



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PROPORCIONES FACIALES PRE Y POST REHABILITACIÓN CON
PRÓTESIS TOTAL BIMAXILAR EN UN ADULTO MAYOR.
CASO CLÍNICO**

Autoras:

Br. Arianna José Ramirez Montenegro

Br. Oriana Andreina Rangel Romero

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**PROPORCIONES FACIALES PRE Y POST REHABILITACIÓN CON
PRÓTESIS TOTAL BIMAXILAR EN UN ADULTO MAYOR.
CASO CLÍNICO**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar por el **fbde**
Odontólogo.

Autora: Arianna José Ramírez Montenegro

Autora: Oriana Andreina Rangel Romero

Tutora: Od. Carolina Morales

San Diego, enero 2024



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado, elaborado por el(a), los ciudadano(a) RANGEL ORIANA, RAMÍREZ ARIANNA titular de la cédula de identidad N° 28 182 340, 25 864 802, para optar al grado académico de ODONTÓLOGO cuyo título es PROPORCIONES FACIALES PRE Y POST REAHABILITACIÓN CON PRÓTESIS TOTAL BIMAXILAR EN UN ADULTO MAYOR CASO CLINICO”, adscrito a la línea de investigación ODONTOLOGÍA CLÍNICA Y CORRECTIVA, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe, según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 23 días del mes de octubre del año dos mil veintitrés.

(Firma autografa)
 Nombres y
 apellidos

Carolina Morales

N° de la Cedula de Identidad: 28 182 340 25 864 802

MSDS, 16001 COV. 1621
 ODONTÓLOGO
 Cb 13 503 322

1

Sra. Carolina Morales
ODONTÓLOGO
MSDS, 16001 COV. 1621
Cb 13 503 322



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA
DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe, Carolina Morales, portadora de la cédula de identidad N° 13.508.322, en mi carácter de tutora del trabajo de grado presentado por los ciudadanos Ramírez Arianna y Rangel Oriana, titulares de la C.I. 25.864.802 y 28.182.340 respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **“PROPORCIONES FACIALES PRE Y POST REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS TOTAL BIMAXILAR EN UN ADULTO MAYOR. CASO CLÍNICO”**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 01 días del mes de marzo del año dos mil veinticuatro.

(Firma autógrafa del tutor)
Od. Carolina Morales
C.I.: 13.508.322

Carolina Morales



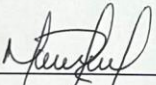
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

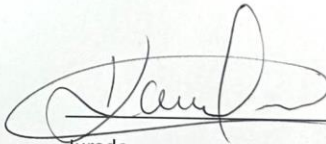
El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“PROPORCIONES FACIALES PRE Y POST REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS TOTAL BIMAXILAR EN UN ADULTO MAYOR. CASO CLINICO”**, realizado por las ciudadanas **RAMIREZ MONTENEGRO ARIANNA JOSÉ** y **RANGEL ROMERO ORIANA ANDREINA**, titulares de la cédula de identidad **25.864.802** y **28.182.340**, respectivamente. Cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar que después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su **aprobación**.

En San Diego, a los cuatro días del mes de Abril del año dos mil veinticuatro




Jurado
Nombre: *Martha Hidalgo*
C.I.: *26.611.187*





Jurado
Nombre: *Karen Peña*
C.I.: *24.423.885*



Tutor Académico: *Carolina Morales*
Nombre:
C.I.: *13.508.322*

DEDICATORIA

A mi **madre Mirian Montenegro** y mi **padre Alfredo Ramírez** por siempre estar para mí en todo momento, el camino no fue fácil pero ustedes nunca me dejaron caer.

A mi **hermano Alfredo** por ser motivo de mi esfuerzo, me inspiraste a levantarme y continuar

Le agradezco eternamente a **mi compañero de vida Franklin Rattia** por acompañarme en cada paso, por tu apoyo, tu tiempo y tu amor incondicional, eres y siempre serás mi puerto seguro.

A **mi abuela Arelis Zamora y Felicia Ramírez** por mantenerme en sus oraciones y a pesar de la distancia siempre estaban para mi

Mis **tíos Rubén Montenegro y Otoniel Montenegro** por ser pieza fundamental en mi crecimiento.

A **mi amiga Oriana Rangel** por escogerme como su compañera desde el inicio hasta el final de nuestra maravillosa travesía. gracias a ti todo este camino fue lleno de risas, felicidad y muchas nuevas enseñanzas. Le doy gracias a Dios por ponerte en mi camino.

A **Ana Ricci y María Centeno** por apoyarme día a día.

Profesores que marcaron mi carrera y debo tomar un espacio para agradecerles su apoyo, consejos, enseñanzas y amistad **Od Elizabeth Villasana, Od Mauren García y Od Orlando Moreno.**

Arianna Ramirez

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este momento **a mi familia** que me apoyó incondicionalmente en mi camino profesional, sin ellos nada de esto fuese posible, gracias infinitas por haberlo dado todo para yo lograr ese Od. antes de mi nombre. Sin duda alguna, gracias por ser mi pilar fundamental para nunca rendirme.

A ti **mi Ari**, mi amiga, hermana y compañera gracias por siempre estar, por esos días en los que decía que no podía más y quería dejarlo todo, por tu ánimo, tus buenas vibras y energías positivas, gracias porque sin tu compañía en este camino todo hubiese sido aburrido, le doy gracias a Dios porque desde hace 6 años estamos en este camino y al fin pudimos lograrlo.

Oriana Rangel

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, le agradecemos a **Dios** por ser guía en toda nuestra carrera, a **nuestra tutora académica Od Carolina Morales** por ser guía en este maravilloso proyecto, dedicación, cariño y paciencia desde el primer momento en que nos conoció, cada una de sus enseñanzas dentro y fuera de la clínica fueron pilar fundamental para llegar a donde estamos el día de hoy.

A todos aquellos docentes que formaron partes de nuestro camino universitario, fueron 4 largos años llenos de aprendizajes, simplemente gracias por su apoyo y aliento para lograr nuestros objetivos.

Y por último y no menos importante a nuestra querida **casa de estudio la Universidad José Antonio Páez**.

Arianna Ramirez y Oriana Rangel

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	pp.
Páginas Preliminares	
Lista de Tablas	vi
Lista de Figuras	vii
Resumen Informativo	viii
Informative Summary	ix
Introducción	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema	3
Formulación del problema	5
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
Justificación	6
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la investigación	8
Bases teóricas	11
Bases legales	18
Definición de términos	20
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	
Naturaleza de la Investigación	23
Procedimiento Metodológico	23
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS	
Análisis y Presentación de Resultados	29
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
Recomendaciones	41
REFERENCIAS	43
ANEXOS	46

LISTA DE TABLAS

CONTENIDO

TABLA	pp.
1. Protocolo de Rehabilitación mediante prótesis completa	15
2. Tabla de Variables	22
3. Tabla de Medidas	37

LISTA DE FIGURAS

CONTENIDO

FIGURA	pp.
1. Panorámica.....	27
2. Medidas Faciales y Tipo de Cara.....	28
3. Análisis de Perfil.....	29
4. Impresiones.....	31
5. Rodetes	32
6. Determinación de Planos de Orientación	33
7. Prótesis Total Bimaxilar	34
8. Prueba de enfilado en el Paciente	34
9. Análisis del Perfil después del Tratamiento	38
10. Paciente con la prótesis instalada	39



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



PROPORCIONES FACIALES PRE Y POST REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS TOTAL BIMAXILAR EN UN ADULTO MAYOR. CASO CLÍNICO

Autora: Arianna José Ramirez Montenegro

Autora: Oriana Andreina Rangel Romero

Tutora: Od. Carolina Morales

Asesor Metodológico: Belkys Perez

Fecha: enero 2024

RESUMEN INFORMATIVO

Introducción: La odontología busca restaurar y/o mejorar aspectos de la estética facial y la funcionalidad del aparato estomatognático, a través de sus tratamientos; de entre los cuales destaca la rehabilitación oral de pacientes edéntulos; en este sentido, el edentulismo es una afección con consecuencias tanto estéticas como funcionales, que en el adulto mayor puede causar problemas graves de nutrición. **Objetivo:** Describir los posibles cambios en las proporciones faciales de un adulto mayor antes y después de una rehabilitación dental. **Metodología:** se enmarcó en un estudio de caso, con diseño descriptivo, longitudinal y cualitativo; cuyo sujeto de estudio fue un paciente masculino de 74 años de edad que ameritaba rehabilitación protésica; para ello, el caso se evaluó en tres fases: la primera consistió en el llenado de historia clínica, radiografía panorámica, toma de fotografías intraorales y extraorales con el propósito de diagnosticar la necesidad de rehabilitación protésica y determinar las proporciones faciales pre-rehabilitación; en la segunda fase, se diseñó e implementó el procedimiento para la rehabilitación con prótesis total bimaxilar, sustentado en la estética y funcionalidad; la última fase consistió en el control postratamiento, con el fin de valorar los cambios en las proporciones faciales pre y post rehabilitación. **Resultados:** Se evidenció con la prótesis total en boca que la zona orbital y prominencia malar se ven balanceados, de acuerdo a la condición del paciente haciéndolo lucir un poco más joven. Se logró perfil recto y más estético, un ángulo nasolabial de 90 grados (normal); finalmente se obtuvo filtrum y bermellón delimitados.

Descriptor: Proporciones faciales, Prótesis total bimaxilar, adulto mayor.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



PROPORCIONES FACIALES PRE Y POST REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS TOTAL BIMAXILAR EN UN ADULTO MAYOR. CASO CLÍNICO

Autora: Arianna José Ramirez Montenegro

Autora: Oriana Andreina Rangel Romero

Tutora: Od. Carolina Morales

Asesor Metodológico: Belkys Perez

Fecha: enero 2024

INFORMATIVE SUMMARY

Introduction: Dentistry seeks to restore and/or improve aspects of facial aesthetics and the functionality of the stomatognathic apparatus, through its treatments; among which the oral rehabilitation of edentulous patients stands out; In this sense, edentulism is a condition with both aesthetic and functional consequences, which in older adults can cause serious nutrition problems. **Objective:** Describe the possible changes in the facial proportions of an older adult before and after dental rehabilitation. **Methodology:** it was framed in a case study, with a descriptive, longitudinal and qualitative design; whose study subject was a 74-year-old male patient who required prosthetic rehabilitation; To this end, the case was evaluated in three phases: the first consisted of filling out the medical history, panoramic radiography, taking intraoral and extraoral photographs with the purpose of diagnosing the need for prosthetic rehabilitation and determining pre-rehabilitation facial proportions; In the second phase, the procedure for rehabilitation with total bimaxillary prosthesis was designed and implemented, based on aesthetics and functionality; The last phase consisted of the post-treatment control, in order to assess the changes in facial proportions pre and post rehabilitation. **Results:** It was evident with the total prosthesis in the mouth that the orbital area and malar prominence look balanced, according to the patient's condition, making them look a little younger. A straight and more aesthetic profile was achieved, a nasolabial angle of 90 degrees (normal); Finally, delimited philtrum and vermilion were obtained.

Descriptors: Facial proportions, Bimaxillary total prosthesis, older adult.

INTRODUCCIÓN

El hombre busca y encuentra la belleza en todos los objetos que le rodean. Ella no es no sólo una necesidad ideal, sino a veces también una herramienta de transformaciones, las cuales se adoptan sobre la base de un determinado ideal estético y se construye una actitud estética hacia el mundo. La odontología como ciencia busca restaurar o mejorar aspectos de la estética facial a través de sus tratamientos, mediante la práctica de sus disciplinas, incluyendo rehabilitación oral, estética dental, ortodoncia y otras. Los tratamientos muchas veces se llevan a cabo sin evaluar su efecto o influencia en el aspecto de la persona tratada. Las dentaduras postizas completas removibles tienen como objetivo restablecer el equilibrio perdido por la ausencia de piezas.

Se propuso así, para este trabajo estudiar las proporciones faciales de un adulto mayor antes y después de una rehabilitación dental, por cuanto el edentulismo es una afección que no sólo tiene unas consecuencias estéticas importantes, sino que también compromete de forma grave la funcionalidad de la boca, además en el caso del adulto mayor puede generarle consecuencias negativas en su nutrición porque le produce cambios en sus hábitos alimenticios; por lo tanto con el estudio de las proporciones faciales antes y después de la rehabilitación podrán hacerse una comparación que demostrará cómo la boca y todos los elementos que la constituyen están relacionados con las demás estructuras de la cara.

Para la elaboración y presentación del presente trabajo, se estructuró en cuatro capítulos: El Capítulo I, que describió el planteamiento del problema, establecimiento

de objetivos general y específicos, justificación de la investigación (atendiendo a lo teórico, social, institucional, área investigativa), así como el alcance y limitaciones.

En el Capítulo II, se expuso el marco teórico, abarcando los antecedentes de la investigación, bases teóricas, bases legales, definición de términos y el cuadro de operacionalización de la variable. Luego, el Capítulo III en el que se describió el marco metodológico, ubicando la línea de investigación, Naturaleza del estudio, Tipo y Diseño de Investigación, descripción del Caso (se propuso la rehabilitación protésica de un paciente masculino de 74 años de edad, el caso se evaluará en 3 fases), también se explicaron la técnica e instrumentos de recolección de datos y por último el procesamiento de análisis de datos. Posteriormente, se explicó el Capítulo IV en el que se describieron los resultados alcanzados, las medidas áuricas antes y después del tratamiento al paciente. Por último, se presentó el Capítulo V, que explicó las conclusiones a las cuales se llegaron con el estudio de las proporciones faciales, y se finalizó con las referencias bibliográficas consultadas para poder realizar este trabajo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La situación de salud bucal en el mundo presenta un panorama preocupante; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 30%, de los adultos entre 65 a 74 años son edéntulos totales. Para muchos países latinoamericanos, las enfermedades bucales han sido un tema desatendido y rara vez visto como una prioridad en las políticas de salud. En el caso venezolano, uno de los aspectos resaltantes en el tercer estudio epidemiológico nacional realizado en 2008, es el porcentaje de la población con necesidades protésicas insatisfechas, que para los trabajadores indígenas se ubica en 47,7%, seguido del proletariado informal con 32,83%. mientras que el valor más bajo corresponde a la clase social con más altos ingresos, de la cual solo 20,51% presentan necesidades protésicas insatisfechas, lo cual evidencia que quienes tienen mejor poder adquisitivo, son los que tienen acceso a la atención odontológica restaurativa (1).

En este orden de ideas, la salud bucal en el adulto mayor, debe ser entendida no solo como la presencia o no de patologías bucales, sino como la percepción que este tiene sobre su boca que le permita cambios de actitudes más saludables. Para ofrecer un tratamiento odontológico a un anciano, es necesario tener en cuenta las condiciones normativas (visión profesional) y realistas del paciente (situación funcional, cognitiva, hábitos, costumbres) con el fin de garantizar la mejor alternativa para cada persona en particular (2).

Cuando se trata de la pérdida de las unidades dentarias, para el individuo significa la desfiguración del rostro, alteración de la fonación, así como dificultades masticatorias importantes. En el caso de la función masticatoria puede conllevar a una variación de dieta por parte de la persona, forzando a nuevas prácticas alimentarias determinadas con un mayor consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, ocasionando restricciones dietéticas y comprometiendo el estado nutricional de la persona. Las consecuencias externas de la pérdida de la dentadura son las de una involución de carácter senil del rostro, una degeneración de la articulación de la palabra y el gesto y trastornos graves de la alimentación. Ello acarrea además alteraciones psíquicas y somáticas (3).

En caso de que un paciente haya perdido todos sus dientes, las proporciones faciales pueden cambiar por cuanto su mandíbula tiende a deformarse con consiguientes modificaciones morfo estructurales, el mentón aparece más prominente dando apariencia de prognatismo al individuo, por lo que manifestará problemas funcionales y estéticos que conllevan necesariamente a una rehabilitación: oclusal, lo más fisiológica posible, a fin de obtener una adecuada estabilidad esquelética, una óptima dimensión vertical y una correcta armonía facial. Desde el punto estético, consiste en rehabilitar los pacientes con diversos tipos de prótesis de acuerdo a las formas biotipo faciales y con diferentes expresiones en su rostro ya sea este triangular, cuadrada, u ovoide, y la investigación previa como es: estudios radiográficos, clínicos y de modelos de estudios con el fin de conseguir que la prótesis cumpla sus funciones como la fonética estética y masticación, así como mejorar sus proporciones faciales (4).

Las proporciones faciales en la odontología ayudan a los especialistas a evaluar el tipo facial del paciente, permitiendo poder evaluar después los dientes y la sonrisa de cada paciente. Para ello, se pueden dividir verticalmente en tres partes de igual tamaño, el tercio superior de la cara es el área entre el trichión y la línea inter orbital. El tercio medio es el área que va desde la línea inter orbital a la línea interalar. El tercio inferior se extiende desde la línea interalar al extremo del mentón, ese último desempeña un papel significativo en la determinación del aspecto estético total. Es importante conocer la posición de los dientes en relación a los labios, la curva de Spee normalmente es convexa y paralela a la concavidad del labio inferior, produciendo una simetría (5).

Formulación del Problema

En concordancia con lo anterior, en odontología no solo se tienen en consideración los aspectos bucodentales para analizar los diferentes parámetros y establecer un plan de tratamiento, sino que es necesario un minucioso estudio y análisis de toda la zona facial también, por lo que surge la siguiente interrogante: ¿Cómo varían las proporciones faciales para un paciente atendido en el año 2023, en la clínica de la Universidad José Antonio Páez durante un período de tres meses antes y después de una rehabilitación dental?

Objetivo General

Describir los posibles cambios en las proporciones faciales de un adulto mayor antes y después de una rehabilitación dental.

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar las características clínicas del paciente edéntulo.

2. Implementar protocolo clínico de rehabilitación con prótesis total bimaxilar en adulto mayor.
3. Comparar los cambios clínicos orofaciales pre y postratamiento en el paciente rehabilitado.

Justificación de la Investigación

La presente investigación se justifica desde el punto de vista teórico por cuanto el edentulismo es una afección que no sólo tiene unas consecuencias estéticas importantes, sino que también compromete de forma grave la funcionalidad de la boca, y en el caso del adulto mayor puede generarle consecuencias negativas en su nutrición porque le produce cambios en sus hábitos alimenticios; por lo tanto con el estudio de las proporciones faciales antes y después de la rehabilitación podrán hacerse una comparación que demostrará cómo la boca y todos los elementos que la constituyen están relacionados con las demás estructuras de la cara. Todas estas partes están íntimamente ligadas y de la armonía existente entre ella depende la belleza facial, lo que permitirá aumentar la autoestima del paciente adulto mayor, que se traducirá también en mejorar su calidad de vida.

Por otra parte, se justifica desde el punto de vista social por cuanto permite a las estudiantes de odontología incorporarse a los procesos sociales, mediante la atención al adulto mayor que es una parte de las personas más vulnerable de la sociedad venezolana.

Esta investigación se justifica desde el punto de vista institucional debido a que se pretende que la información de este estudio ofrecerá al gremio médico un estudio que

propicie conocer las características en las proporciones faciales de los pacientes que reciben tratamiento rehabilitador para predecir cómo es que estos devuelven armonía y mejor percepción en ellos.

Asimismo, el estudio se justifica en el área investigativa porque va a permitir acceder a una serie de informaciones referidas al edentulismo, así como la rehabilitación con prótesis total bimaxilar, caso clínico de un adulto mayor, describiendo su historia clínica, observaciones y registro fotográfico que servirán de referentes para futuros estudios y su evolución en el campo de la odontología.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Antecedentes de la Investigación

Cuando se realiza un trabajo de grado es necesario tomar referencias de estudios previos, para lo cual se hizo una revisión sistemática de fuentes de diferentes artículos científicos publicados en revistas de alto impacto internacional, las cuales fueron seleccionadas atendiendo a criterios de inclusión cuya antigüedad fuese menor a cinco (5) años, los cuales se ordenaron de forma cronológica, con información que se relacionara con el objetivo general del estudio.

Velásquez et al. (2022) publicaron un estudio de caso relacionado con un paciente hombre diagnosticado con bruxismo, edad 53 años edéntulo parcial superior con pérdida de piezas dentarias 25, 26 y ausencia de guías caninas, facetamiento generalizado en dientes posteriores superiores e inferiores, cúspides céntricas y excéntricas, alteración de dimensión vertical, disminución del espacio inter articular, cambio morfológico de superficie en cóndilos. El objetivo de la investigación fue restablecer función y estética en el paciente mediante el protocolo DATO partiendo de encerados funcionales y diagnósticos diseñados en cera. Elaboraron encerados funcionales y diagnósticos en relación céntrica, trabajaron por sectores. Una vez estabilizada la oclusión, se procedieron a la toma de impresiones de mandíbula para elaboración de onlays, overlays y coronas de disilicato de litio en mandíbula, además de otros procedimientos inherentes al caso; consiguiendo como resultados la

determinación de contactos oclusales óptimos simultáneos bilaterales, oclusión en relación céntrica, dimensión vertical y guías caninas adecuadas y en consecuencia logrando la restauración de la función y la estética en el paciente (6).

Julcamoro, Lozano y Castro (2020) publicaron un estudio donde evaluaron la correlación entre la longitud lineal del pabellón auricular y la dimensión vertical en jóvenes dentados, para ello hicieron la evaluación a 47 estudiantes a nivel de la longitud vertical del pabellón auricular (punto más superior al punto más inferior del lóbulo de la oreja), concluyendo que las medidas antropométricas de la longitud lineal del pabellón auricular derecho e izquierdo se correlacionó con la dimensión vertical oclusal así como la medición entre el canto externo del ojo al tragus también se correlacionó con la dimensión vertical oclusal (7).

Vale mencionar el estudio de casos realizado por Meza, Orrego y Vergara (2018), que consistió en comparar las proporciones áuricas encontradas antes y después de la rehabilitación con prótesis totales, realizado en Santiago de Chile, 2018. Los autores, obtuvieron los datos de 41 pacientes rehabilitados en la Clínica Odontológica de Prótesis Totales del Departamento de Prótesis, de la Universidad de Chile. Ellos fueron fotografiados mediante el equipo de Cone beam computed volumetric tomography con escaneo facial integrado y luego se midieron y compararon. Aplicaron las pruebas de Shapiro-Wilk y t de Student; una vez analizados los resultados, concluyeron que en esa muestra se presentó un cambio significativo en las proporciones faciales encontradas antes y después de la rehabilitación con prótesis en el paciente adulto mayor. La proporción ángulo externo del ojo a Stomion, en proporción con Stomion a Menton es

la que muestra mayor cercanía a la proporción áurica antes y después de la rehabilitación con prótesis totales (8).

Por su parte, Alarcón (2018) realizó una investigación cuyo objetivo fue presentar, analizar y valorar los diferentes métodos que existen que puedan ser útiles para la selección de los dientes en tratamientos de rehabilitación y estética dental en los diversos casos que se puedan presentar en la consulta diaria, a través de una revisión sistemática del tema con el criterio y análisis del experto. Una de las conclusiones a las cuales llegó la autora explica que, en los casos de rehabilitaciones para pacientes edéntulos, se considera eficiente la aplicación del método de la distancia interalar, por ser muy práctico y experimentado con resultados positivos, para la selección del tamaño de los dientes, de igual manera se sugiere que por tener otros métodos disponibles con estudios recientes y sustentados hace años sean aplicados para un mejor resultado, usándolos como apoyo y constatación. Se estima adecuada para esto la teoría de las medidas faciales: la medida interpupilar, por ser personalizada y correspondiente a las características individuales de cada paciente (9).

Como se puede observar, los artículos científicos a los cuales se hizo referencia se relacionan con el presente estudio por cuanto se dedicaron a indagar en las proporciones faciales encontradas antes y después de distintos casos, entre ellos la rehabilitación con prótesis totales en el paciente adulto mayor, la tendencia de los hallazgos en esos estudios va orientada a que existen cambios significativos en las proporciones áuricas del paciente adulto mayor, cuando es sometido a rehabilitaciones bucales y que le aportan una mejor calidad de vida.

Bases Teóricas

Paciente Edéntulo

El edentulismo se define como la pérdida de unidades dentarias, pudiendo ser esta total o parcial. Nos referimos a ausencias dentarias en dentición permanente. Es un término que normalmente se asocia con una edad avanzada, pero esto no es en absoluto cierto. Son muchas las causas relacionadas a la pérdida de dientes, a más edad lo que hay es más tiempo para que actúen los factores que la producen y se aumenta el riesgo. (10) En cuanto a las características clínicas del paciente edéntulo, puede decirse que los edéntulos poseen alteraciones tales como la disminución de la fuerza masticatoria, disminución de la sensación propioceptiva de los objetos y alimentos, además de los desfavorables efectos estéticos en la cara (11).

La clasificación básica, divide el edentulismo en total y parcial. El colegio americano de prostodoncia (ACP), clasifica al edentulismo en 4 grupos, basándose en su nivel de reabsorción: El primer grupo presenta una altura ósea residual de 21 mm, el segundo grupo presenta una altura ósea residual entre 16 y 20 mm, el tercer grupo presenta una altura ósea entre 11 y 15 mm, y el cuarto el más crítico presenta una altura ósea residual de 10 mm o menos. (12) La radiografía panorámica como método de diagnóstico, ayuda a valorar los cambios que se pueden observar en un paciente edéntulo a nivel óseo, a partir de la edad y el sexo. Oksayan en el año 2014 manifestó que a nivel muscular la función de los maseteros y temporales disminuye progresivamente, y esto afecta directamente el ángulo mandibular. En pacientes adultos mayores se presenta un

decrecimiento de la altura de la rama ascendente de la mandíbula, causando asimetrías y daños degenerativos a nivel condilar. Por otra parte, el género femenino se vio más afectado, el autor expresa que los trastornos como la osteoporosis y osteopenia tienen relación directa (13).

AlSheikh en su estudio en población saudí observó que la edad promedio de pérdida de piezas dentarias es a los 40 años. Mostrando el patrón de pérdida del primer molar permanente como inicio del edentulismo. Indica que la reabsorción ósea es más grave en el género femenino, y el rango de edad es un factor predisponente; además, que el grado de reabsorción es tres o cuatro veces más progresivo en la mandíbula que en el maxilar superior (12).

Al momento de realizar el plan de tratamiento en un paciente edéntulo hay que tener presente lo siguiente: Clase esquelética, calidad del reborde alveolar, musculatura, edad, género, tamaño mandibular, altura condilar, trayectoria del canal mandibular y salida del agujero mentoniano. El último punto es el de más relevancia, ya que una de las complicaciones más frecuentes es la presencia del agujero mentoniano cercano al vértice de la cresta alveolar y el dolor e incomodidad que presenta al estar en contacto con la prótesis. Nimigean en el 2018 en su estudio expresa las distancias que existen entre el canal mandibular y el reborde óseo en distintas áreas, siendo éstas de 11.03 mm a nivel de premolares, 9.6 mm a nivel del primer molar, y 8.46 mm a nivel del segundo molar (14).

El manejo de un paciente edéntulo con prótesis total sigue siendo una de las opciones de tratamiento más utilizadas debido a las limitaciones económicas del paciente; sin

embargo, se pueden presentar secuelas sobre el uso de dentaduras como la reabsorción de la cresta alveolar residual, cambios en la mucosa como úlceras traumáticas, estomatitis subprotésica, infecciones por *Candida*, queilitis angular e hiperplasia de tejidos blandos, como resultado de la mal adaptación de la prótesis; otra limitante de la prótesis radica en la coordinación muscular que se requiere por parte del paciente y en la presencia de dolor a nivel de la mucosa del reborde alveolar (15).

Rehabilitación Oral Mediante Prótesis

Es importante saber que, si no se reponen protéticamente los dientes extraídos, se suele producir una migración de los dientes adyacentes hacia el espacio libre y un “crecimiento” de dientes antagonistas que mordían contra el extraído.

De ello pueden derivarse, con el tiempo, situaciones patológicas como:

1. Defectos de «engranaje» de los dientes que pueden limitar la masticación y provocar dolencias de las articulaciones de la mandíbula.
2. Si el espacio estrechado no llega a cerrarse del todo, puede resultar imposible una adecuada reposición protética.
3. Lo mismo ocurre cuando algún diente de la arcada contraria, extruido, se inmiscuye y ocupa parte de la altura del espacio correspondiente al diente extraído.
4. Además, pueden producirse caries entre los dientes vecinos al extraído y entre el diente antagonista y sus adyacentes, debido a la desadaptación de los puntos de contacto, que permiten el empaquetamiento y retención de alimentos entre ellos (11).

Pautas clínicas en rehabilitación estomatognática mediante prótesis

En el ejercicio clínico de la rehabilitación de las funciones estomatognáticas mediante prótesis (dentarias o estomatológicas) convencionales es posible una secuenciación y una tipificación de: 1) aquéllos pasos que son absolutamente inexcusables para no incurrir en riesgos predecibles y prevenibles de iatrogenia, y 2) aquéllos otros que también resultan requeribles cuando se pretende una excelencia terapéutica (16).

La separación de ambos tipos de actos permite:

1. Identificar omisiones de actos inexcusables a los que quepa imputar un fracaso clínico, un efecto iatrogénico o, en último caso, una mala praxis.
2. Proteger las actuaciones profesionales en las que se ha cumplido con la obligación de medios, conforme a una praxis ortodoxa.
3. Fomentar el perfeccionamiento de las actuaciones profesionales, al concienciar a los colegiados de los mínimos que la Organización profesional está decidida a exigir en el ejercicio profesional, en cumplimiento de su papel social principal, que es la defensa de los ciudadanos.
4. Preparar unas guías o fichas terapéuticas en las que se pueda ir recogiendo los pasos cumplidos, como anexo a la historia clínica.
5. Preparar un formulario de órdenes o prescripciones para el laboratorio.
6. Disponer de un documento recopilativo de los actos profesionales necesarios en la rehabilitación estomatognática mediante prótesis, que permitirá contrarrestar la tendenciosa información suministrada por sectores de protésicos interesados en el denturismo, en la que, aprovechando la equivocidad de la voz (prótesis), se trata de

identificar el “producto sanitario” (por cierto, al final de la fabricación, por el laboratorio, no es aún apto para el uso) con la “terapéutica”, y de transmitir a la sociedad la errónea idea de que “la prótesis dental no es un tratamiento, sino un producto sanitario a medida que se puede fabricar autónomamente por el protésico a partir de una prescripción escrita, y vender directamente al público, a semejanza de determinados productos ortopédicos” (17). (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Protocolo de Rehabilitación mediante prótesis completa

Para realizar en:	Procedimiento:
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración clínica • Impresiones de estudio
Laboratorio de clínica o Laboratorio Prótesis dental	<ul style="list-style-type: none"> • Vaciado de impresiones y obtención de modelos de estudio • Confección de cubetas individuales
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Impresiones definitivas
Laboratorio de clínica o Laboratorio Prótesis dental	<ul style="list-style-type: none"> • Vaciado de impresiones y obtención de modelos de trabajo • Confección de planchas base con rodetes de cera
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de placa base: retención, soporte, estabilidad. • Orientación del plano oclusal en el rodete superior • Toma de arco facial + relaciones intermaxilares + dimensión vertical • Trazado de líneas de referencia estética sobre el rodete: línea media, labio en reposo, labio en máxima sonrisa, línea de los caninos • Selección de dientes (color, forma, tipo)
Laboratorio de clínica o Laboratorio Prótesis dental	<ul style="list-style-type: none"> • Montaje de modelos en el articulador • Ajuste del articulador • Montaje de dientes según las referencias tomadas con los rodetes • Encerado

Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de fonética, oclusión y estética del montaje de dientes • Obtención de registros intermaxilares excéntricos
Laboratorio de clínica o Laboratorio Prótesis dental	<ul style="list-style-type: none"> • Programación del articulador • Remontaje de modelos y ajuste oclusal
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba y ajustes intraorales
Laboratorio Prótesis dental	<ul style="list-style-type: none"> • Terminado de la prótesis: enmuflado, polimerización y pulido
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Colocación de la prótesis • Ajustes intraorales • Instrucciones de uso y mantenimiento • Alta • Plan de revisiones y mantenimientos

Fuente: Consejo Dentistas (2023)

Cambios clínicos orofaciales en el paciente rehabilitado

Manns ha descrito varias posiciones musculares y articulares que pueden ser utilizadas para establecer una posición mandibular que sea funcional, destacando las siguientes:

1. Relación céntrica fisiológica (RCF): corresponde a aquella posición posterior o retruída no forzada de la mandíbula, en la cual ambos cóndilos están localizados en su posición fisiológicamente más superior, anterior y media dentro de sus cavidades articulares, enfrentando la vertiente anterior condilar a la vertiente posterior de la eminencia articular e interponiéndose entre ambas superficies articulares funcionales la porción media, más delgada y avascular del disco articular.
2. Posición postural mandibular (PPM): es aquella relación en que se encuentra la mandíbula con respecto al maxilar superior, cuando el sujeto está sentado

confortablemente en una posición ortostática, con sus labios contactando levemente y las piezas dentarias superiores e inferiores en inoclusión, separadas por un espacio de 1 a 3 milímetros; el espacio libre interoclusal o espacio de inoclusión fisiológica.

3. Posición muscular de contacto (PMC): es aquella posición que alcanza la mandíbula cuando se eleva por una contracción isotónica de los músculos elevadores mandibulares a lo largo de su trayectoria habitual de cierre hasta encontrar el primer contacto dentario (18).

Determinación de las relaciones craneomandibulares

En los pacientes desdentados totales es aún más importante establecer bien la relación craneomandibular ya que el paciente no posee referencias oclusales naturales y se han perdido muchos receptores que inician impulsos para ubicar el maxilar inferior. Por lo tanto, el desdentado no puede controlar los movimientos mandibulares o evitar contactos prematuros en relación céntrica como lo hace el dentado, produciéndose el desplazamiento de las bases protésicas y del tejido de soporte o desviando la mandíbula de la relación céntrica. Por lo que es necesario que la relación céntrica pueda ser establecida en armonía con la oclusión céntrica. Este no es un proceso exacto y los profesionales llegan a ella a través de variadas formas, Baker sugiere que es producto de investigaciones basadas en la evidencia limitadas y gran número de volúmenes con información adicional disponible. Para obtener la dimensión vertical existen varios métodos. Podemos mencionar algunos de ellos como registros previos a la extracción, medición de prótesis en uso, paralelismo de rebordes, determinación vertical mediante la presión máxima, posición fisiológica de reposo, fonética y estética como guía,

umbral de deglución y sensación táctil, entre varias otras que se encuentran en la literatura. (19) Sin embargo, la determinación de la dimensión vertical sigue siendo un procedimiento para el cual se emplean diversos criterios derivados de la evaluación clínica. La ausencia de un patrón de referencia que permita determinar en estudios comparativos qué método consigue la dimensión vertical exacta hace que no se pueda recomendar una técnica sobre otra. Por esto se describen los objetivos y las condiciones precisas para la determinación de una dimensión vertical “correcta” (20).

Para determinar la relación intermaxilar vertical se deberá medir la distancia intermaxilar con la cual se cumplan las siguientes condiciones en las futuras prótesis:

- 1) Que exista una distancia interoclusal con la mandíbula en posición postural.
- 2) El tercio inferior de la cara tenga un aspecto armónico al cerrar la mandíbula.
- 3) Los rodetes de altura no contacten durante la articulación del lenguaje.

Para obtener esta relación serán necesarios dispositivos ad-hoc llamados placas de relación o rodetes de altura. Estos rodetes se colocan en boca y se le pide al paciente que los haga contactar suavemente. Este contacto debe ser simétrico, simultáneo y estable. Una vez logrado esto, se unen ambos rodetes y se obtiene así la relación buscada. Siguiendo el procedimiento se articulan los modelos para luego continuar con el proceso de generación de las prótesis (18).

Bases Legales

En esta sección se enfoca en los aspectos legales y regulatorios relevantes para el tema de investigación, para ello se identifican y describen las leyes, regulaciones y políticas aplicables al tema de investigación. En primer lugar, se tiene el artículo 83 de la

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que establece que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida, para ello el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. También contempla que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa (21).

Por otra parte, la Ley del Ejercicio de la Odontología, en su artículo 2 especifica que el ejercicio de la odontología constituye la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrá delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley y su Reglamento (22).

Además, la Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores, en su artículo 1 establece la garantía referida al respeto a la dignidad humana de las personas adultas mayores y el pleno ejercicio de sus derechos y garantías, el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades, reconociendo su autonomía y libre desenvolvimiento de la personalidad, a través de la atención integral que deben brindarle el Estado, las familias y la sociedad para asegurar su buen vivir, bienestar, calidad de vida, seguridad y envejecimiento saludable, activo, digno y feliz (23).

Definición de Términos

Articulaciones temporomandibulares: La articulación temporomandibular, o también conocida bajo el nombre de complejo craneomandibular es una articulación sinovial (que cuenta con la presencia de cartílago articular) que existe entre el hueso temporal y la mandíbula. De hecho, se trata de dos articulaciones, situadas una a cada lado de la cabeza, y que desempeñan una función sincronizada. Es la única articulación móvil que hay en la cabeza, junto con la cabeza del atlantooccipital (16).

Dimensión Vertical (DV): Es un término que comúnmente ha sido definido como aquella medición de la altura facial anterior determinada entre dos puntos arbitrariamente seleccionados y convencionalmente localizados, uno en el maxilar superior y el otro en el maxilar inferior, coincidentes con la línea media. En los pacientes que usan prótesis totales y han perdido DV se ha demostrado que es necesario devolverla para luego rehabilitar. Esta dimensión es variable según la posición que pueda adoptar el maxilar inferior en el plano vertical. Sin embargo, son dos las dimensiones verticales que es importante considerar: la dimensión vertical oclusal y la dimensión vertical postural. La dimensión vertical oclusal (DVO) es la altura del segmento inferior de la cara cuando la mandíbula está en su posición intercuspal; en cambio dimensión vertical postural (DVP) es la altura facial con la mandíbula en su posición postural habitual (9).

Oclusión Dental: Se puede definir como el contacto entre los dientes superiores y los dientes inferiores. Dentro de este término se destacan dos tipos de cierre, la oclusión en posición estática y la oclusión en posición dinámica o funcional (16).

Relación céntrica: La oclusión posee dos determinantes: el fisiológico representado por la neuromusculatura, y los anatómicos que están representados por ambas articulaciones temporomandibulares y por la oclusión dentaria. Las articulaciones temporomandibulares, son estructuralmente de carácter menos variable y modificable durante el transcurso de la vida de un sujeto. En cambio, la oclusión dentaria experimenta más variaciones y modificaciones como resultado de la pérdida de piezas dentarias o uso de prótesis, por citar algunas causas. Ésta es la razón principal, por la cual, al analizar instrumentalmente la oclusión dentaria mediante un articulador, el punto de partida debe ser una relación anatómica fija y estable de ambas articulaciones temporomandibulares en relación céntrica (22).

Relaciones Craneomandibulares: Las relaciones craneomandibulares (RCM) es un concepto fisiológico que define el mayor o menor grado de aproximación de la mandíbula con el macizo cráneo facial en los tres sentidos del espacio: sagital, horizontal y vertical (18).

Tabla 2. Tabla de Variables

Objetivo General: Estudiar las proporciones faciales de un adulto mayor antes y después de una rehabilitación dental.			
Variables Operacional	Definición Operacional	Dimensión	Indicador
Proporciones faciales de un adulto mayor	<p>Las proporciones faciales en la odontología ayudan a los especialistas a evaluar el tipo facial del paciente y, de este modo, poder evaluar después los dientes y la sonrisa de cada paciente.</p> <p>Las proporciones faciales se aplican en el análisis facial que se realiza en estética dental.</p>	<p>Características clínicas del paciente</p> <p>Protocolo clínico de rehabilitación</p>	<p>-Edad</p> <p>-Peso</p> <p>-Medidas faciales antes de rehabilitación: Las medidas de los 5 sectores de la cara en el análisis de los 5tos Sector 1: 1,3cm Sector 2: 1,7cm Sector 3: 1,8cm Sector 4: 1,8cm Sector 5: 1,4cm</p> <p>-Medidas de Oclusión: Clase I (mordida normal) Clase II (sobre mordida o mordida profunda) Clase III (submordida o mandíbula retruida)</p> <p>Toma de Impresiones</p>
Tratamiento con Prótesis Bimaxilar	Se realiza cuando el paciente no tiene ningún diente, es decir si el paciente no tiene piezas dentarias en ninguna de las dos arcadas.	Cambios clínicos orofaciales	<p>-Relación céntrica fisiológica (RCF)</p> <p>-Posición postural mandibular (PPM)</p> <p>-Posición muscular de contacto (PMC)</p>

Fuente: Ramirez y Rangel (2023)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Naturaleza de la Investigación

Esta investigación se ubicó en la modalidad de un estudio de caso, con un único sujeto de estudio, vale recordar que un caso clínico es la presentación comentada de la situación sanitaria de un paciente, o grupo de pacientes, que se ejemplifica como caso al convertirse en la realización individual de un fenómeno más o menos general. (24) De nivel descriptivo, por cuanto se efectuó para describir una realidad en todos sus componentes principales; con un diseño cuasiexperimental, ya que se practicó un tratamiento de rehabilitación que hizo cambios de la boca del sujeto; de carácter longitudinal, por cuanto se registraron datos antes y después del tratamiento. Se enmarcó en el paradigma cualitativo, por cuanto constituyó un procedimiento metodológico que utilizó textos, tablas, revisión literaria e imágenes para construir un conocimiento de la realidad del paciente adulto mayor al cual se le hizo el estudio pre y post rehabilitación, en consecuencia, se ubicó en la línea de investigación Odontología Clínica y Correctiva.

3.2. Procedimiento Metodológico

3.2.1. Descripción del paciente

Paciente masculino de 74 años de edad, que acudió a la consulta por ser un paciente edéntulo que requería una prótesis total. Se le explicó al paciente el procedimiento al que iba a ser sometido para la rehabilitación, así como la finalidad del trabajo, para que

así accediera voluntariamente y firmó un consentimiento informado. (Ver Anexo A)

3.2.2 El caso se evaluó en tres fases:

3.2.2.1. 1º Momento o Fase diagnóstica: Llenado de historia clínica, radiografía panorámica, toma de fotografías intraorales y extraorales.

La técnica utilizada fue la observación directa, puesto que la evaluación clínica se hizo concisamente en el paciente, comprobando la normalidad o alteración de las estructuras que conforman el sistema estomatognático. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la historia clínica, que es un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa al paciente, y donde se mencionan todos los procesos a los que ha sido sometido. Este documento forma parte importante en la atención adecuada e integral del paciente. Es un documento médico-legal que avala la actuación del personal médico (25). Para su correcto llenado, se tomaron en cuenta la anamnesis, la exploración, el diagnóstico y el plan de tratamiento.

Se tomaron fotografías extraorales de la cara completa, de frente y perfil del paciente, luego cada fotografía se evaluó mediante percepción visual utilizando el programa visor de imágenes, haciendo un acercamiento de 5X a la fotografía y centrando el tercio inferior en la pantalla del computador.

3.2.2.2. 2º Momento o Fase de tratamiento protésico rehabilitador: Protocolo de elaboración de una prótesis total bimaxilar que debe cumplir con todos los requisitos de estéticas y funcionalidad.

En el primer paso se tomó la impresión anatómica para obtener el modelo de estudio en el paciente, tanto superior como inferior para así tener el modelo preliminar, una

vez que se obtuvieron las impresiones anatómicas se procedió a realizar las cubetas individuales, ya obtenidas las cubetas se realizó el recorte muscular con modelina, que consiste en reproducir la zona periférica en el momento de la acción muscular ya que en esta zona se encuentran múltiples inserciones musculares; posteriormente, se realizó la impresión fisiológica o definitiva en el paciente, utilizando mercaptano para luego pasar al encajonado y vaciado obteniendo ya el modelo definitivo para proceder a confeccionar la prótesis. El segundo paso estuvo conformado por la prueba de placa base y rodets donde habrá que asegurarse de que los rodets tengan las medidas correctas donde el espesor debe ser 5 mm en anterior y 10 mm en posterior para ambos rodets y se realizó el registro de mordida del paciente, una vez listos los rodets se procedió a determinar los planos de orientación: Línea bipupilar, plano de camper y plano protésico, esta prueba se llevó a cabo con la platina de fox, luego de determinar los planos de orientación se verificó que no exista luz entre los rodets, para proceder a marcar la línea media, línea de los caninos y línea de máxima retracción labial, además se seleccionó el color de las unidades dentarias. En el tercer paso, se realizó la prueba de enfilado donde se verificó que todas las pruebas anteriores dieron resultado, además de la selección del color, y se corroboró que la línea media y la línea canina estuvieran de acuerdo a las medidas. En el último paso se procedió a instalar la prótesis total bimaxilar rehabilitando al paciente estética y funcionalmente.

3.2.2.3. 3º Momento o Fase de control, evaluación y seguimiento:

Al momento de la colocación de la prótesis ya terminada en boca del paciente, se debió someter a la revisión y re evaluación de todas y cada una de las etapas evaluativas en

las distintas fases de construcción de la prótesis. La colocación representó básicamente el periodo armonioso de conjugación adaptativa. En este orden de ideas es importante tomar en cuenta las evaluaciones pos rehabilitación (26).

Evaluación de la Dimensión Vertical de la Oclusión

La evaluación de la Dimensión Vertical Oclusal, es una fase importante en el diagnóstico y planificación del tratamiento que determina las relaciones estéticas y funcionales entre los maxilares (27):

1. Se realiza la inspección con los dedos por parte del profesional sobre la superficie interna de la prótesis.
2. Tratamiento de la superficie pulida, para mantener su dirección de control de movimientos muscular sobre la acción del tejido.
3. Adaptación de las superficies de soporte, que consiste en hacer presión sobre las superficies oclusales de los dientes artificiales.
4. Prueba de retención y estabilidad, las prótesis son insertadas y en un breve intervalo de tiempo son envueltas por una película de saliva.
5. Verificación de la oclusión, una vez finalizados los ajustes antes mencionados para asegurar que: Cada prótesis pueda insertarse y removerse de la boca sin molestia, además pueda aplicarse una presión firme a la superficie oclusal sin provocar dolor (27).

Evaluación de la Dimensión Vertical de la Oclusión.

La dimensión vertical oclusal es determinada inicialmente (27):

1. Por la interacción del potencial de crecimiento genético de los tejidos blandos craneofaciales.
2. De los factores ambientales.
3. De la dinámica de la función neuromuscular durante el crecimiento.

Los métodos para valorar la DVO son: Métodos estáticos (mecánicos, métricos y estéticos) y métodos dinámicos (fonéticos, musculares y fisiológicos) (27).

Consecuencias de la Dimensión Vertical Alterada

1. D.V. Aumentada: Presión exagerada sobre los rebordes, reabsorciones óseas, desajustes de la prótesis, no hay espacio libre, dificultad para hablar y masticar, alteración articular y/o muscular, incompetencia labial.
2. D.VI. Disminuida: Depresión facial, dientes muy cortos y no se ven, excesiva movilidad vertical del Maxilar Inferior, gran actividad muscular y de los cóndilos (inflamación y dolor) (28).

Evaluación del Registro de Relación Céntrica

Método usado para verificar el montaje:

1. Observar cualquier cambio de posición de la dentadura maxilar.
2. Buscar por contactos uniformes de los dientes posteriores bilateralmente (29).

Evaluación del Soporte Facial, Estética, y Fonética

El perfil facial del rodete superior debe dar soporte al labio superior, para determinar un ángulo aproximado de 90° con respecto a la base de la nariz.

Soporte Facial Afectado por: Posición de las puntas incisales, espesor y contornos de la extensión periferal labia, contornos gingivales, evaluación de la estética en

Dentaduras: El montaje de unidades dentales anteriores sigue la línea del labio inferior y Caninos pontiagudos (29).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis y Presentación de Resultados

Diagnóstico: Paciente edéntulo masculino de 74 años de edad, se hizo mediante el llenado de historia clínica, radiografía panorámica (Figura 1), toma de fotografías intraorales y extraorales. La radiografía panorámica arrojó lo siguiente:

Maxilar: Se observó una imagen radiopaca compatible con el tabique nasal el cual se encuentra desviado hacia la izquierda, se observó una imagen radiolucida radiopaca compatible con los cornetes nasales donde el derecho se encontró más pronunciado que el izquierdo, además una imagen radiopaca compatible con el piso del seno maxilar, también compatible con el reborde alveolar el cual se encuentra disminuido con irregularidades y totalmente asimétrico.

Además, se observó una asimetría o discrepancia a nivel condilar donde el cóndilo izquierdo se encontró chato y aplanado siendo ese el posible lado del trabajo y el cóndilo derecho se encuentra largo y delgado siendo el posible lado de balance.

Cuadrante I: se observa la ausencia de todas las Unidades Dentarias (UD).

Cuadrante II: ausencia de todas las UD.

Mandibular: Se pudo observar que es una imagen lineal radiopaca compatible con la lámina dura del hueso alveolar la cual se encontró discontinua con una pérdida del 75 al 80 % de manera vertical , las crestas alveolares se encontraron en forma de mesetas en el sector posterior y en forma de mesetas en el sector anterior. Se observó una

imagen radiopaca compatible con la línea oblicua externa e internas.

Cuadrante III y IV: se observó una imagen radioapca compatible con UD fracturada en 80 % restante en el cuadrante III. Se observó una pérdida de soporte óseo del 80 % en el sector anterior y 90 % en el sector posterior.

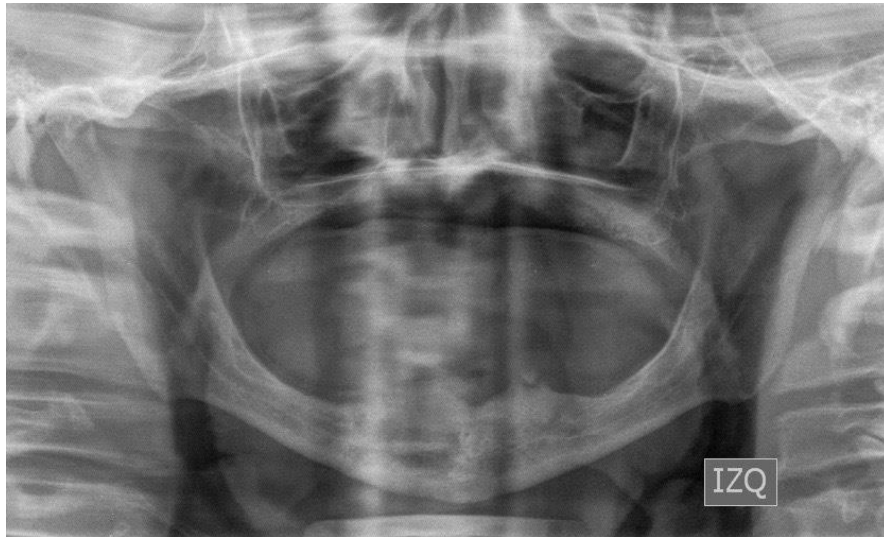


Figura 1. Panorámica.

Con respecto a las fotografías extraorales, se tomaron desde los siguientes ángulos: cara completa, frente y perfil del paciente, arrojando las siguientes medidas de los 5 sectores de la cara en el análisis de los 5tos:

Sector 1: 1,3 cm

Sector 2: 1,7 cm

Sector 3: 1,8 cm

Sector 4: 1,8 cm

Sector 5: 1,4 cm

Tipo de cara: leptoprosopo que es cara alargada (figura 2), y ángulo nasolabial 87 grados disminuido (figura 3).

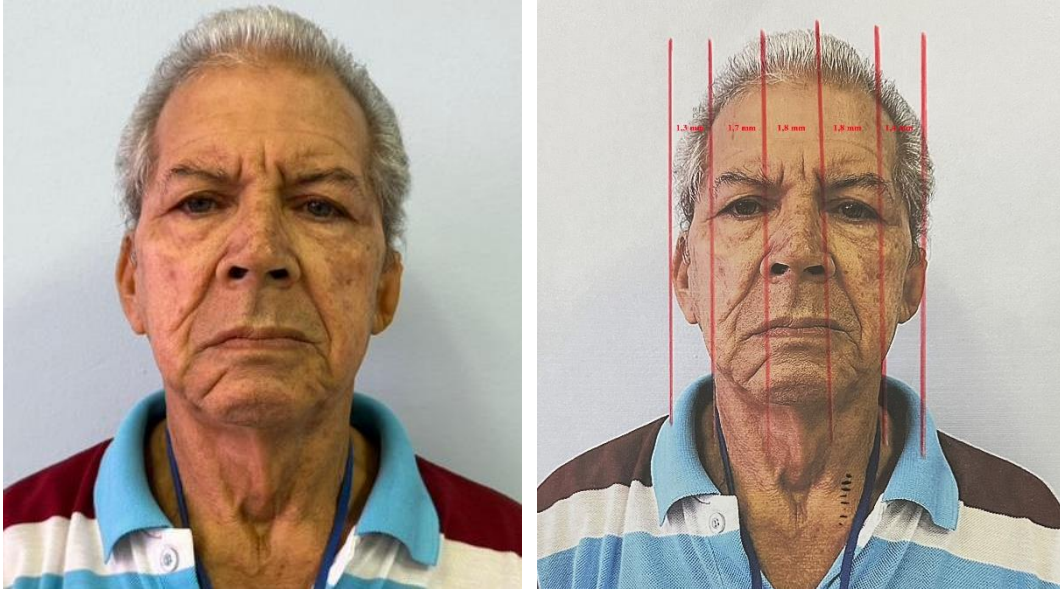


Figura 2. Medidas Faciales y Tipo de Cara.



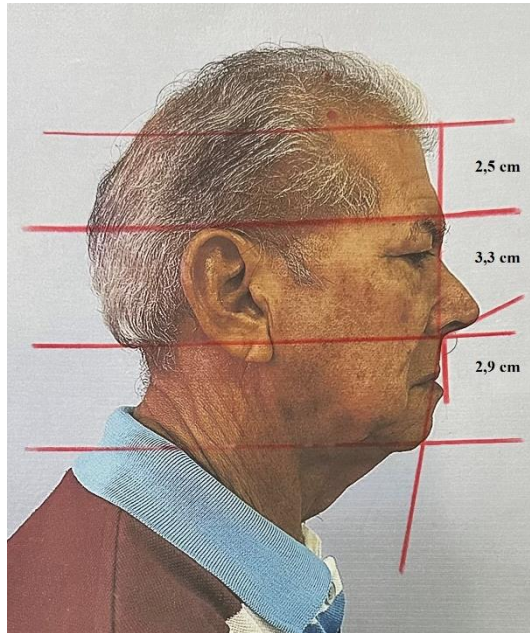


Figura 3. Análisis de Perfil antes del tratamiento

Clase I (mordida normal)

Con base al diagnóstico previamente elaborado, se comprobó la alteración de las estructuras que conforman el sistema estomatognático, evidenciando que el paciente requería una prótesis total bimaxilar, por lo que se procedió a aplicar el protocolo: Se comenzó con la elaboración de la impresión anatómica para obtener el modelo de estudio, una vez obtenido se elaboró la cubeta individual.

Cuando estuvieron listas las cubetas, se hizo la toma de la impresión funcional, listo dicho procedimiento se realizó el recorte muscular con modelina, asegurándose de hacerlo en sus zonas correspondientes y con los movimientos que se le indicaron al paciente.

Se procedió a preparar el mercaptano, colocando en una loseta una línea de aprox. 10 cm, se mezcló hasta que quedó homogénea. Luego, se colocó el material en la cubeta con ayuda de la Od Carolina Morales, con cuidado de que el material cubriera toda la cubeta y sus extremos.

Se procedió a tomarle la impresión al paciente, y a esperar de 7-8 minutos en su tiempo de polimerización para poder retirarla (Figura 4). Ya realizado el procedimiento se probó tanto la placa base como los rodetes.



Figura 4. Impresiones

A continuación, se comprobó en boca del paciente la altura mediante la distancia de fonación e incorporó mediante un rotulador resistente al agua una marca vertical en la llave del maxilar inferior, para medir así la distancia de fonación. De esta manera se pudo determinar si en los sonidos F las llaves entran en contacto demasiado pronto o si la distancia es excesiva. A continuación, se trazó la línea media, para ello se transfirió la línea media de Cupido a la plantilla del maxilar superior.

Se dividió el rostro en dos mitades, pasando por el centro de la punta de la nariz y el centro del mentón, el resultado deseado era la línea media de Cupido exacta.

Para alcanzar el efecto visual ideal, se debió situar exactamente allí el centro de ambos incisivos. Para esta prueba primero se cercioró de que los rodetes tuvieran las medidas correctas (el espesor debía ser de 5mm en anterior y en posterior 10mm, para ambos rodetes) (Figura 5).



Figura 5. Rodetes

Una vez listos los rodetes, se determinaron los planos de orientación: Línea bipupilar, plano de camper, plano protésico. Esta prueba se llevó a cabo con la platina de fox. Tomando en cuenta que luego de dicha prueba se realizó la selección de dientes y selección de color, además se tomaron en cuenta las proporciones faciales del paciente. (Figura 6)

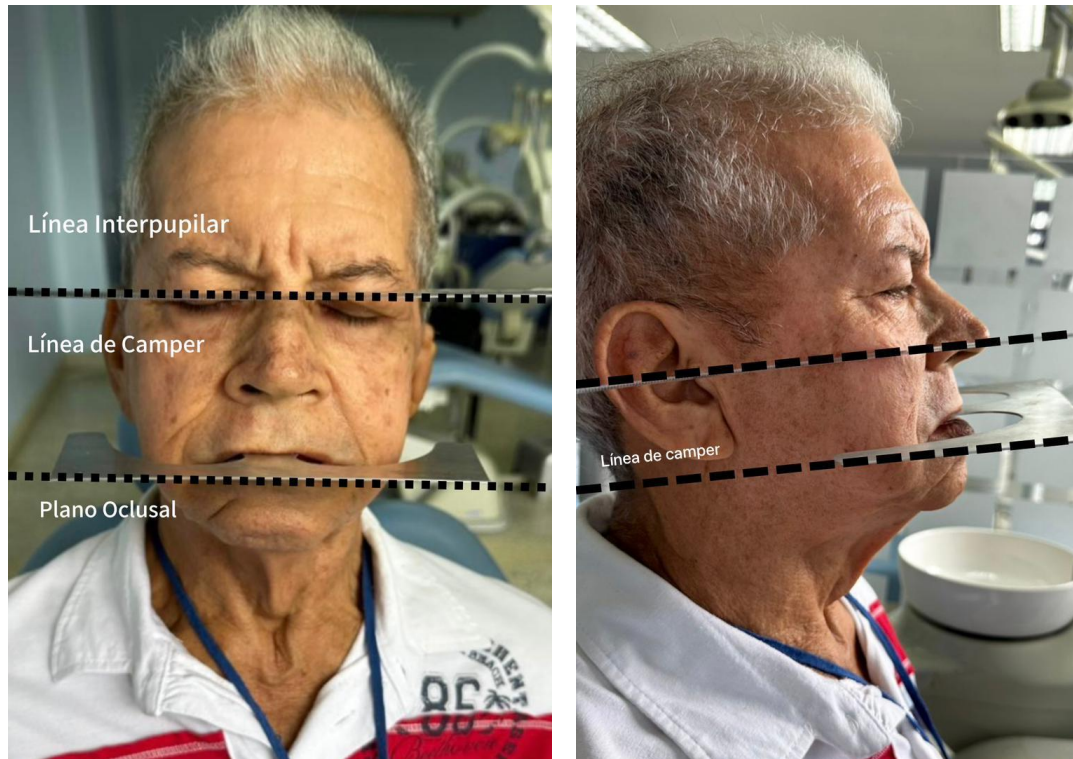


Figura 6. Determinación de Planos de Orientación

Prueba de enfilado

Con esto se verificó que todas las pruebas anteriores dieron resultado, por lo que se debió realizar la prueba de oclusión con papel articular, además de la selección del color, el cual fue #66 según la guía coral. Además, se corroboró que la línea media y la línea canina estuvieran de acuerdo a las medidas (Figuras 7 y 8).



Figura 7. Prótesis Total Bimaxilar



Figura 8. Prueba de enfilado en el Paciente

Resultados

Una vez instalada la prótesis se realizó de nuevo el análisis de los quintos y tercios faciales, para así obtener resultados de los cambios de proporciones faciales. En el análisis de los quintos, antes de haber instalado la prótesis total, los sectores en principio tenían unas medidas, una vez que se instaló la prótesis se realizó de nuevo el análisis de los quintos para obtener dichos cambios de las proporciones faciales presentándose las siguientes medidas:

Tabla 3. Tabla de Medidas.

Sector	Antes (cm)	Después (cm)
1	1,3	1,5
2	1,7	1,8
3	1,8	1,9
4	1,8	1,8
5	1,4	1,6

Fuente: Ramirez y Rangel (2023)

De esta manera se pudo observar con la prótesis total en boca, la proyección de la zona orbital y la prominencia malar (pómulos) se ven balanceados de acuerdo a la condición del paciente haciéndolo lucir un poco más joven, ya que sin la prótesis total toda la zona orbital y prominencia malar se notaban deficientes (esto es indicio de envejecimiento) dado que se contó con un paciente completamente edéntulo y longevo. En cuanto al análisis del perfil ya con prótesis total instalada se obtuvieron como resultados:

De un perfil cóncavo a un perfil recto y más estético, presentándose el ángulo nasolabial antes de instalar la prótesis total de 87 grados (disminuido), luego de que se instaló la prótesis total se logró un ángulo de 90 grados (en pacientes masculinos se considera un grado normal), igualmente se observó como el filtrum y el bermellón del labio se vieron delimitados (Figura 9).

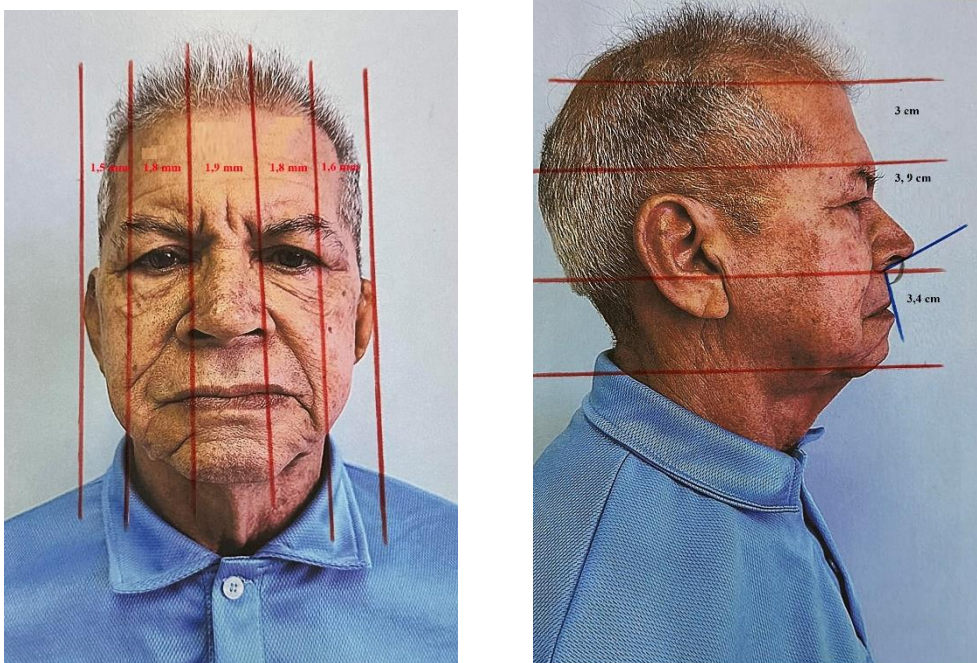


Figura 9. Análisis del Perfil después del Tratamiento

Sobre la base de las consideraciones anteriores, se pudo afirmar que la prótesis total le da un soporte anatómico importante a los pacientes edéntulos, favoreciendo los cambios orofaciales y estomatognático (Figura 10).

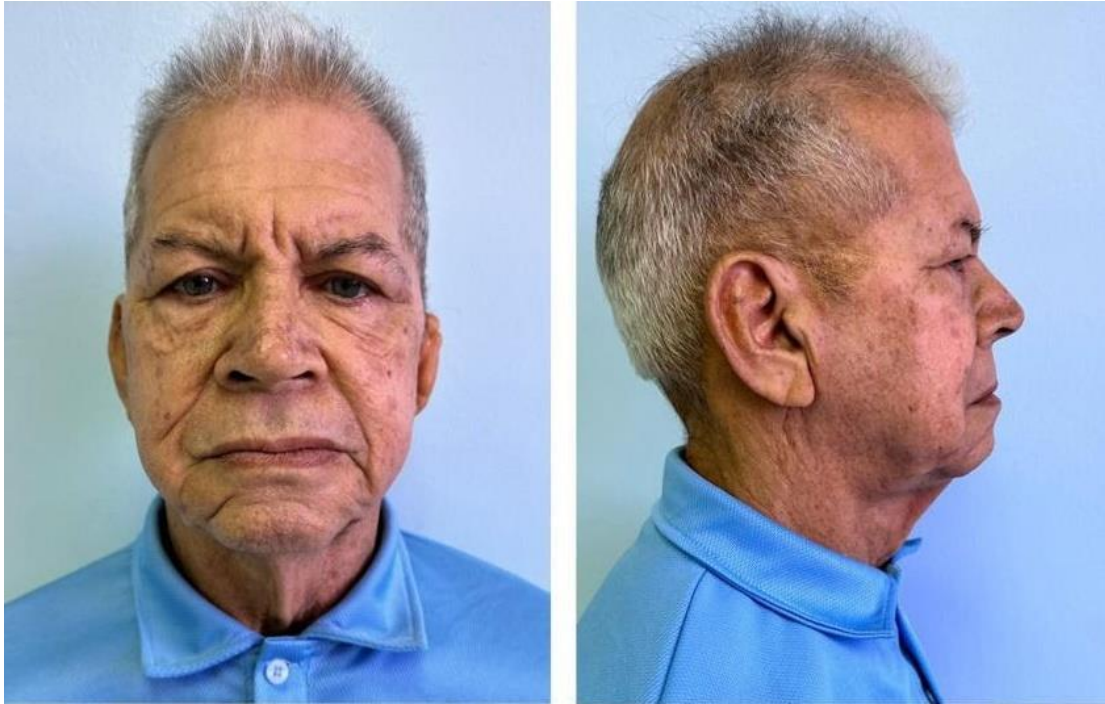


Figura 10. Paciente con prótesis instalada.

Finalmente, al paciente se le hicieron las siguientes recomendaciones:

- Masticar con la boca cerrada y con cuidado, a fin de evitar morderse y sobrecargar las encías, sobre todo los primeros días mientras se acostumbra a la prótesis.
- Recordar que la masticación debe realizarse con ambos lados a la vez.
- Manipular sus prótesis con sumo cuidado, evitando que se caigan al suelo o choquen con objetos duros, pues pueden fracturarse (partirse), sobre todo la inferior.

Cuidados e higiene:

- Enjuagar las prótesis y la boca después de cada comida.

- Limpiar las prótesis (al menos una vez al día) con un cepillo especial para prótesis (de venta en farmacias) o un cepillo dental, y un poco de pasta dentífrica o, jabón, para evitar la formación de sarro y el depósito de tinciones. Después, enjuagarse muy bien con agua.
- Retirar las prótesis para dormir, es conveniente para que las mucosas descansen diariamente unas horas.
- Conservar las prótesis en un medio húmedo, preferiblemente en un vaso de agua, cuando retire las prótesis por tiempo prolongado mientras duerme.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Estudios previos han demostrado que todos los tratamientos rehabilitadores pueden mejorar la calidad de vida relacionada a la salud oral, y en otros específicamente que el uso de prótesis total tiene una relación directa con el mejoramiento de ello, ofrece una serie de ventajas como la conservación del hueso alveolar o el mantenimiento de la sensibilidad propioceptiva, la eficiencia masticatoria donde es importante lograr un nivel de trituración de un alimento determinado.

Con la realización del presente trabajo, se pudo realizar el diagnóstico a un paciente edéntulo masculino de 74 años de edad, mediante el llenado de historia clínica, radiografía panorámica, toma de fotografías intraorales y extraorales, con el cual se pudo comprobar la alteración de las estructuras que conforman el sistema estomatognático, evidenciando que el paciente requería una prótesis total bimaxilar, por lo que se procedió a aplicar el protocolo, para ello se comenzó con la elaboración de la impresión anatómica para obtener el modelo de estudio y luego se cumplió totalmente el protocolo hasta llegar a la prótesis total, que cuando fue colocada en el paciente se pudo observar que la proyección de la zona orbital y la prominencia malar estaban balanceados, haciéndolo lucir un poco más joven.

En cuanto al análisis del perfil ya con prótesis total instalada se obtuvo como resultado el paso de un perfil cóncavo a un perfil recto y más estético, presentándose el ángulo

nasolabial antes de instalar la prótesis total de 87 grados, luego de que se instaló la prótesis total se logró un ángulo de 90 grados, igualmente se observó como el filtrum y el bermellón del labio se vieron delimitados, por lo que comparando los cambios clínicos orofaciales pre y post tratamiento en el paciente rehabilitado, aún cuando se tuvo limitaciones en el tiempo del seguimiento al caso, se puede afirmar que la prótesis total le da un soporte anatómico importante a los pacientes edéntulos, favoreciendo dichos cambios orofaciales y estomatognático.

Lo anterior demuestra que se cumplieron los objetivos específicos de la investigación y se deduce que, la salud oral impacta de manera significativa en la calidad de vida de las personas, es importante para la práctica clínica y de investigación odontológica ya que centra los enfoques en cómo los pacientes perciben la necesidad del tratamiento y la eficacia que este tiene tanto en mejorar el sistema estomatognático y los cambios faciales que se obtienen al instante lo que mejora la autoestima del paciente.

Recomendaciones

Se le hacen a la escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez (UJAP), las siguientes sugerencias:

- Dar clases en la asignatura rehabilitación protésica sobre los cambios de las proporciones faciales en un paciente rehabilitado con prótesis total.
- Incentivar investigaciones futuras que permitan desarrollar más conocimiento sobre los cambios de las proporciones faciales en pacientes longevos.

REFERENCIAS

1. Salazar MJC. El Componente bucal del proceso salud-enfermedad en Venezuela desde una perspectiva social. *Acta Odon Vzlana*. 2016; 54(2):1-7
2. García del Prado LG, Gutiérrez Hernández CM, Quintana Castillo M, Gutiérrez Hernández N, Fajardo Puig, J. Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricua: Venezuela. *Rev. Hab. Cs. Med.* 2009; 8(4), 0–0.
3. Friedman PK, Kaufman LB, Karpas SL. Oral health disparity in older adults: dental decay and tooth loss. *Dent Clin Norte Am.* 2014; 58 (4): 757-770
4. Bortolotti L. Prótesis Removibles Clásica e Innovaciones. Colombia: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A.2006.
5. Kammanm MA, Quiros O. Análisis facial en ortodoncia interceptiva. *Rev. Lat. Ort. y Od.* 2013. 1-10. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-19/>
6. Velásquez Ron B, Flores Araque M, Arias García G, Balarezo Lasluisa G, Mena Serrano A. (2022). Protocolo DATO para la rehabilitación oral de paciente bruxista: reporte de caso clínico. *Av Odontoestomatol (Madrid)* 2022; 38(2): 64–70.
7. Julcamoro Grados E, Lozano Castro F, Castro-Rodríguez Y. Relación entre la dimensión vertical oclusal y la longitud lineal del pabellón auricular. *Rev Cubana Estomatol.* 2020; 57 (4): e2989
8. Meza Fuentealba C., Orrego Ramirez C., Vergara Nuñez C. Comparación de proporciones faciales antes y después de la rehabilitación con prótesis totales. *Rev. Cubana Estomatol.* 2016; 53(3):15–21. Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/868/300>
9. Alarcón García N. Selección de los dientes en rehabilitación oral. Revisión de tema. *Rev. San Greg. (Portoviejo)* 2018; 1390 (47): 87-95.
10. Gutierrez Vargas VL, León Manco RA, Castillo Andamano DE. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Rev Estomatol Herediana.* 2015; 25(3):179-186
11. Castro Rodriguez Y, Paz Fernandez JJ. Secuencia clínica de la rehabilitación del Edéntulo total Bimaxilar. Reporte de caso clínico. *Act. Odon. Vzlana.* 2013; 51 (3): 10-31
12. AlSheikh HA, AlZain S, Warsy A, AlMukaynizi F, AlThomali A. Mandibular residual ridge height in relation to age, gender and duration of edentulism in a

- Saudi population: A clinical and radiographic study. *Saudi Dent J.* 2019; 31 (2): 258-264.
13. Oksayan R, Asarkaya B, Palta N, Simsek I, Sokucu O, Isman E. Effects of Edentulism on Mandibular Morphology: Evaluation of Panoramic Radiographs. *Scientific World Journal* 2014; 254932.
 14. Cazar Almache ME, Palacios Vivar DE, Cumbe Sarmiento JS, Pinos Gavilanes MP, Morales González PM. Caso clínico. Tratamiento ortognático del paciente edéntulo - Reporte de un caso. *Rev. Lat. Ort. y Od.* 2021. 4-5. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2021/art-12/>
 15. Lee DJ, Saponaro PC. Management of Edentulous Patients. *Dent Clin North Am.* 2019; 63 (2): 249-261.
 16. Consejo General de Dentistas de España. Protocolos de rehabilitación estomatognática mediante prótesis estomatológicas convencionales [Sitio en Internet]. Disponible en: <https://consejodentistas.es/protocolos/protocolos-de-rehabilitacion-estomatognatica-mediante-protesis-estomatologicas-convencionales/> Consultado: 5 de septiembre 2023.
 17. Manns Freese A. Sistema estomatognático: bases biológicas y correlaciones clínicas. Ed. Santiago: Ripano. 2011.
 18. Baker PS, Parker MH, Ivanhoe JR, Gardner FM. Maxillomandibular relationship philosophies for prosthodontic treatment: A survey of dental educators. *J Prosthet Dent* 2005; 93(1): 86-90.
 19. Koeck, B. Determinación de la relación intermaxilar. En: Besimo W, Gernet, F, Hiirle A, Hugger L, Hupfauf. *Prótesis Completas. Práctica de la Odontología.* Munich: Masson; 2007. P. 98-100.
 20. Toolson LB, Smith DE. Clinical measurement and evaluation of vertical dimension. *J Prosthet Dent* 1982; 47(3): 236-241.
 21. Venezuela. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. *Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860*; Caracas: 1.999.
 22. Venezuela. Congreso de la República de Venezuela. Ley del Ejercicio de la Odontología. *Gaceta Oficial N° 29.288*; Caracas: 1970.
 23. Venezuela. Asamblea Nacional. Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores. *Gaceta N° 6.641 Extraordinario.* Caracas: 2021.
 24. Solís, L.D.M. El enfoque de investigación: la naturaleza del estudio [Internet]. *Investigalia.* 2019 [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://investigaliacr.com/investigacion/el-enfoque-de-investigacion-la->

naturaleza-del-estudio/

25. Chero Farro D, Cabanillas Olivares A, Fernández Mogollón J. Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. *Rev Calid Asist* 2017; 32 (2): 115-116 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-historia-clinica-como-herramienta-mejora-S1134282X16300793>
26. Fernández-Riveiro P, Smyth-Chamosa E, Suárez-Quintanilla D, Suárez-Cunqueiro M. Angular photogrammetric analysis of the soft tissue facial profile. *Eu J Orthod*. 2003; 25: 393-9.
27. Miron H, Calderon S, Allon D. Upper lip changes and gingival exposure on smiling: vertical dimension analysis. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2012; 141:87-93.
28. Shimada A, Yamabe Y, Torisu T, Baad-Hansen L, Murata H, Svensson P. Measurement of dynamic bite force during mastication. *J Oral Rehabil*. 2012; 39:349-56
29. Corona Carpio MH, Rey Prado B, Arias Arañó Z, Núñez Antúnez L. Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales. *Rev. Cub. de Estomatología*. Diciembre de 2007.

ANEXOS

Anexo A

Consentimiento Informado



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

Quien suscribe la presente: José Antonio Castellano
 edad 74 Titular de la Cédula de Identidad N.º 644.806 con
 domicilio en: Central de Caracas
 Teléfono celular con WhatsApp: 0424-496-5656 correo
 electrónico: CastellanoJoseAntonio94@gmail.com

Declaro bajo fe de juramento, lo siguiente: "He sido informado(a) que la atención brindada en esta Institución de Educación Superior, dentro del contenido programático de la carrera de odontología, brinda procesos del tipo docente asistencial, bajo la supervisión clínica de profesionales y especialistas en el área odontológica. Se me ha explicado el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padezco y su evolución natural, las alternativas de tratamiento, los beneficios y sus consecuencias, los riesgos y las posibles complicaciones que de cada tratamiento se pueden derivar.

A su vez, me fue informado y explicado el diagnóstico, descripción y los objetivos del tratamiento propuesto y se me explicó el motivo de elección (en lo cual pude participar), las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, los riesgos comunes del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), los riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento) por lo que debo acudir al centro sanitario y buscar a mi médico tratante en el caso de desencadenarse estos hechos sobrevendidos post tratamiento e intra tratamiento, adicionalmente, a su vez, declaro el presentar los estudios clínicos pretratamiento (s), así como el correspondiente informe (s) médico, laboratorio y radiografías, que serán anexadas a la historia clínica.

Diagnóstico(s): Paciente edentulo total

Tratamiento(s) por realizar: Protésis total

Riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento:

Beneficio esperado con el tratamiento por realizar: Recuperar función, estética y masticación

Riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento: afecta fonación, masticación y por ende digestión y nutrición

Dichas explicaciones han sido dadas en un lenguaje sencillo y suficiente, he podido expresar mis dudas y opiniones de forma libre y sin coacción o manipulación. Entiendo, comprendo y acepto que los procedimientos se realizarán, conforme a la propia evolución de esta y según las fechas de atención, con una exoneración parcial de consultas y tratamiento, con costos diferencial al mercado y o especialidad.

Estoy al tanto y me comprometo a costear, los costos de las clínicas de la Institución, laboratorio (incluyendo aleaciones) y algunos materiales específicos (que requiera mi caso y que no suministre la Institución). Queda claro que los montos, están sujetos a posibles cambios y/o ajustes, según la dinámica de adquisición en el mercado, sin previo aviso.

Acepto y autorizo, la realización de las radiografías, fotografías o videos, modelos de estudio y otros, bajo las políticas de confidencialidad y restricción, que sean requeridas para diagnósticos, garantizándome la confidencialidad, el resguardo de mi identidad y la utilización de dichos registros sólo con fines exclusivamente académicos y científicos.

Nombres/Apellidos: José A. Castellano EL PACIENTE
 C.I. N.º: 644806
 Firma: [Firma]
 Fecha: 28/09/2023

Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante mi tratamiento, buscando siempre mi mayor beneficio, razón por la cual, en caso de cualquier tipo de evento o situación sobrevenida durante el tratamiento, autorizo a mi operador a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna o necesaria, para la resolución de dicha situación. Y en caso, de cualquier novedad o alteración en el tratamiento, notificar a la mayor brevedad posible, para la tomar las medidas a que diere lugar.

Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para disminuir o tratar las eventualidades, según la patología o diagnóstico, concordado con el tratamiento. Culinado, el proceso o intervención odontológica quirúrgica, se me ha explicado las indicaciones postoperatorias, medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir. Entiendo que es posible que se puedan producir procesos infecciosos, inflamatorios, dolor, laceraciones en la mucosa o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización. Me comprometo a acudir a mis citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique y fijé, así como a mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones y tratamiento impartido.

Para finalizar, declaro, que me ha sido suministrada, toda la información necesaria y pertinente, según mi cuadro clínico odontológico, y me ha sido suministrada, las respuestas a cada una de mis inquietudes, al respecto, obteniendo respuestas satisfactorias. Comprendo en qué consiste la atención odontológica ofrecida, por la Institución de Educación Superior (UJAP), en razón de ello, en pleno uso de mis facultades y capacidades intelectuales y libre albedrío, declaro y convengo lo siguiente: **"DOY MI CONSENTIMIENTO AL FACULTATIVO A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE"** con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna y asumiendo mi persona las consecuencias y alcances de ello, según el caso. En la Ciudad de San Diego Estado Carabobo, a los 28 del mes de septiembre del 2023.

El Padre/Madre y/o Representante legal del NNA y/o Adulto Mayor y/o con discapacidad (es):
Nombres y Apellidos: _____
Cédula de Identidad N° _____
Teléfonos celular y CANTV: _____
Correo electrónico: _____
Teléfonos celulares y CANTV alternativo: _____
Firma: _____

El Estudiante de Pre y/o Postgrado
Nombres y Apellidos: Quiana Rangel Arias Ramírez
Cédula de Identidad N° 28122340 25.864.822
Teléfonos celular y CANTV: 0426947084 04243736205
Correo electrónico: OCI.rangelr@gmail.com
Teléfonos celulares y CANTV alternativo: _____
Firma: _____

Coordinador de Pre y/o Postgrado del área.
Nombres y Apellidos: Carolina Morales
Cédula de Identidad N° 13.508.322
Teléfonos celular y CANTV: 0414-597-4361
Correo electrónico: _____
Teléfonos celulares y CANTV alternativo: _____
Firma: _____

EL PACIENTE
Nombres/Apellidos: José A. Castellanos
C.I. N°: 644806
Firma: _____
Fecha: 28/09/2023

I-30400858-9



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



Escuela de Odontología UJAP

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO

Yo Jose Castellano portador (a) de la C.I. N° 644 806 a través de la presente declaro y manifiesto el buen uso de mis facultades mentales libre, espontáneamente y en consecuencia AUTORIZO al bachiller Guano Ramel y a los Profesores Carandinos Morales Más abajo identifico lo siguiente. Arianna Ramirez

- 1_ he sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por el /los especialista/s más abajo reseñado.
- 2_ he sido informado/a de las alternativas posibles del tratamiento.
- 3_ Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento médico Odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto en orden a las consecuencias de los fines proyectados y conocer el estado general de mi salud.
- 4_ Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos, y que en mi caso la duración de estos fenómenos no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la medicina no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto de los tratamientos proyectados.
- 5_ Además de esta información que he recibido, será informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesaria y a criterio del Odontólogo.
- 6_ Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al Cirujano Bucal a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.
- 7_ Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.
- 8_ A continuación, me informan sobre las complicaciones que se pueden presentar en los procedimientos anestésicos: Dolor en los sitios de punción. Multipunciones vasculares, "Moretones" por punción vascular. Ruptura y/o extracción de piezas dentales. Lesión de las mucosas de la boca y/o nariz. Ronquera y/o dolor de garganta. Depresión respiratoria. Respuesta adversa a los medicamentos. Efectos anafilácticos. Adición de efectos indeseables. Imposibilidad para oxigenar adecuadamente al paciente. Aspiración de materiales contenidos en el estómago. Daño cerebral u orgánico, así como complicaciones severas que pueden provocar el fallecimiento.
- 9_ Doy mi consentimiento al Cirujano Bucal y al Alumno tratante de la Universidad José Antonio Páez que se designe a realizar el tratamiento pertinente **PUESTO QUE SE QUE ES POR MI PROPIO INTERES**, con el buen entendido que puede retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

ACEPTO

Nombre, apellido del paciente o Representante legal <u>Jose Antonio Castellanos</u> C.I. <u>644 806</u>	Nombre y apellido del Alumno <u>Arianna Ramirez</u> C.I. <u>182 340</u>	Nombre, apellido del Profesor tutor <u>Carandinos Morales</u> C.I. <u>13.508.322</u>
---	---	--

Valencia 28 de septiembre del 2023

