soluciones de monocaína al 1% con 1: 75 000 de adrenalina, y al 1.5, a 1:100500. La monocaína es menos toxica que la novocaína y además posee propiedades vasoconstrictoras. La presión sanguínea, siempre se mantiene en o sobre lo normal.
- ✚ Xylocaína: Es el nombre registrado de la lidocaína, enérgico producto anestésico, su ventaja reside en la poca cantidad que necesita para alcanzar grandes niveles de anestesia y en su duración.³⁶

I. La Xylocaína-adrenalina 1: 80000 al 2% un anestésico normal para cirugía bucal menor.

II. El comienzo de la anestesia es de acción rápida al infiltrarse.

III. Los efectos secundarios posteriores son raros.

IV. La aplicación de adrenalina – Xylocaína 1:80000 al 2% en la mucosa bucal produce anestesia superficial.³⁵⁻³⁷

TÉCNICA DE BLOQUEO DE LA RAMA DE LA MANDÍBULA.

El nervio alveolar interior. Entra en el interior de la mandíbula por el agujero mandibular; este está situado en la cara interna de la rama ascendente, protegido por delante por la espina de Spix, y se continúa por el conducto alveolar inferior.

El orificio está situado en la dimensión antero posterior, media; ésta desde la línea oblicua interna hasta el borde posterior de la rama ascendente, a 1cm por encima del plano oclusal de los molares inferiores.

Técnica intrabucal directa. Se va a buscar la depresión pterigotemporal de Lindsay que se forma lateralmente al ligamento pterigomandibular cuando éste se pone tenso coincidiendo con la apertura forzada de la boca.³⁸

El punto de inserción de la aguja se sitúa entre los dos tercios y las tres cuartas partes de la distancia entre el dedo endobucal colocado tocando la cresta oblicua externa y el dedo que está apoyado sobre el borde posterior de la rama ascendente. La punción se hará ligeramente por fuera del ligamento pterigomandibular. Una vez situado en el punto, debe introducirse la aguja lo más perpendicular a la mucosa como sea posible; por eso se debe avanzar desde el otro lado con el cuerpo de la jeringa sobre los premolares contrarios. El recorrido de la aguja una vez atravesada la mucosa es de unos 20 a 25 mm.

Técnica intrabucal indirecta. Se basa en ir siguiendo un trayecto en todo momento pegado a la cara interna de la rama ascendente. Consta de tres tiempos:

El cuerpo de la jeringa reposa sobre la cara oclusal de los molares homolaterales; resbalando hacia atrás se perfora la mucosa y el buccinador hasta chocar con el hueso del triángulo retromolar.³⁹

TÉCNICA DE BLOQUEO DE LA RAMA MAXILAR

Anatomía: Desde su origen, el nervio maxilar superior se dirige hacia delante, atraviesa el agujero redondo mayor y penetra en el trasfondo de la fosa pterigomaxilar. En esta cavidad sigue el nervio una dirección oblicua hacia delante, hacia abajo y hacia fuera; sale así del trasfondo para penetrar en la fosa pterigomaxilar propiamente dicha, y alcanza la extremidad posterior del canal infraorbitario.⁴⁰

Cambia entonces el nervio maxilar de dirección por segunda vez y se introduce en el canal infraorbitario, y después en el conducto infraorbitario para desembocar en la fosa canina por el agujero infraorbitario. Parten del nervio maxilar posterior ramos colaterales denominados dentarios posteriores.^{38, 39}

Estos ramos en número de dos o tres, se separan del nervio maxilar un poco antes de su entrada en la cavidad orbitaria. Descienden por la tuberosidad del maxilar, se introducen en los conductos dentarios posteriores y forman, anastomosándose por encima de los molares y premolares, un plexo dentario que proporciona los ramos a las raíces de todos los molares y premolares, al hueso maxilar y a la mucosa del seno maxilar. Inervación: mucosa vestibular de la encía en la región de premolares y molares de los órganos dentarios.

Posición del paciente: línea imaginaria que se extiende del ala de la nariz al trago, formando un ángulo de 45° con relación al plano del piso.

Posición del cirujano: por delante y a la derecha del paciente.

Técnica: la anestesia del nervio maxilar superior se puede realizar por la vía extraoral (vía supramalar o supracigomática, vía inframalar o infracigomática y vía infracigomática o transigmoidea) o intraoral.

Vía intraoral: para llegar al nervio maxilar superior, se sugieren dos caminos a través de:

- a) La hendidura pterigomaxilar.
- b) Conducto palatino posterior.^{40, 41}

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS BUCALES

TIPOS DE INCISIONES El tipo de incisión depende solamente de las necesidades específicas del caso. Las incisiones pueden ser de **grosor total y parcial** dependiendo de la profundidad del corte.

La incisión de grosor parcial deja el periostio adherido al hueso y está indicada en colgajos gingivales libres, colgajos para reposicionar tejidos y donde se sospechan dehiscencias.

De grosor total es cuando se separa la mucosa con el periostio adherido al hueso y también puede llegar a tejido óseo.⁴²

DISEÑO DE INCISIONES Y COLGAJOS

Consideraciones importantes para la elección de la incisión y colgajo.

1. Número de órganos dentarios involucrados.
2. Tamaño y forma de las raíces.
3. Presencia o ausencia de lesión patológica.
4. Dimensiones de la patología.
5. Dimensión de la encía adherida.
6. Existencia y profundidad de bolsas periodontales.
7. Localización de inserciones musculares y frenillos.
8. Altura o profundidad del vestíbulo.
9. Localización de estructuras anatómicas cercanas, como serían paquetes neurovasculares o senos maxilares.
10. Cantidad de tejido óseo cubriendo el área.
11. Acceso requerido para alcanzar los objetivos.
12. Presencia de coronas veneer en los órganos dentarios a tratar u órganos vecinos.

TIPOS DE INCISIONES Y COLGAJOS

- I. Semilunar o de Partsch
- II. Trapezoidal festoneada o de Luebke-Ochsebein
- III. Triangular o de Reinmoller
- IV. Trapezoidal o de Harnish
- V. Gingival o de Nowak-Peter o de Newman.⁴¹⁻⁴³

ELEVACIÓN Y RETRACCIÓN DEL COLGAJO

Se utiliza una legra de periostio número 9 de Molt para reflejar el tejido. El elevador de periostio debe mantenerse afilado para que, con la presión, el tejido no se desgarre.

El borde del elevador debe mantener un contacto con el hueso para asegurar el levantamiento del periostio sin perforaciones o mutilaciones. Un periostio elevado del hueso como parte de la mucosa, comenzará su reinserción inmediatamente se coloque el colgajo, reduciendo el dolor y molestias postoperatorias.

Una vez que el colgajo ha sido elevado, debe ser mantenido fuera del campo quirúrgico. Este procedimiento de retracción requiere una fuerza suave pero firme y puede ser realizada con varios instrumentos que pueden incluir a los propios periostotomos con bordes no afilados. El retractor de tejido debe descansar sobre hueso y no aplastar tejido blando impidiendo o disminuyendo la circulación.^{44, 45}

ELIMINACIÓN ÓSEA

Cuando se levanta un colgajo mucoperióstico se expone al hueso que cubre el órgano dentario, las raíces o la lesión a eliminar; en la mayor parte de los casos tiene que quitarse algo de hueso y no es raro que se haga la recesión ósea de manera casual que programada y sistemática debe emplearse. La eliminación ósea puede estar indicada antes de la extracción dental, radicular o de la extirpación de una lesión para facilitar su exposición, proporcionar un punto dónde colocar un elevador, facilitar el acceso que permita la utilización de los fórceps o de un instrumento de disección, o crear un espacio a donde se desplace el órgano dentario, la raíz o la lesión. Después de la operación puede requerirse mayor eliminación de hueso para quitar fragmentos sueltos, márgenes filosos, proyecciones óseas y disminuir el tamaño del alveolo o la cavidad del hueso o para garantizar que el procedimiento no generará problemas protésico postoperatorio; debe limitarse la cantidad de la recesión ósea o la magnitud requerida para lograr estos objetivos: se tienen que establecer con cuidado su ubicación y deben de llevarse de manera sistemática.

El dentista puede usar varias técnicas para la eliminación de hueso; cada método debe tener sus indicaciones y contra indicaciones, ventajas e inconvenientes. El odontólogo conocedor debe de saber que técnica es la más eficaz, y emplear sistemas especiales en los casos en los que están indicados

hacerlo. Muchas veces es mejor utilizar varias técnicas para eliminar hueso en la operación; de tal modo, el uso del cincel es un método rápido y nítido para quitar hueso joven y elástico siempre y cuando el instrumento tenga filo y se use con habilidad. No obstante, su uso está contraindicado cuando el hueso por desprender es esclerótico y el órgano dentario o la raíz están clavados profundamente en una mandíbula muy delgada y atrófica. La eliminación con fresas consume mucho tiempo; es poco higiénico y debe tenerse cuidado de que la fresa se conserve fría con agua suficiente y que esta sea estéril.- Sin embargo es una técnica precisa, conveniente y útil.^{46, 47}

Para quitar hueso con fresas es recomendable hacerlo con una de bola con una pieza de mano recta porque es más fácil de controlar este tipo de fresa, ya que se atora con menor facilidad, si bien es más fácil desarmar, limpiar y esterilizar la pieza de mano recta después de usarla. Los motores y piezas de mano de aire permiten hacer la fuerza de torsión y tienen la ventaja de que puede esterilizarse en el autoclave. Las excelentes fresas de Ash (modelo Toller) cortan con rapidez y eficacia, incluso el hueso mandibular más denso.

Para este procedimiento debe utilizarse un retractor de hoja plana para alejar el colgajo mucoperióstico del sitio donde se va utilizar la fresa quirúrgica. Los colgajos de tamaño adecuado facilitan éste procedimiento, que evita el accidente de cuando se entierra la fresa en los tejidos blandos. Cuando se decide dividir un molar inferior con una fresa es necesario quitar la superficie de hueso del lado bucal para exponer la bifurcación radicular. La pared bucal de los alvéolos de molares inferiores se engrosa rápidamente hacia los ápices radiculares, por lo que, si se dividen las raíces en sentido transversal, a nivel de la bifurcación, el grosor del margen cortado de la lámina bucal impedirá la utilización de los elevadores. Por tal motivo, y una vez expuesta la bifurcación, primero debe de separarse la corona del molar, luego se puede usar la misma fresa redonda para dividir la raíces, a partir de la bifurcación y hacia arriba en dirección de la superficie cortada de la masa radicular. La segmentación radicular en esta trayectoria le permite al operador, si la línea de corte separa o no a la más radicular. Si se desea, puede terminarse la separación insertando un elevador recto al corte para girarlo y separar el cemento lingual. Después se pueden extraer las raíces a lo largo de sus líneas individuales de retiro.

El uso de un chorro de agua estéril o de solución salina normal para enfriar la fresa, hace indispensable el aspirador durante todo el procedimiento, de tal modo que no obstruya la visión del operador ni se acerque demasiado a la fresa que gira. Tendrá que conservarlo quieto sobre el hueso para reducir al mínimo el ruido y la posibilidad que lo obstruya el tejido blando. No debe de usarse el succionador como retractor o para extraer tejidos de la herida.

Los alveolotomos son muy útiles para cortar las proyecciones óseas agudas o eliminar láminas delgadas de hueso compacto durante la excavación de una

cavidad ósea. Sus hojas deben tener filo y tienen que usarse con una acción nítida de corte y no con movimientos de torsión que solo provocan fracturas irregulares.⁴⁸

EXODONCIA

Rama de la cirugía bucal que se encarga de todos los procedimientos quirúrgicos para la eliminación de los órganos dentarios de la cavidad bucal.

Principios generales

El factor más importante del éxito de la exodoncia es una técnica cuidadosa basada en el conocimiento y la habilidad. El tejido vivo debe de tratarse con suavidad. La manipulación agresiva, la incisión desgarrada o incompleta, la excesiva retracción de los colgajos o la sutura dispareja, aunque no resulten dolorosos para el paciente anestesiado, va a provocar un daño tisular o una necrosis, que a su vez provoca un excelente medio para la replicación bacteriana. La cicatrización que bien hubiera podido ser de primera intención, debe granularse desde el interior de la herida una vez que el tejido necrótico ha sido fagocitado. Esto provoca dolor, una excesiva tumefacción y, probablemente, una deformidad. La manipulación suave y la instrumentación con elementos afilados y bien cuidados se ven recompensadas por una mejor respuesta de los tejidos.⁴⁷⁻⁴⁹

Indicaciones y contraindicaciones

Indicaciones

1. Los estados patológicos de la pulpa, sean agudos o crónicos, en un órgano dentario que no es susceptible a un tratamiento endodóntico, lo condenan. Un órgano dentario que no se puede restaurar con los procedimientos odontológicos puede considerarse en esta categoría, aunque no sea posible demostrar un estado patológico pulpar.
2. La enfermedad periodontal aguda o crónica, que no sea susceptible a tratamiento, puede ser causa de extracción.
3. Los efectos traumáticos en el órgano dentario o el alveolo a veces pueden estar más allá de las posibilidades de una reparación. Muchos órganos dentarios en una línea de fractura maxilar son extraídos para tratar el hueso lesionado.
4. Los órganos dentarios impactados o súper numerarios a menudo no asumen su posición en la línea de oclusión.
5. La consideración ortodóntica puede requerir la extracción de un órgano dentario totalmente erupcionado, en erupción o un primario que allá permanecido en su posición más allá de su época de exfoliación. Los órganos dentarios en mal posición o los terceros molares que han perdido sus antagonistas pueden caer en esta posición.
6. Órganos dentarios desvitalizados, radiográficamente negativos, han sido extraídos como último recurso de los médicos, debido a la posibilidad

de que puedan ser focos de infección, aunque se considera hoy que esto es muy cuestionable.

7. Las consideraciones protésicas pueden requerir la extracción de uno o varios órganos dentarios para el diseño o estabilidad de la prótesis.
8. Las consideraciones estéticas pueden rebasar las condiciones de funcionalidad.
9. Puede haber un estado patológico en el hueso circunvecino que incluya al órgano dentario, o el tratamiento del estado patológico puede requerir la extracción.^{49, 50}

Contraindicaciones

Unos pocos estados son las contraindicaciones absolutas de la extracción dentaria. Se han extraído órganos dentarios en todo tipo de complicaciones, debido a la necesidad. En estos casos, se requiere una preparación mucho mayor del paciente para evitar un serio daño o la muerte, o para obtener la cicatrización de la herida local. Por ejemplo, la inyección de un anestésico local, sin considerar la extracción del órgano dentario, puede provocar una muerte instantánea en una persona por una crisis Addisoniana.⁵⁰

Contraindicaciones locales:

Las contraindicaciones locales se asocian principalmente a la infección y en menor medida a enfermedades malignas.

1. La infección aguda con celulitis descontrolada debe ser llevada de manera que no se disemine aun más. El paciente puede presentar toxemia. El órgano dentario que provocó la infección es de importancia secundaria, se debe de administrar antibióticos para que drene la pus, y la infección este en un periodo crónico.
2. La pericoronitis aguda se maneja mejor de manera conservadora que otras infecciones locales debido a la flora bacteriana mixta y la proximidad de los tejidos aponeuróticos del cuello.
3. La estomatitis infecciosa aguda es una enfermedad lábil, debilitante y dolorosa que se complica con la exodoncia.
4. La enfermedad maligna perturbada por la extracción de un órgano dentario incluido en el crecimiento, va ha reaccionar con un crecimiento exacerbado y la falta de cicatrización de la herida local.
5. Los maxilares irradiados pueden desarrollar una radioosteomielitis aguda después de la extracción debido a la falta de irrigación sanguínea.^{50, 51}

Contraindicaciones sistémicas:

Cualquier enfermedad o alteración sistémica puede complicar una extracción o ser complicada por ella. Estos estados son muy numerosos para citarlos. Algunos de los más frecuentemente encontrados con relación a las contraindicaciones son las siguientes:

1. La diabetes mellitus no controlada se caracteriza por la infección de la herida y la ausencia de una cicatrización normal.
2. La enfermedad cardíaca, tal como la enfermedad de las arterias coronarias, hipertensión o descompensación cardíaca, pueden complicar la extracción.
3. Las discrasias sanguíneas incluyen anemias simples y más graves, enfermedades hemorrágicas tales como la hemofilia y las leucemias.
4. La enfermedad debilitante de cualquier tipo hacen que los pacientes estén es riesgo.
5. La enfermedad de Addison o cualquier deficiencia esteroide es extremadamente peligrosa.
6. La nefritis complica la preparación del paciente para extracción.
7. El embarazo sin complicaciones no representa mayores problemas. Deben de tener cuidado para proteger contra la baja presión de oxígeno en la anestesia general.^{48, 51}

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN

Con los elevadores

- ✓ Sindesmotomía
- ✓ Aplicación
- ✓ Luxación
- ✓ Elevación
- ✓ Sutura

- ❖ Sindesmotomía. Separa los tejidos blandos del órgano dentario.
- ❖ Aplicación. Busca un punto de apoyo que sea resistente
- ❖ Luxación. Desprende la raíz del ligamento periodontal y la dilatación de las paredes del alveolo.
- ❖ Elevación. Salida del órgano dentario del alveolo.
- ❖ Sutura.

Con los fórceps

- ✓ Sindesmotomía
- ✓ Aprehensión
- ✓ Luxación
- ✓ Tracción o extracción
- ✓ Sutura

- ❖ Sindesmotomía. Separa el tejido blando, desprendiendo el tejido gingival del órgano dentario (adherencia epitelial)
- ❖ Aprehensión. Llevar los bocados por debajo de la corona anatómica del órgano dentario (hasta la raíz)
- ❖ Luxación Rotura del ligamento periodontal, permite la dilatación de las paredes del alveolo. Hay dos tiempos laterales y rotatorios.
- ❖ Tracción o extirpación. Salida del órgano dentario del alveolo.

❖ Sutura.

- Posición del paciente

El sillón debe ser ubicado para que se tenga una posición satisfactoria para la exodoncia. Para las extracciones inferiores debe estar tan bajo como sea posible. Para las superiores el maxilar del paciente debe estar a la altura del hombro del operador. Estas posiciones permiten que la parte superior cuelgue flojamente sobre de la articulación del hombro y evita la fatiga del tener los hombros demasiado levantados.

- Posición de la mano izquierda

Los dedos de la mano izquierda sirven principalmente para separar los tejidos blandos y dar al operador los estímulos sensoriales para la expansión del cortical y de movimiento radicular bajo ésta. Es por esto que siempre se coloca un dedo debajo de la cortical alveolar vestibular que cubre el hueso y otro separa el labio o la lengua. Un tercer dedo, el pulgar ayuda a dirigir la pinza hacia su posición en el órgano dentario. En las extracciones inferiores ésta mano da una fuerza que contrarresta las fuerzas ejercidas sobre la mandíbula por la pinza de extracción, que está en la mano derecha, de manera que no se produzcan dolores o traumatismos en la Articulación Temporo-mandibular(ATM).^{50, 51}

- Extracción con pinzas

Se comprueba el efecto anestésico, después de esto, se toman las pinzas de la mesa de mayo que está por detrás del paciente y se le guía al interior de la boca con ayuda de un dedo de la mano izquierda. El eje largo de la pinza debe colocarse paralelo al eje del órgano dentario. De no hacerlo así es la mayor causa de fractura de los órganos dentarios. El uso de la pinza con otra anatomía a la que se hizo es otra causa de fractura. Se hace presión hacia el ápice del órgano dentario para “calzar” la pinza en la zona de la unión amelodentinaria.

Se hace suficiente presión sobre el mango de manera de mantener la pinza en el órgano dentario sin que se deslice, pero de una manera exagerada puede hacer estallar a un órgano dentario débil. Las pinzas deben sostenerse cerca de los extremos de los mangos para obtener la máxima ventaja mecánica.⁵¹

- Maniobras pos-extracción

Después de la extracción se eliminan del alveolo, de los surcos vestibulares, lingual y de la lengua todas las espículas de hueso sueltas y de los trozos de los órganos dentarios, de restauraciones o de tártaro. Si existe tejido patológico en la zona del ápice, se le elimina con una pequeña cucharilla. El “terciopelo” de tejido de granulación se retira o se divide, pero no se raspa el hueso. Esto no se hace en la zona de incisivos superiores debido a que las venas de ahí no

tienen válvulas; en consecuencia, el material infectado y los trombos pueden ascender a la cavidad craneal y hacer una trombosis del seno cavernoso.

Debe oprimirse el alveolo con los dedos para restablecer su tamaño normal antes de que fuera expandida la cortical.

Se le cubre al alveolo con una gasa que en su centro esté húmeda y que este sea el límite de absorción de sangre para no tener una hemorragia se le pide al paciente que muerda por 5 minutos.

Después que haya pasado ese tiempo se hace una radiografía postoperatoria y se le coloca otra gasa para que muerda en lo que llega a su casa; sirve para que se forme un coagulo en el alveolo y confirmar que no se quedó ningún resto.^{48, 52}

EXTRACCION DE RAICES

La extracción de una raíz recién fracturada se hace de manera cerrada. Si la técnica cerrada no da resultados en 5 minutos se procede a hacer un colgajo.

Técnicas cerradas.

Un órgano dentario fracturado debe tomarse de su cuello con unas pinzas y ser extraído. Puede hacerse una toma alveolar aflojando con una pequeña cucharilla afilada el mango vestibular gingival. Se coloca entonces el pico vestibular de la pinza por debajo del tejido blando sobre la cortical vestibular. La presión sobre la pinza filosa hará morder hasta la raíz, y ésta, con la cortical alveolar cortada adherida, saldrá de su alojamiento. Ocasionalmente la presión hará que se rompa la cortical como para aflojar el órgano dentario y entonces la pinza se vuelve a su posición normal en el cuello anatómico para hacer una extracción común, sin remover la cortical alveolar.

Para extraer las raíces fracturadas inmediatamente por debajo del borde alveolar, especialmente en el maxilar, se emplea el elevador recto. El instrumento se sostiene sobre un plano paralelo al eje mayor del órgano dentario y se trabaja con él a lo largo de la cara palatina de la raíz, apoyándolo sobre el reborde palatino, de ser necesario. Otra técnica es utilizando la apófisis interdientaria como fulcrum.

Si la raíz esta fracturada más de la mitad se emplean los elevadores para raíces. Estos son instrumentos delicados que se pueden romper. Se requiere una técnica cuidadosa, cuyo aspecto más importante es la visión.^{48, 53}

EXTRACCIONES MULTIPLES

Si se van a realizar múltiples extracciones en un solo tiempo es necesario hacer pequeñas modificaciones al procedimiento rutinario de la extracción para facilitar la tracción suave de un estado dentado a un estado edéntulo que nos

permita una rehabilitación adecuada para una prótesis fija o removible; por ejemplo el plan de tratamiento, la secuencia de las extracciones, la técnica a emplear.

Será necesario realizar una alveoloplastia con sutura, comprimir con fuerza con los dedos pulgar e índice, las corticales externas e internas, para aproximar ambas y reducir el diámetro producido.⁴⁷

Existen en nuestra práctica, pacientes con poli-restos radiculares y órganos dentarios con indicación de exodoncias, que por diversas causas no se someten a las mismas, a nuestro parecer el miedo es una de las principales causas.

No tratadas correspondientemente, derivan en reiteradas consultas en los servicios de urgencias (guardia del hospital) con infecciones agudas, flemones dentarios, celulitis faciales, dolor intenso, entre otros; siendo la conducta terapéutica la medicación con antibióticos y analgésicos, pero no se someten a seguir con la indicación de las exodoncias para resolver correctamente la patología.

Esta conducta lleva a que los pacientes tengan reagudizaciones de sus abscesos y consuman medicación, esta situación se repite generando un deterioro a su salud individual y colectiva, resistencias, gasto, entre otros.

La medicación suele ser reiterada por guardia, por amigos o por que a alguien le hizo bien, pocas veces se cumplen los tratamientos completos y hasta algunas veces no es la terapéutica indicada.^{50-52, 54}

Nosotros empezamos a ofrecer a estas personas la alternativa de realizarse una práctica: las exodoncias múltiples, donde en una sola intervención quirúrgica se resuelve la problemática de un maxilar completo. Es programada, se jerarquiza la práctica, mejor cicatrización, preparación de los rebordes para recibir una rehabilitación protésica, simplifican el postoperatorio, ahorra tiempo.

Fundamento de la técnica: El conservadorismo debe ser la guía principal, en esto coinciden todos los autores si bien unos resecan más hueso que otros.

Se realiza un mínimo de elevación de encía adherida, de manera que se exponga un mínimo de hueso adyacente. La amplia retracción de los tejidos aumenta la reabsorción ósea y oblitera los surcos.⁴⁸

Siempre hay que tener presente que en algún momento la persona puede decidir colocarse una prótesis. Por lo tanto en las exodoncias simples, hay que practicar una alveoloplastia, con presión digital de las corticales. En aquellos órganos dentarios que por no tener ningún elemento adyacente debe reducirse el collar de hueso en el momento de la extracción, para ir conformando un reborde en forma de **U**.^{44, 48-52}

ALVEOLOPLASTIA

La alveoloplastia es la remoción quirúrgica de una porción de la apófisis alveolar. Cuando se realizan extracciones múltiples los contornos del reborde alveolar deben considerarse a la luz de las futuras necesidades protésicas. El reborde alveolar ideal debe de tener forma de **U**. Los rebordes se contornean en forma natural pero el paciente puede sentir molestias mientras ocurre esto.

La conservación máxima de hueso concordante con un buen reborde es el objetivo. La importancia de alisar bordes agudos, protuberancias y retenciones excesivas que provocan molestias y una base insatisfactoria para la prótesis, no puede equiparse con el conservacionismo.

Alveoloplastia simple. Después de las extracciones múltiples, las corticales alveolares y el hueso intraseptal se examinan para ver si no hay alguna protuberancia y bordes agudos. Si es necesaria la alveoloplastia se hacen incisiones a lo largo de las crestas alveolares.

Se eleva el colgajo y se coloca un trozo de gasa entre él colgajo y el hueso. Se pone dentro del alveolo vacío, a la mitad de su altura, una pinza gubia de costado, y se reseca la pared vestibular hasta la altura de todas las demás. Se coloca entonces la punta de la pinza gubia sobre la cresta 45 grados y se elimina la punta vestibular. Los puntos sangrantes se controlan con una cucharilla para hueso. Una lima traccionada suavemente sobre los cortes va a alisar el hueso.⁵³

CONDUCTA POSTOPERATORIA

- Examinar los órganos dentarios y ver si está entera o se ha fracturado, en caso de duda realizar una radiografía periapical.
- Legrado del alveolo, tejidos de granulación, restos fracturados de tablas alveolares, hueso interradicular. Si las corticales alveolares están sujetas al periostio, haremos compresión digital para aproximarlas.
- Vigilar la formación del coágulo y controlar la hemorragia, podemos colocar gasas hemostáticas dentro del alveolo, en general solo una simple compresión con una gasa será suficiente. Podemos usar en casos que no ceda la hemorragia cera de hueso, e incluso suturar el vaso en caso que sea visible o hacer la electrocoagulación con bisturí eléctrico.
- En todos los casos es aconsejable suturar la herida, aunque sean solo puntos de aproximación para preservar el coágulo.^{54, 55}

INDICACIONES PARA TOMAR EN CUENTA

Compromiso Sistémico

- Para el paciente que requiera una cirugía debemos tener en cuenta que esté bajo tratamiento médico y que necesiten la cirugía, como único tratamiento.
- Debe de mantener el tratamiento y no suspenderlo hasta previa autorización de su médico tratante.
- Debemos de conocer el tipo de anestésico que se le debe aplicar a este tipo de pacientes.
- Para los pacientes que utilizan diuréticos, puede administrarse potasio suplementario.⁵⁶
- Un colesterol alto proveniente de la dieta, puede iniciar una periodontitis y aumentar las respuestas inflamatorias inducidas por los patógenos bacterianos. El análisis de estos datos apoya la presunción de que niveles
- Una enfermedad caracterizada por pérdida y fragilidad de la masa ósea, con el consecuente aumento de riesgo de fractura.
- La Osteopenia como una disminución en la masa ósea, debido a un desequilibrio entre la resorción y la formación ósea que lleva a osteoporosis y a Enfermedad Periodontal como la inflamación (alteración) de los tejidos del diente, resultando en una resorción del hueso alveolar con pérdida de los tejidos de sostén alveolar y es la causa de pérdida dentaria en el adulto.
- La osteoporosis generalizada afecta la velocidad de reabsorción y la densidad ósea del maxilar y la mandíbula.⁵⁷
- La pérdida sistemática de masa ósea es un factor de riesgo para la pérdida ósea dental, incluyendo pérdida del proceso alveolar asociado con infección periodontal. Estudios recientes en osteoporosis demuestran por medio de absorciometría de fotón dual (DEXA) en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis sistemática, que existe una correlación directamente con una disminución de la densidad ósea dental y a nivel del maxilar. En revisión reciente sobre la composición ósea dental se sugiere que la densidad mineral de la mandíbula se hace a expensas de hueso cortical correlacionada con el antebrazo y el maxilar por hueso trabecular similar a la de columna lumbar.
- La mayoría son de origen infeccioso, están referidas al propio órgano dentario a extraer o a los tejidos vecinos.
- Dentro de las infecciones odontógenas se engloban los procesos de periodontitis, abscesos y celulitis, de presentación aguda y de causa dentaria. Con la protección antibiótica adecuada y las técnicas de anestesia tronculares, alejadas del proceso infeccioso, hoy se pueden practicar las extracciones sin necesidad de diferirlas. Sin embargo, el estado psicofísico del enfermo, la falta de control del proceso infeccioso, el peligro de difusión y aumento de la toxemia y la dificultad de la técnica quirúrgica, pueden aconsejar postergar la exodoncia hasta que las condiciones sean las adecuadas.⁵⁶
- En aquellos casos de órganos dentarios implicados en procesos tumorales malignos está contraindicada la extracción aislada del órgano dentario, debido a los peligros de hemorragia, mala cicatrización, crecimiento y

difusión del tumor. En estos casos, la extracción siempre se hará en el bloque de la masa tumoral con los márgenes de seguridad recomendados.

- En caso de tener tratamientos de Hipertensión o Diabetes Mellitus, seguir con el tratamiento, tener los cuidados y consideraciones de su condición sistémica.⁵⁷
- Densidad Mineral Ósea (DMO) en relación con la pérdida dentaria al aumentar la edad, en casos de osteoporosis sistemática existía una buena correlación con una disminución de la densidad residual en pacientes con pérdida dentaria por falta de estímulo.⁵⁶⁻⁵⁸

OBJETIVO

Determinar la importancia que tiene el realizar las Extracciones Múltiples; como procedimiento básico en el ISSSTE en la Clínica de Medicina Familiar (C.M.F.) “Guadalupe”, en el periodo del 01 de agosto del 2010 al 31 de julio del 2011.

DISEÑO METODOLÓGICO

Presentación de 3 casos clínicos.

- 1 paciente aparentemente sano.
- 1 paciente hipertenso, diabético y cardiópata.
- 1 paciente cardiópata con infartos.

*NOTA: El presente proyecto comenzó a realizarse durante el año de mi servicio social universitario, donde se aplicaron los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas en la preparación académica. Se realizaron extracciones múltiples a paciente que requerían el procedimiento, dando de acuerdo a nuestra práctica profesional el beneficio o interés a la sociedad.

Por indicaciones de la Dirección en la Clínica de Medicina Familiar "Guadalupe", no se permitirá exponer el nombre completo del paciente, número de expediente o resumen detallado del expediente clínico (como notas de psicología, ginecología, que no sean relevantes para el tratamiento, ya que esta información esta considerada como confidencial).

BASES ÉTICAS Y LEGALES

INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".

4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.⁵⁹

5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.^{59, 60}

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

PRINCIPIOS BÁSICOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.⁶⁰

12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.⁵⁹

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la

participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.⁵⁹⁻⁶¹

18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.⁵⁹⁻⁶¹

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir la información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley

vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.⁵⁹⁻⁶¹

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MÉDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

29. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no hay procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.⁶¹

30. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

32. Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos disponibles han resultado ineficaces en la atención de un enfermo, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no probados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta Declaración.⁵⁹⁻⁶¹

RECURSOS

Humanos:

Director de Tesis: Mtra. Morales Vázquez Josefina.

Asesor de Tesis: C.D. Carrasco Díaz Anelvi.

Pasante: Morales Pérez César David.

Enfermera: Ma. Eugenia Contreras.

Físicos:

Unidad dental del consultorio del 11 en el ISSSTE en la C.M.F. "Guadalupe".

Materiales:

Fotocopias, cámara fotográfica, computadora, literatura, material otorgado por la institución, transporte, costos de impresiones.



Presentación de Casos Clínicos

PRIMER CASO CLÍNICO

**PACIENTE APARENTEMENTE
SANO.**

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO #1

UNIDAD MÉDICA: C.M.F. Guadalupe.
FECHA: 18/OCTUBRE/2010
NOMBRE DEL PACIENTE: G.R.J.R.
EDAD: 78 años.
SEXO: Masculino
OCUPACIÓN: Jubilado
EDO. CIVIL: Casado.
DOMICILIO: Gustavo A. Madero.



Antecedentes Hereditarios: Padre finado por causas naturales, madre finada por "coraje", tíos finados, no refiere causas, 2 hermanos vivos aparentemente sanos.

Antecedentes no patológicos: Alcoholismo social, cambio de ropa y baño diario, toma aproximadamente 1 litro de agua diario, alimentación aparentemente balanceada.

Antecedentes patológicos: Niega enfermedades y alergias.

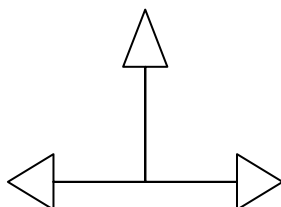
Resumen de la Información del interrogatorio y exploración por aparatos y sistemas:

Aparatos y sistemas: No refiere patologías.

Somatometría y signos vitales:

TA: 110/70mmhg
Talla: 1.58cm
Peso: 68kg
FC: 72x min
FR: 17x min
Temperatura: 36.5°

Cabeza y Cuello: Braquicéfalo, perfil cóncavo, cuello sin patología aparente.



El motivo de la consulta Movilidad de 3^{er} grado del OD 13, (La movilidad de 3^{er} grado de vestibular a palatino y distal a mesial sin salir del alveolo).

Auxiliares de Diagnóstico.

- 1.- Exámenes de gabinete (Ortopantomografía)
- 2.- Laboratorio (Biometría Hemática y Química Sanguínea).

1.- Rx Ortopantomografía.



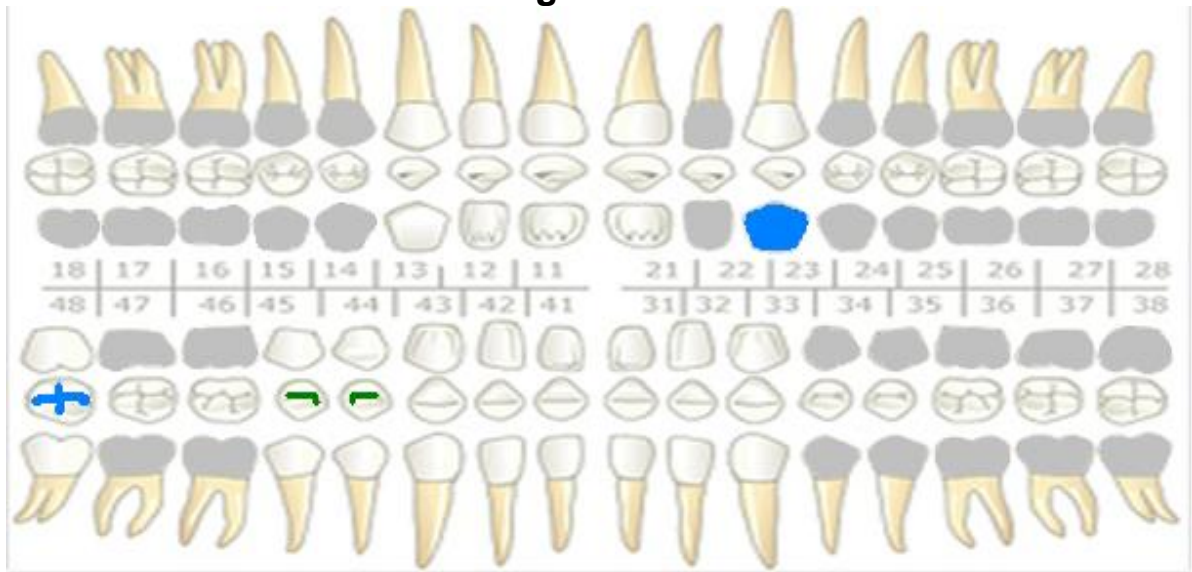
Toma de la Ortopantomografía o Panorámica, (cabe destacar que fue tomada después de realizarse la exodoncia del órgano dentario #13, está se realizo por otro odontólogo de la clínica, en donde el plan de tratamiento era realizar exodoncias aisladas y después se observo el caso y se decidió exodoncias múltiples). Los demás órganos dentarios superiores se diagnóstica restos radiculares y raíces enanas con procedimiento endodóntico el cual está mal realizado, clínicamente son interferencias para sus necesidades protésicas, por lo tal se programa la realización de las exodoncias de estos órganos 12, 11 y 21.






2.- Examen de laboratorio.

Biometría Hemática: Valores dentro del rango normal de acuerdo al laboratorio.

Química Sanguínea: Valores dentro del rango normal de acuerdo al laboratorio.

Odontograma



	Sano	# 10 (13, 12, 11, 21, 33, 32, 31, 41, 42, 43)
	Caries	# 0
	Restauración desajustada	# 2 (44, 45)
	Restauración Ajustada	# 2 (23, 48)
	Ausente	# 18 (18-14, 22, 24-28, 38-34, 46, 47)

Intraoral: Edéntulo parcial, encía inflamada generalizada, carrillos sanos labios sanos, pérdida horizontal ósea y ausencia de crestas marginales.

DIAGNÓSTICO:

Sistémico: Aparentemente sano.

Odontológico: Cabeza y Cuello sin patología, ATM con desviación hacia la derecha, chasquido a la apertura y cierre sin dolor, clasificación de Kennedy y Applegete Clase 3 (arcada parcialmente desdentada con órganos dentarios anteriores y posteriores, división C donde tiene hueso disponible inadecuado), Periodontitis crónica generalizada, desgaste incisal y presencia de restos radiculares 12, 11 y 21.

PRONÓSTICO: Bueno para la función, no para la vida de los órganos dentarios.

No necesita interconsulta.

PLAN DE TX:

Etapa 1 Higienización:

- Historia Clínica.
- Tratamiento Farmacológico: Amoxicilina de 500mg 1c/8hrs X 7 días y Diclofenaco de 100mg 1c/12hrs X 3 días, la primera toma del Diclofenaco será 1hr antes del tratamiento quirúrgico.
- Odontoxesis (23, 21, 11, 12, 33-31, 41-45 y 47).
- Restauración con resina del 44 y 45.

Etapa 2 Quirúrgico:

- Realizar exodoncias del 12, 11, 21 y 23, regularización del proceso alveolar.

Etapa 3 Especialidades:

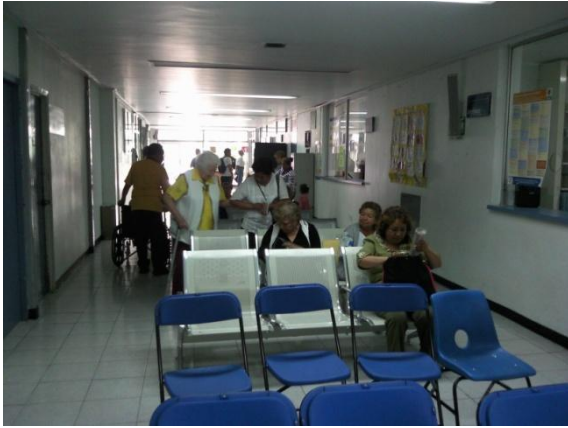
- Pase a Tlatelolco para realizar Prótesis.

Etapa 4 Mantenimiento:

- Revisiones periódicas cada 15 días.

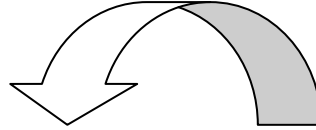


DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO



Sala de Espera.

En la sala de espera el paciente tiene la oportunidad de desestresarse. Ya que cuando llegó el paciente en su lenguaje corporal, venía tenso y preocupado.



Farmacia CMF. Guadalupe.

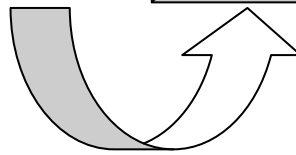
Al paciente después de haberse realizado la Historia Clínica, se manda profilaxis antibiótica (amoxicilina de 500mg tomar una c/8hrs por 7 días) y diclofenaco de 100mg se le indica que la tomara una hora, antes del tratamiento; y por 3 días después del acto operatorio.



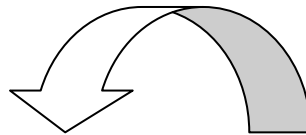


Primero se realizaron las exodoncias, correspondientes de los órganos dentarios 12, 11, 21. La cual se realizó con elevador recto mediano y fórceps 150.

Técnica de anestesia supra periostica dentario anterior y palatina posterior con lidocaína y epinefrina al 2%, 3 cartuchos; total 108mg.



Los tratamientos se vuelven complicados por la falta del instrumental adecuado para el procedimiento como elevadores sin filo y punta, no hay fórceps adecuados para cada caso o mango de bisturí.

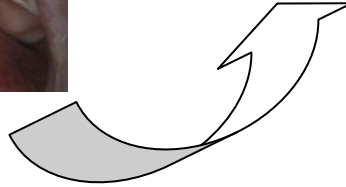


Se realizó una incisión sobre la cresta alveolar solo con la hoja de bisturí.

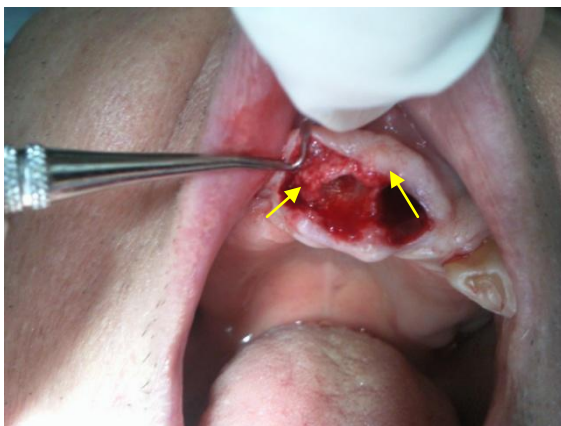
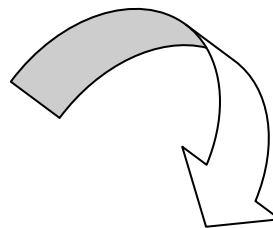




Después de haberse realizado la sección, se dispone a levantar colgajo.

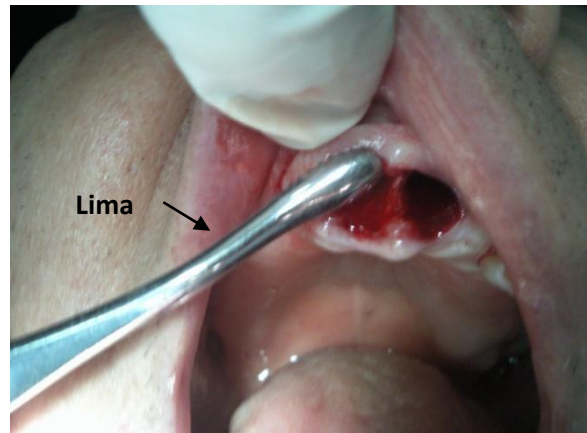


Se dispone a levantar colgajo de la encía con el periostio del hueso para poder separar bien y asegurar una buena cicatrización.



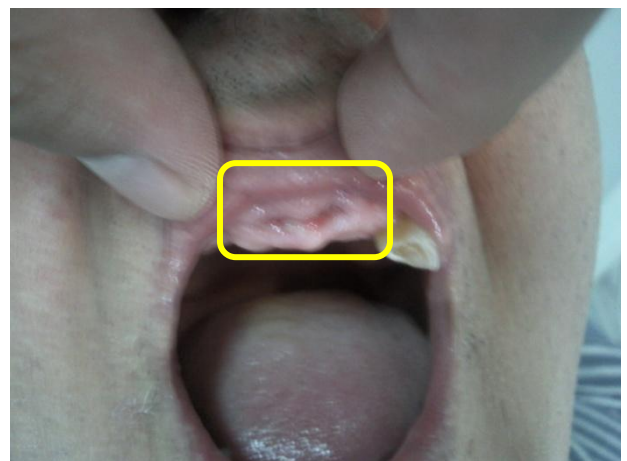
Tenemos la exposición de las crestas alveolares.

Nos disponemos a limar la cresta alveolar con la lima de hueso para que pierda la parte con filo y no le lastime en su tratamiento posterior.

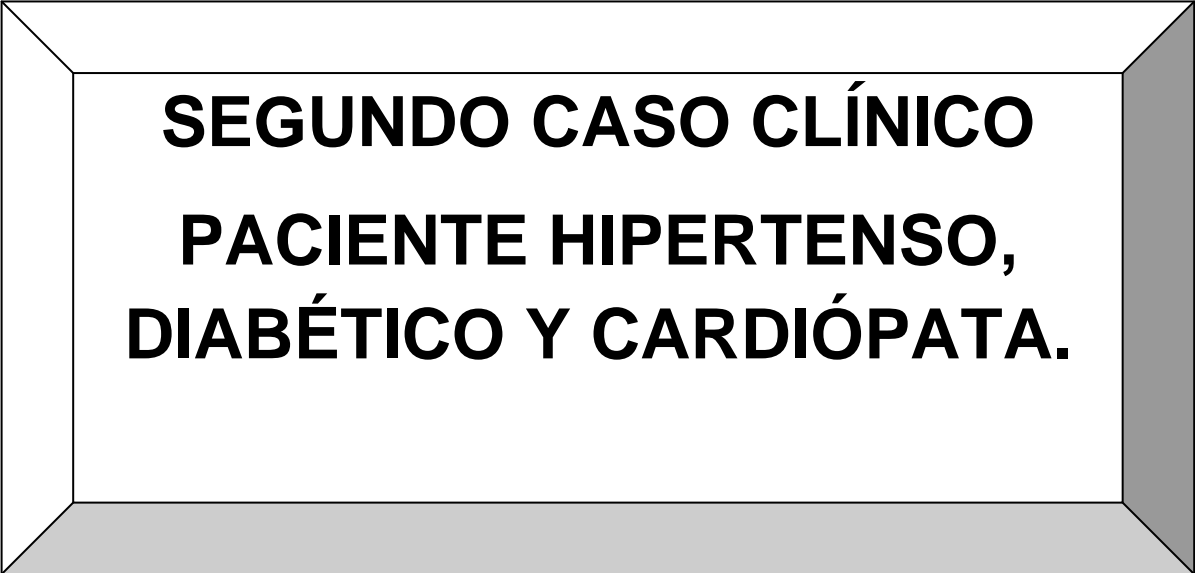


Se sutura la incisión con dos puntos aislados, con seda negra de 3-0 y aguja ½ círculo ahusada, se dan recomendaciones post- extracción (ver paquete de anexo #1), con trópicos post-quirúrgicos y se le pide al paciente su asistencia en 15 días.

A los 15 días se realiza valoración postoperatoria y la cicatrización del paciente es correcta, el tejido blando (encía), para la inflamación se recomienda que al día siguiente del operatorio realice enjuagues con corteza de palo de encino por 15 días, sin complicaciones.



1. Antes del **quirúrgico** se realizó la **higienización:** realización de resinas del 44 y 45. Odontoxesis (23, 21, 11, 12, 33-31, 41-45 y 47).
2. Después del **quirúrgico** a los 20 días se realiza una nueva Odontoxesis.
3. Se da de alta en el servicio dental y se da la referencia para especialidades (Protésis) en Tlatelolco.



SEGUNDO CASO CLÍNICO
PACIENTE HIPERTENSO,
DIABÉTICO Y CARDIÓPATA.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO #2

UNIDAD MÉDICA: C.M.F. Guadalupe.
FECHA: 17/01/11
NOMBRE DEL PACIENTE: G.M.M.A.
EDAD: 68 años.
SEXO: Femenino
OCUPACIÓN: Hogar
EDO. CIVIL: Casada.
DOMICILIO: Gustavo A. Madero.



Antecedentes Hereditarios: No refiere antecedentes.

Antecedentes no patológicos: Mala higiene personal, no hay buena alimentación, falta de sueño por problemas familiares.

Antecedentes patológicos: Diabética tratada desde hace 5 años, actualmente toma metoprolol toma 1 tableta de 100mg c/24hrs dosis diaria e Hipertensa tratada desde hace 8 años actualmente toma enalapril 1 tableta c/12hrs dosis diaria, Cardiópata con marcapasos desde hace 13 años, toma anticoagulante Acido acetil salicílico (Aspirina) 500mg 1 tableta c/12hrs dosis diaria. Niega alergias.

Resumen de la Información del interrogatorio y exploración por aparatos y sistemas:

Aparatos y sistemas: Cardiópata con marcapasos, Hipertensa, Diabética.

Somatometría y signos vitales:

TA: 90/60mmhg

Talla: 1.43cm

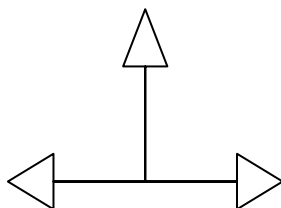
Peso: 55kg

FC: 62x min

FR: 20x min

Temperatura: 36°

Cabeza y Cuello: Braquicéfalo, perfil recto asimétrico.

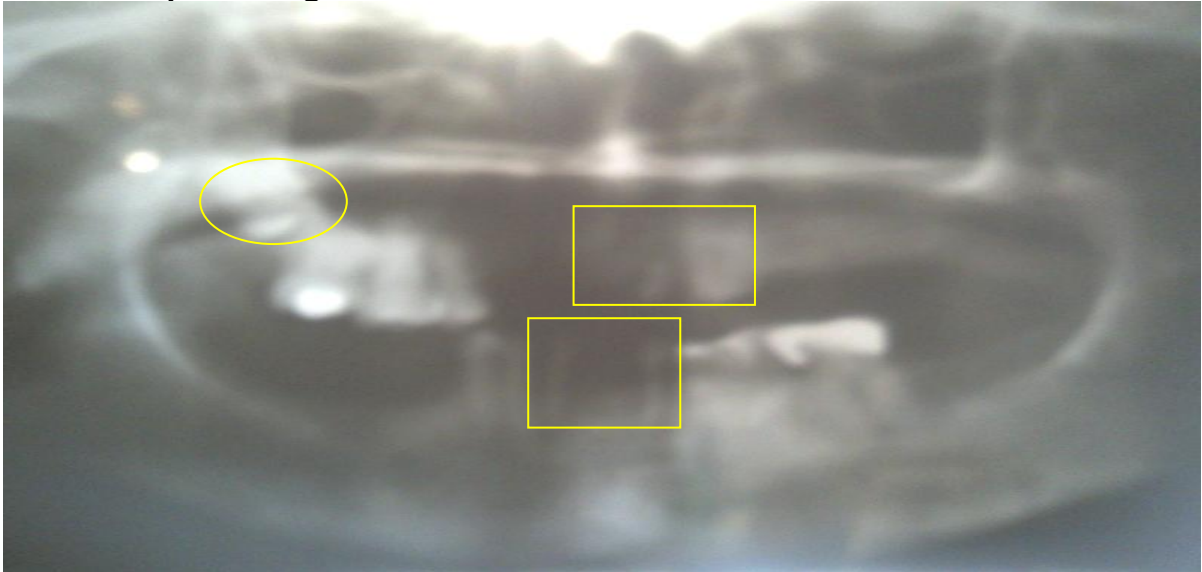


El motivo de la consulta: Molestia al comer de los órganos dentario 21, 23 y 24.

Auxiliares de Diagnóstico.

1. Exámenes de gabinete: Ortopantomografía.
2. Laboratorio: Biometría Hemática, Química Sanguínea, Tiempo de Protrombina (TP), Tiempo de Tromboplastina Parcial (TTP) y Tiempo de Trombina (TT).

1.- Rx Ortopantomografía.



La Rx no es buena para la interpretación, ya que está mal revelada, pero se alcanza a distinguir ausencia de órganos dentarios (18, 14-11, 24-28, 38-37, 31, 41, 45-48), pérdida ósea, presencia de restos radiculares del 21, 22 y 23, retención de 1/3 de hueso de órganos dentarios del 32 y 42, restauración mal ajustada del 36, obturación mal ajustada del órgano dentario 17 y caries del 35, órgano dentario 18 retenido en mal posición.

2.- Examen de laboratorio.

Biometría Hemática: aumento de eritrocito, hematocrito y disminución de hemoglobina. Se considera por tratamiento de Hipertensión y Cardiopatía.

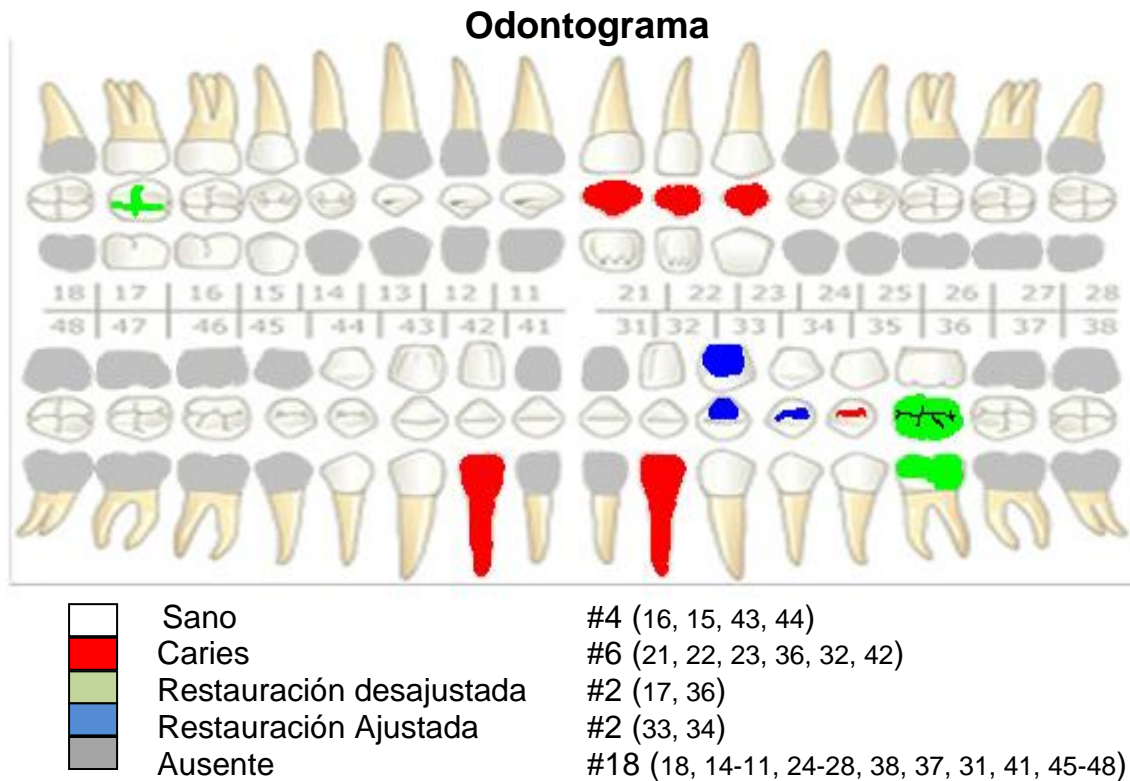
Química Sanguínea: aumento de creatinina de 1.8mg/dl y glucosa de 135mg/dl.

TP: rango normal para alguien que está tomando anticoagulante de 11 a 13.5 seg.

TTP: rango normal para alguien que está tomando anticoagulante de 14 a 21 seg.

TPT: la coagulación debe ocurrir entre 25 a 35 segundos. La paciente está tomando anticoagulantes, la coagulación tarda 1 ½ veces más tiempo (1^{1/2} a 2min).

Nota: los rangos de los valores normales pueden variar ligeramente entre diferentes laboratorios.



Intraoral: Edéntulo parcial, desgaste de órganos dentarios, pérdida de dimensión vertical.

DIAGNÓSTICO:

Sistémico: Presenta Hipertensión, Diabetes y Cardiopatía, al parecer todo controlado por su médico tratante el cual autoriza el tratamiento odontológico.

Odontológico: Cabeza y cuello sin patología aparente, ATM desviación a la apertura y cierre sin dolor, clasificación de Kennedy y Applegete Clase 2 (arcada parcialmente desdentada con zona desdentada unilateral por distal de los órganos dentarios remanentes, división B tiene moderada el hueso disponible), Periodontitis crónica localizada, perdida de hueso, en los maxilares superior e inferior, múltiples restos radiculares 21, 22 y 23, caries del 37, movilidad de 3^{er} grado del 32 y 42, restauraciones mal ajustadas 17 y 36, halitosis.

PRONÓSTICO: Reservado.

INTERCONSULTA:

Se solicita la autorización del cardiólogo para el tratamiento que requiere.

PLAN DE TX:

Etapa 1 Higienización:

- Historia Clínica.
- Tratamiento Farmacológico Amoxicilina de 500mg 1c/8hrs X 7 días y Paracetamol de 500mg 1c/12hrs X 3 días, la primera toma del Paracetamol será 1 hora antes del tratamiento quirúrgico.
- Odontoxesis (17-15, 21-23, 32-36, 42-44).
- Restauración con resina del 35, 17 y 36.

Etapa 2 Quirúrgico:

- Realizar exodoncias de 21, 22, 23, 32 y 42, regularización del proceso alveolar.

Etapa 3 Especialidades:

- Pase a Tlatelolco para realizar Prótesis.

Etapa 4 Mantenimiento:

- Revisiones periódicas cada 15 días.



DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO



En la sala de espera obtiene información de los cuidados bucales, al paciente se le pidió que no suspendiera sus medicamentos y antes de la consulta se le tomará glucosa con glucómetro (Destroxitis), se obtuvo 128mg/dl.

La clínica paso por una semana sin medicamentos como analgésicos y algunos antibióticos, el paciente se le recomienda que esperemos una semana en lo que llegan los medicamentos.

Farmacia CMF. Guadalupe.

Al paciente después de haberse realizado la Historia Clínica, se manda profilaxis antibiótica (amoxicilina de 500mg tomar una c/8hrs por 7 días y paracetamol de 500mg está será tomada una hora, antes del tratamiento; y por 3 días después del acto operatorio).





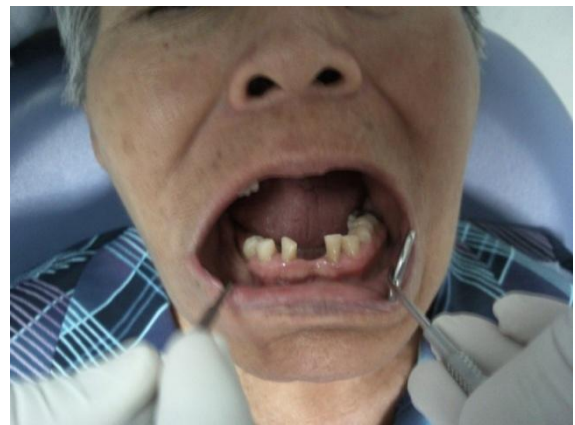
Paciente muestra múltiples restos radiculares del 21, 22 y 23, con técnica de anestesia supra periostica y palatino anterior, por su enfermedad sistémica se coloca anestesia mepivacaína al 3%.

Se ocupo elevador recto mediano, fórceps 150 y alveolo tomo.

El paciente acepta que las exodoncias se hicieran en la misma sesión.
Ya que en su tratamiento no es necesario realizar colgajo.
Firmando el consentimiento informado.

Movilidad dentaria de 3^{er} grado del 32 y 42, en la que se ocupo técnica de anestesia mentoniano, bilateral, por su enfermedad sistémica se coloca anestesia mepivacaína al 3%.

Se ocupo elevador recto mediano, fórceps 150 y alveolo tomo.





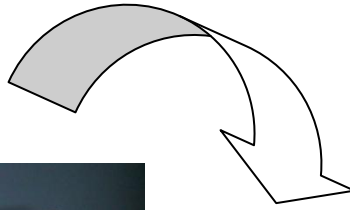
Se realizan las exodoncias del 21, 22, 23, 32 y 42, se coloca mepivacaína al 3%, se ocupo elevador recto mediano, fórceps 150 y alveolo tomo.

3 cartuchos.

162mg de anestesia.

Se lima el hueso con lima de hueso y se sutura con puntos aislados, con seda negra de 3-0 y aguja ½ circulo ahusada.



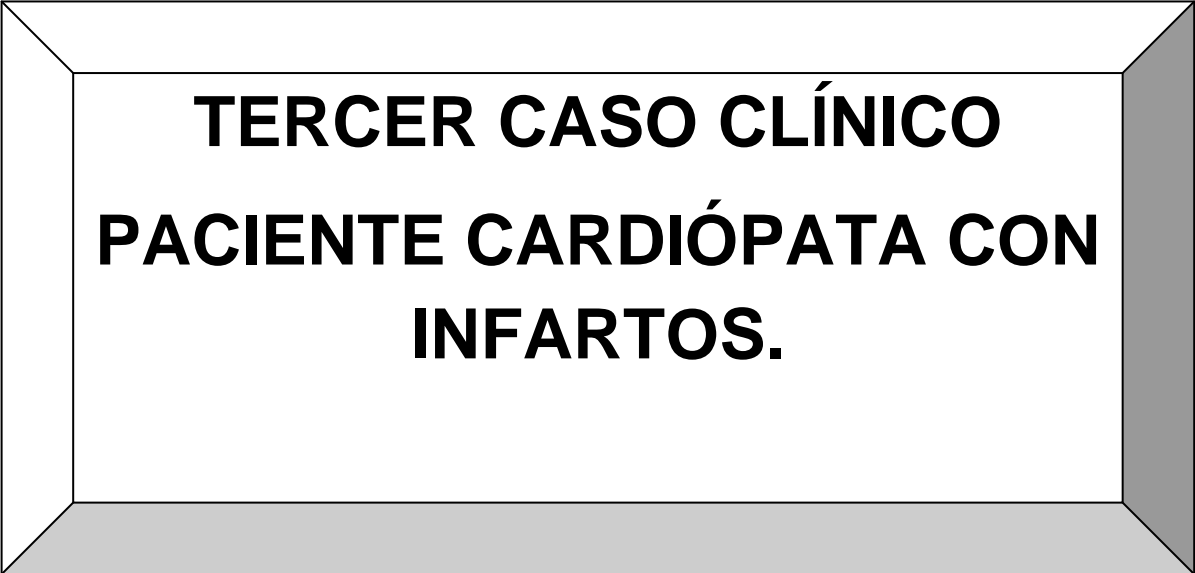


Se le dan recomendaciones postoperatorias con trípticos del cuidado bucal postquirúrgico de acuerdo a sus necesidades (ver paquete de anexo #1).

A los quince días el paciente no muestra molestias y tiene buena cicatrización, se mando hacer al día siguiente del quirúrgico enjuague con corteza de palo de encino para desinflamar, por 15 días.



1. Antes del **quirúrgico** se realizó la **higienización:** realización de resinas del 35, 17 Y 36. Odontoxesis (17-15, 21-23, 32-36, 42-44).
2. Después del **quirúrgico** a los 20 días se realiza una nueva Odontoxesis.
3. Se da de alta en el servicio dental y se da la referencia para especialidades (Protésis) en Tlatelolco.



TERCER CASO CLÍNICO
PACIENTE CARDIÓPATA CON
INFARTOS.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO #3

UNIDAD MÉDICA: C.M.F. Guadalupe.
FECHA: 21/OCTUBRE/2010
NOMBRE DEL PACIENTE: J.C.M.C.
EDAD: 48 años.
SEXO: Masculino.
OCUPACIÓN: Empleado
EDO. CIVIL: Casado.
DOMICILIO: Gustavo A. Madero.



Antecedentes Hereditarios: No refiere antecedentes.

Antecedentes no patológicos: No refiere toxicomanías, cambio de ropa y baño diario, toma aproximadamente 1 litro de refresco diario, alimentación no balanceada (no come carne, por la ausencia de órganos dentarios, ni verduras, por qué no le gustan), por tal es alta en carbohidratos y baja proteínas.

Antecedentes patológicos: El paciente refiere frecuentes dolores de pecho y ha tenido 2 síncope cardíacos; con evolución de 6 y medio años: el primero fue hace 5 años, en su casa el cual lo hizo llegar a urgencias en el hospital 1^o de Octubre y el segundo fue hace 1 año y medio, en consulta odontológica por la tarde de la misma clínica, el paciente comentó (no refirió al odontólogo de su patología; el cual infiltró anestesia regional, provocando el presíncope [cese repentino de mareo, debilidad y sensación de pérdida inminente de la conciencia sin llegar a perderla] y la reanimación se realizó dentro de la clínica con los médicos en turno, se mandó a especialidades para su tratamiento donde el cardiólogo da como diagnóstico **Angina de Pecho Estable por Bradicardia Sinusal**). Los cuales están siendo tratados con nitroglicerina y cambio de dieta.

Resumen de la Información del interrogatorio y exploración por aparatos y sistemas:

Aparatos y sistemas: dolores frecuentes en pecho (Angina de pecho estable) y bradicardia Sinusal.

Somatometría y signos vitales:

TA: 90/60mmhg

Talla: 1.72cm

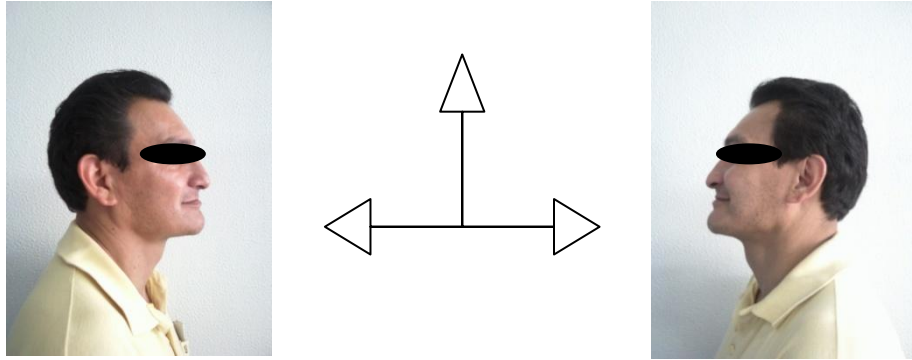
Peso: 84kg

FC: 92x min

FR: 21x min

Temperatura: 36°

Cabeza y Cuello: braquicéfalo, perfil cóncavo, cuello sin patología aparente, con asimetría facial, causada por la falta de órganos dentarios.

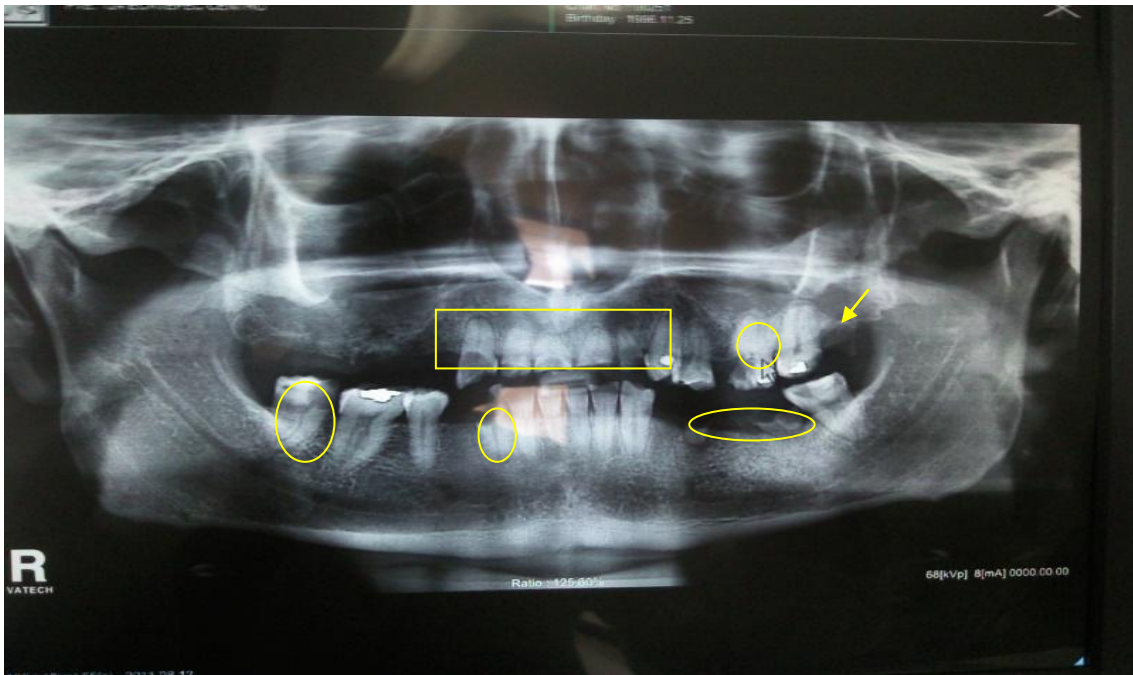


El motivo de la consulta retirar múltiples restos radiculares, para eliminar focos de infección y se pueda colocar el marcapasos. Necesidad protésica.

Auxiliares de Diagnóstico.

1. Exámenes de gabinete: Ortopantomografía.
2. Laboratorio: Biometría Hemática, Química Sanguínea, Tiempo de Protrombina (TP), Tiempo de Tromboplastina Parcial (TTP) y Tiempo de Trombina (TT).

1.- Rx Ortopantomografía.



Toma de la Ortopantomografía o Panorámica, la radiografía muestra pérdida ósea y crestas marginales del maxilar superior e inferior, presenta zona radiolúcida peri apical del órgano dentario 22, diagnóstico presuntivo quiste periapical, presencia de restos radiculares del 13, 12, 11, 21, 22, 23, 28, 35, 37, 43; órganos con caries dental 26, 27, 38, 45, 46, 47.

2.- Examen de laboratorio.

Biometría Hemática: valores dentro de lo normal.

Química Sanguínea: valores dentro de lo normal.

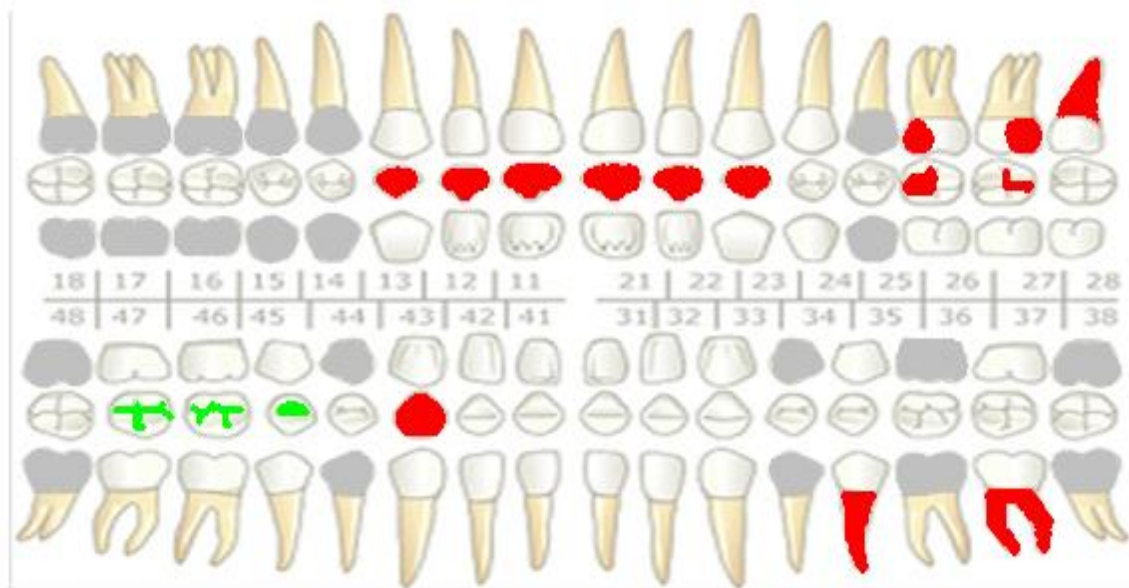
TP: valores dentro de lo normal.

TTP: valores dentro de lo normal.

TPT: valores dentro de lo normal.

Nota: los rangos de los valores normales pueden variar ligeramente entre diferentes laboratorios.

Odontograma.



	Sano	#6 (24, 31-33, 41, 42)
	Caries	#12 (13-11, 21-23, 26-28, 37, 35, 43)
	Restauración desajustada	#3 (45-47)
	Restauración Ajustada	#0
	Ausente	#11 (18-14, 25, 38, 36, 34, 44, 48)

Intraoral: Edéntulo parcial, presencia de restos radiculares, encía eritematosa generalizada, carrillos y labios sanos, pérdida horizontal ósea y ausencia de crestas marginales, halitosis.

DIAGNÓSTICO:

Sistémico: angina de pecho estable y bradicardia sinusal, al parecer todo controlado por su médico tratante; el cual autoriza el tratamiento.

Bucal: Cabeza y cuello sin patología aparente con asimetría facial (causada por la falta de órganos dentarios), ATM desviación a la apertura y cierre con dolor (no soporta tener mucho tiempo la apertura de boca), clasificación de Kennedy y Applegate Clase 3 (arcada parcialmente desdentada con un área desdentada unilateral, con órganos dentarios naturales remanentes anteriores y posteriores, división A tiene una altura ósea disponible), Gingivitis crónica generalizada, poca pérdida de hueso en los maxilares superior e inferior, presencia de zona radio lucida a altura del ápice del órgano dentario 22, múltiples restos radiculares 13, 12, 11, 21, 22, 23, 35, 37, 43, caries múltiple 26, 27, 38, 45, 46, 47, halitosis.

PRONÓSTICO: Reservado.

INTERCONSULTA

Se solicita la autorización del cardiólogo para el tratamiento que requiere.

PLAN DE TX:

Etapa 1 Higienización:

- Historia Clínica.
- Tratamiento Farmacológico Clindamicina de 300mg tomar una c/8hrs por 7 días y diclofenaco de 100mg está será tomada una hora, antes del tratamiento; y por 3 días después del acto operatorio.
- Odontoxesis (11-13, 21-24, 26-28, 31-33, 35, 37, 41-43, 45-47).
- Restauraciones con resina del 27, 45, 46.

Etapa 2 Quirúrgico:

- Exodoncia de órganos dentarios 13-23, 26, 28 (retirar el quiste del 22 y se manda a patología).
- Exodoncia del 37, 35, 43, 47.

Etapa 3 Especialidades:

- Pase a Tlatelolco para realizar Prótesis.

Etapa 4 Mantenimiento:

- Revisiones periódicas cada 15 días



DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO



En la sala de espera el paciente tiene la oportunidad de desestresarse y siempre llega con su periódico y también tiene la oportunidad de obtener un libro en la biblioteca de la clínica.

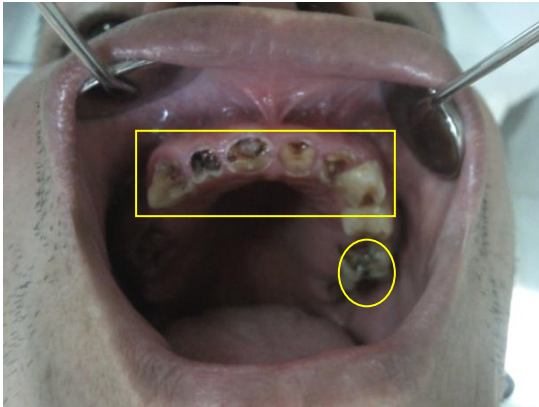
El paciente trajo la notificación del cardiólogo. El cual considera apto para el tratamiento necesario. Aunque no necesita colgajo se toma la decisión de realizar el procedimiento quirúrgico en 2 citas.

CMF. Guadalupe.

Al paciente después de haberse realizado la Historia Clínica, se manda profilaxis antibiótica (clindamicina de 300mg tomar una c/8hrs por 7 días y diclofenaco de 100mg está será tomada una hora antes del tratamiento y por 3 días después del acto operatorio).



Primera cita



Restos radiculares del 13, 12, 11, 21, 22, 23 y 28. Órgano dentario 26 por destrucción de caries. Se anestesia supra periostica anterior bilateral, supra periostica media y posterior izquierda, palatina anterior bilateral y palatina posterior izquierda.

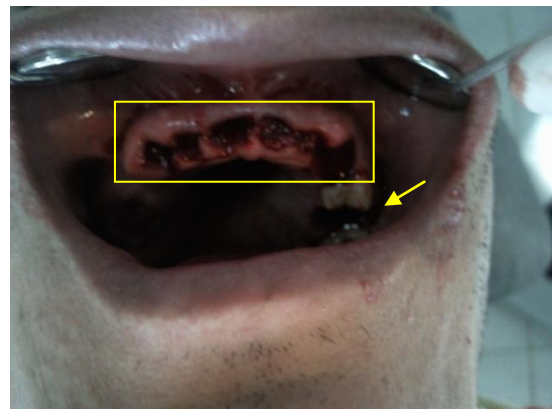
Muestra los restos radiculares del paciente y lesión de caries de caries. Se anestesia con mepivacaína al 3%.

Se emplearon en la primera sesión para todos los superiores 4 cartuchos.

Total 216mg, de anestésico.

Primera sesión: Exodoncias de los restos radiculares 13, 12, 11, 21, 22, 23, 26 y 28. Con elevador recto chico y mediano, fórceps 151 y 69.

4 cartuchos de mepivacaína al 3%; total 216mg.

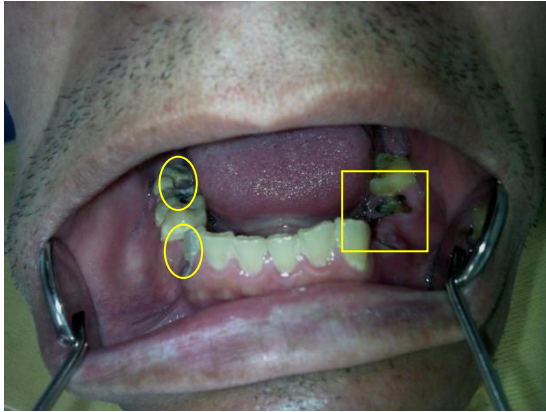


Se realiza incisión sobre la cresta alveolar y se lima el hueso con la lima de hueso, se sutura la incisión con sutura continua, seda negra de 3-0 y aguja ½ círculo ahusada, y alveolo del 26 y 28 con puntos de cruz, muestra de los órganos dentarios extraídos.



Ya se retira el quiste peri-apical del 22 se conserva para patología, el laboratorio manda resultados a los 5 días confirma el diagnóstico presuntivo (Quiste Peri-apical).

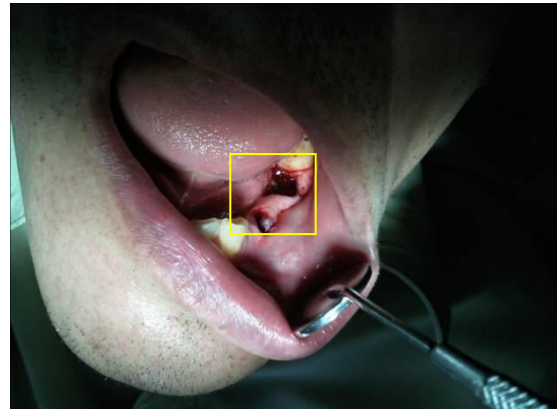
Segunda cita (2 días después).



Restos radiculares del 35, 37, 43 y el 47 por lesión de caries a nivel subgingival. Se anestesia dentario inferior bilateral. Se anestesia con mepivacaína al 3%.

3 cartuchos.

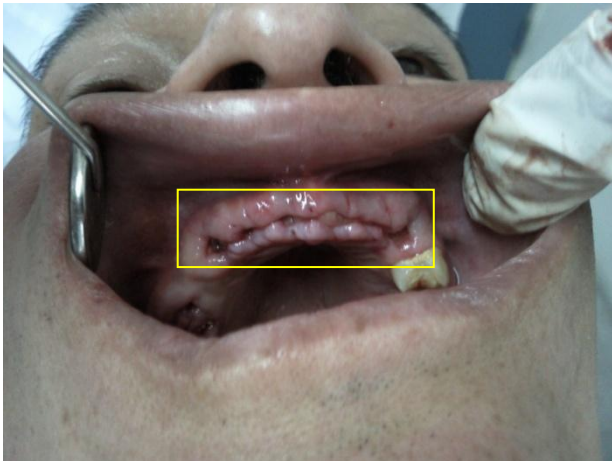
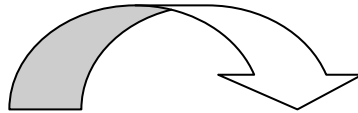
Total 162mg.



Exodoncias de restos radiculares 35, 37, 43 y 47. Con elevador recto mediano, fórceps 150. 3 cartuchos de mepivacaína al 3%; total 162mg.

Se lima el hueso con la lima de hueso, se sutura los alveolos con puntos en cruz, seda negra de 3-0 y aguja ½ círculo ahusada, del alveolo 35, 37, 43 y 47.

Se dan recomendaciones postquirúrgica con trípticos del cuidado bucal postquirúrgico de acuerdo a sus necesidades (ver paquete de anexo #1).



El tejido blando (encía) se encuentra un poco inflamado por lo cual se recomiendan enjuagues de corteza de palo de encino, el cual se comenzó a realizar al día siguiente de la segunda cita, por 15 días.

Se realiza revisión postoperatoria a los 15 días, la cicatrización del paciente es correcta y sin complicaciones.

Sin complicaciones antes, durante y después del tratamiento dental.

1. Antes del **quirúrgico** se realizó la **higienización**: realización de resinas del 27, 45 y 46. Odontoxesis (11-13, 21-24, 26-28, 31-33, 35, 37, 41-43, 45-47).
2. Después del **quirúrgico** a los 20 días se realiza una nueva Odontoxesis.
3. Se da de alta en el servicio dental y se da la referencia para especialidades (Protésis) en Tlatelolco.

IMPACTO Y TRASCENDENCIA DE LOS CASOS

El presente proyecto resalta la importancia que tiene el realizar extracciones múltiples como un procedimiento básico, en la Clínica de Medicina Familiar “Guadalupe”, para realizar programas de tratamiento de amplia cobertura y así responder a la necesidad de heterogeneidad de la población, realizando los procedimientos necesarios de forma básica y controlados; dando buena atención al paciente, mejorando tratamientos, calidad en el trabajo y beneficiando el pronóstico a las necesidades del paciente, tanto bucales como sistémicas.

Para poder realizar el procedimiento quirúrgico Extracciones Múltiples, se tuvo que adecuar el tipo de servicio que se realiza en la clínica para los derechohabientes, ya que la solicitud de citas es programada en archivo, (el cual proporciona día, horario y consultorio), cada cita tiene una duración de 20min por paciente, (si el tiempo se extralimita comienza la molestia para los pacientes que se encuentran en la sala de espera), los procedimientos realizados no son programados por el odontólogo tratante y los recursos que proporciona la institución en ocasiones no son los más adecuados o insuficientes (por tal motivo hay complicaciones al realizar los procedimientos).

Para el procedimiento quirúrgico de Extracciones Múltiples, el pasante de odontología y el odontólogo responsable de la atención clínica, tuvieron que programar el procedimiento, dando cita al paciente (teniendo en cuenta la patología, exámenes de gabinete y laboratorio antes del tratamiento, el día, horario, consultorio, tiempo aproximado y el material más adecuado de acuerdo a los recursos de la institución para evitar complicaciones).

El instrumental y material básico necesario para el procedimiento quirúrgico de Extracciones Múltiples es:

1. Mango de bisturí # 3*
2. Cánula quirúrgica*
3. Jeringa Carpule
4. Cucharilla de Lucas*
5. Fórceps
6. Pinzas bayoneta*
7. Alveolotomo No. 5 Ash
8. Elevadores rectos y de bandera
9. Jeringa septo*
10. Legra*
11. Limas para hueso
12. Tijera para encía*
13. Pieza de mano de baja velocidad*
14. Pinzas de mosco rectas y curvas*
15. Pinzas de disección*
16. Porta agujas*
17. Riñonera de metal*
18. Separadores de Farabeuf, Bishop y Austin*

19. Tijeras para cortar puntos
20. Agujas para carpule
21. Anestésico (lidocaína con epinefrina y lidocaína simple)
22. Anestésico (Mepivacaína, Prilocaína, Bupivacaína)*
23. Fresas quirúrgicas de baja velocidad de carburo, de bola # 8*
24. Hoja de Bisturí #15
25. Sutura de seda negra 000 y/o (3-0 y 4-0)
26. Solución fisiológica Na Cl 0.9%
27. Gasas estériles
28. Jabón quirúrgico y cepillo para manos*
29. 2 pares de guantes, cubre bocas y gorro
30. Toalla para manos estéril*
31. Campos estériles 2 para mesa de mayo y 1 hendido par paciente*
32. Glutraldehído al 2%

Nota: (*) no se encuentra en la Clínica Guadalupe.

El éxito del procedimiento dependió mucho de la habilidad y el conocimiento del operador para el tratamiento realizado, con ello se consiguió dar confianza al paciente, disponibilidad para el tratamiento, concientizando la necesidad, dando la información con una plática exclusiva para cada paciente explicándole las necesidades, beneficios y riesgos, de acuerdo a las necesidades del tratamiento quirúrgico de extracciones múltiples, para no atentar contra la salud del paciente, ir en contra de su voluntad o desconocimiento de los riesgos y cuidados del procedimiento. Las necesidades más comunes son (colocación de prótesis, mejorar el estilo de vida, disminución de riesgos futuros) y los beneficios que lleva (mejor pronóstico en procedimientos futuros, ayuda en su salud bucal y sistémica).

CONCLUSIONES

Primer caso: Paciente Aparentemente Sano.

El paciente fue cooperador antes, durante y después del tratamiento, el procedimiento redujo tiempo y costos.

Actualmente cuenta con sus Protésis, tiene un mejor estilo de vida, diciéndome el paciente “me subió el animo y medio un nuevo tipo de vida, por qué ahora puedo disfrutar de lo que antes no podía”.

Segundo caso: Paciente hipertenso, diabético y cardiópata.

El paciente fue cooperador antes, durante y después del tratamiento, siempre tuvo dudas sobre su pronóstico y se le tenía que explicar constantemente los efectos del tratamiento en su vida diaria, ya que me comentaba “mi familia no está muy de acuerdo, que era algo innecesario para su edad, que solo gastaría el poco dinero que tenía”, por lo tal se le informo que el procedimiento bajaría tiempos y costos.

Actualmente cuenta con sus prótesis, tiene un mejor estilo de vida, diciéndome el paciente “estoy mejor ahora, ya que mi familia no sabia de mis necesidades personales”.

Tercer caso: Paciente Cardiópata con Infartos.

El paciente fue convencido para el procedimiento ya que contaba con muchos miedos por sus antecedentes patológicos, durante el tratamiento nos ganamos su confianza y posterior a él no mostraba señales de miedo, el procedimiento redujo tiempo y costos.

Actualmente cuenta con sus prótesis, tiene un mejor estilo de vida, diciéndome el paciente “que bueno se retiraron mis miedos y qué bueno que usted doctor se intereso en mi caso, por qué sería la fecha que no tuviera mis prótesis y no podría comer bien en las reuniones familiares, ahora no me da pena salir en las fotos y sonreír”.

CONCLUSIONES GENERALES

El procedimiento de Extracciones Múltiples, mejoró de una forma integrar la salud de los pacientes.

Redujeron tiempos (por qué en sus tratamientos tradicionales estaban contemplados para 4 a 5 meses y se realizaron de 15 a 20 días, todos sus tratamientos considerando el quirúrgico; así mismo se les logro dar la referencia a especialidades en Tlatelolco, para sus prótesis).

Redujeron costos (por el ahorro en transporte, realizar un procedimiento bien hecho de acuerdo a sus necesidades, para no realizar dobles gastos).

Mejóro el estado de humor de los pacientes.

Mejóro su estilo de vida.

Mejor pronóstico para sus tratamientos posteriores.

Aumentó la demanda del procedimiento (por qué a los pacientes que se les realizaba el tratamiento cuando se encontraban en la sala de espera les informaba a otros pacientes de los beneficios que les ha llevado el procedimiento).

También de las necesidades de mejorar el material e instrumental adecuado y necesario.

Las Extracciones Múltiples deben ser un procedimiento básico, por los beneficios del paciente, además de promoverlo en todas las Clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE.

PROPUESTAS

Personal para Realizar el Procedimiento de Extracciones Múltiples

- **Contratar a un Personal de base Especialista:** sería una de las mejores opciones, ya que el personal que estaría realizando el procedimiento ya estaría capacitado, no solo para este procedimiento sino para otras actividades, también necesarias para la población. **Tal sugerencia tendría que ser tomada por la disponibilidad de recursos.**
- **Contratar a un Personal de base General:** al cual se le pediría una capacitación específica en el tema. **Pero tal sugerencia indica costos para la clínica y tendría las mismas actividades que el personal de base.**
- **Capacitación de Pasantes en las Clínicas:** no conllevaría más gastos, la clínica prepararía personal para recursos clínicos, capacitaría recursos humanos y brindaría atención con visión y tendría que llevar los siguientes requisitos:
 - 100% de créditos.
 - Mínimo 1 curso de anestesia y 1 en cirugía bucal o maxilofacial.
 - Un mes y medio de reafirmación de conocimientos, el cual será evaluado por el odontólogo de base.
 - En caso de no llevar todos los requisitos, se realizaría capacitación por los odontólogos de base y los pasantes que ya estuvieron realizando el procedimiento por un periodo de 5 meses.

Periodo de Servicio Social. Ingreso el 1° de Febrero y 1° Agosto.

Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero

Agost.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio

	Inicio servicio social y capacitación.
	Capacitación de anestesia teoría y práctica.
	Capacitación de cirugía bucal o maxilofacial teoría y práctica.
	Capacitación con tutoría del personal médico responsable o pasante con mayor antigüedad, del procedimiento quirúrgico.
	Los pasantes se encontraran capacitados para realizar el proyecto quirúrgico y tendrán la oportunidad de capacitar a los de nuevo ingreso con el mismo método.
	En caso de presentar los cursos externos solicitados deberán ser llevados en un periodo de un mes.
	Para evaluación y reafirmación de conocimientos de los cursos.

Teniendo en cuenta que el periodo de servicio social para la carrera de odontología es de un año.

Área para Realizar el Procedimiento de Extracciones Múltiples.

La Clínica de Medicina Familiar “Guadalupe”, consta de tres consultorios para atención al paciente en el área de odontología, de los cuales dos se encuentran dando consulta por turno y uno no está programado para consulta, donde se podría realizar el procedimiento de Extracciones Múltiples.

Tiempos aproximados en la atención integral del paciente en el área odontológica.

Meses empleados en la atención integral del paciente en el área odontológica.

1	2	3	4	5	6

El odontólogo de base puede atender 18 pacientes al día, la presente tabla está contemplada de acuerdo al porcentaje de citas que lleva un paciente cada mes, el cual es de tres citas por mes y son de 20min, no obstante puede variar de acuerdo a las necesidades del paciente.

	Historia Clínica, odontoxesis, exámenes de laboratorio y gabinete (en caso de que el odontólogo lo requiera).
	Operatoria del primer y segundo cuadrante.
	Operatoria del tercer y cuarto cuadrante.
	Odontoxesis, valoración de acto quirúrgico e inicio de extracciones.
	Extracciones dentales
	Revisión post-extracciones, alta del servicio y referencia a especialidades.

El pasante de odontología puede atender 8 pacientes al día, la presente tabla está contemplada de acuerdo al porcentaje de citas que lleva el propio pasante para los pacientes que requieran el procedimiento de extracciones múltiples cada mes, el cual es de 8 citas por mes y son de 30min, no obstante puede variar de acuerdo a las necesidades del paciente y tiene que cubrir la necesidad de extracciones múltiples.

	Historia Clínica, odontoxesis, técnica de cepillado y uso de hilo dental, exámenes de laboratorio y gabinete (para cada paciente), operatoria del primer y segundo cuadrante.
	Operatoria del tercer y cuarto cuadrante, odontoxesis, técnica de cepillado y uso de hilo dental, valoración de exámenes de de laboratorio y gabinete.
	Procedimiento de extracciones múltiples, revisión postoperatoria, alta al paciente y referencia a especialidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calderón HFJ. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Hallado en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>; Actualizada con las Reformas a los Artículos 71, 72 y 78 publicadas en el DOF el 17 de Agosto del 2011. Consultado el 12 de Septiembre del 2011.
2. Gonzáles RB, Moreno CE, Yunes LMA. Pagina del ISSSTE. Hallado en: <http://www.issste.gob.mx/issste/historiaissste.html>; webmaster@issste.gob.mx. Consultado el 01 Agosto 2011.
3. Calderón HFJ. Ley del Seguro Social. Hallado en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>; Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo del 2011. Consultado el 12 del Septiembre del 2011.
4. Calderón HFJ. Ley General de Salud. Hallado en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>; Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de Agosto del 2011. Consultado el 12 de Septiembre del 2011.
5. Hernández HE. Página del ISSSTE Delegación Norte. Hallado en: http://www.issste.gob.mx/delegaciones/norte/1_antecedentes.html. Consultado el 27 de julio del 2011.
6. Delegación Regional Norte Clínica Guadalupe Programa para Pasantes de Estomatología en el Servicio Social 2010.
7. UNAM. Hallado en: <http://www.personal.unam.mx/dgpe/leylssste.jsp>; usuarios@dgp.unam.mx. Consultado 27 de junio del 2011.
8. Navarro VC, García MF, Ochandiano CS. Cirugía Oral. España. Editorial Arán; 2008, pp 65-90.
9. Cabezón AR, Vaídes SR, Breinbauer KH. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 2010; 70, (3), pp 223-230.
10. Reyes FA. Cirugía y cirujanos. Órgano de difusión científica de la academia mexicana de cirugía fundada en 1933. 2005; 73. (3), pp 159-160.
11. Rouvière H, Delmas A; Anatomía Humana Descriptiva, Topográfica Y Funcional: Tomo 1. España: Masson; 2005, pp 118- 125.
12. Samaniego E, Prada C, Rodríguez PMÁ. Planos quirúrgicos en cabeza y cuello. Publicado en Actas Dermosifiliogr. 2011; 102 (3), pp 74- 162.
13. Prieto RJA. Asociación colombiana De otorrinolaringología Y cirugía de cabeza y cuello Maxilofacial y estética facial (ACORL), 2003, 31 (4), pp 12-15.
14. Gómez CV, Giner DJ, Maniegas LL, Gaité BJJ, Castro BA, Ruiz CJA, Montesdeoca GN. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. España. 2011. 33 (2), pp 19-24.
15. López SML. Revista mexicana de cirugía bucal y maxilofacial es editada por la Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial y el Colegio Mexicano de Cirugía Bucal y Maxilofacial A.C. 2009. 5 (1).

16. Guerrero MV, Torres D, Gutiérrez JL. Revista Medicina Oral, Patología Oral y Medicina Bucal on line. Revista SECIB 2008; 1, pp 29- 46.
17. García GA. Cuerpo abierto, ciencia, enseñanza y coleccionismo andaluces en cuba siglo XIX. Editorial: Concejo superior de investigación científica, Universidad de Sevilla, Diputación de Sevilla. Madrid España. 2010, pp 59-76.
18. Arias J, Aller MA, Fernández ME, Ignacio AJ. Propedéutica Quirúrgica, preoperatoria, operatoria y postoperatoria. España: Tébar. 2004, pp 33-69.
19. Velayos S. Anatomía de Cabeza para Odontólogos. Cuarta Edición; Buenos Aires: Panamericana. 2007, pp 160-283.
20. Sobotta. Editado por Putz R, Pabst R. Atlas de Anatomía Humana Cabeza, Cuello, Miembro Superior; Tomo 1. 22ª Edición. Buenos Aires: Panamericana. 2007, pp 33-117.
21. Gray, Editado por Drake L, Richard, Vogl W, Mitchell WMA. Anatomía para Estudian Madrid, Español: Elsevier Churchill Livingstone. 2007, pp 26-94.
22. Misch E.C. Protésis Dental Sobre Implantes. España: Elsevier Mosby; 2007, pp 196-199.
23. Graskemper JP. A new perspective on dental malpractice: practice enhancement trough risk management. J Am Dent Assoc. 2002; 133:752-7.
24. Cabrer B, Mut A, Villalonga C, Vidal R, Orriols J y Siquier B. Coagulación Intravascular Diseminada. Jano. 1982, pp 1699-1701.
25. B. Harrinton. Primary dental care of patients with haemophilia. Haemophilia 2000, 6 (1): 7-12.
26. D. Schardt-Sacco. Update on coagulopathies. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 90:559-63.
27. Gutiérrez PJL. Protocolos y Guías en la Práctica Clínica en la Cirugía Bucal. Hallado en <http://www.secibonline.com/web/pdf/protocolos.pdf>. Consultado el 12 Septiembre del 2011. España: Secib; 2005, pp 9-16.
28. Caballé MI. Gestión de Laboratorio Clínico. Barcelona España: Elsevier Masson; 2007, pp 71-88.
29. Gonzáles BJM. Técnica y Métodos de Laboratorio Clínico. 2ª Edición; Colonia Insurgentes México: Masson. 2005. Pp10-13.
30. Pharoan W. Radiología Oral Principios e Interpretación. 5ª Edición. España: Elsevier Science; 2002, pp 23-46.
31. William W, Orrison Jr. Neurorradiología. Volumen II. 2001. España: Harcourt; 2001, pp 13-36.
32. Martínez J, Sobresques M. Viñuela F. Neurorradiología Diagnóstico y Tratamiento. México: Masson; 2004; pp 890.
33. Cañellas RA, González RA, Delago JM. Actualizaciones Seram Radiología de Cabeza y Cuello. Madrid: Panamericana; 2009, pp 1-10.
34. Barbieri P. Bioseguridad En Quirófano. Rev Arg. Anest. 1995, 53, (3), pp 147-170.
35. Mendoza PN. Farmacología Médica. Edición UNAM Facultad de Medicina. México: Médica Panamericana; 2008; pp 332-336.

36. Stanley FM. Manual de Anestesia Local. Quinta Edición. Madrid España: Elsevier Mosby; 2006, pp 3-349.
37. Hermida RM, Morales ME, Rodríguez ME, Díaz HMJ, Guevara CJ, Castro MA. Farmacovigilancia intensiva de los anestésicos locales utilizados en Cirugía Bucal. Intensive pharmacosurveillance of local anesthetics used in Oral Surgery, 2007. 13 (1), pp 12- 29.
38. Gurrola MB. Manual de Anestesia Odontológica. México: McGraw-Hill Interamericana. 2001; pp 150.
39. Gaudy JF, Arreto CD. Manual de Anestesia en Odontoestomatología. Segunda Edición. Barcelona España: Masson; 2006, pp 16- 60.
40. Martínez MA. Anestesia Bucal Guía Práctica. Bogota Colombia: Panamericana; 2009, pp 196.
41. Fuller JK. Instrumentación Quirúrgica: teoría, técnica y procedimientos. 4ª Edición Mosso. México: Médica Panamericana; 2008, pp 122-150.
42. Oltra RE, González AC, Sánchez QP. Suturas y Cirugía Menor para Profesionales de Enfermería. 2ª Edición. Madrid: Médica Panamericana; 2007, pp 47-72.
43. Domínguez RM, Galiana MJA, Pérez VFJ. Manual de Cirugía Menor. España: Arán; 2002, pp 31-62.
44. Hupp RJ, Ellis III E, Tucker RM. 5ª Edición. España: Elsevier Mosby; 2010, pp 3-59.
45. Raspall G. Cirugía Oral E Implantología. España: Médica Panamericana. 2006, pp 1-262.
46. Sailer FH, Pajarola GF. Atlas De Cirugía Oral. España: Masson; 2003, 360.
47. Nicot CRF. Complicaciones de la exodoncia en población atendida modulo La Coromoto. Hallado en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2179/1/Complicaciones-de-la-exodoncia.html>. Venezuela; Consultado el 13 de Octubre 2011.
48. Gay EC, Berini AL. Cirugía Bucal. España: Masson; 2003, pp 131.
49. Martínez G, Parnisari L, Tenaglia F. Cirugía Maxilofacial – Exodoncias Múltiples. Hallado en: http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Exodoncias_multiples.html. Fecha de acceso 17 de julio del 2011.
50. Otaño LG, Llanes RM, Delgado CL, Cruz II Y, Gardón DL. Exodoncias dentarias e interferencias oclusales postratamiento ortodóntico. Revista Cubana de Estomatología. 2008, 5 (3-4), pp 17- 26.
51. Cárdenas PE, Cepero FF, Pérez LY, Morales PM, Quintero HY. Cirugía preprotésica en pacientes del área norte del Ciego de Ávila. Hallado en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a7_v13_0107.html. Fecha de acceso 16 de julio del 2011.
52. Buchur R, Gonzales R, Samar ME. Cirugía preprotésica de tejidos duros y blandos. http://www.bachur.com.ar/t_cirurgia.htm. Consultado el 17 de junio del 2011.

53. Llerena GG, Arrascue DM. Tiempo de cirugía efectiva en la extracción de los terceros molares por un cirujano oral y maxilofacial con experiencia. Rev. Estomatol. 2006; 16 (1), pp1-12.
54. Shafer WG, Hine MK, Levy BE. Tratado de Patología Bucal. 1986 México.
55. Olmedo GV, Vallecillo CM, Gálvez MR. Relación de las variables del paciente y de la intervención con el dolor y la inflamación postoperatorios en la Exodoncia de los terceros molares. Medicina Oral 2002. 7 (360), pp 9.
56. Torres L.D, Serrera FM, Romero RM, Infante CP, Gracia CM, Gutiérrez PJ. Alveolitis seca actualización de conceptos. Med oral patol oral cir bucal 2005; 10:77, pp 85.
57. Cawson RA, Odell EW. Cawson Fundamentos de Medicina y Patológica Oral. 8ª Edición. España: Elsevier Churchill Livingstone; 2009, pp 77-132.
58. Ceccotti EL, Sforza R. El Diagnostico en la Clínica Estomatológica. Argentina: Médica Panamericana; 2007, pp 7-18.
59. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Hallado en: <http://www.bioetica.uchile.cl/doc/helsinkrev.htm>, Consultado el 17 Noviembre del 2011.
60. Hernández HG, Moreno GA, Zaragoza GF, Porras CA. Tratado de Medicina Farmacéutica. España: Médica Panamericana; 2010, pp 339 – 348 y 389 – 396.
61. Herrera CJ. Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. España: Elsevier; 2006, pp 191 – 199.
62. Naghi MN. Metodología de la Investigación. 2ª Edición. México: Limusa; 2005, pp 252.
63. Tamayo M. Metodología Formal de la Investigación Científica. 2ª Edición. México: Limusa; 2005, pp 159.
64. Gómez MM. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Córdoba: Brujas; 2006, pp 190.

ANEXO

#1

A cada paciente que se realiza cualquier procedimiento quirúrgico se le da las mismas recomendaciones, con este paquete de trípticos.

Indicaciones Post-operatorias

Indicaciones Post-operatorias

Ahora que su operación ha sido efectuada, seguir las siguientes instrucciones le ayudará a evitar complicaciones y promover su pronta recuperación.

- ✓ Mantenga la gasa mordida con cierta presión por 15 minutos, luego deséchela.
- ✓ No se muerda ni pellizque el labio o mejilla de la zona anestesiada.
- ✓ Mantenga una dieta blanda durante el día de la cirugía.
- ✓ Realice una buena higiene bucal con cepillo suave y evite los enjuagues durante las 24 horas siguientes a la cirugía.
- ✓ Evite fumar al menos durante las 48 horas posteriores a la cirugía.
- ✓ La actividad física debe ser restringida durante las 24 a 48 horas consecutivas a la cirugía.
- ✓ Es normal que se inflame, no se alarme. Para minimizar la inflamación debe aplicar compresas heladas en el sitio de la intervención durante las primeras 24 horas.
- ✓ La inflamación comenzará a disminuir después de 72 horas. Esto se puede favorecer aplicando fomentos húmedo calientes a partir del segundo día de la intervención.
- ✓ Para aliviar el dolor y la inflamación tome los medicamentos prescritos en la forma indicada.
- ✓ Si se le prescribe un antibiótico, deberá tomarlo a la hora y por el tiempo señalado. No suspenda el tratamiento aunque se sienta mejor.
- ✓ En caso de que se presente sangrado, comuníquese al consultorio de inmediato.

CLINICA GUADALUPE

INDICACIONES POS EXTRACCION.

- 1.- APLICAR FRIO EL DIA DE LA EXTRACCION, INTERVENCION.
- 2.- AL DIA SIGUIENTE CALOR.
- 3.-DIETA EL DIA DE LA EXTRACCION LIQUIDA LIBRE DE SEMILLAS.
(GUAYABAS, TUNAS ETC.)
- 4.- AL DIA SIGUIENTE DIETA BLANDA, NO COMER COSAS ENLATADAS, NI CARNE DE PUERCO.
- 5.- EL ASEO ES MUY IMPORTANTE QUE NO LO DEJE DE HACER PERO CON CUIDADO.
- 6.- IMPORTANTISIMO LA TERAPIA MEDICAMENTOSA (A CRITERIO DE SU DENTISTA).

Acude con tu dentista si notas alguno de los siguientes signos al realizar los siete pasos que se muestran en este folleto

- La encía roja, inflamada o sensible.
- Parte de la raíz de los dientes puede estar expuesta, por lo que los dientes aparentan ser más largos.
- La presencia de pus entre los dientes y la encía (cuando se hace presión sobre la encía).
- Mal aliento o mal sabor de boca.
- Dientes permanentes que se pierden o se separan entre ellos.
- Manchas blancas o rojas en la encía.
- La presencia de una bolita o protuberancia.
- Cambios en el ajuste de las dentaduras parciales o prótesis.

La prevención es la clave para conservar tu salud y la de tu familia

Visita al dentista cada seis meses aunque no tengas ninguna molestia.

Esquema básico de prevención en Salud Bucal

- Detección de placa bacteriana
- Instrucción de técnica de cepillado
- Instrucción del uso del hilo dental
- Profilaxis (limpieza dental)
- Revisión de higiene de prótesis dentales
- Pláticas sobre salud bucal
- Revisión de tejidos bucales

www.salud.gob.mx
bucal@salud.gob.mx

teléfonos (55)26-14-64-51 y (55)26-14-64-42

Autoexamen de Salud Bucal

Siete pasos para la detección de lesiones bucales

Gobierno Federal
SALUD

Un nuevo ISSSTE Para servirte mejor

Vivir Mejor

Siete pasos para la detección de lesiones bucales

- 1) Lávate bien las manos y colócate frente a un espejo



- 2) Observa y palpa ambos labios, por dentro y por fuera

- 3) Observa y palpa los dientes y encía por todos sus lados



- 4) Observa y palpa la cara interna de las mejillas



- 5) Observa y palpa todas las caras de la lengua, jala la lengua hacia ambos lados y ve los bordes laterales



- 6) Observa y palpa el piso de la boca (abajo de la lengua)

- 7) Observa y palpa el paladar



¿Por qué se debe usar hilo dental?

- Remueve la placa bacteriana y restos de alimento entre los dientes
- Llega a lugares donde el cepillo no alcanza por el grosor de las cerdas
- Si no se usa el hilo dental se está haciendo únicamente la mitad del trabajo para mantener limpios los dientes y encía.

Técnica de uso del hilo dental (una vez al día)

1) Tomar aproximadamente 30 centímetros de hilo y enredar en los dedos pulgar e índice, dejando una distancia corta entre



2) Coloca el hilo e introdúcelo cuidadosamente haciendo movimientos de arriba hacia abajo tratando de no tocar la encía. Realiza esto entre todos los dientes.



3) Conforme se vaya limpiando, cam bía el tramo del hilo dental.



La prevención es la clave para conservar tu salud y la de tu familia

Visita al dentista cada seis meses aunque no tengas ninguna molestia.

Esquema básico de prevención en Salud Bucal

- Detección de placa bacteriana
- Instrucción de técnica de cepillado
- Instrucción del uso del hilo dental
- Profilaxis (limpieza dental)
- Revisión de higiene de prótesis dentales
- Pláticas sobre salud bucal
- Revisión de tejidos bucales

www.salud.gob.mx
bucal@salud.gob.mx



teléfonos (55)26-14-64-51 y
(55)26-14-64-42



GOBIERNO FEDERAL

SALUD

Salud Bucal para todas las edades

Cuida tus dientes, son para toda la vida



Un nuevo



ISSSTE
Para servirte mejor



Vivir Mejor

¿Por qué es importante cuidarse la boca?

El cuidado de la boca es una parte importante de nuestra salud general; aunque la placa bacteriana es la principal causa de la caries y la enfermedad periodontal (enfermedad de la encía), existen otros factores que pueden afectar la salud de nuestra boca como la Diabetes, las enfermedades inmunológicas, el embarazo, la pubertad, el fumar o el consumo de drogas, etc.

Aprende como cuidar la salud de la encía y los dientes

- Cepilla tus dientes y encías por lo menos dos veces al día.
- Usa hilo dental una vez al día.
- Dile a tu dentista si padeces alguna enfermedad crónica.
- Acude al dentista cada seis meses para una revisión de boca.
- Acude a tu dentista si notas algún cambio en tu boca como manchas blancas en la encía, lengua o paladar.

¿Qué es la placa bacteriana?

La placa bacteriana es una película transparente formada por diferentes microorganismos que constantemente se van adhiriendo sobre los dientes, encía y lengua.

Detección de la placa bacteriana

La placa bacteriana es invisible pero se puede detectar utilizando pastillas reveladoras o colorante vegetal como betabel, moras u azul añil. Esta tinción se puede eliminar mediante el barrido de la placa bacteriana con cepillo o hilo dental.



Utilizar pastillas reveladoras

Las zonas que tienen más color



indican una mayor acumulación de placa



bacteriana.

La tinción solamente la podemos eliminar con cepillo e hilo dental

Algunos cuidados para conservar la salud bucal:

Cepillado dental

Existen muchas técnicas de cepillado, pregunta a tu dentista la técnica que debes usar.

Una técnica que puedes usar es:

- Iniciar con el cepillo sobre la encía y el diente, comenzando siempre del mismo lado izquierdo o derecho, para seguir un orden y no olvidar cepillar ningún diente.
- Cepillar los dientes superiores hacia abajo por fuera y por dentro
- Cepillar los dientes inferiores hacia arriba por fuera y por dentro
- Cepillar los molares y premolares en las superficies masticatorias con movimientos circulares.

También se puede cepillar la lengua suavemente de atrás hacia adelante para remover gérmenes y refrescar tu aliento.

Usa cepillo con cerdas suaves y puntas redondeadas de tamaño adecuado para no lastimar la encía.

Cuando las cerdas del cepillo estén gastadas o dobladas es hora de cambiarlo.

¿Porqué se debe usar hilo dental?

- Remueve la placa bacteriana y restos de alimento entre los dientes.
- Llega a lugares donde el cepillo no alcanza por el grosor de las cerdas.
- Si no se usa el hilo dental, se está haciendo únicamente la mitad del trabajo para mantener limpios los dientes y encía.

Técnica de uso del hilo dental (una vez al día)

- 1) Tomar aproximadamente 30 centímetros de hilo y enredar en los dedos pulgar e índice, dejando una distancia corta entre ellos.
- 2) Coloca el hilo e introdúcelo cuidadosamente, haciendo movimientos de arriba hacia abajo, tratando de no tocar la encía. Realiza esto entre todos los dientes.
- 3) Conforme se vaya limpiando, cambia el tramo de hilo dental.

La prevención es la clave para conservar tu salud y la de tu familia

Acude a visitar al dentista cada seis meses aunque no tengas ninguna molestia.

Esquema básico de prevención en Salud Bucal

- Detección de placa bacteriana.
- Instrucción de técnica de cepillado.
- Instrucción del uso de hilo dental.
- Profilaxis (limpieza dental).
- Revisión de higiene de prótesis dentales.
- Pláticas sobre salud bucal.
- Revisión de tejidos bucales.



teléfonos: (55) 2614 6451 y (55) 2614 6442

www.issste.gob.mx

La Salud Bucal en las personas con Diabetes

Las personas con Diabetes tienen mayor riesgo de enfermarse de la encía y de los dientes



¿Por qué es importante cuidarse la boca?

¿Qué es la placa bacteriana?

Algunos cuidados para conservar la Salud Bucal:

A causa de niveles altos de glucosa, las personas con diabetes incrementan las posibilidades de tener enfermedad en la encía.

Aprende cómo cuidar la salud de la encía y los dientes

- Cepilla tus dientes y encías por lo menos dos veces al día.
- Usa hilo dental una vez al día.
- Dile a tu dentista que tienes diabetes así como si has tenido problema para mantener tus niveles de azúcar bajo control.
- La mejor hora para acudir con tu dentista es después de comer, cuando tu nivel de azúcar en sangre está en un rango normal.
- Si te administras insulina, es mejor la visita por la mañana, después del desayuno.
- Acude a tu dentista si notas algún cambio en tu boca como manchas blancas en la encía, lengua o paladar.

La placa bacteriana es un película transparente formada por diferentes microorganismos que constantemente se van adhiriendo sobre los dientes, encía y lengua.

Detección de la placa bacteriana

La placa bacteriana es invisible pero se puede detectar utilizando pastillas reveladoras o colorante vegetal como betabel, moras u azul añil. Esta tinción se puede eliminar mediante el barrido de la placa bacteriana con cepillo o hilo dental.



Utilizar pastillas reveladoras

Las zonas que tienen más color indican una mayor acumulación de placa bacteriana.





La tinción solamente la podemos eliminar con cepillo e hilo dental

Cepillado dental

Existen muchas técnicas de cepillado. Pregunte a su dentista la técnica que debe usar.

Una técnica que debe usar es:

- Iniciar colocando el cepillo sobre la encía y el diente, comience siempre del mismo lado para seguir un orden y no olvide cepillar ningún diente.
- Cepillar los dientes superiores hacia abajo, por fuera y por dentro.
- Cepillar los dientes inferiores hacia arriba, por fuera y por dentro.
- Cepillar los molares y premolares en las superficies masticatorias con movimientos circulares.
- También se debe cepillar la lengua suavemente de atrás hacia delante para remover gérmenes y refrescar el aliento.

Use un cepillo con cerdas suaves y puntas redondeadas, de tamaño adecuado para no lastimar la encía.

Cuando las cerdas del cepillo estén gastadas o dobladas, es hora de cambiarlo.

Punta redondeadas
Cepillo adecuado



¡¡¡Es hora de cambiarlo!!!



Si usa alguna prótesis (dentadura)
¿Cómo la debe limpiar?

- Limpiar las prótesis dentales con un cepillo después de cada comida para remover los restos de alimento.
- Por la noche lavar las prótesis
- Antes de dormir retirar las prótesis de la boca, cepillarlas y colocarlas durante la noche en un vaso con agua limpia



Prótesis total



Prótesis parcial



Recuerde...
Para prevenir caries y enfermedades de la encía acuda al dentista para que le aplique el esquema básico de prevención en Salud Bucal.

Esquema básico de prevención en Salud Bucal

- Detección de placa bacteriana.
- Instrucción de técnica de cepillado.
- Instrucción del uso de hilo dental.
- Profilaxis (limpieza dental).
- Revisión de higiene de prótesis dentales.
- Pláticas sobre salud bucal.
- Revisión de tejidos bucales.



teléfonos: (55) 2614 6451 y (55) 2614 6442

www.issste.gob.mx

La Salud Bucal de los Adultos Mayores



La prevención es la clave para conservar su salud y la de su familia

Un nuevo **ISSSTE** Para servirte mejor

Vivir Mejor



¿Cómo distinguir cuando la encía está enferma?

- La encía está roja hinchada o inflamada.
- La encía sangra durante el cepillado, con el uso del hilo dental o sin motivo aparente.
- Los dientes parecen estar más largos porque la encía se ha separado de ellos.
- Los dientes permanentes se pierden o se separan entre sí.
- Existe pus entre dientes y encía.
- Halitosis o mal sabor de boca.
- Cambios en el ajuste de las dentaduras o prótesis dentales.

Si tiene alguno de estos síntomas acuda al dentista lo antes posible.

La Salud Bucal es parte integral de la salud general, por lo tanto significa mucho más que dientes sanos.

Algunos cuidados para conservar la Salud Bucal:

Cepillado dental

Existen muchas técnicas de cepillado. Pregunte a su dentista la técnica que debe usar.

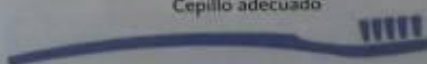
Una técnica que debe usar es:

- Iniciar colocando el cepillo sobre la encía y el diente.
- Comience siempre del mismo lado para seguir un orden y no olvide cepillar ningún diente.
- Cepillar los dientes superiores hacia abajo, por fuera y por dentro.
- Cepillar los dientes inferiores hacia arriba, por fuera y por dentro.
- Cepillar los molares y premolares en las superficies masticatorias con movimientos circulares.
- También se debe cepillar la lengua suavemente de atrás hacia delante para remover gérmenes y refrescar el aliento.

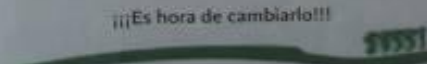
Use un cepillo con cerdas suaves y puntas redondeadas, de tamaño adecuado para no lastimar la encía.

Cuando las cerdas del cepillo estén gastadas o dobladas, es hora de cambiarlo.

Puntas redondeadas
Cepillo adecuado






¡¡¡Es hora de cambiarlo!!!



¿Por qué debe usar hilo dental?

- Remueve la placa bacteriana y restos de alimento entre los dientes.
- Llega a lugares donde el cepillo no alcanza.
- Si no se usa el hilo dental, únicamente hace la mitad del trabajo en la limpieza de dientes y encías.

Técnica de uso del hilo dental (Realizar una vez al día)

- 1) Tomar aproximadamente 30 centímetros de hilo y enredar en los dedos pulgar e índice; deje una distancia corta entre ellos.
 
- 2) Colocar el hilo entre los dientes, introduciendo movimientos de arriba hacia abajo; trate de no tocar la encía. Realice esto entre todos los dientes.
 
- 3) Conforme se vaya limpiando, cambie el tramo de hilo dental.
 

Si se tiene Artritis en las manos y dificultad para mover los dedos o si tiene prótesis fija en la boca, se puede auxiliar de un portahilo. Pregunte a su dentista como facilitar el uso de hilo dental.