

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Académica Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TÍTULO : SECUENCIA DE REHABILITACIÓN ORAL DE
PACIENTE EDENTULO TOTAL BIMAXILAR

Para optar : El título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Joel Ramírez Rengifo

Asesor : Dr. Daniel Roque Felen Hinostraza

Líneas de Investigación Institucional : Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución De Investigación : Consultorio Dental Yakisa

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A Dios por la fortaleza y vitalidad de afrontar cada día y poder cumplir con mis metas trazadas;

A mis padres, por ser siempre mi motor y motivo durante estos duros años de mi vida, me inspiran cada día a ser mejor persona.

A mis docentes, por ser los cimientos de mi vida profesional e inductores en mi preparación universitaria.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por darme la vida, la salud y la fortaleza de seguir adelante día tras día.

Agradecer a mis padres, porque fueron la inspiración requerida para poder luchar y lograr mis metas.

Agradecemos a mis queridos docentes, por la dedicación enseñanzas y profesionalismo para prepararnos en ser el profesional que soy ahora.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
CONTENIDO	4
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2. OBJETIVOS	9
2.3. MARCO TEÓRICO	9
2.3.1. Antecedentes	9
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos	11

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO	14
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	15
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	15
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO	17

CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	22
--------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	23
-----------	----

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES	24
--------------	----

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES	25
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	26

RESUMEN

Los rebordes alveolares pueden ser fisiológico siendo más comunes de este problema de salud pública de mayor frecuencia en los adultos mayores, en la organización mundial de la salud con edentulismo completo de 7 a 9% de la gravedad de la salud oral de los pacientes geriátricos.

Es por lo que el presente trabajo tiene como determinar el estado de conservación de la prótesis total, así mismo se desarrolló un caso clínico de prótesis total paciente de sexo masculino de 49 años de edad L.R.G. con las iniciales de la consulta de unos meses decidió extraerse sus últimos dientes para colocarse su prótesis ya que no puede masticar con los dientes que tiene. Antecedentes personales ocupación profesor, trabaja 8 horas diarias, su alimentación es balanceada.

Palabras clave: prótesis total, edentulismo, geriátricos

INTRODUCCIÓN

Los países de un índice de edentulismo en los países se subdesarrollo de la población que recurre a usar una dentadura postiza de tipo removible. (1)

El sistema masticatorio realiza diversas funciones principales como las funciones fisiológicas que conforman la alimentación de los procesos nutrición y deglusion, que perite tener las funciones de defensa y la articulación del lenguaje.

El aparato masticatoria está constituido por estructuras de gran importancia para el funcionamiento de la condición estomatológica evitando alteraciones o patologías del edentulismo, donde las afecciones fisiológicas o anatómicas en la psicología social. (2)

El edentulismo total conocidas como dentadura en los estudios que ha percibido la reconstrucción de la ausencia gingival de la mucosa y la perdida de las piezas dentales en la inclusión de dientes postizos. (3)

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la población peruana tanto la salud general como la salud oral es deficiente y tampoco es igualitaria para todos, debido a una serie de aspectos tales como marginación, diferencias económicas sociales y a la inadecuada política de estado sobre la prevención y la promoción de la salud oral. (4)

El paciente edéntulo carece de las piezas dentarias ya que se deben a factores genéticos de manera natural o por factores externos como son la caries y la enfermedad periodontal que son las enfermedades más frecuentes en la cavidad oral.

Así mismo en el año 1962 Newton planteo una clasificación de dicha patología fundamentada en cómo se observa clínicamente la mucosa ora de ambos maxilares, encontrándose la frecuencia de la lesión por debajo de los aparatos protésicos, lo cual considero describir los grados de I al III, en cuanto al crecimiento de, localización y presencia de hiperémicas en los tejidos de soporte de aparatos protésicos. (1)

2.2. OBJETIVOS

- Determinar el estado de la prótesis total.
- Identificar las lesiones de la mucosa a causa de la prótesis.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Núñez B. Et al. presento un trabajo con el objetivo en la relación entre el grado de satisfacción de los pacientes en la rehabilitación, metodología es de tipo prospectivo, transversal, analítico, observacional, los resultados muestran que la regularización de la calidad de la prótesis es de 76.9%, la buena calidad de 13.5%, el 55.8% de los problemas de los pacientes, el 46.2%

retención, el 36.5% no presentan la retención en conclusión de la satisfacción en la rehabilitación de la prótesis total en su mayoría de satisfacción. (5)

Jiménez Y. En el año 2019 se tiene como objetivo de relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño, metodología es de tipo cuantitativo, retrospectivo, transversal, la muestra de 220 pacientes, los resultados indican que la relación entre el tiempo de uso de la prótesis total con el 10.5% , en el 78.1%, con el alto contenido del 11.4%, maxilar inferior bajo 100%, media 28.7% , alto 8.6% con la prueba chi con la variable de la asociación de 16.85% de los pacientes geriátricos. (6)

Cortes V. Et al. En el año 2014 en su artículo científico con el objetivo determinar la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy, metodología es de tipo observacional, descriptivo, los resultados indican que fueron evaluados 88 personas los cuales el 39.7% hombres y el 60.3% en el sexo femenino, el 89.7% tiene ausencia de los dientes conclusión la alta prevalencia de las diversas necesidades de realizar programas de promoción. (7)

Quichua L. En el año 2017 se busca la asociación entre los factores de riesgo y lesiones bucales, metodología es de tipo descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, los resultados indican que según el sexo y grupo etario los valores son de 60 a 70 años de los 17.5% de sujetos y sexo femenino el grupo etario 71 a 80 años con un número de 28.8% los individuos, en la cavidad bucal el 33.8% no tienen lesiones, el 66.2% una correlación existente entre el estado de conservación de las prótesis con el nivel de significancia $p > 0.05$, conclusión menciona los factores de riesgo de las lesiones bucales de portadores de prótesis dentales totales. (8)

Macedo C. En el año 2015 presento su trabajo teniendo como objetivo comparación de la calidad de vida y la satisfacción oral entre distintas combinaciones de implanto – prótesis en pacientes ancianos brasileños, los resultados indican que la muestra n= 200 con un grupo con una edad media de 69.7 +7- 8.4 años en mujeres el estado civil casado de 61.5%, la clase ocupacional muy baja en un 81.0%, motivo de demanda de tratamiento protésico fue en un 46.0%, por limitación funcional 28.0%, dolor 8.0%, estética y 18% otras causas, conclusión las modalidades terapéuticas que mayor calidad de vida oral y satisfacción ostentan tras el tratamiento implanto-protésico son el grupo B y D siendo este el grupo en el mejor habilidad masticatoria. (9)

Bernal C. En el año 2010 en su trabajo nos indica que el objetivo determinar si existe el estado de conservación de la presencia de lesiones, metodología es prospectivo, transversal con la muestra es de todos los pacientes adultos mayores portadores de prótesis parcial, los resultados indican que la prótesis parcial removible es bueno 34%, regular 36%, malo 30%, lesiones en mucosas de los pacientes portadores de prótesis si 34%, no 66%, lesiones en pacientes portadores de prótesis estomatitis sub prótesis 34%, ninguna 66%, conclusión muestra no tiene relación del estado de conservación. (10)

Ceballos X. En el año 2008 se desarrolló una tesis teniendo como objetivo describir la presencia de los parámetros que rigen la estética dentó-facial en pacientes de prótesis total contra piezas naturales y/o prótesis parcial removible inferior realizadas en la clínica, metodología de tipo bibliográfica, los resultados indican que la línea de la sonrisa es de paralela 4, recta 4, investida 1, línea media maxilar con respecto a la facial coincidencia 2,

desviada 5, no coincide 2, corredor bucal presente bilateral 3, presente unilateral 3, ausencia bilateral 3, conclusión indica que los pacientes tiene una línea de 44% de la sonrisa paralela con respecto al labio inferior en sonrisa, en comparación con 55% de las sonrisas clasificadas como rectas e invertidas.
(11)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

Edentulismo

La pérdida de las causas de la caries o las enfermedades periodontales seguido de fracturas o lesiones a causa de una mala higiene bucal y nivel económico.

La salud bucal se ve afectado por el estado anímico, gusto por la comida y la nutrición. (6)

La alteración de los pacientes edéntulos son diversas formas de verse en la mejillas y labio ya que la pérdida del soporte óseo en los maxilares en su relación de la dimensión vertical.

a) Facie del edéntulo completo

Son representaciones en las líneas nasogenianas y la aparición del esfínter invertido, pseudo prognatismo y pliegues pronunciados.

b) Estructuras anatómicas de desdentado

Maxilar superior: frenillo labial, vestíbulo labial, papila incisiva, rugas palatinas, frenillos bucales, reborde residual, rafe medio, área del foramen palatino, tuberosidad, surcos hamulares, área de la línea de vibración y foveolas palatinas.

Maxilar inferior: papila retromolar, línea milohioidea, reborde residual, frenillo lingual, línea oblicua externa, vestíbulo bucal, frenillo bucal, vestíbulo labial y frenillo labial.

c) **Topografía protésica de los maxilares**

- **Zona de soporte:** se representa por el reborde residual.
- **Zona secundaria:** en la superficie de la bóveda que debe de excluirse la región central.
- **Zona de sellado periférico:** marca la línea de las inserciones musculares
- **Zona de postdamming:** Corresponde al limite del paladar duro la marca de inserción del velo del paladar del tejido adipocito y glandular.
- **Zona de alivio:** se sitúa a nivel de la sutura de la bóveda determinada por la presencia del torus palatino.

d) **Grado de reabsorción alveolar**

Se divide en diversa clase I, II, III y IV, tomado en cuenta el reborde absorbido que no deja espacio para construir la prótesis, es ideal para la reabsorción medianamente, y la reabsorción totalmente reabsorbida es negativo y pronostico reservado.

e) **Tipo de mucosa**

- **Resilente:** es la densidad uniforme, submucosa firmemente adherida al periostio.
- **Dura:** Es de forma delgada y muy susceptible a la irritación.
- **Flácida:** Es móvil esta rellena los tejidos redundantes

Factores asociados

Edentulismo con gran severidad en los países del mundo en el grupo de edad 60 años. La drástica disminución en la pérdida de dientes en adultos se ha reportado en los países industrializados.

El edentulismo es consecuencia del tratamiento exodontico motivado por caries o enfermedad periodontal.

Causas del edentulismo

La mala salud a nivel mundial entre las personas natural se ha caracterizado por altos niveles de pérdida dental, experiencia de caries, altas tasas de enfermedad periodontal, la xerostomía y cáncer oral.

Recomendaciones de higiene bucal y protésica

La estructura de la cavidad oral sobre todo de la porción cubierta para mantener la salud a si mismo de la prótesis en la mucosa y regular las medidas higiénicas.

- Reacciones inflamatorias
- Sabor metálico amargo
- Incomodidad durante el funcionamiento
- Dolor por cuerpos extraños
- Halitosis

No es nada raro contar con los pacientes de este tipo en el caso profesional está en la obligación de instituir medidas higiénicas eficaces con las cuales se evitar los trastornos expuestos anteriormente. El uso de dentaduras traumática, infecciones y probablemente el más grande, clínicamente significativo es la falta de limpieza de las dentaduras. (12)

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 Historia Clínica

- **Datos de filiación**
- Nombres: L. R.G
- Edad: 49 años
- Género: Masculino
- Estado Civil: Casado
- Dirección: La Rivera N° 894
- Ocupación: Profesor
- Lugar y Fecha de nacimiento: Piopata Huancayo – 17-06-19

- **MOTIVO DE CONSULTA**

“Deseo que me pongan postizo”

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

El paciente refiere que hace unos meses decidió extraerse sus últimos dientes para colocarse su prótesis ya que no puede masticar con los dientes que tiene.

- **ANTECEDENTES**

- **Antecedentes personales:**

- Ocupación: Profesor
- Horario de trabajo: trabaja 8 horas diarias
- Alimentación: balanceada, a base de proteínas, carbohidratos, minerales, etc.

- **Antecedentes familiares:**

- Padres: papa vivo sano, mama falleció.

- Hermanos: 2 hermanos uno sufre de diabetes
- Abuelos: fallecidos por vejez.

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- **Signos vitales**
 - Peso: 50 Kg
 - Talla: 1.65 cm
 - IMC: 19.1
- **Piel**
 - Textura: suave
 - Turgencia: conservada
 - Color: trigueña
 - Pigmentación: muestra efélides y nevos en la zona izquierda del rostro

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**
 - Cráneo: Normocefalo
 - Cara: Normofacial
- **Examen intraoral**
 - Labios y comisura labial: delgados, asimétricos, color rosado
 - Carillo: frenillos medios
 - Lengua: Saburral, normogloso, encaja en el piso de boca, aparentemente normal.
 - Piso de boca: profundidad mediana
 - Istmo de las fauces: Color rosado, pilares anteriores y posteriores no infartados, aparentemente normal
 - Oclusión: edéntulo total

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



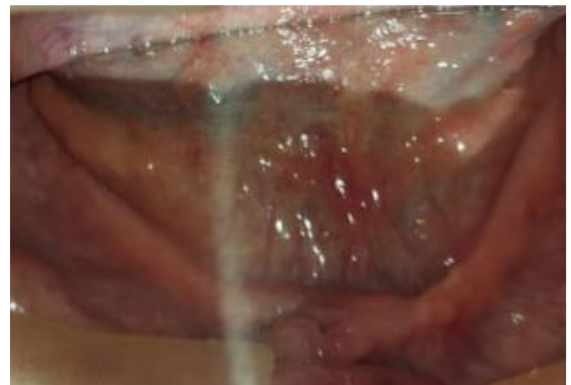
Fotografía derecho



Fotografía Intraoral



Fotografía Oclusal Superior



Fotografía Oclusal Inferior

3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

- Para el diagnostico se realizó un examen clínico.
- Se busca solucionar y garantizar los resultados del paciente.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

MODELOS DE ESTUDIO



Los modelos de estudio tanto de nivel superior e inferior.

ALIVIO DEL TEJIDO BLANDO



Se coloca la será en las zonas retentivas para la elaboración de la cubeta individual.

ELABORACIÓN DE LA CUBETA INDIVIDUAL



Las cubetas individuales se probarán en boca observando que cubrían todas las áreas necesarias para la toma de impresión.

SELLADO PERIFÉRICO



Sellado se realiza con la godiva para producir el sellado hermético.

TOMA DE IMPRESIÓN DEFINITIVA



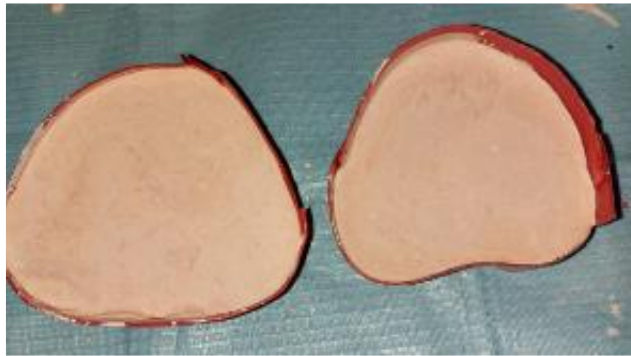
Se tomo la impresión con silicona liviana de condensación, sabiendo que lo ideal es la mediana tanto en el modelo superior e inferior.

ENCAJONADO DE LOS MODELOS



La elaboración del encajonado con la será en el borde de la impresión que se tomó del superior e inferior.

BASEADO DE LOS MODELOS DEFINITIVOS



Se base a los modelos con yeso extraduro de los modelos encajonados.

MODELOS DEFINITIVOS



Los modelos tomados se realiza la placa base

PLACA BASE



Elaboración de los rodetes en la placa base con cera a nivel superior e inferior

RODETE ENFILADO



La devolución de la anatomía de los tejidos normales de la encía adherida y marginal en la realización de un buen encerado.

INSTALACIÓN DE LA PRÓTESIS TOTALES



CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

- **Motivo del paciente**
- Debemos de evaluar al paciente para considerar acciones a tomar estableciendo procedimientos.
- Tener en cuenta la lógica y los aspectos del análisis y el plan de tratamiento.
- La primera cita es el momento mas importante ya que el paciente tomara la decisión de realizarse una prótesis total.
- El acumulo de los datos existentes debe aprovecharse para crear un sentimiento de entendimiento y confianza mutuo.
- **Consentimiento informado**

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

NOMBRE DEL PACIENTE Dr. Cristian Esteban Villalaz
FECHA 11 de Julio CIENSA 1 FRECUENCIA 1

Yo, Dr. Cristian Esteban Villalaz identificado con DNI N° 7201 23 17 por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, en pleno y normal uso de las facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor, Dr. Esteban Villalaz para que por intermedio y con el concurso del estudiante completa a su dirección así como los asistentes que él elija o designe, y sus demás colaboradores de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: Exodoncia de un diente

2. El Doctor en mención cuenta autorizado para llevar a cabo o 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 exige.

3. El Doctor 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 extensión, consecuencias y las probabilidades de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.

4. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente ha hecho el doctor y estudiante del área responsable con el objeto de identificar las condiciones clínicas, patológicas y demás información que el Doctor me ha hecho con respecto a los riesgos, previos 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 leído cuidadosamente y he recibido las explicaciones sobre los riesgos y que he sido acordado en sus efectos que he leído y manifestado al respecto.

5. No me he negado que existen riesgos de imposible o difícil prevención, los cuales por esta razón, en cuanto del accidente y en consecuencia, declaro expresamente que no puedo, por haber entendido bien que la odontología no es una ciencia exacta que con total seguridad garantiza la salud del paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello yo puedo ser perjudicado.

6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse sea administrada y por haber sido acordado los riesgos que para el caso conlleva la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones en este respecto y las declaro que he leído y manifestado en haber sido acordado.

7. He recibido todas las instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revocado o dejado sin efecto por lo tanto la decisión del suceso tomada antes de la intervención realizada del tratamiento.

8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es de naturaleza quirúrgica por el doctor y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explicó 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 exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

Dr. Cristian Esteban Villalaz
FIRMA DEL PACIENTE
DNI N° 7201 23 17

FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO RESPONSABLE DEL AREA

Dr. Esteban Villalaz
FIRMA DEL ESTUDIANTE

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Núñez B Et al. En el año 2011 menciona que la calidad de las prótesis torales en pacientes de rehabilitación CEFO- USAT. (5)

Así mismo Jimenes Y. menciona en su tesis que las prótesis totales y el reborde de los pacientes geriátricos en el porcentaje de reborde residual de las superficies y tamaño medio. (6)

Quichua L. En el año 2008 menciona que la conservación de la prótesis de las lesiones de los pacientes portadores de prótesis dental en su gran mayoría del estado de la conservación de mal estado en el sexo femenino con edades promedio de 71 a 80 años. (8)

Bernal C. En el año 2010 menciona en su tesis concluye que el estado de la conservación de la prótesis fue regular el 36% de los pacientes, el 34% mantienen un estado de conservación finalmente el 30% tiene una mala conservación y mala higiene. (10)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Las prótesis totales ofrecen y una solución que mejora la calidad de vida de los pacientes con respecto a las prótesis completas.
- Favorece una serie de ventajas como la conservación del hueso alveolar o el mantenimiento de la sensibilidad propioceptiva.
- Aunque también presenta algunas inconvenientes como la dificultad en la higiene o la sobrecarga de la prótesis total.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios sobre fracaso en tratamientos rehabilitadores.
- Implementar un programa de salud para los pacientes geriátricos.
- Los profesionales examinan la cavidad bucal de los adultos mayores deben de tener consideración en las alteraciones sistemáticas y también lesiones ocasionada por factores locales.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Laguna M. Presencia de estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis total del Albergue de Canevaro Lima 2018. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima : Universidad Privada Norbert Wiener ; 2019.
2. Paz E. Rehabilitación oral de pacientes edéntulo total. ; 2012.
3. Hidalgo I. Oclusión en prótesis total. Revista Estomatologica Herdiana. 2009; 19(2).
4. Avendaño E. Prevalencia de edentulismo paracial y necesidad protesica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la Facultad de Odontologia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2016.
5. Nuñez B, Flores G. Relación entre el grado de satisfacción de los pacientes rehabilitados con prótesis total y la calidad de la prótesis en el Centro especializado en formación odontológica de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo 2016. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Chiclayo : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018.
6. Jiménez Y. titulada Relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.PC.E. USS. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Pimentel : Universidad Señor de Sipán ; 2019.

7. Cortés V, Carrasco F. Prevalencia de edentulismo parcial y total en Islas Butachauques y Tac Quemchi. Rev. Chil Salud Pública. 2014; 18(3).
8. Quichua L. asociación entre los factores de riesgo y lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental total. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Inca Garcilaso de la Vega ; 2017.
9. Macedo C. Calidad de vida oral y habilidad masticatoria en pacientes protadores de implanto - protesis totales. Tesis Doctoral. Salamanca : Universidad de Salamanca ; 2015.
10. Bernal C. Estado de conservacion de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima : Univeridad San Martin de Porras ; 2010.
11. Ceballos X. Presencia de los parámetros que rigen la estética dentro facial en pacientes de prótesis total superior removible inferior de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Informe de tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala ; 2008.
12. Ordoñez M. Habitos y percepcion que tienen los pacientes portadores de prótesis total ante la higiene bucal y protesica previo a ser rehabilitadores e instruidos en las clínicas de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos. Tesis para optar el titulo profesional de Cirujano Dentista. Guatemala ;; 2013.