



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA

CLAVE DE INCORPORACION: 8901-22

***“DESCRIPCIÓN DE LA FASE DE ACONDICIONAMIENTO
PRE-PROTÉSICO Y SU VALOR EN EL ÉXITO DE LA
REHABILITACIÓN BUCAL”***

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ROCIO CARBAJAL QUINTANA

ASESOR DE TESIS

C.D. ROCÍO JUÁREZ DÍAZ

Xalatlaco, Estado de México
febrero 2019



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.

AGRADECIMIENTO

La vida pone en el camino de cada ser humano, obstáculos, metas a cumplir, sueños que alcanzar, así como situaciones y condiciones que forman el carácter de cada uno de nosotros, sin embargo, también pone a nuestro alrededor personas que convierten el andar en un viaje lleno de alegrías y recuerdos incomparables, y que, personalmente durante toda mi vida se volvieron pilares importantes que me han convertido en lo que soy actualmente y que me han hecho crecer como profesional, como hija, hermana y por supuesto como ser humano, ellos son a quienes agradezco estar llegando a esta etapa de mi desarrollo.

Antes que nada, agradezco a dios haberme dado la oportunidad de concluir este proyecto de vida, con fortaleza, sabiduría y salud para mí y los que amo mi familia, Virginio Carbajal, mi papa con sus exigencias pero también con su apoyo incondicional en cada uno de los propósitos que me he planteado, Adriana Quintana, mi mama que siempre velo por mí, y lo sigue haciendo apoyando cada paso y asegurándose que no lo diera sola, mis hermanos Jesús, Ariagna y Adriana Carbajal, para quienes siempre he querido ser no solo una hermana y amiga sino también un gran ejemplo a seguir y la muestra fiel de que no hay imposibles en esta vida, mis sobrinos que ahora son una luz más en mi vida y Omar Martínez, mi pareja que ha estado conmigo no solo en los momentos de dicha, también ha sido participe de mi crecimiento profesional y ha estado ahí para decirme lo grande que soy y lo grande que puedo llegar a ser.

Cada uno de mis profesores de quienes tengo y tendré para toda mi vida una huella marcada en el corazón, gracias por todos los conocimientos impartidos en mí, especialmente a la doctora roció Juárez Díaz que fue no solo mi asesora de tesis, también se convirtió en una gran amiga.

GRACIAS

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia que día y noche han estado conmigo, que han creído en mí por encima de cualquier pronóstico, a ellos siempre estarán dedicados mis triunfos, a las personas más importantes en mi vida mis padres, mis hermanos y mi pareja, los amo, el producto del esfuerzo y el resultado de años de trabajo incansable se hace presente, para ustedes y por ustedes.

PRESENTACIÓN

Durante la preparación que he tenido como profesional odontológico he aprendido que no siempre la mejor opción que se ofrece al paciente será la que este elija sin embargo es nuestra obligación como profesionales de la salud hacerle saber al paciente, quien, dicho sea de paso, pone su salud buco dental en nuestras manos, cuales son las alternativas de tratamiento haciendo hincapié en cuál de ellas será la más favorable para cumplir con sus expectativas.

La mejor manera de cumplir con lo enunciado es y siempre será una correcta valoración, de cada órgano dentario, estructuras adyacentes, tejidos de soporte y por supuesto condiciones sistémicas del paciente.

El presente trabajo de investigación tiene como principal meta describir cada aspecto que se debería contemplar antes de la rehabilitación protésica cuales deberán ser los tratamientos a realizar para construir el ambiente ideal en la boca del paciente y cuáles serán las condiciones importantes para atender antes de la confección de una prótesis dental.

Desde luego que existen situaciones que podrán complicar con el cumplimiento estricto de esta secuencia de tratamiento sin embargo se mencionará la manera ideal de realizarlo, el resto deberá ser completado a criterio de cada odontólogo y teniendo en cuenta también otras circunstancias como las condiciones económicas y la cooperación de cada paciente.

PRÓLOGO

La realización de prótesis parcial fija y removibles es hoy en día una situación de controversia debido a que de manera general los odontólogos la practican de manera aislada, y sin pensar en las repercusiones que esto podría tener a largo plazo.

Para los odontólogos es importante contar con instrumentos guía específicos para los tipos de prácticas que llevaran en el entorno que se le presentara, y planificar un tratamiento integral que devuelva de manera general la salud a su boca es realmente necesario.

Trabajar en conjunto con especialistas, instituciones y colegas que faciliten la realización de ciertos tratamientos creara el entorno homeostático perfecto para el éxito del tratamiento.

La armonía de este conjunto constituye un importante parámetro para el éxito de la prótesis final. Y por consiguiente para disminuir las posibilidades de fracaso de nuestros tratamientos.

Esto tiene en la actualidad una repercusión social y económica que impactara directamente en la vida de nuestros pacientes, siempre que se dé la oportunidad de colaborar para lograr el mejor de los resultados.

C.D. Teresa Salazar Romero
Cédula Profesional 1883152

ÍNDICE GENERAL

	PAG.
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	V
PRESENTACIÓN	VII
PRÓLOGO	IX
ÍNDICE GENERAL	X
ÍNDICE DE IMÁGENES	XII
ÍNDICE DE TABLAS	XIII
CAPÍTULO I.	
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 GENERALIDADES	4
1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	9
CAPÍTULO II	
2. VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE	13
2.1 LLENADO DE HISTORIA CLÍNICA	16
2.2 VALORACIÓN PERIODONTAL	18
2.3 LLENADO DE ODONTOGRAMA	26
CAPÍTULO III	
3. REHABILITACIÓN PROTÉSICA	35
3.1 CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	37
3.2 PRÓTESIS FIJA	30
3.2.1 INDICACIONES PARA PRÓTESIS FIJA	41
3.3 PRÓTESIS REMOVIBLE	48
3.3.1 INDICACIONES PARA PRÓTESIS REMOVIBLE	49
3.4 REHABILITACIÓN BUCAL INTEGRAL	54

CAPÍTULO IV	59
4. ACONDICIONAMIENTO PRE PROTÉSICO	
4.1 ORDEN DE IMPORTANCIA EN REHABILITACIÓN BUCAL INTEGRAL	61
4.2 TRATAMIENTO PERIODONTAL	63
4.3 OPERATORIA DENTAL	69
4.4 EXODONCIA	75
4.5 PACIENTES SISTÉMICAMENTE COMPROMETIDOS	80
4.6 CANALIZACIÓN CON ESPECIALISTAS	84
CAPÍTULO V	88
5. COMUNICACIÓN ODONTÓLOGO PACIENTE	
5.1 PLAN DE TRATAMIENTO	90
5.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	93
CAPÍTULO VI	97
6. POST OPERATORIO	
6.1 REVALORACIÓN	98
6.2 ALTA	100
DISCUSIÓN	102
CONCLUSIONES	105
ANEXOS	107
BIBLIOGRAFÍA	113

ÍNDICE DE IMÁGENES

	Pag.
Imagen 1: musculo de los labios	17
Imagen 2: lengua	18
Imagen 3: mandíbula y maxilar con sus respectivos órganos dentarios	18
Imagen 4: músculos de la masticación	19
Imagen 5: articulación temporo mandibular	19
Imagen 6: Primera prótesis dentaria etrusca	21
Imagen 7: incrustaciones de jade cultura maya	22
Imagen 8: dientes fijados mediante alambre de oro	22
Imagen 9: encía	31
Imagen 10: diente y su estructura de soporte periodontal	33
Imagen 11: sonda periodontal	34
Imagen 12: cuadro para registro de evaluación periodontal	35
Imagen 13: odontograma	37
Imagen 14: clasificación de Kennedy	50
Imagen 15: técnica de evaluación de ATM	53
Imagen 16: vista anterior de la articulación temporomandibular	54
Imagen 17: partes de una prótesis fija	55
Imagen 18: ley de Ante representada	56
Imagen 19: partes de una prótesis parcial removible	62

Imagen 20: oclusión	67
Imagen 21: destrucción de hueso por enfermedad periodontal	74
Imagen 22: cicatrización del periodonto, tejidos recuperados	78
Imagen 23: lesión por caries en premolar superior	82
Imagen 24: utilización de pieza de alta velocidad en molar inferior	83
Imagen 25: características de la cavidad de una resina	84
Imagen 26: características de una cavidad para amalgama	85
Imagen 27 demostración de los movimientos con el fórceps	88
Imagen 28: gasa estéril sujeta con el antagonista	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: simbología de odontograma	38
------------------------------------	----

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCION

Para comenzar hablemos de la odontología en general la cual es una de las ciencias de la salud que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático, el cual incluye además de los dientes, las encías, el tejido periodontal, el maxilar superior, el maxilar inferior y la articulación temporomandibular. Las principales enfermedades de las que se ocupa la odontología son la caries dental, la mal oclusión y la enfermedad periodontal.

Partiendo de aquí podemos identificar que el área de la salud a la que nos dedicamos no se refiere exclusivamente a dientes y por ello nuestros estudios deben ir más allá para poder obtener no solo un diagnóstico integral de cada paciente sino también una idea del plan de tratamiento adecuado para cada uno de ellos.

Debemos contemplar todas y cada una de las posibles condiciones que pondrán nuestros tratamientos en problemas, por ejemplo, hablemos de la caries. Sabemos de antemano que la caries es una enfermedad infecciosa multifactorial, es decir, se origina por diversas condiciones en cada paciente por ende el tratamiento no deberá ser igual para atenderla, pensemos en un paciente cuyos hábitos de higiene no son los indicados, no podríamos considerar a colocación de resinas solo para tratar de ofrecerle mayor estética al paciente y quizás también para elevar un poco el costo el tratamiento, en este caso debemos pensar en alternativas de tratamiento que si bien requerirán la cooperación del paciente no se verán afectadas en su totalidad por sus hábitos y costumbres por ejemplo una amalgama o quizás una incrustación metálica.

Lo mismo ocurre con cualquier tratamiento dental que se realiza primero debemos analizar todos los aspectos que envuelven la condición del paciente y entonces tomamos la mejor decisión para el mismo con una previa explicación de por qué de nuestra decisión.

Y bien, en medida de lo posible es necesario que el odontólogo conozca por lo menos de manera general todas las áreas referentes a la odontología, también algunos términos que le permitan no confundirse durante el tratamiento.

1.1 GENERALIDADES

El parte aguas más importante de la rehabilitación odontológica se basa en devolver la funcionalidad del sistema estomatognático y las condiciones de estética, por ello es crucial conocer lo que engloba este sistema propio del ser humano.

El sistema estomatognático es la combinación de todas aquellas estructuras, sistema nervioso, y órganos que tienen una participación activa en el habla, masticación y deglución, su ubicación está en la región cráneo-facial.

Las funciones de este sistema son muchas y totalmente variadas, básicamente se podrían dividir en dos, las primarias y las secundarias.

- Dentro de las funciones primarias encontramos todo lo que tiene que ver con masticar, salivar, deglutir y fono articular.
- Las funciones secundarias del sistema estomatognático son por un lado la respiración, y por otro todo aquello que tiene que ver con la postura y el gesto.

Partes del sistema estomatognático

El sistema estomatognático se convierte en una unidad formada por distintos elementos del organismo que trabajan de forma conjunta y coordinada, estas son los principales componentes de dicho sistema:

- Los labios sirven para sellar la boca y son el primero de los elementos que conforman el sistema estomatognático. Sus funciones abarcan desde la manipulación de los alimentos mientras comemos, durante la lactancia y son indispensables para la articulación de palabras, están formadas por un simple pero hábil músculo recubierto de piel y de textura mucosa por dentro.

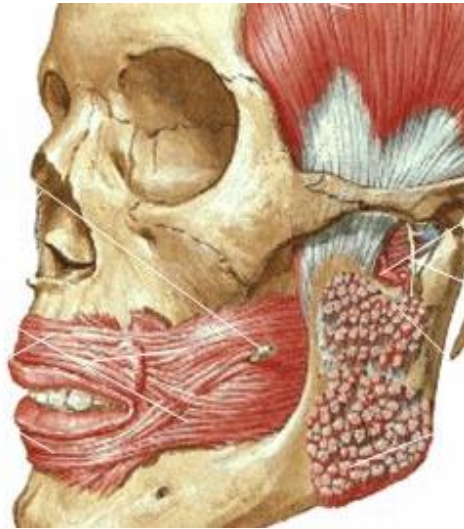


Imagen 1: musculo de los labios

Fuente: Atlas de anatomía humana (NETTER, 2000)

- La lengua, es un órgano ubicado en el interior de la cavidad bucal, es donde están situadas las glándulas gustativas y tiene glándulas salivales, lo que la convierte en esencial para las funciones de hidratación bucal, despedazamiento de alimentos, deglución, gusto y para el lenguaje.

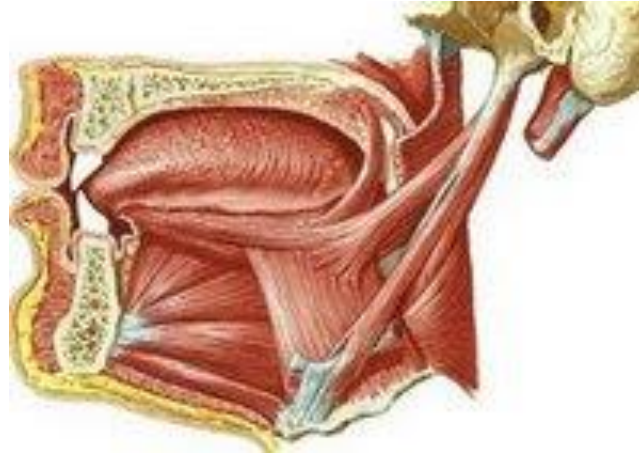


Imagen 2: lengua

Fuente: Atlas de anatomía humana (NETTER, 2000)

- Los dientes son estructuras de tejido mineralizado que comienzan a desarrollarse desde la vida embrionaria, e inician su erupción en los primeros seis meses de vida, los cuales ayudan al proceso de la masticación de los alimentos para una buena digestión.

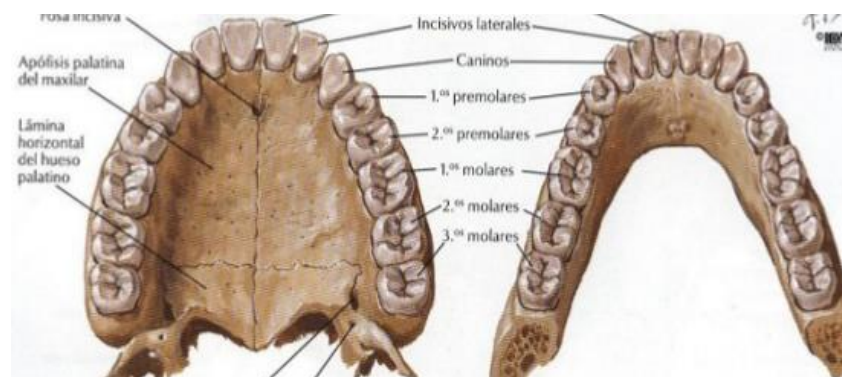


Imagen 3: mandíbula y maxilar con sus respectivos órganos dentarios

Fuente: Atlas de anatomía humana (NETTER, 2000)

- Los músculos masticatorios intervienen en los procesos de deglución, pero también tienen parte activa en los movimientos de expresión facial.

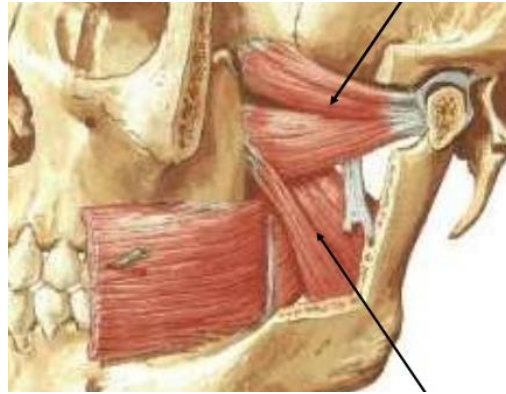


Imagen 4: músculos de la masticación

Fuente: Atlas de anatomía humana (NETTER, 2000)

- Articulaciones temporomandibulares y dentro-alveolar.

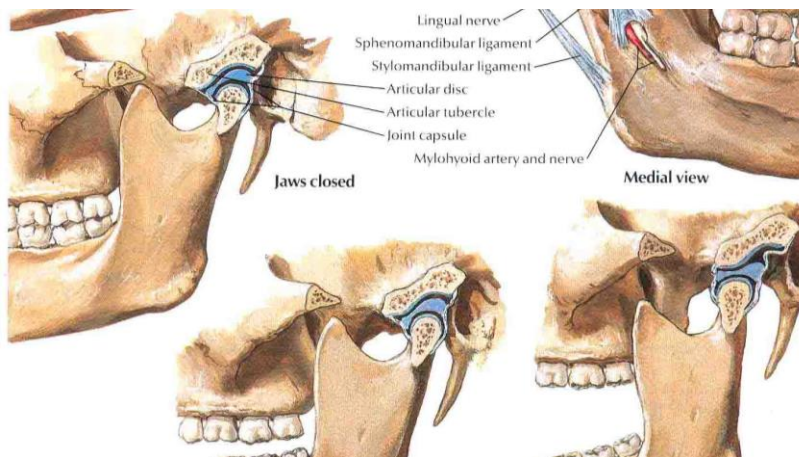


Imagen 5: articulación temporo mandibular

Fuente: Atlas de anatomía humana (NETTER, 2000)

Como podemos darnos cuenta la odontología engloba aspectos que van mucho más allá de solo dientes y mucosas contempla estructuras sumamente importantes que se deben considerar para realizar una adecuada rehabilitación cada una de estas estructuras desarrolla funciones específicas antes vistas, funciones cuyo trabajo conjunto logaran la armonía de todo el sistema estomatognatico, así como del homeostasis en general.

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los seres humanos han sufrido problemas dentales desde sus inicios y cada cultura que ha existido a lo largo de la historia logro encontrar soluciones a los mismos utilizando lo poco o mucho que tenían a la mano.

Siglo VI a. C.

Se creó la primera prótesis dentaria etrusca constituida por un banda de oro a la cual se incrustaron dientes de animales para reemplazar las piezas faltantes (ROJAS, 2006).



Imagen 6: Primera prótesis dentaria etrusca

Fuente: historia de la prótesis fija (ROJAS, 2006)

Se encontró la primera incrustación maya hecha de jade y turquesas con propósitos estéticos.



Imagen 7: incrustaciones de jade cultura maya

Fuente: historia de la prótesis fija (ROJAS, 2006)

2720-2560 a. C.

Se empleaban prótesis fabricadas con alambre de oro para fijar dientes móviles.



Imagen 8: dientes fijados mediante alambre de oro

Fuente: historia de la prótesis fija (ROJAS, 2006)

1580-1085 a.C.

No practicaban exodoncia ni operatoria dental.

35ª. C.

Horacio hace referencia a las prótesis romanas (ROJAS, 2006).

1707

Dionis describe sobre la encía y los dientes dándole importancia a los tejidos de soporte (ROJAS, 2006).

1805

J. B. Gaito de Francia introdujo el primer articulador (ROJAS, 2006).

1840

Se funda la primera escuela de odontología en la cual se comienza con la idea de realizar rehabilitaciones bucales integrales (ROJAS, 2006).

1866

Se diseña en Inglaterra un articulador que reprodujo los movimientos de la mandíbula (ROJAS, 2006).

Desde siempre se ha visto la necesidad de restaurar piezas dentales y de reemplazar las que han sido perdidas sin embargo como podemos ver mientras avanzaba el tiempo y las épocas transcurrían se le comenzó a dar más y más importancia no solo a los dientes de manera aislada si no a todas las estructuras que tenemos en la cavidad oral para hoy tomarlas en cuenta y ofrecerles la misma importancia que al resto del proceso de rehabilitación protésica.

CAPÍTULO II

VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

2. VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

Para poder tomar la decisión del tipo de tratamiento idóneo para cada paciente primero debemos realizar un diagnóstico completo que incluya la historia clínica y la valoración del paciente y así integrar todo esto en el expediente clínico que será el punto de partida para la rehabilitación protésica.

Para conseguir lo anterior es importante contar con un expediente clínico completo que incluya todos los estudios y valoraciones realizadas en el paciente desde la historia clínica hasta estudios de laboratorio en caso de ser necesarios pasando, desde luego, por estudios complementarios como fotografías modelos de estudio radiografías etc.

El expediente clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias. (SEGOB S. , 1998).

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo (SEGOB S. , 2012).

Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

EL expediente clínico de cada paciente deberá contar con:

- Historia Clínica.
- Exploración física. - Deberá tener como mínimo: hábitos exteriores, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales;
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
- Terapéutica empleada y resultados obtenidos
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Nota de evolución.
- Signos vitales
- Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Diagnósticos
- Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
- En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.
- Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario (SEGOB S. , 2012).

2.1 LLENADO DE HISTORIA CLÍNICA

Historia Clínica.

Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

- Interrogatorio. - Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas (SEGOB S. , 2012)

En el caso de las historias y los expedientes clínicos que se integrarán en el área odontológica además de los datos ya mencionados referentes a la historia clínica, LA Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995 indica que también tomaremos en cuenta lo siguiente:

- Padecimiento actual
- Odontograma,
- Diagnóstico y tratamiento
- Informes de estudios de gabinete y laboratorio en caso de que se requiera
- Nivel socio-económico
- Accesibilidad a los servicios de salud
- Hábitos de higiene
- Hábitos bucales
- Características de la alimentación

Uno de los aspectos que se evalúan de manera inicial y que suele ser la causa más común por la que una persona acude a consulta dental es la caries dental para el diagnóstico de la caries se considera que:

- se deben de utilizar métodos de examen visual con el apoyo de explorador clínico.
- Complementariamente y cuando sea necesario se deben realizar estudios radiográficos para determinar la profundidad de las lesiones o la presencia de caries dental en espacios interproximales (SEGOB, 1995).

La literatura reporta dentro de las principales causas de pérdida dentaria la caries, la enfermedad periodontal, el trauma y la iatrogenia. Desencadenando la sobrecarga en los dientes remanentes, alteraciones del plano oclusal, pérdida del reborde alveolar y la pérdida de otros dientes que finalmente puede llevar al edentulismo parcial y total.

Durante la atención que se dé al paciente de manera progresiva también es importante tener un control acerca de la evolución, complicaciones o cambios de dirección en el tratamiento y para tal acto se deberán realizar notas de evolución las cuales contienen cada tratamiento que se lleve a cabo.

Las notas médicas y reportes que se realizarán tras cada consulta con el paciente deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente, así como las indicaciones que se lleven a cabo en cada cita aunado al tratamiento realizado y a la evolución que pudiera estar presentando el paciente.

En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a CONAMED, para arbitraje médico (SEGOB S. , 1998).

2.2 VALORACIÓN PERIODONTAL

Una evaluación periodontal completa implica un examen detallado del paciente. Debe llevarse a cabo utilizando varios métodos. Estos exámenes deben realizarse en todos los pacientes en cada evaluación.

La periodontitis, también conocida como la inflamación alrededor del diente, es una infección de las encías grave que daña el tejido blando y el hueso que soporta el diente, el hueso alveolar se afloja lenta y progresivamente y se acaba perdiendo.

De manera normal y bajo condiciones de salud la encía insertada y marginal debe ser color rosa coral, la mucosa alveolar debe ser roja uniforme y brillante, el contorno de la encía será variable y dependerá de la morfología de los órganos dentarios y su alineación en el arco dental.

La consistencia firme y resiliente a excepción del borde marginal y la textura similar a cascara de naranja y se le denominada graneada la cual es producto de protuberancias redondeadas seguidas de depresiones en la superficie de la encía (CARRANZA, 2004).

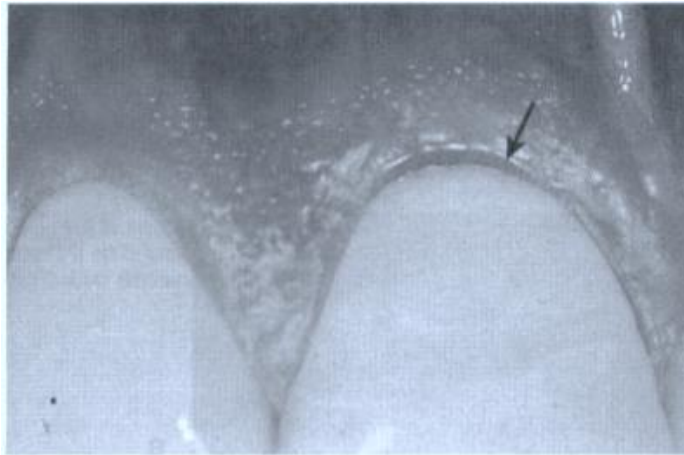


Imagen 9: encía

Fuente periodontología clínica (CARRANZA, 2004)

En cuanto al ligamento periodontal, sabemos que sus principales funciones son de soporte, aunque también sirve como estuche protector de los vasos y nervios, transmite las fuerzas oclusales al hueso, es la unión del diente con el hueso, conserva los tejidos gingivales y tiene una función amortiguadora.

Es importante evaluar periodontalmente los dientes pilares que soportarán la prótesis removible. El examen clínico permitirá registrar el grado de inflamación gingival, la profundidad del surco, la amplitud de la banda de encía insertada, los compromisos de furcación, la movilidad dentaria y el estado de higiene oral del paciente. (GIRALDO).

Para la valoración periodontal primero se realiza el llenado de la historia clínica del cual ya hemos hecho mención anteriormente en este proyecto de investigación.

Sin embargo, la valoración periodontal de un paciente va más allá de solo el llenado de la historia clínica, se deberán evaluar y revisar a fondo aspectos relacionados con todo lo referente a los tejidos de soporte.

- Estudio radiográfico intrabucal

Mínimo de 14 películas intrabucales más 4 de aleta mordible de las zonas posteriores, así como una radiografía panorámica.

- Modelos de estudio

Se realizarán impresiones y sus respectivos modelos de estudio los cuales nos indicarán la ubicación de los márgenes gingivales y la inclinación de los dientes, así como las zonas de impacto masticatorio.

- Fotografía clínica

No son completamente necesarias, pero son de utilidad para el registro de la evolución del paciente.

- Examen bucal

Se deberá contemplar además de la valoración de la presencia de caries también, olores presentes, ganglios linfáticos, desgastes oclusales, relaciones interproximales y movilidad dental la cual podrá ser normal o grados I, II, III.

- Examen del periodonto

Las fichas para registrar los hallazgos periodontales sirven de guía para efectuar un examen minucioso del estado del paciente, así como para tener un seguimiento de la evolución en el tratamiento.

Recordemos que las estructuras que soportan a los órganos dentarios son el hueso alveolar, tejido gingival, ligamento periodontal y cemento y la valoración periodontal se basa en estas estructuras.

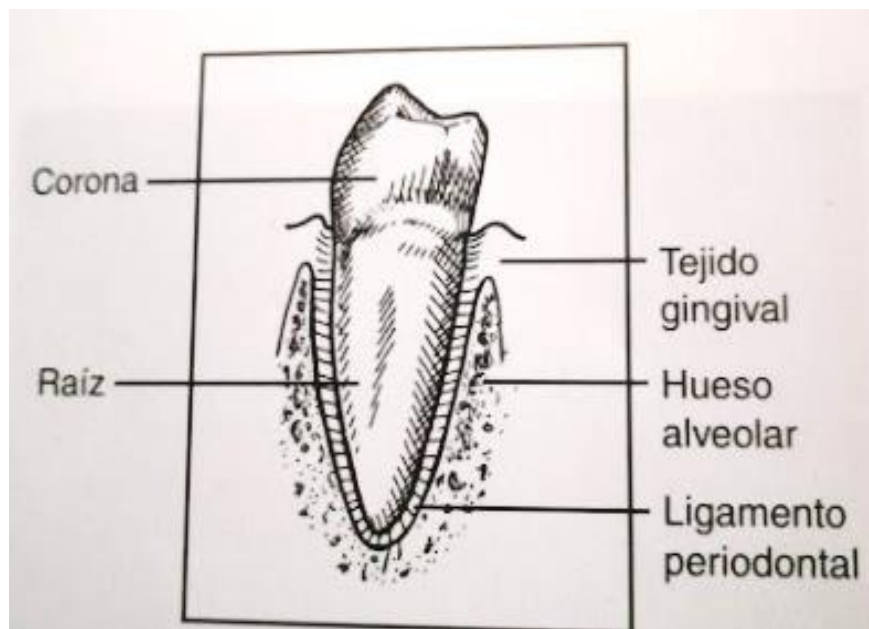


Imagen 10: diente y su estructura de soporte periodontal

Fuente: oclusión y afecciones temporomandibulares (OKESON, 2008)

A grandes rasgos la estructura de un órgano dentario es la siguiente:

Esmalte dental: Es un tejido formado por hidroxapatita y proteínas (en muy baja proporción). Es el tejido más duro del cuerpo humano. En zonas donde el esmalte es más delgado o se ha desgastado, puede ser sumamente sensible. El esmalte es translúcido, insensible al dolor pues en el no existen terminaciones nerviosas.

Dentina: Tejido mineralizado, pero en menor proporción que el esmalte. Es el responsable del color de los dientes. Contiene túbulos en donde se proyectan prolongaciones de los odontoblastos, llamados fibrillas de Thomes, las cuales son las causantes de la sensibilidad. Las propiedades físicas de la dentina son: Color, radio acididad, traslucidez, elasticidad, dureza y permeabilidad (BARRANCOS, 2002).

Los Tejidos periodontales que soportan a los órganos dentarios, son todos aquellos tejidos que rodean al diente. El periodonto es la parte vital del diente, el diente puede estar sin la pulpa, pero nunca sin el periodonto. El periodonto está constituido por la:

- **Encía:** es la parte de la mucosa bucal que rodea el cuello de los dientes y cubre el hueso alveolar.
- **Ligamento periodontal:** es una estructura del tejido conjuntivo que rodea la raíz y la une al hueso alveolar. Entre sus funciones están la inserción del diente al hueso alveolar y la resistencia al impacto de los golpes. También posee propiedades mecano receptoras siendo capaz de transmitir las fuerzas ejercidas sobre el diente a los nervios adyacentes.
- **Cemento dentario:** es la estructura mineralizada que cubre la dentina radicular, compensa el desgaste fisiológico en la erupción pasiva y sobre todo, la inserción a las fibras de la encía y del ligamento periodontal.
- **Hueso alveolar:** es la parte del hueso maxilar y mandíbula donde se alojan los dientes. Se denomina hueso alveolar al hueso de los maxilares y mandíbula que contiene o reviste las cuencas o procesos alveolares, en las que se mantienen las raíces de los dientes. (KARRING, 2009)

La academia americana de periodontología creó un sistema de registro periodontal PSR (periodontal screening and recording) cuya finalidad es identificar a los pacientes que requieren cuidado periodontal (CARRANZA, 2004).

Para la aplicación de PSR se emplea una sonda que posee un extremo esférico de 0.5mm codificada con colores desde 3.5 hasta 5.5

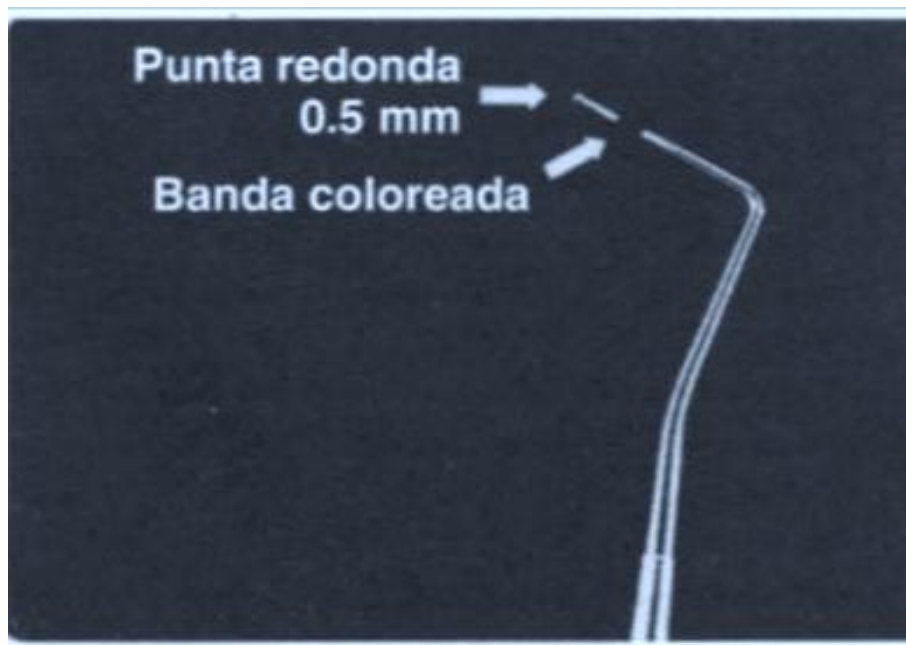


Imagen 11: sonda periodontal

Fuente: periodontología clínica (CARRANZA, 2004)

Se sondea cada diente en seis regiones distintas y el resultado más profundo se anotará según la clave siguiente

Código 0: tejido sano sin cálculo, la sonda permanece visible por completo en el surco más profundo del sextante

Código 1: la banda de color permanece, no hay calculo, pero si hay hemorragia

Código 2: la sonda aun es visible, pero hay presencia de hemorragia y calculo subgingival y supra gingival

Código 3: la banda de color se encuentra sumergida parcialmente, cálculo y hemorragia

Código 4: la banda desaparece por completo en la bolsa

Código *: se coloca al lado del número de los códigos antes mencionados si se encuentran anomalías como lesión de furca, movilidad dental o recesión gingival

Detección y registro periodontales™

Puntos por sextante

--	--	--	--	--	--

Mes Día Año

Imagen 12: cuadro para registro de evaluación periodontal

Fuente: periodontología clínica (CARRANZA, 2004)

El odontólogo debe conocer las manifestaciones de enfermedades sistémicas en el sistema estomatognático, así como del estado nutricional que pudiera estar desencadenando las alteraciones bucales y del periodonto.

Enfermedades como diabetes mellitus tipos I y II se manifiestan de manera bucodental con condiciones como la xerostomía, halitosis, movilidad dentaria y enfermedad periodontal, así como gingivitis.

En estos casos también se deberá hacer un examen sistémico del paciente para determinar la etiología de los problemas periodontales que pudiera presentar y darle un correcto seguimiento al control de sus etiologías, ya que como bien sabemos el tratamiento está dirigido de manera distinta para pacientes cuya etiología es local o sistémica.

Del mismo modo existen medicamentos como la carbamacepina medicamento anti convulsivo, el cual provoca gingivitis generalizada la única manera de mantener de manera relativa la salud es con la higiene bucal constante y adecuada ya que es un medicamento que no se podrá suspender en el paciente.

Como vemos existen muchas condiciones que podrían causar alteraciones al periodonto y por ello se tiene que enfocar la atención englobando todos y cada uno de los aspectos que se encuentren.

2.3 ODONTOGRAMA

Uno de los diagramas que con mayor frecuencia y facilidad se llenan en el consultorio dental es el odontograma el cual forma parte de la historia clínica de cualquier consultorio dental de practica publica o particular.

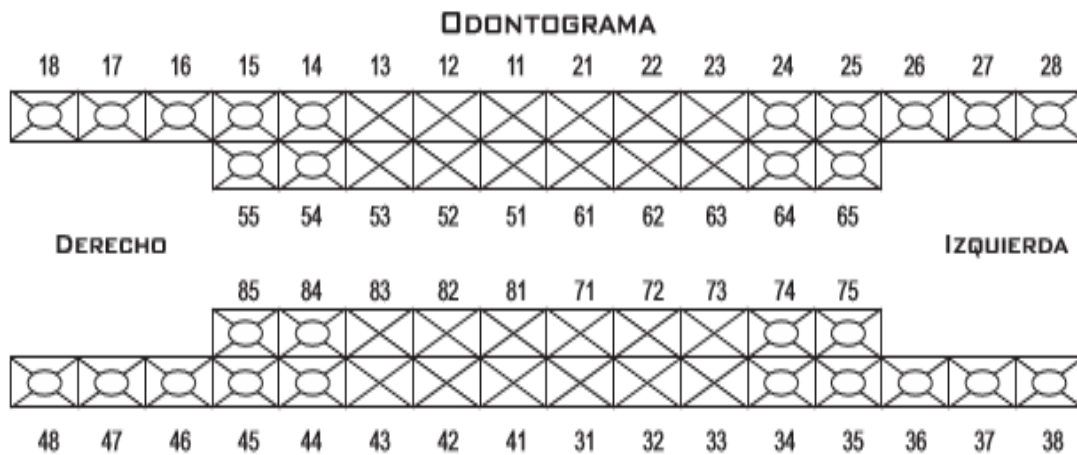


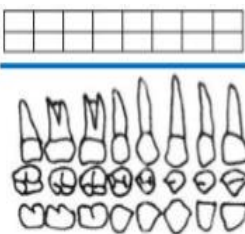


Imagen 13: odontograma

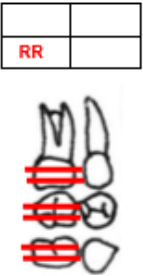



Fuente: historia clínica, UNAM FES Iztacala carrera de CIRUJANO DENTISTA

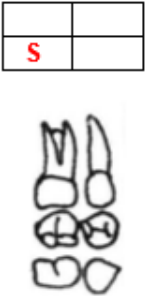




El objetivo del llenado de odontograma en la consulta dental es tener una especie de guía que nos lleve de la mano primero por los hallazgos en el paciente y posteriormente por los tratamientos que se realizaran de manera evolutivo en el mismo y de este modo tener un mejor control de lo que se encontró y los tratamientos que se realizan en el proceso de rehabilitación íntegra del paciente (Espinal, 2010).





Recordemos que este esquema será llenado tanto para niños como para pacientes adultos o incluso en dentición mixta así que observaremos representación de órganos temporales y órganos permanentes.

La manera o técnica de llenar este esquema se puede resumir de la siguiente manera:

HALLAZGO	SIMBOLO	COLOR	DESCRIPCION
Edentulo total		Azul	Dibujar una línea recta horizontal a la altura del ápice de las piezas dentarias del maxilar edéntulo
Diente ausente		Azul	Dibujar una línea recta oblicua sobre la pieza dental que no está presente en cavidad oral
Caries		Rojo	Dibujar la lesión siguiendo su forma y superficies afectadas

<p>Remanente radicular</p>		<p>Rojo</p>	<p>Registrar con letras RR sobre el recuadro de la pieza dentaria correspondiente y colocar dos líneas horizontales en rojo sobre la corona ausente, con la condición que dicho remanente radicular pueda ser restaurado, de lo contrario será extracción indicada</p>
<p>OBTURACION CON AMALGAMA</p> <p>Buen Estado</p> <p>Mal Estado</p>		<p>Azul</p>	<p>Dibujar la obturación de amalgama siguiendo su forma. Si se encuentra en mal estado colocar en el recuadro las letras ME.</p>
<p>OBTURACION CON RESINA</p> <p>Buen Estado</p> <p>Mal Estado</p>		<p>Naranja</p>	<p>Dibujar la obturación de resina siguiendo su forma. Si se encuentra en mal estado colocar en el recuadro las letras ME.</p>
<p>OBTURACIÓN TEMPORAL</p>		<p>verde</p>	<p>Dibujar el contorno de la obturación siguiendo su forma en las superficies comprometidas</p>

SELLANTE		Rojo	Registrar con la letra S sobre el recuadro de la pieza dentaria correspondiente
Fractura		Rojo	Dibujar una línea en zigzag en el sentido de la fractura sobre la figura de la corona y/o raíz según sea el caso
Diastema		Azul	Dibujar el signo del paréntesis invertido, entre las piezas que estén separadas
Superficie desgastada		Azul	Registrar en mayúscula la pieza que presenta desgaste ATR = atrición ABR = abrasión ERS = erosión ABF = abfracción
Giroversion		Azul	Dibujar una flecha curva siguiendo el sentido de la girovesion, a nivel del plano oclusal

Compromiso de furca		rojo	Dibujar dos líneas paralelas oblicuas en el lugar de la furca				
Macrodoncia	<table border="1" data-bbox="589 520 737 594"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>MAC</td><td></td></tr> </table> 			MAC		Azul	Registrar con las letras MAC en mayúscula en el recuadro que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica
MAC							
Microdoncia	<table border="1" data-bbox="597 863 751 936"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>MIC</td><td></td></tr> </table> 			MIC		Azul	Registrar con las letras MIC en mayúscula en el recuadro que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica
MIC							
Movilidad	<table border="1" data-bbox="589 1318 737 1392"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>M 1</td><td></td></tr> </table> 			M 1		Azul	Registrar con la letra M seguida del grado de movilidad patológica en números arábigos en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que representa esta característica M 1 = movilidad grado 1 M 2 = movilidad grado 2 M 3 = movilidad grado 3
M 1							

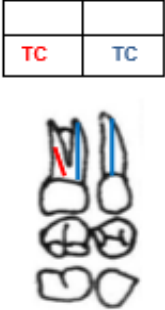
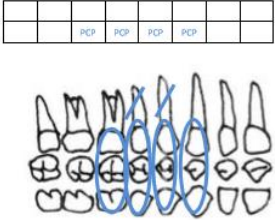
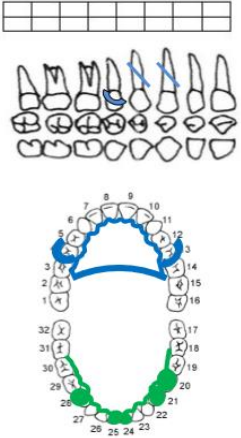
<p>TRATAMIENTO PULPAR O TRTAMIENTO DE CONDUCTOS</p> <p>Buen estado</p> <p>Mal estado</p>		<p>Azul</p> <p>Rojo</p>	<p>Dibuja una línea recta vertical en la raíz de la pieza con tratamiento, azul en buen estado y rojo en mal estado. En el recuadro en letras mayúsculas el tratamiento pulpar</p>
<p>Puente fijo</p>		<p>Azul</p>	<p>Circunferencia en la corona con PP = Puente Porcelana libre de Metal PMA = Puente Metal Acrílico PMP = Puente Metal Porcelana PM = Puente Maryland</p>
<p>APARATO DE PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE</p> <p>Buen estado</p> <p>Mal estado</p>		<p>Rojo</p> <p>Azul</p> <p>Verde</p>	<p>Línea curva en el diente que tiene el gancho del aparato removible, y los dientes ausentes, En el Odontograma circular la forma del aparato en palatino y/o lingual. Si el aparato está en mal estado en color rojo. Si es mucoso portada en color verde y las piezas ausentes</p>

Tabla 1: simbología de odontograma

Fuente: características del odontograma, su simbología y sistema a Utilizar (Espinal, 2010)

Realizar un correcto llenado de este esquema nos dará la pauta para realizar un mejor tratamiento consecutivo al convertirse en un esquema llenado en físico también nos funcionará como medida a explicarle al paciente sus necesidades, las opciones de tratamiento y el pronóstico.

Dentro de los instrumentos más importantes y precisos con los que contamos en el consultorio dental tenemos el equipo de rayos X, hacer uso de esta herramienta facilitara de sobremanera la elaboración de un diagnóstico mucho más preciso y por lo tanto una mejor planeación en cuanto al tratamiento del paciente.

El objetivo de la radiografía dental es obtener las imágenes lo más exactas posible de las estructuras dentales.

Los sostenedores de película son preferibles a la retención digital por varias razones:

Realizando de manera correcta el procedimiento para la toma de radiografías podremos tener una visión clara de estructuras importantes

Examen de la corona en el diagnóstico clínico radiográfico:

- Relación de las astas (cuernos) pulpares con la obturación o la caries.
- La presencia de esfuerzos anteriores para conservar la pulpa, tales pulpotomía o sellado pulpar.
- La evaluación de la cámara pulpar por la presencia de cambios retrogresivos, incluyendo recesión, reabsorción o cálculos pulpares.
- La evaluación de las restauraciones.
- La evaluación periodontal y la presencia de cálculos.

Examen de la porción cervical de la raíz y del periodonto en el diagnóstico clínico radiográfico:

- Examinar cuidadosamente la mitad cervical de la raíz en su dimensión mesiodistal para determinar la relación del o los conductos con la corona.
- Posición de la apertura de entrada para decidir sobre el mejor acceso a los conductos.
- Evaluar el estado del periodonto y presencia de afectación de la bifurcación, calcificaciones y reabsorción.

Examen de la porción apical de la raíz y del hueso apical en el diagnóstico clínico radiográfico.

- Raíces separadas.
- La dirección y grado de la curvatura radicular.
- La posición del conducto dentro de la raíz
- La dimensión de la estructura de la raíz por mesial y distal del conducto.
- La patología radicular, como calcificaciones, reabsorción y fractura.
- La patología periapical incluyendo osteosclerosis, osteítis condensante o hipercementosis.
- Las aberraciones aparentes en el interior del conducto, resultantes de tratamientos previos, tales como salientes, perforaciones y fragmentos de instrumentos.
- La localización del agujero apical, si es visible.

CAPÍTULO III

REHABILITACIÓN PROTÉSICA

3. REHABILITACIÓN PROTÉSICA

La rehabilitación protésica integral tiene como objetivo final la realización de un tratamiento integral donde interactúan distintas disciplinas odontológicas pretendiendo un ideal preventivo, funcional y estético.

La pérdida de dientes debida a extracción, accidente o enfermedad periodontal: es una condición clínica que puede ser desencadenada por una patología previa de la estructura dental o de sus tejidos de soporte, para lo cual debe considerarse diversas opciones de tratamiento. Por consiguiente, desde el punto de vista académico, la pérdida dental más que un diagnóstico podría ser considerado un hallazgo, que de no ser tratado a tiempo puede llegar a desencadenar alteraciones oclusales y a su vez puede comprometer otros elementos del sistema estomatognático, como la articulación temporomandibular y los músculos de cara y cuello. (OSPINA, 2013).

En la actualidad la evolución en la odontología y los cambios en las técnicas protésicas y materiales han hecho que los pacientes demanden más en términos de estética, función y comodidad. Existe una gran demanda de problemas dentofaciales que necesitan de la interacción de distintas disciplinas odontológicas pretendiendo un ideal preventivo, funcional y estético con un elevado método de organización y comunicación, lo que tiene como objetivo común la rehabilitación protésica multidisciplinaria. Un tratamiento multidisciplinario está basado en el diagnóstico, la planeación y los procedimientos terapéuticos (RIVERA, 2012).

Cuando un paciente comienza a tener complicaciones bucodentales estas se acompañan de pérdida de función estética y comodidad por lo tanto hablas de que nuestro paciente tiene un problema de salud.

Al realizar una rehabilitación protésica multidisciplinaria, una de las metas terapéuticas es la preservación de la dentición natural remanente. Los implantes dentales, hoy en día, juegan un papel muy importante en la creación de nuevas opciones del tratamiento, pero también cada día se confrontan especialistas, técnicos laboratoristas y pacientes para responder ciertas dificultades cuantitativas y cualitativas de los tratamientos (RIVERA, 2012).

La Organización Mundial de la Salud, define la misma, como aquel estado de completo bienestar, y no sólo la ausencia de enfermedad, tiene que ser un completo equilibrio entre los aspectos sociales, mentales y físicos.

La Rehabilitación Oral se encarga de restaurar y recuperar la estética y la función oclusal del paciente, a través del correcto diagnóstico y ejecución de un plan de tratamiento que permita alcanzar este y otros objetivos necesarios y particulares en cada caso. (OSPINA, 2013).

Considerando los términos anteriores entendemos la rehabilitación bucal como todos los procedimientos que se llevan a cabo en el paciente que ha perdido funcionalidad y/o estética buco dental para así devolver el estado de salud al paciente.

3.1 CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

La clasificación de Kennedy modificada por Applegate es el método más aceptado para la clasificación de los arcos parcialmente desdentados. Fue propuesto en 1925 por Kennedy y se basa en las relaciones entre las sillas o zonas edéntulas y los dientes destinados a recibir los retenedores.

La clasificación de Kennedy intenta clasificar los arcos parcialmente desdentados de forma que sugiera o guíe el diseño de la prótesis parcial para una determinada situación. Definió 4 clases principales y a las zonas desdentadas que no sean las que determinen las clases las designó como espacios modificadores o modificaciones. En 1960 añadió las clases V y VI. (ROSENSTIEL, 2008).

Clase I de Kennedy.

Es el grupo en el que las zonas desdentadas son bilaterales y quedan por detrás de los dientes de anclaje remanentes naturales.

En la prótesis parcial removible de clase I, los dientes pilares están situados por delante de las áreas edéntulas. Este tipo de prótesis recibe su soporte de los tejidos blandos y de los dientes residuales y por lo tanto es mucodentosoportado.

Cuando se diseña una prótesis parcial removible de clase I hay que tener en cuenta la diferente naturaleza del soporte disponible. Estas prótesis se van a realizar tanto en acrílico como en metálicas y su soporte va a ser dentario en la zona anterior y mucosa en la posterior. Siempre van a existir ganchos que pueden ser colados o forjados en la zona distal de las últimas piezas pilares y se va a establecer una línea remanente sobre la que va a girar la prótesis y se va a llamar línea de fulcro.

Según el número de espacios desdentados existentes entre los dientes remanentes, la clase I de Kennedy se subdivide en clase I modificación I, II, III, IV. (ROSENSTIEL, 2008).

Clase II de Kennedy.

Presenta una sola zona desdentada posterior unilateral con ausencia total o parcial de premolares y molares. También presenta cuatro posibles modificaciones.

En las prótesis parciales removibles de clase II, existe una base distal de extensión solo en un lado (silla de montar de extremo libre). El soporte lo proporcionan los dientes y el tejido blando, por lo que será dentomucosoportado.

Se suele colocar un gancho en la última pieza que limita la brecha y suele tener una línea de fulcro bien definida que va desde distal de la última pieza de la brecha hasta la pieza 7 u 8 del otro lado. (ROSENSTIEL, 2008).

Clase III de Kennedy.

Hace referencia a una edentación unilateral limitada anterior y posteriormente por dientes que no pueden asegurar por sí mismo el soporte de las prótesis.

Cuando también faltan piezas anteriores pero el problema principal está en el grupo posterior sigue siendo clase III. La clase parcial removible de clase III están soportadas principalmente por los dientes naturales y es, por tanto, dentosoportado. Si se restaura con estructura metálica, pero si la estructura es acrílica, será mucodentosoportada.

En los acrílicos, puede diseñarse sin ganchos debido a que va a haber suficientes soportes para evitar la línea de fulcro. (ROSENSTIEL, 2008).

Clase IV de Kennedy.

La zona desdentada se sitúa en la parte anterior de la boca y es bilateral, generalmente de canino a canino. Suele ser provocados por traumatismos. No tiene por qué faltar todos los dientes del grupo anterior.

Las prótesis parciales removibles de clase IV implica la situación de los dientes anteriores y, en consecuencia, la estética adquiere una importancia fundamental. Esta reposición de dientes se hace en lo que se denomina en silla de montar o a tope y no lleva aleta vestibular de resina.

Así se logra una mayor estética. Si se restaura con una prótesis acrílica, el soporte es fundamentalmente mucoso y si es esquelética o metálica, el soporte es dentomucosoportado, existiendo topes oclusales en los dientes posteriores. (ROSENSTIEL, 2008).

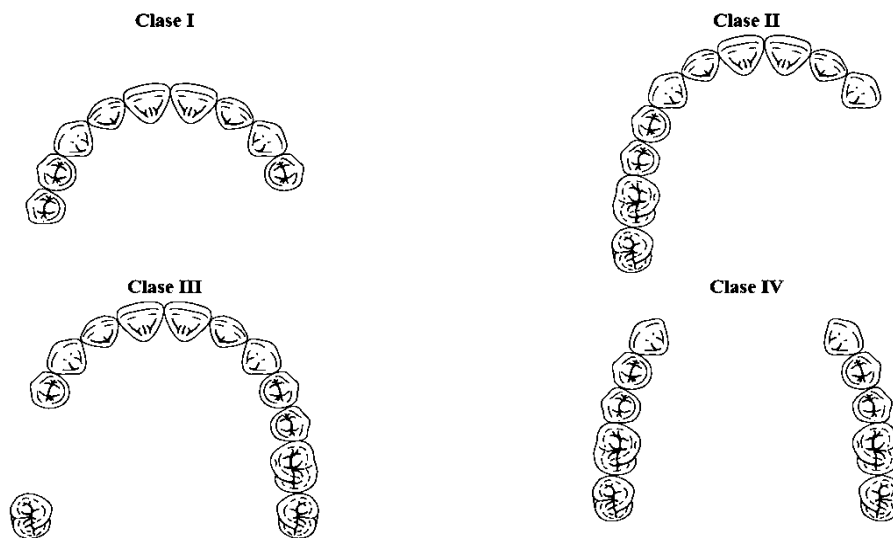


Imagen 14: clasificación de Kennedy

Fuente: prótesis fija contemporánea (ROSENSTIEL, 2008)

3.2 PROTÉSIS FIJA

Para llevar a cabo del proceso de rehabilitación en un paciente con edentulismo parcial tenemos varias y diversas opciones de tratamiento para fines de este proyecto de investigación hablaremos principalmente de las prótesis parciales fijas y removibles.

Como su propio nombre indica, la prótesis dental fija es una prótesis dental que colocamos sobre implantes o sobre tus propios dientes de forma permanente. Es una solución estupenda para recuperar la funcionalidad de la boca, así como la calidad de vida perdida tras la ausencia de dientes. (SHILLINGBURG, 2000).

El tratamiento con prótesis fijas nos permite ayudarte a que tus dientes se conviertan en tu principal carta de presentación.

La prótesis dental fija aporta mucha seguridad a la sonrisa. La sujeción y la firmeza que conllevan mejoran el resultado.

La prótesis fija no necesariamente está indicada para tratar edentulismo parcial, también es una alternativa útil en pacientes dentados que apliquen teniendo en cuenta las siguientes condiciones establecidas por el Colegio Americano de Prostodoncistas.

El sistema de clasificación oficial para el paciente completamente dentado del Colegio Americano de Prostodoncistas agrupa la complejidad del tratamiento (ROSENSTIEL, 2008):

- Clase 1 (mínimamente comprometidos)
- Clase 2 (moderadamente comprometidos)
- Clase 3 (sustancialmente comprometidos)
- Clase 4 (severamente comprometidos)

3.2.1 Indicaciones para prótesis fija

Habría que saber cuáles son los fundamentos para la realización de una prótesis fija para conocer y entender bajo qué circunstancias podríamos colocar una, sobre todo hablando del sistema muscular recordemos que son precisamente los músculos masticatorios los que ejercerán la fuerza sobre las prótesis y sobre los dientes naturales a la hora de realizar el proceso de masticación fonación, si tenemos alteraciones en estos debemos tomar en cuenta otras opciones de estos sobre todo también si estamos hablando de pacientes con patologías previas relacionados a la condición antes mencionada por ejemplo pacientes con bruxismo.

Antes de iniciar los procedimientos debemos evaluar la oclusión del paciente para determinar si está suficientemente sana como para permitir la realización de tal restauración esto lo podemos lograr mediante modelos de estudio, así mismo debemos valorar la condición de la musculatura facial y masticatoria (SHILLINGBURG, 2000)

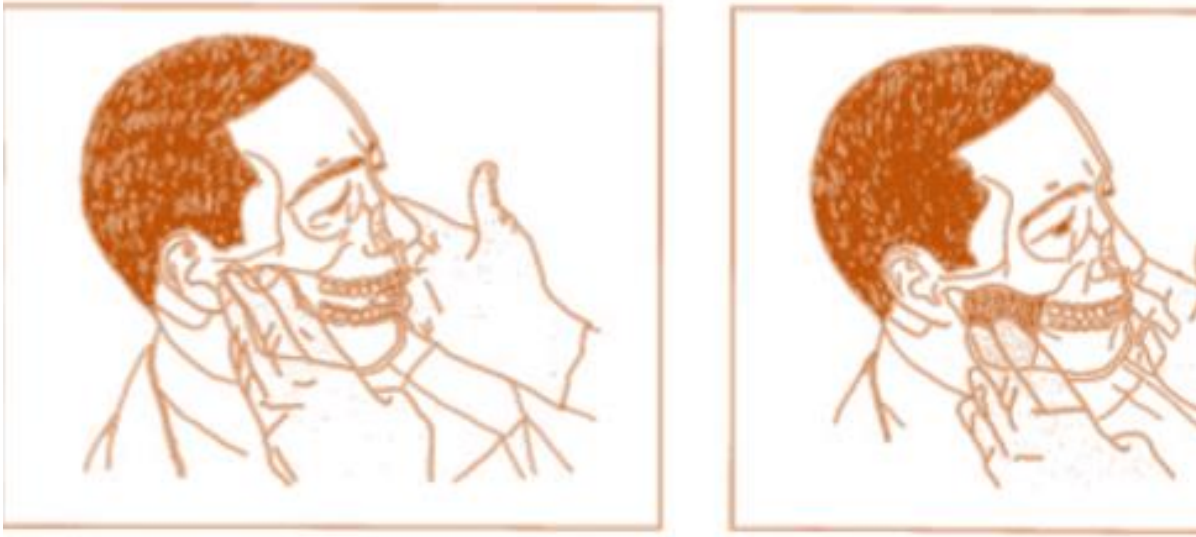


Imagen 15: técnica de evaluación de ATM

Fuente: fundamentos esenciales de prótesis fija, (SHILLINGBURG, 2000)

La articulación temporomandibular está formada por el cóndilo de la mandíbula que se ajusta en la fosa mandibular del hueso temporal. Estos dos huesos están separados por un disco articular que evita la articulación directa (OKESON, 2008).

Toda la ATM está rodeada de una cápsula articular fibrosa. La cara lateral de esta cápsula es más gruesa y se llama ligamento temporomandibular, evitando que el cóndilo se desplace demasiado hacia abajo y hacia atrás, además de proporcionar resistencia al movimiento lateral.

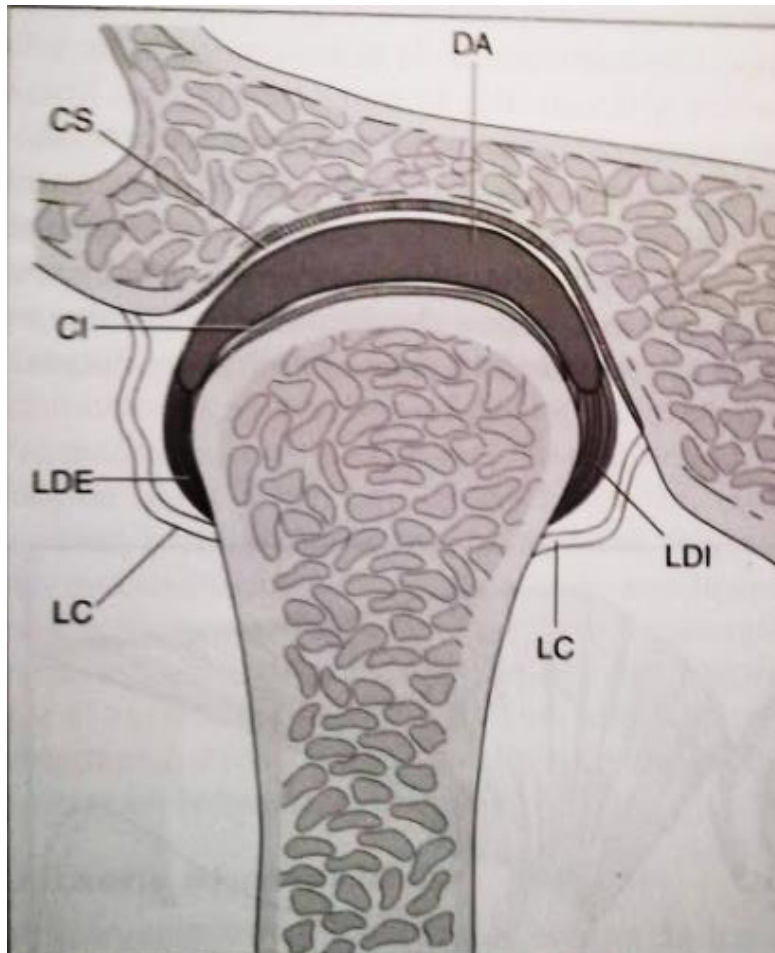


Imagen 16: vista anterior de la articulación temporomandibular
Fuente: oclusión y afecciones temporomandibulares (OKESON, 2008)

Durante esta evaluación se deben palpar o músculos masticatorios y revisar en el paciente los movimientos de protrusión lateralidad, retruccion y vigilar atentamente si existe alguna restricción en estos movimientos, de ser así se buscarán las causas de los mismos y ante tal situación primero se corregirá la condición que impide el correcto desplazamiento de la mandíbula, en caso contrario consideraremos que el paciente puede recibir tratamiento con prótesis fija.

Otra condición a valorar es la relación céntrica, esta considera la posición la mandíbula con el axilar cuando esta es guiada a su posición terminal de bisara, también es definida como la posición del cóndilo dentro de la cavidad glenoidea. (BROSH, 2010).

La relación céntrica es involuntaria, por tanto, no se le puede pedir a una persona que la toma, pues se alza únicamente cuando los músculos se encuentran lo suficientemente relajados.

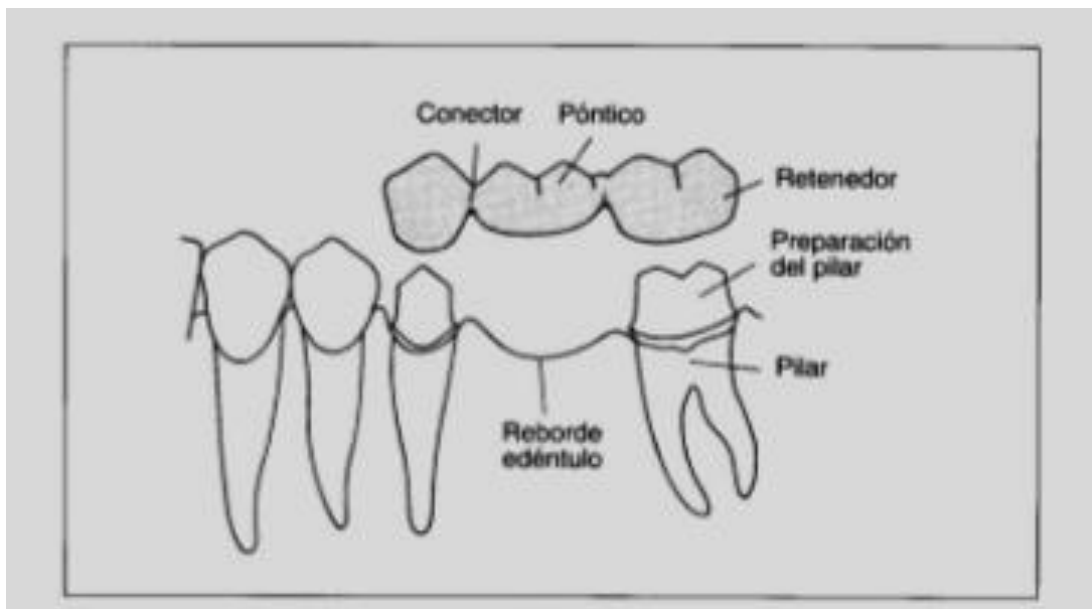


Imagen 17: partes de una prótesis fija

Fuente: fundamentos esenciales de prótesis fija, (SHILLINGBURG, 2000)

La configuración habitual de una prótesis fija utiliza un diente pilar en cada extremo del espacio edéntulo y la salud periodontal n estas piezas pilares.

Una boca seca crea un mal entorno para una prótesis fija, además de esto también se requiere que los músculos masticatorios del paciente no estén muy desarrollados ya que esto asegurara que no se aplique demasiada carga a la prótesis (SHILLINGBURG, 2000).

Otra consideración en el acondicionamiento de los futuros dientes pilares es la superficie radicular, los dientes más grandes poseen mayor superficie y por ende son mejores soportando la carga de una prótesis.

Diversos principios físicos y estéticos rigen a realización de una prótesis fija esto con el fin de que su elaboración otorgue al paciente una real solución al problema buco dental que lo aqueja.

La ley de Ante afirma que la superficie radicular de los dientes pilares debe ser igual o mayor que la de los dientes a sustituir con pónicos (SHILLINGBURG, 2000).



Imagen 18: ley de Ante representada

Fuente: fundamentos esenciales de la prótesis fija (SHILLINGBURG, 2000)

De acuerdo con lo antes mencionado un diente ausente puede sustituirse con la implementación de una prótesis fija dentosoportada siempre y cuando los órganos dentarios pilares tengan salud estructural y periodontal.

En cuanto nos encontremos completamente seguros que el paciente es candidato para la colocación de una prótesis fija entonces se comenzara con la preparación de los pilares y en este sentido no se debe olvidar lo principios del tallado que son:

- preservación de la estructura dentaria

Si bien la prótesis fija sustituirá tejidos dentales que se han perdido es importante conservar la mayor cantidad de tejido sano en el órgano dental pilar esto para garantizar la estabilidad y la salud de la pieza dental.

- retención y resistencia

La prótesis deberá conservar su posición sobre diente, la retención evita la salida de la restauración, el elemento esencial en este principio lo constituyen dos superficies verticales opuestas en la misma reparación.

- durabilidad estructural

La restauración deberá contener una masa de material que pueda soportar las fuerzas de oclusión.

- integridad marginal

La restauración podrá sobrevivir en el entorno de la cavidad bucal únicamente si los márgenes están muy adaptados a la línea de acabado cavo superficial de la preparación.

- preservación del periodonto

A realización de las líneas de acabado tienen un efecto directo sobre la facilidad de fabricar una restauración y su éxito final, siempre que sea posible la línea de acabado debe situarse en una zona en la cual el dentista pueda acabar los márgenes de restauración.

(SHILLINGBURG, 2000)

3.3 PROTÉSIS REMOVIBLE

Una prótesis parcial removible es una prótesis que reemplaza uno o más órganos dentarios, pero no todos los dientes naturales y estructuras de soporte. Se apoya en los dientes y / o la mucosa, tiene la característica de poder ser removida por el paciente, para su higiene.

Los objetivos para los que se colocaría una prótesis parcial removible son

- Preservar los dientes restantes y las estructuras de soporte
- Restaurar la estética y la fonética
- Restaurar y / o mejorar la masticación
- Restaurar la salud, la comodidad y la calidad de vida

Este tipo de prótesis podrían utilizarse en espacios edentulos demasiado largos, perdida excesiva de hueso alveolar, reducción del nivel de inserción periodontal tras tomar en cuenta las consideraciones económicas para otro tipo de tratamiento.

Normalmente una prótesis parcial movible está indicada para espacios edentulos de más de dos piezas ausentes, en región posterior, en el caso de la región anterior se indica para espacios mayores de 4 incisivos o que incluyan un canino y dos dientes contiguos (SHILLINGBURG, 2000).

La prótesis dental parcial removible puede afectar las estructuras orales de muchas formas, más que cualquier otro tipo de restauración y los errores pueden resultar en serias consecuencias o en un fracaso total.

3.3.1 Indicaciones para prótesis removible

Los requisitos que se requieren para la colocación de una prótesis parcial removible nos son tan difíciles de cumplir.

Primero se realiza la evaluación de tejidos duros

Se entiende como la evaluación de los contornos dentales: Observar si las piezas dentales tienen un ecuador dentario satisfactorio para la retención. Y también debe observar la posibilidad de tallar en el diente pilar los planos guías necesarios para la obtención de un eje único de inserción. Este tipo de observación solo puede llevarse a cabo con los modelos de estudio y el uso del paralelografo para inspeccionar dichas áreas dentales. (DESPLAST).

Dentro de la valoración de tejidos blandos Debe observar si hay cambios de color, textura en las mucosas de soporte de prótesis y regiones adyacentes.

Una prótesis dental removible deberá primero cumplir con las siguientes condiciones.

- Debe ser funcional: Permitir una correcta fonación y masticación
- Debe ser estética: Imitar a los demás dientes remanentes en tamaño, forma y matiz.
- Debe permitir cargar axialmente las fuerzas de la masticación, por lo tanto, debe ser rígida; si fuese flexible generaría movimientos de ortodoncia.

- Debe tener un solo eje de inserción o instalación
- Debe tener una retención suficiente como para no ser desalojada durante la masticación y fonación.
- No debe deteriorar las piezas dentales remanentes.
- Debe mantener una relación intermaxilar no patológica y una dimensión vertical estable en el tiempo (LONEY, 2008)

La estructura de una prótesis parcial removible es la siguiente

- Conector mayor: Es la unidad de una prótesis parcial removible que conecta las partes de un lado de la arcada dental a las del otro lado. Sus funciones principales son proporcionar la unificación y rigidez de la prótesis.
- Conector menor: Es la unidad de la prótesis parcial que conecta a otros componentes (es decir, retenedor directo, retenedor indirecto, rejilla de la base de prótesis, etc.) al conector mayor. El principio funcional de los conectores menores son proporcionar la unificación y rigidez de la prótesis.
- Retenedor directo: Es la unidad de la prótesis parcial que proporciona la retención en contra de la fuerza de desalojo. Un retenedor directo que comúnmente se llama "cierre" o "gancho" y se compone de cuatro elementos, de un apoyo, un brazo de retención, un brazo recíproco y un conector menor.

- Retenedor indirecto: Es la unidad que en la clase I o II de Kennedy; evita o resiste el movimiento de rotación de la base de la prótesis sobre los pilares. El retenedor indirecto se compone generalmente de un componente, el apoyo; pero también puede ser otro retenedor directo.
- Base de prótesis: Es la unidad de una prótesis parcial (rejilla + extensión del acrílico) que cubre los rebordes alveolares residuales y donde se instalan los dientes artificiales.

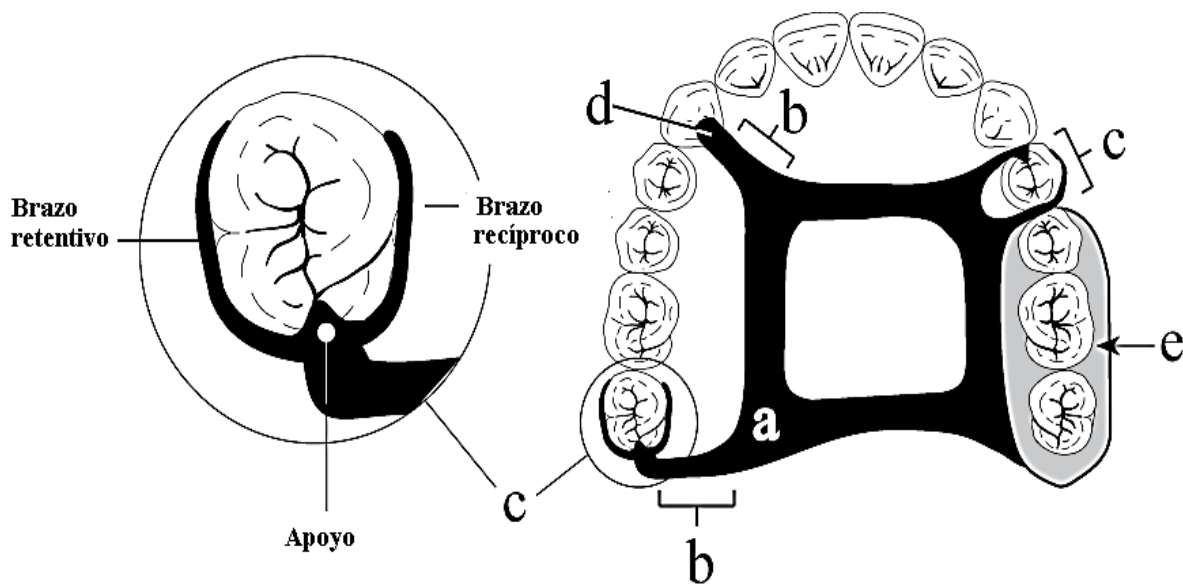


Imagen 19: partes de una prótesis parcial removible
 Fuente: manual de prótesis parcial removible (LONEY, 2008)

Es importante evaluar periodontalmente los dientes pilares que soportarán la prótesis removible. El examen clínico permitirá registrar el grado de inflamación gingival, la profundidad del surco, la amplitud de la banda de encía insertada, los compromisos de furcación, la movilidad dentaria y el estado de higiene oral del paciente.

Un factor de vital importancia en el éxito de la prótesis, es la habilidad del paciente para mantener un excelente control de placa dentobacteriana. Con el examen radiográfico, se debe evaluar la cantidad del hueso alveolar alrededor de los dientes pilares, la presencia de defectos óseos, el compromiso de las furcaciones y la amplitud del espacio del ligamento periodontal. (GIRALDO)

La prótesis removible a extensión distal requiere un diseño cuidadoso, debido a que las estructuras de soporte tienen un comportamiento diferente bajo fuerzas oclusales. Las características del reborde residual y el movimiento de la base en función determinarán la eficacia oclusal de la restauración y el grado en que los dientes pilares están sometidos a fuerzas de torsión y de inclinación.

Las formas básicas de retención en la PPR son los retenedores directos tipos "gancho" y tipo ajuste. Se ha demostrado que las tensiones transmitidas al diente pilar cuando se utilizan ajustes en casos de extensión distal, condiciona la nebulización de al menos dos dientes y que los diseños de retenedores tipo gancho, generan menos tensiones en las estructuras de soporte del diente pilar que los diseños con ajustes. (DESPLAST)

Se ha realizado un estudio in vitro del efecto de la ferulización en la movilidad del diente pilar y concluyeron que la ferulización produce disminución significativa en la magnitud del movimiento, lo que contribuye a la estabilidad y durabilidad de los pilares en los casos de PPR de extremo libre.

La ferulización de los dientes pilares de la PPR a extensión distal puede estar indicada en casos de dientes unir radicales aislados con espacios edéntulos cortos adyacentes a este; en un grupo de dientes anteriores o en casos donde se utilizan ajustes como medio de retención.

En un diente unir radicular aislado en PPR a extremo libre, donde existe espacio edéntulo anterior y posterior a él, es potencialmente débil debido a las fuerzas rotacionales que debe soportar; la ferulización de este con un pilar más anterior por medio (GIRALDO).

3.4 REHABILITACIÓN BUCAL INTEGRAL

La interrelación de las diversas especialidades de la odontología para la resolución de los tratamientos realizados en los pacientes que llegan a la consulta odontológica es hoy en día fundamental, ya que la visión sesgada de algún área nos puede privar el brindar una mejor posibilidad de tratamiento.

Trabajar con especialistas en diferentes áreas conlleva a orientar adecuadamente los tratamientos y a optimizar resultados. En el presente artículo se detalla la rehabilitación integral de un paciente con la participación de las especialidades de cirugía oral, periodoncia, rehabilitación oral y operatoria dental. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios para el paciente ya que se le logró devolver un esquema oclusal adecuado, así como también la estética perdida. El tratamiento multidisciplinario en odontología lleva a optimizar los resultados clínicos brindando una visión más amplia de las posibilidades de tratamiento para los pacientes. (LARA, 2012).

Para la rehabilitación con prótesis, se requiere un adecuado diligenciamiento de la historia clínica y exámenes complementarios, como el análisis del juego periapical o de radiografía panorámica, análisis de modelos montados en articulador y revisión cuidadosa de los criterios de selección para dientes pilares.

Establecer los objetivos para cada plan de tratamiento, proponer las opciones de tratamiento, explicar al paciente los alcances de cada una de estas opciones con el objetivo de que éste elija una de las opciones propuestas.

En la mayoría de los casos las indicaciones son fáciles de determinar, pero existen algunos, en los que se hace difícil y complicado tomar una decisión. Se pueden plantear soluciones viables, pero solo una de ellas será la más indicada; así que la experiencia, la preparación del profesional y su fundamento diagnóstico determinan la solución más adecuada.

Para formular un diagnóstico correcto se deben tener en cuenta las principales indicaciones para cada tipo de prótesis.

Sin embargo para convertir la colocación solo de una prótesis en un tratamiento de rehabilitación integral se toman en cuenta más más variadas condiciones por ejemplo para la colocación de una prótesis fija como ya vimos lo primordial es que el tejido periodontal se encuentre en condiciones saludable y que sea capaz de soportar las fuerzas de masticación, si esta premisa no se cumpliera y la prótesis fija se colocara sin la previa rehabilitación periodontal a mediano o largo plazo causara que estos órganos dentarios presenten movilidad dental y posteriormente a rehabilitación protésica fracase causando que se pierdan estas piezas.

Lo mismo si pensamos colocar una prótesis parcial removible con los retenedores en órganos dentarios con caries podrían tener la complicación no solo de que la prótesis removible no tenga la estabilidad necesaria sino también incluso se podrá fracturas el órgano dentario con caries debido a la presión del retenedor.

Durante el desarrollo del estudio se ha visto que la importancia de rehabilitar el sistema masticatorio como un todo, se debe tener presente que el concepto más importante en Oclusión es la posición más superior y media del cóndilo en su respectiva fosa glenoidea y, entender que muchos de los problemas oclusales tienen su origen en las posiciones excéntricas del cóndilo, que resultan en una función descoordinada de los músculos masticadores; por cuya consecuencia, se dan los signos de inestabilidad que son diagnosticables con absoluta facilidad para el profesional odontólogo.

Los odontólogos son los únicos profesionales de la salud bucal que deberán tener el conocimiento suficiente para diagnosticar los problemas dentarios o para entender la función del sistema masticatorio, el intentar restaurar una oclusión, corregir un problema de mordida e incluso tallar una restauración alta sin conocer la relación correcta entre el maxilar y la mandíbula puede ser una pérdida de tiempo. (DAWSON, 2009).

La corrección de una oclusión es intentada típicamente posterior a la colocación de una obturación alta o una corona. Generalmente es hecha por un supuesto abordaje de rebajar la restauración hasta que el paciente pueda cerrar en contacto con el resto de los dientes sin importar la relación de la mandíbula al maxilar o la posición de las ATM. Tales intentos en la corrección de la mordida son increíblemente rigurosos en comparación con un proceso basado en los principios correctos del ajuste oclusal.



Imagen 20: oclusión

Fuente: Oclusión Funcional: Diseño de la sonrisa a partir de la A.T.M. (DAWSON, 2009)

El ajuste oclusal correcto en pacientes apropiadamente seleccionados es uno de los servicios más fiables que un odontólogo puede realizar y una de las mayores recompensas.

El clínico debe recordar que, aunque esté indicada una modificación del estado oclusal, el ajuste oclusal puede no ser el tratamiento de elección. El ajuste solo es apropiado cuando las alteraciones de las superficies dentarias son mínimas y todas las correcciones pueden hacerse dentro de la estructura del esmalte. Cuando la mala alineación de los dientes es lo bastante importante como para que la obtención de los objetivos terapéuticos obligue a atravesar el esmalte, el ajuste debe acompañarse de las técnicas de restauración adecuadas. (OKESON, 2008).

CAPÍTULO IV

ACONDICIONAMIENTO PREPROTÉSICO

4 ACONDICIONAMIENTO PREPROTÉSICO

La dirección que llevamos con este trabajo de investigación rodean no solo la necesidad de que el odontólogo considere al paciente como un todo como una unidad si no también se encaminan a la inquietud de resolver problemas bucales de manera ordenada y con esto conducir al paciente a un estado de salud bucodental que seguramente se verá reflejado en su salud general.

Se cumplirá con la unidad de competencia que es la meta educativa que deberán alcanzar los estudiantes al cursar esta asignatura: “Realizar el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico en pacientes con necesidades orales restaurativas y rehabilitadoras, con la finalidad de preservar, reconstruir, devolver la función y la estética de la cavidad oral.” El estudiante trabajará los dominios de las competencias involucradas en este curso clínico que son: pensamiento crítico; profesionalismo; comunicación; diagnóstico; pronóstico; plan de tratamiento; tratamiento y prevención, promoción y educación para la salud (OSPINA, 2013).

Cuando se ha cumplido con la correcta valoración integral del paciente podremos entonces tener una idea clara de lo que este necesita y del tratamiento ideal para cada condición con la que nos encontremos y será en este momento cuando se le dé inicio al tratamiento integral.

Para ello tenemos que conocer cada área de la odontología en la que nos veremos involucrados, de manera general se deberá dar atención a cada una de estas, para crear el ambiente adecuado en la cavidad oral antes de la confección de la prótesis que consideremos ideal para el paciente.

Desde luego no se pretende que el odontólogo general se convierta en especialista de cada una de estas ramas, sin embargo, sin embargo, si es importante que se familiarice con la identificación de patologías relacionadas a ellas, y con el tratamiento de las condiciones que impidan una correcta rehabilitación integral, desde luego todas aquellas que puedan ser resueltas en la consulta general, y que puedan significar una diferencia entre el éxito o el fracaso de una prótesis (OSPINA, 2013)

Como vimos anteriormente durante la valoración integral del paciente, se debe prestar especial importancia a la revisión de los tejidos de soporte, esto, debido principalmente a que es prioritario garantizar la salud de los órganos dentarios que servirán como pilares para la retención soporte de cargas masticatorias en la prótesis ya sea parcial o removible, así que partiendo de esta premisa el principal tratamiento a realizar será el encaminado a solucionar los problemas periodontales del paciente.

Esto, por supuesto no significa que el resto de los tratamientos carezcan de importancia en el proceso de rehabilitación, sin embargo, a pesar de tener gran relevancia el tratamiento periodontal también será uno de los cuales requerirá de una cantidad de tiempo invertida mayor a la de varios de los tratamientos sobre todo para poder observar una evolución considerable.

4.1 ORDEN DE IMPORTANCIA EN LA REHABILITACIÓN BUCAL INTEGRAL

El conocimiento de las causas que ha provocado que nuestro paciente acuda con nosotros por presentar edentulismo parcial será de gran importancia para encontrar la mejor alternativa de tratamiento para él, siempre que consigamos persuadirlo de que, aunque parezca que esto llevara una inversión mayor de tiempo, a largo plazo habrá sido lo mejor para su salud.

Como se ha mencionado antes la base para una buena rehabilitación protésica se fundamenta de manera principal en las estructuras de soporte y en esto basamos el hecho de que la primera situación a solucionar serán los padecimientos de origen periodontal.

Esto para garantizar que la prótesis tendrá buen pronóstico en lo referente a soporte de fuerzas de masticación y estabilidad, de igual manera si nos aseguramos de que el paciente entienda a importancia de mantener una buena higiene y el correcto mantenimiento de la salud en encías y ligamento periodontal entonces podemos estar mucho más tranquilo sobre el cuidado que este le dará a su prótesis.

Posterior a esto se deberán realizar los tratamientos de operatoria dental esto con el fin de eliminar la caries y restaurar los órganos dentarios que aun podrán permanecer en boca y devolverles la integridad necesaria para ser partícipes de que la prótesis sea éxitos.

Al finalizar todo lo correspondiente a operatoria dental comenzaremos a extraer las piezas dentales cuya funcionalidad ha sido perdida por completo, misma que no se logre restaurar tras el tratamiento periodontal y que más allá de favorecer la homeostasis del sistema estomatognático provocara molestia, falta de estética, y dependiendo de la condición de dichas piezas dentales podría incluso provocar posesos infecciosos.

La razón por la que se realizara la operatoria dental antes de los procesos de exodoncia, es que como veremos más adelante los tratamientos de exodoncia son procesos quirúrgicos que incluirán la realización de heridas, y la inevitable hemorragia al realizar la extracción propiamente dicha, si en este procedimiento se conservan dientes aun con procesos cariosos, tendremos un foco de infección importante que se convertirá en factor de riesgo para producción de infecciones post-quirúrgicas, esto, por supuesto complicara y retrasara el proceso de rehabilitación integral del paciente.

4.2 TRATAMIENTO PERIODONTAL

Después de realizar la correcta valoración periodontal del paciente que acude a consulta para rehabilitación protésica, deberemos identificar en el factor de riesgo como hábitos (tabaquismo mala higiene etc.) así como enfermedades sistémicas que pudieran conllevar a enfermedad periodontal del paciente.

Lo anterior nos brindara la posibilidad de determinar de manera más concreta el pronóstico de la enfermedad periodontal.

Mediante algunos estudios se demostró que los antecedentes de enfermedad periodontal indicarían futura destrucción periodontal (CARRANZA, 2004).

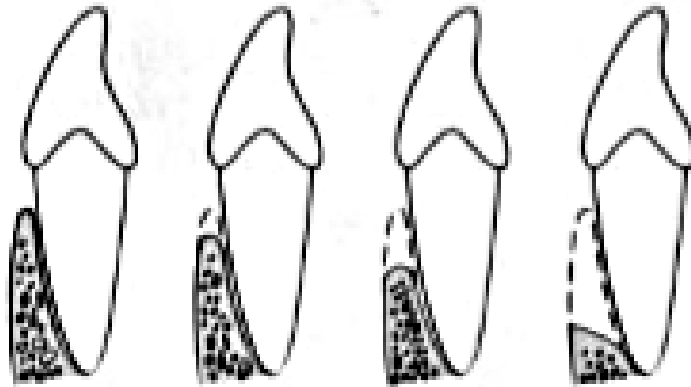


Imagen 21: destrucción de hueso por enfermedad periodontal

Fuente: Periodontología clínica (CARRANZA, 2004)

En este caso por ejemplo tendríamos a bien considerar la colocación de una prótesis parcial removible para evitar el exceso de carga masticatoria sobre órganos dentarios que seguramente sufrirán daño periodontal a corto plazo.

La determinación del nivel de inserción clínica revela la extensión aproximada de superficie radicular carente de ligamento periodontal (CARRANZA, 2004).

Aunado a todo esto también debemos tener en cuenta la colaboración del paciente y el compromiso que este ponga no solo a la restauración de los hábitos de higiene correctos sino también a desistir de los hábitos que les provoquen mayor daño a los tejidos de soporte.

El ataque bacteriano de la placa y el cálculo es el factor local más importante de la enfermedad periodontal por lo tanto uno de los aspectos más importantes será la capacidad del odontólogo y del paciente por ser una adecuado control de placa dentobacteriana (CARRANZA, 2004).

En presencia de gingivitis tenemos un aumento en el espesor de la biopelícula y una microbiota más compleja, crecimiento excesivo de bacterias Gram positivas, gracias a que se produce un ambiente anaerobio que favorece la colonización de bacilos móviles y espiroquetas (NEGRONI, 2010).

Para poder identificar las patologías primero debemos conocer las características normales o sanas de la encía, esta es una membrana mucosa que recubre las arcadas dentales se divide en encía libre, insertada y papilar (QUIROZ, 1990).

La causa principal de la movilidad dentaria es la pérdida de hueso alveolar, cambios inflamatorios en el ligamento periodontal y trauma oclusal.

Una reducción franca de las bolsas periodontales y de la inflamación de la fase I del tratamiento y significaría un mejor pronóstico. El tratamiento periodontal está encaminado a la reducción de bolsas mejora la inserción gingival y por lo tanto favorecer la resistencia de nuestros futuros dientes pilares.

E la formulación del plan de tratamiento, además de la función de la dentición, as consideraciones cosméticas desempeñan un papel importante en muchos de los casos (CARRANZA, 2004).

Las fases a seguir para el tratamiento periodontal dependerán de cada tipo de enfermedad que presente el paciente sin embargo el aspecto específico de cada una de ellas se deberá cumplir para para lograr restaurar la salud y seguir rehabilitando en otra área a nuestros pacientes.

- Fase preliminar

Dental o periapical, extracción de restos radiculares o piezas sin solución, sustituciones provisionales

- Fase tixotrópica

Control de placa y educación del paciente, raspado y alisado, tratamiento antimicrobiano y tratamiento oclusivo

- Fase quirúrgica

Curetajes abiertos, endodoncia

- Fase restaurativa

Restauraciones finales

- Fase de mantenimiento

Visitas periódicas de control y revaloraciones continuas

Una vez que tengamos el diagnóstico y el pronóstico, antes de entregarle al paciente el plan de tratamiento debemos darle el consentimiento informado.

Antes de iniciar el tratamiento se debe informar al paciente sobre:

- Diagnóstico, que tiene
- Etiología
- Posibles tratamientos a realizar con sus alternativas
- Pronóstico
- Riesgos y complicaciones que se asociadas

El odontólogo debe mantener un registro del consentimiento informado del paciente con la terapia propuesta.

Al paciente debemos darle varios planes de tratamiento.

Plan de tratamiento ideal, muchas veces este no es ni el implante, ni el de prótesis fija, si no el de DPR, porque eso es lo que puede pagar el paciente. Debemos hacerlo viendo al paciente de forma integral (CARRANZA, 2004).

También debemos considerar otras patologías como el bruxismo que es la hiperactividad no fisiológica de la musculatura masticatoria que se traduce clínicamente por el contacto oclusal repetido, constante o intermitente y se manifiesta por apretamiento rechinado o golpeteo dentario (BROSH, 2010).

Debemos informarle de todos los pasos que vamos a realizar y hacer que lo firme, porque es el único respaldo que tenemos para defendernos.

Siempre que el paciente acepte la realización del tratamiento también deber aceptar todo lo que ello conlleva es decir el tiempo del tratamiento, las posibles complicaciones y por supuesto también acepta que cumplirá con lo que a él le corresponda su colaboración es muy importante para que el tratamiento tenga éxito, y nos brinde el ambiente buco dental que necesitamos para la rehabilitación protésica.

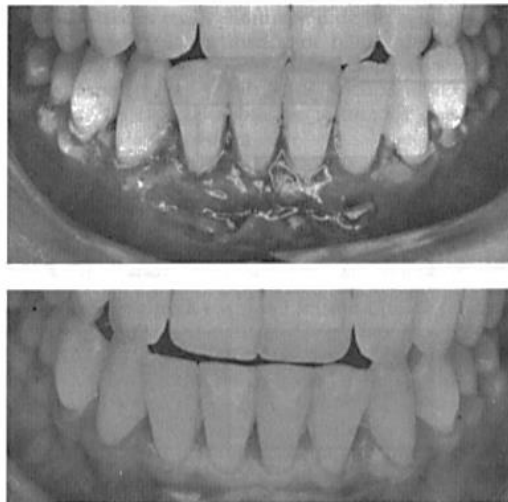


Imagen 22: cicatrización del periodonto, tejidos recuperados

Fuente: periodontología clínica (CARRANZA, 2004)

Como podemos observar en la imagen anterior (imagen 14) la restauración periodontal mejora no solo la estética del paciente si no la resistencia de los tejidos que tendrían la necesidad de soportar la restauración con prótesis fijas o removibles.

Logrando este estado de salud en el paciente periodontal podremos asegurar un incremento de posibilidades de éxito en la rehabilitación protésica del paciente periodontal y por lo tanto evitaremos que la colocación de prótesis fija o removible se convierta más que en una solución para el paciente, en una iatrogenia a largo plazo.

4.3 OPERATORIA DENTAL

Los procedimientos quirúrgicos realizados en los tejidos blandos dependen de la capacidad de cicatrización normal, pero el dentista no puede confiar en que volverán a crecer las partes faltantes de un diente después de eliminar una caries. Para que en odontología sea eficaz cualquier medida terapéutica emprendida, el dentista debe sustituir la parte faltante con metal o porcelana (BAUM, 1996).

Nuevamente se deberá primero realizar la evaluación indicada para conocer los órganos dentarios que presentan lesiones cariosas, llenando el respectivo diagrama antes mencionado, odontograma, para elaborar un plan de tratamiento en lo referente a operatoria dental.

La operatoria dental es definida como todas las operaciones sobre dientes naturales y sus tejidos blandos conectados que son realizadas habitualmente por el dentista para la conservación o curación de sus enfermedades (BARRANCOS, 2002).

En odontología restaurativa, diversos factores, individuales o en conjunto pueden ocasionar hipersensibilidad o irritación de la pulpa.

Así como en las enfermedades sistémicas, en lo que se refiere a las enfermedades bucodentales, se debe promover el hábito de la prevención en la población para disminuir el índice de pacientes con problemas de caries, esto como un trabajo en conjunto paciente – odontólogo.

Las medidas de prevención habituales comienzan desde la niñez, tanto con la educación de los padres de familia para que guíen a sus hijos por el camino de la higiene bucal como con las campañas que la secretaria de salud y algunas instituciones privadas realizan de manera periódica en escuelas y lugares públicos esto con el fin de orientar a la población sobre la importancia del cuidado buco dental así como también para identificar focos de alarma en ciertas poblaciones mediante la detección de placa dentó bacteriana y con revisiones bucales superficiales (BARRANCOS, 2002).

En esta área preventiva también encontramos s selladores de fositas y fisuras los cuales son un auxiliar de gran importancia para prevenir las lesiones por caries sobre en niños.

Además de esto también se debe realizar de manera periódica aplicaciones de flúor en cada paciente que el odontólogo de practica general atienda en su consultorio, esto para remineralizar los órganos dentarios y disminuir el riesgo de la aparición de caries.

La caries dental es la destrucción o ablandamiento de la dentina y el esmalte, este proceso destructiva avanza con rapidez produciendo una socavez denominada cavidad, cuando el proceso carioso progresa al punto de penetrar esmalte y dentina estará indicado un procedimiento operatorio (BAUM, 1996).

La etiopatogenia de la caries dental fue propuesta por W. Miller en 1882 según Miller el factor más importante en la etiopatogenia de la caries era la capacidad de gran número de bacterias bucales de producir ácidos a partir de los hidratos de carbono de la dieta (NEGRONI, 2010).



Imagen 23: lesión por caries en premolar superior
Fuente: Atlas de operatoria dental (LANATA, 2008)

La dentición humana es heterogénea, comprende dientes incisivos, caninos, premolares, y molares los cuales difieren marcadamente en su forma y se adaptan a las funciones masticatorias especializadas de cada uno, por ello antes de comenzar con los tratamientos de operatoria deberá asegurarse de conocer a fondo lo anterior.

Para llevar a cabo a eliminación de la caries dental se utilizaran elementos rotatorios tales como fresas dentales y pieza de mano de alta velocidad, esto para retirar la caries y el tejido reblandecido por la misma, y posterior a ellos y dependiendo de la profundidad de cada cavidad, utilizaremos también recubrimientos pupares y bases como protección antes de colocar la restauración definitiva, utilizando los criterio que el especialista estomatólogo ya conoce, realizando también previamente el aislado completo de la pieza dental a tratar y de los dos dientes contiguos con dique de hule.

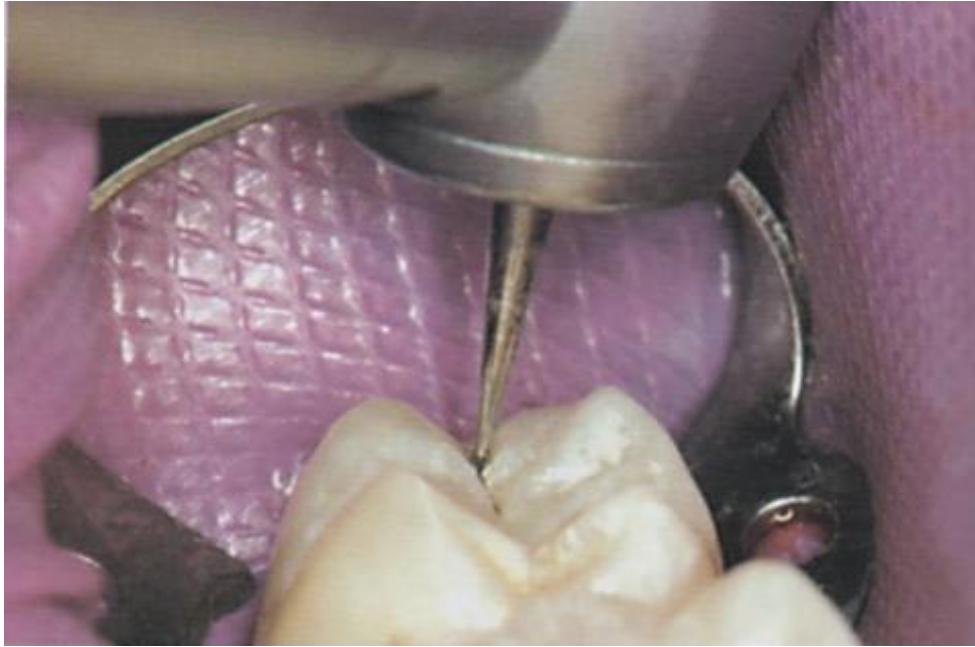


Imagen 24: utilización de pieza de alta velocidad en molar inferior

Fuente: atlas de operatoria dental (LANATA, 2008)

Es bien sabido que existe una gama vasta de materiales con los que se podría llevar a cabo a restauración en un procedimiento de operatoria dental sin embargo para fines de este proyecto mencionaremos únicamente las resinas compuestas foto curadas y las amalgamas.

Las resinas son monómeros de dieta acrílico y por ello se polimerizan por un mecanismo de acción iniciado por radicales libre, estos últimos son generados por activación química o por energía externa (calor o luz) (BAUM, 1996).

La amalgama es una aleación de dos o más metales no de ellos es el mercurio, que se preara al mezclar este último con la aleación metálica mediante un proceso denominado amalgamación o trituración (BAUM, 1996).

Tradicionalmente se ha sugerido que al remover la lesión cariosa se extienda la preparación hacia las superficies sanas del diente. Esto no es solo prioritario de las restauraciones metálicas, sino que puede llevarse a cabo con todos los materiales restauradores. Lo importante para la toma de decisiones, es conocer el índice de riesgo de caries de cada paciente.

La extensión en la preparación está dictada principalmente por el principio de conveniencia. Aun cuando un diente presente una resistencia muy alta al desarrollo de caries, es necesario considerar este principio para poder colocar y terminar adecuadamente la restauración, y si esto implica el tener que extender la preparación, es inminente el tener que extenderla. (BAUM, 1996).

Recordemos a grandes rasgos que de manera general una cavidad para resina contará con paredes rectas, piso redondeado y bode marginal biselado y paredes lisas la retención se hará de manera química tras la foto polimerización de la resina así que no requerimos mayor retención del tipo mecánica.



Imagen 25: características de la cavidad de una resina

Fuente: atlas de operatoria dental (LANATA, 2008)

En el caso de las amalgamas las paredes de la cavidad serán ligeramente convergentes hacia oclusal piso recto y borde marginal biselado, paredes lisas y contará con retención en el piso de la cavidad dado por la dirección de las paredes esto permitirá mejor estabilidad y retención de la amalgama.



Imagen 26: características de una cavidad para amalgama

Fuente: tratado de operatoria dental (BAUM, 1996)

De esta manera tenemos las alternativas principales para realiza los procesos de restauración de operatoria dental en el paciente que espera su rehabilitación protésica integral.

4.4 EXODONCIA

La terapéutica destinada a extraer el órgano dentario actuará sobre la articulación alveolo dentario (sinartrosis, sinfibrosis o gonfosis) que está formada por encía, hueso, diente y periodonto. La exodoncia es una maniobra cuyo fin es separar estos elementos, desgarrando el periodonto en su totalidad. Frecuentemente para conseguir luxar y extraer el diente deberemos distender y dilatar el alvéolo a expensas de la elasticidad del hueso (ESCODA, 2011).

La exodoncia es aquella parte de la cirugía oral que se ocupa de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción del mismo, mediante unas técnicas e instrumental adecuado, del lecho óseo que lo alberga.

La Exodoncia debe ser considerada como último recurso en la odontología moderna. Debemos como prioridad única la promoción y prevención en busca de la conservación de las estructuras dentarias como parte de la salud general de los individuos.

Es incuestionable que existen indicaciones para la exodoncia a nivel de los dientes temporales y permanentes. Todos los autores coinciden en que los motivos más frecuentes de extracción dentaria son la caries y la enfermedad periodontal. Se deben considerar además otras causas, como son: dientes retenidos, supernumerarios, anomalías de posición y situación, dientes temporales, dientes relacionados con quistes y tumores.

Para determinar la real necesidad de practicar una extracción debe existir el correcto llenado de una historia clínica, valoración estomatognática por parte del cirujano dentista, estudios complementarios, modelos de estudio, radiografías, al menos periapicales que ayuden a diagnóstico de la condición del paciente y en caso necesario que faciliten a odontólogo una vista previa del órgano dentario en cuestión, su forma tamaño y posición.

Si hablamos de pacientes sistémicamente comprometidos también se tomará en cuenta realizarle solicitud de estudios de laboratorio esto con el fin de prevenir cualquier complicación durante o después del acto quirúrgico de extracción dental en el consultorio.

Consta de:

- Sindesmotomia se des inserta el diente del ligamento periodontal
- Luxación: Movimientos de lateralidad o rotación según la anatomía dentaria, en dirección apical, hasta lograr la dilatación del alvéolo.
- Aprehensión: colocación del fórceps al diente cuidando no incluir la encía.
- Tracción: Salida del diente de su alvéolo. Inmediatamente se debe observar la integridad o no de las raíces y mantener el diente en el paquete del instrumental con que se está trabajando.
- Avulsión se consigue cuando la cortical más delgada cede (ESCODA, 2011)

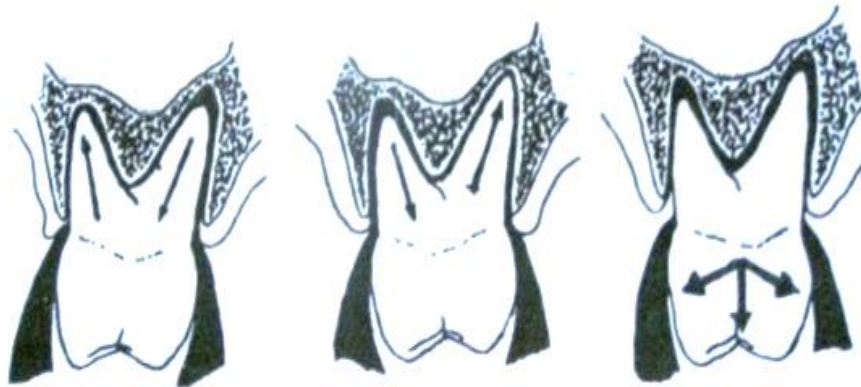


Imagen 27: demostración de los movimientos con el fórceps
Fuente manual de exodoncia (PINOT, 20015)

La extracción o exodoncia dental requiere de fuerzas controladas para separar o luxar el diente de su alveolo y para ello se han diseñado instrumentos ideales (pinzas o fórceps para extracción) que permiten que esta fuerza ejercida por el brazo y la mano del estomatólogo para llevar a cabo la extracción, se continúe hasta el diente, posibilitando que el diente realice su propia avulsión, sin necesidad de usar la “bárbara maniobra de tironear el diente de su alveolo por la fuerza bruta”. (PINOT, 20015).

Para entender cómo, “el diente se extrae por sí mismo”, la fuerza ejercida por los músculos y la mano del operador a través de las ramas y mordientes de estos instrumentos llega hasta el diente de forma firme y lenta, mediante los movimientos de lateralidad ejercidos sobre el fórceps, que dilatan gradualmente las tablas óseas maxilares, hasta que el diente puede ser extraído con comodidad, sin necesidad de ser “arrancado” de su lecho.

Posterior a la finalización de la exodoncia se realizara hemostasia, colocando una gasa con presión directa en el alveolo, lavamos con solución fisiológica cloruro de sodio utilizando una jeringa y ligera presión al aplicarla, colocamos nuevamente una gasa le pedimos al paciente que la muerda sin hacer fuerza excesiva y que la retire en un lapso de una hora aproximadamente, no antes para evitas que el coagulo que se está formando se elimine y se reactive la hemorragia (ESCODA, 2011).

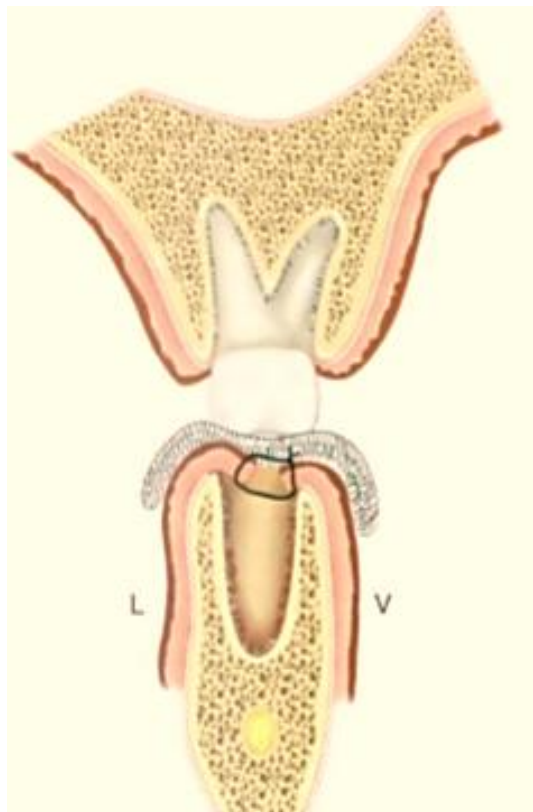


Imagen 28: gasa estéril sujeta con el antagonista
Fuente: tratado de cirugía bucal (ESCODA, 2011)

Indicaciones post operatorias

Son las indicaciones o recomendaciones que el profesional odontológico le realiza a su paciente, inmediatamente concluida cualquier tipo de intervención quirúrgica, (extracción dentaria, cirugía bucal, etc.) con el objetivo de:

- Prevenir hemorragia e infección
- Controlar el dolor
- Estimular la cicatrización

Estas indicaciones incluyen entre otras cosas, colocar frío localmente, mantener higiene bucal, enjuagarse con agua destilada, advertir al paciente de no morderse la lengua o mejillas, evitar fumar y exposición prolongada a temperaturas elevadas, así como la medicación con analgésicos y antibióticos.

Existen situaciones que requieren especial atención tal es el caso que se presenta algún tipo de emergencia en el consultorio dental, la más común es la lipotimia o síncope con frecuencia ocurre durante el acto de la anestesia sin ser un estado alérgico, por lo que en este momento se debe insistir en la psicoterapia.

A pesar de no ser tan comunes también debemos estar alertas sobre situaciones de probables reacciones alérgicas, shock hipovolémico, crisis nerviosas o anginas de hecho recordemos que las situaciones en las que observamos sangre involucrada son asimiladas de manera distinta por cada paciente.

4.5 PACIENTES SISTÉMICAMENTE COMPROMETIDOS

En México el índice y las estadísticas de pacientes sistémicamente comprometidos es en extremo elevado sobre todo de enfermedades que representan un riesgo cardiovascular importante tales como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

La hipertensión arterial es una enfermedad con una alta prevalencia alrededor del mundo y nuestro país no escapa a esta realidad, ya que aproximadamente el 30% de la población mexicana padece hipertensión arterial (alrededor de 15 millones de mexicanos son hipertensos)¹. En el 90% de los casos de hipertensión arterial la causa es desconocida y a esta forma se le ha denominado “hipertensión arterial esencial”. (BOO, 2009).

Las consideraciones más importantes al atender pacientes que padezcan hipertensión arterial son las que se involucran con la aplicación de anestésicos locales cuya composición contenga vasoconstrictores ya que estos tienen la capacidad de elevar la tensión arterial al grado de poder ocasionarle al paciente una crisis hipertensiva.

Este tipo de hipertensión se presenta principalmente en mujeres con obesidad, se debe recordar, que en estas pacientes, no es el efecto diurético el responsable de la acción anti-hipertensiva, sino la depleción de sodio de la musculatura lisa de las arteriolas periféricas, que disminuye considerablemente la respuesta vasoconstrictora a las catecolaminas, por lo que a pesar de que no se hace evidente el efecto diurético, si se manifiesta el efecto antihipertensivo. (BOO, 2009).

También es importante considerar la posición en la que colocaremos al paciente ya que el paciente hipertenso tiene mayor predisposición a la elevación de la presión intra craneal.

Aquí también radica la importancia de la toma de signos vitales antes durante y después de la consulta dental para tener un control de las descompensaciones que podría tener el paciente y de las posibles complicaciones con estos pacientes, asimismo durante el interrogatorio conocer los medicamentos que ingiere y saber si ese día previo a la consulta los tomo de manera regular, y de no ser así hacer la invitación a que no suspenda o interrumpa sus tratamientos.

Siguiendo el hilo de enfermedades sistémicas con mayor incidencia encontramos la diabetes. La expresión diabetes mellitus por sí sola no define la enfermedad, pero en la práctica cualquier trastorno que produzca elevación de la glucosa plasmática después de ayuno tiende a denominarse diabetes mellitus. Algunas enfermedades se acompañan de hiperglucemia persistente, y de esta forma tienen características para suponer el diagnóstico.

En términos más concretos, la diabetes mellitus es una enfermedad determinada genéticamente, en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a ésta.

Cuando la enfermedad alcanza pleno desarrollo, se caracteriza por hiperglucemia en ayunas y, en la mayoría de pacientes con larga evolución de la enfermedad, por complicaciones microangiopáticas, en especial renales y oculares, así como macroangiopatía con afección de arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y neuropatía. (ANDRADE, 2013).

La realidad es que la ocurrencia de diabetes a nivel mundial se ha incrementado, y de 150 millones de diabéticos en el año 2000 se estimaron 366 millones de individuos con diabetes en 2011 y para el año 2030 de 552 millones.⁶ Este incremento, sin embargo, será diferencial en los países desarrollados (42%) en comparación con aquellos en vía de desarrollo (170%). En México se espera un incremento todavía mayor (208%).

Y la diabetes no debe preocuparnos solo por considerarse una enfermedad incapacitante a largo plazo o por las repercusiones sociales y económicas que esta tienen sino porque tiene una relación directa con las enfermedades de los tejidos de soporte, así como con el incremento de infecciones bucodentales y por supuesto con el fracaso en cirugías o extracciones recordemos que un paciente diabético tiene procesos de regeneración mucho más lentos en comparación con una persona sana (ANDRADE, 2013).

Sin duda alguna los estilos de vida son el principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes, y se ha estimado que 90% de los casos pueden atribuírsele a dicha causa.

Así que como profesionales de la salud también deberemos supervisar los niveles de glucosa del paciente y ofrecer consejos de alimentación saludable, así como de higiene bucal esto de manera preventiva para evitar lesiones o infecciones que causen otro tipo de complicaciones bucales y sistémicas.

Además de la hipertensión arterial debemos tener también consideraciones con pacientes cardiopatas recordemos que el índice de obesidad en México se encuentra considerablemente elevado y por ello la incidencia de enfermedades cardiovasculares como arritmias cardiacas, soplos, etc. Es estos casos la interconsulta deber ser necesaria para asegurar la salud del paciente.

Otros problemas de salud que aquejan a la población mexicana y que va en incremento es la insuficiencia renal la cual no se debe dejar pasar sobre todo en los procesos anestésico debido a que la filtración y excreción de las sustancias anestésicas será más complicadas y causará mayor daño celular.

Las condiciones respiratorias también deben captar nuestra atención, siempre que tenemos un paciente con enfermedades crónicas del aparato respiratorio la posición y a toma de impresiones deberán hacerse con especial cuidado y supervisión.

4.6 CANALIZACION CON ESPECIALISTAS

Las demandas crecientes de atención médica de la población, la transición epidemiológica que vive el país, y la necesidad de incrementar la calidad de la atención médica ofrecida al usuario, han hecho del envío de pacientes un procedimiento cada vez más utilizado.

Esto ha motivado la formación de un grupo de trabajo que permita, por un lado, la coordinación de las diferentes instituciones que ofrecen atención médica en la población no asegurada de la Ciudad de México y por otro el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales disponibles en las instituciones que lo conforman.

Si bien se ha logrado un importante desarrollo de los servicios médicos, en la actualidad grandes sectores de la población no tienen acceso a la seguridad social ni a la atención privada, por lo que acuden a libre demanda a recibir atención en los servicios médicos para población abierta.

El Manual de Referencia y Contra referencia de pacientes es un instrumento elaborado por la Secretaría de Salud, con la participación de las instituciones del Sector que atienden a población abierta, con el propósito de que en sus tres niveles de atención se cuente con un documento normativo que facilite la atención de los pacientes que acuden a solicitar servicios.

La referencia/contra referencia es un procedimiento administrativo de coordinación que emana del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta.

Los estudios de laboratorio y rayos “X” serán utilizados por los tres niveles de atención, evitando dispendio, optimizando tiempos y disminuyendo costos de atención, solamente se repetirán los estudios en forma estrictamente justificada lo cual deberá supervisarse periódicamente.

Es importante entender las limitaciones tanto físicas como intelectuales y en lo referente a las condiciones del consultorio y los recursos disponibles, con base en esto los padecimientos que no sea posible atender en el consultorio de practica general para realizar la canalización al especialista que se requiera y así conseguir también un buen trabajo en equipo con todas las disciplinas odontológicas

Para saber a dónde vamos a referir a nuestro paciente es necesario contar con conocimientos por lo menos de manera general de todas las disciplinas odontológicas.

Endodoncia

La endodoncia abarca el estudio y la práctica de las ciencias básicas y clínicas de la biología de la pulpa dental normal y la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental junto con afecciones asociadas.

La endodoncia ha evolucionado enormemente en la última década y sus aplicaciones han mejorado inmensamente la calidad del tratamiento dental.

La terapia endodóntica (comúnmente conocida como “terapia del conducto radicular”), el retratamiento endodóntico, la cirugía, el tratamiento de los dientes agrietados y el tratamiento del trauma dental son las principales terapias ejercidas dentro de la endodoncia.

Cirugía Oral y Maxilofacial

Se especializa en el tratamiento de muchas enfermedades, lesiones y defectos en la cabeza, el cuello, la cara, las mandíbulas y los tejidos duros y blandos de la región oral (boca) y maxilofacial (mandíbulas y cara). Es una especialidad quirúrgica internacionalmente reconocida.

Ortodoncia

Ortodoncia se deriva del griego “orthos” (correcto, recto) y “odont” (diente) lo cual deriva en “corrección de dientes”.

Es la rama de la odontología que se ocupa principalmente del diagnóstico, prevención y corrección de los dientes mal posicionados y las mandíbulas.

Odontología pediátrica

Es la rama de la odontología que trata con la salud bucal de los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia.

Entre sus funciones está el diagnóstico de enfermedades bucales, la limpieza y el tratamiento con fluoruro, así como la prevención de caries o enfermedades.

Además, la odontología pediátrica se encarga de controlar el crecimiento de dientes y mandíbulas y realizar procesos quirúrgicos necesarios para mantener la salud bucal en niños y adolescentes.

Dentro las consideraciones que se deben tomar antes de hacer la referencia, es conocer el nivel socioeconómico de los pacientes y de la zona donde desarrollamos nuestra actividad odontológica, por supuesto también debemos tener vasto conocimiento sobre las instituciones que tendrán a bien dar solución a nuestros patinetes y sus padecimientos.

CAPÍTULO V

COMUNICACIÓN ODONTÓLOGO PACIENTE

5 COMUNICACIÓN ODONTOLOGO PACIENTE

Como profesionales de salud existen ocasiones en las que damos por sentado que el paciente entiende todas las explicaciones que nosotros le estamos dando sin embargo en muchos de los casos los términos utilizados no suelen ser precisamente los más claros para ellos, es por esta razón que lo primordial al hablar con un paciente sobre su diagnóstico pronóstico y plan de tratamiento se debe ser o más claro posible preguntarle si entiende el término que estamos usando y si no es así cambiar la palabra por una que se acerque más a al concepto que queremos que el paciente interprete.

Los pacientes al acudir a la consulta establecen una relación con su dentista y con el equipo de profesionales que les tratan durante sus visitas. La base fundamental de esta relación debe estar siempre dentro del marco de la confianza. Esta relación se debe cuidar y mantener al máximo, de manera constante, vigilando todos sus aspectos ya sean a nivel científico, técnico, o de relación social o amistad (RIO, 2003.).

La comunicación dentista–paciente se debe establecer y mantener de manera continua durante todas las visitas y en todas las fases del tratamiento. De este modo, se puede llegar a una plena satisfacción por ambas partes.

Todo el aspecto acerca de la valoración y el plan de tratamiento se deben comunicar con el paciente se le deberá explicar primero el tratamiento que se tiene pensado de manera inicial, así como la razón de haber seleccionado dicho tratamiento, si al explicar esto el paciente decide que no lo recibirá, entonces también es nuestro deber tener una o dos alternativas de tratamiento para ofrecerle al paciente diversas opciones obviamente haciendo de su conocimiento los pros y contras de su elección

Por eso es tan importante el plan de tratamiento el consentimiento informado, son dos aspectos que nos permitirán hacer ver al paciente todas sus opciones y también permiten que el paciente sea quien se convierta en responsable de la decisión que él tome no sin antes habernos escuchado en lo referente a su tratamiento de rehabilitación.

Recordemos que el paciente también deberá estar enterado y por lo tanto autorizar la realización de todos los tratamientos previos al rehabilitación protésica definitiva y hecho esto también debemos informar e tiempo y recurso económico que el paciente invertirá.

Con todos estos datos podremos estar tranquilos de haberle otorgado al paciente honestidad ética profesional, opciones de tratamiento y la seguridad de que no solo tendrá una prótesis fija o removible sino la oportunidad de recuera su salud buco dental integra.

La motivación es una respuesta interna del individuo al conocimiento previamente elaborado, que le anima y le empuja a actuar en función de satisfacer una necesidad. Es compleja y conlleva un conjunto de ideas, sentimientos, deseos y esperanzas que inician, mantienen y regulan el comportamiento hacia determinados objetivos. (RIO, 2003.).

5.1 PLAN DE TRATAMIENTO

El plan de tratamiento es el proceso a través del cual el tratante y el paciente identifican y ordenan según su importancia y secuencia lógica, problemas que necesitan solución, se acuerdan metas a corto y a largo plazo, y se deciden los métodos de tratamientos y los recursos a utilizar.

Es una lista ordenada de soluciones que responde a la lista de problemas planteada en el diagnóstico.

Los objetivos del plan de tratamiento son los siguientes:

- Guía el curso del tratamiento de problemas y situaciones identificadas.
- Es un documento dinámico que se actualiza ante las presentes necesidades del paciente.
- Evalúa el progreso del tratamiento a través de metas y objetivos específicos.

El plan de tratamiento debe ser altamente individualizado para cada paciente y su enfermedad, y debe comprender soluciones a las necesidades del paciente considerando su motivo de consulta, preferencias personales, expectativas del tratamiento, principales preocupaciones, etc.

- Eliminar factores etiológicos.
- Eliminar signos y síntomas de la enfermedad.
- Recuperar función.
- Recuperar estética.
- Otorgar confort psicológico.

- Instaurar medidas preventivas y de mantención
- El plan de tratamiento planteado para un paciente en particular se puede clasificar de dos formas:
- Ideal: es el plan de tratamiento que se realizaría si el paciente dispone de tiempo, recursos monetarios, de ganas, y que el profesional disponga de los recursos técnicos para ejecutar el tratamiento, es decir, en condiciones ideales.
- Posible o alternativo: es el tratamiento que se realiza con los recursos disponibles.

Para ofrecer al paciente un panorama completo de sus necesidades y opciones debemos relacionar diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.

El diagnóstico es una caracterización de los problemas y condiciones que presenta un paciente, determinados a través del examen físico y exámenes complementarios, constituye la base sobre la cual se sustenta todo tratamiento. Las acciones del tratamiento deben ir en la resolución de estos problemas y condiciones, sino estas serían inconsistentes.

En tanto, el pronóstico es el resultado probable y curso de la enfermedad basado en las condiciones individuales del paciente.

Por lo tanto, para determinar correctamente el pronóstico debemos basarnos en el diagnóstico correcto del paciente (considerando todas las características de su enfermedad y condiciones agravantes o condicionantes de esta) y ocupar la evidencia científica como predictor del nuestro tratamiento. (TAMAYO, 2004).

Establecer prioridades de atención sobre todo dentro de la rehabilitación bucal integral es vital para permitir la recuperación de los tejidos en caso de ser necesario.

La recolección de toda la información necesaria permite al clínico determinar las prioridades relativas al tratamiento. Ya establecidas, el tratamiento puede ser organizado en fases.

El plan de tratamiento debe seguir una progresión lógica sobre todo enfocada a los padecimientos de mayor gravedad y que podrían representar una complicación para la rehabilitación protésica.

Es necesario concluir satisfactoriamente una etapa antes de continuar con la siguiente, razón por la cual a veces es necesario repetir alguna etapa, por ejemplo, el detartraje o pulido radicular.

Pero no debemos olvidar que la adhesión al tratamiento del odontólogo por parte de los pacientes también se puede ver influida por una serie de factores como:

- Iniciar y continuar el programa de tratamiento prescrito por el odontólogo.
- Asistir a las horas de consulta citadas y acudir a las revisiones periódicas.
- Tomar correctamente la medicación prescrita o realizar los cuidados bucales oportunos.
- Mantener los cambios iniciados en el estilo de vida hacia una mejora de los hábitos y de la higiene oral.
- Realizar correctamente el régimen terapéutico indicado para sus cuidados en el hogar.
- Evitar comportamientos de riesgo que puedan influir en su estado de salud oral.

5.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es el resultado evolutivo del cambio cultural de la relación entre el prestador de servicios médicos y la ciudadanía. Es conocido que la moderna doctrina del consentimiento informado nace en la problemática de los tribunales norteamericanos a principios del siglo pasado, en cuyas resoluciones se destacan, junto al fundamento jurídico, el carácter de postulado y dimensión ética.

En éstas, se declara terminantemente que todo ser humano de edad adulta y mente sana tiene el pleno derecho de decidir qué se puede hacer con su propio cuerpo y que quien realice una prueba o intervención sin el consentimiento del afectado comete un delito. (TAMAYO, 2004).

En México hemos tratado de dejar muy claro esto a través de la elaboración de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, en donde por lo menos tres de sus puntos se refieren al derecho que tienen los pacientes de recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; a decidir libremente sobre su atención y a otorgar o no su consentimiento válidamente informado cuando se va a someter a algún procedimiento con riesgo, de tal manera que los médicos tenemos la obligación de observar el respeto de estos derechos.

Es muy importante que no confundamos lo que significa la libertad prescriptiva con el derecho de autonomía que debe de tener el paciente; la libertad prescriptiva tiene que ver con la facultad del personal de salud para prestar sus servicios a su leal saber y entender en beneficio del enfermo, atendiendo las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que los presta, es decir, la autonomía del paciente no puede interferir con la libertad prescriptiva del médico; una vez que el paciente ha dado su autorización para que sea sometido a algún riesgo, el médico tendrá que tomar sus propias decisiones de acuerdo, como ya lo dijimos, al modo, tiempo y lugar.

Hay que recordar que la palabra paciente viene de “padeceré”; el que padece, el que sufre, el que tiene alguna enfermedad y que por eso necesita de nuestra ayuda. En los últimos años la sociedad ha querido participar en la toma de decisiones, es por eso que se ha reconocido el derecho a la autonomía del paciente como un principio, que reemplaza al del paternalismo en el ejercicio de la práctica médica. Este derecho tiene su fundamento en la libertad del enfermo para que él mismo pueda tomar sus decisiones. (TAMAYO, 2004).

Respetar la autonomía del enfermo significa considerarlo no sólo un participante activo del proceso de atención sino el dueño auténtico de las decisiones. Autonomía es la facultad de gobernarse a sí mismo y de tomar las decisiones que lo involucran, pero también la de negarse incluso a seguir las prescripciones si no le parecen convenientes. Para los médicos, el pronunciarse a favor de este principio significa adquirir responsabilidades adicionales.

Una proporción de pacientes se niega a ejercerla y las decisiones son colegiadas (familiares, conyugales, médico-paciente), consulta con ellos antes de asumirlas.

Deberán contener como mínimo:

- Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;
- Nombre, razón o denominación social del establecimiento;
- Título del documento;
- Lugar y fecha en que se emite;
- Acto autorizado;
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;
- Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y
- Nombre completo y firma de los testigos. (SEGOB S. , 1998)

Realizar y dar al paciente a firmar una carta de consentimiento informado tendrá diversos objetivos el principal de ellos será dar a conocer las decisiones tomadas en conjunto paciente-odontólogo, así como las posibles complicaciones, retrasos y condicionantes de cualquier tipo, de este modo da por enterado al paciente y al presentarse cualquiera de estas situaciones evitar problemas sobre todo de tipo legales.

Siendo el caso fortuito, todo acontecimiento debido al azar, que excluye toda culpa por parte del deudor o del autor aparente del daño, por ende, también de responsabilidad civil. Hay autores que no distinguen el caso fortuito de la fuerza mayor. Otros estiman que este último, es debido a la participación del hombre, a diferencia del primero que es derivado de la naturaleza. (TAMAYO, 2004).

La Norma Oficial Mexicana “Del Expediente Clínico” define al consentimiento bajo información como: “Los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios”. (SEGOB S. , 1998).

CAPÍTULO VI

POST - OPERATORIO

6 POST - OPERATORIO

Finalmente y no menos importante la labor del odontólogo al llevar a cabo una rehabilitación protésica al paciente no termina con la realización de dicho tratamiento propiamente dicho, nuestro trabajo continuara un tiempo más hasta asegurarnos que el paciente haya cumplido con los objetivos que nos planteamos desde el principio es decir hasta haber logrado restablecer la funcionalidad del sistema estomatognatico, la estética y la confianza la paciente.

Como su nombre lo dice el post operatorio es todo lo que se realizara posteriormente a la rehabilitación bucal y esto por supuesto no es en uno o dos días serán algunas semanas de revaloraciones supervisiones orientación al paciente para que se acostumbre al nuevo aparato que ahora forma parte de su cavidad oral. (PINOT, 20015).

Todo lo relacionado al post operatorio deberá ser un trabajo conjunto del odontólogo y el paciente para que el tratamiento se considere exitoso.

Es normal y debemos familiarizarnos con que el paciente quizás en varias ocasiones nos diga que no se siente bien al cien por ciento, confiado en nuestro trabajo y en que si seguimos el proceso de manera correcta y adecuada lograremos que el paciente si sienta satisfecho con nuestra labor y por supuesto consigo mismo a largo plazo.

Recordemos que la rehabilitación deberá ser integral así que el post operatorio también se debe aplicar a todos los tratamientos que realizamos y no solo a la prótesis en sí. (RIO, 2003.).

6.1 REVALORACIÓN

Posterior a finalizar el tratamiento con el paciente se le darán las respectivas indicaciones:

Prótesis fija: La prótesis fija crea unas copias dentarias fabricadas a medida de la boca del paciente, que se cementan a dientes naturales previamente desgastados y se cubren con esta prótesis. Son usadas para restaurar partes deterioradas de dientes o reponer algunos dientes ausentes. (SHILLINGBURG, 2000).

Esta es una de las prótesis más comunes y mejor toleradas por los pacientes, pero en su contra tiene que, a pesar de no producir muchos problemas, es más costosa. Sus cuidados son fáciles ya que no hay que desmontarla de la boca para limpiarla, pero exige más cuidado de higiene dental por el paciente y debe ser regularmente vigilada por el dentista.

La higiene buco-dental parte del paciente y debe incluir cepillado de dientes y uso de seda dental después de cada comida, además de enjuague oral todas las noches. Debe tener sumo cuidado con golpes, especialmente al tomar bebidas en botella. La porcelana es un material de mucha dureza, pero puede fracturarse con un golpe en seco con un objeto sólido. En caso de ocurrir un accidente o golpe acuda a su dentista.

Prótesis Parcial Removible: La prótesis dental removible se usa para reemplazar dientes ausentes y las estructuras óseas que se han ido menguando a lo largo del tiempo. Son aparatos bucales con dientes artificiales, que se pueden y deben extraer de la boca. Mejoran la masticación, la estética y el habla. Estos aparatos de prótesis removible se sujetan a algunos dientes naturales mediante retenedores y a veces también descansan sobre el hueso. (LONEY, 2008).

El problema más grande que presentan es que con el tiempo los dientes naturales de la persona se desplazan o cambian de posición, y esto hace que la prótesis se desadapte, produciendo molestias y hasta ulceraciones, que conducirán finalmente a tener que cambiar la prótesis. Tampoco sustituyen de manera efectiva los dientes originales para la masticación, ya que su capacidad de corte y trituración es menor. Y al no ser fijas, se puede sentir cierto balanceo de la prótesis en la boca.

Sus cuidados también se refieren a la higiene bucal del paciente. Debe lavar después de cada comida la prótesis y la boca. Por lo menos una vez al día debe limpiar la prótesis con un cepillo especial para prótesis y un poco de pasta de dientes. Las partes metálicas requieren especial atención. Puede usarse un hisopo o bastoncillo con alcohol para limpiar esta superficie y dejarla brillante. Si la parte metálica esta mate es que presentan placa bacteriana que puede producir caries. Si bien es imposible supervisar que el paciente las siga al pie de la letra si debemos llevar un seguimiento para vigilar que no existan complicaciones en el o los tratamientos que se le realizaron (GIRALDO).

Una visita periódica cada mes por lo menos 6 meses serán las indicadas para lograr lo anterior.

Después de esto podremos pedir a nuestro paciente que acuda a consulta si nota cualquier situación extraña.

6.2ALTA

Se requiere explicar al paciente que la etapa de adaptación a las nuevas prótesis puede tardar hasta 8 semanas, por lo cual es necesario que asista a los controles de oclusión programados en donde se harán los alivios y ajustes oclusales requeridos, con el objeto de facilitar este proceso. En caso de presentar aftas o úlceras, será necesario utilizar enjuagues bucales farmacéuticos o naturales como la caléndula y adelantar la cita de control. (ROSENSTIEL, 2008).

En cuanto a la higiene, se debe indicar el cepillado de los dientes remanentes y de los rebordes residuales con un cepillo de cerda suave tres veces al día con crema dental y seda dental donde esté indicado, la prótesis debe ser cepillada con igual frecuencia, o en su defecto dos veces al día.

Ésta debe cepillarse con un cepillo de cerda dura y jabón. Durante la noche se recomienda dormir sin las prótesis y sumergirlas en un vaso con agua y un poco de enjuague bucal o unas gotas de vinagre, o en medio vaso de agua con 1 tableta disuelta de Corega Tabs. Cuando por razones estéticas y sociales el paciente se resiste a retirarse las prótesis durante la noche, se le indica que debe descansar de ellas mínimo 4 a 6 horas por días, en un horario que él mismo deberá establecer, para mantener la salud de la mucosa subyacente. (DESPLAST).

El alta de nuestro paciente podremos otorgarla finalizadas las visitas de control, siempre y cuando no existan evidencias de que el tratamiento está fracasando o no está cumpliendo con su objetivo.

Recordemos que en el presente trabajo de investigación hablamos de que las prótesis deberán devolver estética funcionalidad y comodidad al paciente, al realizar un tratamiento bucal integral antes de la colocación de una prótesis aseguramos estos aspectos y con ello daremos por finalizada nuestra labor con el paciente.

DISCUSIÓN

La revisión bibliografía de todo lo referente a la rehabilitación protésica, es variada, sin embargo el objetivo siempre se encauza a la restauración de las funciones del aparato estomatognático.

De manera general el término acondicionamiento se indica el hecho de poner algo o a alguien en condiciones para que pueda cumplir sus objetivos y funciones.

Partiendo de esta definición que claro el objetivo del acondicionamiento preprotésico, debemos poner en condiciones óptimas la cavidad oral para la colocación y por lo tanto el éxito de la prótesis.

Así mientras existen literaturas que describen que la preparación de boca para una prótesis dental parcial removible (PPR) es, con toda seguridad, la secuencia más importante de todas las fases que componen su construcción (GIRALDO).

Existen autores que le dan una importancia mucho más elevada a las condiciones sistémicas, Cosme gay menciona que con el gran avance de existente en las ciencias de la salud cada vez más el odontólogo y el cirujano dental deberán trabajar en colaboración con los especialistas médicos para realizar estudios preoperatorios que demuestren si existe la oportunidad o no de realizar tratamientos dentales (ESCODA, 2011).

Por otro lado observamos que si bien se considera relevante la necesidad de realizar extracciones de manera inicial (KARRING, 2009), también existe evidencia de lo verdaderamente importante que es lograr un ambiente bucal libre de focos infecciosos retirando de ella todas las caries antes de continuar con el tratamiento (RIVERA, 2012).

Las necesidades bucales de mayor prevalencia, son las caries dentales y la enfermedad periodontal, las de frecuencia media son las anomalías cráneo facio dental y la enfermedad mal oclusiones, las de frecuencia variable son el cáncer oral, las alteraciones de los tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental. (SECRETARIADESALUD, 2009).

Sin embargo y como ya lo hemos venido mencionando la rehabilitación bucal integral va más allá de solucionar solo el problema actual del paciente, se debe ofrecer un plan de tratamiento que devuelva las funciones perdidas en la cavidad oral del mismo.

Tomando lo relevante del conocimiento vertido en los trabajos previos a este considero que el aspecto bacteriano tiene una gran relevancia durante la realización del tratamiento protésico sobre todo como prevención de reparación de infecciones o condiciones patológicas que impidan el éxito del tratamiento protésico.

CONCLUSIONES

La realidad que atraviesa la odontología en la actualidad exige mucho más criterio para la atención de nuestros pacientes en el consultorio, en medida de lo posible supervisamos no solo las atenciones odontológicas sino también las condiciones médicas.

La intervención del odontólogo en la salud buco dental del paciente repercutirá de manera irreversible y es en esto en lo que tenemos que pensar al atender a cada uno de los individuos que ingresen con nosotros.

La evidencia de éxito en rehabilitaciones protésicas que previamente tuvieron una atención integral es evidentemente superior de aquellas que solo significaron la colocación de una prótesis fija o removible.

El punto más importante es dejar en claro que el acondicionamiento pre protésico es verdaderamente esencial para crear en la boca del paciente las condiciones que permitan el correcto funcionamiento del aparato protésico que se haya decidido colocar.

Estas condiciones son fácilmente logradas siempre y cuando la valoración inicial también se realice de manera integral como vimos la observación clínica no suele ser suficiente para realizar un diagnóstico completo por ellos debemos utilizar herramientas auxiliares como modelos de estudio o radiografías y en conjunto con la observación llegar a identificar las necesidades del paciente.

En conjunto realizar una valoración exhaustiva de las condiciones buco dentales y sistémicas del paciente nos ofrecerá un panorama mucho más amplio del tipo de tratamiento protésico que este necesita y partiendo de aquí se determinará las condiciones que se desean lograr antes de la confección de la prótesis, con ello el diseño del plan de tratamiento cubrirá todas las necesidades del paciente y nos permitirá ofrecerle un resultado exitoso en su rehabilitación.

ANEXO I

GLOSARIO

AJUSTE OCLUSAL: Remodelación de las superficies de masticación de los dientes para restablecer el contacto adecuado entre los dientes superiores e inferiores.

AMALGAMA: Es una aleación de varios metales. Es un material muy usado en los dientes posteriores.

ALETA DE MORDIDA: Radiografía que permite detectar las caries entre los molares y premolares superiores e inferiores simultáneamente.

APICE: El final de la raíz de un diente.

ATM: Se refiere a la articulación temporomandibular. (ATM): La articulación de la bisagra de unión entre la mandíbula y la base del cráneo. El término común es articulación de la mandíbula.

BACTERIA Microorganismo unicelular, capaz de producir múltiples enfermedades en el ser humano. Morfológicamente, las bacterias pueden ser: cocos (esféricos), bacilos (en forma de bastón) y espirilos (de formas onduladas)

BIRRADICULAR Dientes que tienen dos raíces, suelen ser los premolares

BOLSA PERIODONTAL Surco gingival profundizado patológicamente; una característica de la enfermedad periodontal.

CARIES: El término comúnmente usado para la caries dental.

DESBRIDAMIENTO: La eliminación de tejido enfermo similar a un legrado.

DESTARTRAJE: Procedimiento para retirar el cálculo o tártaro del diente.

DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Funcionamiento anormal de la articulación temporomandibular; también se refiere a los síntomas que se presentan en otras áreas secundarias de la disfunción.

ENFERMEDAD PERIODONTAL Enfermedad de las encías o piorrea. Inflamación e infección de encías, ligamentos, huesos y otros tejidos que rodean los dientes. La gingivitis y la periodontitis son las dos formas principales de enfermedad periodontal. Es la afección de los tejidos que rodean y soportan a los dientes, cursa con inflamado de encías avanzando hasta el hueso, provocando sangrado de encías y caída de dientes. El tratamiento de la enfermedad es complejo, medidas higiénicas, tartrectomía, medicamentos y eliminación de la infección debajo de las encías con raspado y alisado.

EVALUACIÓN BUCODENTAL COMPLETA La que hace un dentista general y/o un especialista cuando realizan la evaluación completa de un paciente. Es una meticulosa evaluación y registro de los tejidos duros y blandos extra orales e intraorales. Debe incluir la evaluación y el registro de las historias dental y médica del paciente y una evaluación de la salud general. Por lo general incluye la evaluación y el registro de las caries dentales, de los dientes perdidos o no erupcionados, de las restauraciones, de la relación oclusal, de las condiciones periodontales, las anomalías de los tejidos duros y blandos, etc.

FURCA: La zona de los dientes multirradiculares, donde las raíces se divide.

GINGIVITIS: Enfermedad inflamatoria de las encías por lo general acompañada de sangrado.

INTERPROXIMAL Entre los dientes.

MALOCCLUSIÓN Mal posición de las superficies de mordida o masticatorias de los dientes superiores e inferiores.

OCLUSAL Pertenece o relativo a las superficies masticatorias de los premolares y molares o a las superficies de contacto de dientes o cantos opuestos de oclusión.

ORTOPANTOMOGRAFÍA nombre técnico de la exploración radiográfica de toda la cavidad bucal y estructuras próximas (ver panorámica)

ORTOGNÁTICA: (1) Pertenece a la relación funcional de los maxilares superior e inferior. (2) Cirugía que se encarga de la corrección de las deformidades maxilares y faciales.

PERIODONTAL: En cuanto a los tejidos de soporte de los dientes incluyendo las encías y el hueso.

PILAR: Un diente en el que se apoya un puente fijo. En implantología, elemento que conecta el implante con el exterior del hueso y la encía

PLACA: una sustancia blanda y pegajosa compuesta por bacterias que se adhiere a los dientes. Es responsable de la caries dental, así como de enfermedades de las encías.

PÓNTICO: La parte de una prótesis fija (puente) que no va apoyada sobre tejido dentario y es el diente artificial.

PRÓTESIS PARCIAL: Un dispositivo extraíble que reemplaza varios dientes perdidos.

PROVISIONAL: Un dispositivo temporal o provisional, como una prótesis temporal, corona o un puente. Se utiliza durante la cicatrización de los tejidos, o mientras se fabrica la prótesis definitiva.

PUENTE: Nombre común con que nos referimos a las prótesis fijas que reponen algún diente faltante.

PUENTE DE MARYLAND: Diente artificial que se une a los dientes adyacentes con resina. Nombre debido a que fue desarrollado en la Universidad de Maryland.

RE-EVALUACIÓN—LIMITADA Esta incluye la evaluación del estado de una condición pre-existente. Algunos ejemplos de condiciones que requieren este tipo de evaluación pueden incluir: Una lesión traumática que no fue tratada, pero en que el paciente necesita controles posteriores; Evaluación por un dolor continuo no diagnosticado: Una lesión de tejidos blandos que requiere evaluaciones posteriores.

RETENCIÓN: Un aparato que se usa para estabilizar los dientes después del movimiento ortodóncico. También se utiliza para describir un pilar de puente fijo.

TRISMO (Trismus): Incapacidad para abrir la boca por completo debido a un espasmo muscular.

XEROSTOMÍA: Una disminución de la saliva que produce sequedad en la boca. Puede ser causada por ciertos medicamentos, tratamientos de radioterapia o por fibrosis de las glándulas salivares (Síndrome de Sjögren).

BIBLIOGRAFÍA

- ANDRADE, S. A. (2013). *DIABETES MELLITUS, ACTUALIZACIONES* . ALFIL.
- BARRANCOS, M. (2002). *OPERATORIA DENTAL*. PANAMERICANA.
- BAUM, L. (1996). *TRATADO DE OPERATORIO DENTAL* . MEXICO : MC GRAW HILL.
- BOO, J. F. (2009). HIPERTENSION ARTERIAL. *EL EJERCICIO DE LA MEDICINA* .
- BROSH, R. R. (2010). *OCCLUSION BASICA* . MEXICO: TRILLAS .
- CARRANZA, F. A. (2004). *PERIODONTOLOGIA CLINICA* . MC GRAW HILL.
- DAWSON, P. (2009). *OCCLUSIÓN FUNCIONAL: DISEÑO DE LA SONRISA A PARTIR DE LA A.T.M.*” EDITORIAL AMOLCA, CARACAS VENEZUELA. (2009) . CARACAS: EDITORIAL AMOLCA, .
- DESPLAST, E. M. (S.F.). *PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE* . MOSBY DOYMA LIBROS .
- ESCODA, C. G. (2011). *TRATADO DE CIRUGIA BUCAL* . ERGON .
- ESPINAL, N. (2010). *CARACTERÍSTICAS DEL ODONTOGRAMA, SU SIMBOLOGÍA Y SISTEMA A UTILIZAR*.
- FAURCHARD, P. (1728). *LE CHIRUGIEN DENTISTE*.
- GIRALDO, O. L. (S.F.). COMO EVITAR FACASOS EN PROTESIS DENTAL PARCIL REMOVIBLE. *REVISTA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA* .
- GRANADOS, J. M. (S.F.). *LIBRO BLANCO DE LA POTESIS DENTAL* .
- HENRY, R. (2006). *ANATOMIA HUMANA DESCRIPTIVA TOPOGRAFICA Y FUNCIONAL* . MASSON.

- LANATA, E. J. (2008). *ATLAS DE OPERATORIA DENTAL*. BUENOS AIRES: ALFAOMEGA.
- LARA, C. L. (2012). REHABILITACIÓN INTEGRAL EN ODONTOLOGÍA. *REVISTA DE INVESTIGACION UNMSM*.
- LIND, H. (2010). *RADIOLOGIA DENTAL PRINCIPIOS Y TECNIAS*. MC GRAW-HILL.
- LONEY, R. W. (2008). *MANUAL DE PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE*. CANADA: DALHOUSIE .
- NEGRONI, M. (2010). *MICROBIOLOGIA ESTOMATOLOGICA*. PANAMERICANA.
- NETTER, F. (2000). *ATLAS DE ANATOMIA HUMANA* . ELSEVIER MOSBY .
- OKESON, J. P. (2008). *TRATAMIENTO DE OCLUSION AFECCIONES TEMPOROMANDIBULARES* . BERCELONA : ELSEVIER MOSBY .
- OSPINA, F. (2013). *GUIA DE ATENCION EN REHABILITACION ORAL* . BOGOTA .
- PHILLIPS. (S.F.). *CIENCIA DE LOS MAERIALES DENTALES* . ELSEVIER MOSBY .
- PINOT, R. V. (20015). *MANUAL DE EXODONIA* . GUATEMALA .
- QUIROZ, F. G. (1990). *ANATOMIA DENTAL*. PORRUA.
- RIO, H. D. (2003.). *ODONTOLOGÍA INTEGRADA PARA ADULTOS*. MADRID: PUES SL.
- RIVERA, S. M. (2012). REHABILITACIÓN PROTÉSICA MULTIDISCIPLINARIA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO. *REVISTA ODONTOLOGICA MEXICANA* .
- ROJAS, C. V. (2006). *HISTORIA DE LA PROTESIS FIJA* . BOLIVIA .
- ROSENSTIEL, S. (2008). *PROTESIS FIJA CONTEMPORANEA* . ELSEVIER ESPAÑA .

SEGOB. (1995). *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES, PUBLICADA EL 6 DE ENERO DE 1995.*

SEGOB, S. (1998). *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION.*

SEGOB, S. (2012). *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.*

SHILLINGBURG, H. T. (2000). *FUNDAMNTOS ESCENCIALES DE PROTESIS FIJA . CHICAGO : QUINTENSSENCE .*

TAMAYO, C. T. (2004). *EL CONSENTIMIENTO VALIDAMENE INFORMADO EN LA PRACTICA MEDICA . CONAMED , 41.*

URZUA, R. (2005). *TECNICAS RADIOGRAFICAS DENTALES Y MAILOFACIALES . MEXICO : AMLOCA .*