



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
XOCHIMILCO**

DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE
ATENCIÓN A LA SALUD LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGIA

CASO CLINICO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TEJIDOS
REIMPLANTARIOS.

INFORME DEL SERVICIO SOCIAL

HOSPITAL MILITAR DE ZONA "EL VERGEL"

NOMBRE DEL ALUMNO: ROSA ITZEL NABOR FLORES

MATRICULA: 2142033772

PERIODO DEL SERVICIO SOCIAL: AGOSTO 2018- JULIO 2019

FECHA DE ENTREGA: DICIEMBRE 2019

ASESOR INTERNO:

DRA.EN C. ODONTOLÓGICAS SUSANA AURORA MACIN CABRERA

ASESOR EXTERNO:

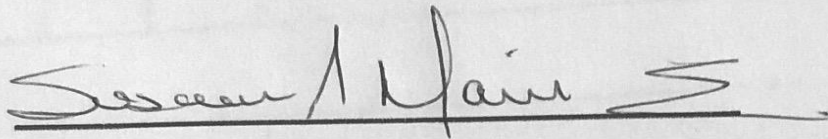
CAP. 1/o. C.D. ESP. PERIODONCIA MARCELA ANAKALI NARANJO GARCIA



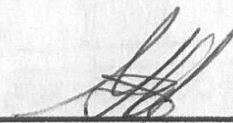
CAP. 1/o. C.D. ESP. PERIODONCIA MARCELA ANAKALI NARANJO GARCIA.

ASESOR EXTERNO DE SERVICIO SOCIAL

**SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGIA
UAM-XOCHIMILCO**



**DRA. en C. ODONTOLÓGICAS SUSANA AURORA MACIN CABRERA
ASESOR INTERNO**



COMISION DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGIA

RESUMEN DEL INFORME

Este informe es una recopilación de todo un año de servicio social en el Hospital Militar de Zona “El Vergel”, destacando como puntos importantes las actividades realizadas y las habilidades adquiridas durante el periodo; 1 Agosto de 2018 al 31 de Julio de 2019, así como la elaboración de un caso clínico diagnóstico y tratamiento de tejido .

El propósito de esta investigación es presentar un caso clínico su diagnóstico y tratamiento de tejido en paciente geriátrico con anodoncia parcial superior y anodoncia total inferior tocando el tema también de sus consideraciones histológicas, su clasificación, las indicaciones y contraindicaciones, las técnicas de tratamiento que se utilizan para cubrir alguna recesión gingival en implantes.

Un tema de preocupación constante de la vida actual es cómo mejorar la calidad de vida, incrementando la longevidad y disfrutando cada instante de nuestra vida de la mejor forma. Ninguna persona podrá aspirar a una mejor calidad de vida si no prioriza su estado de salud, el mantenimiento funcional de cada uno de sus aparatos y sistemas, así como su estética y apariencia

También es necesario que los profesionales de la salud estén en constante actualización de sus conocimientos.

Palabras Clave: Diagnostico, cirugía, resección, injerto, implante.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL.....	6
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN.....	7
• Introducción.....	8
• Metodología.....	9
• Objetivos.....	9
• Objetivos generales.....	9
• Marco teórico.....	10
• Caso clínico.....	31
• Conclusión.....	37
• Bibliografía.....	38
CAPÍTULO III: ANTECEDENTES.....	40
• Ubicación geográfica.....	40
• Aspecto demográfico.....	41
• Pirámide poblacional.....	42
• Servicios de la institución.....	43
• Morbilidad	45
• Mortalidad.....	46
• Conclusión.....	47
• Centro de salud	48
• Servicio estomatológico.....	48
• Bibliografía.....	49
CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO.....	50
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	66
CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....	67
CAPITULO VII: FOTOGRAFIAS.....	68

CAPÍTULO I: INTRODUCCION GENERAL

El servicio social se realizó del 01 de agosto de 2018 al 31 de julio de 2019 en el Hospital Militar de Zona El Vergel (HMZ), ubicado en la delegación Iztapalapa, colonia El Vergel, Calle Canal de Garay no. 100 perteneciente al área federal de la Fábrica de Vestuario y Equipo (FAVE) SEDENA. En este informe se podrá encontrar las características socioeconómicas y demográficas de la población de la zona a la que pertenece el hospital, las características propias de la estructura del hospital, índices de morbilidad y mortalidad, así como las actividades realizadas durante este periodo.

Actividades realizadas.

1. Diagnóstico: realización de historia clínica, toma de radiografías y manejo de urgencias
2. Educación para la salud: Se realizó un periódico mural que sirvió de apoyo para impartir pláticas sobre enfermedades de la cavidad oral tales como: caries, gingivitis y periodontitis.
3. Preventivas: Se realizaron aplicaciones de flúor en niños menores de 10 años, selladores de fosetas y fisuras, profilaxis y remociones de sarro al igual que enseñanza de técnicas de cepillado y uso de hilo dental.
4. Intermedias: asistencia, dique de hule.
5. Curativas: amalgamas, resinas, exodoncias, endodoncias y obturaciones provisionales
6. Rehabilitación: cirugía y elaboración de guardas oclusales.
7. Administrativas: asignación y manejo de pacientes, registro y archivo de expedientes y manejo de pacientes

Programa

En la primera y segunda semana nacional de salud bucal se dieron pláticas de enfermedades bucales y las técnicas de higiene oral. Se realizó el examen odontológico al personal militar de la FAVE y del HMZ El Vergel durante el examen médico anual realizado en los meses de enero- abril 2019.

Investigación

Se realizó una investigación en el área de periodoncia en donde se reporta un caso clínico su diagnóstico y tratamiento de tejido la cual se complementa bibliográficamente, ya que el objetivo principal es adquirir conocimiento sobre las variaciones anatómicas que existen, así como las diversas técnicas utilizadas en el diagnóstico de esta variante.

CAPITULO II: TRODUCCION GENERAL

Caso clínico diagnóstico y tratamiento de tejido reimplantario.

Introducción.

El crecimiento acelerado de la población adulta mayor se torna un reto al desarrollo de novedosos métodos de educación para la salud, teniendo en cuenta el envejecimiento como un hecho individual y colectivo. Un tema de preocupación constante de la vida actual es cómo mejorar la calidad de vida, incrementando la longevidad y disfrutando cada instante de nuestra vida de la mejor forma. Ninguna persona podrá aspirar a una mejor calidad de vida si no prevalece su estado de salud, el mantenimiento funcional de cada uno de sus aparatos y sistemas, así como su estética y apariencia. (Omiri MK 2010)

La pérdida de dientes ha sido el estado dental más prevalente entre los pacientes mayores. Se ha aceptado, incluso, el edentulismo como un signo del envejecimiento humano por los profesionales de la medicina, la geriatría y la odontología. En este sentido, en los últimos 100 años el tratamiento dental más frecuente entre los adultos mayores ha consistido, fundamentalmente, en la extracción de los dientes naturales enfermos y su sustitución por los dientes artificiales protésicos. Se ha demostrado que las restauraciones fijas o removibles provocan cambios en los tejidos periodontales en mayor y menor medida, durante todos los procedimientos que se llevan a cabo para su realización (Castellani, 1996).

La rehabilitación bucal en los pacientes desdentados que utilizan prótesis totales convencionales puede satisfacer bien el objetivo estético de los individuos por medio de la reposición de los dientes naturales perdidos y del proceso alveolar, suministrando así un buen soporte a los tejidos blandos. Pero en los casos de prótesis realizadas en el maxilar inferior, podemos observar de manera rutinaria que los pacientes presentan algunas quejas frecuentes como dificultad en la masticación, incomodidad, falta de retención y estabilidad, así como dificultades fonéticas, que frustran las expectativas de los profesionales acerca del restablecimiento adecuado de la función del sistema masticatorio. (González Ramos RM, 2014)

El tejido dentario perdido debe ser sustituido con un material que sea biocompatible con los tejidos gingivales, que no permita la formación de placa y que no contribuya a la inflamación gingival. Mediante restauraciones de metal cerámica y libre de metal se pueden reemplazar grandes áreas de estructura

dentaria perdidas, al mismo tiempo que protege los tejidos periodontales, muchos optan por colocación de implantes.

Cada vez son más cotidianas las cirugías de colocación de implantes dentales, siendo este como el último recurso para los pacientes de tener una prótesis que les ayude a sustituir las funciones de los dientes como la masticación, fonación, estética y mantenimiento de hueso de la zona, también le brindan mayor confort y le devuelven al paciente la confianza en sí mismo para sonreír, comer y hablar.

Lamentablemente no todos los pacientes son candidatos a la colocación de estos implantes. El paciente ideal debe tener un estado de salud óptimo y hueso adecuado, y mucho más importante el compromiso a una higiene bucal con sus visitas periódicas al dentista. (Shillingburg et al., 2000).

Uno de los fracasos más importantes, se relaciona con la recesión gingival que es un factor causal de la pérdida de la oseointegración, y por tanto lleva al fracaso del tratamiento implantológico, ya que si el sellado biológico alrededor de la fijación se rompe o no existe se forma una bolsa periodontal quedando la zona expuesta a la progresión de la enfermedad periodontal. El tejido conectivo gingival es el principal protector ante el medio externo de la interfase hueso implante; este tejido defiende la zona crítica de osteointegración de aquellas agresiones que provengan de dicho medio, de ahí la importancia de los parámetros clínicos periodontales.

Método

Estudio descriptivo transversal, donde la siguiente revisión de literatura intenta proporcionar un resumen completo, estructurado y actualizado de la literatura relevante con respecto a la rehabilitación con implantes en pacientes desdentados, recesiones gingivales, sus técnicas quirúrgicas, con el objetivo de enfatizar sus indicaciones y éxito a largo plazo. Se presenta caso clínico de paciente femenina de asa II (comprometida sistémicamente, controlada) de 75 años de edad acude a consulta dental en el hospital militar de zona el vergel Iztapalapa, en la especialidad de prostodoncia dental, debido que anteriormente la paciente presentó enfermedad periodontal y solo se pudieron conservar 4 órganos dentarias (12, 11, 21, 22), los demás dientes se extrajeron por no contar con los criterios de la colocación de prótesis dental sobre ellos, siendo edéntula total en la arcada mandibular y clase I |de Kennedy en la arcada superior. Fue rehabilitados en base a prótesis convencional superior e inferior y sometidos a la cirugía de instalación de dos implantes miss®

Objetivo general

- Conocer diferentes técnicas respecto a la rehabilitación mediante implantes en un caso clínico.
- Conocer la etiología, técnicas y manejo periodontal para los problemas de recesiones gingivales.

Objetivos específicos

- Diagnóstico integral para conseguir resultados funcionales y estéticos
- Planificación de tratamiento
- Presentar diversas técnicas para la realización de cirugía reimplantaria en un caso clínico.
- Conocer la rehabilitación protésica mediante implantes.
- Conocer la etiología que produce la recesión gingival.
- Describir algunas técnicas de tejido conectivo en implantes.
- Dar a conocer un factor para el fracaso del implante.

Marco teórico

El periodonto además conocido como el aparato de inserción o de protección del tejido dentario es un sistema funcional que se encuentra constituido de: encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. La función primordial del periodonto radica en unir al diente al tejido óseo de los maxilares y conservar la integridad en la zona de la mucosa masticatoria de la cavidad bucal (Carranza, 2014).

Tejidos periodontales

- Encía

La encía es la parte de la mucosa oral que se encuentra en íntima dependencia con el diente, sus límites abarcan del margen gingival a la línea mucogingival. Es la porción de la mucosa masticatoria que se encuentra vistiendo a la apófisis alveolar y rodea la porción cervical de los dientes. La encía adquiere su forma definitiva al finalizar su proceso de erupción dental (Bascones & Figuero 2010). Carranza demostró que, la mucosa gingival se encuentra dividida anatómicamente en encía marginal, adherida e interdental cada una con diferentes características morfológicas e histológicas, las cuales serán capaces de reaccionar correctamente frente a diferentes estímulos.

- Encía libre

(Lindhe 2014) explica que, la encía marginal o libre es de color rosa coralino y se encuentra situada como un collar en el tejido dentario en las caras vestibular y palatino/lingual. Su terminación tiene la apariencia afilada y plana en estado de salud. Invade desde el borde gingival apicalmente hasta la encía adherida cerca de la unión cemento – esmalte.

(Neira 2014) define que, las papilas interdentarias llenan todo el espacio interproximal de los dientes y tienen diferentes formas depende a su ubicación en cavidad bucal, forma triangular en los dientes anteriores y plana en los posteriores formando una concavidad que es llamada el “Col gingival”.

- Encía adherida

(Carranza 2014) califica a la encía adherida como encía insertada que se presenta de color rosado coralino y con un graneado característico que puede o no presentar, se encuentra estrechamente ligado al periostio. Se extiende desde donde se prolonga la mucosa alveolar apicalmente hasta la unión mucogingival.

El ancho de la encía insertada cambia en los diferentes segmentos de la boca así se aprecia que en la región de los incisivos es más ancho de 3.5 a 4.5mm en el maxilar, 3.3 a 3.9 mm en la mandíbula que en el sector posterior de la boca es de 1.9 mm en el maxilar y 1.8 mm en los primeros premolares mandibulares.

Periodonto de inserción

- Ligamento periodontal

El ligamento periodontal es altamente especializado que se encuentra alrededor de las raíces de los dientes y une el cemento radicular con la pared del alveolo. El ligamento periodontal se encuentra entre el diente y el hueso propiamente dicho.

(Lindhe 2014) señala que, el ligamento periodontal mide aproximadamente 0,25 mm variando entre 0,2 a 0,4 mm y según explica el ligamento periodontal tiene la función de mantener al diente adherido a su alveolo y tolerar y afrontar las fuerzas aplicadas en la masticación y reaccionar como receptor sensorial propioceptivo.

- Cemento radicular

define al cemento como el tejido especializado que conforma la cubierta de la raíz y se presenta en íntima relación con la dentina del diente. Es un tejido duro con ciertas similitudes al hueso con excepción que es acelular y no posee inervación alguna. Su función primordial es transmitir fuerzas masticatorias al ligamento periodontal y de esa manera el cemento las amortigüe y las distribuya.

- Hueso alveolar

Se describe al hueso alveolar como, la parte que moldea los alveolos para alojar a los dientes del maxilar superior e inferior se mantiene en íntima relación con el ligamento periodontal y por consiguiente con el cemento radicular, de esa manera fijar al diente en su alveolo correspondiente.

Las apófisis alveolares son estructuras dependientes de los dientes situados en los maxilares se establecen durante su formación y erupción y se atrofian cuando estos dejan su alveolo.

Anatomía microscópica

- Epitelio bucal

Se determinan que, la cavidad bucal se encuentra constituida por dos capas de tejido estructural y embriológicamente diferentes y estos son: el epitelio y la lámina propia o corion. (Gómez de Farias y Campos Muños 2010)

- Epitelio

El epitelio que cubre la cavidad bucal es de tipo plano estratificado queratinizado ya que está a expensas de desgaste por la humedad. La saliva excretada por las glándulas salivales es la fuente que brinda humedad a la boca. La mucosa masticatoria presenta un tejido queratinizado y por tanto hay células anucleadas como sucede en encía adherida, paladar duro y dorso de la lengua, también encontramos epitelio queratinizado en el resto de la cavidad bucal. James y Kelln comprobaron cómo, tras la cirugía implantológica, el epitelio gingival regeneraba una serie de células epiteliales que eran siempre similares a las células epiteliales del epitelio del surco y del epitelio de unión en los dientes naturales.

Otras características, tales como la existencia de epitelio queratinizado y la adhesión por hemidesmosomas entre el pilar del implante y el tejido perimplantarío, indican que no existen diferencias a nivel epitelial entre ambos tejidos. (Berglundh 2010)

- Lámina propia o corion

señalan que, es un tejido conectivo que brinda nutrición y soporte al epitelio, este puede variar según la región en que se encuentre en: laxo, denso o semidenso. El corion presenta células, fibras y sustancia fundamental. Células que se presentan en este tejido conectivo que podemos nombrar son: fibroblastos, macrófagos, linfocitos, células cebadas y células plasmáticas. (Gómez de Farias y Campos Muños 2010)

Las fibras que se pueden encontrar son: colágenas que, son muy resistentes a fuerzas de tensión; elásticas que, después de la tracción vuelven a su estado original y reticulares que, se aprecian en los vasos sanguíneos reforzándolos, la sustancia fundamental se presenta en el espacio que hay entre las células y las fibras, se constituye por glucosaminoglucanos, proteoglucanos y glucoproteínas multiadhesivas.

Definición de recesión gingival

Pon la definición y la referencia de acuerdo con la clasificación de 2017 de la publicación original Según la Academia Americana de Periodoncia (AAP) define que, la recesión gingival es el desplazamiento del margen gingival apicalmente a la línea cemento-adamantina, dejando a exposición la superficie radicular. Hay otros autores como (Newman 2002, Carranza 2014) manifiesta que, existe una desviación apical en la posición de la encía y produce una exposición de la superficie radicular. Se describe que, la recesión gingival es un descubrimiento de la encía en la raíz de los dientes que se presenta en personas adultas la mayoría de las veces, es el desplazamiento del margen gingival en sentido apical.

(Carranza, 2014) explica que, la encía que presenta recesión gingival se observa inflamada pero muchas veces no, aunque no presente cambio de color la ubicación del margen gingival cambiará apicalmente. Según estudios, pacientes con buena higiene oral presentan recesión gingival en las caras vestibulares de los dientes anteriores habitualmente y en pacientes comprometidos periodontalmente presentan recesiones más generalizadas y en mayor cantidad de superficies.

La recesión gingival puede presentarse localizada, afectando a un diente o en varios dientes aparece generalizada perjudicando a la mayoría o a todos los dientes y encontrarse asociada a una o más superficies. En conclusión, sea generalizada o localizada se resalta que, es una alteración indeseable por la sintomatología que produce como es dolor y aumento de la sensibilidad dental, por otro lado, afecta la estética dental y puede aumentar la prevalencia de caries radicular. (Cardaropoli 2017)

Clasificación de recesión gingival

Se han descrito diferentes clasificaciones de las recesiones gingivales a lo largo de la historia. Entre las más utilizadas se encuentra la de Miller, descrita en 1985. Es la única que sirve además para establecer un pronóstico del tratamiento con injertos.



clase I

Esto incluye recesión de tejido marginal que no se extiende a la unión mucogingival; no hay pérdida de hueso ni de tejido blando en el área interdentaria.



clase II

consiste en recesión de tejido marginal que se extiende más allá de la línea mucogingival; no hay pérdida de hueso ni de tejido blando en el área interdentaria.



clase III

Hay recesión de tejido marginal que se extiende más allá de la línea mucogingival, además de la pérdida ósea de tejido blando, o ambos, a nivel interdentario o malposición de los dientes.



clase IV

Esta recesión de tejido marginal que se extiende más allá de la línea mucogingival con pérdida ósea grave y de tejido blando interdentario y mal posición dental grave, o ambos.

FUENTE: Rosa Itzel Nabor Flores Hospital Militar Zona Del Vergel 2018

El pronóstico para la recesión clase I o II es bueno o excelente, mientras que en la clase III, solo se espera una cobertura parcial. La recesión clase IV tiene un pronóstico muy malo aun con técnicas actuales (Miller, 1987; Rocha y Ferrus, 2007; Castro, 2011).

Etiología

Su etiología está determinada por una serie de factores predisponentes y desencadenantes.

Factores predisponentes.		Factores desencadenantes.
Anatómicos.	Asociada a trauma oclusal.	<ul style="list-style-type: none">• Inflamación.• Cepillado traumático.• Laceración gingival.• Iatrogenia.• Márgenes subgingivales.<ul style="list-style-type: none">• Diseño inadecuado de aparatología removible.• Movimientos ortodónticos no controlados.• Angulación de la raíz y el hueso.• Curvatura de la superficie mesio – distal.
<ul style="list-style-type: none">• Escasa encía adherida.• Malposición dentaria.• Apiñamiento.<ul style="list-style-type: none">• Prominencia radicular.• Dehiscencias óseas.• Inserción alta de frenillo.	<ul style="list-style-type: none">• Anatomía del tejido óseo alveolar circundante a la raíz del diente.• Intensidad y duración del trauma.	

Es importante destacar los factores desencadenantes que abarcan inflamación, cepillado traumático, laceración gingival, iatrogenia, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de la aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados.

La posición de los dientes en el arco, la angulación entre la raíz y el hueso y la curvatura mesio-distal de la superficie dental, también pueden afectar a la tendencia a sufrir recesión gingival.

El desgaste de cemento exhibido por la recesión deja una superficie dentinaria subyacente muy sensible; en especial al tacto. La hiperemia pulpar y los síntomas concomitantes pueden aparecer también por la exposición de la superficie radicular. La recesión interproximal crea espacios donde la placa, los alimentos y las bacterias pueden acumularse.

Zona donadora del injerto

- Injerto de encía libre (IEL).

Descrito por primera vez por Sullivan y Atkins (1968), este injerto contiene una porción de tejido conectivo recubierta por epitelio. El resultado tras



la toma de este es una herida abierta en el paladar que cicatriza por segunda intención.

Foto 1

- “Trap-door”.

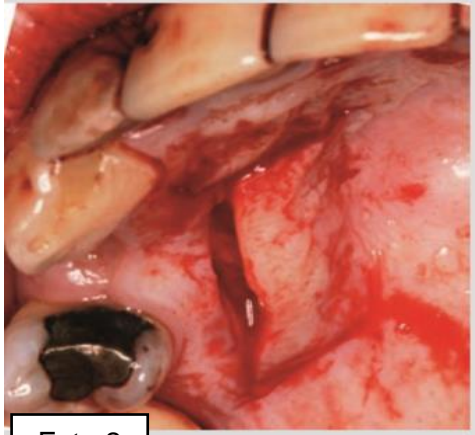


Foto 2

Esta técnica fue introducida por Edel en 1974. Su diseño requiere la realización de una incisión horizontal, de la misma longitud que la dimensión mesio-distal del injerto, a 1-1,5 mm en dirección apical al margen gingival de los dientes adyacentes. Se realizan también 2 incisiones verticales en cada extremo de la incisión horizontal y se extienden en dirección apical 1 mm más allá que la dimensión apicocoronal del injerto.

A continuación, se realiza un colgajo de espesor parcial que permite elevar la porción epitelial y una delgada parte de tejido conectivo. Finalmente, se realiza una incisión más profunda siguiendo el diseño del primer colgajo y se completa con la incisión en el borde más apical, con el objetivo de tomar la mayor cantidad de tejido conectivo posible. El colgajo se reposiciona y se sutura.

- Incisiones paralelas.

Fue Harris en 1992 quien propuso esta técnica, en la cual se realiza una primera incisión horizontal a 2-3 mm del margen gingival hasta hueso. A continuación, se realiza una segunda incisión paralela a la anterior y separada de la misma 1-2 mm. A partir de esta incisión se realiza la disección hasta alcanzar el perímetro deseado. Desde la primera incisión se despega el tejido donante. Esta técnica permite la obtención de un tejido conectivo con ribete epitelial, dejando una pequeña zona del paladar que cicatrizará por segunda intención.

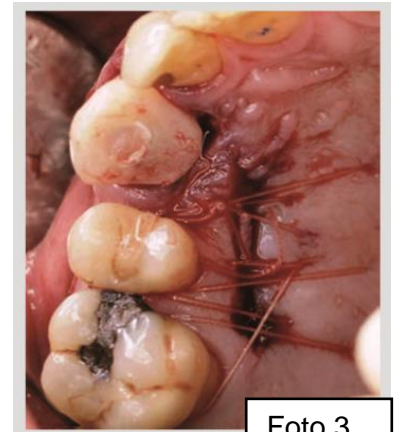


Foto 3



Foto 4

- Incisión única.

Técnica descrita por Hürzeler y Weng (1999) y, posteriormente, modificada por Lorenzana y Allen (2000). Para llevarla a cabo, se realiza una incisión horizontal a 2 mm del margen gingival con la hoja del bisturí a 90° respecto del hueso. A través de esta primera incisión se realiza una disección a espesor parcial con la hoja del bisturí paralela a la superficie del paladar. El tejido conectivo subyacente se separa del

realizando incisiones en los lados mesial, distal y medial del injerto. Entonces, se puede retirar el injerto despegándolo de la superficie del hueso con la ayuda de un periostotomo. Finalmente, se sutura la línea de incisión. (Del Pizzo 2002)

FUENTE: Miren Vilor Fernández. Valoración de las complicaciones resultantes de la toma de injerto de tejido blando del paladar: revisión de la literatura 2013. Foto 1, 2, 3 y 4.

MANEJO DE TEJIDOS PERIIMPLANTARIOS.

Localización de implantes.

Según la zona edéntula que se esté rehabilitando, se debe diferenciar entre localizaciones estéticas y localizaciones estándar.

1. Localizaciones estéticas comprenden los implantes colocados en áreas con prioridad estética, siendo ésta la zona de máxima exposición dentaria de cada paciente.

2. Por localizaciones estándar se entiende aquellos implantes colocados en áreas sin compromiso estético, donde la función y el mantenimiento serán nuestros objetivos principales. (Lázaro, P.J 2016)

Momentos quirúrgicos

Para establecer un orden con el fin de comentar las distintas posibilidades terapéuticas en cada etapa del tratamiento nos serviremos de los tiempos de actuación que distinguen.

Opciones de manejo de tejidos que se realizan

- I. Antes de la inserción de los implantes.
- II. En el momento de la inserción (primera fase quirúrgica).
- III. Durante la segunda cirugía.
- IV. Aquellos procedimientos que se llevan a cabo en la fase de mantenimiento.

VARIACIONES SEGÚN TIPO Y TÉCNICA DE IMPLANTES

Además del análisis de los momentos de actuación en función de la fase de tratamiento en que se instaure, las opciones terapéuticas también dependen del tipo de procedimiento implantológico empleado: una técnica sumergida o bien no sumergida, así como los tipos de implantes usados: en una sola pieza o en dos piezas.

1. Implantes de una fase con técnica no sumergida: En estos casos existe un momento quirúrgico, el mismo en el que se inserta el implante, pues esta técnica evita la segunda cirugía al permanecer parte de la fijación en comunicación con la cavidad oral desde el momento de la inserción.

2. Implantes de dos fases con técnica sumergida: En ella el implante es insertado en el hueso receptor y recubierto en su totalidad por el tejido blando presente en el colgajo quirúrgico. Un primer momento para actuar sobre los tejidos blandos es aquel en el que se coloca el implante, existiendo una segunda oportunidad para actuar sobre los tejidos en la cirugía de conexión de los pilares transepiteliales, una vez transcurrido el período de osteointegración. Las distintas casas comerciales ofrecen al implantólogo la posibilidad de utilizar fijaciones intraóseas de una o dos piezas. La posición en la que quede la interfase implante-pilar (gap) es determinante para la estructuración de los tejidos blandos periimplantarios. Podremos ubicar esta interfase en distintas posiciones (más alto o bajo) modificando nuestro protocolo de inserción en la cirugía.

OBJETIVOS DEL MANEJO DE TEJIDOS BLANDOS

1. Estética.

Los fundamentos estéticos están relacionados con el área de máxima exposición dentaria de cada paciente; de esta forma somos capaces de individualizar cada caso en función de los requerimientos de cada individuo. En general, nuestro objetivo será el imitar a la naturaleza, intentando para ello conseguir que el entorno de la restauración posea las siguientes características.

a. Aspecto de eminencia radicular, otorgando a nuestra restauración una imagen visual de crecimiento natural a partir de los tejidos blandos.

b. Arquitectura gingival armónica, intentando imitar la posición natural de los cenit (puntos más apicales del margen gingivallibre) gingivales en la sonrisa en presencia de dientes naturales.

c. Tejidos blandos periimplantarios que imiten a las papilas dentales. La obtención de un adecuado marco de la restauración se consigue merced a una adecuada relación tridimensional entre la restauración y el implante, siendo por tanto de capital trascendencia la posición en que se sitúa el implante en la cresta ósea en función de las necesidades restauradoras.

2.Mantenimiento mantenimiento

La fase de mantenimiento en implantología es clave en el éxito del tratamiento, y debe ser un objetivo, en la planificación de los casos, obtener unas condiciones óptimas que favorezcan las medidas higiénicas por parte tanto del paciente como del profesional.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. TIEMPOS DE ACTUACIÓN

1. Previo a la inserción de las fijaciones intraóseas Se realizan sobre todo actos terapéuticos sobre los tejidos duros de los maxilares, intentando conseguir un aumento en el volumen de la cresta ósea para insertar los implantes en la posición adecuada cuando llegue el momento. Se han aplicado distintas técnicas quirúrgicas con el objetivo de recrear las estructuras perdidas, reconstruyendo el reborde alveolar y aumentando así la predictibilidad de nuestro tratamiento.

En el momento de aplicación de estas técnicas prima como objetivo el aumento de volumen óseo en la cresta desdentada. Los tejidos blandos se modificarán con el fin de obtener éxito en las técnicas de Regeneración Ósea aplicadas. Esta alteración será corregida con posterioridad, devolviendo a la cresta edéntula las dimensiones correctas para llevar a cabo la rehabilitación. En las situaciones donde la deformidad de la cresta no haga necesaria la regeneración de tejidos duros, se puede restaurar el contorno bucal aumentando el espesor de este.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas aquí se han empleado previamente para solucionar tanto defectos mucogingivales (cubrimientos radiculares) como para devolver el contorno original a rebordes parcial o totalmente edéntulos. (Langer 2015)

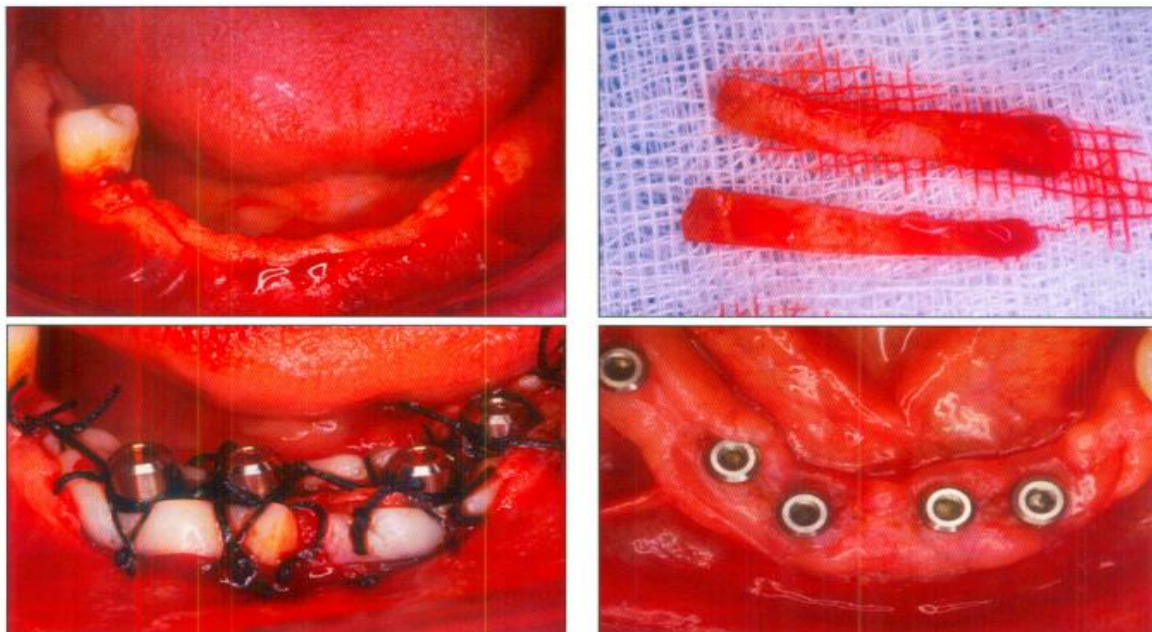
TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

En esta fase del tratamiento se usan fundamentalmente autoinjertos de tejidos blandos procedentes de la mucosa masticatoria del paladar, bien epitelizados o subepiteliales.

El injerto libre de tejido palatino epitelizado consiste en transferir una porción de tejido palatino (conectivo más epitelio) al área receptora. Es una técnica muy predecible, que tiene su mayor inconveniente en las molestias que ocasional dejar una zona cruenta en el paladar tras la obtención del injerto.

Utilizaremos estas técnicas con los siguientes objetivos:

- Aumento del volumen en sentido apico-coronario (devolviendo a su posición la línea mucogingival en aquellos casos donde previamente había sido desplazada coronalmente para cubrir los injertos de tejidos duros).
- Emparejar rebordes con profundas fisuras o con brechas del tejido blando.
- Enmascarar decoloraciones de los tejidos, como tatuajes de amalgama, etc.

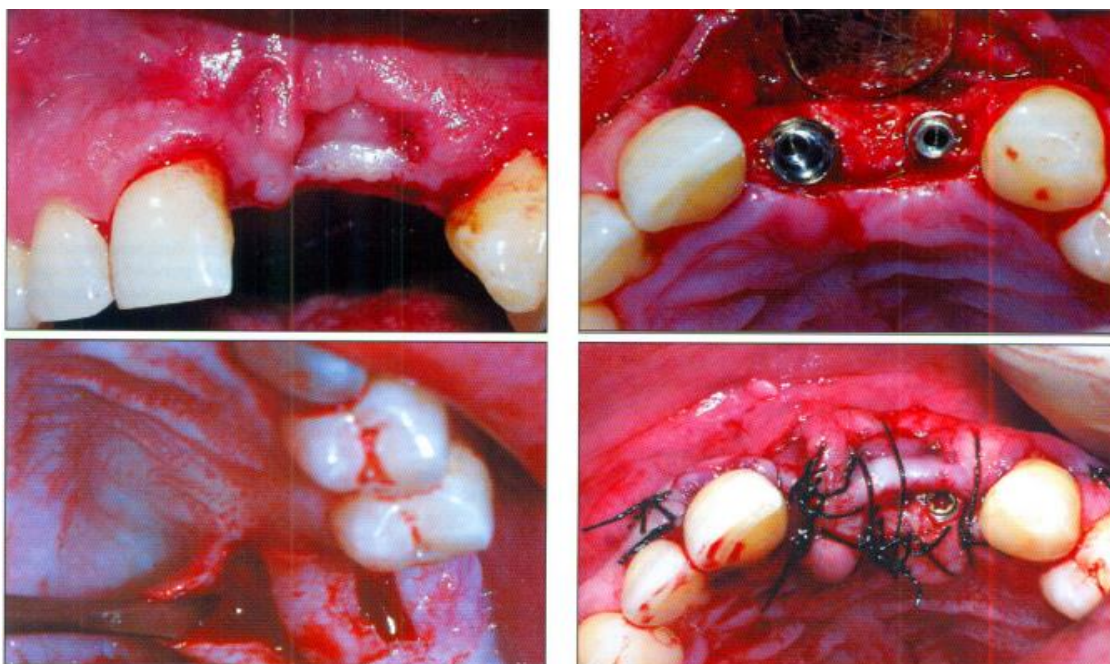


Injerto palatino epitelizado colocado durante la cirugía de inserción de implantes con el fin de obtener una banda de mucosa queratinizada alrededor de los pilares.

FUENTE: Mateos L. Técnicas quirúrgicas periodontales aplicadas a la implantología. Av Periodon Implanto. 2003

Cirugía implantológica

En esta técnica no se toma todo el epitelio correspondiente al injerto en el área donante, lo que disminuye las molestias en la cicatrización antes descritas, además de permitir obtener mayores cantidades de tejido con un menor trauma postoperatorio. La aplicación de esta técnica para aumentar la anchura y altura del reborde alveolar requiere la introducción del injerto en una bolsa subepitelial creada por vestibular de la cresta, donde se modela para formar el contorno deseado.



Injerto conectivo subepitelial y de conectivo epitelizado de interposición durante la cirugía de colocación de implantes con aumento de la cantidad de tejido blando por vestibular. El objetivo es mejorar el perfil de emergencia de la restauración final.

FUENTE: Mateos L. Técnicas quirúrgicas periodontales aplicadas a la implantología. Av Periodon Implanto. 2003

- Injerto epitelizado libre

La técnica descrita originalmente por Sullivan y Atkins abarca la preparación de un lecho receptor usando disección supraperióstica para remover epitelio y tejido conectivo. Algunas de las áreas donantes comunes incluyen rebordes edéntulos, zonas retromolares y tejido gingival palatino. Dorfman y cols. realizaron un estudio de seguimiento con el fin de comparar sitios donde se ubicaron injertos epitelizados con sitios control donde no se ubicó ningún injerto. Estos autores reportaron que niveles bajos de placa bacteriana eran más importantes que la amplitud de la encía queratinizada para evitar la aparición de una recesión. Además, encontraron que el injerto epitelizado es una técnica predecible para aumentar encía queratinizada.

La literatura muestra que la mucosa formada alrededor de los implantes es muy similar a la que se presenta alrededor de los dientes, con la formación de una banda de mucosa queratinizada en continuidad con el epitelio de unión, que se adhiere tanto a la superficie de los dientes, así como la superficie implantes. La mucosa queratinizada presenta factores como la impermeabilidad y la capacidad de protección (mecánica) a la mucosa masticatoria, las cuales protegen al tejido periodontal y peri-implantar de lesiones químicas y físicas para el mantenimiento de la salud alrededor de los implantes. En una mucosa queratinizada, con una calidad y cantidad adecuada existe una mayor dificultad para establecer el proceso inflamatorio, que inhibe la pérdida de inserción.

Es reconocido que un tejido blando peri-implantar promueve un sellado de la mucosa contra irritantes bacterianos y resiste a los traumatismos mecánicos de la cavidad bucal. El injerto gingival libre introducido por Sullivan y Atkins. representa la principal técnica quirúrgica para aumentar el ancho del tejido queratinizado, así como el aumento en la profundidad del vestíbulo y la eliminación de la inserción de frenillos; mostrándose como un procedimiento previsible para el tratamiento de estas indicaciones terapéuticas.



Observar la ausencia del tejido queratinizado en el área edéntula.



Incisión en la cresta del reborde, con división del colgajo por vestibular.



Cicatrizadores instalados



Región del paladar donador del injerto gingival libre.

FUENTE: Mateos L. Técnicas quirúrgicas periodontales aplicadas a la implantología. Av Periodon Implanto. 2003

- Injerto libre de tejido conectivo

El injerto libre de tejido conjuntivo tiene las mismas indicaciones de la técnica anterior y sus resultados presentan una variabilidad predecible como ocurre con el injerto gingival libre. Presenta algunas ventajas con relación al injerto epitelizado pues el postoperatorio es menos incómodo principalmente por el hecho de permitir una cicatrización por primera intención en la región donante y el resultado es más estético debido a una mayor uniformidad en cuanto al color con relación a los tejidos adyacentes al área receptora. Langer y Langer, en un estudio a 4 años, mostraron un cubrimiento radicular de 2 a 6 mm en 56 casos. Raetzke describió una técnica en sobre para obtener cubrimiento radicular usando injertos de tejido conectivo y encontró un cubrimiento del 80% de las superficies radiculares expuestas y Allen, utilizando esta misma técnica, logró un éxito del 84%. Jahnke y cols. Compararon los resultados obtenidos al realizar injertos epitelizados libres e injertos de tejido conectivo y encontraron un cubrimiento radicular del 43% para los primeros y 80% para los de tejido conectivo. En un estudio similar, seguido durante 5 años y realizado por Paolantonio y cols. Observaron que el injerto de tejido conectivo presentó un 85% de éxito comparado con un 53% del injerto epitelizado libre. Esto concluye que el injerto de tejido conectivo es un procedimiento más predecible para cubrir recesiones gingivales. En la figura 2 se observa la técnica bilaminar (TB) que combina un injerto conectivo ubicado sobre la superficie radicular expuesta cubierto por un colgajo desplazado coronalmente.

- Colgajo desplazado lateralmente

Esta técnica descrita por Grupe y Warren es también muy predecible, menos dolorosa y relativamente fácil de realizar. El colgajo desplazado lateralmente presenta una ventaja debido a que el área donante es próxima y adyacente al área receptora, evitando la necesidad de dos áreas quirúrgicas, pero requiere como área donante un área edéntula significativa adyacente a aquella que presenta el problema mucogingival. Cohen y Ross propusieron un colgajo reposicionado de doble papila para cubrir defectos en los cuales está presente una insuficiente cantidad de encía. Las papilas de cada lado del diente son levantadas y rotadas sobre el aspecto medial facial del diente receptor y son suturadas. La única ventaja de esta técnica es el doble suministro sanguíneo y que se desnuda únicamente el hueso interproximal. Las desventajas incluyen tracción exagerada de la sutura y desgarramiento de la papila gingival.

- Cicatrización gingival guiada.

Descrita por Reiser, este concepto está basado en orientar la cicatrización de los tejidos blandos periimplantarios para actuar sobre la morfología de los mismos. Para ello, se toma una impresión de la cabeza del implante durante la primera fase quirúrgica; con esta impresión se realiza una restauración provisional que se insertará en la segunda cirugía, logrando un perfil de emergencia adecuado a través de las distintas modificaciones necesarias en la restauración. Una vez conseguido éste, se realiza la restauración definitiva.



FUENTE: Mateos L. Técnicas quirúrgicas periodontales aplicadas a la implantología. Av Periodon Implanto.

- Técnicas quirúrgicas con desplazamiento de tejidos.

Se utilizan en esta fase quirúrgica sobre todo en el maxilar superior, ya que se ofrece una gran cantidad del tejido a desplazar desde el área palatina, situación que es difícil de reproducir en la mandíbula. Colgajo palatino deslizante. Este colgajo permite, merced a su posicionamiento coronal, no sólo cubrir membranas usadas en la cirugía de inserción de implantes, sino también aportar encía queratinizada alrededor de los implantes cuando se realiza correctamente durante la segunda intervención quirúrgica implantológica.

- Técnicas del conectivo alveolar (TCA) descrita por Diví.

Adapta los conceptos de la técnica conocida como "roll technique" ideada por Abrams, con el fin de aprovechar el tejido conectivo del interior del alveolo. La TCA se utiliza en la cirugía de inserción de implantes inmediatos tras la exodoncia de dientes unirradiculares y la maduración de los tejidos blandos; consiste en realizar la incisión buscando el reborde óseo palatino del alveolo post-exodoncia, desplazando hacia vestibular el tejido conjuntivo alveolar junto con el colgajo mucoperióstico, doblándolo sobre sí mismo a fin de aumentar el volumen en esta zona. Esta técnica permite no sólo preservar la reabsorción del hueso alveolar, sino que también aporta una cantidad importante de tejido blando por bucal de la futura restauración protésica.

Inserción de implantes inmediatos.

Manejo de tejidos blandos. Cuando una raíz es sustituida por un implante sólo una porción del implante está en íntimo contacto con la superficie ósea. Rosenquist comparó varios métodos para manejar los implantes inmediatos: Plastia de Rehrman se realiza una incisión en el periostio de la base del colgajo vestibular para traccionar así del colgajo y cubrir el espacio que deja el diente extraído.

- Injerto gingival libre, cubriendo esta zona crítica sin necesidad de elevar un colgajo.
- Colgados pediculados sobre la encía queratinizada vestibular, que son posteriormente posicionados y suturados en el alveolo cerrando la herida vestibular al final de la intervención. Aunque el objetivo primero de este procedimiento es conseguir un cierre primario del alveolo, existen trabajos que indican la posibilidad que existe en estos diseños de colgajo para colocar membranas, desplazar los tejidos y cubrir posibles defectos óseos y/o mucogingivales.
- Cirugía de sellado alveolar. Consiste en realizar la inserción del implante a través del alveolo y cubrirlo con un autoinjerto de tejido palatino epitelizado. Esta adaptación técnica fue descrita por Landsberg como una opción terapéutica que minimiza el trauma y mejora los resultados estéticos.

Este autor analiza el procedimiento quirúrgico y las ventajas que posee, entre ellas la inserción del implante en posición idónea guiada por el orificio del alveolo, la prevención de la posible contaminación bacteriana al sellar el sitio quirúrgico del medio oral, además de preservar tanto el componente óseo como el tejido blando periimplantario, incluyendo las papilas.

Esta técnica facilita también la segunda fase quirúrgica, en tanto que minimiza el trauma al exponer directamente los implantes en esta cirugía de conexión sin necesidad de elevar un colgajo, utilizando si es posible técnicas de punch o bisturí eléctrico, lo que redundará positivamente en el resultado estético del caso

Técnicas de Regeneración Ósea Guiada.

Se utilizan en esta primera cirugía de implantes para aumento de volumen de la cresta. Al realizar esta técnica simultáneamente a la colocación de implantes se reducen el número de intervenciones, así como el tiempo y el costo del tratamiento.

- Aloinjerto de matriz dérmica acelular (AMDA)

utilizado en reemplazo del autoinjerto de tejido conectivo. La matriz dérmica acelular es obtenida de dermis de cadáveres humanos a la que se le remueven los componentes celulares quedando sólo la matriz extracelular con fibras colágenas clase I, fibras elásticas y red de vasos sanguíneos. Las cualidades no inmunogénicas del aloinjerto hacen que sea viable el trasplante dermal, ya que se integra a los tejidos del huésped, manteniendo la integridad estructural y la revascularización. Una de las técnicas utilizadas en combinación con la matriz dérmica acelular es el colgajo desplazado coronalmente tipo sobre o túnel supraperióstico, descrita por Allen en 1994. Como antecedente a esta técnica, en 1985, Raetzke describe la técnica de sobre para recesiones unitarias que obtiene una cobertura promedio del 80% de la recesión, de las cuales en el 42% de los casos se logra coberturas totales. (Henderson 2010)

La principal ventaja de la técnica de sobre es el mínimo trauma. Adicionalmente se puede utilizar cuando se requiere aumento de encía insertada, disminución de hipersensibilidad y mejorar la estética alrededor de dientes naturales y coronas. Para conseguir la cobertura de las recesiones es altamente predecible, mínimamente invasivo, con alta estética y mínima molestia post operatoria.

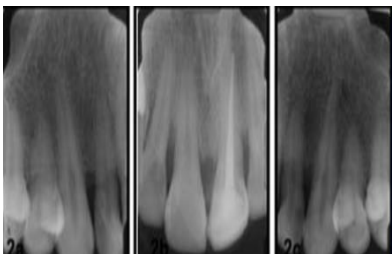
La técnica original ha sido modificada por el mismo Allen mediante el decolado de las papilas vestibular y lingual/palatina intercaladamente lo que permite mayor libertad en el desplazamiento coronal del colgajo. La matriz dérmica acelular humana ha sido recomendada para incrementar la zona de tejido queratinizado y resolver las recesiones gingivales alrededor de dientes e implantes, en especial cuando se requiere injertos grandes o para piezas múltiples, sustituyendo al tejido del paladar como lecho donador. (Hal 1999) reporta el uso combinado de matriz dérmica acelular con colgajo desplazado coronalmente en recesiones tipo I y II, reportando una cobertura radicular mayor al 80%, aumento de encía queratinizada de 1 a 3mm y mejor estética. Haim comparó la matriz dérmica acelular con el injerto de tejido conectivo subepitelial en recesiones mayores a 4 mm en 7

pacientes, encontrando a los 12 meses una cobertura radicular de 89.1% para la matriz dérmica acelular y de 88.7% para el injerto de tejido conectivo subepitelial. Sin embargo, al evaluar la cantidad de tejido queratinizado ganado, este fue de 0.86mm para la matriz dérmica acelular y 2.14 para el injerto de tejido conectivo subepitelial, lo cual demuestra que el autoinjerto obtiene mejores resultados en cuanto a ganancia de encía queratinizada.

Se han publicado una serie de estudios y reportes de casos, en recesiones clase I y II de Miller, donde se presenta información sobre los resultados alcanzados con el uso de matriz dérmica acelular para aumentar la zona de encía queratinizada alrededor de dientes e implantes. El uso combinado del colgajo tipo túnel posicionado coronal y la matriz dérmica acelular para la ganancia de tejido queratinizado y cobertura radicular conectivo subepitelial, para un procedimiento de cobertura radicular de múltiples recesiones gingivales Miller clase III en el sector anterior superior. (Mahajan A, Dixit J, Verm UP. A 2011)



1.Recesión de 4mm x 5mm a nivel de la pieza 23.



2.Perdida de cresta alveolar



3.Marcado a 3 mm coronal de la punta de la papila como referencia para la incision en V



5.Incision en v en la papila



6. Separacion de la papila



7.Creacion de tunel en od 11 y 12



8. AlloDerm



9. Colocacion del injerto de AlloDerm a traves del tunel creado.



10. Inmovilizacion del AlloDerm a traves de suturas suspensorias con hilo reabsorvibles.



11. foto despues de 30 dias

FUENTE: Rivera Chu RK y col. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 2(3); 182-186, 2009.

Durante la fase de mantenimiento

La prevención de aparición de patología periimplantaria (mucositis y perimplantitis) se fundamenta en un correcto control de placa, monitorización profesional del estado de los tejidos periimplantarios, tratamientos que faciliten y permitan la higiene oral y la existencia de un entorno periimplantario adecuado (banda de mucosa queratinizada y profundidad del surco periimplantario). Ya han sido comentadas en este artículo las distintas ideas sobre la necesidad o no de una adecuada cantidad de tejido queratinizado alrededor de los implantes. A este respecto, parece estar bajo consenso el hecho de que esta porción de encía queratinizada proporciona confort y estabilidad a los pacientes en el uso de las técnicas de higiene oral, permitiendo mantener libre de placa bacteriana los tejidos que rodean a los implantes.

Por ello se recomiendan técnicas de autoinjertos de tejido blando en los casos donde se quiera aumentar esta banda de mucosa queratinizada, así como distintas técnicas que incluyen colgajos pediculados evitando una segunda zona quirúrgica. Por otro lado, las bolsas profundas periimplantarias están causadas generalmente por una discrepancia entre la posición de la cabeza de la fijación y la cresta ósea próxima a ésta, quedando el implante "enterrado" en el hueso que lo aloja, o bien por la presencia de excesivo tejido blando. Para resolver estas situaciones, los diferentes autores recomiendan acudir a técnicas de adelgazamiento de tejidos y colgajos de reposición apical, manteniendo en lo posible la banda de mucosa queratinizada, siendo deseable realizarlos antes de llegar a esta fase de mantenimiento, así como el manejo de la cresta ósea de forma previa o simultánea a la colocación de los implantes con el fin de conseguir una posición final correcta de la cabeza del implante. Otros problemas, como la hiperplasia gingival reactiva alrededor de los implantes por inflamación crónica, pueden ser resueltos mediante corrección del tejido bien a través de gingivectomía bien mediante la elevación de un colgajo que elimine el tejido hiperplásico.

CASO CLINICO



Se presenta paciente femenina de asa II (comprometida sistémicamente, controlada) de 75 años de edad a consulta dental en el hospital militar de zona el vergel Iztapalapa, en la especialidad de prostodoncia dental, su motivo de consulta fue la ausencia de varias piezas dentales en la cavidad bucal, debido que anteriormente la paciente presentó enfermedad periodontal y solo se pudieron conservar 4 órganos dentarias (12, 11, 21, 22), los demás dientes se extrajeron por no contar con los criterios de la colocación de prótesis dental sobre ellos, siendo edéntula total en la arcada mandibular y clase I de Kennedy en la arcada superior.



Fotos intraorales.



FUENTE: Rosa Itzel Nabor Flores Hospital Militar Zona Del Vergel 2018.

Se valoró integralmente con distintos especialistas con los que se cuentan en el hospital, se tomaron modelos de estudio para realizar el encerado de los dientes 12, 11, 21 y 22, toma de radiografías para observar el hueso remanente de sus arcadas, llegando a la conclusión de que cumplía con los requisitos para la colocación de implantes. Se explicó a la paciente sobre su plan de tratamiento que se podía llevar a cabo, ella consintió la realización de este plan.

Se generó la receta al laboratorio que sanidad nos brinda en el hospital, para solicitar los dos implantes dentales, los cuales fueron de diámetro 4.20 X 10 de longitud (regular crossfit), tornillos de cicatrización y los aditamentos necesarios para la toma de impresión de estos.

A mediados de octubre se citó a la paciente para la realización de la cirugía, lamentablemente presentaba niveles altos de tensión arterial haciendo imposible la cirugía ese día, se le comento a la paciente sobre los inconvenientes que se presentarían si se realizaba en ese momento y se le dio cita en un mes para observar si sus niveles de tensión estaban más controlados, ella estuvo de acuerdo.

El mes próximo (noviembre) se presentó la paciente a su cita acordada, se mandó a toma de signos para conocer sus niveles de tensión arterial, y de igual manera estos niveles se presentaban muy altos para la realización de esta cirugía. Se le comento a la paciente que tendría que presentarse con su médico para poder controlar estos niveles de tensión arterial, y se pospondría la cirugía al próximo mes.

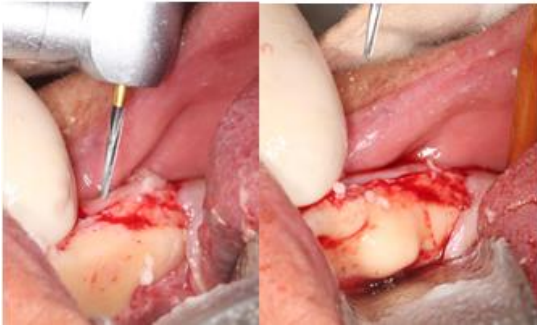
El 27 de diciembre del 2018 la paciente acude a su cita para la cirugía, sus valores de tensión arterial ya se encuentran estables y se decide efectuar dicho tratamiento.

Se procedió a la asepsia extra oralmente. Se infiltró articaína 4% con epinefrina 1:100 000, usando técnica troncular y se colocó puntos de anestesia locales en la zona de trabajo.

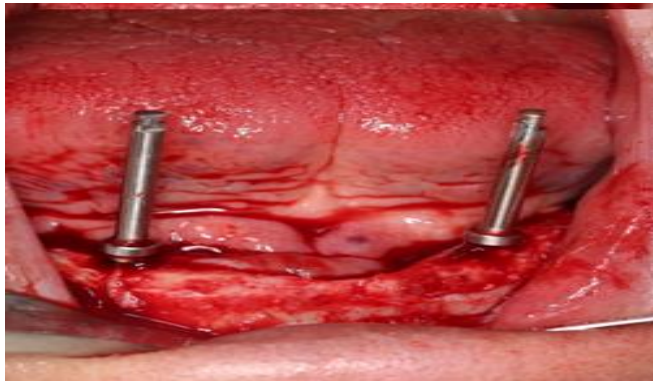
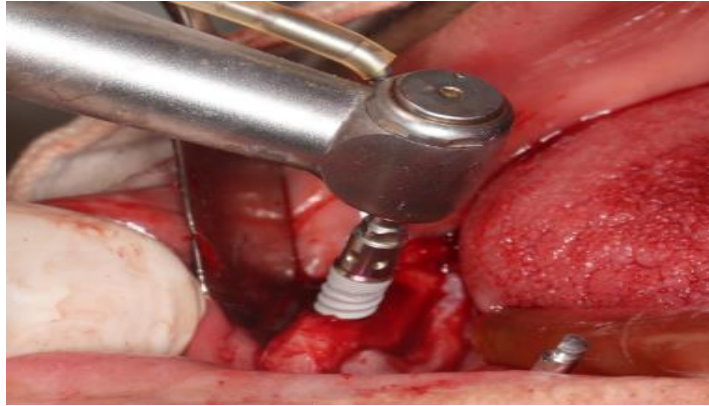
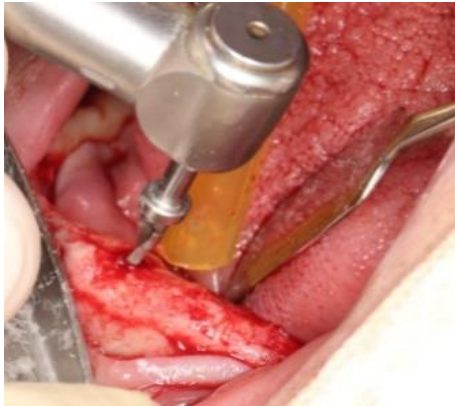


Se realizó incisión paracrestal hacia lingual y liberatrices distales con hoja de bisturí N° 15 la zona de caninos inferiores, se hace el levantamiento de colgajo con legra P20 a espesor total para observar el hueso remanente.

FUENTE: Rosa Itzel Nabor Flores Hospital Militar de Zona el Vergel 2018



Posteriormente se procedió con el sistema de fresado necesario y se corroboró la correcta posición de los implantes, teniendo un paralelismo entre ellos mismo, asegurando todo esto, se continuo con la colocación de los implantes MIS con diámetro 4.20 X 10mm de longitud logrando una estabilidad primaria de 30Nw, se colocaron los tornillos de cierre con clorehexidina en gel al 2% sobre el implante.



Posteriormente se suturó con ácido poliglicólico 4-0, usando puntos de sutura colchonero horizontal continuo.

FUENTE: Rosa Itzel Nabor Flores Hospital Militar de Zona el Vergel 2018.

Se puntualizaron las indicaciones postquirúrgicas y el esquema de medicación, la cual constó de amoxicilina con ácido clavulánico 500/125mg 1 c/8 horas x 7 días, dexametasona intramuscular dosis única, naproxeno sódico de 250mg 2 c/8 horas x 3 días, ketorolaco 10 mg 1 c/8 horas x 5 días.

Aproximadamente 12 días después de la cirugía se citó a la paciente para los controles postquirúrgicos, el retiro de puntos, observación del estado de cicatrización y sobre todo el estado de los implantes a nivel óseo, el cual la paciente refiere que no tuvo ninguna molestia, ni signos de inflamación u otra complicación fuera de la cicatrización fisiológica y radiográficamente los implantes se observan muy bien. Se le comenta a la paciente que necesitaremos esperar 3-4 meses para observar el osteointegramiento de los implantes.



A principios de marzo se citó a la paciente para la preparación y realización de provisionales en los órganos dentarios 12, 11, 21 y 22, se tomó impresión con silicón pesado al encerado de estos dientes para realizar una llave de los provisionales.

Se necesitó anestésiar la zona con técnica supraperiostica usando lidocaína con epinefrina al 2%, se procedió a realizar la preparación de los dientes con fresa troncocónica con punta redondeada de diamante (G850) en las caras distales, mesiales, vestibulares, incisales y palatinas, se realizó la terminación con un



hombro de chaflan equigingival, se dio forma a la cara palatina con una fresa punta de balón americano de diamante (833).



Posteriormente se colocóacrílico a la llave de silicón, para proceder a la realización de los provisionales, conjuntamente se llevó a los dientes, finalmente solo se recortó los excedentes delacrílico y se dio anatomía a los provisionales ferulizados. Los provisionales no se cementaron, ya que presentan muy buena estabilidad y retención.



FUENTE: Rosa Itzel Nabor Flores Hospital Militar de Zona el Vergel 2018.

A finales de ese mismo mes, llegó una carta al hospital sobre el término del contrato del laboratorio que proporciona sanidad, así que el tratamiento protésico y rehabilitador de la paciente queda en pausa, hasta que se firme un nuevo contrato con el mismo u otro laboratorio.

CONCLUSION

En la actualidad el tratamiento con implantes dentales se ha vuelto un muy frecuente ya que constituye una alternativa odontológica muy importante para la rehabilitación protésica, pero este exige al odontólogo hacer cada vez un plan de tratamiento basado en evidencia científica de los tejidos biológicos y tener los criterios de selección bien claros. El odontólogo necesita valorar las expectativas del paciente, teniendo en cuenta su estado sistémico, antecedentes patológicos bucales e higiene, para realizar un diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico individualizado.

Las técnicas quirúrgicas y protésicas deben ser establecidas de forma a las necesidades del paciente, para conseguir resultados clínicos favorables.

Posteriormente a todo lo mencionado, con un éxito en la fase quirúrgica y protésica, se debe de cumplir un regimiento por parte del paciente, el cual es la higiene de su prótesis implanto soportada, debido a que esta edad por lo regular los pacientes no son muy cooperadores, también se debe de dar indicaciones a un familiar e insistir en los riesgos que pudiesen ocurrir si es que no se llevan a cabo correctamente, también acudir con el requerido seguimiento por parte de su especialista.

Bibliografías

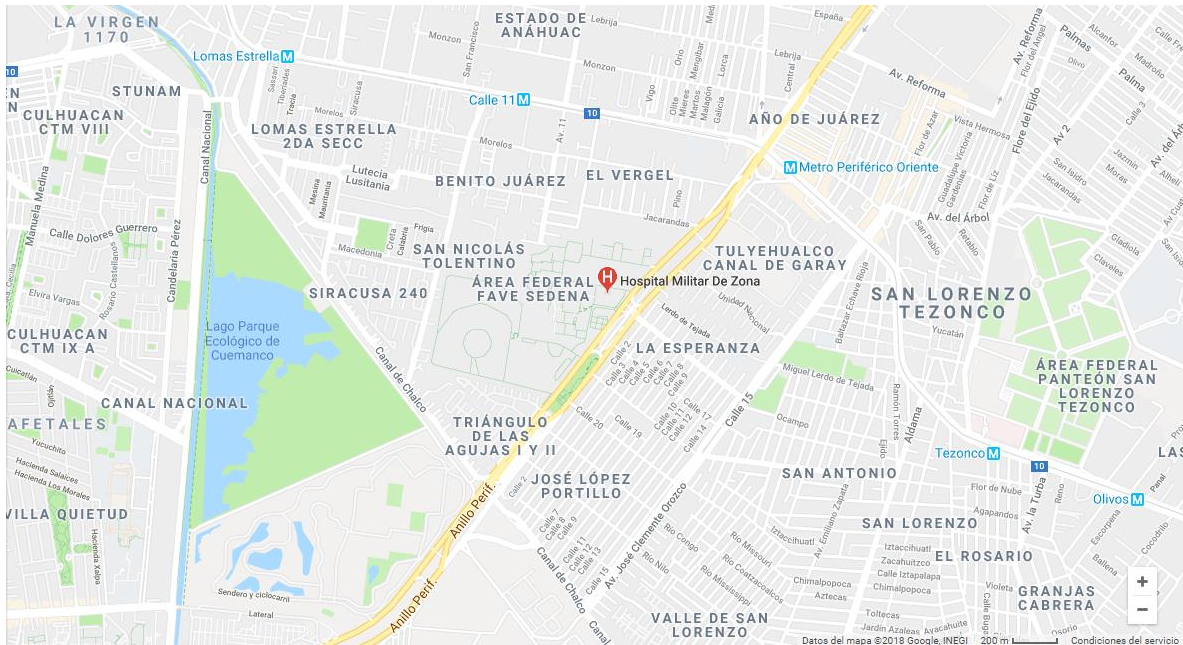
- The American Academy Of Periodontology glossary of periodonta terms, 4th ed, Chicago: the America academy of periodontology; 2009. 44
- Ardila medina CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogenia y tratamiento. Au Periodonimplantol. 2009;21 35-43
- The America Academy of periodontology. Glossary of Periodontal Terms, 4th ed. Chicago: 2016
- Carranza F, Newman M. Clinica Periodontology. 9 ed.2014
- Hal T. Subgingival acellular matrix allograft for the treatment of gingival recession: a case report. J Periodontol 1999;1118:1124.
- Rivera Chú, R. K., Castillo Monzón, R., & Málaga Figueroa, L. (2009). Tratamiento de Recesiones Gingivales Múltiples con Matriz Dérmica Acelular (ALLODERM®): Resultados a Corto Plazo en Zona Estética. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral, 2(3), 182–186.
- Del Pizzo M, Modica F, Bethaz N, Priotto P, Romagnoli R. (2002) The connective tissue graft: a comparative clinical evaluation of wound healing at the palatal donor site. A preliminary study. Journal of Clinical Periodontology 29 (9), 848-54.
- Omiri MK, Karasneh J. Relationship between oral health-related quality of life, satisfaction, and personality in patients with prosthetic rehabilitations. Journal of Prosthodontics [Internet]. 2010 [citado 4 Abr 2015]; 19 (1): 2-9.
- González Ramos RM, Herrera López I, Osorio Núñez M, Madrazo Ordaz D. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Mar 25]; 47(1): 105-114.
- Langer B, Langer L. (1985) Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. Journal of Periodontology. 56(12), 715-20.
- Mateos L, Lázaro PJ, Herrero F, Herrero M. Técnicas quirúrgicas periodontales aplicadas a la implantología. Av Periodon implantol. 2003;15
- Lázaro, P.J.; Herrero.M; Aranda,J.J.; Herrero, F. Enfoque periodontal de la segunda fase quirúrgica (11):Proceso de toma de decisiones en los tejidos blandos periimplantarios. Periodoncia 1999; 9 (5): 369-80
- Henderson R, Greenwell H, Drisko C, Regennitter D, Lamb J, Menhlbauer M, Goldsmith L, Rebitski G. Predictable multiple site root coverage using an acellular dermal matrix allograft. J Periodontol 2010;72:571–582.

- Mahajan A, Dixit J, Verm UP. A patient-centered clinical evaluation of acellular dermal matrix graft in the treatment of gingival recession defects. *J Periodontol* 2011;78:2348-2355
- Berglundh, T.; Lindhe, J.; Ericsson, I.; Marinello, C.; Liljenberg, B.; Thomsen, P. The soft tissue barrier at implant and teeth. *Clin Oral Impl Res* 1991; 2: 81-90
- Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. (2008) Soft tissue management at implant sites. *Journal of Clinical Periodontology* 35 (suppl.8), 163-167.
- Cardaropoli D, Tamagnone L, Roffredo A, Gaveglio L. (2012) Treatment of gingival recession defects using coronally advanced flap with a porcine collagen matrix compared to coronally advanced flap with connective tissue graft: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Periodontology* 83, 321-328.

CAPÍTULO III: ANTECEDENTES (HOSPITAL MILITAR ZONA, EL VERGEL)

1. Zona de influencia

a) El Hospital Militar de Zona El Vergel, Iztapalapa está ubicado en Av. Canal de Garay No. 100, Col. el Vergel Iztapalapa, D.F., C.P. 09880. Brinda atención médica gratuita a militares activos y aquellos en situación de retiro, sus derechohabientes y pensionistas (beneficiarios de militares fallecidos).



<https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/proyeta-la-sedena-producir-3.9-millones-de-articulos-en-2017-208873.html>

b) Aspectos demográficos:

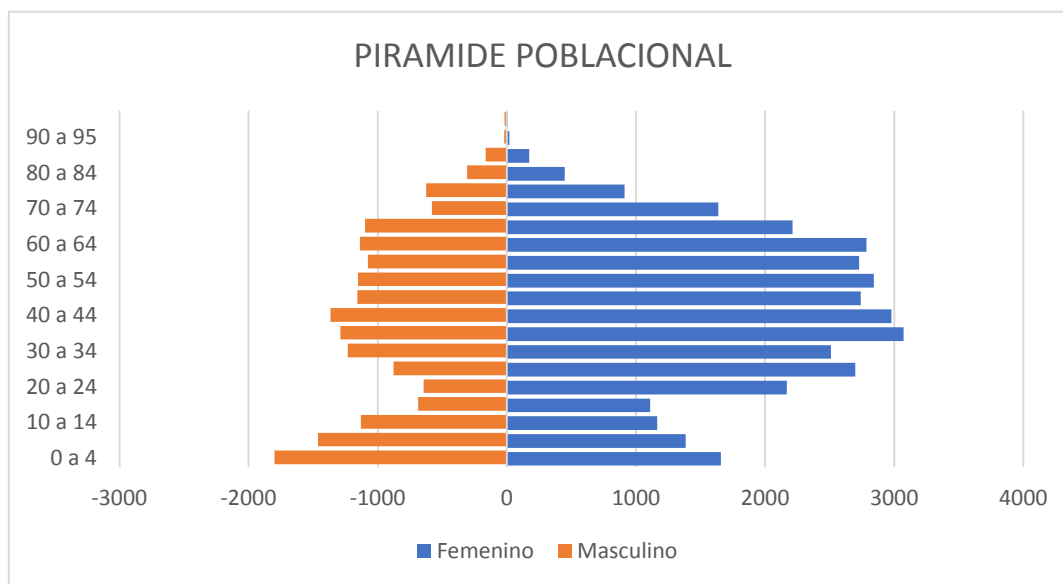
OCUPACION	M.A		D.H. A		PEN		MAR		M.R		Civ. Ins		D.H.M		D.H. R		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
0 a 4	0	0	1617	1510	6	5	0	0	0	0	0	0	0	82	52	1705	3272
5 a 9	0	0	1336	1263	5	21	0	0	0	0	0	0	0	124	102	1465	2851
10 a 14	0	0	976	1010	7	9	0	0	0	0	0	0	0	150	142	1133	2294
15 a 19	16	256	401	587	2	3	0	1	0	16	7	0	0	160	212	596	1661
20 a 24	233	1268	100	578	2	9	0	0	0	37	8	0	0	71	238	443	2545
25 a 29	703	1530	24	978	0	11	0	1	0	16	3	0	0	17	115	761	3398
30 a 34	1203	1259	19	1171	0	6	0	6	0	0	0	0	0	3	77	1231	3744
35 a 39	1231	1766	17	1146	0	22	0	42	1	0	5	0	0	0	135	1290	4365
40 a 44	1085	1245	103	1260	0	22	0	172	41	0	23	0	0	7	387	1367	4345
45 a 49	592	432	219	1510	0	22	0	337	127	3	29	0	0	8	622	1159	3901
50 a 54	135	35	408	1723	0	57	0	556	252	14	3	0	0	40	777	1153	4000
55 a 59	9	0	523	1825	7	83	0	466	313	12	4	0	0	61	508	1078	3811
60 a 64	9	2	729	1912	12	121	0	292	256	0	4	0	0	96	493	1138	3926
65 a 69	0	0	782	1393	10	118	0	218	57	0	1	0	0	87	646	1097	3312
70 a 74	6	0	486	897	12	108	0	182	29	0	0	0	0	195	605	881	2520
75 a 79	0	0	253	344	0	52	0	178	24	0	0	0	0	195	491	626	1537
80 a 84	0	0	118	141	40	79	0	67	0	0	0	0	0	119	228	308	756
85 a 89	0	0	71	36	0	33	0	47	0	0	0	0	0	47	104	165	338
90 a 94	0	0	7	0	0	5	0	8	0	0	0	0	0	5	14	20	39
95 y MAS	0	0	0	0	0	8	0	12	0	0	0	0	0	5	0	17	25
TOTAL																	52540

TABLA 1. POBLACIÓN

La población atendida esta compuesta principalmente por: M.A (Militare activo), D.H.A (Derecho habientes de militar activo) y por D.H.R (Derecho habientes retirado). En un promedio de 4- 65 años.

Fuente: hospital militar de zona el vergel. Sistema digital de sanidad: Área de archivo clínico y estadístico, Julio 2019.

TABLA 2. PIRAMIDE POBLACIONAL PERIODO AGOSTO 2018- JULIO 2019



Grupo etario	Femenino	Masculino	Total
0 a 4	1658	1800	3458
5 a 9	1385	1463	2848
10 a 14	1164	1131	2295
15 a 19	1109	686	1795
20 a 24	2168	644	2812
25 a 29	2699	878	3577
30 a 34	2511	1233	3744
35 a 39	3073	1290	4363
40 a 44	2978	1366	4344
45 a 49	2741	1158	3899
50 a 54	2841	1152	3993
55 a 59	2729	1077	3806
60 a 64	2784	1138	3922
65 a 69	2212	1097	3309
70 a 74	1637	581	2218
75 a 79	911	626	1537
80 a 84	448	308	756
85 a 89	173	165	338
90 a 95	19	20	39
95 y MAS	8	17	25
Total	35248	18130	53378

Fuente: hospital militar de zona el vergel. Sistema digital de sanidad: Área de archivo clínico y estadístico, Julio 2019.

Se observa que la población del periodo agosto2018-julio 2019, estuvo compuesto mayormente por el género femenino, el cual en su mayoría se encontraba entre los 35- 45 años.

c) Servicios de infraestructura

- Electrificación: cuenta con instalación eléctrica completa, tierra física y pararrayos.
- Agua: cuenta con agua potable, red municipal y cisterna.
- Drenaje: cuenta con drenaje completo.
- Vías de comunicación: cuenta con internet, teléfono, red de voz y sistema de telemedicina.
- Transporte: en las inmediaciones se encuentran las instalaciones de la CETRAM (estación del metro Periférico Oriente), el hospital se encuentra sobre Periférico y Tláhuac (las principales vías).

d) Servicio educativo

- Programa de estudios de licenciatura.
- Servicio social.

e) Servicio de salud

- Hospitalización

Sala de mujeres	1
Sala de hombres	1
Sala de pediatra	1

- Consulta externa:

Medicina General	1
Medicina De Especialidades	Cirugía general Oftalmología Ortopedia Pediatría Otorrinolaringología Ginecología y obstetricia Terapia física y rehabilitación Anestesiología
Medicina Preventiva	1
Nutrición	1
Psicología	1

- Urgencia

Consultorios	1
Área De Choque	1
Sala de observación	1
Área de pediatría	1

- Quirófano

Quirófano	2
Sala de expulsión	1
C.E. Y. E	1

- Medicina Física y Rehabilitación.

Consultorio	1
Módulo De Electroterapia	1
Módulo De Hidroterapia	1
Módulo De Estimulación Sensorial	1
Módulo De Terapia Ocupacional	1

- Laboratorio De Patología

Laboratorio de análisis clínicos	1
Unidad de toma de muestra	2

- Radiología

Sala de ultrasonido	1
Sala de rayos x	1

- Odontología.

Unidad dental	4
Equipo de rayos x portátil	2

- Trabajo social

Vigencia de derecho y enrolamiento	1
Oficina de tramites	1

- Farmacia

Farmacia	1
Almacén de medicamentos e insumos	1

- Otros.

Archivos clínicos	1
-------------------	---

Al ser un hospital de 2do nivel de atención médica, cuenta con los servicios básicos de atención. Fuente: hospital militar de zona el vergel. Sistema digital de sanidad: Área de archivo clínico y estadístico, Julio 2019.

f) Morbilidad

TABLA 3. MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA

DIAGNOSTICO	M.A	D.H. A	PEN.	Civ. Soi.	TRAB	MAR	M.R	CIV. IN	D.H. R	TOTAL
FARINGITIS	431	2012	59	0	0	0	207	8	428	3145
EXAMEN MEDICO GENERAL	1948	472	1	1	0	0	51	80	81	2634
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	38	1485	81	0	0	0	273	14	631	2522
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	27	1409	63	0	0	0	328	10	551	2388
OBESIDAD	988	267	5	0	0	0	34	1	721	1366
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	82	841	20	0	0	0	23	0	106	1072
LUMBANGO NO ESPECIFICADO	262	473	21	0	0	0	69	0	156	981
CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTRO NIÑOS O LACTANTES SANOS	3	878	1	0	0	0	0	0	36	888
SINDROME DEL COLON IRRITABLE	76	520	27	0	0	00	62	4	167	856
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICO	106	486	17	0	0	0	53	3	147	812
DOLOR EN ARTICULACION	134	432	18	0	0	0	93	6	121	804
OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSOS Y NO ESPECIFICADO	85	494	16	0	0	0	47	3	151	796
EXAMEN GINECOLOGICO (GENERAL DE RUTINA)	71	455	17	0	0	0	37	1	173	754
CONSULTA NO ESPECIFICADA	50	432	7	0	0	0	36	2	89	616
SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL	177	230	0	0	0	0	0	0	9	416

Los 5 principales padecimientos fueron: faringitis aguda, hipertensión, diabetes, obesidad y resfriado. Fuente: hospital militar de zona el vergel. Sistema digital de sanidad: Área de archivo clínico y estadístico, Julio 2019.

TABLA 4. MORBILIDAD DEL AREA DE ODONTOLOGIA.

CLAVE CIE-10	DIAGNOSTICO	TOTAL
K02	Caries dental	3103
K07.4	Maloclusión de tipo no especifico	2246
K05.3	Periodontitis crónica	330
K04.1	Necrosis de la pulpa	192
K04.0	Pulpitis	185
K05.2	Periodontitis aguda	42
K04.7	Absceso periapical sin fistula	42
K00.0	Anodoncia	39
K05.1	Gingivitis crónica	33
K05.0	Gingivitis aguda	18
S02.5	Fractura de los dientes	10
K01	Dientes incluidos e impactados	10
Z00.0	Examen médico general	8
K07.30	Apiñamiento	3
K07.6	Trastorno de la articulación temporomaxilar	1

Los 5 principales padecimientos bucales atendidos en el periodo de agosto 2018-julio 2019, fueron: caries dental, maloclusión, periodontitis crónica, necrosis de la pulpa y pulpitis. Fuente: hospital militar de zona el vergel. Sistema digital de sanidad: Área de archivo clínico y estadístico, Julio 2019.

g) mortalidad

la tasa de mortalidad en el Hospital Militar de Zona el Vergel Iztapalapa, durante el periodo de agosto 2018 a julio 2019 es de 0.019 por cada 100 pacientes

Fuente: hospital militar de zona el vergel. Sistema digital de sanidad: Área de archivo clínico y estadístico, Julio 2019.

ANALIS Y CONCLUSIÓN

El hospital militar de zona el vergel, tiene una categoría de 2/o nivel en cuanto a su atención médica, por lo que cuenta con los servicios tanto de infraestructura, así como los servicios de salud.

Su población atendida esta compuesta principalmente por: militares activos, derechohabientes de militares activos y por derechohabientes retirados. Los militares activos se encuentran entre los 20-50 años, mientras que los familiares de militares activos y militares retirados se encuentran entre los 4-65 años. La mayoría de su población esta compuesta por el género femenino.

Al ser un escalón sanitario de 2/o nivel, no cuenta con todas las especialidades ni la cantidad necesaria de equipo para satisfacer la demande de 53378 pacientes, como se mostró en el periodo de agosto 2018- julio 2019, por ejemplo, solo se cuentan con 4 unidades dentales. Por ello este escalón tiene autorizado referir a los pacientes, ya sea por no contar con el equipo o especialista para llevar a cabo el diagnostico o tratamiento adecuado.

Los 5 principales padecimientos que se presenta en este periodo fueron: faringitis aguda, diabetes no insulino dependientes, hipertensión primaria, obesidad y resfriado común. En cuanto a los padecimientos bucales fueron: caries dental, maloclusión de tipo no especifico, periodontitis crónica, necrosis de la pulpa y pulpitis. Estos padecimientos no solo son los principales de este escalón, si no de igual forma, son los principales padecimientos bucales a nivel mundial.

En conclusión, al ser un escalón con mucha demanda de pacientes y encontrarse en una zona urbanizada, es importante brindar una buena calidad en cuanto a la atención medica con los recursos que se encuentran en él y si se encuentran fuera del alcance, referir a los pacientes a escalones sanitarios con mayor servicio. Por otro lado, esta demanda de pacientes ayuda al pasante ya sea de estomatología o de cualquier otra área de la salud, a llevar a cabo un mayor numero de actividades y a conocer el manejo clínico para más tipo de padecimientos a nivel hospitalario.

2. Centro de salud

El servicio de odontología consta de un área de 10 metros de largo por 6 de ancho, aproximadamente, la cual se divide en una oficina para el Jefe de Servicio; una oficina-recepción en donde los pacientes acuden con el sargento a cargo para registrar su llegada y para agendar sus citas; un cuarto utilizado para correr modelos, revelado de radiografías, lavado y esterilización del instrumental; cuatro consultorios; un cuarto para toma de radiografías; y al final hay un pasillo con la función de sala de espera para los cuatro pacientes próximos a pasar.

3. Servicio estomatológico

El Servicio de Odontología del Hospital Militar de Zona El Vergel, Iztapalapa se encuentra a cargo actualmente del Mayor Cirujano Dentista Especialista en Prótesis Jimmy Juventino Centeno García.

Dicho sector cuenta con dos áreas:

- **Servicio dental:** Consta con cuatro consultorios de aproximadamente cuatro por cuatro metros, una oficina para el Jefe de Servicio, un cuarto de lavado, una habitación dedicada a Rayos X y una recepción, así como una pequeña sala de espera propia.

Se cuenta con las siguientes especialidades:

- Prótesis: dirigida por el Mayor Cirujano Dentista y Jefe de Servicio Dental.
 - Ortodoncia: encabezada por el Mayor Cirujano Dentista Especialista en Ortodoncia Alfonso Blancas Osorio.
 - Endodoncia: a cargo de la Capitán 1/o Cirujano Dentista Especialista en Endodoncia María de la Luz Santiago Gallardo.
 - Periodoncia: bajo las órdenes del Capitán 1/o Cirujano Dentista Especialista en Periodoncia Marcela Anakali Naranjo Garcia.
 - Odontopediatría: dirigida por la civil Cirujano Dentista Especialista en Odontopediatría Cynthia Gabriela Peña Montiel.
- **Laboratorio de prótesis y aparatología ortopédica:** es supervisado por el Myr. Jimmy Centeno, Myr. Alfonso Blancas y la civil Cynthia Gabriela Peña Montiel.

En este espacio, los pasantes que se encuentren rotando con los doctores mencionados, se encargan de realizar provisionales en acrílico y resina Bis-Acrílica, aparatos como placas Hawley con o sin tornillos de expansión, hyrax, mantenedores de espacio, arcos transpalatinos, arcos linguales, guardas oclusales, entre otros.

4. Bibliografía

- INEGI. XII censo general de población y vivienda 2000, base cartográfica a nivel manzana.
- Martínez S. Proyecta la Sedena producir 3.9 millones de artículos en 2017, El Heraldo de Chiapas. [Internet]. Jueves 5 de enero de 2017 [citado 2018 Agosto 09] URL disponible en: <https://www.elheraldodechiapas.com.mx/mexico/proyecta-la-sedena-producir-3-9-millones-de-articulos-en-2017/>
- Anuario estadístico H.M.Z El vergel Iztapalapa. 2018
- (<https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/proyecta-la-sedena-producir-3.9-millones-de-articulos-en-2017-208873.html>)
-

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO.

CONDICIONES

Las condiciones mediante las cuales se realizaron las diferentes actividades del servicio social fueron óptimas para nuestro desarrollo de habilidades y destrezas, así como para ampliar nuestro conocimiento.

La cantidad de pacientes que solicitaban el servicio dental resultó una inconveniente en cuanto a altas se refiere.

El inmueble del servicio dental del hospital militar cuenta con las medidas de higiene y preventivas, así como el material necesario para realizar nuestros procedimientos según mi criterio.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL

MES	NIÑO	%NIÑO	ADULTO	%ADULTO	TOTAL	%TOTAL
Agosto	16	6.18	31	10.10	47	8.30
Septiembre	23	8.88	38	12.38	61	10.78
Octubre	19	7.34	27	8.79	46	8.13
Noviembre	28	10.81	34	11.07	62	10.95
Diciembre	27	10.42	28	9.12	55	9.72
Enero	26	10.04	21	6.84	47	8.30
Febrero	15	5.79	26	8.47	41	7.24
Marzo	12	4.63	19	6.19	31	5.48
Abril	22	8.49	12	3.91	34	6.01
Mayo	23	8.88	28	9.12	51	9.01
Junio	17	6.56	18	5.86	35	6.18
Julio	31	11.97	25	8.14	56	9.89
Total	259	100	307	100	566	100

FUENTE: Bitácora Personal

PROGRAMA DE ATENCIÓN A EMBARAZADAS (PAE)

MES	No.	%
Agosto	0	-
Septiembre	1	16.67
Octubre	0	-
Noviembre	2	33.33
Diciembre	0	-
Enero	0	-
Febrero	0	-
Marzo	1	16.67
Abril	0	-
Mayo	0	-
Junio	1	16.67
Julio	1	16.67
Total	6	100

FUENTE: Bitácora Personal

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

ACTIVIDADES INTRAMUROS

DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2018- JULIO 2019

NOMBRE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
PREESCOLAR	15	6.79	23	6.67	38	6.71
ESCOLAR	29	13.12	45	13.04	74	13.07
ADOLESCENTE	63	28.51	71	20.58	134	23.67
ADULTO	133	60.18	174	50.43	307	54.24
PEDIÁTRICO	7	3.17	6	1.74	13	2.30
TOTAL	221	100	345	100	566	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2018

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	63	12
SUBTOTAL	63	12
FOMENTO A LA SALUD		
• Platicas de salud bucal	1	0.19
SUBTOTAL	1	0.19
PREVENTIVAS		
• Odontoxesis	36	6.56
• Profilaxis	49	9.33
SUBTOTAL	85	16.19
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	52	9.90
• Canalizaciones	37	7.05
• Cementación	24	4.57
• Coronas provisionales	12	2.29
SUBTOTAL	125	23.81
CURATIVAS		
• Amalgamas	25	4.76
• Exodoncias	37	7.05
• Resinas	49	9.33
SUBTOTAL	111	21.14
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	7	1.33
SUBTOTAL	7	1.33
ADMINISTRATIVAS		
• Registro y manejo de pacientes	84	16
SUBTOTAL	84	16
TOTAL	525	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2018

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	83	22.68
SUBTOTAL	83	22.68
FOMENTO A LA SALUD		
• Platicas de salud bucal	1	0.27
SUBTOTAL	1	0.27
PREVENTIVAS		
• Odontoxesis	21	5.74
• Profilaxis	32	8.74
SUBTOTAL	53	14.48
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	42	11.48
• Canalizaciones	27	7.38
• Cementación	16	4.37
• Coronas provisionales	5	1.37
SUBTOTAL	90	24.59
CURATIVAS		
• Amalgamas	45	12.30
• Exodoncias	40	10.93
• Resinas	31	8.47
SUBTOTAL	116	31.69
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	3	0.82
• Cirugía	1	0.27
SUBTOTAL	4	1.09
ADMINISTRATIVAS		
• Registro y manejo de pacientes	19	5.19
SUBTOTAL	19	5.19
TOTAL	346	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2018

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	79	21.23
SUBTOTAL	79	21.23
PREVENTIVAS		
• Odontoxesis	31	8.33
• Profilaxis	20	5.37
SUBTOTAL	51	13.70
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	37	9.94
• Canalizaciones	41	11.02
• Cementación	13	3.49
• Coronas provisionales	3	0.80
SUBTOTAL	94	25.26
CURATIVAS		
• Amalgamas	42	11.29
• Exodoncias	56	15.05
• Resinas	41	11.02
SUBTOTAL	139	37.36
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	3	0.80
• Cirugía	5	1.34
SUBTOTAL	8	2.14
TOTAL	372	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2018

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	69	25.55
SUBTOTAL	69	25.55
FOMENTO A LA SALUD		
• Periódico Mural	1	0.37
• Platicas de salud bucal	5	1.85
SUBTOTAL	6	2.22
PREVENTIVAS		
• Odontoxesis	10	3.70
• Profilaxis	25	9.26
SUBTOTAL	35	12.96
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	32	11.85
• Canalizaciones	20	7.40
• Cementación	17	6.30
• Coronas provisionales	1	0.37
SUBTOTAL	70	25.92
CURATIVAS		
• Amalgamas	32	11.85
• Exodoncias	23	8.52
• Resinas	27	10.00
SUBTOTAL	82	30.37
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	2	0.74
• Ortodoncia interceptiva	6	2.22
SUBTOTAL	8	2.96
TOTAL	270	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2018

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	51	22.17
SUBTOTAL	51	22.17
FOMENTO A LA SALUD		
• Platicas de salud bucal	1	0.43
SUBTOTAL	1	0.43
PREVENTIVAS		
• Cepillado	15	6.52
• Odontoxesis	3	1.30
• Profilaxis	10	4.34
SUBTOTAL	28	12.17
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	27	11.74
• Canalizaciones	21	9.13
• Cementación	12	5.21
SUBTOTAL	60	26.08
CURATIVAS		
• Amalgamas	29	12.61
• Exodoncias	22	9.56
• Resinas	21	9.13
SUBTOTAL	72	31.30
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	8	3.48
• Ortodoncia interceptiva	10	4.34
SUBTOTAL	18	7.82
TOTAL	230	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO 2019

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	74	24.10
SUBTOTAL	74	24.10
FOMENTO A LA SALUD		
• Platicas de salud bucal	6	1.95
SUBTOTAL	6	1.95
PREVENTIVAS		
• Odontoxesis	22	7.16
• Profilaxis	15	4.88
SUBTOTAL	37	12.05
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	30	9.77
• Canalizaciones	41	13.35
• Cementación	11	3.58
• Coronas provisionales	3	0.97
SUBTOTAL	85	27.68
CURATIVAS		
• Amalgamas	40	13.03
• Exodoncias	31	10.09
• Resinas	27	8.79
SUBTOTAL	98	31.92
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	5	1.63
• Cirugía	2	0.65
SUBTOTAL	7	2.28
TOTAL	307	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO 2019

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	58	20.00
SUBTOTAL	58	20.00
FOMENTO A LA SALUD		
• Platicas de salud bucal	7	2.41
SUBTOTAL	7	2.41
PREVENTIVAS		
• Odontoxesis	21	7.24
• Profilaxis	12	4.13
SUBTOTAL	33	11.37
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	37	12.78
• Canalizaciones	40	13.79
• Cementación	13	4.48
• Coronas provisionales	3	1.03
SUBTOTAL	93	32.06
CURATIVAS		
• Amalgamas	37	12.78
• Exodoncias	32	11.03
• Resinas	25	8.62
SUBTOTAL	94	32.41
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	3	1.03
• Cirugía	2	0.69
SUBTOTAL	5	1.72
TOTAL	290	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2019

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	30	11.71
SUBTOTAL	30	11.71
PREVENTIVAS		
• Odontoxesis	23	8.98
• Profilaxis	10	3.90
SUBTOTAL	33	12.89
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	38	14.84
• Canalizaciones	43	16.79
• Coronas provisionales	11	4.29
SUBTOTAL	92	35.93
CURATIVAS		
• Amalgamas	38	14.84
• Exodoncias	31	12.11
• Resinas	29	11.32
SUBTOTAL	98	38.28
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	3	1.17
SUBTOTAL	3	1.17
TOTAL	256	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL 2019

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	38	13.57
SUBTOTAL	38	13.57
FOMENTO A LA SALUD		
• Platicas de salud bucal	1	0.35
SUBTOTAL	1	0.35
PREVENTIVAS		
• Odontoxesis	29	10.35
• Profilaxis	11	3.92
SUBTOTAL	40	14.28
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	42	15.00
• Canalizaciones	47	16.79
• Cementación	12	4.28
• Coronas provisionales	2	0.71
SUBTOTAL	103	36.78
CURATIVAS		
• Amalgamas	37	13.21
• Exodoncias	30	10.71
• Resinas	25	8.93
SUBTOTAL	92	32.85
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	5	1.78
• Cirugía	1	0.35
SUBTOTAL	6	2.14
TOTAL	280	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO 2019

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	36	14.45
SUBTOTAL	36	14.45
FOMENTO A LA SALUD		
• Platicas de salud bucal	1	0.40
SUBTOTAL	1	0.40
PREVENTIVAS		
• Odontoxesis	20	8.03
• Profilaxis	12	4.82
SUBTOTAL	32	12.85
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	41	16.46
• Canalizaciones	43	17.26
• Cementación	11	4.41
• Coronas provisionales	2	0.80
SUBTOTAL	97	38.95
CURATIVAS		
• Amalgamas	35	14.05
• Exodoncias	26	10.45
• Resinas	20	8.03
SUBTOTAL	81	32.53
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	1	0.40
• Cirugía	1	0.40
SUBTOTAL	2	0.80
TOTAL	249	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 2019

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	34	13.22
SUBTOTAL	34	13.22
PREVENTIVAS		
• Odontoxesis	30	11.67
• Profilaxis	12	4.67
SUBTOTAL	42	16.74
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	31	12.06
• Canalizaciones	33	12.84
• Cementación	15	5.83
• Coronas provisionales	3	1.16
SUBTOTAL	82	31.90
CURATIVAS		
• Amalgamas	38	14.78
• Exodoncias	29	11.28
• Resinas	26	10.11
SUBTOTAL	93	36.18
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	6	2.33
SUBTOTAL	6	2.33
TOTAL	257	100

FUENTE: Bitácora Personal

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO 2019

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	38	15.20
SUBTOTAL	38	15.20
FOMENTO A LA SALUD		
• Periódico Mural	1	0.40
SUBTOTAL	1	0.40
PREVENTIVAS		
• Odontoxesis	15	6.00
• Profilaxis	26	10.40
SUBTOTAL	41	16.40
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	30	12.00
• Canalizaciones	32	12.80
• Cementación	13	5.20
• Coronas provisionales	2	0.80
SUBTOTAL	77	30.80
CURATIVAS		
• Amalgamas	39	15.60
• Exodoncias	25	10.00
• Resinas	25	10.00
SUBTOTAL	89	35.60
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	2	0.80
• Cirugía	2	0.80
SUBTOTAL	4	1.60
TOTAL	250	100

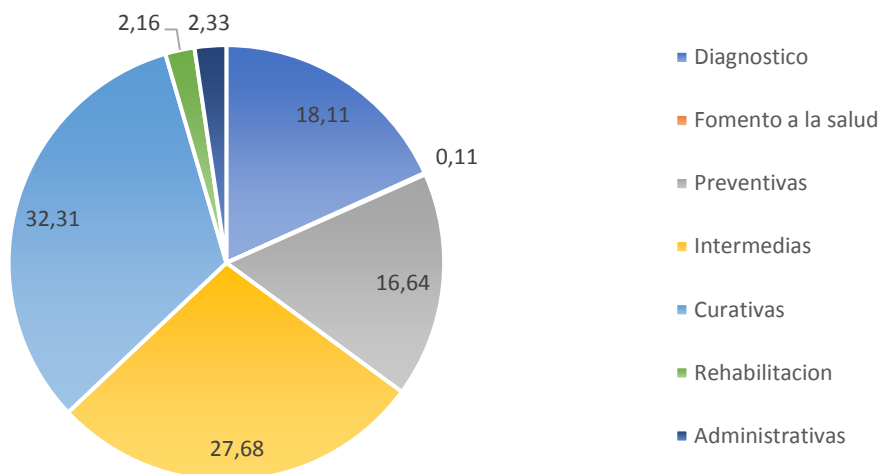
FUENTE: Bitácora Personal

CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO AGOSTO 2018 A JULIO 2019.

ACTIVIDADES	No.	%
DIAGNOSTICO		
• Urgencias	653	18.11
SUBTOTAL	653	18.11
FOMENTO A LA SALUD		
• Periódico Mural	2	0.06
• Platicas de salud bucal	23	0.64
SUBTOTAL	25	0.11
PREVENTIVAS		
• Cepillado	15	0.42
• Odontoxesis	261	7.24
• Profilaxis	324	2.99
SUBTOTAL	600	16.64
INTERMEDIAS		
• Obturación provisional	378	10.48
• Canalizaciones	425	11.79
• Cementación	148	4.10
• Coronas provisionales	47	1.30
SUBTOTAL	998	27.68
CURATIVAS		
• Amalgamas	437	12.12
• Exodoncias	382	10.59
• Resinas	346	9.60
SUBTOTAL	1165	32.31
REHABILITACIÓN		
• Guarda oclusal	48	1.33
• Cirugía	14	0.39
• Ortodoncia interceptiva	16	0.44
SUBTOTAL	78	2.16
ADMINISTRATIVAS		
• Registro y manejo de pacientes	84	2.33
SUBTOTAL	84	2.33
TOTAL	3603	100

FUENTE: Bitácora Personal

CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO AGOSTO 2018 A JULIO 2019.



DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DADOS DE ALTA DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2018 - AGOSTO 2019

NOMBRE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
ALTA OPERATORIA	0	0	0	0	0	0.
ALTA INTEGRAL	0	0	0	0	0	0
SIN ALTA	221	100	345	100	566	100
TOTAL	221	100	345	100	566	100

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA ACTIVIDADES INTRAMUROS DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2018- JULIO 2019

NOMBRE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
PREESCOLAR	15	6.79	23	6.67	38	6.71
ESCOLAR	29	13.12	45	13.04	74	13.07
ADOLESCENTE	63	28.51	71	20.58	134	23.67
ADULTO	133	60.18	174	50.43	307	54.24
PEDIÁTRICO	7	3.17	6	1.74	13	2.30
TOTAL	221	100	345	100	566	100

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- El mayor porcentaje de actividades ejecutadas fue principalmente en las actividades intermedias y curativas.
- se realizó un gran número de actividades preventivas con 600 actividades predominando la odontoxesis.
- Hay un alto número de urgencias al año con un 18.11 %
- En un porcentaje 2.16% están las actividades protésicas.
- Hubo poca participación en cuanto a fomento de la salud y actividades extramuros ya que las actividades se realizaban exclusivamente en el consultorio y no había participación en escuelas o centros comunitarios.
- La principal población de las actividades intramuros fue la población adulta con un 54.24%.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

- En el Hospital Militar de Zona hay cuatro cubículos que son insuficientes en número para dar atención a más de 60 pacientes en 6 horas al día.
- El servicio de Odontología en el Hospital Militar de Zona se ve rebasado en sus capacidades y en el número de odontólogos y especialista, por lo que hay un elevado porcentaje de inconformidades por partes de los pacientes al recibir citas con intervalos de tiempo de 15 a 30 minutos.
- Los alumnos de Servicio Social tienen un papel fundamental en el funcionamiento del Hospital en todas las áreas.
- Los servicios prestados son de la más alta calidad y se brindan a todos los Derechohabientes del Hospital que acude a solicitar el servicio
- El horario muchas veces es rebasado por las actividades, por lo que los alumnos deben permanecer más tiempo.
- Los materiales que el servicio utiliza son de alta calidad.

CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS.

