

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Académica Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título: **TECNICA DE RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO
CON RESTAURACIÓN COMPUESTA Y APLICACIÓN
DEL FACTOR DE CONTRACCIÓN: CASO CLINICO**

Para optar: El título profesional de Cirujano Dentista

Autor: Diestra Vidal Kelly Elena

Asesor: **C.D. CHIRSTIAN WILLY LOPEZ GONZALES**

Líneas de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Líneas de Investigación de la Escuela profesional: Investigación Clínica y Patológica

Lugar o Institución De Investigación: Clínica Dental San Miguel - Huancayo

HUANCAYO – PERÙ

2021

DEDICATORIA

Esta dedicado a Dios por permitirme tener vida, salud y poder realizar uno de mis sueños que es ser odontóloga,.

A mis padres Edilberto diestra Álvarez, Elena Vidal Bermúdez por su amor, confianza y apoyo incondicional en la parte moral y económica durante esta larga y hermosa carrera que me brindaron con el objetivo de ver lograr mis metas.

A mi hermana y familiares en general quienes me apoyaron durante toda mi etapa universitaria como en la parte clínica de mi carrera y con sus palabras de aliento que no me dejaron decaer para que siguiera adelante y siempre ser perseverante en todo.

AGRADECIMIENTO

Mi mayor agradecimiento a DIOS quien me permitió llegar a culminar esta hermosa carrera; Gracias a mi universidad PERUANA LOS ANDES Por sus enseñanzas y aprendizaje obtenida.

A mis maestros de la facultad de odontología quienes me brindaron sus conocimientos así mismo por guiarme durante mi formación profesional donde la enseñanza fundamental fue la responsabilidad, la calidad y el amor por mi carrera de odontología.

A mis padres, hermana y familiares, por su apoyo y comprensión e incentivo constante y además de su apoyo incondicional durante mi formación universitaria que de una manera u otra me impulsaron a seguir adelante para alcanzar mi meta.

Mi mayor agradecimiento a mis amigos por su apoyo incondicional sin esperar nada a cambio compartiendo sus conocimientos, alegrías y tristezas durante los 5 años vividos de nuestra etapa universitaria.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
CONTENIDO	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO II	7
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2.2. OBJETIVOS	8
2.3. JUSTIFICACIÓN	8
2.4. MARCO TEÓRICO	9
2.4.1. ANTECEDENTES	9
2.4.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICOS	9
CAPÍTULO III	10
3.1 HISTORIA CLÍNICO	10
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	11
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	12
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO	14
EXÁMENES AUXILIARES	14

CAPITULO IV	15
4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	15
CAPÍTULO V	16
DISCUSIÓN	16
CAPÍTULO VI	17
CONCLUSIONES	17
CAPITULO VII	18
RECOMENDACIONES	18
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	19

RESUMEN

Las restauraciones estéticas en la actualidad han crecido de manera considerable que el aumento de la utilización de los materiales en las restauraciones. (1)

El éxito del uso de materiales en el sector posterior, se debe a los avances recientes de las características estéticas en los materiales restauradores ya que la exigencia de los pacientes ha aumentado, ya que en la actualidad a una diversidad de los materiales existiendo opiniones encontradas para dilucidar que produce menores tensiones por la contracción de polimeración si la técnica de monobloque o la incremental. (2)

El objetivo de este trabajo es conocer las restauraciones en el sector posterior y el factor C, para lo cual se presenta caso clínico donde la paciente acude a la consulta con su mamá refiriendo que le restauren su diente posterior el tratamiento fue la restauración directa de la pieza 4.6 clase II según Black, una de las conclusiones menciona que la preparación cavitaria en sector posterior directas las resinas compuestas como las cerámicas presentan buena adaptación marginal, buena resistencia y porcentajes de éxitos.

Palabra clave: Resina, restauración directa, caries

ABSTRACT

The aesthetic restorations today have grown considerably than the increase in the use of materials in restorations. (1)

The success of the use of materials in the posterior sector is due to recent advances in the aesthetic characteristics of restorative materials and to the fact that the demands of patients have increased, since nowadays there are conflicting opinions regarding a variety of materials. dilute that produces lower stresses due to polymerization contraction if the monoblock or incremental technique. (2)

The objective of this work is to know the restorations in the posterior sector and factor C, for which a clinical case is presented where the patient goes to the consultation with her mother, referring to have her posterior tooth restored, the treatment was the direct restoration of Part 4.6 class II according to Black, one of the conclusions mentions that the cavity preparation in the direct posterior sector, composite resins such as ceramics, present good marginal adaptation, good resistance and success rates

Keyword: Resin, Direct Restoration, Caries

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cariosas mundial por la falta de higiene y conocimiento conlleva a que la importancia de la educación y orientación es indispensable para una buena salud bucal (3)

Las restauraciones utilizan un sistema de adhesivos que permiten medir la unión entre el tejido y las restauraciones por medio del sistema adhesivo que sirven como medio ante una reconstrucción. (4)

Henostroza en el 2003 menciona que la odontología se identifica por el incremento de las restauraciones y nuevos enfoques en el uso de los materiales y protocolos de restauración para efectos de desarrollo y descubrimiento en la técnica a usar. (4)

Rubiato en el 2013 define a la especialidad de odontología como la practica integral de diagnóstico, tratamientos y pronósticos de la cavidad oral, siendo de maneras preventivos o restauradores para el mantenimiento o restablecimiento de forma, función y estética integral fisiológica del diente con relación a la armonía de los tejidos blandos y el sistema estomatognático. (5)

Es por eso que el objetivo de este estudio es el de conocer las restauraciones en el sector posterior y el factor C.

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad más prevalente en el mundo es la caries dental afectando del 90 – 95% de las personas causando la pérdida dentaria, en los últimos años se produce en países subdesarrollados. (6)

Las restauraciones de manera directa permiten devolver la salud, anatomía, función y estética a nivel del esmalte y dentina. Para que se tenga el éxito de los factores en condiciones de un buen aislamiento y visión al campo operatorio de la unidad de polimerización en el procedimiento y acabado. (7)

Las resinas en la práctica odontología son materiales de preferencia a los pacientes por sus propiedades de biocompatibilidad en las estructuras dentales y por los resultados estéticos que muestran ya que poseen una superficie lisa, evitando el acumulo de placa bacteriana lo que influye en la duración del material restaurador en la cavidad oral. (8)

2.2. OBJETIVOS

- Conocer las restauraciones en el sector posterior y el factor C con resinas fotocurables.

2.3. JUSTIFICACIÓN

La realización de este trabajo se justifica porque las restauraciones son tratamientos de primera elección que ayudan a conservar y salvaguardar las piezas dentarias, así mejorar la calidad de la vida de los pacientes y aumenta la satisfacción, ya que estas restauraciones son estéticamente aceptables.

2.4. MARCO TEÓRICO

2.4.1. ANTECEDENTES

Sarmiento G. En el 2019 se realizó la evaluación del grado de microfiltración in vitro de resinas en preparaciones cavitarias, la metodología es de tipo cualitativa, es probabilística, cuasi experimental, usadas en piezas permanentes en condiciones controladas los resultados muestran dos grupos según el análisis de Kappa de 1000 los datos fueron de un especialista el 0.600, según microfiltración de 12.5% por parte de las resinas microhíbridas concluyendo que el estudio probados muestran microfiltración sobre las partículas nanohíbridas . (9)

Galarreta C. En el año 2019 se elaboró una investigación con el objetivo determinar y comparar el grado de microfiltración que presenta del sistema, metodología es de tipo analítico, experimental clásico, longitudinal, prospectivo, la muestra estuvo conformada por 30 cavidades Clase V, los resultados muestran que el resinas con microfiltración de Grado 2, 46.7% superficie en la restauración con ormocer que presenta microfiltración oclusal 13.3%, cervical 33.3%, ocluso cervical 6.7%, ocluso cervical axial 0% , con la cantidad de microfiltración el 100% de las restauraciones realizan con una resina de ormocer no presenta microfiltración, se concluye que el grado de microfiltración predominantes del sistema restaurador a base ormocer es de Grado1, el margen que mayor microfiltración fue es el margen cervical, de ambos grupos evaluados. (10)

Gálvez S. en el año 2012 se realizó una investigación que tiene como objetivo determinar el grado de microfiltración que presenta las resinas, metodología es de tipo transversal, analítico, prospectivo la muestra está conformada por 30

piezas dentarias, que presentan microfiltración en el 17% con terminaciones del ángulo cavo, las resinas filtración de 47%, de las terminaciones en el ángulo recto presenta filtración del 57% a nivel vestibular y lingual, se llegó a la conclusión que el grado de preparaciones cavitarias en ángulo recto a nivel de la pared presentan las resinas compuestas con preparaciones habitaría en un 30, 10 y 20%. (11)

Reyes A. En el año 2011 se desarrolló una investigación titulada Resina compuestas para el sector posterior, objetivo determinar el efecto de las resinas compuestas en restauraciones directas para el sector posterior, metodología de la investigación es de tipo cualitativa, bibliográfico, descriptivo, no cuenta con análisis de universo y muestra llegando a la conclusión re las resinas compuestas han de tomar una protagonismo indudable entre los materiales de obturación que se unas mediante técnicas directa. (1)

Tinajero M. en el año 2016 se elaboró una investigación teniendo como objetivo comparar las utilización de resinas compuestas y cerámicas con materiales, metodología es de tipo bibliográfico, los resultados muestran que las restauraciones indirectas de cerámicas y resinas compuestas se considera uno de los éxitos del 95% para las restauraciones posteriores inlays de cerámicas con éxito de 93% para las resinas compuestas el 13% después falla de 24.1% después de 15 años concluye que las restauraciones adhesivas son directas e indirectas de forma satisfactoria. (12)

Tintín J. En el año 2015 realizo una investigación evalúa la influencia que tienen las variaciones de temperatura sobre la adaptación de manera directa y semidirectas, metodología es de tipo experimental, con una muestra de 80 piezas dentales, los resultados muestra que la evaluación directa inmediata es

de 13.8%, la posterior es de 16.4%, la semidirecta inmediata es de 33.7%, la posterior es de 42.9% , a nivel palatino las restauraciones directas y semidirectas presentaron una adaptación más estable en la evaluación global por grupo muestra que directa inmediata 14.3%, posterior 18.5%, inmediata 37.4%, posterior 47.4%, llegando a la conclusión que las restauraciones clase II directa , semidirecta con los sistemas adhesivos y el autocondicionante. (4)

Rosas A. Et al. El 2016 se desarrolló una investigación con el objetivo de evaluar la estabilidad marginal de resina compuesta condensable, metodología es de tipo experimental in vitro, el tamaño de la muestra es gramma Epidat 4.1, resultados muestra que de 13 a 15, a diferencia estadísticamente significativa 0.0001 es p menor par ambos grupos entre las ubicaciones oclusal y gingival de ambas resinas (O – P60 vs G-P60; O-SF vs SF), el $p= 0.77$ en espesor de esmalte entre ambas resinas en la ubicación gingival, llegando a la conclusión que el sistema Sonic Fill siendo menor que las resinas Filtek P60 en restauraciones clase II. (13)

Bader M. En el año 2012 se desarrolló un trabajo objetivo devolver tanta anatomía con funcionalidad de aquellas piezas dentarias, metodología se utilizó 30 piezas dentarias humanas recientemente extraídos sanos que se efectuaron 2 preparaciones cavitarias clase II, resultados obtenidos sometidos estadísticas descriptivos y análisis inferencial que existen diferencia estadísticamente significativas entre los grupos estudiados, con el nivel de significancia empleado en todos los casos fue de alfa de 0.05, y la prueba latamente significativa es de p valor < 0.05 lo que muestra la distribución en conclusión el porcentaje de infiltración propuesta por los valores promedio de la técnica convencional. (14)

2.4.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICOS

Resinas

Son sistema de restauración en posición de un relleno amorfo o de cuarzo en las esferas relativamente de 8 a 12 μm se superficie llegando a 50 μm . (4)

Macchi en 2006 menciona que las resinas son materiales de estructuras que resultan de la combinación de una fase orgánica.

Estas fases son la unidad de estructuras del procedimiento de silanización sometidas de las partículas de dos composites. De suma importancia en el mecanismo de unión.

Clasificación

Los Composites se clasificarán según tamaño y proporción de su material.

Según tamaño:

- 10 – 50 μm (primeras) → macropartículas
- 1 – 3 μm (actual) → partículas finas
- 0.04 μm → macropartículas
- 1 – 5 μm → híbridas
- 25 nm – 75 nm → nanopartículas

Componentes

Fase cerámica: Es el relleno inorgánico compuesta por partículas de silicatos o vidrios específicamente desarrollados para reunir las propiedades físicas dentro de ellas, químicas más convenientes, mecánicas y ópticas. Las partículas de refuerzo se obtienen para esta fase por la trituración mecánica de bloques cerámico, en este procedo las partículas obtenidas representan como mini

partículas o macropartículas. Es posible adquirir también los núcleos de refuerzo mediante reacciones químicas a temperaturas muy elevadas (que sobrepasen los 1000 °C) en compuestos de silicio, obteniendo las micropartículas. Otra posibilidad de refuerzo es el denominado nanorelleno, partículas con un tamaño del orden de las milésimas de micrómetro según Macchi en el 2006. (15)

Si detallamos las medidas de los tamaños de partículas de los diversos tipos de composites.

PROPIEDADES DE LAS RESINAS

Modulo Elástico

El material a sustituir debe ser similar, así la rigidez de dicho material sería similar a las estructuras y las deformaciones elásticas ante cargas de extrema fuerza, serian con la misma magnitud al del material y el diente.

Contenido de partículas de carga.

A mayor cantidad de partículas de carga inorgánica, menor será la contracción de polimerización, el coeficiente de expansión térmica y la absorción de agua. Siendo más difícil de pulir, las resinas condensables tienen como porcentaje una carga del 84% de peso, las micro híbridas y nano partículas 75% de peso, las macropartículas 70% y las flow 60% de peso promedio.

Contracción de Polimerización.

Esta propiedad se relaciona específicamente con la cantidad de carga inorgánica que está relacionada con las resinas flow y macropartículas

presentando mayor contracción de polimerización por su baja cantidad de carga. (1)

Resistencia al desgaste

Su importancia en piezas posteriores, se debe dar preferencia las resinas condensables o microhíbridas por su elevado porcentaje de carga inorgánica. Su capacidad de resistencia debe oponerse al roce con las estructuras dentales, como los alimentos y ciertos elementos como los cepillos, este desgaste conlleva a la pérdida de la anatomía y descende la duración del composite. (1)

Resistencia a la compresión

El tamaño de las partículas y su distribución está en relación directa, los rellenos de pequeñas partículas son de mayor área superficial la cual permite una mayor distribución de esfuerzos, por ende, mayor resistencia a la compresión. (1)

Sector Posterior

Las indicaciones y demanda de las restauraciones en el sector posterior han sido de mayor aumento notoriamente en los últimos años. Debiéndose a la exigencia de los pacientes por una mayor estética. (16)

Las piezas dentarias posteriores cumplen un papel muy importante en la adecuada oclusión del paciente, cualquier procedimiento realizado durante un tratamiento de restauración que implique la superficie oclusal debe realizarse lo más fiel posible, sin modificaciones algunas para no inducir a lesiones estomatognático del paciente. (3)

Restauración Clase II

El mayor problema en restauraciones clase II es la microfiltración que se producen en los márgenes gingivales, cemento y/o dentina.

Las metas más considerables en las restauraciones es sellar la dentina expuesta a la cavidad bucal, para así poder prevenir las caries recidivantes y no comprometer la pulpa dental. (17)

Factor C

En una cavidad preparada se define como las superficies adheridas y no adheridas, dando como resultado la división de paredes donde existirá adhesión y las paredes de adhesión libre. Para el mejor entendimiento de dicho concepto realizaremos una fórmula la cual tendremos presente al realizar una obturación con resina: superficie adherida/superficie libre = Factor C. (18)

Teniendo en cuenta los múltiples problemas existentes en la obturación con resina, siendo estos: contracción y tensión de resina. Dichos conceptos tienen relación cercana con el Factor C. Este factor es uno de muchos puntos a considerar en una restauración dental, contribuyendo a una exitosa operatoria dental simple o compleja. (19)

CAPÍTULO III

3.1 Historia clínica

Anamnesis

- **DATOS DE FILIACIÓN**

Nombres y Apellidos: Z.R.C

Edad: 12 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Domicilio: Prolongación Callao N° 426

Celular: 901740201

Ocupación: Estudiante

- **MOTIVO DE CONSULTA**

Dolor de su sienta al masticar sus alimentos

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente menciona que hace un año atrás se le rompió un pedacito de su diente, no le prestó atención y lo dejo pasar posteriormente el tamaño de hueco aumento presentándole molestias al comer sus alimentos. Actualmente las molestias se han incrementado por lo que decide ir con su mama a que le revisen la pieza dentaria.

- **ANTECEDENTES**

- **Antecedentes personales:**

- Ocupación: Estudiante

- **Antecedentes familiares:**

- Padres: padres vivos sanos.
- hermanos: dos hermanos pequeños vivos y sanos.
- Abuelos: vivos, la abuela materna sufre de hipertensión arterial

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- **Piel**

- Textura: suave
- Turgencia: conservada
- Color: trigueña
- Cicatrices: no presenta
- Pigmentación: presenta pecas en la nariz.
- Lesiones: no presenta

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**

Cráneo: Normocéfalo

Cara: Normofacial

- **Examen intraoral**

- Carrillo: Color rosado, frenillo medio inserción media, frenillos laterales inserción media, frenillo inferior inserción media
- Paladar duro: color rosado pálido en la parte anterior de la cicatriz, la parte posterior de color rosado coral, arrugas palatinas visibles.
- Paladar blando: Color rosado úvula forma normal, forma cónica.
- Lengua: Saburral, normogloso, encaja en el piso de boca, aparentemente normal.
- Piso de boca: profundidad mediana

- Frenillos: sin alteración evidente
- Istmo de las fauces: Color rosado, pilares anteriores y posteriores no infartados, aparentemente normal
- Oclusión: RMD: CLASE I, RMI: CLASE I, RCD: CLASE I, RCI: CLASE I

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



Fotografía Intraoral Lado Derecho



Fotografía Intraoral Lado Izquierdo



Fotografía Intraoral



Fotografía Oclusal Superior



Fotografía Oclusal Inferior

- **Zona problema**
 - Inspección: De la pieza 4.5 destrucción a nivel distal.
 - Exploración: Aparentemente normal sin alteración.
 - Percusión: asintomático
 - Palpación: asintomático
 - Conducta observada durante el examen clínico: Relajado, tranquilo

3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO



- Fractura a nivel distal de la pieza 4.5

EXÁMENES AUXILIARES

- **Radiografía Periapical:**



Informe:

- Pieza 4.5: Lesión cariosa a nivel distal con aparente compromiso pulpar, espacio periodontal conservado. Cámara pulpar amplia.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Materiales a utilizar



Aplicación de Anestesia Tópica y infiltrativa

- Se colocó anestesia tópica con ayuda de un rollito de algodón alrededor de la encía de la pieza dentaria para evitar la sensibilidad y posterior aplicar anestesia tópica.



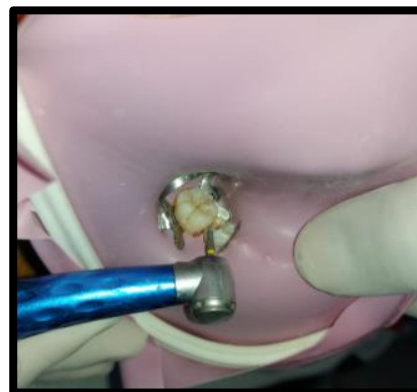
Aislamiento

- El aislamiento absoluto de la pieza 4.5 se realizó en conjunto con el dique de goma perforando el dique, clamps N° y visibilidad del diente 4.5 porta clams y arco Young, para obtener una buena asepsia y visibilidad del diente, teniendo de esta manera el diente a tratar sin penetración de saliva en el interior de la cavidad.



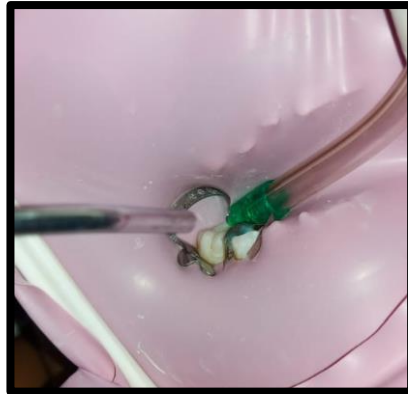
Eliminación del tejido careado

- Con la pieza de alta velocidad y la fresa redonda de diamante mediante retiramos el tejido cariado que está en el diente y poder restaurar mejor la pieza dentaria.



Lavado y secado de la cavidad

- Se lava la cavidad para poder observar con claridad las zonas afectadas con caries para que haya mejor adhesión del material.



Colocación de Hidróxido de Calcio

- Colocamos en el piso pulpar hidróxido de calcio como recubrimiento pulpar directo y ionomero de vidrio tipo base de forma indirecta de aproximadamente 0.5 mm de espesor.



Colocación de Ionometro de Vidrio

- Colocamos en el piso ionometro de Vidrio como base de forma indirecta formamos el escalón hacia la pared a restaurar.



Fotocurado

- Fotocuramos por 20 segundos el ionometro de vidrio para que se fotopolimerise

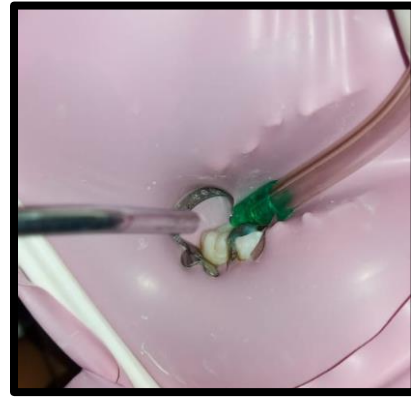
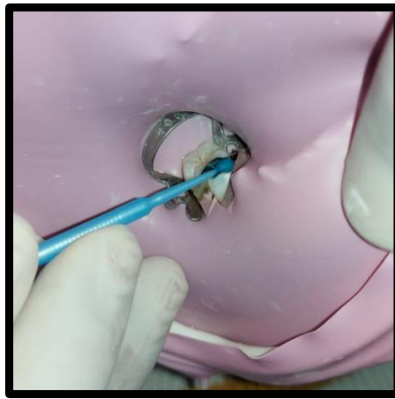


Cavidad lista para la obturación

- La preparación se inicia desde oclusal cerca del reborde y teniendo en cuenta el tope oclusal, en dirección hacia proximal.

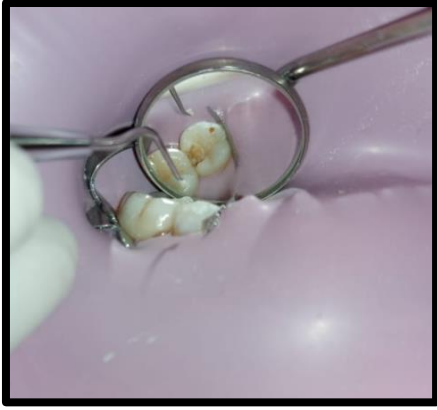
Colocación del Ácido orto fosfórico en esmalte

- Para la obturación de la cavidad debemos de aplicar el grabado ácidos por 20 segundos mediante los siguientes sistemas. Colocamos ácido orto fosfórico al 37% en la superficie de la cavidad para car microretension mecánica y superficie irregular a tanto a nivel del prisma del esmalte como de la dentina en las fibras colágenas.



Restauración con la cara oclusal y pulido

- Retiramos el aislamiento y procedemos a tallar con piedra de diamante de grano mediano a fino, eliminando los excesos del mismo donde una morfología al diente y luego con piedra alpina hasta complementar la forma de la restauración.



Término de la pieza restaurada



CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

Motivo del paciente

- Buscar que el paciente se sienta cómodo.
- Procedimiento de la restauración de la pieza 4.5
- La importancia de mantener una buena salud general.
- Relación entre el efecto sobre la salud y la enfermedad.

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACION DOCENTE ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PACIENTE Dr. Federico C. Lloban, Villalba

FECHA 14 de Julio CLÍNICA 1 PRÓTESIS

Yo, Dr. Federico C. Lloban, Villalba identificado con DNI N° 72.021.113 por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, en pleno y normal uso de los facultades mentales, cargo de buena fe, mi consentimiento al Dr. Dr. Federico C. Lloban, Villalba para que por intermedio y con el concurso del personal sometido a su dirección así como los asistentes que él elija o acepte, y los demás profesionales de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: Restauración de la pieza 4.5

2. El Docente en mención queda autorizado para llevar a cabo a solicitar la práctica de conductas o procedimientos odontológicos adicionales a los que ya autorizados en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exija.
3. El Docente informa al paciente de la existencia de riesgos generales y específicos imprevisibles que por sus mismas características no se pueden evitar y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la explicación acerca de los riesgos de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.
4. El consentimiento y autorización que entiendo han sido otorgados previa evaluación que del presente ha hecho el docente y estudiante del área responsable con el objeto de identificar las condiciones clínicas patológicas y planes terapéuticos que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos previsibles y consecuencias que puedan derivarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se han consignado en la historia clínica. Declaro que he recibido puntual y no elíptica explicación sobre sus síntomas y que han sido aclarados los puntos que he tenido y manifestado al respecto.
5. Si en el momento que voy a ser responsable de la intervención, los datos por este motivo, no fueran suficientes y así considerase, declaro expresamente que no puedo, por haber entendido bien que la odontología no es una ciencia exacta y que con el consentimiento autorizado se buscará para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no puede ser garantizado.
6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse sea suministrada y me sean aplicados los riesgos que para el caso corresponde la administración de ANESTÉSICOS. He recibido satisfactorias explicaciones a esas materias y las dudas que he tenido y manifestado me han sido aclaradas.

7. He recibido claras evaluaciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, podrá ser revocado a discreción por la simple decisión del sujeto firmante antes de la intervención realización del tratamiento.
8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto se desarrollará conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explica de manera clara y completa esta situación a la que declaro mi expresa aceptación y asumo las especiales condiciones que un tratamiento en estas circunstancias genera.
9. Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus extremos de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

Declaro que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

FIRMA DEL PACIENTE

DNI N°: 72021113

FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL ESTUDIANTE

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Tinajero M. en el año 2016 Concluye a que los materiales de restauración posterior indirectas en el comportamiento de las restauraciones extensas. (12)

Andaluz M. en el año 2014 el autor concluye que existe gran diferencia de resinas compuestas y cerámicas utilizadas para sector posterior tienen un grado alto de resistencia a las fuerzas compresiva. (10)

Sanabria J. Et al. En el año 2016 menciona la técnica restauradora de la microfiltración marginal, no existiendo diferencias estadísticas significativas entre ambas técnicas restauradoras. (15)

Tintin J. en el año 2015 concluye en su trabajo de investigación en las restauraciones clase II con el sistema adhesivo convencional de dos pasos a condicionante.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Se recomienda realizar una adecuada historia clínica para poder tener un buen diagnóstico.
- Las resinas compuestas en la actualidad han tomado un indudable protagonismo entre los materiales de obturación que se usan mediante técnicas directas.
- Las restauraciones posteriores indirectas de resina compuesta, como las cerámicas, presentan buena adaptación marginal, buena resistencia y porcentajes de éxito elevado.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Profundizar nuestra mirada a las propiedades de los materiales dentales ya que son el fundamento del comportamiento clínico de los mismos, pudiendo inferir en la aplicación y las modificaciones de su uso para su mejor aprovechamiento.
- Se recomienda confeccionar la cavidad que reciba a la futura restauración bajo el principio de retención, logrando una mejor resistencia a las fuerzas masticatorias.
- La selección del color debe hacerse antes del aislamiento absoluto.
- Evitar cualquier contaminación en la preparación cavitaria utilizando aislamiento absoluto.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Espinoza Y. Resinas compuestas en restauraciones directas para el sector posterior. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2011. Reporte No.: Trabajo compuestas en restauraciones directas para el sector posterior.
2. Aizpurúa E. Sensibilidad dentinaria postoperatoria al tratamiento restaurador con resinas compuestas directas en el sector posterior. Tesis para optar al título de Especialista en Odontología Operatoria y Estética. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2006.
3. Yncio S. Prevalencia de caries dental a nivel de conocimientos sobre medidas de higiene oral en primigestas y multigestas que se atendieron en el policlínico Francisco Pizarro Essalud Rímac de Marzo a Mayo 2008. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2009.
4. Tintín J. Influencia de adhesivos convencional y autocondicionante sobre la adaptación de restauraciones directas y semidirectas clase II en terceros molares, sometidos a termociclaje estudio in vitro. Proyecto previo a la obtención del título de odontólogo. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2015.
5. Álvarez M. Estudio comparativo de restauraciones complejas utilizando resina y porcelana en segundos molares inferiores. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de odontóloga. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014.

6. Rivera A, Artigas A, Buitrago E, Viguera Y. Prevalencia y factores de riesgo de caries dental en pacientes del municipio Urbano Noris. *Correo Científico Médico*. 2017; 21(1).
7. Chipana A. Comparación del Grado de Microfiltración en restauraciones directas de resina compuesta empleando dos sistemas adhesivos adper Single Bond 2 Single Bond Universal. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener ; 2019.
8. Trejo P. Efecto de diferentes sustratos pigmentantes sobre el color de dos resinas nanohíbridas con y sin pulido Tacna 2017. tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2017.
9. Sarmiento G. Evaluación de grado de microfiltración in vitro de resina microhíbridas y nanohíbridas en preparaciones cavitarias clase I en oclusal de premolares. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima: Universidad Nacional mayor de San Marcos; 2019.
10. Galarreta C. Grado de microfiltración de un sistema restaurador resinoso (ORMOCER) en la restauración de cavidades clase V. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
11. Gálvez S. Microfiltración en preparaciones cavitarias de clase II con terminación superficial en ángulo cavo en piezas permanentes usando resinas compuestas Lima 2012. Tesis para optar al título profesional de Cirujano Dentista. Lima: Universidad Wiener; 2012.

12. Tinajero M. Comparacion de las propiedades de resinas compuestas y ceramicas odontologicas en restauraciones indirectas del sector posterior. Pra obtencion del titulo de odontologa. Quito : Universidad San Francisco de Quiro USFQ; 2016.
13. Bartsch R, Rivera S, Araneda R, Aragonés G, Pailaquilen B. Estabilidad marginal de una resina condensable versus resina monoincremental activada sonicamente en restauraciones clase II: Estudio IN vitro. Avance. 2016; 32(1).
14. Bader M. Analisis Compartivo in vitro del grado de sellado marginal cervical en restauraciones de Resina Compuesta Clase II con dos tecnicas restauradiras diferentes. Trabajo de investigacion requisito para la optar al titulo de Cirujano Dentista. Santiago - Chile : Universidad de Chile ; 2012.
15. Sanabria J, Schneegans T. Estudio in vitro del sellado marginal de cajones proximales en obturaciones clase II realizadas con Tecnica Incremental en comparacion con Tecnica Incremental Modificada en el periodo de Julio a Noviembre 2016. Tesis para optar al titulo de CIRUJANO dENTISTA. Nicaragua : Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua ; 2016.
16. Chapie A. Tecnica Modificada de restauraciones de cavidades clase II utilizando resinas compuestas. Revista Habanera de CIENCIAS medicas. 2015; 14(3).
17. Microfiltracion en cavidades clase II restauradas con resinas compuestas de baja contraccion. Acta odontologica Venezolana. 2009; 47(1).
18. Factor C en operatoria dental. Revista ADM. 2010 Abril ; 17(2).
19. Moradas M. REDOE. 2017.