



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TEMA

Toma de Impresiones, soporte y sellado periférico en pacientes edéntulos totales.

AUTOR

Jheyson Miguel Celi Zambrano.

TUTOR

Dr. Jorge Luis García Villamar MSC..

Guayaquil, Junio 2015

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor/es del Trabajo de Titulación

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el Trabajo de Titulación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo. Cuyo tema es refiere a:

Toma de Impresiones, soporte y sellado periférico en pacientes edéntulos totales

Presentado por:

Jheyson Miguel Celi Zambrano.

C.I. 2100256441.

Dr. Jorge Luis García Villamar MSC.

Tutor Académico - Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz MSC.

Decano

Dr. Miguel Álvares Avilés MSc.

Subdecano

Dr. Fátima Mazzini de Ubilla. Msc.

Directora Unidad Titulación

Guayaquil, junio 2015

AUTORIA

Las opiniones, criterios, conceptos y hallazgos de este trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

Jheyson Miguel Celi Zambrano

C.I: 2100256441

AGRADECIMIENTO

Antes que nada quiero dar las gracias a Dios por su bondad y amor.

Agradezco a mis sinodales quienes supieron guiar mi tesis con sus sabios consejos y sabiduría. Un especial agradecimiento a mi tutor de tesis Dr. Jorge García V. por aceptar ser mi tutor ya que durante esta travesía no solo ha sido mi tutor y maestro si no un gran amigo.

Al finalizar un trabajo tan laborioso y lleno de dificultades como es la elaboración de una tesis, es inevitable no sentirse orgulloso de increíble hazaña y entonces empezamos a recordar a amigos como Manuel Vera, Roberto Banchón y Lelys Narváez quienes fueron un gran apoyo emocional durante el tiempo en que escribía esta tesis razón por la cual no puedo dejar de agradecerles mis queridos amigos, gracias por sus consejos y amistad brindada. Pero también en ese momento recordamos que esto no lo hubieras podido lograr solo pues muchas veces, nos desanimábamos, perdíamos el entusiasmo y todo lo que tiende a pasar cuando las cosas no se nos están dando como queremos y es cuando entra Dios y nos ilumina, nuestros padres, hermanos, familia, hija, incluso nuestro asesor de proyecto y toda esa gente que de una manera u otro siempre estuvo a nuestro lado apoyándonos, levantando cada que nos rendíamos, dándonos animo o apoyo económico.

Y que mejor forma de agradecer por todo ese apoyo que esas personas nos dieron.

Jheyson Miguel Celi Zambrano

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi padre quien me apoyo todo el tiempo.

A mi padre quien me apoyo y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí. A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

Jheyson Miguel Celi Zambrano

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Portada	I
Certificación de tutores	II
Autoria	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice general	VI
Índice de imágenes	IX
Índice de gráficos	X
Índice de Figuras	XI
Resumen	XII
Astract	XIII
Introducción	1
CAPITULO I	
EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema.	3
1.2 Descripción del problema	3
1.3 Formulación del problema	4
1.4 Delimitación del problema	4
1.5 Preguntas de investigación	4
1.6 Formulación de objetivos	5
1.6.1 Objetivo generale	5
1.6.2 Objetivos específicos	5
1.7 Justificación de la investigación	5
1.8 Valoración crítica de la investigación	6
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.2 Bases teóricas	16
2.2.1 Paciente Edentulo	16
2.2.2 Preparación de la boca del paciente	16
2.2.3 Que es una toma de impreson	16
2.2.3.1 Tomas de impresiones con alginato	17
2.2.3.2 Toma de impresiones	17

Contenidos		pág.
2.2.4	Desinfección de las impresiones de alginato	22
2.2.4.1	Glutaraldehido	22
2.2.4.2	Derivados de cloro	22
2.2.4.3	Yodóforos	23
2.2.5	Características de una impresión de alginato	23
2.2.5.1	Llenado de las impresiones	23
2.2.5.2	Llenado de la impresión superior	24
2.2.5.3	Llenado de la impresión inferior	24
2.2.5.4	Un segundo llenado de las impresiones	25
2.2.5.5	Desinfección de modelos de yeso	26
2.2.5.6	Recorte de los modelos de estudio	26
2.2.6	Características de los modelos	26
2.2.7	Principios de la prótesis total	27
2.2.7.1	Soporte	27
2.2.7.2	Zona de soporte principal en la maxilar superior	27
2.2.7.3	A.S.D.	27
2.2.8	Zonas de sellado protésico	27
2.2.8.1	Maxilar superior	27
2.2.9	Materiales para impresiones	28
2.2.9.1	Alginato	28
2.2.9.2	Cubetas	28
2.3	Marco Conceptual	30
2.4	Marco Legal	32
2.5	Variables de Investigación	34
2.5.1	Variable Independiente	34
2.5.2	Variable Dependiente	34
2.6	Operacionalización de Variables	34
CAPITULO III		
MARCO METODOLÓGICO		
3.1	Diseño de la Investigación	35
3.2	Tipo de Investigación	35
3.3	Recursos Empleados	35
3.3.1	Talento Humano	35
3.3.2	Recursos Materiales	35
3.4	Población y Muestra	36

Contenidos	pag.
3.5 Fases Metodológicas	37
4 Análisis de Resultados	40
5 Conclusiones	44
6 Recomendaciones	45
Bibliografía	
Anexos	

ÍNDICE DE IMÁGENES

Contenidos	Pág.
Imagen 1. Alginato	55
Imagen 2. Siliconas por adicion	55
Imagen 3. Medidor de agua y alginato	55
Imagen 4. Yeso piedra dental	56
Imagen 5. Cera rosada	56
Imagen 6. Cubetas metalicas	56
Imagen 7. Toma de impresiones con alginato	57
Imagen 8. Materiales para elaborar una cubeta individual	57
Imagen 9. Diseño de cubeta individual superior	57
Imagen 10. Diseño de cubeta individual inferior	58
Imagen 11. Cubeta individual	58
Imagen 12. Sellado periferico	59
Imagen 13. Cubeta individual con rodete de mordida	59
Imagen 14. Fijacion de rodete ala cubeta individual	59
Imagen 15. Impresión con elastomero	60
Imagen 16. Impresión final	60
Imagen 17. Paciente edéntulos – Caso I	60
Imagen 18. Montaje y enfilado de la prótesis – Caso I	60
Imagen 19. Prueba de la prótesis en paciente – Caso I	61
Imagen 20. Paciente edéntulos – Caso II	61
Imagen 21. Registro de mordida y montaje - Caso II	61
Imagen 22. Prótesis total terminada – Caso II	62
Imagen 23. Paciente edéntulos – Caso III	62
Imagen 24. Montaje y enfilado – Caso III	62
Imagen 25. Prueba en paciente – Caso III	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Contenidos	Pág.
Gráfico 1. Pacientes atendidos en la Facultad Piloto de Odontología	40
Gráfico 2. Resultados de los tratamientos de prótesis totales	41
Gráfico 3. Tratamientos por género	41
Gráfico 4. Edades de los pacientes	42
Gráfico 5. Edades de los pacientes que completaron el tratamiento	43
Gráfico 6. Pacientes con factores de salud	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Contenidos	Pág.
Figura 1.Cubeta metálica para edéntulos totales	29
Figura 2. Cubetas individuales acrílicas	29

RESUMEN

En la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil fueron atendidos 209 pacientes edéntulos para realizar tratamientos completos de prótesis totales tanto superior como inferior entre el periodo 2013 – 2014, registrando su historia clínica a cada uno de ellos. Toda esta información no había sido recopilada, clasificada, tabulada ni analizada para dar a conocer la tendencia de los pacientes edéntulos atendidos, por esta razón se presenta este trabajo donde se realizó toda la recopilación de información de los pacientes atendidos logrando o no la adquisición de sus prótesis totales, considerando la clasificación de los pacientes con las características de acuerdo a la tendencia en edad, género y ciertos factores de salud. Se realizó un estudio de tipo Explorativo-Descriptivo, donde se utilizaron las historias clínicas de los pacientes que se les realizaron prótesis totales tanto inferior como superior en las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología en el período 2013-2014. En los resultados obtenidos se determinó que el total de pacientes atendidos en la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2013 – 2014 fue de 209, de los cuales la mayor de cantidad de pacientes corresponde a las mujeres con un total de 148 a diferencia de los hombres que fueron atendidos con un total de 61. Los pacientes edéntulos que terminaron el tratamiento fueron del 56% y los pacientes que no terminaron el tratamiento fueron del 44%. Se concluyó que existe una mayor de cantidad en mujeres interesada en adquirir sus prótesis totales tanto inferior como superior; también que la tendencia de los pacientes atendidos y que terminaron el tratamiento de sus prótesis fueron entre las edades de 50 a 70 años.

Palabras Clave: Toma de impresiones, soporte periférico, sellado periférico, edéntulos totales.

ABSTRACT

The pilot of Dentistry at the University of Guayaquil School were treated 209 edentulous patients for treatments complete dentures both above and below between the period 2013 to 2014, recording their history to each of them. All this information was not collected, classified, tabulated and analyzed to present the trend of edentulous patients treated, for this reason this paper where the entire collection of patient data acquisition was performed attended meeting or no show their dentures, considering the classification of patients with features according to the trend in age, gender and certain health factors. A study of exploratory-descriptive type, where the medical records of patients who underwent total prosthesis in both lower and upper clinics Pilot School of Dentistry in the period 2013-2014 were used was conducted. In the results it was determined that the total number of patients seen in the Pilot School of Dentistry in the period 2013 - 2014 was 209, of which the largest number of patients corresponds to women with a total of 148 unlike the men who were treated for a total of 61. The edentulous patients who completed treatment were 56% and patients who did not complete the treatment were 44%. It was concluded that there is a greater amount in women interested in acquiring much lower total prosthesis as superior; also that the tendency of patients seen and who completed treatment of their dentures were between the ages of 50-70 years.

Keywords: Taking impressions, peripheral support, peripheral seal, edentulous

INTRODUCCIÓN

Las personas edéntulos totales presentan varias consecuencias, que muchas veces los llevan a un estado invalidante que se manifiesta en una serie de trastornos funcionales como la trituración insuficiente de los comestibles que limita la gama de alimentos que el paciente puede ingerir o problemas de fonación, ya que la persona edéntula total no pronuncia bien los fonemas o sonidos linguo-dentales y labio-dentales, problemas estéticos como la disminución de la dimensión vertical, problemas psicológicos y sociales que van en detrimento de la calidad de vida de los pacientes.

Para resolver estos problemas de los pacientes edéntulos totales se diseñan prótesis detales a las características bucal de las personas, realizando una serie de pasos convencionales desde la toma de impresiones, soporte y sellado periférico. Cuando los pacientes edéntulos totales utilizan prótesis dentales recuperan la función masticatoria, la estética y la fonética; además mejoran algunos aspectos como la actitud psicológica, desenvolvimiento social y mejor calidad de vida. Estos tipos de tratamientos para los pacientes edéntulos totales son desarrollados por los estudiantes de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil para el cumplimiento de las prácticas pre operacionales.

Los pacientes edéntulos son atendidos en las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología donde se les realiza un diagnostico dental y el tratamiento a seguir, pero una gran cantidad de pacientes no completan el tratamiento por el escaso recurso económico para adquirir una prótesis dental total. Durante los periodos 2013-2014 fueron atendidos pacientes edéntulos en la Facultad Piloto de Odontología donde fueron registrados los datos clínicos de cada paciente y la revisión de los estados de las prótesis, aunque estos resultados no han sido clasificados de acuerdo a las características similares de los pacientes. Es por esta razón que se presenta en esta investigación lo

que es un paciente edéntulo, preparación de la boca del paciente, que es una toma de impresión, desinfección de las impresiones de alginato, características de una impresión de alginato, características de los modelos, principios de la prótesis total, zonas de sellado protésico, materiales para impresión soporte y sellado periférico, y con el historial clínico determinar la clasificación de los pacientes atendidos de acuerdo a su edad, género, ciertos factores de salud que facilita la rápida o lenta mejora o adaptabilidad de las prótesis elaboradas de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante el periodo de estudios 2013-2014 en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil se han atendidos pacientes edéntulos totales para realizar prótesis aplicando las técnicas adecuadas para la toma de impresiones, soporte y sellados periféricos de manera precisa a la dentadura de los pacientes. Sin embargo la escasa clasificación de información de los pacientes que se realizaron prótesis totales tanto superiores como inferiores no ha sido determinada ni tabulada para verificar la tendencia en el tipo de género, edad, entre otros.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La pérdida total de los dientes es un impacto en la salud general y es un factor de riesgo para la nutrición. La capacidad masticatoria puede verse comprometida y limitar la gama de alimentos que los pacientes puede digerir, lo que resulta en una dieta de consumo relativamente pobre o inadecuado de nutrientes, además de alteraciones faciales como son la disminución de la dimensión vertical, la pérdida de soporte óseo para los tejidos peri-orales, hundimiento labial, pérdida de expresión labial, boca ensanchada; presentando también defectos del reborde alveolar en las regiones edéntulos, presentando un aspecto aplanado o cóncavo con desaparición del fondo vestibular; también problemas estéticos como la disminución de la dimensión vertical, problemas psicológicos y sociales que van en detrimento de la calidad de vida de los pacientes.

En las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología se atienden a pacientes edéntulos totales donde se realiza toma de impresiones, soporte y sellados periféricos, registrando la historia clínica, datos de

los pacientes como: edad, género, factores de salud y los pasos realizados para el diseño y elaboración de la prótesis. Toda esta información recopilada en cada paciente no ha sido clasificada, tabulada ni analizada para poder identificar las tendencias de los pacientes en base a la información del historial clínico de cada uno de ellos. Es por esta razón que se presenta este trabajo para la demostración paso a paso para realizar la toma de impresiones, soporte y sello periférico en pacientes edéntulos totales y con el historial clínico determinar la clasificación de los pacientes atendidos de acuerdo a su edad, género, ciertos factores de salud que facilita la rápida o lenta mejora o adaptabilidad de las prótesis elaboradas de acuerdo a la necesidad de cada paciente

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Cuál es el problema que presenta los pacientes de la tercera edad edéntulos en relación con el sellado con la toma de impresiones.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: Toma de Impresiones, soporte y sellado periférico en pacientes edéntulos totales.

Objeto de estudio: Pacientes edéntulos.

Campo de Acción: Impresiones, soporte y sellado periférico.

Área: Pregrado.

Periodo: 2014 – 2015.

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la tendencia en edad de los pacientes que se les realizo prótesis totales?

¿Cuál es la tendencia en género de los pacientes que se les realizo prótesis totales?

¿Cuál es la tendencia de los pacientes hipertensos que se les realizo prótesis totales?

¿Cuál es la tendencia de los pacientes diabéticos que se les realizo prótesis totales?

¿Cuál es el porcentaje de pacientes que no han adquirido su prótesis por abandono de tratamiento?

1.6 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar los pacientes que se realizaron prótesis totales tanto superiores como inferiores en la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2013 - 2014.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la tendencia en edad de los pacientes que se les realizo prótesis totales
- Identificar la tendencia en género de los pacientes que se les realizo prótesis totales
- Determinar la tendencia de los pacientes hipertensos que se les realizo prótesis totales
- Determinar el porcentaje de los pacientes que no han adquirido su prótesis por abandono de tratamiento
- Establecer el proceso correcto para diseñar e implantar prótesis totales a pacientes edéntulos totales

1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Conveniencia. Se ha detectado la necesidad de recopilar la información de los pacientes edéntulos totales atendidos en la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2013-2014 para poder clasificar,

validar y analizar los resultados obtenidos que facilitarían la tendencia de los pacientes atendidos.

Implicaciones prácticas. Los pacientes que han sido atendidos en la Facultad Piloto de Odontología para realizar sus prótesis totales tanto inferior como superior se les ha aplicado técnicas de toma de impresión, soporte y sellado periférico que han facilitado una mejor elaboración y diseño de prótesis.

Valor teórico. Los resultados obtenidos por la recopilación de información de la historia clínica de cada paciente servirán para conocer la tendencia de los pacientes que son atendidas para este tipo de tratamiento.

Utilidad metodológica. Es muy importante la aplicación de pasos y técnicas desarrolladas para la toma de impresiones, soporte y sellado periférico aplicado a los pacientes edéntulos totales que ayudaran a realizar prótesis con mejor adaptabilidad en la boca de los pacientes.

1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitado. Para la clasificación de la información en pacientes edéntulos se considera los factores como edad, genero, salud.

Factible: no conlleva gastos excesivos en materiales y la facultad brinda todas las posibilidades de obtener los datos.

Concreto: Este estudio se enfoca en pacientes edéntulos totales

Relevante: Validar la información obtenida en la historia clínica de cada paciente para la recopilación, clasificación y análisis de sus tendencias en base a edad, sexo, o factor de salud similar.

Evidente: Con los resultados obtenidos de la clasificación de información de la historia clínica de los pacientes se determinar de manera clara la tendencia de los pacientes que realizan prótesis totales.

Original: No existen datos precisos de los pacientes edéntulos totales en la Facultad Piloto de Odontología

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La impresión es un paso muy importante en la confección exitosa de una prótesis total. A través del a presión selectiva, siendo esta última la técnica más ampliamente aceptada y respetada en la actualidad.

La técnica convencional en la realización de una impresión de trabajo, consta de dos pasos consecutivos. En primer lugar se realiza la impresión periférica muscular y luego la impresión final. En general, este es el proceso más utilizado en las escuelas de EE.UU., variando en los materiales de impresión utilizados para cada uno de los pasos. Tradicionalmente se ha utilizado el compuesto de modelar para la impresión muscular periférica y la pasta Zinquenólica para la impresión final. Esta técnica ha sido descrita por algunos autores como dificultosa, especialmente para los principiantes, y como consumidora de mucho tiempo, por lo que se han descrito distintas modificaciones para hacerla más rápida. Por ejemplo, realizar la impresión periférica muscular en un sólo tiempo con siliconas o poliéter, o realizar una impresión de trabajo sólo con alginato en una cubeta individual. Otros autores han obviado la impresión de trabajo, para realizar la terminación de la prótesis sólo con una buena impresión preliminar hecha en alginato. Los resultados que se han obtenido en el periodo post instalación han sido satisfactorios para el paciente utilizando estas técnicas.

La investigación realizada por Vilchez Salazar, tenía como propósito conocer las lesiones que se presentan en los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de prótesis total que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) en el año 2012. Se evaluaron 40 pacientes entre 53 y 86

años de edad, previa calibración con la finalidad de determinar los cambios que experimenta la mucosa de soporte. A todos se les realizó un frotis citológico. Cada muestra fue coloreada con la técnica de Papanicolaou e interpretada según el sistema Bethesda. Los resultados indicaron que un 95 % presentó lesiones de la mucosa, del cual el 10 % presentó células displásicas, 7.5 % leucoplasias, 55 % estomatitis, 17.5 % hiperplasia y 5 % úlcera. El 90 % de las prótesis presentaron inestabilidad. No se observó diferencias significativas entre los diferentes esquemas oclusales. Por tanto se concluye que la gran mayoría de pacientes que presentan prótesis inestables han desarrollado lesiones sub-prótésicas; por lo que se considera necesario el control periódico de las prótesis con un tiempo de uso mayor a un año por parte del especialista para evitar lesiones de mayor malignidad. (Vilchez Salazar, 2014)

La investigación tuvo como objetivo el estudio descriptivo, con 93 ancianos institucionalizados portadores de prótesis total. Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado y el riesgo relativo para determinar la asociación entre las variables: edad, sexo, higiene, estado de conservación, tiempo y frecuencia de uso de la prótesis, necesidades de prótesis, tipo de lesión, localización, hábito de fumar, enfermedades sistémicas y medicamentos empleados. Los resultados fueron que el 78,5 % de los ancianos presentó lesiones relacionadas con el uso de la prótesis. La estomatitis subprótesis fue la lesión más frecuente. La presencia de lesiones bucales fue significativa en aquellos con 80 años y más (100 %). El 95,8 % tenían prótesis deterioradas, y en la totalidad de ellos, las prótesis tenían 21 años y más de uso. El riesgo de desarrollar lesiones fue 2,98 veces superior en aquellos con una higiene bucal deficiente. El 100% de los ancianos diabéticos y anémicos presentaron lesiones. Se concluyó que las lesiones bucales estuvieron muy relacionadas con los factores locales: estado de conservación, higiene, tiempo de uso de las prótesis; y con factores generales como: incremento de la edad, enfermedades sistémicas y

uso de medicamentos para su tratamiento. (García Alpízar, Alpízar, Valladares, & Oca, 2012)

Los implantes encontrados en mala posición en el maxilar anterior pueden crear complicaciones protésicas que comprometen la estética. Un caso clínico se presentará con el fin de discutir la colocación de un elemento para “dormir” un implante y la restauración adyacente con un puente volado para proporcionar un mejor resultado estético. En la zona estética anterior un implante se puede dejar como un accesorio durmiendo si se encuentra en mala posición, puesto que la restauración creará problemas estéticos. La prótesis puede ser restaurada mediante la utilización de un pónico volado sobre uno de los implantes como una alternativa a la restauración de los dos implantes. Esta opción de tratamiento puede ser mejor que la eliminación del implante mal posicionado, con el defecto óseo resultante y la necesidad de injertar tejidos duros y blandos para corregirlo. Se concluyó que La velocidad de perforación en la preparación del sitio de la osteotomía no es un factor determinante para el éxito de la integración. Un fracaso protésico puede resultar debido a la mala posición de los implantes y una alternativa a una prótesis con compromiso o la remoción del accesorio mal posicionado, puede ser dormir el implante y usar una prótesis voladiza. (Mahesh, Kurtzman, Chug, Shukla, & Kia, 2012)

Se realizó un estudio comparativo de la retención en prótesis totales superiores elaboradas en impresiones de Alginato y Pasta Zinquenólica; el objetivo fue Comparar la retención obtenida en las prótesis totales superiores elaboradas en impresiones de Alginato y pasta Zinquenólica. Se consideró una muestra de 16 pacientes, edéntulos totales superiores, a los cuales se les realizó: Anamnesis, toma de impresiones primarias, trazado y confección de dos cubetas individuales, toma de impresiones de trabajo en Alginato y Pasta Zinquenólica e inmediato vaciado, toma de relaciones maxilo

mandibular, doble articulación dentaria y confección de dos prótesis totales superiores de acrílico. A estas se les adoso un garfio de alambre para medir y registrar la retención obtenida en ambas prótesis con una balanza digital de precisión; los resultados de las 32 muestras en los 16 pacientes, registran que las prótesis confeccionadas en impresiones de Alginato logran mayor tasa de retención (69%) que las confeccionadas en Pasta Zinquenólica (31%) en una razón de 11 a 5. La prueba mecánica permitió hacer la comparación entre dos materiales de impresión ampliamente utilizados en odontología, obteniendo resultados que no se condicen con el conocimiento y creencia general de los odontólogos, el cual cuestiona el uso de Alginato para la obtención de modelos de trabajo. Se concluyó que ambos materiales de impresión son adecuados para la obtención de modelos de trabajo, en la confección de prótesis dentales. Las prótesis realizadas en base a impresiones de Alginato poseen mayor tasa de retención que las realizadas con Pasta Zinquenólica. Sería presuntivamente posible, disminuir los costos de producción de una prótesis total removible, si son elaboradas en impresiones de Alginato, sin ir en desmedro de los resultados. (Carriel, de Odontología, & Facial, 2012)

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo. La investigación fue transversal, observacional y descriptiva. La muestra fue de 148 personas adultas entre 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca. El acceso a la atención dental se evaluó mediante tres variables que son: razón por la cual la última vez no pudo obtener cuidado dental, razón principal de última visita al dentista y última visita al dentista. Se realizó un análisis univariado para evaluar la distribución de cada una de las variables, de tal manera que se pudo detectar valores fuera de lo previsto. También se efectuó un análisis bi variado, mediante la prueba de Chi cuadrado, para determinar la relación entre las variables

componentes de acceso a la atención dental y el edentulismo. Las pruebas se realizaron con el programa Stata Inter Cooled 8.0. Resultados: El 100% de edéntulos totales superiores y parciales inferiores acudieron al dentista por última vez por presentar dolor, mientras que el 100% de edéntulos totales acudió para la confección de prótesis. En mayor proporción los dentados visitaron por última vez al dentista en un tiempo menor a 12 meses siendo el 33,73%, y con un 36,36% los edéntulos totales y edéntulos parcial bimaxilar acudiero en mayor proporción en un tiempo mayor a 5 años. Conclusión: Existe relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo. (Gómez , 2012)

Se estudiaron 100 pacientes desdentados totales maxilares y portadores de prótesis desajustadas que acudieron al Servicio de Prótesis de la Facultad de Estomatología del ISCM-H. Los pacientes fueron examinados, y por observación directa de la mucosa palatina se constató si esta mostraba macroscópicamente los signos de estomatitis subprótesis, la cual se clasificó según los criterios de Newton. Se determinó la zona de ubicación de la lesión y por medio del interrogatorio se conoció el hábito de uso de las prótesis en estos pacientes. El 70 % de los pacientes estudiados presentaron una mucosa alterada, con un predominio de estomatitis subprótesis grado II en el 44,3 % y de grado III con menor frecuencia (21,4 %). La lesión se ubicó preferentemente en la zona media y posterior de la bóveda palatina, para el 44,3 y 34,3 %, respectivamente. Presentaban la lesión en la zona media 31 pacientes, para el 44,4 % y en esta zona prevaleció la estomatitis subprótesis grado II, para el 58 %, seguido por 24 pacientes con lesión en la zona posterior (34,2 %) con una prevalencia en esta zona del grado I de la lesión (58,3 %). Con respecto al hábito de uso de las prótesis, de los 100 pacientes estudiados 75 presentaban uso continuo de estas, mientras que solo 25 tenían hábito de uso discontinuo. De los que usaban la prótesis constantemente, 62 presentaron la mucosa alterada, en los que

predominó la estomatitis grado II, con el 96,8 % y las lesiones se observaron con mayor frecuencia en las zonas media y posterior, con el 80,6 y 91,6 %, respectivamente. Al relacionar el hábito de uso continuo, las zonas de ubicación de la lesión y el grado de estomatitis subprótesis, se apreció que en la zona media la frecuencia de aparición de la lesión es mayor, con el 35,8 % y mucho menor en la zona anterior, para el 8,5 %. El grado II de la lesión prevaleció en la zona media, para el 38,8 % y en la zona posterior prevaleció el grado I de la lesión, para el 50 %.

La investigación realizada por (Carreira Piloto & Almagro Urrutia, 2000)

Se realizó un Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en 165 historias clínicas de adultos mayores con necesidad de Prótesis Dental Total en la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM, entre los años 2006 – 2007. El instrumento de estudio principal fue la Ficha de Datos validada. La edad promedio global fue de 73.3 ± 5.5 años con extremos entre 60–93 años, donde la mayor proporción de adultos mayores tuvieron 70 a 79 años (42.40%). Existió predominio significativo del género femenino, en una relación de 2.58/1 ($p=0.03$). Las ECNT prevalentes fueron la DM, HTA, Asma y ECV, que en conjunto representaron 89 casos (53.85%), siendo más frecuente la presencia de HTA (37%). La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles fue de 53.95% sobre 165 adultos mayores con necesidad de prótesis total, entre los años 2006 al 2008, en la Clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM. La prevalencia de adultos mayores con Diabetes Mellitus (DM) fue de 11.30%, con mayor frecuencia en mujeres (9.109). La prevalencia de adultos mayores con hipertensión arterial fue de 37%; con mayor frecuencia en mujeres (31.50%). La prevalencia de adultos mayores con Asma bronquial fue de 5.45%; con mayor frecuencia en mujeres (4.25%). La prevalencia de adultos mayores con Enfermedad Cerebrovascular (ECV) fue de 1.20%; los dos casos en mujeres (1.20%).(Castillo Kohatsu, 2011)

Usar dentaduras totales es necesario para recuperar la función masticatoria, la estética y la fonética en aquellas personas que han perdido totalmente los dientes, pero su uso puede generar dolor e incomodidad y en los pacientes ancianos es difícil mantener una buena higiene de sus dentaduras. Se realizó un estudio en una población de adultos mayores portadores de dentaduras totales para conocer el patrón de uso, dolor, comodidad, higiene de los aparatos y presencia de flora bacteriana. Se encontró que el 30% usan ambas prótesis, 70% las usa día y noche, 34,66% manifestaron dolor leve, 66,66% presentaron una higiene regular, y 60% tenían presencia de flora bacteriana cocácea. Es necesario mejorar los estándares en el cuidado de la salud bucal de los ancianos y no solamente atenderlos cuando presentan un dolor agudo bucal. (Arellano, Torres, & Vivas, 2012)

En una investigación que tuvo como objetivo establecer la satisfacción usuaria como un elemento relevante en el resultado clínico final del tratamiento con prótesis removible. El estudio fue de tipo descriptivo. La muestra estuvo constituida por 137 pacientes, desdentados parciales o totales, que se realizaron prótesis removibles. La muestra final constó de 60 pacientes, se les realizó una encuesta de satisfacción usuaria, y de éstos 30 fueron examinados clínicamente. Los resultados fueron que el nivel de satisfacción usuaria en la universidad es de un 70%, al comparar su prótesis antigua versus la realizada en la universidad, el 63.3% se encuentra muy satisfecho. El 3.3% dijo estar insatisfecho con su prótesis, sin embargo, el 100% de los pacientes volvería a atenderse en la universidad y la recomendaría. En conclusión, la satisfacción usuaria es un conjunto multidimensional de factores, que influyen directamente en la percepción final del tratamiento. (Quiroz, Rosales, & de Odontología, 2014)

La pérdida de dientes tiene un impacto en la salud general y es un factor de riesgo para la malnutrición. La capacidad masticatoria puede

verse comprometida y limitar la gama de alimentos que los adultos desean ingerir, lo que resulta en una dieta de consumo relativamente pobre o inadecuado de nutrientes. Por lo que el presente estudio se realizó para evaluar el riesgo de malnutrición en pacientes mayores de 65 años que han perdido piezas dentales o que usan prótesis dental. Se realizó una revisión bibliográfica, además de una encuesta aplicada a 50 adultos mayores que atendieron a la Clínica de la Caja Costarricense del Seguro Social Marcial Rodríguez Conejo en Alajuela. En la encuesta se evaluaron temas como la falta de piezas dentales, uso de prótesis, aspectos sobre su alimentación y su condición tanto de salud general como nutricional. El estudio indica que existe una asociación entre la pérdida de dientes y riesgo de malnutrición. El 84% de la muestra presento problemas de masticación por su estado dental y el 86% de ellos cree que la falta de dientes afecta la dieta normal y tienen una menor entrada de nutrientes. Hay una necesidad para mejorar los programas de prevención dental para evitar la pérdida de dientes en los pacientes geriátricos. (Bolaños, 2014)

Investigaciones que tuvieron como objetivo determinar los factores asociados del uso de prótesis dentales o problemas orales en dientes o encías al usar las prótesis dentales en adultos mayores de origen México Americanos del estudio EPESE hispano en los Estados Unidos. Se hizo un análisis transversal incluyendo 2992 hombres y mujeres de 65 años o más entrevistados durante 1993-1994. El 44% de los ancianos reportaron el uso de prótesis dentales parciales o totales. Dentro de las personas que usan prótesis dentales, el 21% reportaron problemas orales con los dientes o las encías al comer. (Vilchez Salazar et al., 2014)

En una investigación que tuvo como objetivo comparar dos técnicas de impresiones en pacientes edéntulos: La técnica de impresión con el sistema Accu-dent vs la técnica de impresión tradicional para así poder establecer cual nos proporcionara una mejor calidad de impresión. Se

tomaron 30 impresiones a pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis total I y II en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 15 con el sistema de impresiones Accu-dent (12 maxilar superior y 3 maxilar inferior) y 15 con la técnica de impresiones tradicional (12 maxilar superior y 3 maxilar inferior). Las impresiones fueron analizadas y se calificó impresión en regular, buena o excelente. Se concluyó que el Sistemas de Impresiones Accu-dent y la Técnica de Impresiones Tradicional van a proporcionar una buena calidad de impresión, por lo tanto el uso de cualquier de estas dos técnicas es aceptable en el procedimiento de toma de impresiones definitivas. (Villacís Romero, 2012)

2.2 BASES TEORICAS.

2.2.1 PACIENTE EDENTULO.

La pérdida de los dientes representa un evento traumático en la vida de una persona que compromete su relación con el mundo, en las distintas partes del rostro los dientes están en primer lugar. El edentulismo tota requiere de prótesis totales completas mio funcionales estables, estabilidad que se logra con una base protésica bien sellada que permita la retención. Dientes artificiales que vuelvan a dar una correcta dimensión vertical, una relación horizontal fisiológica, una relación interdentaria u oclusal perfecta que logre axilar las fuerzas e impidan palancas desestabilizantes. (Blocare, 2013).

2.2.2 PREPARACIÓN DE LA BOCA DEL PACIENTE.

En pacientes con edentulismo, total, se documenta el estado general y específico del tejido blando. El examen del tejido blando identifica las áreas palpadas observadas en la cavidad oral y la oro faringe, así como la evaluación de la articulación temporomandibular. El análisis de la sonrisa forma parte del examen facial externo, que incluye un examen del cuello en busca de ganglios linfáticos palpables. (Blocare, 2013).

2.2.3 QUE ES UNA TOMA DE IMPRESIÓN.

Es toda impresión que se toma sobre los dientes de un paciente, realizada en una clínica dental, y que se consigue a través de ciertos materiales no tóxicos (denominados de impresión), como son el alginato y la silicona (de condensación y de adición), contenidos en las distintas cubetas de impresión existentes. A partir de estas impresiones dentales y mediante el proceso de vaciado o positivado de las mismas realizado en el laboratorio dental por el protésico dental, se obtienen los modelos de escayola con los que el protésico puede trabajar. Las impresiones tienen un periodo de uso, debiéndose vaciar en escayola lo antes posible.

Las impresiones deben reproducir adecuadamente las estructuras bucales del paciente, especialmente las zonas de trabajo, ya que si estas presentan burbujas, distorsiones, arrastres, o han perdido humedad. (Palacio, 2006).

2.2.3.1 Tomas de impresiones con alginato

Se le pide al paciente que se enjuague vigorosamente un par de veces con agua pura, para eliminar los restos alimenticios que pudieran existir en la mucosa. Seguidamente se prepara una solución astringente, que puede ser cualquier antiséptico bucal y se instruye al paciente para que se enjuague nuevamente con esta solución un par de veces, con el propósito de eliminar la presencia de mucina de la saliva en las superficies del paladar, piso de la boca y las encías, puesto que esto impide la reproducción adecuada de los detalles y ocasiona cambios superficiales en el alginato, lo que, a su vez, resultará en una superficie áspera en el modelo. (De León, 2006)

2.2.3.2 Toma de impresiones

Al abrir la bolsa de alginato debe inmediatamente colocarse el contenido dentro de un recipiente que pueda cerrarse herméticamente, con el propósito de que el polvo de alginato no se hidrate. Antes de

utilizar el alginato se debe mover el polvo con dos propósitos. Uno de soltar el polvo y el otro de hacer que el ácido algílico se mezcle homogéneamente, pues tiende a precipitarse. Se procede a mezclar el alginato con agua y a cargar la cubeta para tomar la impresión. La cantidad de polvo se determina de acuerdo al tamaño de la cubeta seleccionada. Siguiendo las indicaciones del fabricante del alginato, si se utilizan dos medidas de polvo, se agregan dos medidas de agua para obtener una mezcla adecuada, El tipo de alginato que se utilice dependerá de cada caso particular. Sin embargo, se sugiere que si se está empezando a utilizar este material se emplee el tipo regular. A medida que se desarrollen más habilidades, o ante pacientes muy ansiosos o con limitaciones físicas, puede utilizarse el tipo rápido.

Con una espátula se mezcla el material en una copa de hule. El espatulado debe mezclar el alginato para obtener una pasta suave, de buena consistencia y que sea homogénea. Es preferible utilizar una espátula rígida, de metal y ancha de forma redondeada. Las espátulas de plástico son muy blandas y dificultan la mezcla del material, al igual que las espátulas angostas. La espátula curva debe adaptarse a la curvatura de la copa para asegurar que la mezcla será adecuada. Se prefiere obtener primero la impresión inferior, pues ofrece menos molestias, de esta forma el paciente se acostumbra al material y a la técnica, antes de tomar la más molesta de las dos impresiones.(De León, 2006)

- **Impresión inferior**

Se llena la cubeta inferior con la pasta, procurando no atrapar aire dentro de la mezcla. Es preferible tomar toda la mezcla con la espátula para depositarla poco a poco en la cubeta, esto ahorra tiempo. Luego de depositar todo el material dentro de la cubeta, se humedece el guante con agua y con el dedo se alisa la superficie del alginato.

Inmediatamente después se lleva la cubeta dentro de la boca, orientándolo adecuadamente sobre el arco sin ejercer presión. Se retrae el labio para que el material penetre hasta el surco, luego se presiona la cubeta, primero en la parte posterior y luego en la anterior, estabilizándola, se instruye al paciente para que eleve, protruya y haga movimientos con la lengua en ese momento. Se toma el labio del paciente y se hacen movimientos para marcar las inserciones musculares en los bordes de la cubeta.

Hay que estabilizar la cubeta, por lo menos durante 3 minutos hasta que se pierda el brillo de la superficie, se esperan otros dos minutos, tiempo necesario para que el material gelifique debidamente, deben seguirse las instrucciones del fabricante.(De León, 2006)

- **Toma de impresión con elastómeros**

Para remover la impresión de la boca del paciente se coloca el operador detrás del sujeto, se rompe primero el vacío que se produce al gelificar el alginato en contacto con los tejidos bucales, para esto se retrae el carrillo tratando de separarlo del alginato, pero sin tocarlo, al mismo tiempo se ejerce una palanca para liberar el vacío en esta región, se notara que el alginato se desprende súbitamente. Ahora se ejerce una tracción uniforme, teniendo precaución de no lastimar su periferia. Para retirar la cubeta de la boca debe presionar hacia abajo sobre el mango de la cubeta, produciendo que se levante la parte posterior para luego girarse ligeramente y retirarla de la boca. Se examina la impresión para determinar si existen defectos, observándose todas las huellas de las piezas dentarias. Si ésta es satisfactoria, procedemos a cerrar el espacio ocupado por la lengua.(De León, 2006)

- **Bloqueo del espacio de la lengua**

Para esto se humedece con agua una servilleta de papel y se la coloca en el espacio hasta la mitad de la altura de la cubeta, se mezcla una cantidad pequeña de alginato, de la manera descrita previamente. Con esta pasta se llena la otra mitad del espacio que ocupó la lengua. Se humedece el guante con agua y con el dedo se alisa la superficie del alginato procurando no presionar los bordes de la impresión. Se deja que el material endurezca debidamente. De esta forma queda la impresión inferior lista para ser llenada inmediatamente con yeso piedra. Es recomendable colocar la impresión dentro de un humidificador. Este es un recipiente hermético, lo suficientemente grande para colocar adentro las impresiones. En el fondo de este recipiente se coloca una esponja o servilleta húmeda, esto para permitir que el alginato no se deshidrate.

Cuando no se tiene un humidificador y no se va llenar la impresión inmediatamente, entonces debe meter la impresión dentro de una bolsa de plástico que tenga un cierre hermético.(De León, 2006)

- **Toma de impresión superior**

Seguidamente se procede a tomar la impresión superior. Se determina la cantidad necesaria de polvo, de acuerdo al tamaño de la cubeta superior seleccionado. A esta se le agrega la cantidad de agua requerida siguiendo las indicaciones del fabricante, para obtener una mezcla bastante homogénea. Se carga la cubeta superior con toda la mezcla tratando de no incorporar aire a la pasta. Se esparce bien el alginato sobre toda la superficie de la cubeta. Se humedece el guante con agua y con el dedo se alisa la superficie del material y se insinúa la forma del paladar.

De inmediato se orienta adecuadamente la cubeta dentro de la boca, se eleva primero la parte posterior presionando hasta que éste quede en contacto con el paladar. Luego se levanta la parte anterior para que

ésta zona quede en posición y el alginato llene el surco bucal. Se retrae el labio para que el material se introduzca hasta el surco vestibular. Se instruye al paciente para que ejecute movimientos con los labios para marcar las inserciones musculares en los límites de la cubeta. Se estabiliza la cubeta y se espera que el alginato endurezca debidamente.(De León, 2006)

- **Remoción de la impresión superior**

Se coloca el operador detrás del paciente, se rompe primero el vacío que se produce al gelificar el alginato en contacto con los tejidos bucales, para esto se retrae el carrillo tratando de separarlo del alginato, pero sin tocarlo, al mismo tiempo se ejerce una palanca para liberar el vacío en esta región, se notará que el alginato se desprende súbitamente. Se ejerce una tracción uniforme para remover la impresión, teniendo precaución de no lastimar su periferia. Se examina la impresión, debe ponerse atención a la región retromolar, para comprobar que no tenga defectos. En ocasiones quedan residuos de saliva adheridos a la impresión en la zona del paladar, en estos casos es aconsejable esparcir yeso en polvo en la superficie de la impresión. Seguidamente, se pone bajo el chorro de agua la impresión para eliminar el yeso que se ha adherido a la saliva. Hecho lo anterior se quita el exceso de agua que haya quedado, de modo que quede lista para ser vaciada con yeso piedra.(De León, 2006)

- **Preparación de las impresiones para el llenado**

Se recomienda, para bajar la tensión superficial de las impresiones de alginato, para que el yeso piedra endurezca más en su superficie y para que el modelo sea muy resistente y terso, sumergir las impresiones en una solución de sulfato de potasio 42SOK al 2%.(De León, 2006)

2.2.4 DESINFECCIÓN DE LAS IMPRESIONES DE ALGINATO

Las impresiones de los arcos dentarios tienen un nivel de contaminación intermedio o no tan crítico, por lo tanto sólo necesitan una desinfección de nivel medio (no se eliminan esporas). Los métodos utilizados para la desinfección no deben alterar la calidad del material de impresión y menos aún su fidelidad de reproducción. Los productos para la desinfección de impresiones son de tres grupos:

- Formulaciones de glutaraldehído
- Derivados de cloro
- Yodoformas

2.2.4.1 Glutaraldehído

Es uno de los agentes más utilizados por los odontólogos. Es un desinfectante de nivel alto. Para alginato se sugiere sumergir las impresiones en glutaraldehído a una concentración al 2% por 10 minutos. (Glutaraldehído al 2% con buffer fenólico al 1:16 y/o un potenciador del glutaraldehído al 1:4.). Cuando se utiliza glutaraldehído alcalino se sumerge la impresión por 20 minutos. (De León, 2006)

2.2.4.2 Derivados de Cloro

Son desinfectantes de nivel intermedio. Para alginato se recomienda hipoclorito de sodio en una solución al 0.5% por 10 minutos. También se puede emplear una aplicación de Spray al 0.5% sobre las superficies de la impresión y se deja actuar por 10 minutos. El hipoclorito de sodio se inactiva en presencia de materiales orgánicos (sangre, saliva o secreciones) y tiene un efecto corrosivo sobre las cubetas metálicas. Se puede emplear el hipoclorito de sodio al 5.25% por 10 minutos. (De León, 2006)

2.2.4.3 Yodóforos

Desinfectantes de nivel intermedio. Se desactivan en presencia de materia orgánica. Para alginato se recomienda sumergir las impresiones en una solución acuosa de yodo al 10% por 10 minutos.

2.2.5 CARACTERÍSTICAS DE UNA IMPRESIÓN DE ALGINATO.

Las características que deben cumplir las impresiones de alginato son:

- Después de haber gelificado el alginato y de haberse removido la cubeta de la boca, el alginato debe estar en su totalidad íntimamente unido a la cubeta.
- Al examinar en el alginato las huellas de las superficies de la mucosa, no deben existir burbujas o perforaciones del alginato.
- La impresión de alginato debe copiar todas las superficies de la mucosa. Así mismo, debe cubrir como mínimo una distancia de 10mm desde el margen libre de la encía hasta los bordes de la impresión.
- La impresión superior debe haber copiado por lo menos tres cuartas partes del paladar.
- En la impresión inferior, el espacio dejado por la lengua debe estar bloqueado con alginato.

2.2.5.1 Llenado de las impresiones

Después de tomadas las impresiones y de haber comprobado que no tengan defectos procedemos a mezclar yeso y verterlo en su interior.

Se coloca el yeso en la copa de hule y se le agrega la cantidad suficiente de agua para obtener una mezcla cremosa que nos ofrece grandes posibilidades en cuanto a una reproducción tersa y resistente. La proporción adecuada de agua-polvo para el yeso piedra es de 100 gramos de yeso y 30 mililitros de agua.

Se coloca la copa de hule con la mezcla sobre el vibrador, para eliminar las burbujas de aire que se incorporaron al preparar el material.(De León, 2006)

2.2.5.2 Llenado de la impresión superior

Al haber obtenido la mezcla, se asienta el agarrador de la cubeta sobre el vibrador y se procede a colocar yeso con la espátula en cantidades pequeñas sobre la parte más superior del paladar. Mientras el yeso se esparce y cubre las superficies de la mucosa, se continúa agregando en ese mismo lugar más material.

Esto último debe ser observado con sumo cuidado pues de lo contrario se atraparán burbujas que aparecerán en los modelos como deficiencias. El yeso se coloca únicamente hasta los límites de la impresión. El grosor del yeso en la parte del paladar y en la zona lingual debe ser de aproximadamente de medio centímetro. Se conforman con el mismo yeso, de dos a tres nódulos en la superficie de modelo, para poder retenerlos con yeso de modelos en el articulador.

Se coloca la impresión dentro de un humidificador herméticamente cerrado, que permitirá que el yeso tenga una mayor consistencia y que el alginato no se deshidrate. Debe esperarse aproximadamente una hora para que el yeso fragüe adecuadamente. Después de haber fraguado el yeso se remueven los modelos de las impresiones, haciendo tracción en dirección de los ejes mayores de los dientes anteriores, para evitar que estos se fracturen en esta maniobra. Se revisa el modelo para determinar si presentan efectos ocasionados por el llenado del yeso.(De León, 2006)

2.2.5.3 Llenado de la impresión inferior

Teniendo la mezcla de yeso preparada, se asienta el agarrador de la cubeta sobre el vibrador y se procede a colocar yeso con la espátula en cantidades pequeñas sobre la parte más superior de la zona donde se

bloqueó el espacio de la lengua. Mientras el yeso se esparce y cubre las superficies de la mucosa, se continúa agregando en ese mismo lugar más material.

Esto último debe ser observado con sumo cuidado pues de lo contrario se atraparán burbujas que aparecerán en los modelos como deficiencias. El yeso se coloca únicamente hasta los límites de la impresión. El grosor del yeso en la parte de la zona lingual debe ser de aproximadamente de medio centímetro.

Se conforman con el mismo yeso, de dos a tres nódulos en la superficie de modelo, para poder retenerlos con yeso de modelos en el articulador. Se coloca la impresión dentro de un humidificador herméticamente cerrado, que permitirá que el yeso tenga una mayor consistencia y que el alginato no se deshidrate.

Debe esperarse aproximadamente una hora para que el yeso fragüe adecuadamente. Después de haber fraguado el yeso se remueven los modelos de las impresiones, haciendo tracción en dirección de los ejes mayores de la mucosa de la zona anterior. Se revisa el modelo para determinar si presentan efectos ocasionados por el llenado del yeso.(De León, 2006)

2.2.5.4 Un segundo llenado de las impresiones

Colocar las impresiones llenadas con yeso piedra dentro de un humidificador, evita que el alginato pierda su elasticidad, permitiendo que los modelos puedan removerse con facilidad y sin rasgar ni deformar el alginato, de tal manera que éstas impresiones puedan llenarse una segunda vez, obteniendo un segundo juego de modelos. Este segundo juego de modelos debe ser marcado, puesto que pierde detalles.(De León, 2006)

2.2.5.5 Desinfección de modelos de yeso

Se prepara una solución de hipoclorito de sodio al 5.25%, a la cual se le colocan trazas de yeso y se deja durante 24 horas para permitir la saturación del hipoclorito. Después de este período de tiempo se sumerge el modelo durante una hora.(De León, 2006)

2.2.5.6 Recorte de los modelos de estudio

Se está listo entonces para proceder a recortar adecuadamente los modelos. Con la recortadora de yeso se regulariza los bordes externos de la base del modelo de tal forma de eliminar los excedentes de yeso hasta el nivel del surco vestibular, y en sentido convergente hacia la base del modelo. Durante el recorte debe de sujetarse firmemente el modelo para evitar que se suelte de las manos y que cause daño al modelo.(De León, 2006)

2.2.6 CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS.

Las características que deben cumplir los modelos de yeso piedra para ser montados en el articulador semiajustable son:

- Las superficies del reborde alveolar deben de estar libres de depresiones o porosidades ocasionadas por aire atrapado dentro del yeso piedra, o de cualquier otro desgaste ocasionado por el recortador de modelos.
- Mostrar detalladamente las características anatómicas del reborde alveolar.
- Mostrar detalles anatómicos del paladar, zonas labial y bucal de los tejidos blandos incluyendo inserciones musculares.
- La superficie de yeso debe estar perfectamente cristalizada. Es decir que cuando se pase el dedo sobre el modelo, no deberá desprenderse yeso de su superficie.

- La base del modelo debe quedar recortada en forma expulsiva a partir del surco vestibular (lo que corresponde al borde externo de la impresión) y con simetría adecuada.
- La base de los modelos de yeso piedra mejorado, deberán poseer de dos a tres nódulos para poder retenerlos en el articulador.
- La oclusión de los modelos debe ser la misma que se observa en el paciente.

2.2.7 PRINCIPIOS DE LA PRÓTESIS TOTAL.

2.2.7.1 Soporte

El soporte es la propiedad que tiene las prótesis para que no se produzca imputación sobre la estructura de la mucosa. A mayor área, mejor soporte. La fuerza se reparte, disminuyendo la presión. Si hay mayor área es porque hay menor reabsorción ósea.

2.2.7.2 Zona de soporte principal en la maxilar superior

- Flanco interno del reborde alveolar residual.
- Flanco vestibular del reborde alveolar residual.

2.2.7.3 A.S.D.

- Flanco disto-vestibular del reborde alveolar residual.
- -2/3 de la papila piriforme
- En la actualidad la zona de soporte principal en el maxilar superior es toda la zona palatina aliviando el rafe medio.

2.2.8 ZONAS DE SELLADO PROTÉSICO.

2.2.8.1 Maxilar superior

- Zona del límite entre paladar duro y blando (zona de sellado posterior o post-daming).
- Zona del fondo del vestíbulo (zona de sellado periférico).

- Zona de la papila piriforme (parte posterior de la prótesis).
- Flanco vestibular.
- Zona de sellado periférico (vestibular y lingual).

2.2.9 MATERIALES PARA IMPRESIONES.

Para la toma de impresión tenemos los materiales Elásticos y los no Elásticos. Dentro de los primeros tenemos: yeso de impresión, compuesto de impresión, pasta de óxido de zinc eugenol y las ceras de impresión. Dentro de los materiales elásticos tenemos los hidrocoloides como el alginato y los elastómeros sintéticos, como los polisulfuros, siliconas, y los poliésteres. (Kendall & Kendall, 2005).

2.2.9.1 Alginato

Su composición la cual es: alginato de potasio 18% (coloide soluble), sulfato de calcio dihidratado 14% (reactivo), óxido de zinc 4% (proporciona plasticidad y resistencia), fluoruro de potasio o titanio 3% (compatibilidad con yeso dental), tierra de diatomeas o silicatos 56% (consistencia y resistencia), y fosfato de sodio 2% (retarda la reacción). Este viene en polvo, y debe ser mezclado con agua, siendo 2:1 la relación que debe existir. La temperatura de trabajo ideal del alginato es 21 grados centígrados, donde si esta aumentada el tiempo de gelificación se reduce. Se debe realizar la mezcla en una taza de caucho, con una espátula de plástico por lo general, donde el material debe ser presionando contra las paredes de la taza de caucho con la espátula durante 45 a 60 segundos máximo. Conseguida la mezcla homogénea del polvo con el agua, pasamos ya a toma de impresiones. (Paz y Miño, 2012)

2.2.9.2 Cubetas

Las cubetas tienen su uso específico en cada etapa de la confección de una prótesis. Existen diferentes tipos de cubetas, las cuales son:

- **Cubetas metálicas perforadas**

Recipiente pensado para realizar tomas de impresión dental. Estas cubetas están perforadas para mejorar la adherencia del material de impresión al introducirse en ellos.

Figura 1. Cubeta metálica para edéntulos totales



Autor: Jheyson Celi Zambrano

- **Cubetas individuales**

Son aquellas cubetas que elabora el protésico dental en un laboratorio cuando el trabajo a realizar así lo requiere. Se llaman individuales porque se realizan específicamente para la boca de un determinado paciente ajustándose por tanto a la anatomía de la misma.

Figura 2. Cubetas individuales acrílicas



Autor: Jheyson Celi Zambrano

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Acrílicos.- Son polímeros a base de polimetacrilato de metilo. Son las más usadas en odontología para base de prótesis, aunque no son óptimas, son usadas. Sus malas características se atribuye a mal uso que de las prótesis hacen los pacientes.

Cámara de succión.- las cámaras de succión es un artificio usado o abusado para enmascarar prótesis totales superiores sin retención. Actúan como un verdadero chupón que por vacío produce hiperplasia de la mucosa, la cual se puede ulcerar o colonizar por hongos.

Estabilidad.- es la resistencia a las fuerzas horizontales y rotacionales, esta propiedad conserva la posición correcta de la dentadura, evita desplazamientos en sentido lateral o anteroposterior. Dará al paciente confort fisiológico.

Godiva: es un material de impresión termoplástico en placas, presentado en barras.

Monómeros.- son compuestos de bajo peso molecular que pueden unirse a otras moléculas pequeñas para formar macromoléculas de cadenas largas comúnmente conocidas como polímeros.

Mucosa.- es una capa formada por epitelio y el tejido conjuntivo laxo subyacente que reviste las paredes internas de los órganos que están en contacto con el exterior del cuerpo.

Polímeros: son mezclas de macromoléculas de distintos pesos moleculares.

Sellado periférico.- es mantener el contacto con la parte anterior del paladar blando durante los movimientos funcionales del sistema estomatognático

Reborde Alveolar.- Prominencia ósea del maxilar o de la mandíbula que contiene los alveolos dentarios.

Retención.- es la resistencia al desplazamiento de la base protésica alrededor del reborde residual. Según Boucher, proporciona confort psicológico al paciente.

Retención basal.- El verdadero artífice de que la prótesis se sujete es la saliva. Ésta, se adapta perfectamente entre la mucosa y la prótesis, produciéndose una unión molecular y provocando retención.

Retención de cierre periférico.- Que se logra con el sellado periférico, es un tipo de retención que se efectúa porque todo el borde de la prótesis queda sellado impidiendo así la entrada de aire.

Sellado periférico.- es mantener el contacto con la parte anterior del paladar blando durante los movimientos funcionales del sistema estomatognático

Soporte.- es la capacidad de resistir las presiones masticatorias, en sentido vertical, desde las bases de la dentadura completa hacia el reborde residual.

Soporte periférico.- El soporte es la propiedad que tienen las prótesis para que no se produzca su impactación sobre las estructuras de apoyo fibromucosa y hueso subyacentes.

Toma de impresión.- Imagen en negativo- se realiza llevando a la boca un material blando, semifluido y esperando a que este endurezca reproduciendo así el terreno deseado.

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, “para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados”.

Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual. La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

- Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;
- Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;
- Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;
- Habilidad
- Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

- Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;
- Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;
- Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

- Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;
- Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;
- Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

2.5 VARIABLES DE INVESTIGACION.

2.5.1 Variable Independiente: pacientes edéntulos totales.

2.5.2 Variable Dependiente: Impresiones, soporte y sellado periférico.

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

[illegible]

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación es retrospectiva a través de las historias clínicas de los pacientes que se les realizaron prótesis totales tanto inferior como superior en las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología donde se tabuló información sobre la edad, género y ciertos factores de salud.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo Descriptiva, porque determina la situación de las variables independiente y dependiente estudiadas en la muestra de una población, utilizando las historias clínicas de los pacientes que se les realizaron prótesis totales tanto inferior como superior en las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2013-2014.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1 Talento Humano.

- Dr. Jorge García Villamar.
- Jheyson Celi

3.3.2 Recursos Materiales.

- Cámara fotográfica.
- Historias clínicas.
- Computadora.
- Hojas.
- Esferos.
- Lápices.
- Libros.
- Celular.

- Impresora.
- Perforadora.
- Cuadernos.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

UNIVERSO: 2000 Pacientes que se les realizaron prótesis totales tanto inferior como superior en las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2013-2014.

MUESTRA: Para establecer el tamaño de la muestra, se estableció el nivel de confianza en 95%, el intervalo de confianza en 5%, dado como resultado 209 Pacientes que se les realizaron prótesis totales tanto inferior como superior en las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2013-2014.

3.5 FASES METODOLOGICAS.

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual.

Fase metodológica.

Fase empírica.

La fase conceptual de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado.

La formulación de la pregunta de investigación: que problema presentan los pacientes de la tercera edad edéntulos en relación con el sellado con la toma de impresiones.

Revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre nuestro tema de investigación, que nos ayude a justificar y concretar nuestro problema de investigación.

Descripción del marco de referencia de nuestro estudio: Desde qué perspectiva teórica abordamos la investigación.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación: determinar los pacientes que se realizaron prótesis totales tanto como superiores e inferiores en la facultad piloto de odontología en el periodo 2013-2014.

La fase metodológica es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el "traje" que le hemos confeccionado a nuestro estudio a partir de nuestra idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte de nuestro diseño:

Elección del diseño de investigación: la investigación es retrospectiva pues se la realizó a través de las historias clínicas a pacientes que se le realizaron prótesis totales tanto como superior e inferior.

Definición de los sujetos del estudio: para esta investigación la muestra fue de 209 pacientes a los cuales se les realizó prótesis totales tanto como superior e inferior en la clínica de la facultad piloto de odontología en el periodo 2013-2014.

Descripción de las variables de la investigación: Acercamiento conceptual y operativo a nuestro objeto de la investigación. Variable independiente: pacientes edéntulos totales. Variable dependiente: impresiones, soporte y sellado periférico.

Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: la herramienta a utilizar fueron las historias clínicas de diagnóstico, la misma que se realizaban preguntas referentes a datos del paciente, control post quirúrgico, los signos y síntomas y finalmente la evolución.

La última fase, **la fase empírica** es, sin duda, la que nos resulta más atractiva, Recogida de datos: En esta etapa recogeremos los datos de forma sistemática utilizando las herramientas que hemos diseñado previamente. Análisis de los datos: la totalidad de pacientes atendidos en la facultad piloto de odontología en el periodo 2013-2014 fue de 209 de los cuales la mayor cantidad de pacientes corresponde a mujeres con un total de 148 equivalentes a 71% a diferencia de los hombres que fueron atendidos en un total de 61 equivalentes a 29%

Interpretación de los resultados:

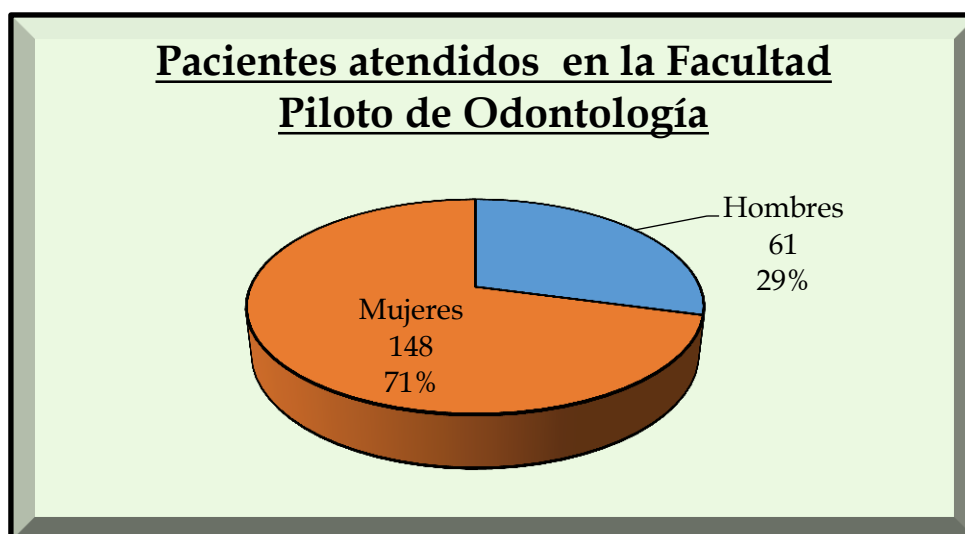
Un análisis meramente descriptivo de los datos obtenidos puede resultar poco interesante, tanto para el investigador, como para los interesados en conocer los resultados de un determinado estudio. Poner en relación los datos obtenidos con el contexto en el que tienen lugar y analizarlo a la luz de trabajos anteriores enriquece, sin duda, el estudio llevado a cabo.

Difusión de los resultados: Una investigación que no llega al resto de la comunidad de personas y profesionales implicados en el objeto de la misma tiene escasa utilidad, aparte de la satisfacción personal de haberla llevado a cabo. Si pensamos que la investigación mejora la práctica clínica comunicar los resultados de la investigación resulta un deber ineludible para cualquier investigador.

4 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Posterior a la clasificación, tabulación y análisis de la información de los pacientes edéntulos que fueron atendidos en la clínica de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, se tabuló los resultados de las respectivas historias clínicas revisadas.

Gráfico 1

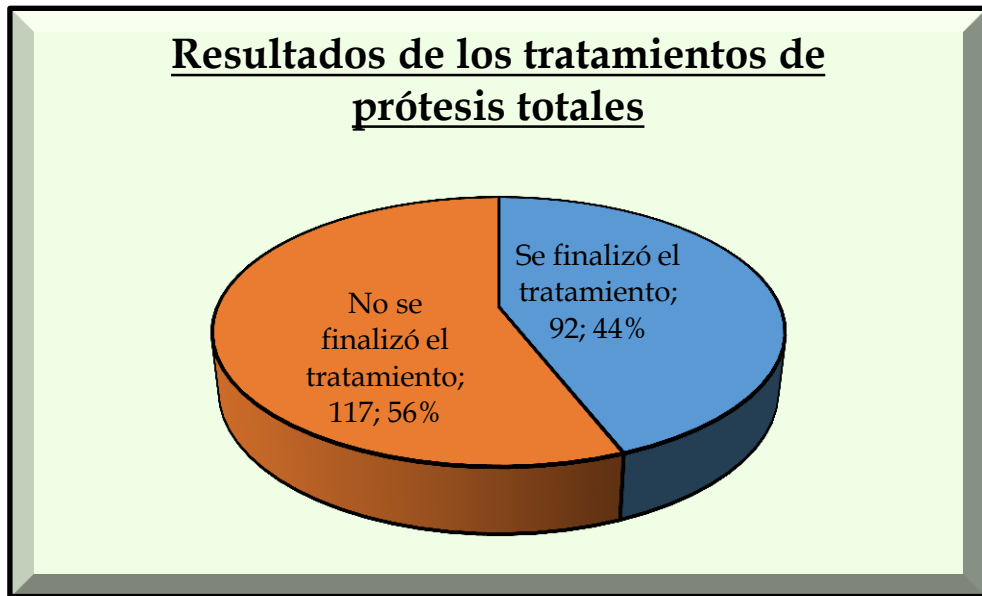


Fuente: Facultad Piloto de Odontología
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano

En el gráfico 1 se puede observar el total de pacientes que fueron atendidos en la Facultad Piloto de Odontología en el período 2013 – 2014 el cual es de 209, de los cuales la mayor de cantidad de pacientes corresponde a las mujeres con un total de 148 equivalente al 71% a diferencia de los hombres que fueron atendidos con un total de 61 equivalente al 29%.

Predominando el sexo femenino.

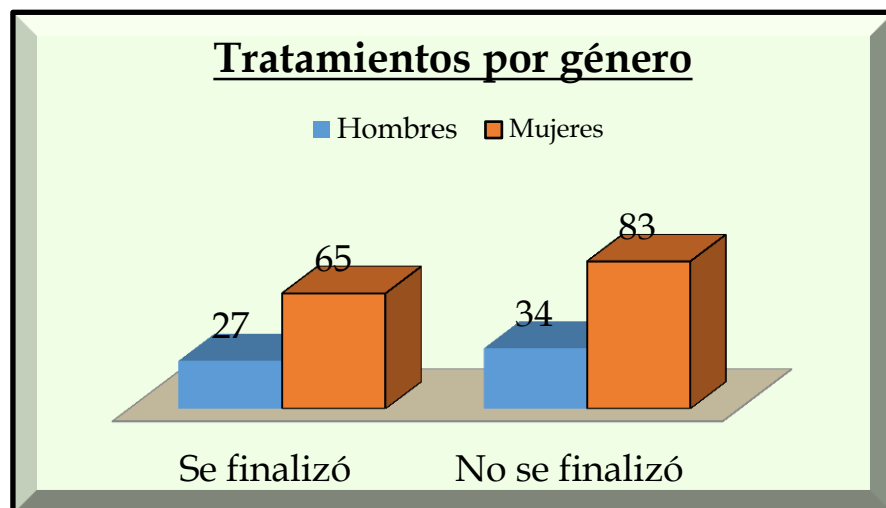
Gráfico 2



Fuente: Facultad Piloto de Odontología
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano

En el gráfico 2 se puede verificar los resultados de los pacientes edéntulos que terminaron el tratamiento los cuales fueron 92 equivalente al 44% a diferencia de los pacientes que abandonaron el tratamiento que fueron 114 personas equivalente al 56% .

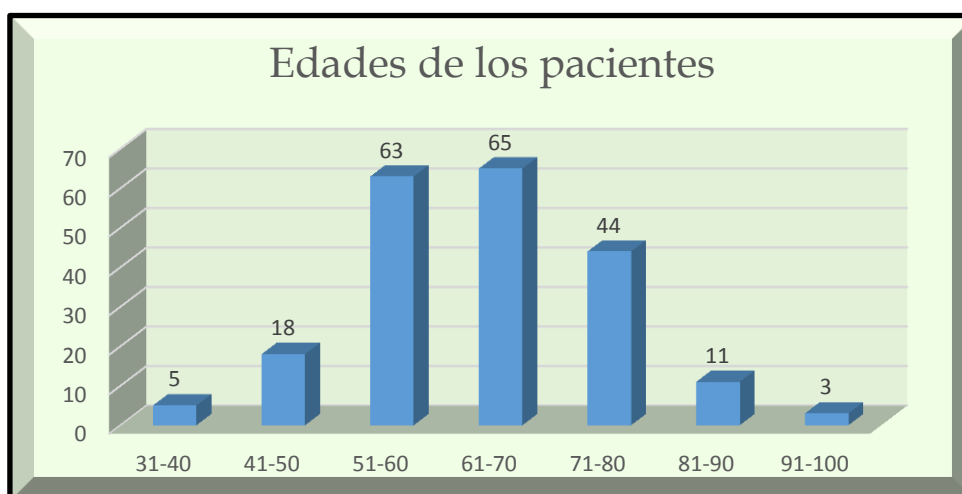
Gráfico 3



Fuente: Facultad Piloto de Odontología
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano

En la gráfico 3 se puede observar el número de pacientes por género que terminaron sus tratamientos de prótesis, visualizando que el mayor número de pacientes que finalizaron el tratamiento corresponde a las Mujeres con un total de 65 de ellas, y un total de 83 mujeres no culminaron el tratamiento de la prótesis a diferencia de los hombres que cuenta con una cantidad inferior en ambos escenarios con 27 hombres que finalizaron el tratamiento y 34 que no finalizaron.

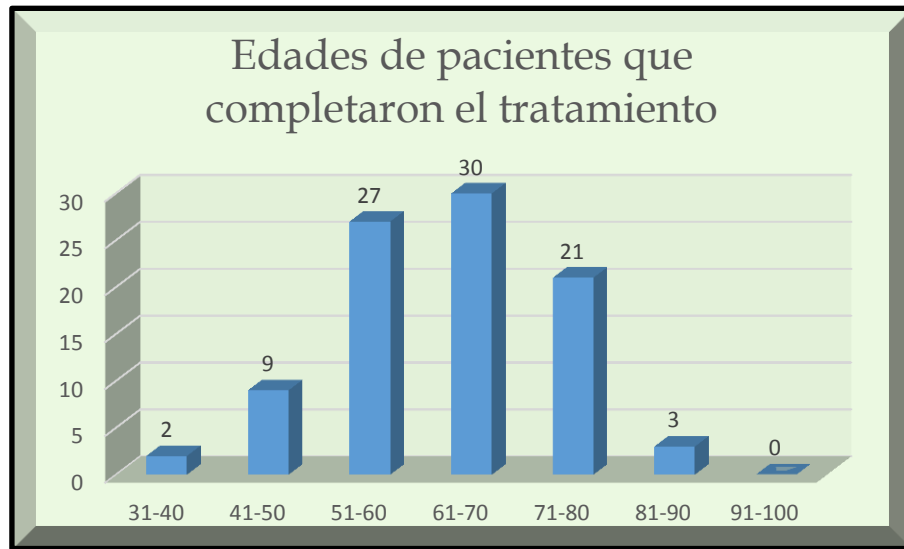
Gráfico 4



Fuente: Facultad Piloto de Odontología
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano

En la gráfica 4 se puede visualizar a los pacientes que fueron atendidos en la Facultad Piloto de Odontología en la Universidad de Guayaquil por edades, de rangos a partir de los 30 años, siendo la mayor frecuencia de pacientes entre 50 a 70 años que fueron atendidos para realizar sus prótesis totales.

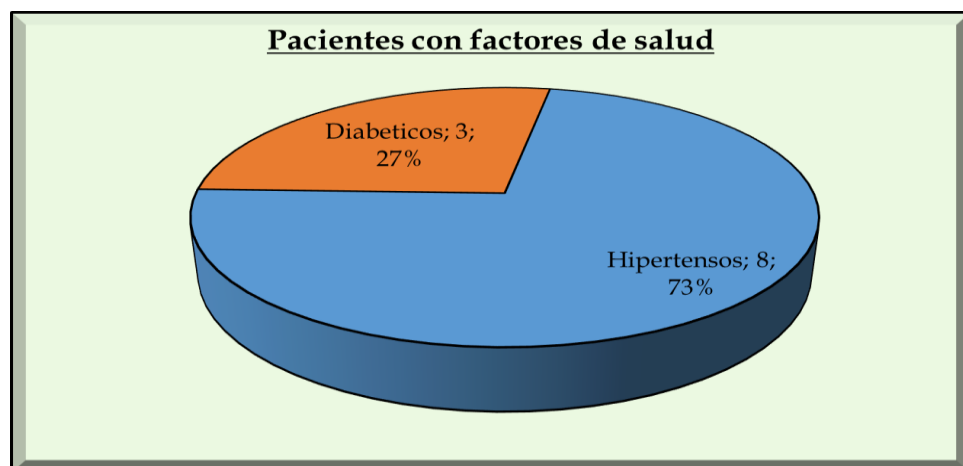
Gráfico 5



Fuente: Facultad Piloto de Odontología
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano

En la gráfica 5 se puede visualizar la tendencia de pacientes que culminaron el tratamiento de prótesis totales con una mayor frecuencia correspondiente a edades entre 50 a 70 años.

Gráfico 6



Fuente: Facultad Piloto de Odontología
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano

5 CONCLUSIONES.

Una vez analizados los datos obtenidos se ha llegado a la conclusión que:

- Se determinó que la edad de los pacientes a los cuales se les realizó prótesis totales fue de 50 a 70 años
- La tendencia en género de los pacientes que se les realizó prótesis totales fue de 27% de hombres se finalizaron el tratamiento y el 34% no finalizó el tratamiento. El 65% de las mujeres culminó el tratamiento y el 83% no lo culminó.
- La tendencia de los pacientes hipertensos que se les realizó prótesis totales fue de un 73%.
- El porcentaje de pacientes que no han adquirido su prótesis por abandono de tratamiento fue 56%.
- El proceso correcto para diseñar e implantar prótesis totales es conocer la anatomía de los maxilares y así determinar los límites de una prótesis.

6 RECOMENDACIONES

- Identificar los antecedentes que presenten los pacientes para llegar a un diagnóstico correcto y establecer el tratamiento adecuado.
- Conocer las complicaciones en pacientes diabéticos o hipertensos por lo que su recuperación no es tan rápida y el control del seguimiento de adaptabilidad de las prótesis en la boca debe ser constante para cualquier modificación o corrección de la misma.
- Determinar el proceso para la elaboración de las prótesis se debe realizar la correcta toma de impresiones, soporte y sellado periférico aplicando la técnica funcional.
- Realizar un control de seguimiento del motivo de los pacientes que abandonaron sus tratamientos, para poder analizar las posibles causas como insatisfacción, tiempo, económico (transporte para ir a las clínicas), entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arellano, L. A., Torres, J., & Vivas, R. (2012). Condiciones bucales en adultos mayores portadores de dentaduras totales Mérida, Edo Mérida. *Acta Bioclínica*, 2(3), 58–68.
2. Bolaños, R. N. (2014). Malnutrición en pacientes geriátricos con pérdida de piezas dentales y uso de prótesis removible. Retrieved from <http://bb9.ulacit.ac.cr/tesinas/Publicaciones/043491.pdf>
3. Carreira Piloto, V., & Almagro Urrutia, Z. E. (2000). La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. *Revista Cubana de Estomatología*, 37(3), 133–139.
4. Carriel, L. C., de Odontología, J. del S., & Facial, M. (2012). Estudio comparativo de la retención en prótesis totales superiores elaboradas en impresiones de Alginato y Pasta Zinquenólica. *Revista Dental de Chile*, 103(2), 23–28.
5. Castillo Kohatsu, R. M. (2011). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor con necesidad de prótesis total. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2806/1/castillo_kr.pdf
6. De León, R. M. P. (2006). Toma de impresiones con alginato y obtención de modelos de estudio de yeso piedra. *Marzo de 2006*. Retrieved from http://www.usac.edu.gt/fdeo/occlusion/documentos/impresiones_modelos.pdf

7. García Alpízar, B., Alpízar, B. G., Valladares, M. C., & Oca, T. de J. M. M. de. (2012). Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. *Revista Finlay*, 2(1), 32–44.
8. Gómez, B., Alejandra, M., Salazar Silva, F., Castillo-Andamayo, D., Manrique Chávez, J., Orejuela Ramírez, F., ... López Pinedo, M. (2012). Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Rev. estomatol. Hered*, 22(2), 77–81.
9. Mahesh, L., Kurtzman, G. M., Chug, A., Shukla, S., & Kia, K. I. A. (2012). Manejo de implante mal posicionado en el sector anterior del maxilar. *Implantol Act*, 6(11), 12–8.
10. Paz y Miño, E. (2012). Rehabilitación oral de paciente desdentado total a través de prótesis total superior e inferior. Retrieved from <http://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/391>
11. Quiroz, A. B., Rosales, A. B., & de Odontología, J. de la C. (2014). Evaluación de satisfacción usuaria en portadores de prótesis removible. *Revista Dental de Chile*, 105(3), 8–13.
12. Vilchez Salazar, E., Watanabe Velásquez, R., Reyes Soto, S., Vilchez Quintana, E., Torres Roque, C., & Vilchez Quintana, M. (2014). Lesiones subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa. *Odontología Sanmarquina*, 16(1), 29–31.
13. Villacís Romero, P. (2012). *Comparación entre dos técnicas de impresiones para edentulos : Sistema para Impresiones Accudent Vs Técnica de impresiones tradicional* (Thesis). Retrieved from <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/handle/123456789/942>

ANEXOS

Anexo #1

No. Ficha	Periodo	Edad	hipertension	diabético	Genero	Masculino	Femenino	Mas. Finalizado	Fen. Finalizado	Finalizado	Sin Finalizar
55773	1-Jul-13	72			M	1	0	0	0		1
55775	2-Jul-13	74			F	0	1	0	1	1	
56161	10-Jul-13	61			M	1	0	1	0	1	
56162	10-Jul-13	58			F	0	1	0	1	1	
56386	15-Jul-13	76			F	0	1	0	0		1
56703	19-Jul-13	67			M	1	0	0	0		1
56716	19-Jul-13	86			F	0	1	0	0		1
56783	22-Jul-13	51			F	0	1	0	1	1	
56805	22-Jul-13	67			M	1	0	1	0	1	
56850	22-Jul-13	51			F	0	1	0	0		1
56912	23-Jul-13	54			F	0	1	0	1	1	
56913	23-Jul-13	54			F	0	1	0	1	1	
56981	24-Jul-13	66			M	1	0	0	0		1
57082	29-Jul-13	70			M	1	0	1	0	1	
57113	29-Jul-13	73			M	1	0	1	0	1	
57134	29-Jul-13	59			F	0	1	0	1	1	
57145	29-Jul-13	50			M	1	0	1	0	1	
57219	30-Jul-13	56			F	0	1	0	1	1	
57230	30-Jul-13	68			F	0	1	0	1	1	
57236	30-Jul-13	69			F	0	1	0	1	1	
57241	31-Jul-13	64			F	0	1	0	1	1	
57261	31-Jul-13	60			M	1	0	0	0		1
57271	31-Jul-13	75			M	1	0	0	0		1
57273	31-Jul-13	78			M	1	0	1	0	1	
57291	31-Jul-13	69			M	1	0	0	0		1
57292	31-Jul-13	48			F	0	1	0	1	1	
57294	31-Jul-13	52			F	0	1	0	1	1	
57299	31-Jul-13	35			M	1	0	0	0		1
57301	31-Jul-13	63			F	0	1	0	1	1	
57311	31-Jul-13	47	1		F	0	1	0	1	1	
57316	31-Jul-13	47			F	0	1	0	0		1

57330	01-Ag-13	46			F	0	1	0	0		1
57352	01-Ag-13	72			F	0	1	0	1	1	
57357	01-Ag-13	49			F	0	1	0	1	1	
57407	02-Ag-13	55			F	0	1	0	0		1
57417	02-Ag-13	54			F	0	1	0	0		1
57421	02-Ag-13	64			M	1	0	1	0	1	
57430	02-Ag-13	42			M	1	0	1	0	1	
57479	05-Ag-13	63			F	0	1	0	1	1	
57498	05-Ag-13	69			F	0	1	0	1	1	
57520	05-Ag-13	57			M	1	0	1	0	1	
57521	05-Ag-13	51			M	1	0	0	0		1
57529	06-Ag-13	55			F	0	1	0	0		1
57532	06-Ag-13	56			F	0	1	0	0		1
57556	06-Ag-13	67			F	0	1	0	1	1	
57558	06-Ag-13	44			F	0	1	0	0		1
57563	06-Ag-13	62			M	1	0	0	0		1
57568	06-Ag-13	55			M	1	0	1	0	1	
57570	06-Ag-13	52			F	0	1	0	0		1
57571	06-Ag-13	65			F	0	1	0	1	1	
57594	07-Ag-13	83			M	1	0	0	0		1
57600	07-Ag-13	73			F	0	1	0	1	1	
57614	07-Ag-13	64			M	1	0	1	0	1	
57615	07-Ag-13	64			F	0	1	0	0		1
57617	07-Ag-13	65			M	1	0	0	0		1
57618	07-Ag-13	55			F	0	1	0	1	1	
57620	07-Ag-13	51			F	0	1	0	1	1	
57638	07-Ag-13	85			F	0	1	0	1	1	
57641	07-Ag-13	77			M	1	0	1	0	1	
57642	07-Ag-13	93			F	0	1	0	0		1
57643	07-Ag-13	52			F	0	1	0	0		1
57646	07-Ag-13	76			F	0	1	0	0		1
57648	07-Ag-13	65			F	0	1	0	1	1	
57650	07-Ag-13	73			F	0	1	0	0		1
57651	07-Ag-13	51			F	0	1	0	0		1
57684	08-Ag-13	68			F	0	1	0	0		1
57690	08-Ag-13	71			M	1	0	1	0	1	
57707	08-Ag-13	56			F	0	1	0	0		1

57709	08-Ag-13	66			F	0	1	0	1	1	
57710	08-Ag-13	70			F	0	1	0	0		1
57712	08-Ag-13	65			F	0	1	0	0		1
57716	08-Ag-13	57			F	0	1	0	0		1
57718	08-Ag-13	62	1		F	0	1	0	1	1	
57723	08-Ag-13	58			M	1	0	1	0	1	
57742	09-Ag-13	55			F	0	1	0	1	1	
57760	09-Ag-13	71			F	0	1	0	1	1	
57761	09-Ag-13	69			F	0	1	0	1	1	
57769	09-Ag-13	53			M	1	0	1	0	1	
57777	09-Ag-13	49			F	0	1	0	0		1
57782	09-Ag-13	56			F	0	1	0	1	1	
57792	09-Ag-13	56			M	1	0	0	0		1
57841	12-Ag-13	72			F	0	1	0	0		1
57856	12-Ag-13	78			M	1	0	0	0		1
57864	12-Ag-13	82			F	0	1	0	0		1
57872	12-Ag-13	61			M	1	0	1	0	1	
57873	12-Ag-13	66			F	0	1	0	1	1	
57886	13-Ag-13	71			F	0	1	0	1	1	
57925	13-Ag-13	69			F	0	1	0	0		1
57936	13-Ag-13	72			F	0	1	0	0		1
57938	13-Ag-13	67			F	0	1	0	1	1	
57944	13-Ag-13	58			F	0	1	0	0		1
57958	14-Ag.13	96			M	1	0	0	0		1
57961	14-Ag.13	84			F	0	1	0	0		1
57963	14-Ag.13	65			F	0	1	0	0		1
57964	14-Ag.13	75	1		F	0	1	0	1	1	
57972	14-Ag.13	49		1	M	1	0	1	0	1	
57973	14-Ag.13	52			F	0	1	0	1	1	
57981	14-Ag.13	64			M	1	0	0	0		1
57983	14-Ag.13	59			F	0	1	0	0		1
57988	14-Ag.13	63			M	1	0	0	0		1
57993	14-Ag.13	60			M	1	0	1	0	1	
57996	14-Ag.13	51			F	0	1	0	1	1	
58001	14-Ag.13	76			F	0	1	0	0		1
58020	15-Ag-13	82			F	0	1	0	0		1
58039	15-Ag-13	62			F	0	1	0	0		1

58045	15-Ag-13	51			F	0	1	0	0		1
58137	16-Ag-13	66			F	0	1	0	1	1	
58139	16-Ag-13	55			M	1	0	0	0		1
58141	16-Ag-13	35			M	1	0	1	0	1	
58149	16-Ag-13	57			M	1	0	0	0		1
58156	16-Ag-13	62			F	0	1	0	0		1
58157	16-Ag-13	53			F	0	1	0	0		1
58159	16-Ag-13	50	1	1	F	0	1	0	0		1
58160	16-Ag-13	55			M	1	0	1	0	1	
58193	19-Ag-13	68			F	0	1	0	1	1	
58196	19-Ag-13	51			M	1	0	0	0		1
58199	19-Ag-13	91			F	0	1	0	0		1
58242	19-Ag-13	31			M	1	0	1	0	1	
58249	19-Ag-13	48			F	0	1	0	1	1	
58250	19-Ag-13	74			M	1	0	0	0		1
58251	19-Ag-13	37			M	1	0	0	0		1
58289	20-Ag-13	62			F	0	1	0	1	1	
58310	20-Ag-13	64			F	0	1	0	1	1	
58312	20-Ag-13	78			F	0	1	0	1	1	
58326	20-Ag-13	48			F	0	1	0	1	1	
58330	20-Ag-13	55			M	1	0	1	0	1	
58331	20-Ag-13	66			F	0	1	0	0		1
58332	20-Ag-13	64			F	0	1	0	0		1
58338	20-Ag-13	67			M	1	0	1	0	1	
58349	21-Ag-13	86			F	0	1	0	1	1	
58351	21-Ag-13	76	1		F	0	1	0	1	1	
58354	21-Ag-13	55	1		F	0	1	0	0		1
58376	21-Ag-13	72			F	0	1	0	0		1
58399	21-Ag-13	58			F	0	1	0	0		1
58402	21-Ag-13	75			M	1	0	1	0	1	
58403	21-Ag-13	65			F	0	1	0	0		1
58404	21-Ag-13	62			F	0	1	0	1	1	
58407	21-Ag-13	74			F	0	1	0	1	1	
58410	21-Ag-13	74			F	0	1	0	1	1	
58414	21-Ag-13	61			F	0	1	0	0		1
58418	21-Ag-13	58			F	0	1	0	0		1
58419	21-Ag-13	59			F	0	1	0	0		1

58424	21-Ag-13	48			M	1	0	0	0		1
58425	21-Ag-13	68			F	0	1	0	1	1	
58428	21-Ag-13	71			F	0	1	0	0		1
58431	21-Ag-13	65			M	1	0	0	0		1
58432	21-Ag-13	62			F	0	1	0	0		1
58434	22-Ag-13	80	1		M	1	0	0	0		1
58441	22-Ag-13	67	1		F	0	1	0	0		1
58445	22-Ag-13	58			F	0	1	0	0		1
58451	22-Ag-13	84			F	0	1	0	0		1
58488	22-Ag-13	70	1		F	0	1	0	0		1
58491	22-Ag-13	52			F	0	1	0	0		1
58504	22-Ag-13	78			F	0	1	0	0		1
58505	22-Ag-13	41			F	0	1	0	1	1	
58513	23-Ag-13	80			F	0	1	0	0		1
58515	23-Ag-13	73			M	1	0	0	0		1
58544	23-Ag-13	77			F	0	1	0	0		1
58552	23-Ag-13	71	1		F	0	1	0	1	1	
58569	23-Ag-13	50			F	0	1	0	0		1
58592	26-Ag-13	58			M	1	0	0	0		1
58627	26-Ag-13	51			M	1	0	1	0	1	
58628	26-Ag-13	87			F	0	1	0	1	1	
58663	26-Ag-13	79			F	0	1	0	1	1	
58712	27-Ag-13	74			F	0	1	0	0		1
58725	27-Ag-13	72			F	0	1	0	1	1	
58742	27-Ag-13	71			M	1	0	0	0		1
58754	27-Ag-13	57		1	F	0	1	0	1	1	
58760	27-Ag-13	71			F	0	1	0	0		1
58761	27-Ag-13	70			F	0	1	0	0		1
58767	28-Ag-13	60			F	0	1	0	0		1
58781	28-Ag-13	56			F	0	1	0	0		1
58792	28-Ag-13	79			F	0	1	0	0		1
58810	28-Ag-13	65			F	0	1	0	0		1
58829	28-Ag-13	39			F	0	1	0	0		1
58830	28-Ag-13	63			M	1	0	0	0		1
58836	28-Ag-13	53			F	0	1	0	0		1
58840	28-Ag-13	55			F	0	1	0	0		1
58873	29-Ag-13	53			F	0	1	0	1	1	

58882	29-Ag-13	74	1		F	0	1	0	1	1	
58891	29-Ag-13	77	1	1	F	0	1	0	1	1	
58908	29-Ag-13	66			F	0	1	0	0		1
58921	29-Ag-13	63			M	1	0	0	0		1
58928	30-Ag-13	71			M	1	0	0	0		1
58936	30-Ag-13	63			F	0	1	0	0		1
58984	30-Ag-13	56			F	0	1	0	1	1	
59019	2-Sep-13	62	1	1	F	0	1	0	1	1	
59029	2-Sep-13	90			F	0	1	0	0		1
59035	2-Sep-13	66			M	1	0	1	0	1	
59044	2-Sep-13	58			F	0	1	0	0		1
59063	2-Sep-13	49			F	0	1	0	0		1
59087	3-Sep-13	53			F	0	1	0	0		1
59108	3-Sep-13	42			M	1	0	0	0		1
59149	3-Sep-13	69			F	0	1	0	0		1
59150	3-Sep-13	77	1		F	0	1	0	1	1	
59170	4-Sep-13	58			M	1	0	0	0		1
59188	4-Sep-13	79			F	0	1	0	0		1
59193	4-Sep-13	55			M	1	0	1	0	1	
59197	4-Sep-13	86			F	0	1	0	0		1
59201	4-Sep-13	55			F	0	1	0	1	1	
59205	4-Sep-13	62			F	0	1	0	0		1
59207	4-Sep-13	61	1	1	F	0	1	0	0		1
59215	4-Sep-13	65			F	0	1	0	0		1
59222	4-Sep-13	68			F	0	1	0	1	1	
59224	4-Sep-13	52			F	0	1	0	1	1	
59240	5-Sep-13	54			M	1	0	0	0		1
59263	5-Sep-13	63			F	0	1	0	0		1
59274	5-Sep-13	63			M	1	0	0	0		1
59283	5-Sep-13	58	1		F	0	1	0	0		1

Tabla 1. Tabulación de los datos de los pacientes edéntulos totales
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 1: Alginato
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 2: Siliconas Por Adición
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 3: Medidor De Agua Y Alginato
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 4: Yeso Piedra Dental
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 5: Cera Rosada
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 6: Cubetas Metálicas
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 7: Toma de impresiones con alginato
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 8: Materiales Para Elaborar Una Cubeta Individual
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 9: Diseño De Cubeta Individual Superior
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 10: Diseño De Cubeta Individual Inferior
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 11: Cubeta Individual
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 12: sellado periférico
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 13: Cubeta Individual Con Rodete De Mordida
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 14: Fijación De Rodete A La Cubeta Individual
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 15: Impresión Con Elastómero
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano

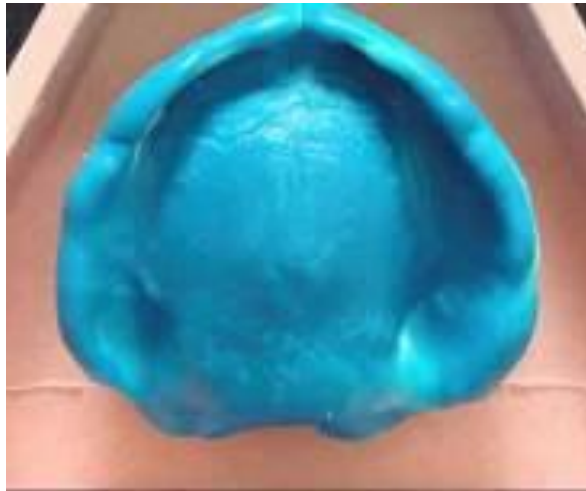


Imagen 16: Impresión Final
Elaborado Por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 17. Paciente edéntulos – Caso I
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 18. Montaje y enfilado de la prótesis – Caso I
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 19. Prueba de la prótesis en paciente – Caso I
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 20. Paciente edéntulos – Caso II
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 21. Registro de mordida y montaje - Caso II
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 22. Prótesis total terminada – Caso II
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



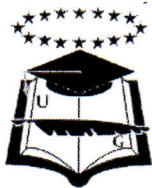
Imagen 23. Paciente edéntulos – Caso III
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 24. Montaje y enfilado – Caso III
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



Imagen 25. Prueba en paciente – Caso III
Elaborador por: Jheyson Miguel Celi Zambrano



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 13 de Octubre del 2014

Doctor.

Washington Escudero D.

Decano de la Facultad Piloto de Odontología

En su despacho.-

De mis consideraciones.

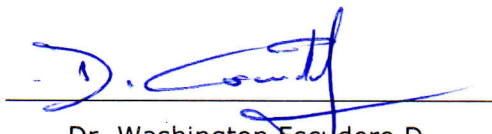
Yo, **Mariuxi Elizabeth Cedeño Morales** con numero de C.I. **0930466826**, alumna del **QUINTO AÑO PARALELO # 3**, del periodo lectivo 2014 - 2015, solicito a usted, me asigne tutor para poder realizar **EL TRABAJO TITULACIÓN**, previo a la obtención del título de Odontologo, en la materia de **Protesis Fija**. Requisito previo a mi incorporación.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Muy atentamente,

Mariuxi Elizabeth Cedeño Morales
C.I. 0930466826

Se le ha designado al Dr. (a) ELISA LLANOS R. para que colabore en su trabajo de graduación.


Dr. Washington Escudero D.

DECANO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, Diciembre 5 del 2014

Dra.

Fátima Mazzini de Ubilla. MSc.

Directora del Departamento de Titulación, de la Facultad Piloto de Odontología

Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, **Jheyson Miguel Celi Zambrano** con C.I. **2100256441** alumno de QUINTO AÑO PARALELO 6 del periodo lectivo 2014 - 2015 presento para su consideración el tema para el trabajo de titulación.

TEMA:

Toma de impresiones soporte y sellado periférico en pacientes edentulos totales.

PROPOSITO:

Lograr reproducir la más fiel posible los tejidos blandos para obtener la información precisa para la elaboración de una protesis total bien adaptada.

PROBLEMA:

Las impresiones mal tomadas van a reproducir modelos distintos de la realidad y no permitirán un buen diseño del soporte ni sellado periférico.

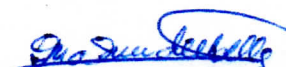
JUSTIFICACION:

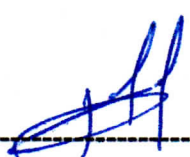
Es necesario realizar este estudio porque de esta manera contribuyo a reunir información que nos ayudará a realizar protesis totales con mejor adaptación y soporte.

VIABILIDAD:

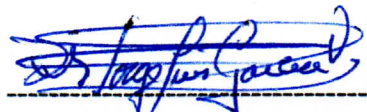
En esta investigación utilizaremos los recursos materiales y humanos, H.C. fotografías, material de impresión, modelos bibliografías de libros y revistas científicos.

Agradezco de antemano la atención a la solicitud


TEMA ACEPTADO
Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSc.
DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN



Jheyson Miguel Celi Zambrano
C.I. 2100256441



Dr. Jorge Garcia
TUTOR ACADEMICO