



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO/A

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

FRECUENCIA DE PACIENTES REHABILITADOS CON CORONAS
DE CERÁMICA

AUTOR/A:

VERGARA CABRERA VIVIANA MERCEDES

TUTOR/A:

DR. IVAN LEOPOLDO RODITI LINO

Guayaquil, abril, 2019

Ecuador



CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontólogo /a, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad Piloto de Odontología, por consiguiente, se aprueba.

.....

Dr. José Fernando Franco MSc

Decano

.....

Dr. Patricio Proaño Yela Esp. MSc.

Gestor de Titulación



APROBACIÓN DEL TUTOR/A

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es Frecuencia de pacientes rehabilitados con coronas de cerámica, presentado por la Srta. Viviana Mercedes Vergara Cabrera, del cual he sido su tutor/a, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a.

Guayaquil, abril del 2019.

.....
Dr. Iván Leopoldo Roditi Lino
CC: 0918771874



DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Viviana Mercedes Vergara Cabrera, con cédula de identidad N° 0922892476, declaro ante las autoridades de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, abril del 2019.

.....
Viviana Mercedes Vergara Cabrera
CC 0922892476



DEDICATORIA

Dedico con todo mi amor y cariño este trabajo a Dios por darme cada día la fortaleza de seguir constante en mis metas y propósitos, por darme la fortaleza de no rendirme cuando tuve algún problema o momentos de dudas, cuando por un segundo pensaba que no era capaz. Dedico este trabajo a mi familia, quienes fueron mi motor para terminar este sueño que tenía en mente, dedico este esfuerzo a mi padre y mi madre que cada día depositaban un granito de fe y confianza en lo que yo realizaba diariamente, y más que todo porque nunca dudaron en darme todo lo que necesitaba económicamente para poder cumplir cada caso propuesto. A mis hermanos, mis tíos y mis primas que me daban ánimos sin parar cuando creía que ya todo lo había perdido. A mi cuñada que descansa en paz, por siempre creer en mí, decirme que sería una excelente estudiante y odontóloga. A mis amigos que durante 5 años no dudaron en darme apoyo en cada momento y estar en cada tropiezo que tuve, darme la mano, seguir avanzando juntos y seguir aprendiendo juntos.

A mi perro Brandon, que en cada noche de desvelo y estudio fielmente estaba a mi lado dándome compañía.

Y otros seres queridos que me apoyaron en su momento.



AGRADECIMIENTO

La vida está llena de retos y metas por cumplir, el culminar la primera etapa de nuestra vida profesional es uno de ellos. Al verme dentro de esta etapa me he dado cuenta que no solo fue una fase o etapa, es una base para todos los propósitos que me he determinado y para el comienzo de mi futuro.

Doy las gracias a Dios por darme sabiduría y fortaleza para no rendirme en cada paso o decisión que tomaba dentro de mi formación universitaria. Agradezco eternamente a mi familia, que siempre estuvieron ayudándome en todos los ámbitos para llegar a mi meta, para cumplir con mis propósitos.

Agradezco a mi madre que siempre estuvo dispuesta a sentarse conmigo y escuchar mis quejas, mis tristezas y mis sueños. Agradezco a mi padre que nunca dudo sacarse el pan de la boca para poder dármelo a mí y verme crecer. A mis hermanos, tíos y primas que siempre tuvieron fe en lo lejos que podría llegar.

A mi cuñada que me relajo sonrisas inesperadas, me regalo confianza en mí misma y seguridad de mi inteligencia. Doy gracias a mis amigos por no dejar rendirme jamás, por no dejarme agachar la cabeza y darme mi lugar en cada ámbito de mi vida.

Agradezco la ayuda de mis docentes por cada día tener paciencia al enseñarme, ilustrarme y guiarme por este camino, para poder llegar a esta meta planteada en mi vida.

Agradezco a las personas que creyeron en mí, que podía lograrlo y me dieron su apoyo moralmente, anímicamente y me regalaron no solo sonrisas, sino ánimos y mucho amor.



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

José Fernando Franco Valdiviezo

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo Frecuencia de Pacientes Rehabilitados con corona de cerámicas, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, abril del 2018.

.....
Viviana Mercedes Vergara Cabrera

CC: 0922892476

Contenido

.....	i
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.....	i
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR/A	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	vii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPÍTULO I.....	18
EL PROBLEMA.....	18
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.1.1 Delimitación del problema.....	20
1.1.2 Formulación del problema	20
1.1.3 Preguntas de investigación	20
1.2 Justificación	20
1.3 Objetivos.....	22
1.3.1 Objetivo general	22
1.3.2 Objetivos específicos.....	22
1.4 Hipótesis	22
1.5 Variables de la Investigación.....	22
1.5.1 Variable Independiente:.....	22
1.5.2 Variable Dependiente:	22
1.5.3 Variable Interviniente:.....	22
1.5.4 Operacionalización de las variables	23
CAPÍTULO II.....	25
MARCO TEÓRICO	25
2.1 ANTECEDENTES	25
2.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA O TEÓRICA	27
2.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	27

2.2.2 CORONAS DE CERÁMICA.....	31
2.2.3 CLASIFICACIÓN DE CORONAS DE CERÁMICA	32
2.2.3.1 De acuerdo al patrón de grabado	33
2.2.4 RESTAURACIONES CERÁMICA ÁCIDO SENSIBLES (CEMENTACIÓN CONVENCIONAL)	33
2.2.4.1 Vitrocerámicas:.....	33
2.2.4.2 Porcelanas:.....	34
2.2.5 PROTOCOLO DE CEMENTACIÓN EN RESTAURACIONES ÁCIDO SENSIBLES	35
2.2.6 VENTAJAS DE LAS CERÁMICAS ÁCIDO SENSIBLES	36
2.2.6.1 Disilicato de litio:	36
2.2.6.2 Leucita:	36
2.2.6.3 Feldespato.....	36
2.2.7 DESVENTAJAS DE LAS CERÁMICAS ÁCIDO SENSIBLES.....	37
2.2.7.1 Disilicato de litio:	37
2.2.7.2 Leucita:	37
2.2.7.3 Feldespato:.....	37
2.2.8 RESTAURACIONES CERÁMICA ÁCIDO RESISTENTES	37
2.8.1 ZIRCONIO	38
2.2.9 PROTOCOLO DE CEMENTACIÓN EN RESTAURACIONES ÁCIDO RESISTENTE.....	39
2.3 PROTOCOLO DE CEMENTADO CONVENCIONAL DE RESTAURACIONES ÁCIDO RESISTENTES.....	40
2.4 VENTAJAS DE LAS CERÁMICAS ÁCIDO RESISTENTES	40
2.5 DESVENTAJAS DE LAS CERÁMICAS ÁCIDO RESISTENTES.....	41
CAPÍTULO III	42
MARCO METODOLÓGICO	42
3.1 Diseño y tipo de investigación.....	42
3.2 Población y muestra.....	42
3.3 Métodos, técnicas e instrumentos.....	43
3.4 Procedimiento de la investigación.....	43
3.5 Análisis de Resultados.....	44
3.6 Discusión de los resultados.....	47
CAPÍTULO IV	49

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
4.1 Conclusiones.....	49
4.2 Recomendaciones	50
BIBLIOGRAFÍA	51
Bibliografía.....	51
ANEXOS	53
ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	56
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	56

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución porcentual del material más utilizado para realizar coronas individuales en el sector anterior	44
Tabla 2: Distribución porcentual de la causa más prevalente por la cual se rehabilitan pacientes con coronas de cerámica	44
Tabla 3: Distribución porcentual de pacientes rehabilitados según el género con coronas individuales.....	45
Tabla 4: Distribución porcentual de pacientes rehabilitados según la edad con coronas individuales.....	45
Tabla 5: Distribución porcentual de arcada con más rehabilitación de coronas individuales.	46

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución porcentual del material más utilizado para realizar coronas en el sector anterior	53
Gráfico 2: Distribución porcentual de la causa más prevalente por la cual se rehabilitan pacientes con coronas de cerámica	53
Gráfico 3: Distribución porcentual de pacientes rehabilitados según el género con coronas individuales.....	54
Gráfico 4: Distribución porcentual de pacientes rehabilitados según la edad	54
Gráfico 5: Distribución porcentual de arcada con más rehabilitación con coronas individuales	55

RESUMEN

Las coronas de cerámicas se utilizan en la odontología para elaborar dientes artificiales, pues la cerámica es el material que mejor reproduce las propiedades ópticas del esmalte y de la dentina, con el propósito de reemplazar dientes perdidos, fracturados, con discromía y más causas que día a día llegan a una consulta odontológica. El objetivo de este presente trabajo fue establecer la frecuencia de pacientes rehabilitados con coronas de cerámicas en la clínica integral del adulto y adulto mayor del ciclo I periodo 2018-2019 de la Facultad Piloto de Odontología en la Universidad de Guayaquil. El tipo de estudio fue observacional, descriptiva y transversal, de campo. La muestra de estudio estuvo comprendida por la recopilación de 120 carpetas de diagnóstico y sus respectivas historias clínicas de Prótesis Fija. Los resultados que se obtuvieron en este estudio establecieron que el material utilizado más frecuente es el metal cerámica con un 55%, siendo la causa principal la fractura con un 36%, el género femenino fue el más rehabilitado con 58%, el rango de edad que presentó un rehabilitación con coronas fue 41-55 años con un 42% y la arcada más afectada fue la superior con un 94%. En conclusión, este estudio estableció que el material más utilizado frecuentemente es el metal cerámica, la cual se presentó más en la arcada superior, siendo en pacientes de género femenino en rango de edades de 41 – 55 años los que asistieron a la clínica integral para rehabilitarse coronas de cerámicas

Palabras clave: Prótesis, cerámicas, rehabilitación, fractura, caries.

ABSTRACT

Ceramic crowns are used in dentistry to produce artificial teeth, because ceramics is the material that best reproduces the optical properties of enamel and dentin, with the purpose of replacing lost teeth, fractured teeth, with dyschromia and more causes that every day come to a dental practice. The objective of this work was to establish the frequency of patients rehabilitated with ceramic crowns in the integral clinic of the adult and older adult of the cycle I period 2018-2019 of the Pilot Faculty of Dentistry at the University of Guayaquil. The type of study was observational, descriptive and transversal, field. The study sample was comprised by the compilation of 120 diagnostic folders and their respective clinical histories of Fixed Prosthesis. The results obtained in this study established that the most frequent material used is metal ceramics with 55%, being the main cause the fracture with 36%, the female gender was the most rehabilitated with 58%, the age range that presented a rehabilitation with crowns was 41-55 years with 42% and the most affected arch was the superior with 94%. In conclusion, this study established that the most frequently used material is metal ceramics, which presented more in the upper arch, being in female patients in the age range of 41 - 55 years those who attended the comprehensive clinic to rehabilitate ceramic crowns.

Keywords: Prosthesis, ceramics, rehabilitation, fracture, caries.

INTRODUCCIÓN

En esta nueva era, con una sociedad que predomina la belleza y prevalece la buena imagen de la persona como prioridad, existe más preocupación por la estética y la comodidad dental, porque queremos alcanzar la sonrisa ideal, ya que nuestra cultura nos ha inculcado que nuestra carta de presentación empieza desde el primer momento en el que sonreímos, tanto así que la rehabilitación oral ya no solo se preocupa por reemplazar una pieza dental ausente o fracturada, sino también del aspecto que esta tendrá, tomando en cuenta la edad, el sexo, la morfología facial y el tamaño de la cara, ya que nuestros dientes llevan una morfología acoplada a nuestra anatomía facial.

Aunque la odontología ha avanzado en diferentes aspectos y especialidades, nos queda debiendo a la sociedad la prevención de la higiene bucal, no quiere decir que esta no esté promoviendo la educación bucal, quiere decir que es una lucha constante hacer que las personas en general aprendan el cuidado adecuado de la salud bucal.

La causa principal por la que un paciente llega a la consulta odontológica es por la demanda elevada de caries, esta patología es una enfermedad multifactorial, ocasionada por el acumulo de placa bacteriana debido a una higiene bucal pobre, estas bacterias se fusionan con los alimentos que quedan en la boca y crean un ácido que incrementa el Ph de la cavidad bucal destruyendo los tejidos duros del mismo, una de las consecuencias de tener caries es una fractura a futuro, por la pérdida excesiva del órgano dentario. Las fracturas no solo se dan por consecuencia de una caries, estas se dan por accidentes que pueden ser masticatorios, ya que mordemos de manera inesperada objetos duros o la masticación de hielo, también puede darse una fractura por un golpe o por tener malos hábitos como abrir botellas con los dientes.

Las causas de que se visite al odontólogo no solo se queda con estos dos factores, sino también por inconformidades como la discromía (cambio de color del diente) dado por una muerte pulpar, diastemas (espacio entre dos dientes), restauración defectuosa o también por lesiones no cariosas como la abfracción que es la pérdida del material duro del diente por una

sobrecarga oclusal, la erosión provocada por agentes químicos, abrasión provocada por un mal cepillado y el bruxismo.

Todos estos factores con el tiempo han logrado que la rehabilitación oral evolucione en la confección de restauraciones indirectas libres de metal, teniendo progresos tecnológicos en el momento de reemplazar la pieza dentaria ausente, que tengan objetivo no solo recuperar la funcionalidad o la corrección de los dientes, sino también la parte estética del diente. Las coronas libres de metal tienen la prioridad de copiar la naturalidad y estética del diente, más que todo porque la utilizamos en el sector anterior.

Las cerámicas son materiales fantásticamente armoniosos y muy calificados para clonar la mayor parte de las características de la pieza dental, ya que puede reproducir las propiedades ópticas del esmalte y de la dentina como es la fluorescencia, opalescencia y translucidez. Estas son químicamente estables, presentando un agrandamiento térmico igual al de los dientes, una excelente coincidencia biológica y un buen aguante a la abrasión y compresión.

Las restauraciones de cerámicas están confeccionadas con diferentes tipos de elementos los cuales no se cementan de la misma manera, por esto se las clasificaron también según el patrón de grabado, ya que pueden ser cementadas a la pieza dental según como estén conformadas, tanto que estas pueden ser ácido sensibles y ácido resistentes. Las restauraciones ácido sensibles son llamadas así por no tolerar la acción del ácido fluorhídrico y la eficacia de su servicio, estas se engloban en dos tipos de cerámicas, las vitrocerámicas que están elaboradas al igual que las porcelanas con leucita, pero cambian un poco en su homogeneidad, se dividen en dos cerámicas de Disilicato de Litio y las cerámicas de Cristales de Leucita, las cuales están indicadas para preparaciones inlays, onlays, carillas y coronas individuales anteriores o posteriores, otra cerámica ácido sensible es la porcelana que está compuesta por el feldespato y tienen un núcleo vítreo el cual tiene pequeñas partículas como la alúmina, fluorapatita o leucita, estas están indicadas para preparaciones iguales a las vitrocerámicas. Este se unirá a la resina (cemento) gracias a la fusión micromecánica y química, esto se obtiene colocando ácido fluorhídrico que se reactiva al núcleo de vidrio y así se incrementa retención para la unión, luego se colorea silano que humedecerá y unirá la cerámica a la resina que después se unirá con el diente.

Necesitan de un tiempo determinado para aplicar el ácido y otro tiempo para el grabado, siguiendo las indicaciones de cada fabricante.

Las cerámicas ácido sensibles nos brindan ventajas a la hora de colocarlas, tales como una buena translucidez y armonía, es poco invasiva a la hora de tallar, buena consistencia y excelente calidad óptica, no dejando de lado que estas pueden tener algunos contras como baja consistencia a la fractura, flexión o la rigidez mecánica.

También tenemos a las cerámicas ácido resistentes, estas con policristalinas y son de muy buena consistencia ya que en su interior están compuestas por vidrio sílice, llevan en su núcleo oxido de alúmina y oxido de zirconio dando como resultado ninguna reacción al ácido fluorhídrico, tienen una resistencia a la fractura y su estética es exacta cuando es estratificada, tienen una cementación adhesiva y se puede utilizar ionómero convencionales o modificados con resina. Dentro de este tipo de restauración existe el zirconio que está formado por una parte cristalina y espacios en los que se comprenden de vidrio amorfo, se lo puede utilizar en prótesis fijas de 3 unidades o unitarias en dientes anteriores o posteriores

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La demanda de tratamientos estéticos dentales ha incrementado con el tiempo ya que los pacientes han demostrado gran interés y preocupación por la funcionalidad, armonía y comodidad dental porque desean alcanzar una sonrisa ideal, bella y perfecta ya que esta es nuestra verdadera carta de presentación.

Las causas más frecuentes de que un paciente visite a un rehabilitador oral es por la alta demanda de factores que pueden ocasionarse en el sector anterior al momento de hablar o sonreír tales como caries, fracturas, desgastes, restauraciones defectuosas, dientes endodonciados o diastemas.

Hoy en día son muchas las personas que no toman en serio los efectos que conllevan las caries, transformándose en una enfermedad bucal más común y habitual, esta trae consigo consecuencias irreparables en la pieza dental afecta, como manchas u oscurecimiento, la

caries puede seguir avanzando hasta afectar al nervio o peor aún una fractura. También existen lesiones no cariosas que el paciente deja de lado por no saber que las padecen, como el bruxismo en el cual su desgaste se da en el borde incisal del diente, la abrasión que se pronuncia en la parte vestibular del diente provocado por un mal cepillado y la abfracción que es la pérdida de material duro del diente por sobrecarga oclusal. No dejando de lado que las restauraciones defectuosas y las piezas dentales endodonciadas son un motivo más para una visita odontológica por el cambio de color existente por no acudir a una consulta inmediata, a lo contrario de las fracturas dentales que son de atención rápida ya que si se prolonga la atención de estas el paciente con el pasar de los días podría presentar repercusiones en la pieza dental afectada como por ejemplo abscesos dentales, caída del diente, sensibilidad y afectaciones en la raíz.

Todas estas afectaciones dados por diferentes factores engloban una consecuencia en particular, la funcionalidad. Cada pieza dental cumple con una función para poder ejercer las actividades diarias tales como el masticar, hablar, por lo tanto si este está invadido de caries o tiene una restauración defectuosa, un desgaste o una posible fractura, tendrá dificultad para poder cumplir con su respectiva función, pero no solo tiene consecuencias funcionales en el paciente sino también estéticos y psicológicos afectando su estado de ánimo, haciendo que el mismo se sienta retraído, tímido, apenado, afligido, inconforme consigo mismo los cuales llegan a un punto de aislarse de compartir con las personas que lo rodean dejando de hablar o comunicarse, hasta de sonreír por miedo o vergüenza a que observen sus dientes.

El tratamiento inmediato para estos tipos de afecciones es el colocar o reemplazar al diente afectado con una corona de metal cerámica o cerámica libre de metal, estas se podrán colocar sobre el diente una vez tallado. El procedimiento a seguir para la colocación de una corona de cerámica llega a ser algo complejo dependiendo de la afección que el diente tenga, si existe una fractura en dicho diente se procede a un protocolo endodóntico, después se coloca un poste metálico o de fibra de vidrio para proceder a hacer el muñón, se procede a la toma de impresión para luego hacer un provisional mientras se manda al técnico para la confección de dicha corona, cuando ya tenemos la corona se continua con la cementación de la misma, se controla oclusión con movimientos de lateralidad y protrusión. El paciente debe saber que una vez colocada o cementada la corona de cerámica, tiene el compromiso de

seguir una higiene exigente para poder mantener y darle larga vida a la corona, de la misma manera debe de realizar visitas de control con su odontólogo.

Existen diferentes tipos de coronas de cerámicas, que se podrán utilizar dependiendo del diagnóstico que tenga el rehabilitado oral, a su vez estas coronas de cerámica se adaptan también a la posición económica del paciente.

1.1.1 Delimitación del problema

Tema: Frecuencia de Pacientes Rehabilitados con coronas de cerámica

Objeto de estudio: Pacientes rehabilitados con coronas de cerámicas

Campo de acción: Fichas clínicas de Prótesis Fija

Lugar: Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

Área: Pre-Grado

Periodo: Ciclo I Periodo 2018 - 2019

Línea de investigación: Salud Oral, Prevención, tratamiento y Servicio en salud.

Sublínea de investigación: Epidemiológico y Práctica Odontológica.

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la frecuencia de pacientes rehabilitados con coronas de cerámica en clínica integral del adulto y adulto mayor en el Ciclo I Periodo 2018 – 2019?

1.1.3 Preguntas de investigación

¿Qué tipo de material de coronas de cerámica es el más usado en la clínica integral del adulto mayor?

¿Cuál es la causa más prevalente por el cual se rehabilita pacientes con corona de cerámica?

¿Cuál es la incidencia de pacientes rehabilitados con coronas de cerámicas según el género y la edad?

¿En qué arcada hubo mayor porcentaje de rehabilitación con coronas de cerámica

1.2 Justificación

En la actualidad existe un elevado porcentaje de tratamiento de rehabilitación oral del sector anterior, ya que la demanda de pacientes que se acercan a la clínica integral del adulto mayor al realizar el diagnóstico refieren no sentirse cómodos con su sonrisa, añadiendo de que

dichos pacientes tienen como antecedentes caries, restauraciones defectuosas, fracturas, hipoplasia de esmalte, cambio de color en las piezas dentales por tratamiento endodóntico y en muchos de los casos desgaste oclusal por desórdenes parafuncionales.

Dentro de los consultorios dentales los rehabilitadores orales han utilizado por mucho tiempo coronas de metal cerámica como una de sus primeras opciones para elaborar coronas individuales en el sector anterior y puentes de 3 unidades, estas se utilizaban en mayor frecuencia para reemplazar obturaciones grandes en el cual no quedaban remanentes dentales para realizar una obturación nueva, para cubrir implantes dentales, para tapar un diente que ha sido sometido a un tratamiento de conducto, cuando existía un cambio de color o más, con el tiempo estas coronas se fueron dejando de lado por ciertos inconvenientes estéticos como el margen de color oscuro producido por el metal en entre la encía y remanente dental, la forma en el que esta corona poco a poco iba tornando de color y por este motivo en el siglo XXI se ha incrementado la técnica de colocación de coronas de cerámica, tales como coronas de disilicato de litio, zirconio, feldespato que cada vez siguen evolucionando para así llegar a cumplir con la armonía, estética y función de diente.

Las coronas de cerámicas son tan capaces de cumplir con las características naturales del diente, ya que los ingredientes con lo que se elaboran o se construyen llegan a cumplir con el propósito de reproducir y a la vez incrementa la posibilidad de un mejor color, opalescencia, translucidez, ya que en la confección de alguna de estas se trabaja por incrementos en las cuales se puede dar naturalidad a la corona dándole un borde incisal, ya que estas son más trabajadas para dientes anteriores.

Existe una gran variedad de coronas de cerámicas que se elaboran de maneras diferentes para llegar al acabado estético deseado y a su vez cumplir con las características funcionales y anatómicas de los mismos.

Las coronas que se crean de manera monolítica se confeccionan a través de técnica computarizada CAD-CAM y como su nombre lo dice gracias a un bloque monolítico que después se le dará características con maquillaje y también tenemos la elaboración estratificada que quiere decir que se confecciona capa por capa dándole así un poco más de naturalidad a la restauración

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la frecuencia de pacientes rehabilitados con coronas de cerámica en clínica integral del adulto y adulto mayor en el Ciclo I Periodo 2018 – 2019

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar el tipo de material utilizado y arcada con más prevalencia de rehabilitación con coronas de cerámica.

Identificar la causa más prevalente por la cual se rehabilitan pacientes con coronas de cerámica.

Determinar el género y la edad más prevalente de pacientes rehabilitados con coronas de cerámica.

1.4 Hipótesis

1.5 Variables de la Investigación

1.5.1 Variable Independiente:

Coronas de cerámica

1.5.2 Variable Dependiente:

Rehabilitación

1.5.3 Variable Interviniente:

Edad, género, maxilar, material

1.5.4 Operacionalización de las variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Fuente
Independiente CORONAS DE CERAMICA	Restauración indirecta extracoronaria de cubrimiento total	Recuperar la funcionalidad y utilidad del diente.	Metal cerámicas Feldespática Alúmina Vitrocerámicas	HISTORIA CLÍNICA
Dependiente REHABILITACIÓN	Es una especialidad de la odontología encargada del diagnóstico y planificar tratamiento para poder mantener la función del sistema estomatognático.	Recuperar y restaurar la estética, la armonía y función del diente.	Prótesis Fija, Prótesis Removible, Prótesis total, implantes,	HISTORIA CLÍNICA
INTERVINIENTES EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Darles tiempo determinado a las personas.	In útero – nacimiento, primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez	
GÉNERO	Identidad sexual de un individuo	poder diferenciar los clases de	Femenino Masculino	

		géneros existentes		
MAXILARES	Hueso de la cara, donde se alojan las piezas dentarias, músculos masticadores.	Soportan las piezas dentarias	Superior e inferior	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

En la actualidad son muchas las opciones que se tiene para elaborar coronas, que tienen como objetivo no solo de reintegrar el diente perdido, sino también de dar una reconstrucción a esa pieza dental que se lesiono a causa de algún trauma o una caries que son las fuentes principales de causas por la que asisten a una consulta odontológica.

Los tratamientos que realiza el odontólogo debe determinarse de manera ordenada con el fin de elaborar pasos que guíen a tomar las decisiones específicas para la elaboración de la corona. El paciente también debe poner de su parte para la mejora en el tratamiento esto depende mucho del genero del paciente, la edad, los hábitos parafuncionales, el cuidado del mismo y obviamente el estado de salud general del mismo. Si esto no se toma en cuenta para poder rehabilitar al paciente posiblemente aparezcan complicaciones como pérdida de retención y a continuación de esta caries recurrente, de la mano de todo esto enfermedades periodontales.

Dentro del estudio que realizó Walton logró descubrir en un estudio que al menos el 75% de un grupo de coronas se hallaron funcionales tras 10 años de uso, pero no solo nos debemos guiar por esto porque en otros estudios se halló coronas funcionales de hasta 20 años, pero una causa para que estas tengas un buen tiempo de función es donde se ubican en el arco, porque si se colocan en posterior más cargas oclusales sostienen.

En este estudio descriptivo, se seleccionaron varios casos de pacientes que se hicieron rehabilitar en la UAM para ver una búsqueda de coronas en el pregrado del 2012, como sabemos para poder realizar este estudio se elaboró el respectivo permiso para trabajar con la UAM y las firmas de los pacientes en el consentimiento informado.

Lo primero que se realizó fue evaluar el pronóstico que cada paciente tendría según los parámetros dispuestos por Pjetursson y colaboradores, los cuales fueron parámetros biológicos, parámetros mecánicos y parámetros funcionales.

Luego se elaboró una evaluación oclusal usando papel articular, para poder observar el ajuste protésico de cada corona y se iba anotando cada obstáculo que el paciente tenía al masticar o modificación en la estructura protésica, se revisaron también los contactos interoclusales en máxima intercuspidad.

Después de todo lo analizado se elaboraron varios grupos, que fueron organizados de esta manera, grupo 1 (sin complicaciones), grupo 2 (complicaciones reversibles), grupo 3 (complicaciones irreversibles). Tras todos los datos recolectados se obtuvo diferencias estadísticamente significativas (Zuluaga., Ó., Muñoz Juan, 2014)

Se trabajó con 30 coronas de metal cerámica en 17 pacientes (2 hombres y 15 mujeres), se trabajaron sobre 14 coronas vitales y 16 coronas en retenedores intraradiculares, en los cuales se analizaron aspectos biológicos, funcionales y mecánicos, mediante la observación clínica y toma de radiografías. Se indicaron las complicaciones reversibles e irreversibles que más formaban parte de los pacientes.

Como resultados se obtuvo que un total de 28 coronas respetaban los parámetros para una óptima adaptación protésica, claro está que también se tuvo como resultado complicaciones reversibles que enlazaban mucho a los problemas periodontales y a los contactos oclusales, aparte de esto 3 coronas presentaron complicaciones irreversibles que se enlazaban a caries

marginal y mal adaptación de la misma. Referente a fracturas dentales o alguna alteración de la pulpa no se obtuvo ningún resultado.

Esto nos conlleva a que tenemos que mejorar mucho la fase del tratamiento y hacer seguimiento a lo mismo para así incrementar las adaptaciones de las coronas y hacer que el paciente lleve conciencia de la rehabilitación. (Zuluaga., Ó., Muñoz Juan, 2014)

2.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA O TEÓRICA

2.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La odontología estética es la especialidad que se encarga de dar solución a los problemas bucales relacionados con la armonía de los dientes como tal, esta especialidad se da desde ya hace 3000 a.c en el cual los egipcios colocaban piedras preciosas en los dientes de las personas como parte de la estética, 45 a.c los romanos ya trabajaban con dentaduras fijas y removibles. No solo estas culturas pensaban en la estética dental, las culturas mayas colocaban incrustaciones de oro, de minerales y de piedras preciosas para las restauraciones, esto no solo lo pensaban por estética sino también por adornar el diente y fueron los primeros pueblos en utilizar materiales para implantes tales como el marfil y la concha de mar, se colocaban los dientes extraídos en las bandas en el lugar donde no existían dientes y con el alambre de oro eran anclados en la boca. (Torrejón A, Villalba C., 2011)

De esta manera ya poco a poco se fue incluyendo la prótesis fija como parte de la estética y de la odontología como tal. En 1707 Dionis publicó un libro en el cual hablaba de pequeñas prótesis en el cual fabricaban dientes de marfil parecidas en tamaño a las que iban a sustituir y se las sostenía con 2 alambres o hilos de oro atadas a los dientes vecinos, en 1722 se implementó a este estudio, la técnica de encerar que fue dada por Breslau, que utilizaba una salchicha de cera para tomar impresión de los dientes para luego crear la prótesis o dentadura a futuro, de esta manera se fueron dando más estudios y trabajos hasta que en 1740, Claude Houton dio a conocer un diseño de corona hecha con oro y un poste de oro para esta ser incrustada en el conducto radicular.(Torrejón A, Villalba C., 2011)

En 1756 se utilizaron y se dieron a conocer el procedimiento de uno de los primero modelos en escayola para tomar impresiones a base de cera en cualquier arcada de la boca, luego al

pasar de los años se dio a conocer en 1770 la primera dentadura hecha con porcelana por el Dr. Chemant que lo utilizó como un puente, mientras más información se iba aportando a todo esto, llegó la idea del Químico Alexis Duchateau de usar porcelana para la elaboración de dentaduras completas en el año de 1774 ya que él portaba una prótesis removible la cual atraía malos olores, dado que también debía medicarse debido a su trabajo y cuando se alimentaba estos sabían netamente a medicación, él tuvo la gran idea de crear dientes semejantes a los de humanos pero elaborados con porcelana para poder prevenir olores tan detestables, de esta manera Duchateau pidió ayuda a una fábrica de París en el cual el primer intento fracasó debido al tiempo de horneado de la porcelana ya que la medida que dio era pequeña para la de su arcada, después de haber llegado a la dimensión exacta de su arcada, surgió un nuevo problema, el color que quedaba era muy blanco para el color natural del diente, pero la creatividad de Duchateau no quedaba ahí, cuando hizo otro intento de hornear colocó una pizca de tinte amarillento y de esta manera llegó a un punto más exacto tanto en dimensión de arcada como en toma de color, pero Duchateau pensó en todo menos en la adaptación de material con la encía, así que cuando se la probó no adaptaba, tuvo que pedir colaboración del dentista Dubois para poder llegar a una prótesis que adaptara a la encía de Duchateau. Mientras Duchateau iba desertando de su idea Dubois no quiso dejar todo ahí, así que siguió trabajando hasta llegar a transformar 2 o 3 veces la composición de la pasta mineral original para mejorar su color y estabilidad dimensional, para poder sujetar los dientes a la base de la porcelana. (Guarat Casamayor, 2012).

Sin embargo, en 1788 difundió un artículo que hablaba sobre los dientes a base de minerales y para este tiempo Dubois ya había trabajado con prótesis completas y parciales con ciertos pacientes, las cuales comprendían o estaban diseñadas en un bloque de cerámica que eran para sustituir los dientes y la encía, para neutralizar la contracción térmica, para así darle forma con la anchura, tamaño y grosor del diente, luego de eso los horneaba y le daba adaptación en boca del paciente. Podría decirse que Duchateau y Dubois son considerados los pioneros en la creación de los dientes metálicos, pero quien dio todas las aportaciones para la creación de dientes protésicos para la actualidad fue Fonzi.

En 1797 mediante iban pasando los años y la tecnología seguía avanzando se difundió un nuevo modelo de prótesis dental llamada “incorruptibles terrometalicas” que por lo que dieron a resaltar fue por su uso de manera unitario. Fonzi apporto a esto un perno de platino incrustado en el interior de cada pieza que le permitía fijarse a la prótesis, pero la palabra terrometálicas daba un significado al tipo de material con el que se confeccionaba los dientes, porque daba a los dientes dureza, resistencia e inalterabilidad. De esta manera Fonzi llego a un punto de poder jugar con los colores para lograr alcanzar un tono más natural.

En 1805 Gariot de Panes da a conocer el primer articulador, pasado un año Fonzi construye porcelana sobre el metal para crear dientes terrametalicos. Así Stockson en 1830 llega a crear dientes de porcelana en Estados Unidos, pero no solo se enfocaron en crear dientes, en 1840 Daniel Evans, legaliza el articulador con movimientos de lateralidad y protrusión, así pasaron los años hasta que en 1869 se creó la primera corona metálica efectuada por Morrison. Las coronas y puentes fijos que fueron utilizados de manera primitiva se crearon hasta 1850 ya que los métodos modernos empezaron después de estas fechas que dieron pautas para la odontología restauradora, después de esto se empezaron a crear folletos para la trata de curación y maneras de conservar los dientes. A finales del siglo 19 ya se conocían los procedimientos exactos de cómo llevar a cabo una toma de impresión y la construcción de prótesis parciales y totales.(Torrejón A, Villalba C., 2011)

En 1900 con el comienzo del siglo XX se dieron a conocer nuevos materiales, nuevos procesos para utilizar en la odontología restauradora y se creó el primer horno eléctrico para porcelana.

En 1906 se dio a conocer la primera corona parcial hecha de oro y en 1907 se conoció el método del vaciado de oro, siendo así que el vaciado facilitó la creación de corona de $\frac{3}{4}$ como retenedor anterior de prótesis fija. Pasando los años ForestOrton innovo los tratamientos protésicos de manera que no solo eran para reemplazar dientes, sino que se tomó en cuenta la importancia de la oclusión y la morfología del diente, complementado a esto en 1918 se propuso que las coronas y la prótesis como tal son necesarias para devolver la función

masticatoria, de acuerdo a esto se tenía que llevar un procedimiento preciso el cual se enumeraba de la siguiente manera:

- Tono fisiológico de todos los elementos anatómicos de soporte.
- Suficiente soporte para los pónicos
- Protección de los tejidos blandos
- Contorno anatómico adecuado de los dientes
- Articulación y oclusión normal (Guarat Casamayor, 2012)

Al transcurrir el tiempo todo iba mejorando y dándole así a la odontología estética más prioridad, que se crearon técnicas de impresiones con hidrocoloides para las incrustaciones y los puentes fijos, se llegó a utilizar resinas sintéticas para las dentaduras completas, dando prioridades en esto a las coronas y prótesis parciales fijas. De esta manera el aumento de pacientes por restauraciones más estéticas potencio el buscar diferentes tipos de materiales con cualidades enriquecidas ópticamente.

A medida que la cerámica empezó a ponerse en uso odontológico para fabricar dientes convencionales utilizados para prótesis ya sean totales o parciales y así se crearon algunos productos que ya pueden usarse en restauraciones parciales de un diente como inlays, onlays y overlays, se obtuvo coronas totales (metalocerámicas, ceramo-cerámicas sin metal) y prótesis fijas anteriores y posteriores y sobre implantes.

La evolución de las coronas se dio desde que las coronas huecas hechas de porcelana aplicadas encima de matrices de platina en troqueles, estas se consideraban como el 'mejor' material estético por su disponibilidad, en tiempos actuales se utilizan todavía ya que la cerámica es la que mejor da a representar las propiedades ópticas del esmalte y la dentina, también por su estabilidad química térmica, tienen buena compatibilidad biológica y necesaria resistencia a la compresión y abrasión. Pero el defecto de estas es que son quebradizas, y se limitan a solo dientes anteriores y con excepciones a premolares.

La rehabilitación oral es uno de las especialidades más antiguas en el mundo de la odontología ya que con el pasar del tiempo los estereotipos de belleza exigían sonrisas más

blancas y a su vez mas perfectas morfológicamente, que estén totalmente alineados, pero llevando el color natural del diente y la duración del mismo. Los años, uso y el abuso que le damos a nuestra dentadura tanto en la comida como algunas patologías existentes (bruxismo), por llevar mal hábitos orales (morderse las uñas, etc), accidentes o caries hace que esta llegue a tener problemas con la misma, pero gracias a la rehabilitación oral todas estas afecciones pueden ser solucionadas ya que esta está encargada de la restauración o reemplazo de dientes en mal estado o ausentes. Un rehabilitador puede ser llamado como el 'arquitecto de la cavidad bucal' porque hace que los dientes, juntos con la musculatura, el ATM y las articulaciones funcione de manera armoniosa y siempre estén de manera adecuada físicamente. (Jaramillo, 2000)

La prótesis parcial fija como tal es el acto de reemplazar con uno o más dientes un diente ausente. El restaurar un diente perdido se puede dar como bien fabricado si se respetan todos los principios mecánicos, biológicos y estéticos a seguir. Si observamos el principio mecánico quiere decir que debemos darle la retención indicada. Cuando hablamos de principio biológico quiere decir conservación de las estructuras que sustentan al diente, también como debe existir la facilidad de la función más esencial, la masticación y por último el principio estético, es el que se debe respetar siguiendo las condiciones de cada persona, el poder llegar al punto exacto de estos tres principios llega a ser el desafío más grande para un rehabilitador oral.

2.2.2 CORONAS DE CERÁMICA

Las coronas de cerámica son también llamadas fundas que recubren el diente, en el cual el espesor se da entre 1-1.2mm, estas se realizan por inconvenientes por caries extensas, traumatismos, dientes endodonciados, con el objetivo para recuperar la funcionalidad, morfología y estética.

Existe un gran avance en la creación de coronas de cerámicas en los últimos tiempos gracias a las innovaciones tecnológicas y de materiales, han sido tantos los avances que existe una gran variedad de materiales de cerámica que desean alcanzar los componentes mecánicos, biológicos, estéticos y funcionales.

Están conformadas por materiales casi idénticos y lo que se distinguen entre unas y otras son ciertas cantidades de los elementos fundamentales y primarios, también sucede esto con el desarrollo de la cocción. Se puede elaborar diferentes elementos cerámicos como las porcelana, loza, gres y vidrio, según la gama de materiales que se utilicen. (Álvarez-Fernández, 2003).

Las coronas de cerámicas son materiales biocompatibles los cuales presentan cualidades como un buen aguante a la compresión, consistencia química y buena capacidad estética, ya que nos permite tener una copia casi exacta de la pieza dentaria a reemplazar, sabiendo que todo esto nos ayudara a poder recuperar la funcionalidad respectiva del diente.

Como ya lo habíamos nombrado antes, las restauraciones de cerámicas están compuestas por diferentes materiales de los cuales algunos elementos son metálicos (Al, Ca, Li, Mg, K, Na, Zr, Ti) y otros elementos no metálicos como (O, Si, B, F), para poder combinar estos elementos se realiza en dos diferentes fases, una fase vítrea en la que se otorga características de trasmisión de luz en distintos niveles y la fase cristalina que se encarga de la fuerza o resistencia la cual tiene como objetivo el que se formen grietas.

La cantidad que se coloque de material cristalino es lo que va a representar la translucidez y la opacidad que contenga la cerámica, y la cantidad que se coloque de óxidos metálicos son los que darán la fluorescencia y la opalescencia de la misma. Por lo tanto, para que nuestras cerámicas tengan un aspecto más natural y estético se coloca porciones normales en la fase amorfa y disminuye porciones en la fase mineral, pero como consecuencias de este método tenemos que la cerámica será más predispuesta a una fractura, que es uno de los inconvenientes por las cuales estas restauraciones también son conocidas. En los intentos de poder cambiar esa desventaja se basaron en dos principios, transformación del sistema de cerámica y cementación resinosa. (Malheiros A. S, 2013)

2.2.3 CLASIFICACIÓN DE CORONAS DE CERÁMICA

Las coronas se pueden clasificar según la composición química, según la técnica de confección (Martínez Rus, 2007), según el criterio de la temperatura de procesado, según la composición y características estructurales, según el sistema de procesado y presentación,

según un criterio loco-regional de aplicación de las porcelanas(Álvarez-Fernández, 2003) y según el patrón de grabado.

Los elementos estéticos que se encargan de las restauraciones indirectas han progresado y renovando sus características físico-químicas y una cantidad ascendente de métodos cerámicas que no obtienen metal y que obviamente ya se encuentran al alcance de los rehabilitadores orales para su uso clínico.

2.2.3.1 De acuerdo al patrón de grabado

Las restauraciones cerámicas indirectas necesitan de distintos métodos de cementación según el material de composición, por esto antes de aplicar el protocolo es importante saber de qué material está conformado internamente.

Se divide en 2 tipos:

Restauraciones cerámica ácido sensibles.

Restauraciones cerámica ácido resistentes.

2.2.4 RESTAURACIONES CERÁMICA ÁCIDO SENSIBLES (CEMENTACIÓN CONVENCIONAL)

Estas son sensibles a la acción que tiene el ácido fluorhídrico y su efectividad en la calidad de servicio y de mínima invasión, se obtienen características estéticas impecables y una magnífica biocompatibilidad.

Las cerámicas que se engloban dentro de las acido sensibles son y más utilizadas:

- Vitrocerámicas
- Porcelanas(Jose Corts, 2013)

2.2.4.1 Vitrocerámicas:

En su estructura están formadas por leucita al igual que las porcelanas, solo cambian en la homogeneidad por su cantidad que es mayor, una de las vitrocerámicas más empleadas son las de Disilicato de Litio y las partículas de cerámicas que se agregan es por procesado térmico que lleva el nombre de ceramización.

Estas vitrocerámicas están representadas por:

Las EmpressEsthetic-Ivoclar (Que contienen Cristales de Leucita).

Las IPS E-maxpress-Ivoclar (Que contienen Disilicato de Litio) (Malheiros A. S, 2013). Esta corona tiene una gran condición de dar la semejanza del órgano dentario, más que todo del esmalte por su factor agrandamiento de temperatura al igual que el diente, es biológicamente compatible, aguante a la abrasión, su translucidez, aguante al desgaste y su permanencia de su color. (Carola Salazar López M. Q., 2016)

- Indicaciones para vitrocerámicas con Cristales de Leucita: Estas se pueden utilizar en preparaciones inlays, onlays, carillas, coronas anteriores y posteriores.
- Indicaciones para vitrocerámicas de Disilicato de Litio: Estas se pueden utilizar en preparaciones Inlays, onlays, carillas, coronas totales o puentes de hasta 3 piezas anteriores o posteriores y premolares(Malheiros A. S, 2013), las coronas de disilicato de litio también son las más recomendadas cuando el paciente tiene problemas de lesiones no cariosas como la erosión, abrasión o en muchos casos la atrición, y casos en los que se necesita recuperar la posición anatómica del diente. (Carola Salazar López M. Q., 2016)

2.2.4.2 Porcelanas:

Estas se dan mayormente por el feldespato, y se conforman por un núcleo vítreo el cual está integrado por moléculas cristalinas como la alúmina, fluorapatita o leucita, siendo la leucita la más utilizada.

- Indicaciones: Estas están indicados para coberturas metálicas (metalocerámicas), para preparaciones inlays, onlays, carillas y para cerámicas libre de metal.(Malheiros A. S, 2013).

El vínculo de cerámica-resina que aporta a la persistencia de la restauración como tal y se dará como resultado de la fusión micromecánica y química.

Para poder tratar la extensión de la cerámica debemos adherir ácido fluorhídrico, que tiene como objetivo reactivarse con el matriz de vidrio que en su interior comprende de sílice y forma de hexafluorosilicatos y creara en la superficie de la cerámica pequeñas porosidades, que expondrán el sistema cristalino que contiene la matriz de vidrio, que nos va a servir para

la contención micromecánica de la misma. Con este procedimiento incrementamos el vínculo en el aérea de la superficie y se crea una retención para el aguante de la unión.

Al colocar silano sobre las superficies orgánico-funcionales ayudan a que se humecte y se unan las cerámicas porque se adhieren grupos de metacrilatos para que se junten a la resina y hacer la unión de material orgánico e inorgánico.

La adhesión tiene un papel muy importante a la hora de la cementación ya que este le da una elevada retención, una buena adaptación marginal, incremento del aguante a una fractura del material orgánico (diente) e inorgánico (cerámica) e impide la microfiltración.(Jose Corts, 2013)

Estas cerámicas necesitan de un tiempo estimado para colocar el ácido fluorhídrico y para el tiempo de grabado, según la composición, siguiendo las indicaciones de cada fabricante. Si llegáramos a exceder el tiempo y la concentración, la matriz de vidrio se disiparía en el contorno de los cristales y de esta manera también dañaría el aguante a la flexión de la cerámica y por ende las características de la adhesión. (Lucas Villaça Zogheib, 2011)

2.2.5 PROTOCOLO DE CEMENTACIÓN EN RESTAURACIONES ÁCIDO SENSIBLES

Se retira el material provisional y se procede a la limpieza de las superficies del diente

Se hace una prueba de ajuste y armonía dentaria. (Si son varias coronas se hace la prueba una por una para luego hacer la prueba de todas las coronas en conjunto)

Acondicionamiento (individual, una restauración a la vez es lo más recomendable)

Se hace el grabado con ácido fluorhídrico al 5% por 20 segundos en cerámicas de Disilicato de Lito, 1 minuto si es Leucita y de 1 a 2 minutos si son cerámicas feldespáticas.

Se lava con abundante agua y neutraliza con bicarbonato de sodio por 1 minuto y se lava otra vez.

Se lava con abundante agua y luego se limpia con alcohol durante 4 minutos, hasta que se vea de color blanco un poco opaco.

Se coloca silano durante 1 minuto y luego se seca con jeringa de aire, esperar hasta que se coloque el material de cementación.(Jose Cortes, 2013)

Se prepara la superficie dentaria, con una profilaxis y se desinfecta con clorhexidina, se hace el grabado con ácido ortofosfórico de esmalte de 30-40% durante 20-30 segundos según el fabricante (o se coloca bonding si es que hay o no dentina referida) y se lava con abundante agua. (Este procedimiento se hace pieza por pieza dentaria y protegiendo a la pieza vecina con teflón).(Pablo Díaz Romeral Bautista, 2009)

Se coloca el material de cementación y se asienta la restauración al diente, luego se elimina los excesos con aplicadores pequeños y se procede a fotopolimerizar desde todos los ángulos.

Se coloca bonding y cemento en los márgenes

Se pule y se hace controles de oclusión (Jose Cortes, 2013)

2.2.6 VENTAJAS DE LAS CERÁMICAS ÁCIDO SENSIBLES

2.2.6.1 Disilicato de litio: Tienes translucidez y armonía, su técnica de tallado es mínimamente invasiva, consta de una buena consistencia y buena calidad óptica.

Tiene confort y semejanza, quiere decir que se adapta anatómicamente a la encía,

2.2.6.2 Leucita: Buena cantidad de cristales, un buen aguanto a la flexión de la cerámica de vidrio, translucidez.

2.2.6.3 Feldespato: La imitación del color es idéntica al diente, económica, buenas propiedades de fusión con el material orgánico, aguanta los cambios térmicos, resistencia al deterioro.

2.2.7 DESVENTAJAS DE LAS CERÁMICAS ÁCIDO SENSIBLES

2.2.7.1 Disilicato de litio: Desgaste excesivo de los tejidos dentarios, cuando existe un sellado marginal inapropiado complica el tiempo de vida de la misma.

2.2.7.2 Leucita: Mínima resistencia mecánica y fragilidad.

2.2.7.3 Feldespato: Baja consistencia a la fractura, flexión, a rigidez mecánica y requiere de un núcleo metálico. (Anayely González Ramírez, 2016)

2.2.8 RESTAURACIONES CERÁMICA ÁCIDO RESISTENTES

Estas son cerámicas policristalinas de buena consistencia y no llevan en su interior vidrio de sílice amorfo. Su núcleo es de óxido de aluminio u óxido de zirconio, esto quiere decir que no se activan al contacto del ácido fluorhídrico. Estas cerámicas son elaboradas para estructuras de gran aguante, entre ellas una de las más usadas las de zirconia. Las cerámicas de zirconia tienen una gran capacidad de contingencia y precisión gracias a los sistemas de CAD-CAM (diseño asistido por computadora-fabricación asistida por computadora).

Estas matrices de buen aguante condicionan la estética, por lo tanto, se refuerzan con cerámicas feldespáticas o vítreas para mejorar su apariencia y así poco a poco van adquiriendo una buena resistencia, haciéndose más confiables para el rehabilitador oral.

Las cerámicas de óxido de aluminio y las de óxido de zirconio apuntan para una cementación adhesiva por la resistencia que poseen, por lo cual se utiliza cementos de oxifostato de zinc, vidrio ionómero convencionales o modificados con resina al igual que las restauraciones metálicas convencionales.

En casos en los que no exista una adhesión muy notable, la preparación deberá tener una retención y un aguante al dislocamiento de la misma, pero también se puede utilizar restauraciones con preparaciones más conservadoras y de esta manera conservar la estructura del material orgánico.

Una vez que se realiza la preparación se procede a colocar silano o un procedimiento triboquímico, que esto corresponde al arenado con partículas de alúmina con silica, que estas partículas se impregnan la superficie a la máxima velocidad y traspasan hasta 15 micras. (Jose Corts, 2013)

Otro tipo de procesamiento de la superficie de zirconia o metal con primers hechos con monómeros fosfatados, los cuales tienen terminaciones des fosfato de hidrofóbicos que se unirán químicamente a la zirconia y otro metacrilato que se polimeriza se unirá a la resina. (Dr. Jack Griffin, 2010).

2.8.1 ZIRCONIO

Está formado por una faceta cristalina y en los espacios intersticiales llevan vidrio amorfo, es de muy alto aguante.(Malheiros A. S, 2013)

El circonio es una cerámica de última generación que se componen de óxido de circonio sinterizado (95%) y está estabilizado parcialmente con oxido de itrio (5%), una de sus principales características es la tenacidad por su microestructura ya que es netamente cristalina y tiene un mecanismo de refuerzo llamado “transformación resistente”. El circonio tiene este mecanismo cuando sufre una grieta y sufre una transformación en la fase cristalina, pasas de forma tetragonal a monolítica, quiere decir que esta obtiene un tamaño mayor.(Martínez Rus, 2007)

- Indicaciones: Prótesis fijas de 3 unidades en el sector anterior, coronas posteriores, puentes de 3 unidades en posterior.(Malheiros A. S, 2013)
- Para poder utilizarlo dentro de la Prótesis Fija se debe considerar que el paciente tenga más de 18 años, debe tener relaciones oclusales con armonía, debe tener salud gingival, salud periodontal y salud periapical, y obviamente el paciente debe tener buena salud oral.
- Contraindicación: Pacientes que presenten parafunción severa, pacientes que lleven una higiene bucal pobre, que tengan un estado de salud adverso o alguna alergia a los materiales que se pueden utilizar. Tampoco es indicada en pilares dentales que tengan

una altura gingivo-oclusal menor a 4mm, ya que podrían representar una pérdida de la resistencia estructural. (Vilarrubí Alejandra, 2011)

2.2.9 PROTOCOLO DE CEMENTACIÓN EN RESTAURACIONES ÁCIDO RESISTENTE

Se hace una prueba de ajuste y armonía dentaria. (Si son varias coronas se hace la prueba una por una para luego hacer la prueba de todas las coronas en conjunto)

Se acondiciona cada una de las coronas para el cementado (hacerlo una restauración a la vez):(Jose Corts, 2013)

Se realiza un microarenado con oxido de aluminio.

Se limpia con alcohol y se seca la superficie interna. (Si la corona ya viene microarenada desde el laboratorio, se elimina la contaminación de la saliva hipoclorito de sodio al 5% y se lava con agua y no se usa ácido fosfórico para limpiar)

Se coloca silano o primer para restauraciones de zirconia y se espera hasta el momento de cementar.

Se coloca adhesivo para aumentar la humectabilidad y antes de colocar el cemento se aérea esta capa para poder adelgazarla y no tener ningún inconveniente al cementarla. (Se utiliza adhesivo de polimerización química por la armazón opaca)

Se prepara la superficie dentaria, con una profilaxis y se desinfecta con clorhexidina, se hace el grabado con ácido ortofosfórico de esmalte de 30-40% durante 20-30 segundos según el fabricante. (Pablo Díaz Romeral Bautista, 2009), se coloca el sistema adhesivo dentario químico-polimerizable (por el pasaje de la luz)

Se une y se coloca el cemento autopolimerizable, se lleva hacia la preparación y se elimina los excesos, se espera hasta que se polimerice (o se fotocura 3 segundos por cada ángulo).

Se coloca bonding y cemento en los márgenes

Se pule y se hace controles de oclusión(Jose Corts, 2013)

Existe un protocolo más para las restauraciones cerámicas ácido resistentes, que conlleva el cementado convencional, pero no logra ser tan efectivo como el protocolo del cementado adhesivo.

2.3 PROTOCOLO DE CEMENTADO CONVENCIONAL DE RESTAURACIONES ÁCIDO RESISTENTES.

Se hace una prueba de ajuste y armonía dentaria. (Si son varias coronas se hace la prueba una por una para luego hacer la prueba de todas las coronas en conjunto)

Se acondiciona cada una de las coronas para el cementado (hacerlo una restauración a la vez):

Se limpia la superficie con alcohol y luego se procede a secar.

Se prepara la superficie dentaria, con una profilaxis y se desinfecta con clorhexidina

Se une y se coloca el cemento de oxifosfato de zinc, vidrio de ionómero, o vidrio ionómero modificado con resina, se coloca en la preparación, se elimina los excesos.

Se pule y ajuste de oclusión

2.4 VENTAJAS DE LAS CERÁMICAS ÁCIDO RESISTENTES

- **Monolítico:** Tiene una adhesión en el cual la carga bacteriana es muy baja y aguante a la fractura, estas se elaboran según la tecnología CAD-CAM, esto nos indica que se confeccionan a partir de un bloque monolítico que se va caracterizando después con maquillaje.
- **Estratificado:** Tiene una adhesión en el cual la carga bacteriana es muy baja y su estética es más exacta.

2.5 DESVENTAJAS DE LAS CERÁMICAS ÁCIDO RESISTENTES

- **Monolítico:** Con el tiempo puede causar abrasión y requiere de un desgaste más notorio en las piezas dentales.
- **Estratificado:** A la vista es un poco más opaca, necesita de un poco más de porcelana para poder recubrir su matriz, está un poco más relacionada con las fracturas y desgaste un poco más pronunciado en los tejidos dentales, presenta microfracturas con la humedad y la masticación.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de investigación

Cuantitativa, el presente estudio se encargará de analizar el número de prevalencia de pacientes rehabilitados con coronas de cerámica

Descriptiva por los detalles de las variables analizadas

De campo porque se realizó en el departamento de estadística

Transversal porque el estudio se realizó en el estado de tiempo del Ciclo I 2018 – 2019

3.2 Población y muestra

Se recopilaron 120 carpetas en las que se expresaba que los pacientes habían sido sometidos a restauraciones unitarias de coronas cerámicas, por lo que se decidió el total de carpetas como muestra de investigación.

- **Criterios de inclusión**

Fichas clínicas llenadas completamente

Que estén entre 14 a 67 años

- **Criterios de exclusión**

Fichas clínicas no estén llenadas correctamente

Que estén fuera del rango de edad entre 14 a 67 años

3.3 Métodos, técnicas e instrumentos

- Sintético porque a partir de contenidos generales se sintetizará las ideas principales.
- Se realizó a través de la observación, se recolecto las historias clínicas en base de las variables a realizar.
- El instrumento de recolección fue la historia clínica

3.4 Procedimiento de la investigación

Solicitud a autoridades para que se pueda dar el ingreso al departamento de estadística, se clasifíco la información por el Ciclo I 2018 – 2019, se elaboró una hoja de cálculo en Excel con los detalles de la información recolectada. La información encontrada se tabulo a través de valores absolutos y se elaboraron a través de tablas y gráficos.

3.5 Análisis de Resultados

Tabla 1: Distribución porcentual del material más utilizado para realizar coronas individuales en el sector anterior

Material de Corona	Frecuencia	Porcentaje
Disilicato de Litio	13	13%
Feldespática	31	31%
Metal cerámica	55	55%
Zirconio	1	1%
Total:	100	100%

La tabla #1: Expresa que el tipo de material utilizado más frecuente fue metal cerámica con 55%, seguido de feldespática con 31%, seguido de Disilicato de Litio con 13% y Zirconio con 1%

Tabla 2 Distribución porcentual de la causa más prevalente por la cual se rehabilitan pacientes con coronas de cerámica

Causas Principales	Frecuencia	Porcentaje
Caries	32	32%
Corona defectuosa	5	5%
Desgaste	1	1%
Diastema	1	1%
Discromía	5	5%
Endodoncia	12	12%
Fractura	36	36%
Restauraciones defectuosas	8	8%
Total:	100	100%

La tabla #2: Expresa que la causa más frecuente es la fractura con 36%, seguido de las caries con 32%, endodoncia con 12%, restauraciones defectuosas con 8%, coronas defectuosas con 5%, discromía con 5%, desgastes y diastemas con 1%.

Tabla 3 Distribución porcentual de pacientes rehabilitados según el género con coronas individuales.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	58	58%
Masculino	42	42%
Total:	100	100%

La tabla #3: Expresa que el género rehabilitado con más frecuencia fue el femenino con un 58%, seguido del género masculino con un 42%.

Tabla 4 Distribución porcentual de pacientes rehabilitados según la edad con coronas individuales.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14 – 25 años	14	14%
26- 40 años	29	29%
41 – 55 años	42	42%
56 – 67 años	15	15%
Total:	100	100%

La tabla #4: Expresa que el rango de edad rehabilitada más frecuente fue el rango de 41 – 55 años con 42%, seguido del rango de 26 – 40 años con 29%, rango de 56 – 67 años con 15%, rango de 14 – 25 años con 14%.

Tabla 5 Distribución porcentual de arcada con más rehabilitación de coronas individuales.

Arcada	Frecuencia	Porcentaje
Superior	96	96%
Inferior	4	4%
Total:	100	100%

La tabla # 5: Expresa que la arcada rehabilitada con más frecuencia es la arcada superior con 96% y la arcada inferior con un 4%

3.6 Discusión de los resultados

Dentro de nuestro estudio se demostró que las coronas que más fueron utilizadas en el sector anterior con un número de 55% fue el metal cerámica, razones como su resistencia y propiedades mecánicas la hacen perfecta para el uso del sector posterior, pero factores como el costo de las mismas influyen mucho en el uso de estas coronas no solo en el sector posterior, sino también en el uso de ellas en sector anterior dentro de las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología, según los estudios que realizó César Lamas y colaboradores decían que las prótesis fijas metal cerámicas presentan una excelente biocompatibilidad y buenas propiedades mecánicas, por lo tanto, muchos estudios demuestran la duración de los tratamientos en donde este material fue utilizado; es por ello que en la actualidad su uso se hace muy frecuente.(Lamas César, 2013). A su vez debemos tomar en cuenta que estas coronas no son tan estéticas o llegan a tener la armonía deseada, por diferentes factores, uno de ellos es el halo negro que se produce con el pasar del tiempo entre la corona metal cerámica y la encía del diente, dando a recalcar también que esto depende mucho de la higiene del paciente

Asimismo, se obtuvo el resultado que las coronas más utilizadas en segundo lugar fueron las coronas feldespáticas, con un 31%, confirmando de esta manera lo que acoto el profesor Luis Gil, que las coronas feldespáticas son las que aparecieron primero y las que a día de hoy continúan siendo las de mayor translucidez y belleza.(Gil, 2007). Las coronas feldespáticas no solo se basan en una excelente translucidez, sino también en cómo se puede jugar con ellas a la hora de elaborarlas, dándole así más naturalidad cuando le decíamos al técnico encargado que las confeccione con borde incisal, para dar más armonía a nuestra sonrisa, dejando claro que éstas están al alcance económico de muchos pacientes, también dando a conocer lo que especificó el Doctor Hepburn en su investigación, las coronas feldespáticas que se utilizan para confeccionar inlays, onlays y frentes estéticos, confección de núcleos para coronas e incrustaciones. También como infraestructuras de puentes cortos en sector anterior y revestimiento de núcleos o infraestructuras cerámicas o metálicas en la confección de coronas y puentes (Hepburn, 2016)

Como resultado de una investigación de un caso clínico en la Universidad de Brasil el Odontólogo Rolando Figueroa y colaboradores añadieron que las coronas de Disilicato de Litio tienen una mayor translucidez a comparación de las coronas de Zirconio, y que le da ese detalle de naturalidad a la pieza a reemplazar y tiene como ventaja que las coronas de Disilicato de Litio no son tan invasivas al momento de tallar la pieza dental, por ende, conservan la salud gingival(Rolando Figueroa, 2014), pero dentro de nuestra investigación nos dio un valor muy bajo de coronas de Disilicato de Litio (13%), ya que su valor es algo excesivo para el paciente y quizás los estudiantes no las tienen tan presentes al momento de hacer una diagnóstico y tratamiento.

Cuando hablamos de coronas de zirconio debemos acotar lo que el Doctor Vargas y colaborador dijeron dentro de su investigación, actualmente estudios de seguimiento clínico han demostrado que el zirconio presenta propiedades mecánicas adecuadas para prostodoncia fija. Muchos estudios han demostrado el éxito del zirconio en casos clínicos que no presentan ninguna fractura de la estructura(Yeimy Vargas, 2013), podemos decir de esta manera que las coronas de zirconio son perfectas por sus propiedades, pero a la vez no son estáticas ya que presentan un color unitario al momento de colocarlas en dientes anteriores, también se debe decir que el valor económica de estas coronas es muy elevado, por lo tanto el porcentaje que lanzo como resultado del estudio de coronas de zirconio utilizadas fuer mínimo (1%).

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Se logró determinar estadísticamente que el material más utilizado frecuentemente es el metal cerámica con un 55% en el resultado de los casos.

Se estableció que la causa principal por la que llegan pacientes a rehabilitarse con coronas de cerámicas fue dada por fracturas con un 36%, seguido de las caries con un 32%.

Se determinó que el género más prevalente rehabilitado con coronas de cerámicas fue el femenino con un 58%.

Además, se identificó que la edad más prevalente rehabilitada con coronas de cerámicas fue la edad de 55 años con un 42%.

Y, para terminar, la arcada más rehabilitada con coronas de cerámicas fue la arcada superior con un 96%

4.2 Recomendaciones

Se recomienda que los estudiantes realicen un buen diagnóstico antes de proceder al tratamiento con coronas de cerámica y verificar si la pieza dentaria requiere otro tipo de tratamiento con el fin de asegurar el éxito de las coronas a realizar.

Es muy importante previo al tratamiento validar el análisis oclusal del paciente.

Realizar el protocolo correctamente para evitar el fracaso a corto plazo.

Recomendar al estudiante que de las pautas sobre la higiene bucal que debe tener el paciente una vez realizado el tratamiento y sobre los controles odontológicos futuros a seguir

Se recomienda el asignar un personal técnico o de laboratorio durante los periodos de asistencia clínica o dentro de las clínicas integrales piloto de odontología que trabajen conjuntamente con los estudiantes y tengan buena percepción y acabado para los trabajos.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Álvarez-Fernández, M. Á.-L.-G.-G. (octubre de 2003). Características Generales y propiedades de las cerámicas sin metal. *Ilustre Consejo General de Colegios De Odontologos y Estomatologos de España*, 8(5), 526-546.
- Anayely González Ramírez, T. M. (03 de 2016). Tiempo de vida de las restauraciones dentales libres de metal: revisión sistemática. *Revista ADM*, 73(3), 116-120.
- Bottino, M. A. (2008). *Nuevas Tendencias 2 Prótesis*. Sao Paulo, Brasil: Artes Medias Ltda.
- Carola Salazar López, M. Q. (16 de 03 de 2016). Rehabilitación estética-funcional combinando coronas de disilicato de Litio en el sector anterior y coronas metal-cerámica en el sector posterior. *Estomatol Herediana*, 26(2), 102-109.
- Carola Salazar López, M. Q. (04 de 2016). Rehabilitación estética-funcional combinando coronas de disilicato de Litio en el sector anterior y coronas metal-cerámica en el sector posterior. *Revista Estomatológica Herediana*, 26(2), 102-109.
- Dr. Jack Griffin, D. B. (2010). Surface Treatments for Zirconia Bonding : A Clinical Perspective . *Canadian Journal of Restorative Dentistry and Prosthodontics*, 24-28.
- Dr. Jesús Peláez Rico, D. C. (04 de 2016). Circonio en protesis fija: Casos clinicos. *Sociedad Española de Protesis Estomatológica y Estética*, 126-134.
- Espinosa, M. D. (2014). La odontologia estetica como arte . *Acta medica del centro Vol. 8*, 4.
- Gil, L. J. (21 de 02 de 2007). *Revista Europea de Odontoestomatologia*. Recuperado el 28 de 02 de 2019, de REDOE: <http://www.redoe.com/ver.php?id=50>
- Guarat Casamayor, I. H. (19 de Junio de 2012). *Protesis dental. Apuntes sobre su historia*. Universidad de Ciencias Medicas Guantánamo, Investigación educativa. Guantánamo: Universidad de Ciencias Medicas Guantánamo.
- Gustavo Segura Andrés, V. H.-L. (01 de 07 de 2014). ¿CIRCONIO, CERÁMICA O METAL-PORCELANA? (G. Ortiz, Ed.) *Gaceta Dental*, 134-142.
- Hepburn, A. B. (20 de 06 de 2016). Porcelanas dentales. *Revista del ateneo Argentino de Odontología*, L(2), 25-41.
- Jaramillo, D. J. (Octubre de 2000). Rehabilitacion oral 'prostodoncia'. *Fundacion clinica valle del Lili*, 41.
- Jose Corts, R. A. (6 de 12 de 2013). Protocolo de cementado de restauraciones de ceramicas. *Actas Odontologicas*, 10(2), 37-43.

- Lamas César, A. S. (10 de 12 de 2013). Rehabilitación estética del sector anterior con cerámica libre de metal. Reporte de caso. (L. N. Núñez-Gollot, Ed.) *Revista Estomatológica Herediana*, 23(4), 210-215.
- Lucas Villaça Zogheib, A. D. (2011). Effect of hydrofluoric acid etching duration on the roughness and flexural strength of a lithium disilicate-based glass ceramic. (R. Preto, Ed.) *Brazilian Dental Journal*, 22(1), 45-50.
- Malheiros A. S, F. F. (2013). Cerâmicas ácido resistentes: a busca por cimentação resinosa adesiva. *Associação Brasileira de Odontologia*, 59(349), 124-128.
- Martínez Rus, F. P. (Diciembre de 2007). Cerámicas dentales: Clasificación y criterios de selección. *Ilustre Consejo General de Colegios De Odontólogos y Estomatólogos de España*, 254.
- Pablo Díaz Romeral Bautista, J. O. (26 de 01 de 2009). Cementado adhesivo de restauraciones. *Científica Dental*, 6(2), 137-151.
- Reato, D. (9 de 11 de 2016). *Clinica Dental Dr. Reato*. (D. M. Reato, Editor) Recuperado el 19 de 12 de 2018, de Clinica Dental Dr. Reato: <https://www.reatodental.com/corona-de-zirconio-y-metal-porcelana/>
- Rolando Figueroa, F. C. (23 de 10 de 2014). Rehabilitación de los Dientes Anteriores con. *International journal of odontostomatology*, 8(3), 469-474 .
- Santamaría, L. A. (s.f.). GIUSEPPANGELO FONZI, ¿Inventor de los dientes de porcelana? *Salud Publica e Historia de la Ciencia*.
- Torrejón A, Villalba C. (12 de febrero de 2011). *Historia de la protesis fija*. (D. P. Julio, Ed.) Recuperado el 14 de Diciembre de 2018, de Bolivia Dental: http://www.oocities.org/boliviadental/artic/Historia_protosis_fija.pdf
- Torrejón Ibañez A, V. R. (12 de febrero de 2011). *Historia de la protesis fija*. (D. P. Julio, Ed.) Recuperado el 14 de Diciembre de 2018, de Bolivia Dental: http://www.oocities.org/boliviadental/artic/Historia_protosis_fija.pdf
- Vilarrubí Alejandra, P. P. (12 de 2011). Prótesis fija convencional libre de metal: tecnología CAD CAM-Zirconia, descripción de un caso clínico. *Odontoestomatología* , 13(18), 16-28.
- Yeimy Vargas, M. O. (12 de 09 de 2013). Caso Clínico de Rehabilitación Protésica Fija: Puente Zirconio Sector Anterior Superior. *iDental*, 6(1), 86-94.
- Zuluaga López Óscar, M. A. (20 de 08 de 2014). Evaluación de 30 coronas individuales realizadas en un servicio odontológico universitario. Serie de casos. *Universitas Odontológica*, 19-26.
- Zuluaga., Ó., Muñoz Juan. (20 de 08 de 2014). Evaluación de 30 coronas individuales realizadas en un servicio odontológico universitario. Serie de casos. *Universitas Odontológica*, 19-26.

ANEXOS

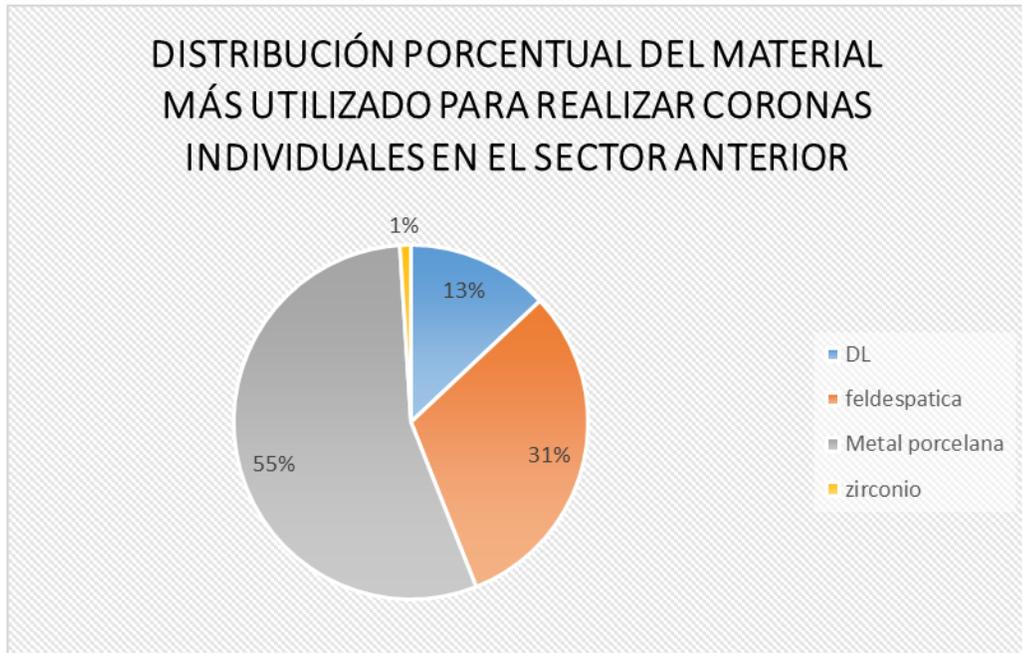


Gráfico 1: Distribución porcentual del material más utilizado para realizar coronas en el sector anterior

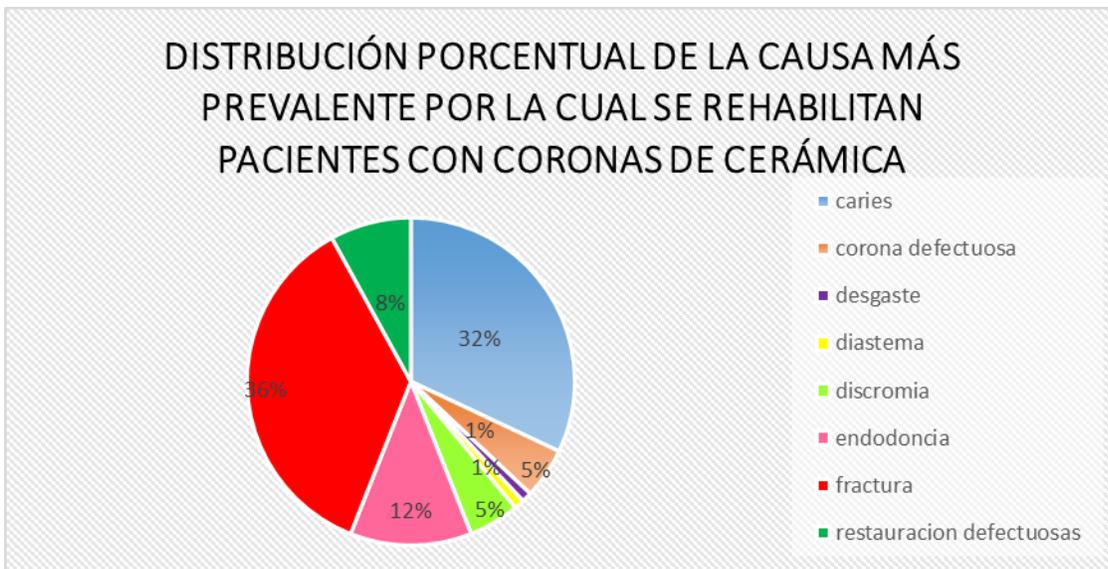


Gráfico 2: Distribución porcentual de la causa más prevalente por la cual se rehabilitan con coronas de cerámicas

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES REHABILITADOS SEGÚN EL GÉNERO CON CORONAS INDIVIDUALES.

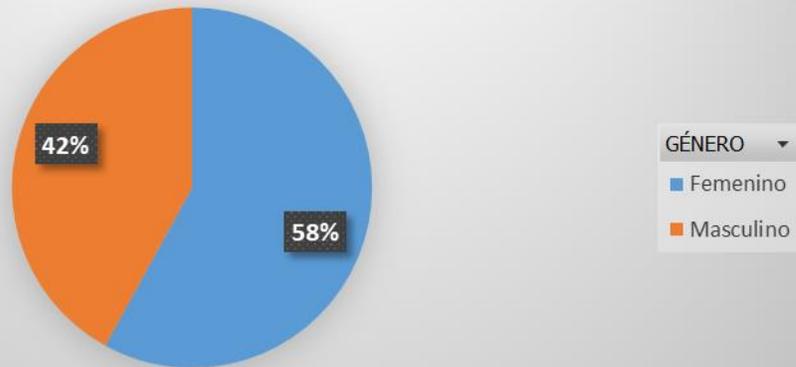


Gráfico3: Distribución porcentual de pacientes rehabilitados según el género con coronas individuales

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES REHABILITADOS SEGÚN LA EDAD

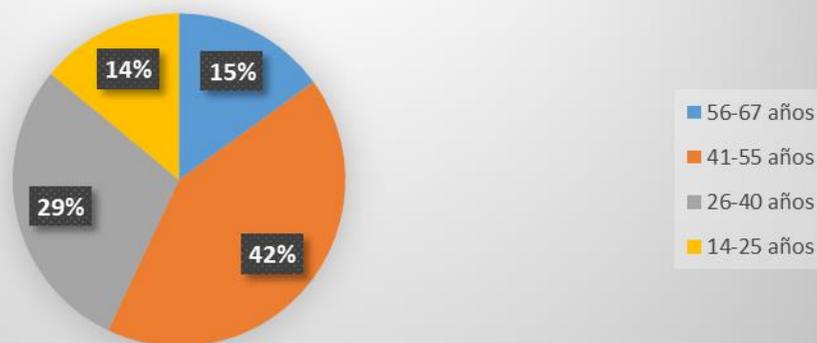


Gráfico4: Distribución porcentual de pacientes rehabilitados según la edad

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ARCADEA CON MÁS REHABILITACIÓN DE CORONAS INDIVIDUALES.

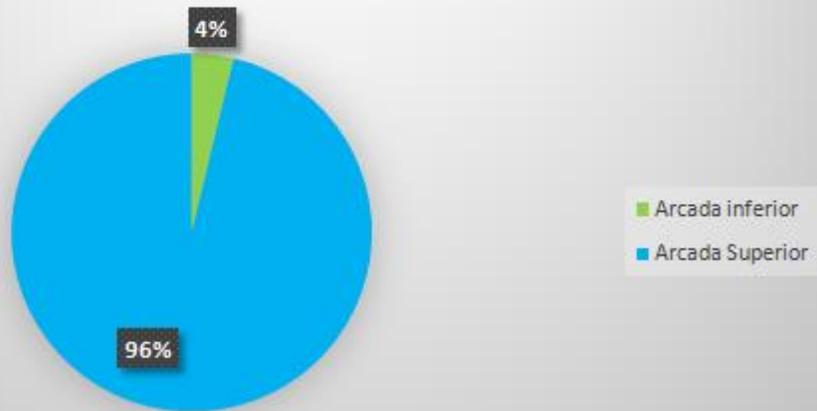


Gráfico5: Distribución porcentual de arcada con más rehabilitación con coronas individuales

ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
REVISAR INFORMACIÓN	X					
		X				
			X			
SUSTENTACIÓN				X		X

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad de Guayaquil

ANEXO 1

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

TRABAJO DE TITULACIÓN
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE LA PROPUESTA DE TRABAJO DE TITULACION

Nombre de la propuesta de trabajo de la titulación	Frecuencia de Pacientes Rehabilitados con coronas de cerámica		
Nombre del estudiante (s)	Viviana Mercedes Vergara Cabrera		
Facultad	Facultad Piloto de Odontología	Carrera	Odontología
Línea de Investigación	Salud Oral, prevención, tratamiento y Servicio en Salud	Sub-línea de investigación	Epidemiología y Práctica odontológica
Fecha de presentación de la propuesta de trabajo de titulación	04/10/2018	Fecha de evaluación de la propuesta de trabajo de titulación	19/11/2018

ASPECTO A CONSIDERAR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Título de la propuesta de trabajo de titulación	/		DEPARTAMENTO DE TITULACION OD. RECIBIDO FECHA: 10.7 Dic 2018 HORA: 16:22
Línea de Investigación / Sublínea de Investigación	/		
Planteamiento del Problema	/		
Justificación e importancia	/		
Objetivos de la Investigación	/		
Metodología a emplearse	/		
Cronograma de actividades	/		
Presupuesto y financiamiento			

- APROBADO
- APROBADO CON OBSERVACIONES
- NO APROBADO


Docente Revisor



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 7 de diciembre del 2018

ANEXO 2

DR. JOSÉ FERNANDO FRANCO VALDIVIEZO
DIRECTOR DE CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Acuerdo del Plan de Tutoría

Nosotros, DR. IVAN LEOPOLDO RODITI LINO, docente tutor del trabajo de titulación y SRA. VIVIANA MERCEDES VERGARA CABRERA estudiante de la Carrera/Escuela ODONTOLOGÍA, comunicamos que acordamos realizar las tutorías semanales en el siguiente horario 14:00 pm – 16:00pm, el día Martes.

De igual manera entendemos que los compromisos asumidos en el proceso de titulación son:

- Realizar un mínimo de 4 tutorías mensuales.
- Elaborar los informes mensuales y el informe final detallando las actividades realizadas en la tutoría.
- Cumplir con el cronograma del proceso de titulación.

Agradeciendo la atención, quedamos de Ud.

Atentamente,

Estudiante (s)

Docente Tutor

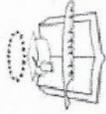
DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.

RECIBIDO

FECHA: 7 DIC 2018

HORA: 16:30

CC: Unidad de Titulación



Universidad de Guayaquil

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
 ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA
 UNIDAD DE TITULACIÓN

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dr. Ivan Roditi Lino

Tipo de trabajo de titulación: NIVEL DESCRIPTIVO – TRABAJO DE INVESTIGACIÓN – ACCIÓN

Título del trabajo: FRECUENCIA DE PACIENTES REHABILITADOS CON CORONAS DE CERÁMICA

Carrera: ODONTOLOGÍA

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	12/11/2019	Estructura del tema, objetivo general y específicos	14:00	16:00	- Se planteó correctamente el tema y buscar artículos científicos	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
2	13/11/2019	Explicación de cómo desarrollar el capítulo 1	14:00	16:00	- Se explicó cómo desarrollar el planteamiento del problema, delimitación del problema, objetivo general y específicos, preguntas y variables de la investigación	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
3	20/11/2019	Revisión del capítulo 1	14:00	16:00	-Se corrigió objetivos específicos, las preguntas y variables de la investigación	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
4	27/11/2019	Revisión de artículos científicos y revisión del capítulo 1	14:00	16:00	-se corrigió el capítulo 1 y se acordó seguir elaborando el marco teórico	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.

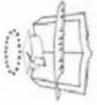
RECIBIDO

FECHA: 27/11/2019

HORA: 14:00

[Firma]

ANEXO 3



Universidad de Guayaquil

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

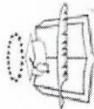
Viviana Vergara C

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dr. Ivan Rodri Lino
Tipo de trabajo de titulación: NIVEL DESCRIPTIVO - TRABAJO DE INVESTIGACIÓN - ACCIÓN
Título del trabajo: FRECUENCIA DE PACIENTES REHABILITADOS CON CORONAS DE CERÁMICA
Carrera: ODONTOLOGÍA

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	6/12/2018	Revisión del capítulo 1 y 2	14:00	15:30	-se plantearon temas a buscar para seguir desarrollando el capítulo 2	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
2	11/12/2018	Revisión de normas APA y formulación correcta de las preguntas de la investigación	14:00	16:00	-Se explicó cómo colocar normas APA y se envió a buscar más artículos y libros para realizar capítulo 1 y 2 y empezará hacer la introducción	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
3	18/11/2018	Se enseñó la cantidad de carpetas que se han encontrado para realizar el capítulo 3	14:00	16:00	-Seguir buscando en estadística para poder comenzar con el capítulo 3 y seguir consultando con artículos y libros para completar el capítulo 2	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.
RECIBIDO
FECHA: 09 ENE 2019
HORA: 17:53



Universidad de Guayaquil

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
 ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA
 UNIDAD DE TITULACIÓN

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dr. Ivan Roditi Lino

Tipo de trabajo de titulación: NIVEL DESCRIPTIVO – TRABAJO DE INVESTIGACIÓN – ACCIÓN

Título del trabajo: FRECUENCIA DE PACIENTES REHABILITADOS CON CORONAS DE CERÁMICA

Carrera: ODONTOLOGÍA

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	4/01/2019	Revisión de datos estadísticos recopilados	14:00	16:00	-Se revisó la tabla de Excel con los datos recopilados de las historias clínicas	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
2	08/01/2019	Revisión de las preguntas formuladas y de los objetivos específicos	14:00	16:00	-Se modificó las preguntas realizadas y se reformuló los objetivos específicos	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
3	15/01/2019	Se Revisó nuevamente el capítulo 2	14:00	16:00	-Se modificó antecedentes históricos en fundamentación teórica y se añadió información en antecedentes, se corrigió normas APA.	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
4	22/01/2019	Se trabajó en capítulo 3	14:00	16:00	-Se completó información en diseño, tipo de investigación, población, muestra, métodos, técnicas, instrumentos y el procedimiento como tal para poder realizar las tablas y gráficos	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

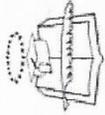
DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN OD.

RECIBIDO

FECHA: 07 FEB 2019

HORA: 14:32

ANEXO 3



Universidad de Guayaquil

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dr. Ivan Roditi Lino

Tipo de trabajo de titulación: NIVEL DESCRIPTIVO – TRABAJO DE INVESTIGACIÓN – ACCIÓN

Título del trabajo: FRECUENCIA DE PACIENTES REHABILITADOS CON CORONAS DE CERÁMICA

Carrera: _____ ODONTOLOGÍA

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	05/02/2019	Revisión de la introducción	14:00	16:00	- Se revisó el contenido escrito en la introducción	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
2	12/02/2019	Revisión de las tablas y gráficos	14:00	16:00	- Se revisó la estructura de las tablas con su contenido y de los gráficos que se deben colocar en anexos	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
3	19/02/2019	Revisión de la discusión	14:00	16:00	-Se corrigió algunos contenidos expuestos en la discusión.	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
4	26/02/2019	Revisión del capítulo 4	14:00	16:00	-Revisión de la conclusión y recomendación	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
RECIBI

FECHA: 06 MAR 2019

HORA: 5:00



Universidad de Guayaquil

ANEXO 4

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 27 de Febrero del 2019

Doctor.

Fernando Franco Valdivieso MSc.
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación "Frecuencia de pacientes rehabilitados con coronas de cerámicas del estudiante Viviana Mercedes Vergara Cabrera, indicando que ha (n) cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

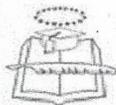
Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante (s) está (n) apto (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

IVAN LEOPOLDO RODITILINO
C.I. 0918771874

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.
RECIBIDO
FECHA: 27 FEB 2019
HORA: 15:37



Universidad de Guayaquil

ANEXO 5

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: Frecuencia de pacientes rehabilitados con coronas de cerámicas Autor(s): VIVIANA MERCEDES VERGARA CABRERA		
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA	4.5	
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	0.3
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad / Facultad/ Carrera	0.4	0.4
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	1
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV	1	1
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión	1	1
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.	0.4	0.4
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	0.4
RIGOR CIENTÍFICO	4.5	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	1	1
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	1
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	1
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	0.8
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.7	0.7
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	
Pertinencia de la investigación	0.5	0.5
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.5	0.5
CALIFICACIÓN TOTAL *	10	10
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.		

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.

RECIBIDO

FECHA: 27 FEB 2019

HORA: 15:31

IVAN LEOPOLDO RODRIGUEZ LINO
No. C.I. 0918771874

FECHA: 27/02/2019



Universidad de Guayaquil

ANEXO 6

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado IVAN LEOPOLDO RODITI LINO, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por VIVIANA MERCEDES VERGARA CABRERA , C.C.: 092289247 con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de ODONTOLOGO.

Se informa que el trabajo de titulación: Frecuencia de pacientes rehabilitados con coronas de cerámicas ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio Urkund Analysis Result quedando el 4% de coincidencia.

URKUND

Urkund Analysis Result

Analyzed Document: VIVIANA VERGARA TESIS.pdf (D48185708)
 Submitted: 2/21/2019 9:15:00 PM
 Submitted By: glenda.vicac@ug.edu.ec
 Significance: 4 %

Sources included in the report:

TESIS SUAREZ PALACIOS.docx (D37926567)
 AGUIATA ALFARO.docx (D40844713)
 http://www.scielo.org/porciola.php?script=act_articulo&id=51019-435201600020007
 http://repositorio.usp.edu.br/bitstream/handle/20.500.11818/131570/ABR05%2004%
 205/FIENCIA%20PROF.%20LICENCIADA%20PERINAMAZOSCIHIANABEL17620VNC36
 B15QJEZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 http://repositorio.usp.edu.br/bitstream/handle/20.500.11818/131570/ABR05%2004%
 205/FIENCIA%20PROF.%20LICENCIADA%20PERINAMAZOSCIHIANABEL17620VNC36
 https://dx.doi.org/10.1590/S0366-69132013000100013
 http://www.redayc.org/articulo.asp?id=231242326017

Instances where selected sources appear:
 14

<https://secure.arkund.com/view/16964445-251036-988649#DccxDgxDADBv6>

IVAN LEOPOLDO RODITI LINO
C.I. 0918771874

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.

RECIBIDO
27 FEB 2019

FECHA: 27 FEB 2019

HORA: 15:21



Universidad de Guayaquil

ANEXO 7

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 5 DE ABRIL DEL 2019

Sr. /Sra.

**DIRECTOR (A) DE LA CARRERA/ESCUELA
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de Titulación **FRECUENCIA DE PACIENTES REHABILITADOS CON CORONAS DE CERÁMICA** del estudiante **VERGARA CABRERA VIVIANA**

. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

El título tiene un máximo de 60 palabras.

La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.

El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad. La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.

Los soportes teóricos son de máximo 5 años. La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

El trabajo es el resultado de una investigación.

El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.

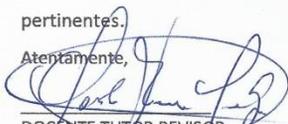
El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.

El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante **VERGARA CABRERA VIVIANA MERCEDES** está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,


DOCENTE TUTOR REVISOR
C.I. 0915839752



Universidad de Guayaquil

ANEXO 8

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN MEMORIA ESCRITA TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: FRECUENCIA DE PACIENTES REHABILITADOS CON CORONAS DE CERÁMICA

Autor(s): VERGARA CABRERA VIVIANA MERCEDES

ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.	COMENTARIOS
ESTRUCTURA Y REDACCIÓN DE LA MEMORIA	-	3	
Formato de presentación acorde a lo solicitado	0.6	0.6	
Tabla de contenidos, índice de tablas y figuras	0.6	0.6	
Redacción y ortografía	0.6	0.6	
Correspondencia con la normativa del trabajo de titulación	0.6	0.6	
Adecuada presentación de tablas y figuras	0.6	0.6	
RIGOR CIENTÍFICO	6	6	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	0.5	0.5	
La introducción expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece	0.6	0.6	
El objetivo general está expresado en términos del trabajo a investigar	0.7	0.7	
Los objetivos específicos contribuyen al cumplimiento del objetivo general	0.7	0.7	
Los antecedentes teóricos y conceptuales complementan y aportan significativamente al desarrollo de la investigación	0.7	0.7	
Los métodos y herramientas se corresponden con los objetivos de la investigación	0.7	0.7	
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos	0.4	0.4	
Factibilidad de la propuesta	0.4	0.4	
Las conclusiones expresa el cumplimiento de los objetivos específicos	0.4	0.4	
Las recomendaciones son pertinentes, factibles y válidas	0.4	0.4	
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.5	0.5	
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	1	
Pertinencia de la investigación/ Innovación de la propuesta	0.4	0.4	
La investigación propone una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.3	0.3	
Contribuye con las líneas / sublíneas de investigación de la Carrera/Escuela	0.3	0.3	
CALIFICACIÓN TOTAL*	10	10	

* El resultado será promediado con la calificación del Tutor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.

FIRMA DEL DOCENTE TUTOR
REVISOR No. C.I. 0915839732

FECHA: 05/04/2019



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, Abril 5 del 2019

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado OD. JACOBO ROSERO MENDOZA ESP., tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por VERGARA CABRERA VIVIANA MERCEDES con C.I. No.----- con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de ODONTOLOGA, en la Carrera/Facultad, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DOCENTE TUTOR REVISOR

C.I. No. 0915839732



Universidad de Guayaquil

ANEXO 12

**FACULTAD POLÍTECNICA DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO
COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, Viviana Mercedes Vergara Cabrera con C.I. No. 0922892476, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es "Frecuencia de pacientes rehabilitados con coronas de cerámica" son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

VIVIANA MERCEDES VERGARA CABRERA
C.I. No. 0922892476

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.

ANEXO 13



Universidad de Guayaquil
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

“FRECUENCIA DE PACIENTES REHABILITADOS CON CORONAS DE CERÁMICAS”

Autor: Viviana Vergara Cabrera

Tutor: Od. Ivan Roditi

Lino

Resumen

Las coronas de cerámicas se utilizan en la odontología para elaborar dientes artificiales, pues la cerámica es el material que mejor reproduce las propiedades ópticas del esmalte y de la dentina, con el propósito de reemplazar dientes perdidos, fracturados, con discromía y más causas que día a día llegan a una consulta odontológica. El objetivo de este presente trabajo fue establecer la frecuencia de pacientes rehabilitados con coronas de cerámicas en la clínica integral del adulto y adulto mayor del ciclo I periodo 2018-2019 de la Facultad Piloto de Odontología en la Universidad de Guayaquil. El tipo de estudio fue observacional, descriptiva y transversal, de campo. La muestra de estudio estuvo comprendida por la recopilación de 120 carpetas de diagnóstico y sus respectivas historias clínicas de Prótesis Fija. Los resultados que se obtuvieron en este estudio establecieron que el material utilizado más frecuente es el metal cerámica con un 55%, siendo la causa principal la fractura con un 36%, el género femenino fue el más rehabilitado con 58%, el rango de edad que presentó un rehabilitación con coronas fue 41-55 años con un 42% y la arcada más afectada fue la superior con un 94%. En conclusión, este estudio estableció que el material más utilizado frecuentemente es el metal cerámica, la cual se presentó más en la arcada superior, siendo en pacientes de género femenino en rango de edades de 41 – 55 años los que asistieron a la clínica integral para rehabilitarse coronas de cerámicas

Palabras Claves: Prótesis, cerámicas, rehabilitación, fractura, caries



Universidad de Guayaquil

ANEXO 14

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
Unidad de Titulación

"FREQUENCY OF PATIENTS REHABILITATED WITH CERAMIC CROWNS"

Author: Viviana Vergara Cabrera

Advisor: Od. Ivan Roditi Lino

Abstract

Ceramic crowns are used in dentistry to produce artificial teeth, because ceramics is the material that best reproduces the optical properties of enamel and dentin, with the purpose of replacing lost teeth, fractured teeth, with dyschromia and more causes that every day come to a dental practice. The objective of this work was to establish the frequency of patients rehabilitated with ceramic crowns in the integral clinic of the adult and older adult of the cycle I period 2018-2019 of the Pilot Faculty of Dentistry at the University of Guayaquil. The type of study was observational, descriptive and transversal, field. The study sample was comprised by the compilation of 120 diagnostic folders and their respective clinical histories of Fixed Prosthesis. The results obtained in this study established that the most frequent material used is metal ceramics with 55%, being the main cause the fracture with 36%, the female gender was the most rehabilitated with 58%, the age range that presented a rehabilitation with crowns was 41-55 years with 42% and the most affected arch was the superior with 94%. In conclusion, this study established that the most frequently used material is metal ceramics, which presented more in the upper arch, being in female patients in the age range of 41 - 55 years those who attended the comprehensive clinic to rehabilitate ceramic crowns.

Keywords: Prosthesis, ceramics, rehabilitation, fracture, caries

Revisado y Aprobado por
Ldo. Nefi Galán Mg
06/03/2019

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.
RECIBIDO
FECHA: 6 MAR 2019
HORA: