

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Cátedra "B" de Endodoncia

Cuaderno de Comunicación y Actividades Teórico-prácticas obligatorias y Prácticas Preclínicas - Clínicas



**1° Edición
2015**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Cátedra “B” de Endodoncia

Profesora Titular Interina:

Dra. ANA LÍA ARENA

Profesora Adjunta Interina:

Dra. GABRIELA GIOINO

Profesores Asistentes:

Od. GOMEZ, CLOTILDE

Od. GUTIERREZ, MARISA

Od. LLOMPART, LILIANA

Od. FADEL, PATRICIA

Od. LUJÁN, GABRIELA

Od. CARVAJAL, MARIANA

Od. VILLALBA, CAROLINA

Od. GAROFLETTI, JULIETA

Od. BRÓNSTEIN, MARTÍN

Od. ESCRIBANO, FLORENCIA

Con el fin de incorporar sus actividades teórico-prácticas y prácticas durante las etapas Preclínica y Clínica, la Cátedra "B" de Endodoncia les provee el siguiente cuaderno.

Complete los siguientes **DATOS:**

NOMBRE Y APELLIDO -----

DOMICILIO -----

TELÉFONO -----

TURNO DE TRABAJO -----

PROFESOR ASISTENTE -----

RECOMENDACIONES:

El propósito de este Cuaderno es facilitar el estudio de la asignatura a partir de aprender, comprender y transferir permanentemente los conocimientos científicos.

- El cuaderno es **su documento personal** en la Asignatura.
- Todos sus trabajos **Teórico-Prácticos obligatorios y Prácticos preclínicos y clínicos se deben asentar aquí**, siendo **obligatoria** su presentación.
- Los trabajos **Prácticos preclínicos y clínicos sólo tendrán validez** con la firma de su Profesor Asistente.

Además durante el transcurso del año lectivo deberá cumplimentar y respetar ciertas normas:

- Leer semanalmente el **transparente de información on line**.
- **Respetar** el reglamento interno de la Cátedra y las reglamentaciones, ordenanza, etc. dictadas por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Odontología UNC.

FUNDAMENTACIÓN

La Endodoncia y su campo de estudio se inscriben en las ciencias de la salud y atiende el estudio de la salud oral. Involucra saberes especializados, ya que se ocupa de la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades del complejo dentino-pulpar y sus complicaciones ápico-periapicales.

La importancia de su conocimiento radica en que estudia procedimientos, maneja tecnología, fortalece y perfecciona competencias, como única alternativa frente a la extracción.

Cómo otras ramas de la Odontología, se basa en el desarrollo de procesos cognitivos, tales como la formación de conceptos basados en el análisis y la generalización, como así también en el desarrollo de destrezas de la motricidad.

Las tres funciones que sustentan la actividad de la Cátedra y la de sus docentes son: **Docencia, Investigación y Extensión.**

Su primera función es la de **conducir al educando** hacia el desarrollo de competencias académicas y profesionales. De este modo, preparar o instruir un estudiante con capacidad de descubrir, interpretar, explicar, criticar y resolver problemas, asumiendo el compromiso social que la profesión requiere. Pero nuestra intención no solo se basa en transmitir conocimientos científicos, sino también en incorporar valores morales, éticos y de cumplimiento.

La segunda función la constituyen la **capacitación docente** y la **investigación**, porque la asignatura como ciencia está destinada a crecer constantemente.

Por último cumplir con las necesidades sociales a través de la **extensión**, comprometiéndose con la realidad en la cual se desempeña, ofreciendo programas, proyectos y servicios que respondan a los requerimientos de la sociedad.

OBJETIVOS

Los propósitos establecidos en el plan Académico de la Asignatura se sustentan en capacitar al alumno en, técnicas, competencias y habilidades que le permitan abordar teórica y clínicamente la Endodoncia.

En concordancia con ello, el alumno estará en o con capacidad de:

- Interrelacionar los conocimientos previos adquiridos con la asignatura Endodoncia, proyectándola en forma integral hacia las demás prácticas odontológicas.
- Comprender el proceso de salud enfermedad como fenómeno colectivo y la responsabilidad que le compete al odontólogo en su permanente estudio.
- Evaluar la salud general del paciente y conducir un examen visual y táctil extrabucal e intrabucal, practicando las pruebas clínicas adecuadas, integrando e interpretando los signos y síntomas para reconocer lo normal de lo patológico.

- Identificar las problemáticas endodónticas, participar en el diseño de un plan de tratamiento, integrando los conocimientos para su resolución, reconociendo los agentes que afectan al complejo-dentino pulpar y el periodonto apical.
- Manejar adecuadamente la tecnología relacionada con el desarrollo de los procedimientos endodónticos y aplicar los diferentes tratamientos endodónticos según la situación clínica.
- Desarrollar su preparación científica y técnica, nutrido de un fuerte espíritu solidario, humanista y social.
- Fomentar en el educando el asombro, la curiosidad, el deseo de descubrir, capacidad de interpretar, explicar, criticar, autoanálisis y autoevaluación.

CONTENIDOS

Los contenidos de la asignatura se encuentran distribuidos en catorce **unidades de Aprendizaje**:

Unidad I: ENDODONCIA

Unidad II: HISTOFISIOLOGÍA Y PATOLOGÍA DEL COMPLEJO DENTINO-PULPAR Y DEL PERIODONTO APICAL.

Unidad III: FICHA CLÍNICA.

Unidad IV: INSTRUMENTAL ENDODÓNTICO, ESPECÍFICO Y ACCESORIO. DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN. MESA OPERATORIA. AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO.

Unidad V: TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS. MANIOBRAS PRELIMINARES.

Unidad VI: ANATOMÍA DENTARIA.

Unidad VII: ETAPA CORONARIA Y CAMERAL. CAVIDAD DE ACCESO.

Unidad VIII: PREPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES.

Unidad IX: TRATAMIENTO DE LA PULPA VITAL CON APEXOGÉNESIS COMPLETA. BIOPULPECTOMÍA TOTAL.

Unidad X: TRATAMIENTO DE LA PULPA NO VITAL CON APEXOGÉNESIS COMPLETA. TRATAMIENTO DE NECROSIS PULPAR.

Unidad XI: TRATAMIENTO DE DIENTE CON APEXOGÉNESIS INCOMPLETA.

Unidad XI: TRATAMIENTO DE DIENTE CON APEXOGÉNESIS INCOMPLETA.

Unidad XII: OBTURACIÓN DE LOS CONDUCTOS RADICULARES.

Unidad XIII: EVALUACIÓN DE RESULTADOS. ÉXITO Y FRACASO. ERRORES Y/O ACCIDENTES.

Unidad XIV: TRAUMATISMOS DENTARIOS.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Como docentes comprometidos en la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje los contenidos de la asignatura comprenden las siguientes actividades:

1. Clases Teóricas

Desarrollo del programa teórico, tendrán correlación con los prácticos que se van dictando.

Día de la actividad: jueves. Horario de 8 a 9hs. Duración 60 minutos.

INFORMACIÓN

2. Teóricos-Prácticos Obligatorios

Abordan temas complementarios.

Día de la actividad: jueves. Horario de 8 a 9hs. Duración 60 minutos. 1 por mes.

3. Trabajos Prácticos:

Se trabajan de a dos intercambiando su función semanalmente como operador o ayudante.

Duración de 4 horas cada turno: Mañana 9 a 13hs. Tarde 14 a 18.

La actividad se divide en dos ciclos:

3-1 Preclínico: Marzo-Mayo

Ensayos de la terapéutica endodóntica en dientes extraídos, para adquirir destreza motriz, tratando de simular al máximo las características de la práctica clínica, esta situación le permitirá alcanzar cierta habilidad técnica, de manera que se sienta más seguro, con menos estrés y con menos riesgo de cometer errores, en el momento de atender a su paciente. Se organizan por comisiones en los horarios de mañana: 9-13hs, tarde: 14-18hs.

3-2 Clínico: Junio-Noviembre

Tratamientos endodónticos totales en pacientes. Esta actividad práctica tiene su propio esquema de desarrollo, ya que está condicionada a la situación clínica que se genere, aunque se deben respetar las maniobras terapéuticas protocolizadas.

Las actividades operativas se organizan en:

Etapa diagnóstica: Información obtenida a partir de aplicar diferentes técnicas semiológicas: anamnesis, examen clínico y radiográfico. Elaborar una historia clínica pertinente y solicitar el consentimiento informado previa explicación al paciente de la terapéutica a realizar.

Etapa curativa: Maniobras endodónticas específicas a fin de recuperar el estado de salud del diente

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Durante el cursado de la materia se implementará un monitoreo permanente de proceso de aprendizaje que permitan realizar análisis de situación. Los instrumentos de evaluación utilizados serán:

- a) Evaluación Diagnóstica Inicial: empleada durante el desarrollo de los bloques preclínicos, los mismos serán aplicadas el día anterior al tratamiento de la actividad práctica, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que posee el alumno. Estas pruebas serán de aplicación on-line, empleando en su confección diferentes opciones de repuesta. Las pruebas serán valoradas por el docente tutor y con ello, el docente podrá apreciar el grado de claridad, comprensión y precisión del contenido por tratar.
- b) Evaluación Formativa: mediante el seguimiento del desarrollo de competencias conceptuales, procedimentales, actitudinales durante las actividades prácticas.
- c) Evaluación Sumativa: calificación correspondiente a resultados obtenidos en las pruebas parciales, se realizan 3 (tres). El primero: escrito, oral (reconocimiento del instrumental

específico) y práctico (ejecución de un tratamiento endodóntico en una pieza extraída). El segundo y tercero solo escritos.

CONSIDERACIONES GENERALES

- **No podrá comenzar el período clínico si no está totalmente concluido el preclínico.**
- Concurrir a cada una de las actividades teórico-prácticas, con el instrumental solicitado, limpio, acondicionado y esterilizado.
- La esterilización del instrumental SOLO se realizará en el Departamento Central de Esterilización, en los horarios fijados para tal efecto. El incumplimiento de este requisito implicará la pérdida del trabajo práctico correspondiente.
- Se controlará el ordenamiento de la mesa operatoria, la preparación del paciente, los conocimientos teóricos y prácticos demostrados y el desenvolvimiento en general.
- Durante el desarrollo de los trabajos prácticos el docente controlará y calificará la presentación y prolijidad del alumno. Se exigirá el uso de delantal o chaqueta blanca, cabello recogido y uso de cofia o gorro. Es obligatorio el uso de guantes, barbijo y anteojos protectores.
- El material desechable y los punzantes debe ser desechados en los lugares disponibles para ello.
- En caso de accidentes durante las maniobras del tratamiento endodóntico y de producirse una herida originada por instrumentos punzantes, cortantes, etc., los pasos a seguir serán:
 - a) Lavar inmediatamente con abundante agua y jabón.
 - b) Apretar la herida y hacerla sangrar.
 - c) Aplicar una sustancia antiséptica.
 - d) Comunicar al profesor asistente, para realizar el trámite de prevención respectivo.
- Se tendrá muy en cuenta la obediencia del horario de iniciación y terminación de los prácticos. Finalizado el mismo, los alumnos deberán abandonar de inmediato la sala.
- Los equipos, patrimonio de la Universidad, se facilitarán al estudiante para su aprendizaje. Es deber de todos conservarlos en perfecto estado de funcionamiento.

El no cumplimiento de alguno de ellos puede significar un trabajo práctico no realizado o no APROBADO

CONDICIONES ACADÉMICAS

ALUMNO PROMOCIONAL SIN EXAMEN FINAL:

INFORMACIÓN

Deberá cumplir con las siguientes exigencias:

- Asistir al 90% de actividades obligatorias.
- Aprobar el 100% de las actividades obligatorias evaluativas (teórico prácticos y trabajos prácticos)
- Aprobar el 100% de las evaluaciones parciales (tres parciales escritos, el final integrador y uno práctico).
- Cumplimentar con el 100% de las actividades prácticas **preclínicas**: 6 (seis) aperturas camerales y 4 (cuatro) tratamientos endodónticos totales y **Clínicos**: 10(diez) tratamientos endodónticos totales vitales y no vitales, de ellos 9 (nueve) unirradiculares, 1 (uno) birradicular.

Calificación:

- Obtener un promedio no inferior a 7 (siete) en las actividades obligatorias evaluativas.
- Obtener una nota no inferior a 7 (siete) en cada evaluación parcial.

Recuperatorios:

- Por inasistencia debidamente justificada.
- Podrá recuperar una sola evaluación parcial, por no haber obtenido 7 (siete), siempre que en los otros haya alcanzado 7 o más.

Promedio General:

- La nota final será producto del promedio de todas las notas de cada área (preclínica, clínica y parciales), deberá ser mayor a 7 y será la calificación final para el acta de examen y la libreta del estudiante.

Validez

- Para hacerla efectiva (que figure en la libreta como rendida) deberá tener aprobadas todas las materias correlativas. La materia promovida dura el mismo período que una materia regular.

ALUMNO REGULAR:

Deberá cumplir con las siguientes exigencias:

- Asistir al 80% de las actividades obligatorias previstas por la Cátedra.
- Aprobar el 100% de las de las actividades obligatorias evaluativas (teóricos, prácticos y trabajos prácticos).
- Aprobar el 100% de las evaluaciones parciales (tres parciales escritos y uno práctico).
- Cumplimentar con el 100% de las actividades prácticas **preclínicas**: 6 (seis) aperturas camerales y 4 (cuatro) tratamientos endodónticos totales y **Clínicos**: 8 (ocho) tratamientos endodónticos totales vitales y no vitales, de ellos 7 (siete) unirradiculares, 1 (uno) birradicular.

Calificación:

- Obtener una nota no menor a 4 (cuatro), en las obligatorias obligatorias evaluativas.
- Obtener una nota no menor a 4 (cuatro), en cada una de las evaluaciones parciales.

El 4 (cuatro) equivale al 60% de cada actividad.

Recuperatorio:

- Por inasistencia debidamente justificada, tanto para parciales, prácticos, talleres, actividades obligatorias.
- Una sola evaluación parcial cuya nota sea inferior a 4 (cuatro).

Examen final:

- Será un examen teórico oral con la extracción de tres bolillas.

ALUMNO LIBRE:

Es el alumno que no ha llegado a cumplir con las condiciones de alumno regular.

Examen final:

- El examen costará de una evaluación teórica oral con la extracción de cuatro bolillas y una práctica. Deberá aprobar la primera para recién pasar a la segunda instancia.

JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIAS

Para justificar las inasistencias deberá presentar la siguiente documentación:

- 1.- Certificado de inasistencia por enfermedad el cual deberá ser otorgado o debidamente legalizado por la Secretaria de Asuntos Estudiantiles de la UNC.
- 2.- Inasistencia por defunción de familiares de 1ª y 2ª de consanguinidad deberán justificarse con el certificado de defunción correspondiente o con el aviso fúnebre del diario.

Otras causas que deba presentar certificado:

- Participación en Congresos, o Jornadas.
- Participación en Sesiones como Consejeros del HCD.
- Participación en Sesiones de Conciliarios del Consejo Superior.
- Actividades culturales y deportivas programadas por la UNC.
- Cambio de horario laboral.

PROGRAMA OFICIAL

• UNIDAD 1: INTRODUCCIÓN.

Endodoncia: Definición. Objetivos. Relaciones con otras disciplinas odontológicas Básicas o Clínicas. Breve reseña histórica. Prevención en Endodoncia. Distintos niveles.

• UNIDAD 2: ANATOMÍA QUIRÚRGICA.

A) Anatomía quirúrgica de cámaras y conductos radiculares: importancia de su conocimiento para su aplicación en la clínica.

Factores que originan cambios de forma y tamaño: a) Fisiológicos y b) Patológicos.

B) Cámaras pulpares: Características individuales en incisivos, caninos, premolares y molares de ambas arcadas. Importancia del estudio radiográfico previo.

C) Sistemas de Conductos radiculares.

D) Conductos radiculares. Características individuales en incisivos, caninos, premolares y molares superiores e inferiores.

Importancia del estudio radiográfico previo. Identificación de variantes en su forma, tamaño, número, dirección, bifurcaciones y fusiones. Cambios producidos por la edad.

E) Ápices radiculares: cono cementario. Constricción cemento-dentinaria (Unión C.D.C.). Influencia de la edad. Foramen apical: maduro e inmaduro. Delta apical.

• UNIDAD 3: TÉCNICA OPERATORIA: ETAPA CORONARIA.

A) Etapa coronaria: Eliminación de la dentina cariada y abordaje. Zonas de abordaje de incisivos, caninos, premolares y molares superiores e inferiores.

B) Etapa cameral: Trepanación. Eliminación del techo y de la pulpa cameral. Rectificación. Instrumental empleado.

C) Aperturas en incisivos y caninos superiores e inferiores. Técnica. Aspecto de los mismos en dientes jóvenes y adultos. Errores.

D) Aperturas en premolares superiores. Técnica operatoria. Aspecto que presentan. Errores más frecuentes.

E) Aperturas en molares superiores. Técnicas a aplicar en cámaras amplias y en cámaras estrechas. Aspecto que presentan. Errores.

F) Aperturas en premolares inferiores. Técnica. Consideraciones especiales a tener en cuenta en el primer premolar. Aspecto que presentan. Errores más frecuentes.

G) Aperturas en molares inferiores. Técnicas operatorias según el caso. Aspecto que presentan. Errores que se cometen.

H) Adecuación de la técnica a la patología presente. Aperturas atípicas.

• UNIDAD 4: PATOLOGÍA PULPAR. GENERALIDADES.

A) Factores que influyen en la evolución de las lesiones pulpares.

B) Reacción pulpar frente a la calidad, cantidad y tiempo de irritación. Respuesta pulpar según su grado de vitalidad y funcionamiento de sus elementos constitutivos. Procesos regresivos y terminales.

C) Inflamación. Generalidades. Cambios vasculares e histológicos. Características de la inflamación pulpar.

D) Etiología de las lesiones pulpares.

Causas microbianas: Caries, inflamación periodontal, otras.

Pérdida de la cubierta protectora: Abrasiones, cuellos denudados, hipoplasias.

Traumatismo con y sin pérdida de tejido. Fracturas radiculares.

Causas iatrogénicas físicas y Químicas. Otras causas.

• UNIDAD 5: SEMIÓLOGÍA ENDODÓNTICA.

A) Diagnóstico: Definición. Mecanismos. Objetivos. Metodología Clínica. Identificación del paciente. Importancia.

B) Anamnesis general remota y actual: Preguntas imprescindibles.

C) Anamnesis local remota y actual: Síntomas subjetivos predominantes. Características del mismo. D) Inspección extra e intraoral.

E) Exploración: Manual e Instrumental.

F) Percusiones: horizontal y vertical.

G) Pruebas reaccionales o tests de excitabilidad: Características reaccionales de una pulpa normal frente a estímulos térmicos, eléctricos y químicos. Tests térmicos: estímulos empleados. Test de Vitalidad.

Interpretación. Test eléctrico: su valor en la Clínica. Test de vitalidad. Interpretación. Diferencia con el test de excitabilidad.

H) Métodos de diagnóstico complementarios: transiluminación, test de la cavidad, test de la anestesia, pruebas de acuñamiento y tinción, etc.

Diagnóstico diferencial del dolor referido con otras patologías (sinusitis, absceso periodontal, neuralgia, ATM, elementos retenidos, oclusión traumática, etc.).

J) Estudio radiográfico del elemento afectado y estructuras anatómicas vecinas. Imágenes radiográficas normales y patológicas que pueden observarse. Importancia de su examen exhaustivo. Limitaciones. Otros estudios radiográficos: Intraorales y Extraorales. Indicaciones de la tomografía para el diagnóstico en endodoncia

• **UNIDAD 6: COMPLEJO DENTINO-PULPAR. PROCESOS DEFENSIVOS Y REGRESIVOS.**

A) Pulpa dental: Histología. Células diferenciadas e indiferenciadas. Sustancia fundamental. Fibras. Vasos sanguíneos. Linfáticos. Inervación.

B) Biología pulpar. Funciones de la pulpa.

Dentinogénesis: Concepto sobre complejo dentino-pulpar. Distintos tipos de dentina: Primaria y Secundaria. Dentina peritubular e intertubular.

C) Patología y Semiología de los procesos defensivos de la pulpa. Dentinas terciaria, opaca y esclerótica. Etiología y localización.

D) Patología y Semiología de los procesos regresivos o degenerativos de la pulpa. Atrofia pulpar: Definición. Etiología. Aspectos macroscópicos y microscópicos. Sintomatología Clínica. Evolución, pronóstico y tratamiento.

Degeneraciones pulpares. Cállica: nódulos y agujas cálcicas, calcificaciones distróficas. Sus posibilidades de diagnóstico e importancia.

E) Importancia del conocimiento de la biología pulpar y de estas patologías orientadas a la preservación de la vitalidad pulpar. Criterios empleados en la selección del material protector.

• **UNIDAD 7: LESIONES PULPARES.**

A) Patología y Semiología de los procesos inflamatorios pulpares. Importancia de su conocimiento.

B) Pulpa normal: Características reaccionales.

C) **Lesiones a Cámara Cerrada:**

Reversibles o recuperables: Histopatología. Diagnóstico. Evolución. Pronóstico. Tratamiento.

Irreversibles: Pulpitis agudas (Sintomáticas): Pulpitis incipiente. Pulpitis Avanzada. Pulpitis purulenta.

Pulpitis crónicas (Asintomáticas): Idiopáticas (reabsorción dentinaria interna). Crónicas Histopatología. Diagnóstico. Evolución. Pronóstico. Alivio del dolor y tratamiento, en cada uno de los distintos estadios.

D) **Lesiones a cámara abierta**

Reversibles o recuperables: Herida pulpar.

Parcialmente recuperable: Pulpitis ulcerosa primaria

Irreversibles: Pulpitis ulcerosa secundaria. Pulpitis poliposa.

Histopatología. Diagnóstico. Evolución. Pronóstico. Alivio del dolor y tratamiento en cada uno de los distintos estadios. Diagnóstico diferencial de los distintos pólipos

E) **Estados terminales:** Necrosis pulpar. Necrosis parcial. Gangrena pulpar. Histopatología.

Diagnóstico. Evaluación. Tratamiento.

• **UNIDAD 8: PERIODONTO APICAL. HISTOLOGÍA. PATOLOGÍA.**

A) Histología del periodonto. Cemento, fibras y cortical ósea. Células diferenciadas e indiferenciadas. Vasos sanguíneos y linfáticos. Inervación.

B) Biología del periodonto. Funciones del periodonto apical.

C) Periodonto apical: Relaciones anatómicas con la pulpa dental, con el periodonto marginal y

PROGRAMA DE EXAMEN

con el resto de la economía. Imagen radiográfica normal.

D) Etiología de las afecciones del periodonto apical: Vía pulpar, marginal y hemática. Diente con necrosis, diente despulpado y diente muerto: Concepto actual.

E) Características reaccionales del periodonto apical que lo diferencian de la pulpa dental.

F) Patología apical-periapical: Inflamatorias, reabsorciones cemento-dentinarias externas. Lesiones óseas de etiología extrapulpar.

G) Complejo de infección focal: Foco primario de infección, Foco secundario, Foco séptico. Concepto de cada uno de ellos. Características que deben reunir.

• UNIDAD 9: PATOLOGÍA APICAL Y PERIAPICAL.

A) Patología apical inflamatoria: Clasificación.

B) Periodontitis agudas: Clasificación. Etiología. Histopatología. Diagnóstico diferencial. Evolución, pronóstico y tratamiento. Alivio del dolor.

Pulpo periodontitis: Identificación.

Absceso dento alveolar agudo: Etiología. Histopatología. Diagnóstico diferencial con abscesos agudos de estructuras vecinas. Evolución, pronóstico y tratamiento. Alivio del dolor. Diagnóstico diferencial con la pulpitis abscedosa.

C) Periodontitis apicales crónicas: Clasificación. Etiología. Histopatología. Diagnóstico clínico radiográfico diferencial. Evolución. Pronóstico. Tratamiento. Granuloma de reparación

D) Reabsorción cemento dentinaria externa (R.C.D.E.): Etiología pulpar y extrapulpar. Histopatología. Diagnóstico. Evolución, pronóstico. Tratamiento.

E) Lesiones óseas de origen pulpar: Infección Residual. Osteoesclerosis.

F) Lesiones óseas de etiología extrapulpar: Osteofibrosis y cementoma. Osteoporosis y osteoesclerosis. Etiología. Histopatología. Diagnóstico. Evolución. Pronóstico. Conducta clínica a seguir.

G) Pólipo periodontal. Origen, metodología de diagnóstico con otros pólipos

• UNIDAD 10: MANIOBRAS PRELIMINARES A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

A) Preparación psíquica del paciente.

B) Preparación física del paciente.

C) Alivio del dolor: Medicación tópica empleada: OZE. Asociación glucocorticoide más antibióticos. Fundamentos para su empleo: acción terapéutica. Apertura Cameral.

Medicación sistémica: analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos, sedantes. Dosificación y oportunidad de su empleo.

D) Selección del caso. Orientación terapéutica. Pulpectomías: clasificación. Tratamientos de la pulpa necrótica. Principios biológicos y técnicos a tener en cuenta.

E) Anestesia. Composición química. Mecanismo de acción. Técnicas anestésicas básicas (infiltrativa, regional) y complementarias (distal, intraósea, intrapulpar, intraperiodontal). Uso correcto de las mismas según el caso clínico y características del paciente.

F) Aislamiento y antisepsia del campo operatorio. Ventajas del aislamiento absoluto. Técnicas de aislamiento. Dificultades y posibles soluciones

• UNIDAD 11: MANIOBRAS OPERATORIAS PROPIAMENTE DICHAS. ETAPAS QUIRÚRGICAS: CORONARIA, CAMERAL, RADICULAR, FINAL.

A) Instrumental Endodóntico

Accesorio o auxiliar (Inspección y Diagnóstico, Anestesia, Aislamiento)

Principal o específico (coronario y radicular) Instrumental coronario: rotatorio y manual.

Instrumental radicular: de sondeo, de exéresis, de preparación quirúrgica, de irrigación y aspiración y de obturación. Características individuales y uso correcto del mismo.

Nuevo instrumental: formas, aleaciones, sistemas mecanizados

B) Mesa operatoria. Ventajas de su adecuado ordenamiento.

C) Desinfección y esterilización del instrumental: Métodos empleados, condiciones y tiempo

Esterilización rápida. Eficiencia de los métodos de esterilización. Cuidado y desecho del instrumental. Medidas de prevención.

• UNIDAD 12: TÉCNICA OPERATORIA: ETAPA RADICULAR I.

- A) Localización del conducto radicular. Sondeo o exploración. Cateterismo. Instrumental empleado. Datos que se recogen Preparación de los accesos. Finalidad .Instrumental empleado. Momento de su realización.
- B) Conductometría: Finalidad. Técnicas: Radiográfica y electrónica. Fundamentos de las mismas. Resultados. Correcciones. Limitaciones.
- C) Exéresis de la pulpa radicular. Pulpótomo: indicaciones y contraindicaciones de su empleo. Uso correcto. Extirpación de la pulpa radicular en conductos estrechos. Control de la hemorragia. Persistencia de la misma. Conducta a seguir.
- D) Piezas dentarias con más de un conducto: Localización e identificación radiográfica de los mismos. Importancia del riguroso examen radiográfico previo.

- **UNIDAD 13: TÉCNICA OPERATORIA. ETAPA RADICULAR II. PREPARACIÓN QUIRÚRGICA.**

- A) Preparación quirúrgica de los conductos radiculares. Definición. Objetivos. Reglas para lograr una correcta preparación biomecánica.
- B) Factores a tener en cuenta para su adecuada ejecución:
 - a) Anatomía quirúrgica: Grupos de conductos que tienen preparación quirúrgica semejante.
 - b) Instrumentación: Instrumental empleado. Limas K, Flex. Niquel, Titanium, escariadores, limas Hedström: Descripción y dinámica. Ultrasonido: concepto actual.
 - c) Irrigación y aspiración: Objetivos. Soluciones empleadas. Propiedades. Técnicas de irrigación. Secado.
 - d) Coadyuvantes químicos: Agentes quelantes. Fundamentos para su empleo. Formas comerciales (EDTA Y EDTAC).
- C) Límite longitudinal de la preparación quirúrgica: Dificultades para su determinación.
- D) Técnicas de preparación de conductos ápico-coronaria: estandarizada y escalonada. Corono-apical, mixtas. Otras técnicas.
- E) Límite transversal de la preparación quirúrgica. Mínimo y máximo.
- F) Errores que se cometen durante la preparación quirúrgica: posibles soluciones.

- **UNIDAD 14: TRATAMIENTO DE LA PULPA NO VITAL. NECROSIS PULPAR.**

- A) Consideraciones generales acerca del problema que presentan los dientes con pulpa necrosada o gangrenada. Zonas de infección. Indicaciones y contraindicaciones.
- B) Principios generales que se deben tener en cuenta.
- C) Técnica operatoria: Preparación quirúrgica de los conductos infectados. Comparación con el tratamiento de la pulpa vital.
- D) Irrigación y aspiración: Soluciones empleadas. Propiedades. Técnicas de irrigación. Secado.
- E) Antisepsia de los conductos. Antisépticos: Requisitos que debería reunir un antiséptico ideal. Indicaciones y contraindicaciones.
- F) Bacteriología del conducto radicular y del periápice.
- G) Tratamiento de la pulpa no vital (necrosis) en una o en varias sesiones. Indicaciones Ventajas y desventajas. Sustancias empleadas. Criterio actual.

- **UNIDAD 15: TÉCNICA OPERATORIA: ETAPA FINAL. OBTURACIÓN.**

- A) Obturación de los conductos radiculares: Definición y objetivos.
- B) Condiciones que debe reunir el conducto para ser obturado. Límite longitudinal de la obturación. Concepto de sobreobturación, sobreextensión y subobturación, obturación corta: Pronóstico de cada uno de ellos.
- C) Clasificación de los materiales de obturación.
- D) Materiales sólidos preformados: Conos de gutapercha y de plata. Ventajas y desventajas de cada uno. Indicaciones.
- E) Cementos medicamentosos a base de O.Z.E. e hidróxido de Ca. Ventajas y desventajas.
- F) Pastas para obturación de conductos. Antisépticas: Lentamente reabsorbibles. Alcalinas: Distintas fórmulas. Ventajas y desventajas .Indicaciones Diferencias en su aplicación
- G) Diferencias entre una pasta y un cemento
- H) Materiales plásticos: Resinas polivinílicas, resinas epóxicas. Ionómeros. etc. Ventajas. Desventajas.

PROGRAMA DE EXAMEN

• UNIDAD 16: TÉCNICAS DE OBTURACIÓN DE CONDUCTOS RADICULARES

- A) Cono único: de gutapercha, Thermafill o similares. Indicaciones. Contraindicaciones.
- B) Condensación lateral: Indicaciones. Ventajas y desventajas
- C) Técnica condensación vertical o de termo-difusión (Shilder). Fundamentos. Indicaciones. Limitaciones.
- D) Técnicas termo-mecánicas (McSpadden). Fundamentos. Indicaciones y limitaciones.
- E) Técnicas de pre-impresión. Térmica o química. Fundamentos. Indicaciones y limitaciones.
- F) Cono individualizado. Indicaciones. Técnicas.
- G) Técnica de obturación con pasta: alcalinas y antisépticas. Diferencia en la utilización de cada una de ellas.
- H) Técnicas de obturación con gutapercha plastificada: Química o térmica (inyección).
- I) Errores que se cometen durante la obturación de conductos. Posibles soluciones.
- J) Desobturación total y parcial de conductos. Distintas técnicas.

• UNIDAD 17: TRATAMIENTO ENDODÓNTICOS EN DIENTES CON ÁPICES INMADUROS.

- A) Concepto de apexogénesis y apicoformación. Consideraciones que merecen estos casos.
- B) Tratamiento de la pulpa vital: Protecciones pulpares. Definición Clasificación. Pulpotomías: Definición. Clasificación: Superficiales y profundas. Sinonimia. Indicaciones y contraindicaciones. Fundamentos biológicos de cada una de ellas.
- C) Técnicas operatorias. Corte pulpar. Apósitos medicamentosos. Hidróxido de Ca. Propiedades. Formas de empleo. Trióxido mineral agregado (MTA)
- D) Proceso reparativo postoperatorio. Puente dentinario. Origen. Evaluación a distancia de los resultados. Concepto actual sobre su empleo.
- E) Tratamiento de la pulpa necrosada (apicoformación). Consideraciones generales. Definición. Sinonimia.
- F) Indicaciones y contraindicaciones.
- G) Técnicas operatorias. Obturación temporaria del conducto. Pastas alcalinas. Distintas fórmulas.
- H) Proceso reparativo. Evaluación a distancia de los resultados.

• UNIDAD 18: EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

- A) Sintomatología post-operatoria inmediata en Tratamientos con pulpa vital o biopulpectomías totales: Origen de la misma. Diagnóstico. Pronóstico. Conducta inmediata. Conducta mediata.
- B) Proceso de reparación a nivel apical post biopulpectomía total. Control clínico radiográfico inmediato y a distancia. Granuloma de reparación. Evaluación a distancia de sus resultados. Tiempo mínimo. Éxito y fracaso.
- C) Biopulpectomía total en una sola sesión: Objeciones. Criterio actual.
- D) Sintomatología post-operatoria inmediata en tratamiento de pulpa no vital o de necrosis pulpares: Origen de la misma. Diagnóstico. Pronóstico. Conducta inmediata y mediata.
- E) Proceso reparativo a nivel apical y periapical post-tratamiento de pulpa no vital o de necrosis. Control clínico y radiográfico: inmediato y a distancia. Evaluación de sus resultados: Tiempo mínimo. Éxito. Transición. Fracaso.
- F) Tratamiento de necrosis en una sesión o en varias sesiones. Indicaciones Ventajas y desventajas. Criterio actual. Sustancias empleadas
- G) Oportunidad de la reconstrucción morfológica y funcional del diente tratado endodónticamente.

• UNIDAD 19: TRAUMATISMOS DENTARIOS

- A) Lesiones traumáticas que afectan a los tejidos duros del diente y a los de sostén. Consideraciones generales. Anamnesis: ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Dónde? Examen clínico radiográfico.
- B) Lesiones inmediatas.
 - a) Fracturas dentarias: Clasificación. Tratamiento. Pronóstico.
 - b) Inflamación o necrosis pulpar. Tratamiento. Pronóstico.

- c) Lesiones sobre los tejidos de inserción: Concusión. Subluxación. Luxación. Impactación. Avulsión. Tratamiento. Pronóstico.
- C) Lesiones mediatas o a distancia:
 - a) Sobre los tejidos duros del diente.
 - b) Sobre la pulpa.
 - c) Sobre los tejidos de sostén. Tratamiento y pronóstico.
- D) Diferencias entre el tratamiento de un diente traumatizado con apexogénesis completa e incompleta.
- E) Importancia del control periódico de los dientes traumatizados, de sus vecinos y antagonistas.

• **UNIDAD 20: ACCIDENTES E INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS EN ENDODONCIA.**

- A) Accidentes operatorios producidos durante la intervención endodóntica.
 - * Fractura de la corona dentaria.
 - * Enfisema.
 - * Fractura de instrumentos en los conductos.
 - * Perforaciones del piso cameral. Posibles soluciones. Criterio actual
 - * Escalones.
 - * Perforaciones laterales.
 - * Sobreinstrumentación.
 - * Sobreobturación.
 - * Caídas de instrumentos en vías aéreas y digestivas.Prevención de las mismas y posibles soluciones.
- B) Técnicas complementarias (5º nivel de prevención).
 - a) Relación Endodoncia-cirugía. Curetaje apical. Concepto. Apicectomía: con obturación retrógrada o no. Radectomía: preparación previa. Hemisección: finalidad. Reimplante programado: pronóstico.

INSTRUMENTAL Y MATERIALES PARA LOS PRÁCTICOS DE ENDODONCIA

- Cerebro, micromotor, contrángulo, prolongador y enchufe triple. Turbina con acople
- Contrángulo para micromotor sistema intra.
- 1 Perforador para goma dique.
- 1 Pinza porta-clamps.
- 1 Arco para goma dique preferentemente de plástico o metálico
- 1 Clamp I con aletas para dientes anteriores Nº 211#9 Hygienic, Hu-Friday Nº 6 ó 9S
- 2 Clamp con aletas para premolares Nº 209. Hu-Friday 2A ó 13 A
- 1 Clamp con aletas para molares Nº 204 o Ash "G" CL # 3. Hygienic, Hu-Friday Nº 10 ó 11
- 1 Caja de cirugía.
- 3 Bandejas para instrumental.
- 2 Espejos sin aumento.
- 2 Exploradores rectos tipo Nº 15 o 18 Maillefer o similar. Hu-Friday EXS 6XL. No sonda periodontal.
- 2 Pinzas para algodón.
- 1 Jeringa tipo Carpule.
- 1 Tijera pequeña.
- 4 Vasos Dappen. Distintos colores o frascos profundos con tapa.
- 1 Espátula para cemento.
- 2 Loquetas finas.
- 1 Cápsula de Petri, chica.
- 2 Goteros de Peter Tomas (fino y grueso)
- 1 Atacador para gutapercha.
- 1 Atacador para cemento.
- Portaguas con cremallera para retiro de agujas usadas de jeringa carpule y/o ayuda en tomas Rxs.
- 1 Regla calibradora Diadent.
- 1 Caja de endodoncia de doble tapa, de 21 x 10 x 2,5 cm, con compartimientos estampados.
- Caja metálica para endodoncia de 5cm x 10cm con esponja descartable para cada práctico.
- Piedras de diamante esféricas Nº 2, 4 y 5. (Turbina y contrángulo)
- Fresas esféricas de carburo de tungsteno Nº 4-5 y 6 para Turbina y contrángulo: dos de cada una .SS White o similar
- Fresas esféricas extralargas Nº 2 y 4 para contrángulo. o RA o SL. (SS White o similar)
- 2 Piedras troncocónicas para contrángulo Nº 724 o similar
- Fresas de Gates Glidden Nº 1, 2 y 3.
- Regla metálica para endodoncia.
- 1 Caja de pulpótomos.
- 2 Cajas de limas tipo K de 25mm de largo, del #15 al 40 (1ra. serie). (Dentsply-Maillefer, C.C. Cord o UDM, Deltajet, Sybron-Endo).
- 1 Caja de limas tipo K de 25mm de largo, del # 45 al 80 (2da. serie). (Dentsply-Maillefer C.C. Cord o UDM, Union Broach, Sybron-Endo, Deltajet).
- 1 Caja de escariadores de 25mm de largo, del # 45 al 80 (2da. serie). (Dentsply-Maillefer C.C. Cord o UDM, Union Broach, Deltajet,).
- 1 Caja de limas tipo K de 31 mm de largo, del #15 al 40 (Dentsply-Maillefer C.C. Cord o UDM, Union Broach, Deltajet,).
- 1 Caja de limas tipo K de 31 mm de largo, del #45 al 80 (Dentsply-Maillefer, C.C. Cord o UDM, Union Broach, Kerr).
- 1 Caja de limas flexibles del #15 al 40 de 25 mm de largo (Flexofile, Flex-R, Flexi-Cut, Treflex, etc.)
- 1 Caja de limas tipo K Nº 10 de 21mm de largo (Dentsply-Maillefer, C.C. Cord o UDM, Union Broach, Sybron-Endo).*
- 1 Caja de limas tipo K Nº 15 de 21mm de largo. (Dentsply-Maillefer, C.C. Cord o UDM, Union Broach, Sybron-Endo).
- 1 Caja de limas Hedström de 25mm del # 15 al 40 (1ra serie). (Dentsply Maillefer, C.C. Cord o UDM, Union Broach, Kerr).

- 1 Caja de limas Hedstrom de 25mm del # 45 al 80 (2da serie). (Dentsply- Maillefer C.C. Cord o UDM, Union Broach, Kerr).
 - Sistema Mtwo o Protaper Universal mecanizado 1 caja por alumno.
 - 1 Caja de espaciadores digitales de acero inoxidable, punta aguda, caja de seis instrumentos (Finger Spreaders N° 15 al 40) (C.C.Cord o UDM, Medin Union Broach Deltajet,).
 - Topes de siliconados para instrumentos endodónticos. *
 - 1 Gasero mediano.
 - Gasas y torundas de algodón envueltos en papel sulfito.
 - 1 Lámpara de alcohol.
 - 1 Transiluminador.
 - 4 clips para Rx metálicos. Placas Rx (mínimo seis por práctico).
 - 1 Lupa.
 - Agujas cortas para Carpule. Anestesia tópica y en cartuchos.
 - Goma dique (varios trozos).*
 - Gutapercha en barra.
 - Conos de papel del #15 al 40. Envueltos en papel sulfito.
 - Conos de papel del #45 al 80. Envueltos en papel sulfito.
 - 1 Caja de conos de gutapercha # 15 al 40 (Dia- Dent, Meta, Dentsply- Maillefer Sur-Endo, DMS, UDM). **No Roeko.**
 - 1 Caja de conos de gutapercha # 45 al 80 (Dia- Dent, Dentsply- Maillefer, Meta, Astident, Sur-Endo, DMS, UDM,). **No Roeko.**
 - 1 Caja de conos de gutapercha para condensación lateral (Dia-Dent MF- F, Dentsply-Maillefer R3 o R4. UDM Fine, Sharpy, Meta, Sure-Endo M-F y F.
 - 1 caja por pareja de conos de gutapercha taper .04 y 1 taper.06. Calibre mayor a #30.*
 - 1 hoja de bisturí N° 15.
 - Set Estudiantil Endo-Quim.
 - Sachets suero fisiológico pequeño para irrigación.
 - Antiséptico (alcohol yodado, DG6, Merthiolate incoloro, etc.)
 - EDTAC
 - GAS REFRIGERANTE en spray para realizar pruebas pulpares: Klepp Ice, Provo test, Endo-Ice*
 - Alcohol puro frasco grande. *
 - Clorofenol alcanforado. *
 - Cemento sellador: Grossman - EndoSell (Tedequim) – Farmadental – Sealer 26. *
 - Hidróxido de Ca (polvo). *
 - Cementos provisorios. Cavit, IRM, Provis, Ionómero autocurable etc.
 - Detector de caries.
 - Decadrón y Adrenalina (Kit completo)
 - Dientes extraídos frescos: I, C, PM y M, superiores e inferiores, varios de cada uno.
 - Mandril para contrángulo y discos de carborundum.
 - Babero grande para el paciente y babero descartable con cadena.
 - Compresas para la mesa operatoria de tela y descartable.
 - Guantes, barbijo, lentes protectores: para el alumno y para el paciente.
 - Gorro o cofia.
 - Jabón.
 - Rollo de papel de cocina.
 - Recipiente para residuos descartables.
 - Picos para eyector descartables (varios).
 - Vasos descartables para pacientes.
 - Bolsas de papel Kraft (para esterilización, tamaño adecuado).
 - Papel sulfito.
 - Envase tipo Tupper Ware, involucable, con Glutaraldehido 2%.
 - Cepillo pequeño para limpiar el instrumental.
 - Frasco de análisis clínico rotulado para guardar los dientes de preclínica.
- (*): Materiales que pueden compartirse con el compañero de sillón.

NORMAS DE ACONDICIONAMIENTO Y ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL

NO DESCARTABLE

1° Pre-descontaminación: consiste en sumergir el instrumental o material inmediatamente después de su uso en un recipiente profundo que contenga limpiadores o detergentes enzimáticos.

Los mismos ayudan al desprendimiento orgánico de la superficie del instrumental, lo cual evita el deterioro y facilita el paso posterior de descontaminación.

2° Descontaminación: tiene por objetivo disminuir el número de microorganismos patógenos presentes en el instrumental. Se realiza por medios físicos y químicos.

El más utilizado es el método químico, que consiste en sumergir el instrumental en una solución desinfectante.

Los más usados son el glutaraldehído al 3.5%, y la solución de Hipoclorito de Sodio al 0.1 – 0.5%, disolución 1:10. El tiempo de acción para ambas soluciones es de 30 minutos.

3° Lavado: Puede ser realizada de modo manual, mecánico y ultrasónico.

La limpieza manual la realiza el operador, el cual debe protegerse con delantal, guantes resistentes (uso doméstico), anteojos y barbijo. Este proceso de limpieza se realiza con cepillos blandos y detergentes. Los cepillos usados deben ser nuevamente reacondicionados a través de desinfectantes como el Hipoclorito de sodio al 0.5% durante 10 minutos.

4° Enjuague: Debe ser lo más minucioso posible para eliminar el detergente empleado y los posibles residuos.

5° Secado: Debe realizarse para evitar la corrosión del instrumental metálico, utilizando un paño limpio y seco (toalla) o bien valiéndonos de una secadora de aire caliente o frío.

6° Acondicionamiento: Consiste en la preparación del instrumental que va a ser sometido a procesos de esterilización.

DESCARTABLES

- **Punzantes:** Agujas, hojas de bisturí: Colocarlos en los envases rígidos provistos en cada una de las salas clínicas.
- **No punzantes:** guantes, Barbijos, Eyectores, Gasas, torundas, etc. Colocar en bolsas y arrojar en los recipientes de residuos disponibles en cada sala clínica.

MÉTODO DE ACONDICIONAMIENTO Y ESTERILIZACIÓN PARA LOS PRÁCTICOS EN ENDODONCIA

* Calor seco (estufas):

- Instrumental metálico: Acero inoxidable, niquelados, cromados, aluminio.
- Instrumental de vidrio: vasos Dappen, Cápsulas de Petri, Vaso Esponjero, porcelana
Se coloca en Cajas metálicas, prolijamente identificadas con Apellido y Nombre y con sello de seguridad. En su interior se debe envolver con papel sulfito el instrumental metálico; fresas, sobre todo los vidrios (a fin de evitar roturas).

* Autoclave:

- Instrumental NO metálico: Gasas, rollos de algodón, torundas de algodón, esponjas conos de papel
- Deben ser colocadas en bolsas de papel Kraft, que luego de ser usadas se descartan.

Previo a ser colocadas en las bolsas, las gasas deben ser dobladas en forma y cantidad necesaria, como así también el resto de los insumos no metálicos, envueltos en pequeños paquetes de papel sulfito.

RECOMENDACIÓN: Para las cajas metálicas, utilizar el cepo de seguridad.

A.- Bolsa de papel Kraft, en su interior se colocará previamente envueltos en papel sulfito:

1. Conos de papel de diferentes tamaños.
2. Torundas de algodón de diferentes tamaños.
3. Rollos de algodón.

La bolsa con los paquetes colocados en su interior será cerrada, y en su borde superior se asentará nombre y apellido.

B.- Comprar para cada una de las actividades prácticas:

1. Bolsa con esponjero.
2. Gasas (paquete por diez).

C.- Caja de Cirugía, en su interior se colocará:

1. En cada cubeta se podrá colocar el instrumental de Inspección y exploración, anestesia etc.
2. Cápsula de Petri, loseta, vasos dappen, previamente envueltos en papel sulfito.

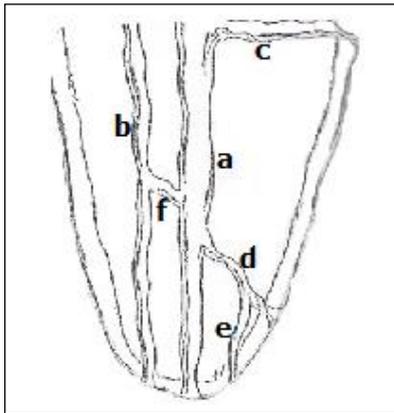
D.- Cajita de preclínica, en su interior se colocará, previamente envueltos en papel sulfito:

1. Instrumentos endodónticos.
2. Fresas piedras, etc.

En sala de esterilización se presentará la caja de cirugía, separada la cajita preclínica con Nombre y Apellido escritos con corrector líquido (Liquid Paper) y la bolsa de papel Kraft.

**ACTIVIDADES
TEÓRICO-PRÁCTICAS
OBLIGATORIAS**

SISTEMA DE CONDUCTOS

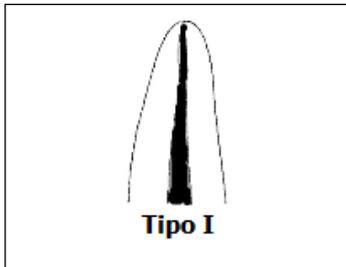


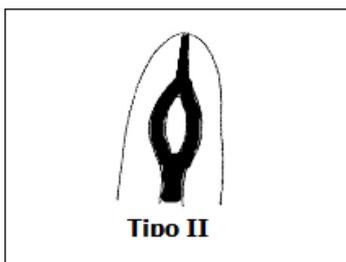
- a-----
- b-----
- c-----
- d-----
- e-----
- f-----



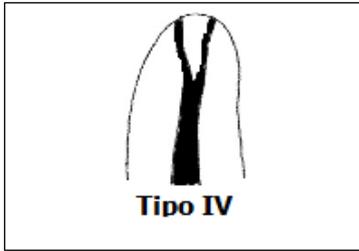


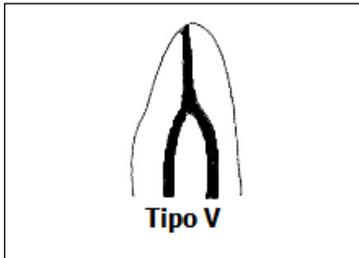
NÚMERO DE CONDUCTOS POR RAÍZ

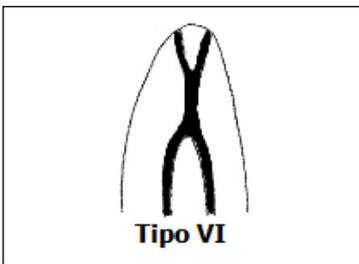






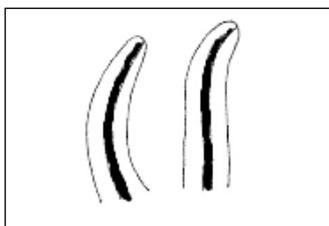


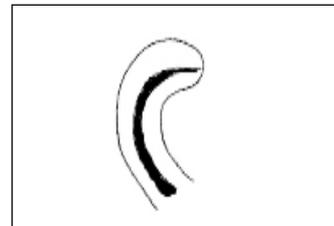


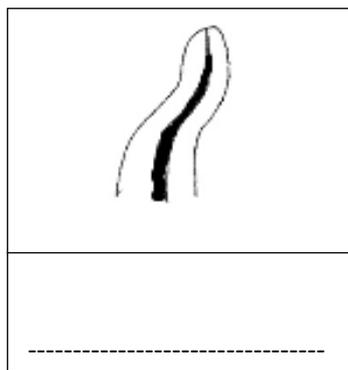


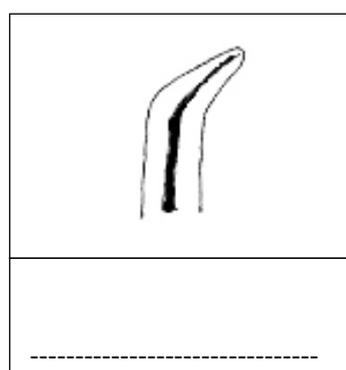
DIRECCIÓN DE LOS CONDUCTOS





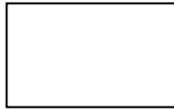






FORMAS DE LOS CONDUCTOS EN SU SECCIÓN TRANSVERSAL





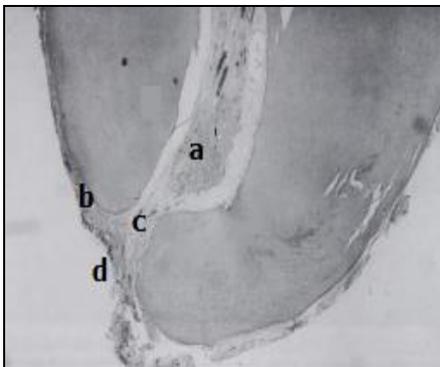




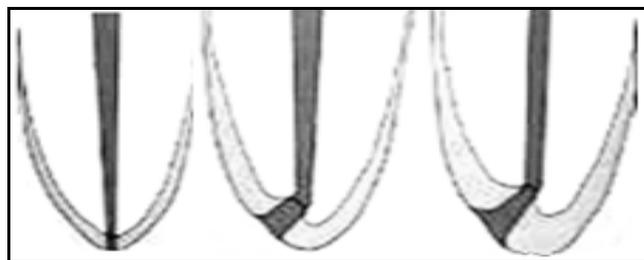




ÁPICE RADICULAR

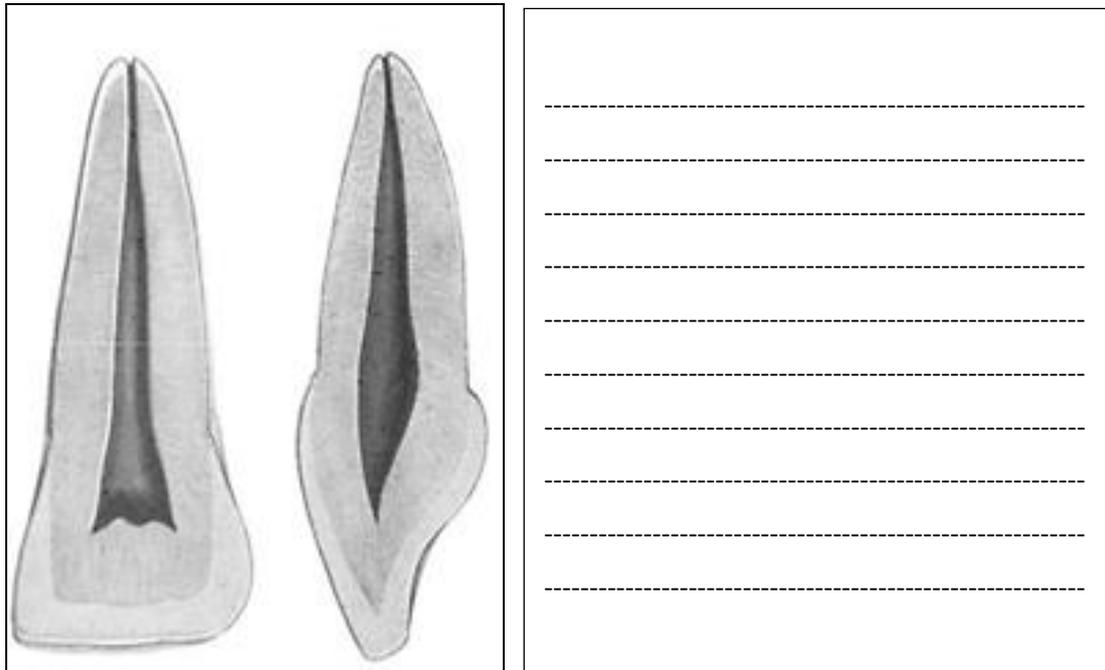


a-----
b-----
c-----
d-----

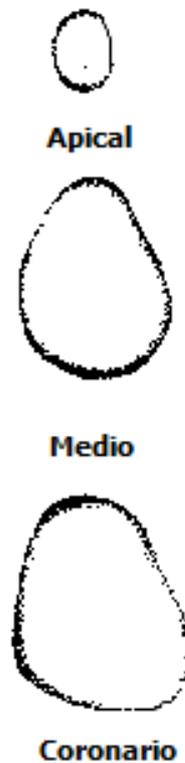


INCISIVOS SUPERIORES

VISTA

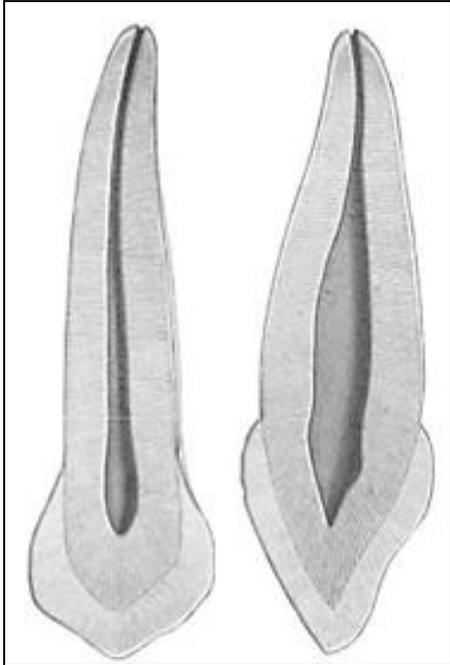


CORTES TRANSVERSAL

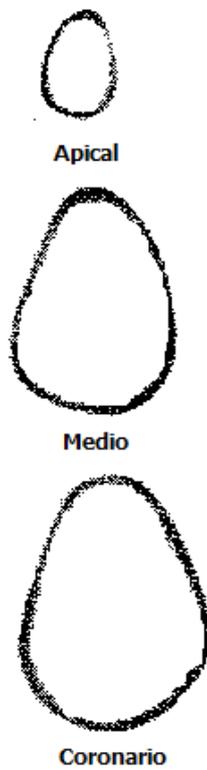


CANINO SUPERIOR

VISTA

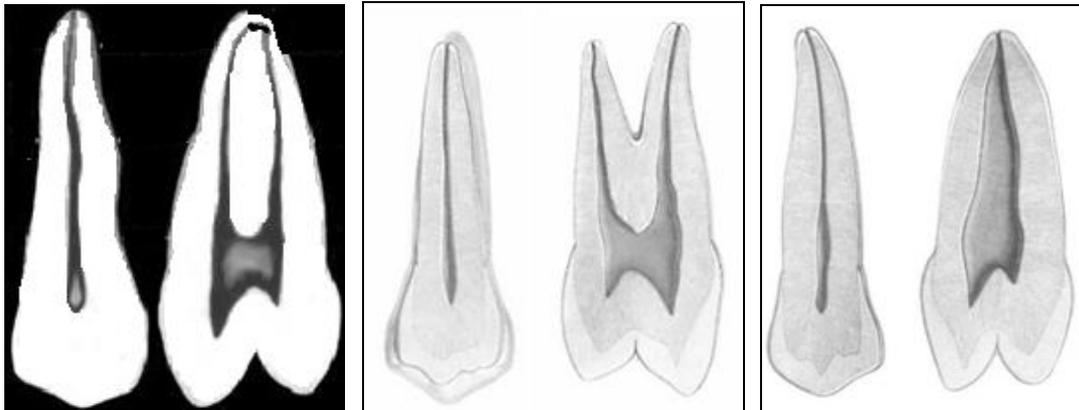


CORTE TRANSVERSAL

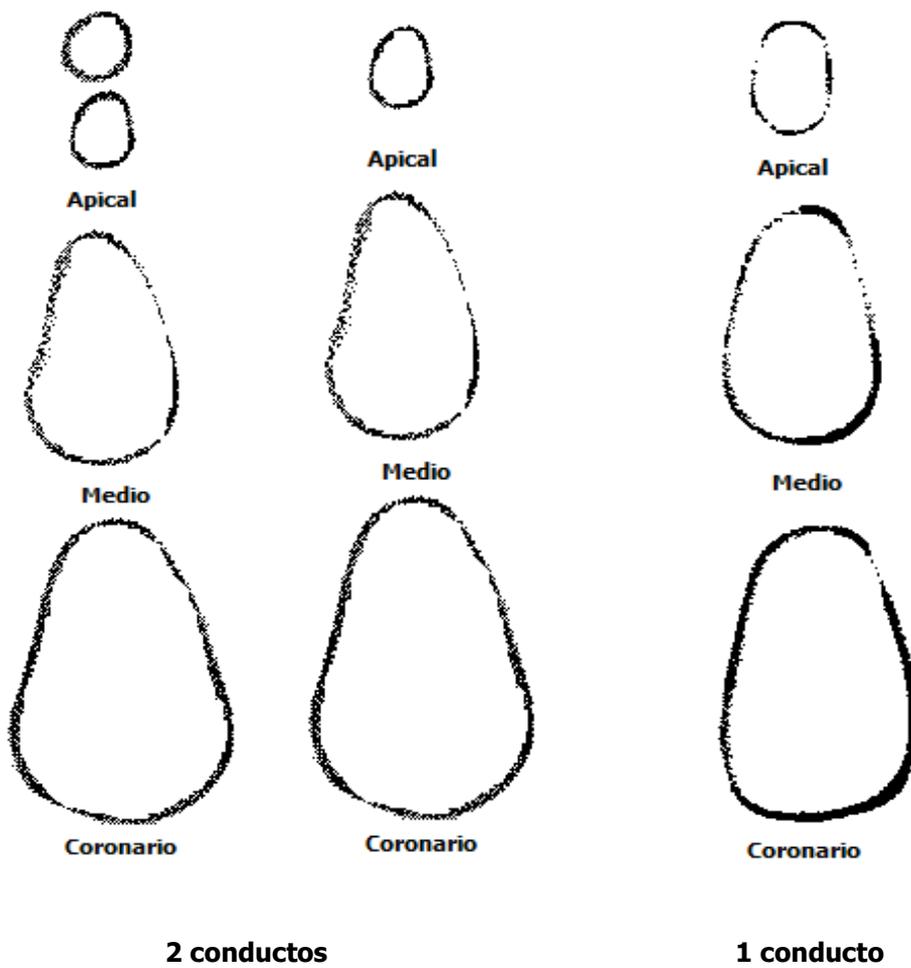


PREMOLARES SUPERIORES

VISTA

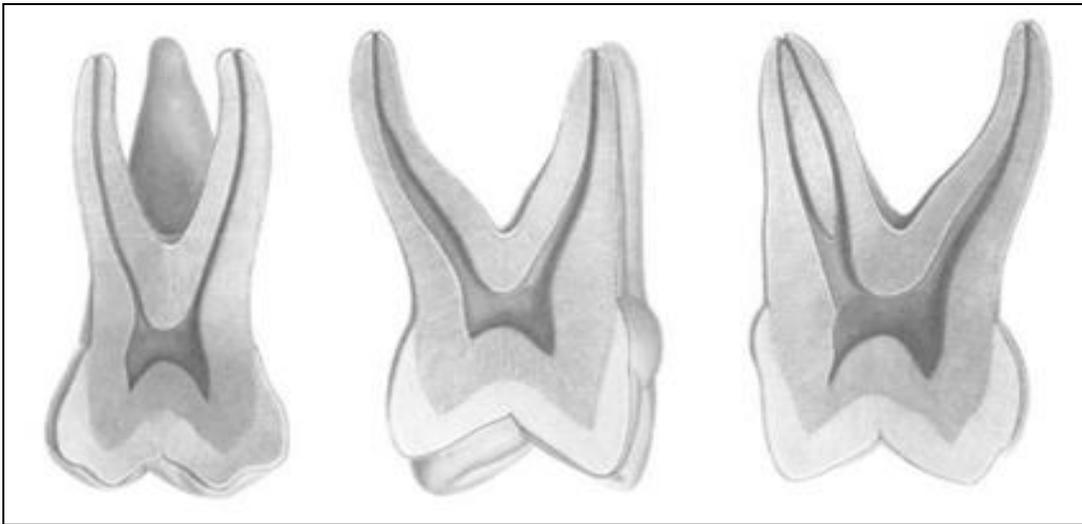


CORTES TRANSVERSALES

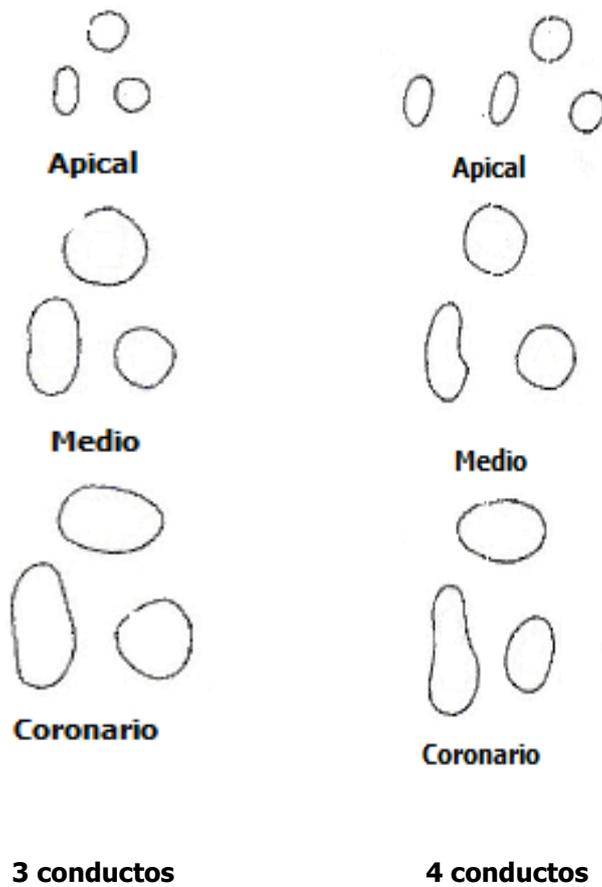


PRIMER MOLAR SUPERIOR

VISTA

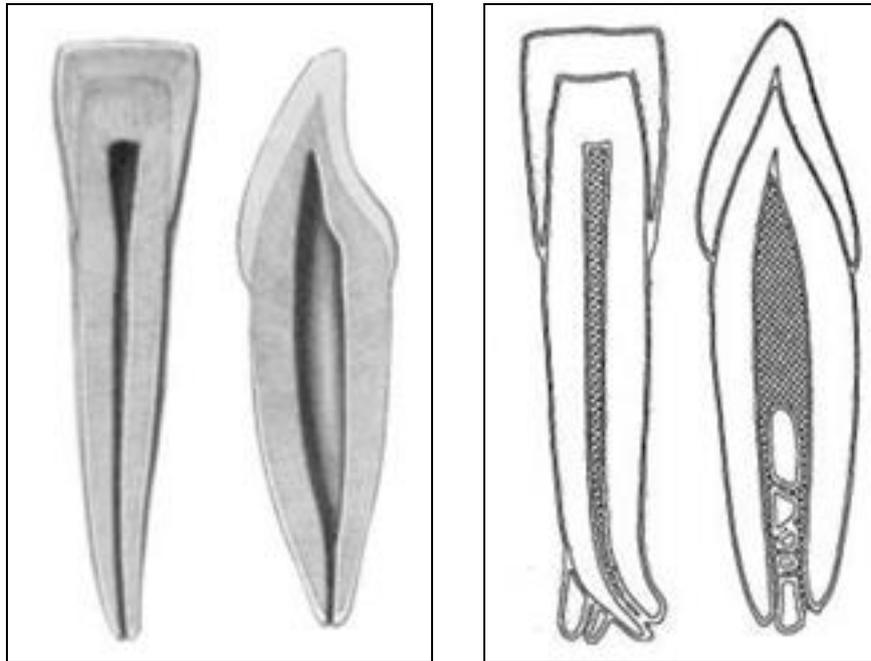


CORTES TRANSVERSALES

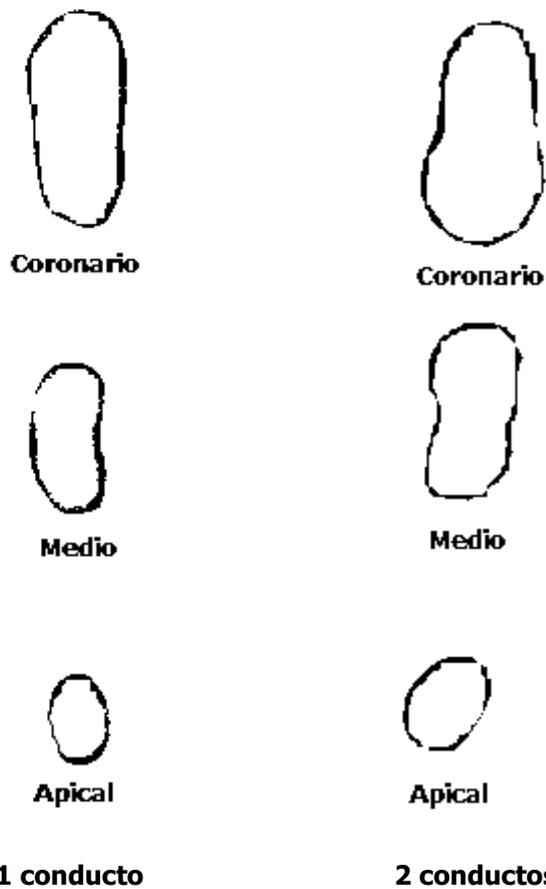


INCISIVOS INFERIORES

VISTA

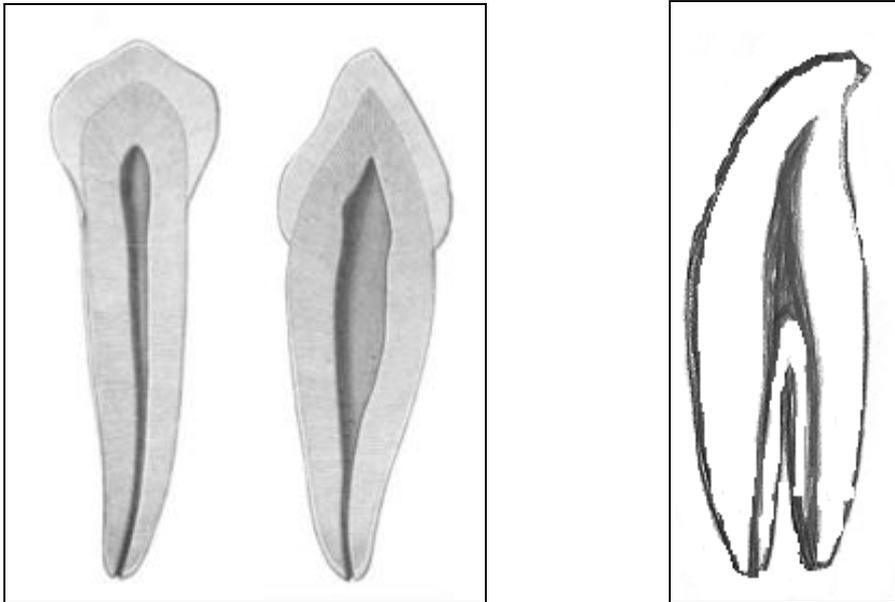


CORTES TRANSVERSALES

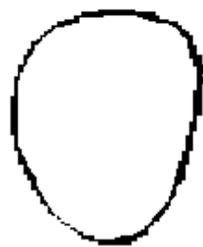


CANINO INFERIOR

VISTA



CORTES TRANSVERSALES



Coronario



Medio



Apical

1 conducto



Coronario



Medio

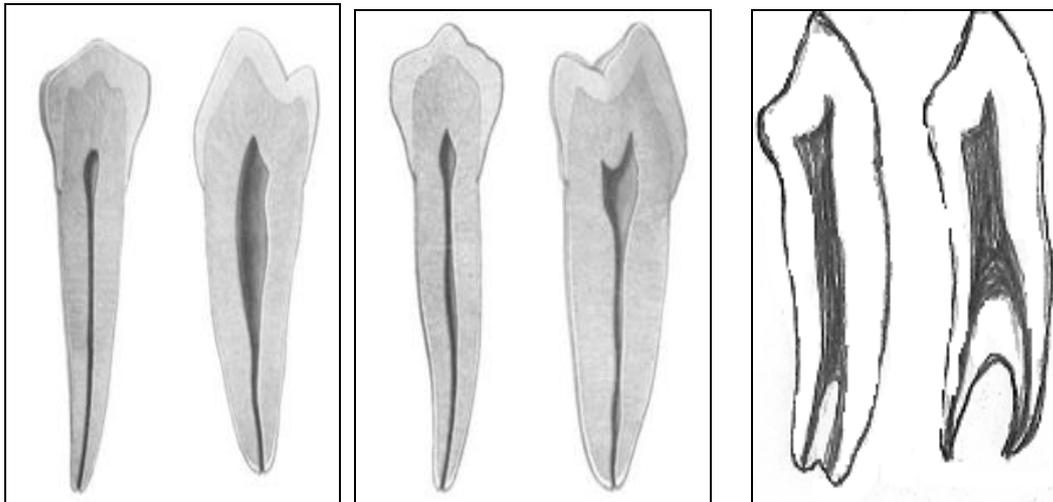


Apical

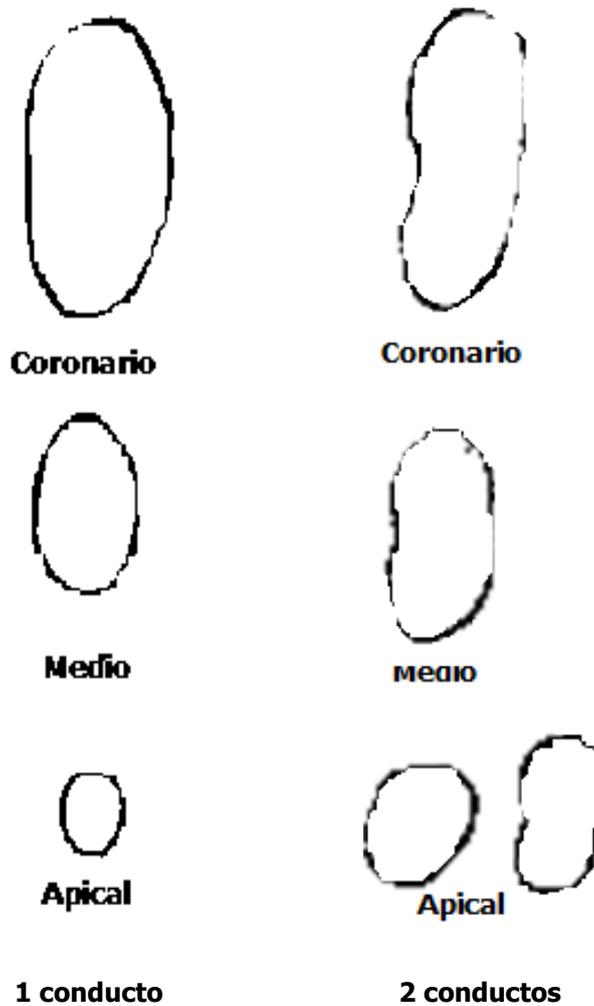
2 conductos

PREMOLARES INFERIORES

VISTA

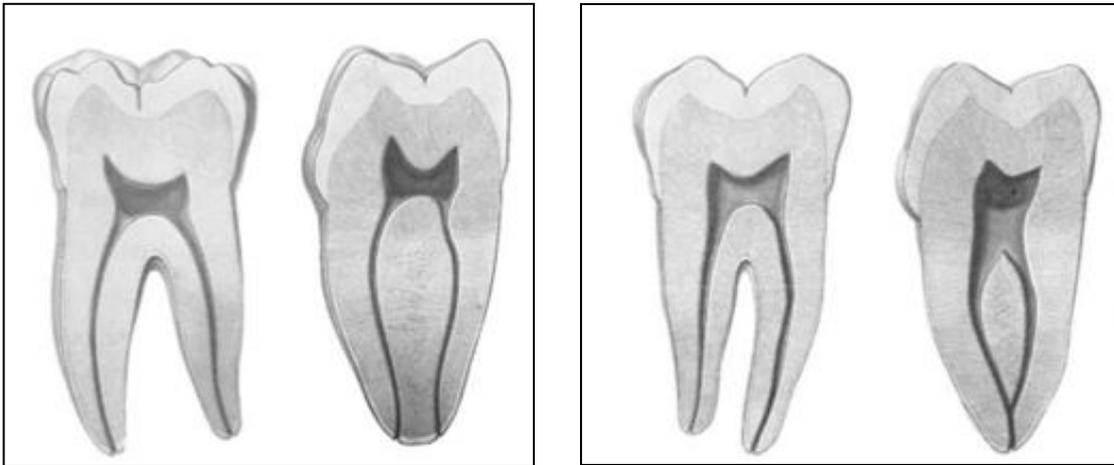


CORTES TRANSVERSALES

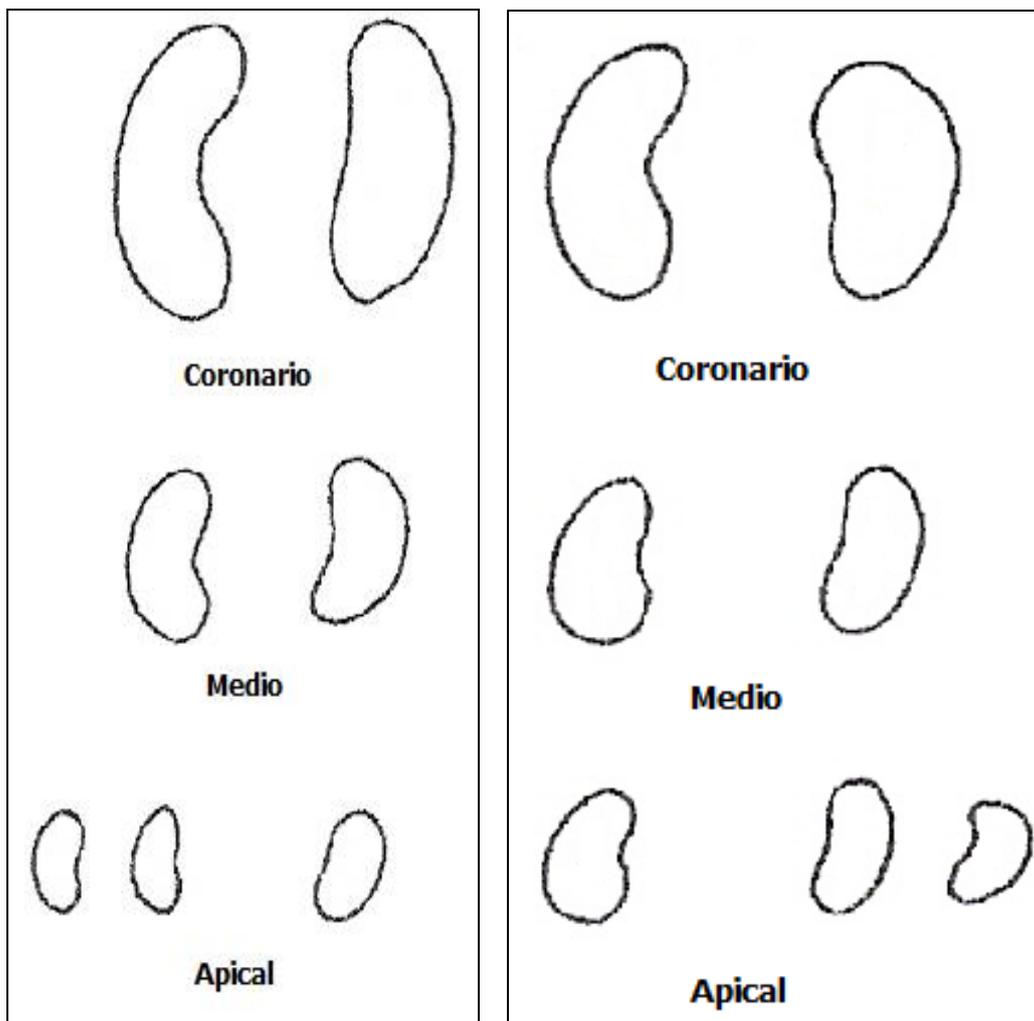


MOLARES INFERIORES

VISTA



CORTES TRANSVERSALES

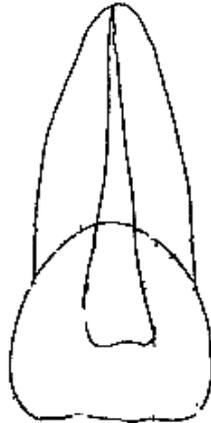


3 conductos

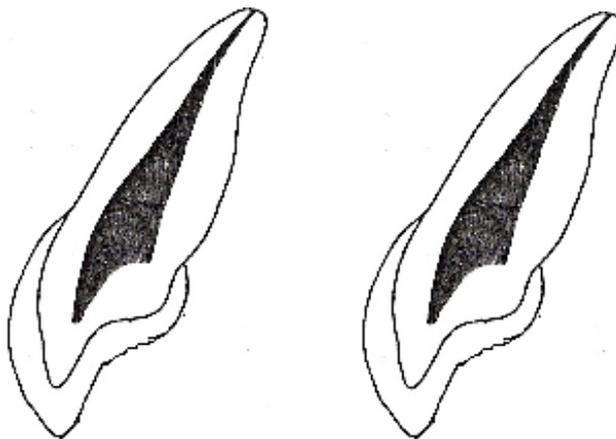
4 conductos

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR

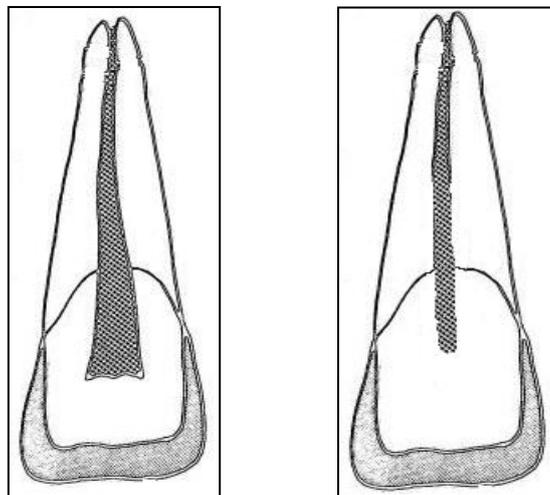
ABORDAJE



DIRECCIÓN DEL INSTRUMENTO



DISEÑO O FORMA



CANINO SUPERIOR

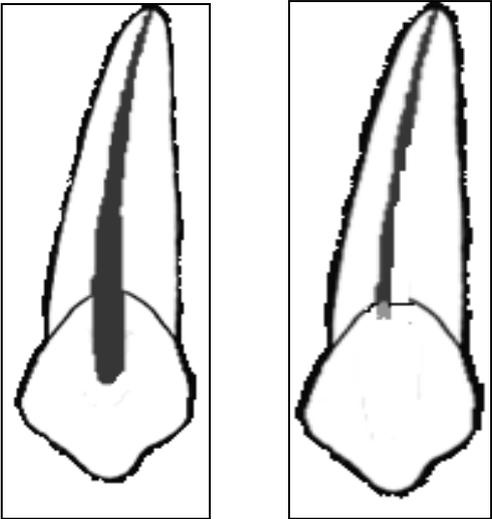
ABORDAJE



DIRECCIÓN DEL INSTRUMENTO

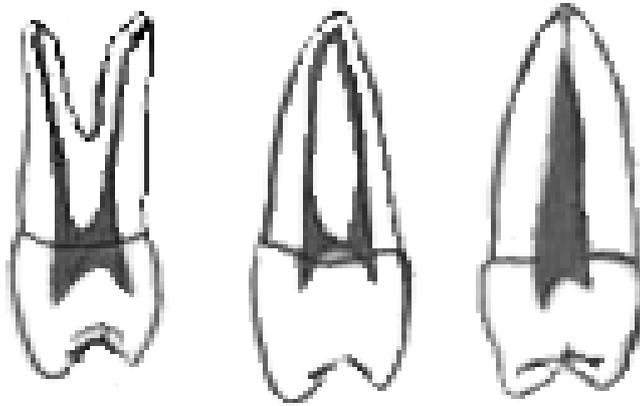


DISEÑO O FORMA

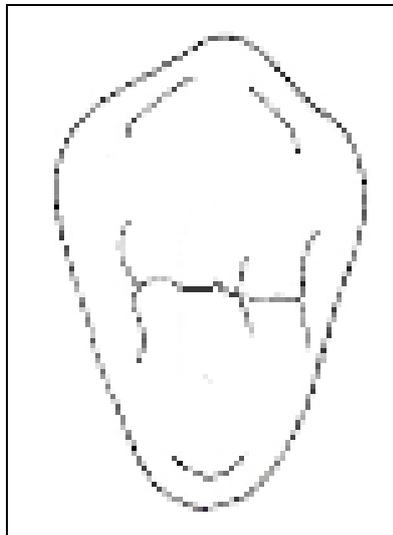


PREMOLARES SUPERIORES

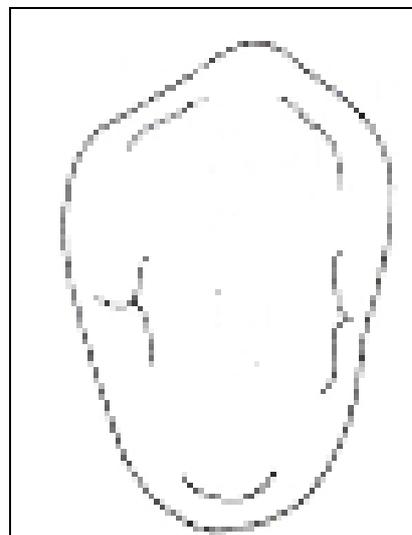
ABORDAJE - DIRECCIÓN DEL INSTRUMENTO



DISEÑO O FORMA



2 CONDUCTOS



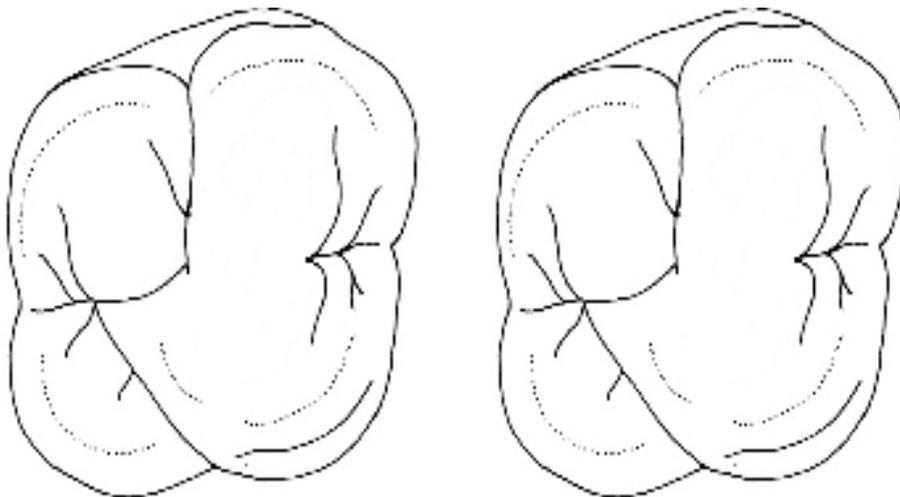
1 CONDUCTO

MOLARES SUPERIORES

ABORDAJE - DIRECCIÓN DEL INSTRUMENTO



DISEÑO O FORMA



3 CONDUCTOS

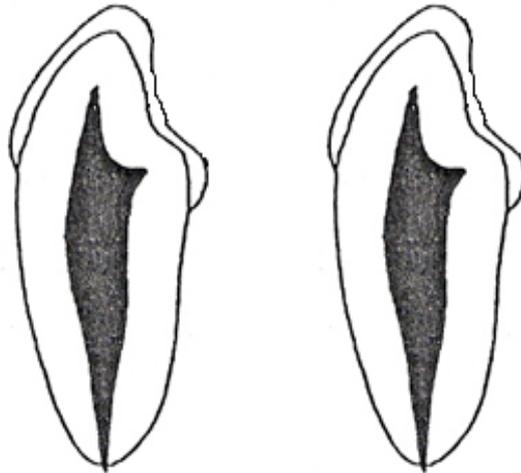
4 CONDUCTOS

INCISIVOS INFERIORES

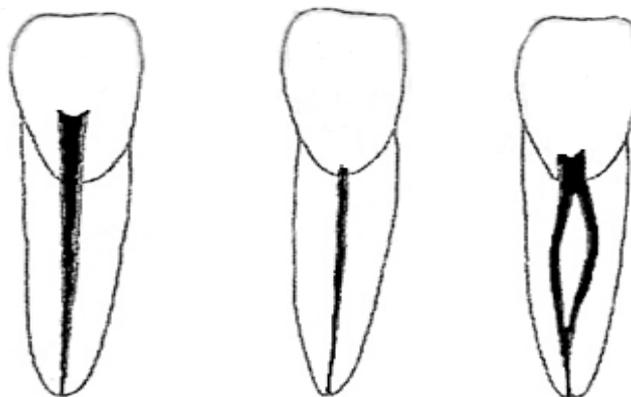
ABORDAJE



DIRECCIÓN DEL INSTRUMENTO



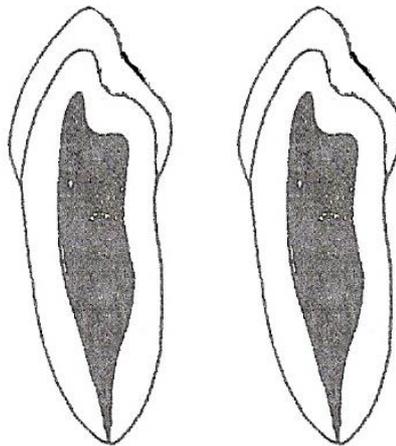
DISEÑO O FORMA



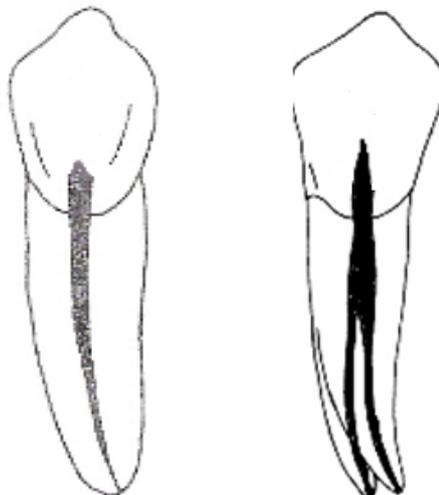
ABORDAJE



DIRECCIÓN DEL INSTRUMENTO



DISEÑO O FORMA

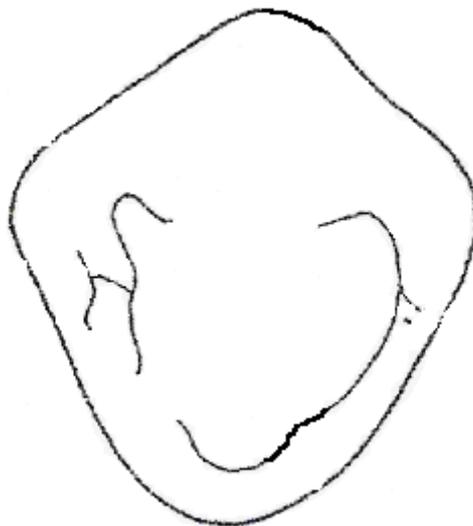


PREMOLARES INFERIORES

ABORDAJE - DIRECCIÓN DEL INSTRUMENTO

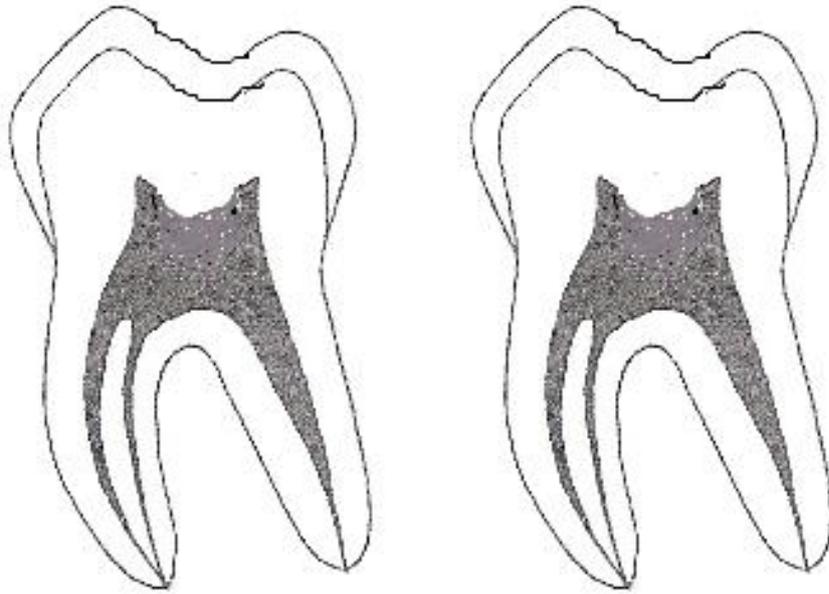


DISEÑO O FORMA

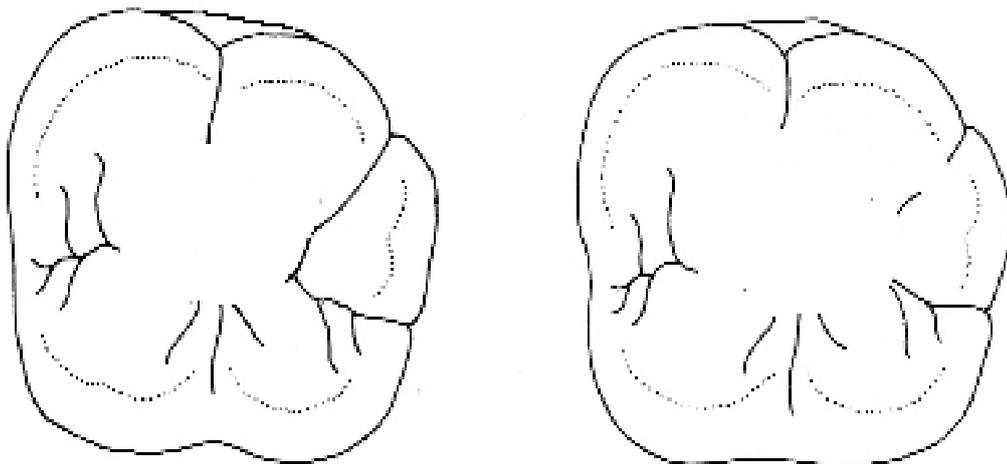


PREMOLARES INFERIORES

ABORDAJE - DIRECCIÓN DEL INSTRUMENTO



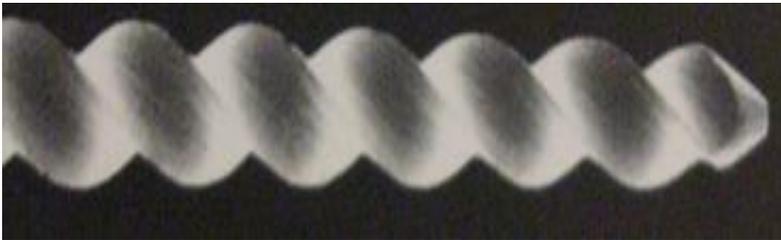
DISEÑO O FORMA



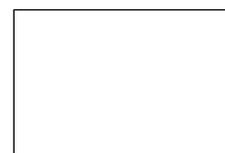
3 CONDUCTOS

4 CONDUCTOS

MANUAL



LIMA TIPO K



ESCARIADOR

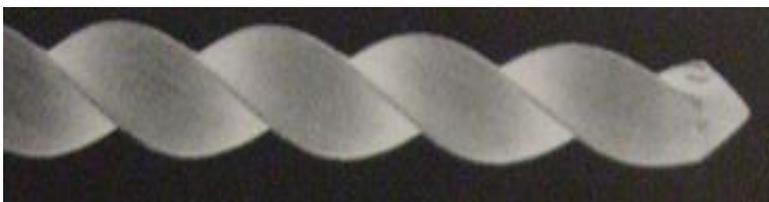


HEDSTRÖM

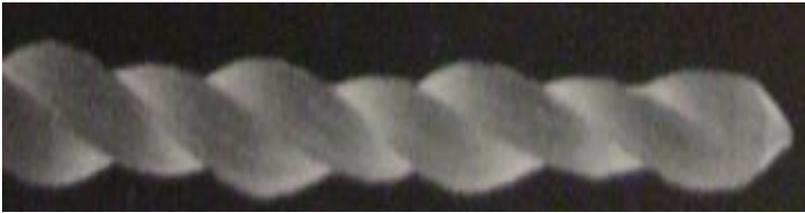


PULPOTOMO

LIMAS FLEXIBLES



FLEXOFILE



K FLEX

.....

.....

SISTEMAS MECANIZADOS

UTILIZAN

-
-

APARATOS REDUCTORES

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-





Sistema ProTaper Universal

Secuencia de uso



Sistema Mtwo

Secuencia de uso

ROTATORIO

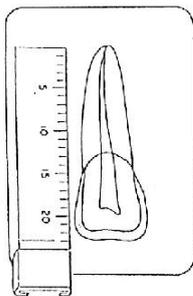


GATES GLLIDEN



PEESO

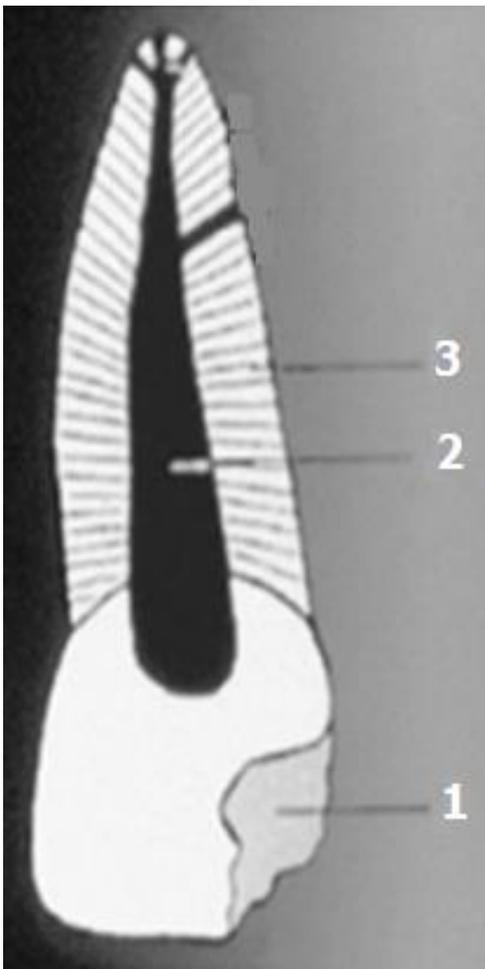
CONDUCTOMETRÍA





LOCALIZADOR APICAL

OBJETIVOS



PULPA VITAL

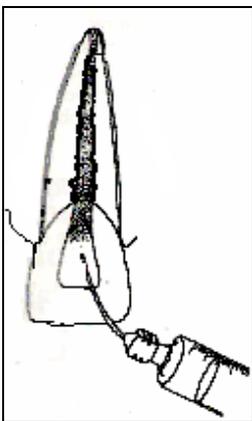
1 -----

2 -----

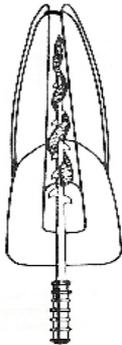
3 -----



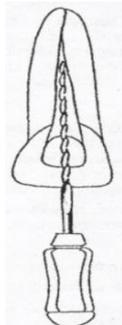
EXPLORACIÓN DEL CONDUCTO



IRRIGACIÓN

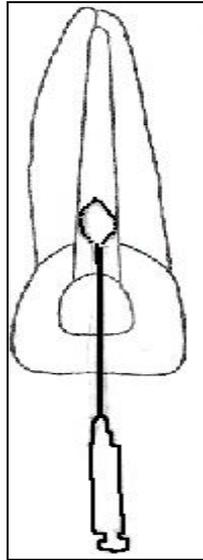
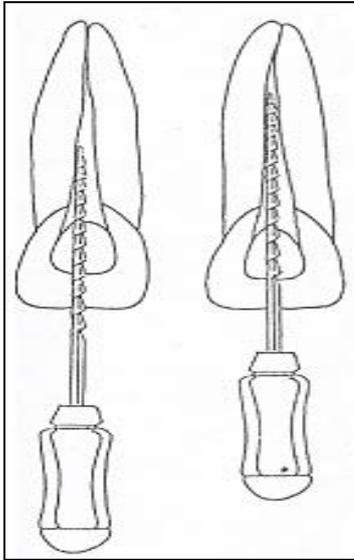


PULPA VITAL



PULPA NO VITAL

PREPARACIÓN DE ACCESOS



Conductos amplios -----

Conductos estrechos -----

VENTAJAS -----

DESVENTAJAS -----

MOMENTO DE LA CONDUCTOMETRÍA



Conductos Amplios

Conductos Estrechos

TÉCNICAS DE PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

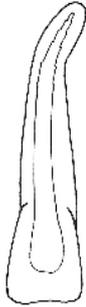
TÉCNICA ÁPICO CORONARIA

TÉCNICA ESTANDARIZADA



PREPARACIÓN TERCIO APICAL

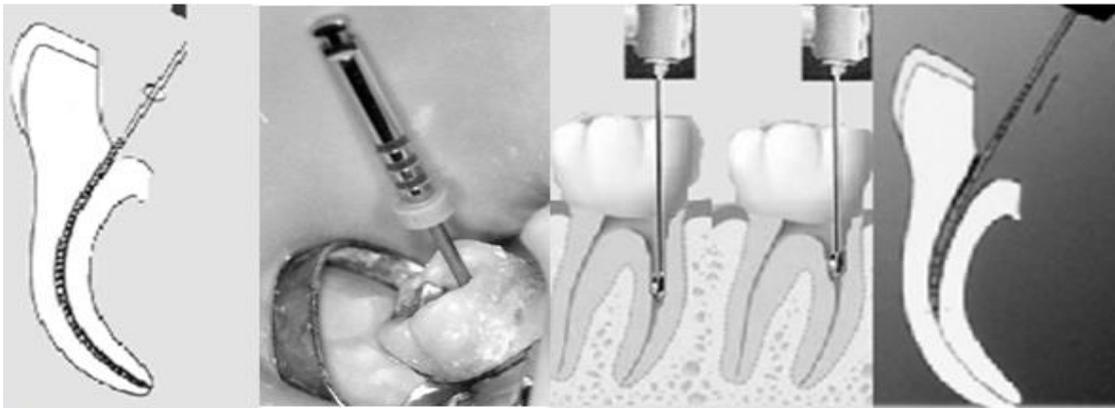
TÉCNICA ESCALONADA



PREPARACIÓN TERCIO APICAL

TÉCNICA APICO CORONARIA MIXTA O COMBINADA

CONDUCTO ESTRECHO CURVO



Conductometría

Preparación de los Accesos

TÉCNICA CORONO APICAL

CONDUCTO AMPLIO-RECTO-CURVO



Preparación de los Accesos

Conductometría

LIMITES DE ENSANCHAMIENTO

LONGITUDINAL

TRANSVERSAL

OBJETIVOS

MATERIALES DE OBTURACIÓN

TÉCNICA DE CONDENSACIÓN LATERAL

SELECCIÓN DEL CONO PRINCIPAL

TÉCNICA ESTANDARIZADA -----

TÉCNICA ESCALONADA -----



DESINFECCIÓN PREVIA



ADAPTACIÓN DEL CONO MAESTRO

ADAPTACIÓN EN ANCHO O AJUSTE APICAL (MÉTODO TÁCTIL)

El cono llega a la longitud deseada pero no ajusta

El cono ajusta pero no llega a la medida establecida

ADAPTACIÓN EN LARGO (MÉTODO VISUAL Y RADIOGRÁFICO)



MÉTODOS PARA LA SELECCIÓN DEL ESPACIADOR

a) -----

b) -----

ELECCIÓN DE LOS CONOS ACCESORIOS



**COLOCACIÓN CONO MAESTRO
+
SELLADOR**



**COLOCACIÓN ESPACIADOR
+
CONOS SECUNDARIOS**

SISTEMAS DE OBTURACIÓN CON GUTAPERCHA TERMOPLASTIZADA



TÉCNICA TERMOMECÁNICA

TÉCNICAS TÉRMICAS



CALAMUS DUAL



SYSTEM B



TERMAFIL

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REPUESTA DEL COMPLEJO DENTINO PULPAR

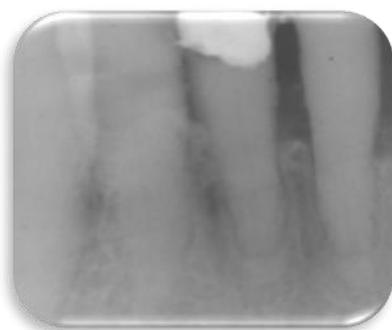
| |
|-------|
| |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |

PROCESOS DEFENSIVOS REPARATIVOS o REACCIONALES



| TIPO DE DENTINAS | |
|-------------------------|----------------|
| • | ----- ----- |
| • | ----- ----- |
| • | ----- ----- |

PROCESOS REGRESIVOS O REGRESIVOS



| ATRÓFIA PULPAR | |
|-----------------------|---|
| • | ----- ----- ----- ----- ----- |



DEGENERACIONES CÁLCICAS

- -----

- -----

- -----

PROCESOS PULPARES

PULPA CLÍNICAMENTE SANA

LESIONES PULPARES A CÁMARA CERRADA REVERSIBLES

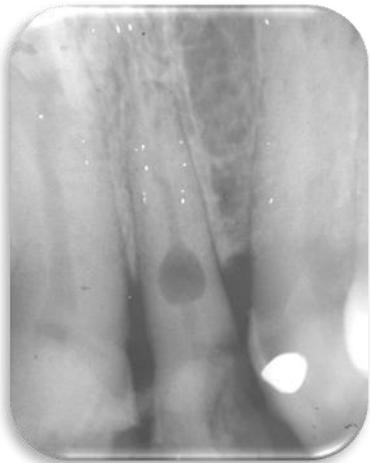
- -----

- -----

- -----

LESIONES PULPARES A CÁMARA CERRADA IRREVERSIBLES SINTOMÁTICAS

-
.....
.....
.....
.....
.....
.....
-
.....
.....
.....
.....
.....
.....



LESIONES PULPARES A CÁMARA CERRADA IRREVERSIBLES ASINTOMÁTICAS

-
.....
.....
-
.....
.....

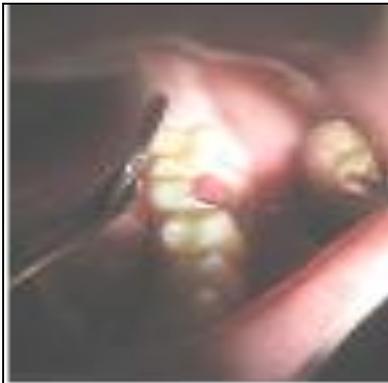
**LESIONES PULPARES A CÁMARA ABIERTA
REVERSIBLES**



- -----

- -----

**LESIONES PULPARES A CÁMARA ABIERTA
IRREVERSIBLES**



- -----

- -----

PULPO PERIODONTITIS

- -----

NECROSIS PULPAR

- -----



PERIÁPICE CLÍNICAMENTE SANO

PERIODONTITIS APICAL SINTOMÁTICA

- -----
- -----
- -----
- -----



PERIODONTITIS TRUMÁTICA-QUÍMICA

- -----
-
-
-
-
-
-
-
-

PERIODONTITIS INFECCIOSA

- -----

ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO (ADA)



- -----

PERIODONTITIS APICAL ASINTOMÁTICA

- -----
- -----
- -----



ABSCESO CRÓNICO SUPURADO

- -----

GRANULOMA APICAL

- -----



QUISTE APICAL

- -----

HIPERSENSIBILIDAD PULPAR

-
.....
.....
.....
.....

HIPEREMIA

-
.....
.....
.....
.....

PULPITIS SINTOMÁTICA MODERADA

-
.....
.....
.....
-
.....
.....
.....

PULPITIS SINTOMÁTICA AVANZADA

-
.....
.....
.....
-
.....
.....
.....

PULPITIS ULCEROSA SECUNDARIA

-
.....

PERIODONTITIS TRUMÁTICA-QUÍMICA

-
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERIODONTITIS INFECCIOSA

- -----

ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO (ADA)

- -----

CLASIFICACIÓN

- -----
- -----

TRATAMIENTOS DE APICOGÉNESIS

**PROTECCIONES DEL COMPLEJO DENTINO – PULPAR
INDIRECTAS-DIRECTAS**

INDICACIONES

CONTRAINDICACIONES

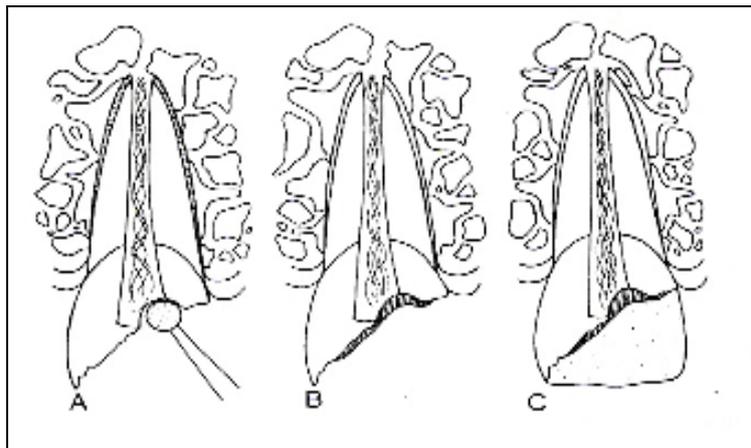
SECUENCIA CLÍNICA

- -----
 - -----
- -----

BIOPULPECTOMÍA PARCIAL O PULPOTOMÍA SUPERFICIAL O TÉCNICA DE CVEK

| INDICACIONES | CONTRAINDICACIONES |
|--------------|--------------------|
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |

SECUENCIA CLÍNICA

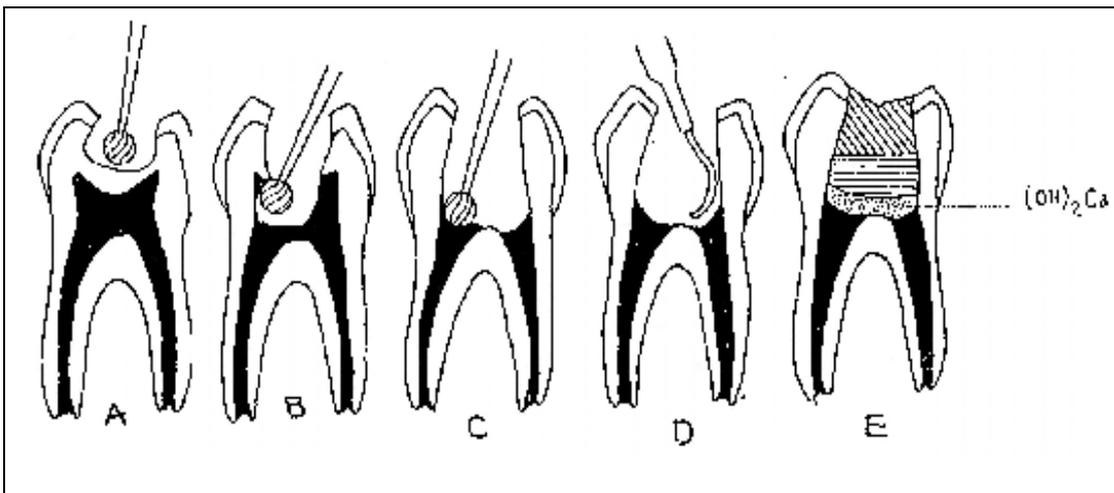


| |
|----------------------------------|
| A ----- ----- ----- |
| B ----- ----- ----- |
| C ----- ----- ----- |

TRATAMIENTO DE BIOPULPECTOMÍA PARCIAL PROFUNDA O CAMERAL

| INDICACIONES | CONTRAINDICACIONES |
|--------------|--------------------|
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |
| ----- | ----- |

SECUENCIA CLÍNICA



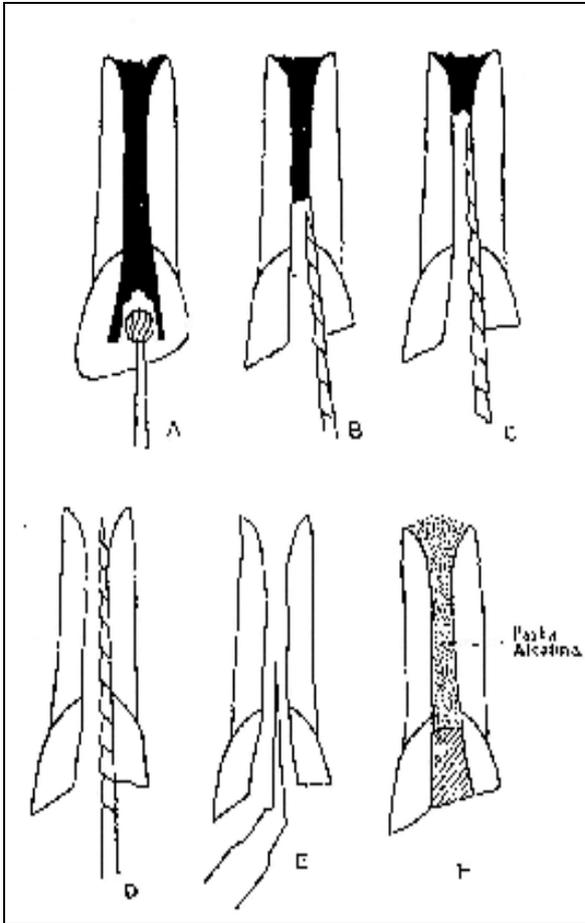
| |
|----------------|
| A ----- |
| B ----- |
| C ----- |
| D ----- |
| E ----- |

TRATAMIENTO DE APICOFORMACIÓN

INDICACIÓN

CONTRAINDICACIÓN

SECUENCIA CLÍNICA



A -----

B -----

C -----

D -----

E -----

F -----

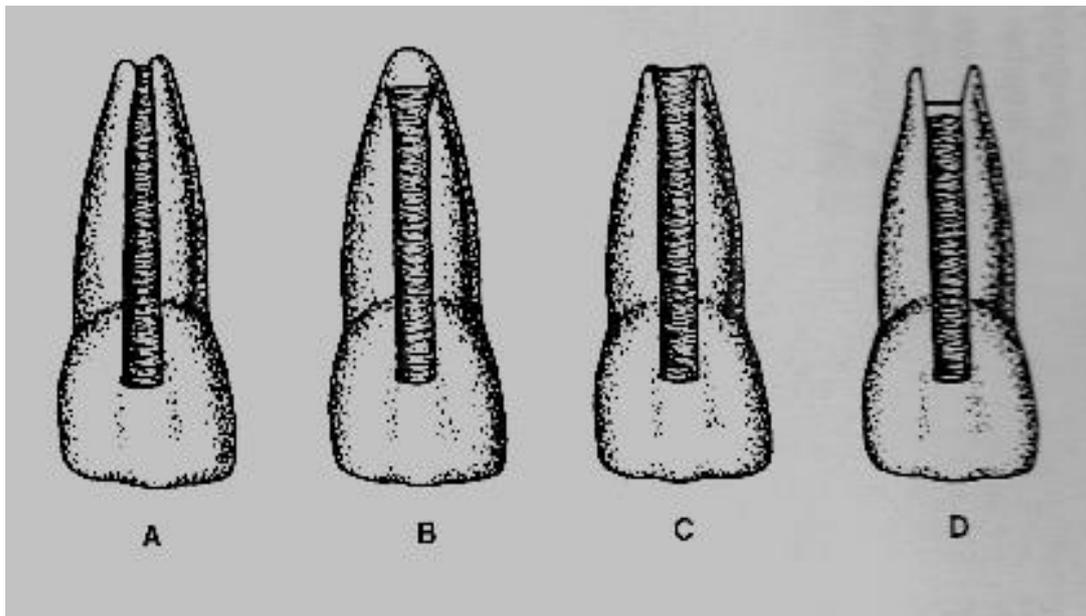
PASTAS ALCALINAS

- -----

- -----

- -----

RESULTADOS CLÍNICOS POSTERIORES A LA TÉCNICA DE APICOFOMACIÓN



- A- E -----

- B- E -----

- C -----

- D -----

CLASIFICACIÓN

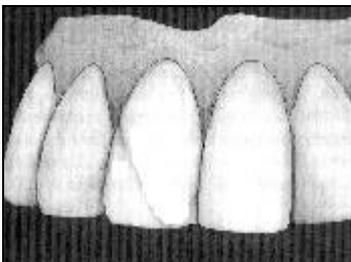
- -----
- -----

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES SOBRE TEJIDOS DUROS

- -----
- -----
- -----

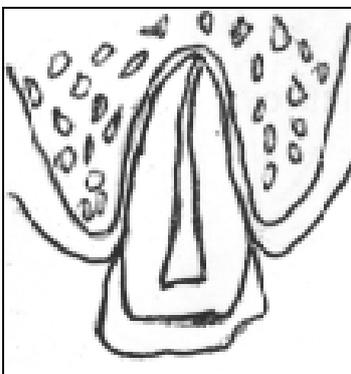
FRACTURAS CORONARIAS

- **FISURAS O INFRACCIONES DE ESMALTE**



TRATAMIENTO

- **FRACTURA DE ESMALTE**

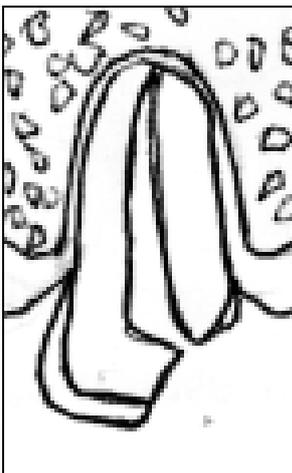


TRATAMIENTO

FRACTURA DE ESMALTE Y DENTINA SIN EXPOSICIÓN PULPAR

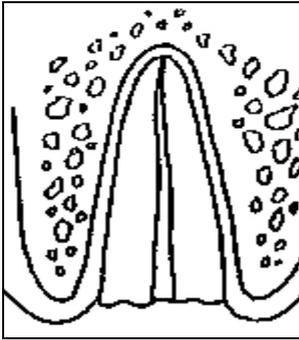


TRATAMIENTOS

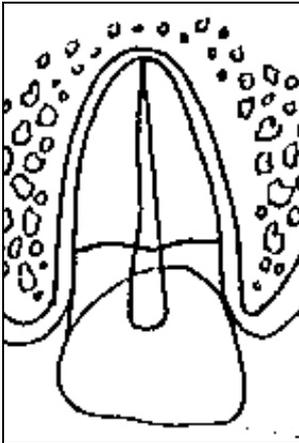


TRATAMIENTOS

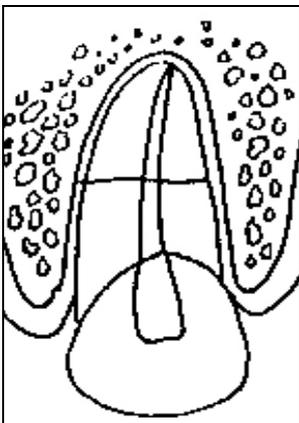
FRACTURAS RADICULARES



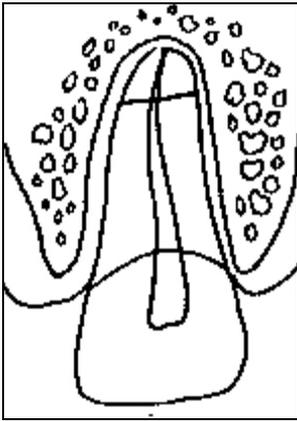
**TERCIO CORONARIO SUPRACRESTAL
TRATAMIENTO**



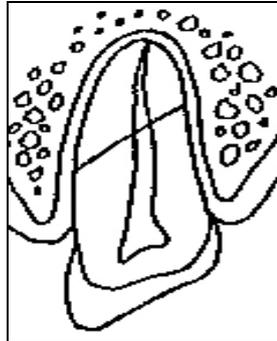
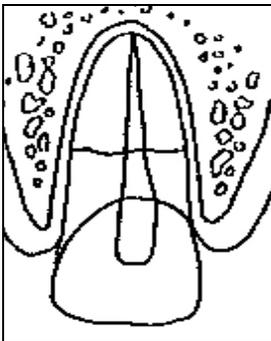
**TERCIO CORONARIO INFRACRESTAL
TRATAMIENTO**



**TERCIO MEDIO
TRATAMIENTO**

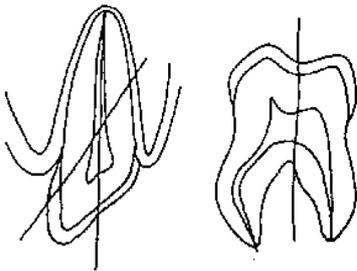


**TERCIO APICAL
TRATAMIENTO**



**HORIZONTAL- OBLICUA
TRATAMIENTO**

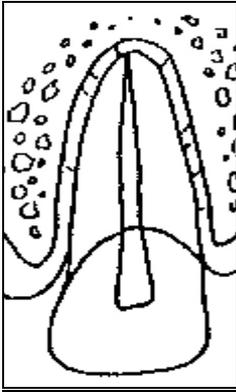
FRACTURAS CORONO-RADICULARES



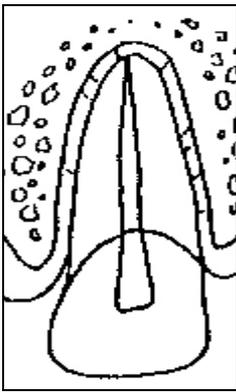
**VERTICALES- OBLICUAS
TRATAMIENTOS**

**CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES SOBRE EL PERIODONTO DE
INSERCIÓN**

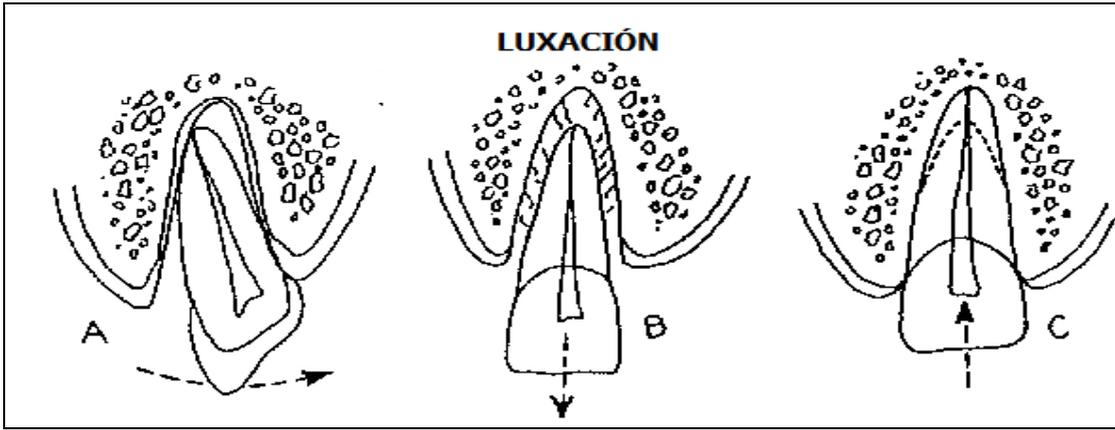
- -----
- -----
- -----
- -----



CONCUSIÓN



SUBLUXACIÓN

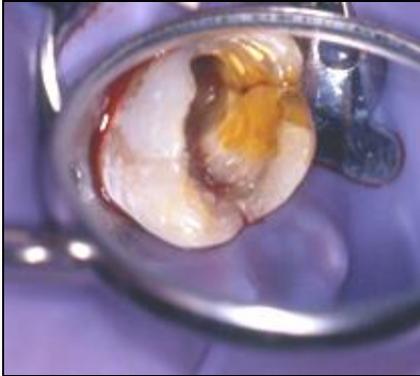


A - LATERAL

B - EXTRUSIVA

B - INTRUSIVA

PREOPERATORIOS

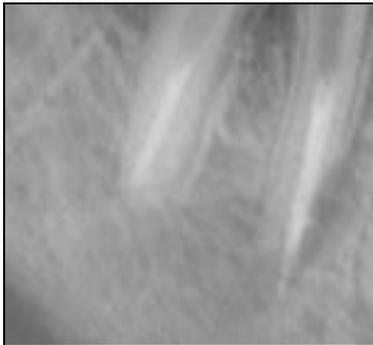
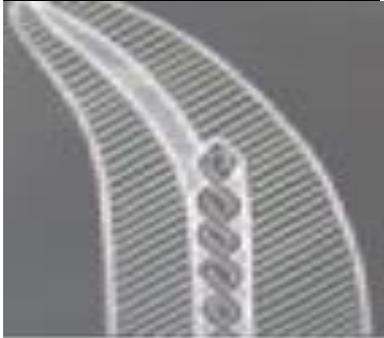


DIAGNÓSTICO

INTRAOPERATORIOS



APERTURA CAMERAL

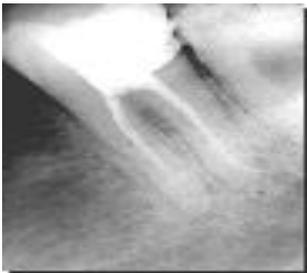


PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA



OBTURACIÓN



EVALUACIÓN INMEDIATA DEL TRATAMIENTO PULPA VITAL TOTAL

| |
|--|
| <p>NORMAL-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>ANORMAL-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |
|--|

EVALUACIÓN MEDIATA PRÓXIMA DEL TRATAMIENTO PULPA VITAL TOTAL

| |
|--|
| <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |
|--|

EVALUACIÓN MEDIATA LEJANA DEL TRATAMIENTO PULPA VITAL TOTAL

| |
|---|
| <p>ÉXITO-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>FRACASO-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |
|---|

ACTIVIDADES PRÁCTICAS PRECLÍNICAS

**LISTA DE INSTRUMENTAL y MATERIALES NECESARIOS
(Algunos de los mismos están en la lista general)**

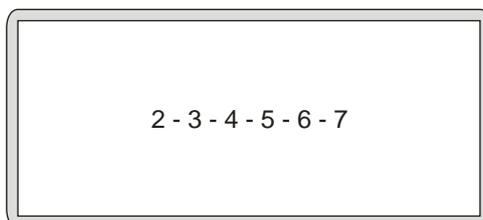
- Cerebro, micromotor, contrángulo, prolongador y enchufe triple.
- Turbina con acople
- Fresas esféricas para contrángulo y turbina Nº 2,4 y 6 (una de cada una)
- Piedras de diamante redondas para contrángulo Nº 2, 4 y 5 (una de cada una)
- Fresas para contrángulo extralarga redonda Nº 2 y 4 (una de cada una)
- 1 Piedra troncocónica para contrángulo Nº 724 o similar.
- 1 Mandril y varios discos de carborundum
- 1 Caja de Cirugía
- 3 Bandejas para instrumental
- 1 Caja metálica de 5 x 10 cm. Con mitad de esponja descartable
- 1 Espejo sin aumento
- 1 Explorador recto Nº 15 ó 18 Maillefer o similar
- 1 Pinza de algodón
- 1 Atacador para cemento
- 1 Atacador para gutapercha
- 1 Espátula para cemento
- 2 Losetas finas
- 1 Tijera pequeña
- 1 Hoja de bisturí Nº 15
- Vasos Dappen o frascos profundos con tapa.
- 1 Cápsula de Petri, chica
- 1 Regla para Endodoncia metálica
- 1 Gasero (Gasas, algodón y torundas de algodón de diferentes tamaños) que se colocarán luego de ser esterilizados en autoclave.
- 1 Lámpara de alcohol metálica
- 1 Recipiente para residuos descartable
- 1 Caja de limas tipo K del 15 al 40 de 25 mm de largo (Deltajet,Dentsply -Maillefer, C.C.Cord, U.D.M, Sybron-Endo)
- 1 Caja de limas tipo K del 45 al 80 de 25 mm de largo ((Deltajet Dentsply -Maillefer, C.C.Cord, U.D.M, Sybron-Endo)
- 1 Caja de limas Hedström 15 al 40 de 25 mm de largo (Dentsply-Maillefer, C.C.Cord, Union Broach, U.D.M, Kerr)
- 1 Caja de Pulpótomos.
- 1 Caja ProTaper ó Mtwo.
- 1 Caja Espaciadores digitales de acero inoxidable Finger Spreaders Nº 15 al 40 punta aguda (C.C.Cord o U.D.M, Many)
- Fresas Gates Glidden Nº 1-2-3 (una de cada una)
- Topes de goma siliconados para instrumental endodóntico.
- Conos de papel 15-40 y 45-80. (una caja de cada uno)
- 1 Caja de Conos de gutapercha Nº 15 al 40 (Dia-Dent, Meta, Astident, Dentsply-Maillefer Sur-Endo, DMS, UDM,) No Roeko
- 1 Caja de Conos de gutapercha Nº 45 al 80 (Dia-Dent, Meta, Astident, Dentsply-Maillefer Sur-Endo, DMS, UDM,). No Roeko
- 1 Caja de conos de gutapercha para condensación lateral (Dentsply R3 o R4. Maillefer UDM fine largo 23 mm, Sharpy, Meta MF y F, Tanari MF).
- Conos de gutapercha taper .04 y 1 taper.06. Calibre mayor a #30

LISTA DE INSTRUMENTAL

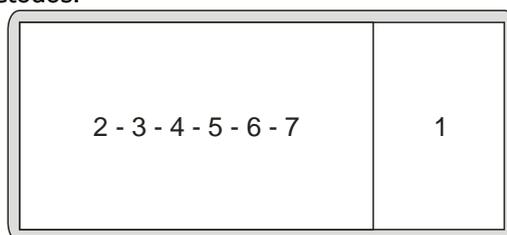
- Placas radiográficas 6 o más por práctico.
- Clips para radiografía metálicos
- Alcohol puro
- Antiséptico (Alcohol yodado, DG6, Merthiolate incoloro, etc)
- Clorofenol alcanforado
- Set Endo- Quim.
- EDTAC
- Cemento de Grossman, Endo –Sell (Tedequin), Farma Dental, Dickinson, Sealer 26
- Eugenol
- Hidróxido de calcio (polvo)
- Cementos provisorios (Cavit, I.R.M, Pro 17, Ionómero autocurable)
- 1 Lupa.
- Cera Utility.
- 1 Compresa para la mesa operatoria (tela). 1 Rollo de papel (Rolli- Sec ó similar
- Barbijo, Gorro o cofia, guantes, anteojos de protección, jabón, toalla.
- Frasco de análisis rotulado para guardar los dientes

DISPOSICIÓN DEL INSTRUMENTAL PEQUEÑO EN LA CAJA DE 5 x 10 PARA LOS TRABAJOS PRÁCTICOS

El instrumental, correctamente desinfectado será envuelto en papel sulfito y distribuido en la caja de 5 x 10, para, posteriormente ser esterilizado.



Luego en la misma caja se colocará la esponja descartable y los conos de papel, esterilizados por otros métodos.



Referencias

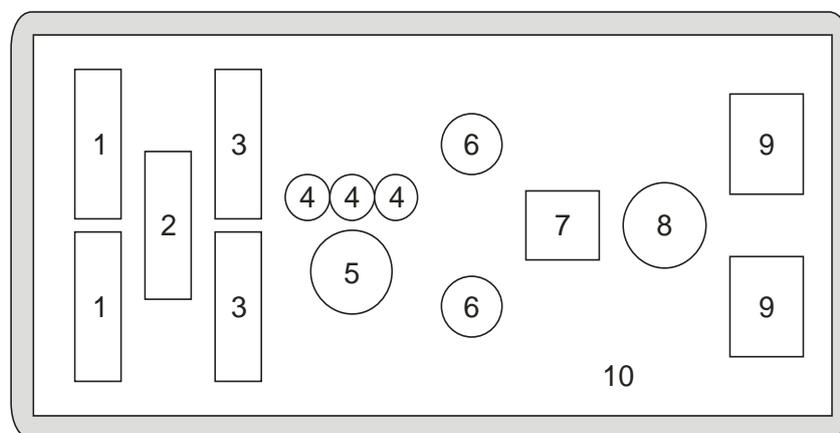
1. Esponja Descartable (se colocará luego de ser esterilizada en autoclave).
2. Fresas.
3. Limas lisas tipo K con topes de plástico.
4. Limas Hedström: por lo menos tres, Nº 15,20 y 25.
5. Pulpótomo: Uno.
6. Espaciadores digitales Finger Spreaders: por lo menos dos Nº 15 y 20.
7. Fresas Gates Glidden.
8. Conos de papel de diferentes tamaños (esterilizados)

MÉTODO DE DESINFECCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LOS DIENTES A USAR

- 1- Selección de dientes humanos recientemente extraídos, con lesiones de caries no muy avanzada.
- 2- Los dientes a seleccionar son dos anteros-superiores, uno con raíz recta y otro con raíz curva, uno antero inferior, un premolar superior con dos raíces, un premolar inferior, un molar superior y un molar inferior. (Total 7 dientes).
- 3- Sumergir dichos dientes en un frasco de boca ancha, color caramelo que contenga Hipoclorito de Sodio al 0.1% (1:10) durante dos semanas.
- 4- Retirar del frasco, lavar y cepillar con detergente los dientes, para eliminar restos de tejido adheridos.
- 5- Enjuagar con abundante agua y escurrir sobre papel absorbente.
- 6- Luego de realizar este proceso, se colocan nuevamente en el frasco de vidrio limpio y se sumergen en una solución de glicerina mezclada con agua, en proporción de mitad y mitad, hasta su uso.

PREPARACIÓN DE LA MESA OPERATORIA

El instrumental, será distribuido en la mesa clínica para facilitar las maniobras técnicas. El armado permitirá el trabajo conjunto de dos alumnos.

**Referencias**

1. Inst. de Inspección y Exploración.
2. Instrumentos de Irrigación.
3. Caja con instrumental principal.
4. Vasos Dappen y/o frascos profundos.
5. Cápsula de Petri.
6. Gaseros.
7. Lámpara de alcohol.
8. Frasco de residuos.
9. Cerebro.
10. Compresa de tela o descartable

FICHAS DE REGISTRO

El objetivo de la ficha de registro es que usted durante el desarrollo de la actividad práctica preclínica fije paso a paso las distintas etapas de la terapéutica endodóntica y transfiera los conocimientos teóricos estudiados.

Las mismas incorporan contenidos referidos a:

- Análisis radiográfico.
- Aperturas camerales.
- Tratamientos Endodónticos.
- Autoevaluación.

La confección de la ficha debe realizarla a medida que efectúa el trabajo práctico en el diente extraído, escribiendo o dibujando cada uno de los ítems solicitados, siguiendo todos los pasos como si lo estuviese haciendo en boca.

Con esta metodología de trabajo la Cátedra no solo busca proveer conocimientos, si no que usted aprenda y adquiera destrezas para la posterior etapa clínica, ya que le va permitir un recuerdo práctico de la morfología, la forma y trabajo de los instrumentos, las técnicas, etc.

Estas fichas de registro preclínico serán evaluadas por su docente al finalizar cada uno de los prácticos realizados, colocando su calificación.

GRILLA DE OBSERVACIÓN DE LOS TRABAJOS PRÁCTICOS PRECLÍNICOS

APERTURAS CAMERALES

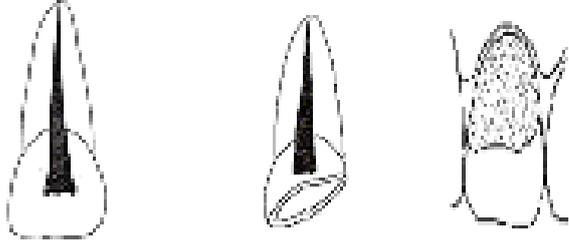
| Apertura cameral | Elemento |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | E B R | E B R | E B R | E B R | E B R | E B R | E B R |
| Mesa operatoria | | | | | | | |
| Conocimientos | | | | | | | |
| Técnica aplicada | | | | | | | |

Escala de calificación: Excelente 50%, Bueno 35%, Regular 15%.

PROMEDIO DE APERTURAS:

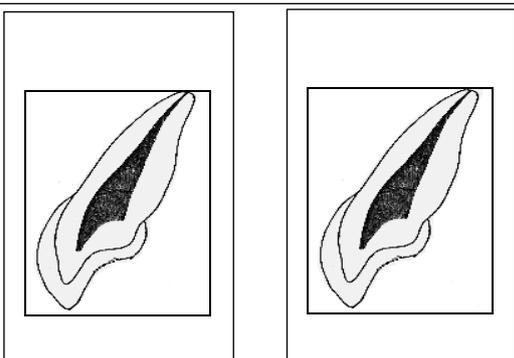
INCISIVO CENTRAL SUPERIOR

| | | |
|---|---|--|
| Pegue Rx Indique sentido: ----- | Pegue Rx Indique sentido: ----- | <p align="center">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> Diente: ----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- ----- Dirección y tamaño del Conducto radicular: ----- ----- ----- |
|---|---|--|

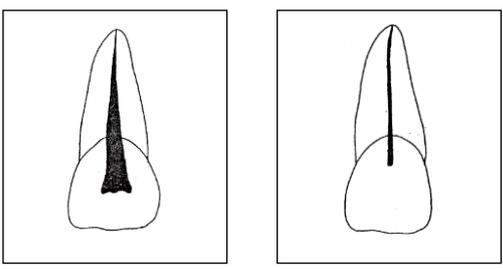
| | |
|---|--|
| Grafique la zona de abordaje según dibujos. |  |
|---|--|

1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

2. Nombre la técnica utilizada.



Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada.

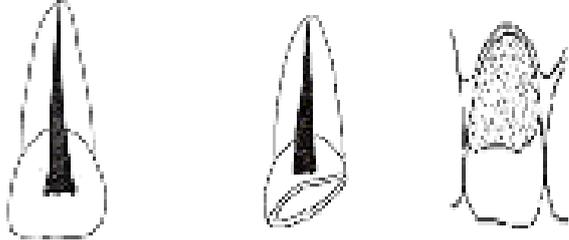


Autoevaluación de Errores: Marque con una x

| | | | |
|---------------------|--|---------------------------------|--|
| Abordaje incorrecto | | Desviación del eje longitudinal | |
| Fresa inadecuada | | Perforación | |
| Sobreextensión | | Eliminación parcial del techo | |
| Apertura estrecha | | Técnica inadecuada | |
| Presencia de caries | | Falta rectificación final | |

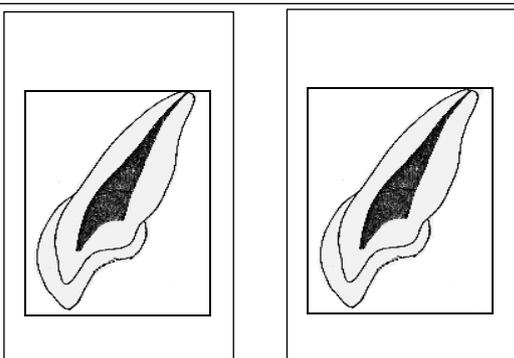
INCISIVO CENTRAL SUPERIOR

| | | |
|---|---|---|
| Pegue Rx Indique sentido: ----- | Pegue Rx Indique sentido: ----- | <p style="text-align: center;">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> Diente: ----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- ----- Dirección y tamaño del Conducto radicular: ----- ----- ----- |
|---|---|---|

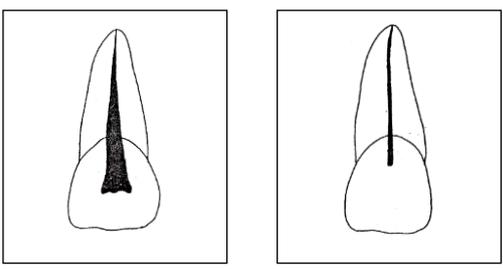
| | |
|---|--|
| Grafique la zona de abordaje según dibujos. |  |
|---|--|

1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

2. Nombre la técnica utilizada.



Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada.

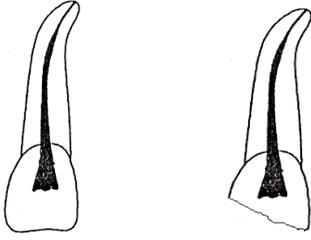


Autoevaluación de Errores: Marque con una x

| | | | |
|---------------------|--|---------------------------------|--|
| Abordaje incorrecto | | Desviación del eje longitudinal | |
| Fresa inadecuada | | Perforación | |
| Sobreextensión | | Eliminación parcial del techo | |
| Apertura estrecha | | Técnica inadecuada | |
| Presencia de caries | | Falta rectificación final | |

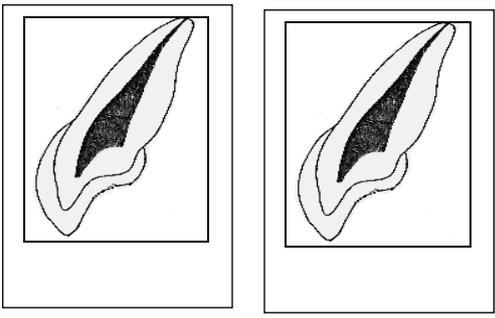
INCISIVO LATERAL SUPERIOR

| | | |
|---|---|--|
| Pegue Rx Indique sentido: ----- | Pegue Rx Indique sentido: ----- | <p align="center">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> Diente: ----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- ----- Dirección y tamaño del Conducto radicular: ----- ----- ----- |
|---|---|--|

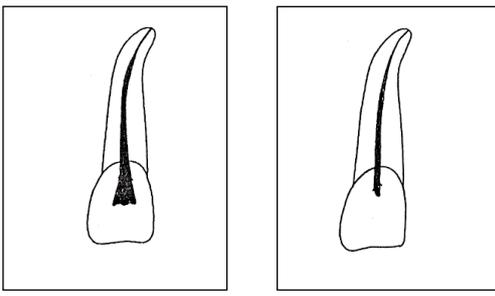
| | |
|---|--|
| Grafique la zona de abordaje según dibujos. |  |
|---|--|

1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

2. Nombre la técnica utilizada.



Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada.

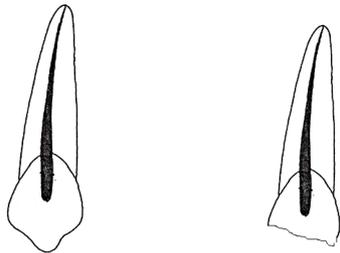


Autoevaluación de Errores: Marque con una x

| | | | |
|---------------------|--|---------------------------------|--|
| Abordaje incorrecto | | Desviación del eje longitudinal | |
| Fresa inadecuada | | Perforación | |
| Sobreextensión | | Eliminación parcial del techo | |
| Apertura estrecha | | Técnica inadecuada | |
| Presencia de caries | | Falta rectificación final | |

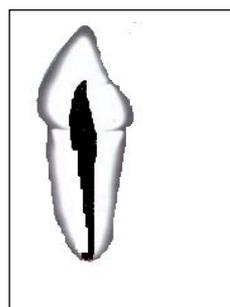
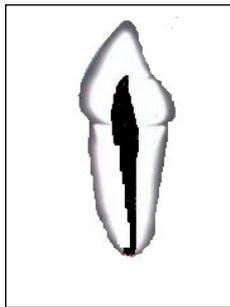
CANINO SUPERIOR

| | | |
|---|---|---|
| Pegue Rx Indique sentido: ----- | Pegue Rx Indique sentido: ----- | <p style="text-align: center;">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> Diente: ----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- ----- Dirección y tamaño del Conducto radicular: ----- ----- ----- |
|---|---|---|

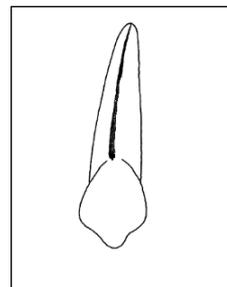
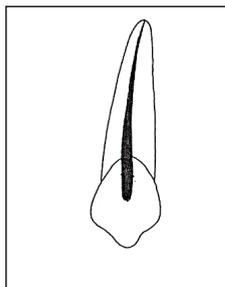
| | |
|---|--|
| Grafique la zona de abordaje según dibujos. |  |
|---|--|

1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

2. Nombre la técnica utilizada.



Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada.

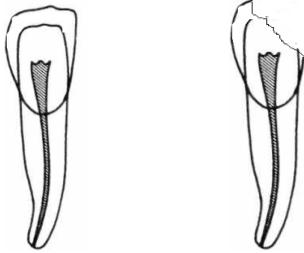


Autoevaluación de Errores: Marque con una x

| | | | |
|---------------------|--|---------------------------------|--|
| Abordaje incorrecto | | Desviación del eje longitudinal | |
| Fresa inadecuada | | Perforación | |
| Sobreextensión | | Eliminación parcial del techo | |
| Apertura estrecha | | Técnica inadecuada | |
| Presencia de caries | | Falta rectificación final | |

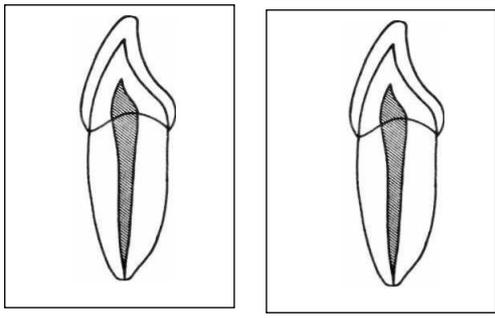
INCISIVOS INFERIORES

| | | |
|---|---|--|
| Pegue Rx Indique sentido: ----- | Pegue Rx Indique sentido: ----- | <p align="center">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> Diente: ----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- ----- Dirección y tamaño del Conducto radicular: ----- ----- ----- |
|---|---|--|

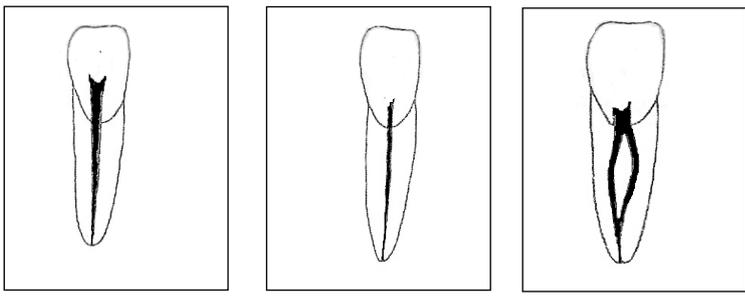
| | |
|---|--|
| Grafique la zona de abordaje según dibujos. |  |
|---|--|

1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

2. Nombre la técnica utilizada.



Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada.

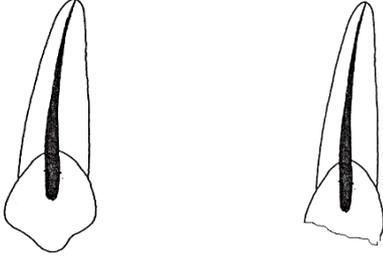


Autoevaluación de Errores: Marque con una x

| | | | |
|---------------------|--|---------------------------------|--|
| Abordaje incorrecto | | Desviación del eje longitudinal | |
| Fresa inadecuada | | Perforación | |
| Sobreextensión | | Eliminación parcial del techo | |
| Apertura estrecha | | Técnica inadecuada | |
| Presencia de caries | | Falta rectificación final | |

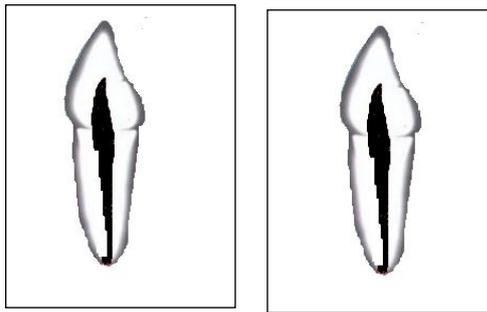
CANINO INFERIOR

| | | |
|---|---|--|
| Pegue Rx Indique sentido: ----- | Pegue Rx Indique sentido: ----- | <p style="text-align: center;">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> Diente: ----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- Dirección y tamaño del Conducto radicular: ----- ----- ----- |
|---|---|--|

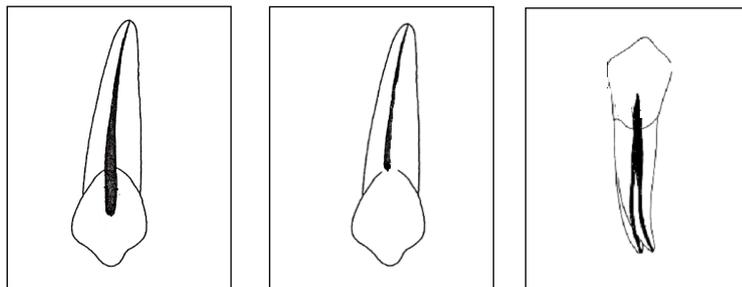
| | |
|---|--|
| Grafique la zona de abordaje según dibujos. |  |
|---|--|

1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

2. Nombre la técnica utilizada.



Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada.



Autoevaluación de Errores: Marque con una x

| | | | |
|---------------------|--|---------------------------------|--|
| Abordaje incorrecto | | Desviación del eje longitudinal | |
| Fresa inadecuada | | Perforación | |
| Sobreextensión | | Eliminación parcial del techo | |
| Apertura estrecha | | Técnica inadecuada | |
| Presencia de caries | | Falta rectificación final | |

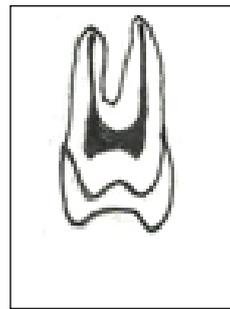
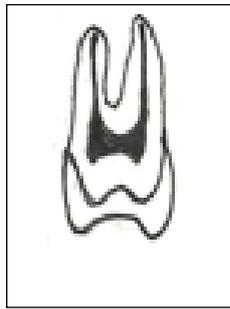
PREMOLARES SUPERIORES

| | | |
|---|---|--|
| Pegue Rx Indique sentido: ----- | Pegue Rx Indique sentido: ----- | <p align="center">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> Diente: ----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- ----- Dirección y tamaño de los Conductos radiculares: ----- ----- ----- |
|---|---|--|

| | |
|---|---|
| Grafique la zona de abordaje según dibujos. |  <p style="text-align: center;">Primero Segundo</p> |
|---|---|

1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

2. Nombre la técnica utilizada.



Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada.



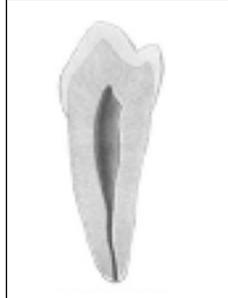
Autoevaluación de Errores: Marque con una x

| | | | |
|---------------------|--|---------------------------------|--|
| Abordaje incorrecto | | Desviación del eje longitudinal | |
| Fresa inadecuada | | Perforación | |
| Sobreextensión | | Eliminación parcial del techo | |
| Apertura estrecha | | Técnica inadecuada | |
| Presencia de caries | | Falta rectificación final | |

PREMOLARES INFERIORES

| | | |
|---|---|---|
| Pegue Rx Indique sentido: ----- | Pegue Rx Indique sentido: ----- | <p style="text-align: center;">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> Diente: ----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- ----- Dirección y tamaño de los Conductos radiculares: ----- ----- ----- |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| Grafique la zona de abordaje según dibujos. |  |  |
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; margin: 0 auto;">PRIMERO</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; margin: 0 auto;">SEGUNDO</div> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento en primer premolar .</p> <p>2. Nombre la técnica utilizada.</p> ----- |  |  |
|---|---|--|

| | | |
|---|--|---|
| Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada. |  |  |
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; margin: 0 auto;">1 Conducto</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; margin: 0 auto;">2 Conductos</div> |

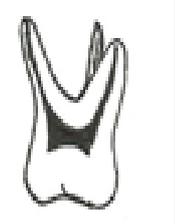
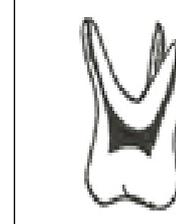
Autoevaluación de Errores: Marque con una x

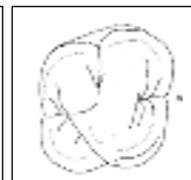
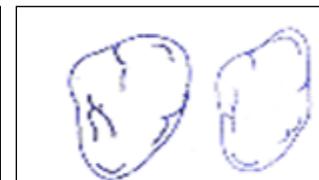
| | | | |
|---------------------|--|---------------------------------|--|
| Abordaje incorrecto | | Desviación del eje longitudinal | |
| Fresa inadecuada | | Perforación | |
| Sobreextensión | | Eliminación parcial del techo | |
| Apertura estrecha | | Técnica inadecuada | |
| Presencia de caries | | Falta rectificación final | |

MOLARES SUPERIORES

| | | |
|---|---|--|
| Pegue Rx Indique sentido: ----- | Pegue Rx Indique sentido: ----- | <p align="center">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> Diente: ----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- ----- Dirección y tamaño de los Conductos radiculares: ----- ----- ----- |
|---|---|--|

| | |
|---|---|
| Grafique la zona de abordaje según dibujos. |  <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">PRIMERO</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">SEGUNDO</div> </div> |
|---|---|

| | | |
|---|---|--|
| <p>1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.</p> <p>2. Nombre la técnica utilizada.</p> ----- |  |  |
|---|---|--|

| | | | |
|---|--|--|---|
| Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada. |  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; margin-top: 5px;">3 Conductos</div> |  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; margin-top: 5px;">4 Conductos</div> |  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; margin-top: 5px;">SEGUNDO</div> |
|---|--|--|---|

Autoevaluación de Errores: Marque con una x

| | | | |
|---------------------|--|---------------------------------|--|
| Abordaje incorrecto | | Desviación del eje longitudinal | |
| Fresa inadecuada | | Perforación | |
| Sobreextensión | | Eliminación parcial del techo | |
| Apertura estrecha | | Técnica inadecuada | |
| Presencia de caries | | Falta rectificación final | |

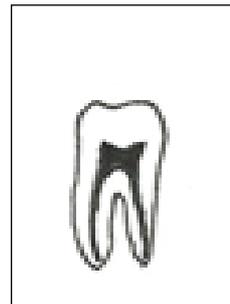
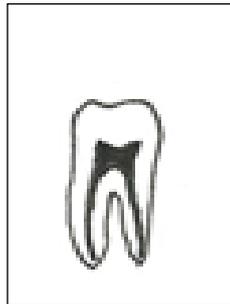
MOLARES INFERIORES

| | | |
|---|---|---|
| Pegue Rx Indique sentido: ----- | Pegue Rx Indique sentido: ----- | <p style="text-align: center;">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> Diente: ----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- ----- Dirección y tamaño de los Conductos radiculares: ----- ----- ----- |
|---|---|---|

| | | |
|---|--|--|
| Grafique la zona de abordaje según dibujos. |  |  |
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PRIMERO</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SEGUNDO</div> |

1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

2. Nombre la técnica utilizada.



| | | |
|---|--|--|
| Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada. |  |  |
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">3 Conductos</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">4 Conductos</div> |

Autoevaluación de Errores: Marque con una x

| | | | |
|---------------------|--|---------------------------------|--|
| Abordaje incorrecto | | Desviación del eje longitudinal | |
| Fresa inadecuada | | Perforación | |
| Sobreextensión | | Eliminación parcial del techo | |
| Apertura estrecha | | Técnica inadecuada | |
| Presencia de caries | | Falta rectificación final | |

INCISIVO - CANINO SUPERIOR

Mencione lo visto en el estudio radiográfico previo de Dirección y Tamaño del conducto radicular.

| |
|-------|
| ----- |
|-------|

Marque con una x el movimiento a emplear para explorar el conducto radicular y mencione el tipo y número de instrumento por utilizar.

| | | Instrumento | Nº |
|-------------|--|-------------|----|
| Sondeo | | | |
| Cateterismo | | | |

Nombre la técnica de preparación quirúrgica por emplear.

| |
|-------|
| ----- |
|-------|

Indique con una x el momento de la conductometría.

| |
|---|
| Antes de la preparación de acceso radicular |
|---|

| |
|---|
| Luego de la preparación de acceso radicular |
|---|

Según el caso marque el tipo de instrumento por usar en la preparación de accesos radiculares.

| | Tercio Coronario | Nº | Tercio Medio | Nº |
|-------------------------|------------------|----|--------------|----|
| Fresas de Gates-Glidden | | | | |
| Fresas de Pecho | | | | |
| Lima tipo K | | | | |
| Lima Hedström | | | | |
| Otro | | | | |

Conductometría

Indique el número de instrumento utilizado: -----

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Escriba la longitud de trabajo obtenida.

FICHAS DE REGISTRO DE TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS

| | |
|-----------|------------|
| Correcta: | Corregida: |
|-----------|------------|

Mencione el nombre de la técnica de obturación por efectuar.

| |
|----------|
| Técnica: |
|----------|

Conometría.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Determine y señale:

| |
|--|
| Nº cono principal elegido: |
| Punto de referencia y longitud del cono principal: |
| Nº Espaciador por elegir: |
| Nº Conos Accesorios por usar: |
| Sellador: |

Tratamiento Terminado

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Autoevaluación de Errores: Marque con una x.

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| Escalón | | Ensanchamiento transversal insuficiente | |
| Perforación | | Ensanchamiento transversal exagerado | |
| Transportación | | Pérdida de la longitud de trabajo | |

| | | | |
|-----------------|--|------------------------------------|--|
| Sobreobturación | | Mala elección del espaciador | |
| Sobre extensión | | Condensación insuficiente | |
| Subobturación | | Mala adaptación del cono principal | |

INCISIVO - CANINO SUPERIOR

Mencione lo visto en el estudio radiográfico previo de Dirección y Tamaño del conducto radicular.

| |
|-------|
| ----- |
|-------|

Marque con una x el movimiento a emplear para explorar el conducto radicular y mencione el tipo y número de instrumento por utilizar.

| | | Instrumento | Nº |
|-------------|--|-------------|----|
| Sondeo | | | |
| Cateterismo | | | |

Nombre la técnica de preparación quirúrgica por emplear.

| |
|-------|
| ----- |
|-------|

Indique con una x el momento de la conductometría.

| |
|--|
| Antes de la preparación de acceso radicular |
|--|

| |
|--|
| Luego de la preparación de acceso radicular |
|--|

Según el caso marque el tipo de instrumento por usar en la preparación de accesos radiculares.

| | Tercio Coronario | Nº | Tercio Medio | Nº |
|-------------------------|------------------|----|--------------|----|
| Fresas de Gates-Glidden | | | | |
| Fresas de Pecho | | | | |
| Lima tipo K | | | | |
| Lima Hedström | | | | |
| Otro | | | | |

Conductometría

Indique el número de instrumento utilizado: -----

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Escriba la longitud de trabajo obtenida.

FICHAS DE REGISTRO DE TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS

| | |
|-----------|------------|
| Correcta: | Corregida: |
|-----------|------------|

Mencione el nombre de la técnica de obturación por efectuar.

| |
|----------|
| Técnica: |
|----------|

Conometría.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Determine y señale:

| |
|--|
| Nº cono principal elegido: |
| Punto de referencia y longitud del cono principal: |
| Nº Espaciador por elegir: |
| Nº Conos Accesorios por usar: |
| Sellador: |

Tratamiento Terminado

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Autoevaluación de Errores: Marque con una x.

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| Escalón | | Ensanchamiento transversal insuficiente | |
| Perforación | | Ensanchamiento transversal exagerado | |
| Transportación | | Pérdida de la longitud de trabajo | |

| | | | |
|-----------------|--|------------------------------------|--|
| Sobreobturación | | Mala elección del espaciador | |
| Sobre extensión | | Condensación insuficiente | |
| Subobturación | | Mala adaptación del cono principal | |

INCISIVO - CANINO INFERIOR

Mencione lo visto en el estudio radiográfico previo de Dirección y Tamaño del conducto radicular.

| |
|-------|
| ----- |
|-------|

Marque con una x el movimiento a emplear para explorar el conducto radicular y mencione el tipo y número de instrumento por utilizar.

| | | Instrumento | Nº |
|-------------|--|-------------|----|
| Sondeo | | | |
| Cateterismo | | | |

Nombre la técnica de preparación quirúrgica por emplear.

| |
|-------|
| ----- |
|-------|

Indique con una x el momento de la conductometría.

| |
|--|
| Antes de la preparación de acceso radicular |
|--|

| |
|--|
| Luego de la preparación de acceso radicular |
|--|

Según el caso marque el tipo de instrumento por usar en la preparación de accesos radiculares.

| | Tercio Coronario | Nº | Tercio Medio | Nº |
|-------------------------|------------------|----|--------------|----|
| Fresas de Gates-Glidden | | | | |
| Fresas de Pecho | | | | |
| Lima tipo K | | | | |
| Lima Hedström | | | | |
| Otro | | | | |

Conductometría

Indique el número de instrumento utilizado: -----

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Escriba la longitud de trabajo obtenida.

FICHAS DE REGISTRO DE TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS

| | |
|-----------|------------|
| Correcta: | Corregida: |
|-----------|------------|

Mencione el nombre de la técnica de obturación por efectuar.

| |
|----------|
| Técnica: |
|----------|

Conometría.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Determine y señale:

| |
|--|
| Nº cono principal elegido: |
| Punto de referencia y longitud del cono principal: |
| Nº Espaciador por elegir: |
| Nº Conos Accesorios por usar: |
| Sellador: |

Tratamiento Terminado

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Autoevaluación de Errores: Marque con una x.

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| Escalón | | Ensanchamiento transversal insuficiente | |
| Perforación | | Ensanchamiento transversal exagerado | |
| Transportación | | Pérdida de la longitud de trabajo | |

| | | | |
|-----------------|--|------------------------------------|--|
| Sobreobturación | | Mala elección del espaciador | |
| Sobre extensión | | Condensación insuficiente | |
| Subobturación | | Mala adaptación del cono principal | |

PREMOLAR SUPERIOR

Mencione lo visto en el estudio radiográfico previo de Dirección y Tamaño de los conductos radiculares.

| | |
|---|-------|
| V | |
| P | |

Marque con una x el movimiento a emplear para explorar los conductos radiculares y nombre el instrumento utilizado para realizarlo.

| | Conducto Vestibular | Conducto Palatino | Instrumento |
|-------------|---------------------|-------------------|-------------|
| Sondeo | | | |
| Cateterismo | | | |

Nombre la técnica de preparación quirúrgica por emplear.

| |
|-------|
| |
|-------|

Indique con una x el momento de la conductometría.

| | |
|--|--|
| Antes de la preparación de acceso radicular | Luego de la preparación de acceso radicular |
|--|--|

Según el caso marque el tipo de instrumento por usar para la preparación de accesos radiculares.

| | Tercio Coronario | Nº | Tercio Medio | Nº |
|-------------------------|------------------|----|--------------|----|
| Fresas de Gates-Glidden | | | | |
| Fresas de Pecho | | | | |
| Lima tipo K | | | | |
| Lima Hedström | | | | |
| Otro | | | | |

Conductometría

Indique el número de instrumento utilizado: CV: ----- CP -----

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Escriba la longitud de trabajo obtenida

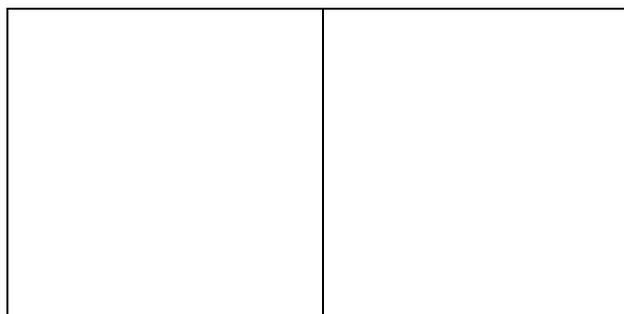
FICHAS DE REGISTRO DE TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS

| | |
|---------------|------------|
| V - Correcta: | Corregida: |
| P - Correcta: | Corregida: |

Mencione el nombre de la técnica de obturación por efectuar.

Técnica: _____

Conometría.



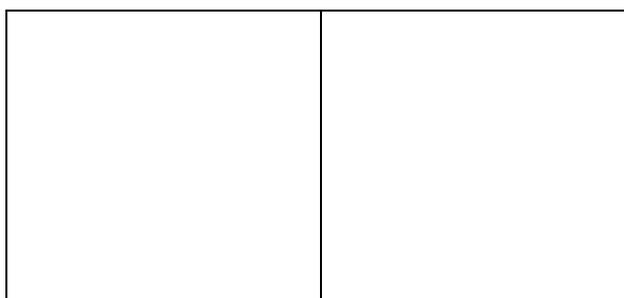
Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Determine y señale:

| |
|--|
| Nº cono principal elegido: |
| Punto de referencia y longitud del cono principal: |
| Nº Espaciador por elegir: |
| Nº Conos Accesorios por usar: |
| Sellador: |

Tratamiento Terminado



Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Autoevaluación de Errores: Marque con una x.

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| Escalón | | Ensanchamiento transversal insuficiente | |
| Perforación | | Ensanchamiento transversal exagerado | |
| Transportación | | Pérdida de la longitud de trabajo | |

| | | | |
|-----------------|--|------------------------------------|--|
| Sobreobturación | | Mala elección del espaciador | |
| Sobre extensión | | Condensación insuficiente | |
| Subobturación | | Mala adaptación del cono principal | |

MOLARES SUPERIOR Y/O INFERIOR

Marque con una x lo visto en el estudio radiográfico

| Conducto Radicular | Amplio | Atrésico | Calcificado | Recto | Curvo |
|--------------------|--------|----------|-------------|-------|-------|
| MV | | | | | |
| MP | | | | | |
| DV | | | | | |
| P | | | | | |
| | | | | | |
| MV | | | | | |
| ML | | | | | |
| D | | | | | |
| DV - DL | | | | | |

Marque con una x el movimiento a emplear para explorar los conductos radiculares y nombre el instrumento utilizado para realizarlo.

| | MV | MP | DV | P | MV | ML | D | DV-CL | INSTRUMENTO |
|-------------|----|----|----|---|----|----|---|-------|-------------|
| Sondeo | | | | | | | | | |
| Cateterismo | | | | | | | | | |

Indique con una x el momento de la conductometría.

Antes de la preparación de acceso radicular

Luego de la preparación de acceso radicular

Según el caso marque el tipo de instrumento por usar para la preparación de accesos radiculares.

| | Tercio Coronario | Nº | Tercio Medio | Nº |
|-------------------------|------------------|----|--------------|----|
| Fresas de Gates-Glidden | | | | |
| Fresas de Pecho | | | | |
| Lima tipo K | | | | |
| Lima Hedström | | | | |
| Otro | | | | |

Conductometría

Indique los números de instrumentos utilizados:

CMV: ----- CMD ----- MP----- P -----

CMV: ----- CML ----- D----- DL- DV P -----

FICHAS DE REGISTRO DE TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Escriba la longitud de trabajo obtenida

| Conducto | Correcta | Corregida |
|----------|----------|-----------|
| MV | | |
| MP | | |
| DV | | |
| P | | |
| | | |
| MV | | |
| ML | | |
| D | | |
| DV-DL | | |

Mencione el nombre de la técnica de obturación por efectuar según conducto.

Técnica:

Conometría.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía

Pegar Radiografía

Determine y señale

FICHAS DE REGISTRO DE TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS

| | MV | MP | DV | P | MV | ML | D |
|---|----|----|----|---|----|----|---|
| Nº cono principal elegido | | | | | | | |
| Punto de referencia y longitud del cono principal | | | | | | | |
| Nº Espaciador por elegir | | | | | | | |
| Nº Conos Accesorios por usar | | | | | | | |
| Sellador | | | | | | | |

Tratamiento Terminado

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Pegar Radiografía Pegar Radiografía

Autoevaluación de Errores: Marque con una x.

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| Escalón | | Ensanchamiento transversal insuficiente | |
| Perforación | | Ensanchamiento transversal exagerado | |
| Transportación | | Pérdida de la longitud de trabajo | |

| | | | |
|-----------------|--|------------------------------------|--|
| Sobreobturación | | Mala elección del espaciador | |
| Sobre extensión | | Condensación insuficiente | |
| Subobturación | | Mala adaptación del cono principal | |

ACTIVIDADES PRÁCTICAS CLÍNICAS

• **INSTRUMENTAL y MATERIALES: LISTA GENERAL.**

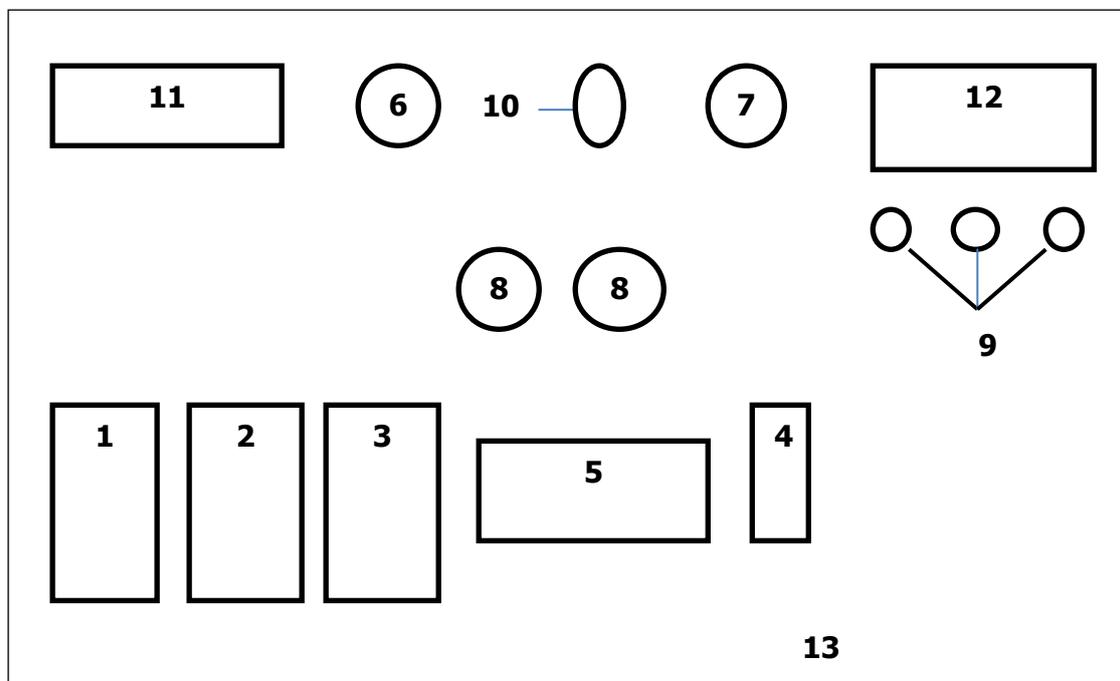
FORMAS DE DISPOSICIÓN DEL INSTRUMENTAL PEQUEÑO EN LAS CAJAS PARA LOS TRABAJOS PRÁCTICOS CLÍNICOS

| | | | | |
|--|----------------------|----------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Regla milimetrada – clamps – Bisturí – Topes de goma | | | | Torundas de algodón |
| Limas lisas N° 30 | Limas lisas N° 45 | Limas lisas N° 70 | Instrumentos Protaper | |
| Limas lisas N° 25 | Limas lisas N° 50 | Limas lisas N° 80 | Espaciadores digitales | |
| Limas lisas N° 20 | Limas lisas N° 55 | Limas Hedstrom | Fresas y piedras Ensanchadores | |
| Limas lisas N° 10 -15 | Limas lisas N° 60 | Pulpótomos | Conos de papel Finos y gruesos | |

| | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|---------------------------|---------------------|
| Regla milimetrada – clamps – Bisturí | | | | Torundas de algodón |
| Limas lisas 21 mm 15-40 | Limas lisas 31 mm 15-40 | Pulpótomos | Topes de goma | |
| Limas lisas 21 mm 45-80 | Limas lisas 31 mm 45-80 | Instrumentos Protaper | Fresas y piedras | |
| Limas lisas 25 mm 15-40 | Limas Hedstrom 21 mm 15-40 | Espaciadores digitales | Conos de papel finos | |
| Limas lisas 25 mm 45-80 | Limas Hedstrom 21 mm 45-80 | Fresas de Gates Glidden Ensanchadores | Conos de papel gruesos | |

PREPARACIÓN DE LA MESA OPERATORIA PARA LOS TRABAJOS PRÁCTICOS CLÍNICOS

El instrumental, será distribuido en la mesa clínica para facilitar las maniobras técnicas. El armado permitirá el trabajo conjunto de dos alumnos.



Referencias

1. Instrumental de Inspección y Exploración.
2. Instrumental para anestesia e irrigación.
3. Instrumental para aislamiento.
4. Esponjero.
5. Caja de endodoncia.
6. Gasero.
7. Frasco de residuos.
8. Cápsulas de Petri.
9. Líquidos irrigantes (Vasos Dappen y/o frascos profundos).
10. Lámpara de alcohol.
11. Caja de cirugía con instrumental.
12. Medicamentos.
13. Compresa de tela o descartable.

El objetivo de la ficha de registro es que usted durante el desarrollo de la actividad práctica clínica realice los pasos de un tratamiento endodóntico y transfiera los conocimientos teóricos estudiados.

Las Historias Clínicas de Tratamientos Endodónticos tienen por objetivo que Uds. confeccionen las mismas para arribar a un diagnóstico apropiado, siendo conscientes del gran valor que tienen los datos que allí se asientan.

La reunión de antecedentes resultantes de una historia relatada y de un examen completo, donde se recaban, evalúan, clasifican y asientan con claridad los síntomas y signos de una enfermedad, observando al paciente en su totalidad.

El diagnóstico les permitirá identificar el caso clínico, realizar el alivio del dolor si fuera necesario, orientarse en el tipo de tratamiento y establecer un posible pronóstico del caso.

Estas fichas de registro preclínico serán evaluadas por su docente al finalizar cada uno de los prácticos realizados, colocando su calificación.

GRILLA DE OBSERVACIÓN DE LOS TRABAJOS PRÁCTICOS CLÍNICOS

| Endodoncia | Elemento | | | Elemento | | | Elemento | | | Elemento | | |
|------------------|----------|---|---|----------|---|---|----------|---|---|----------|---|---|
| | E | B | R | E | B | R | E | B | R | E | B | R |
| Mesa operatoria | | | | | | | | | | | | |
| Conocimientos | | | | | | | | | | | | |
| Técnica aplicada | | | | | | | | | | | | |

| Endodoncia | Elemento | | | Elemento | | | Elemento | | | Elemento | | |
|------------------|----------|---|---|----------|---|---|----------|---|---|----------|---|---|
| | E | B | R | E | B | R | E | B | R | E | B | R |
| Mesa operatoria | | | | | | | | | | | | |
| Conocimientos | | | | | | | | | | | | |
| Técnica aplicada | | | | | | | | | | | | |

Escala de calificación: Excelente 50%, Bueno 35%, Regular 15%.

PROMEDIO CLÍNICO:

Promocional: 10 a 7 (100 a 80.01%) - Regular: 6,5 a 4 (80 a 60%) - Libre: 3 a 1 (59.99 a 1.00%)

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñaamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñaamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñaamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodónico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñaamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñaamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñaamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñaamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñaamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñaamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñaamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido ----- Edad ----- Sexo -----

Domicilio ----- Bº ----- TE -----

Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()

Obra Social: Si () No () ¿Cuál? -----

Motivo de la consulta: -----

ANAMNESIS GENERAL

¿Padece o padeció Fiebre Reumática? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Tiene algún problema cardíaco? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Padece o padeció Mal de Chagas? SÍ () NO () ¿Recibe o recibió tratamiento? ()

¿Cuál? ----- ¿Desde cuándo? -----

¿Es Hipertenso? SÍ () NO () ¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? ()

¿Es Diabético? SÍ () NO () ¿Toma alguna medicación? () ¿Cuál? ()

¿Es alérgico? SÍ () NO () Anestésicos () Antibióticos () ¿Cuál? -----

¿Presenta problemas en los Riñones? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Toma medicación? SÍ () NO () ¿Cuál? -----

¿Está embarazada? SÍ () NO () ¿Cuántos meses? -----

Está autorizada para el tratamiento por el médico -----

ANAMNESIS LOCAL

Pieza Dentaria: -----

Remota (Datos de interés): -----

Actual (Datos referidos al dolor Pulpar):

Dolor Provocado: Frío SÍ () NO () Calor SÍ () NO () Dulces SÍ () NO () Ácidos

SÍ () NO () Succión SÍ () NO () Contacto antagonista SÍ () NO ()

Desaparece: SI () NO ()

Dolor Espontáneo: Localizado SÍ () NO () Difuso SÍ () NO () Irradiado SÍ

() NO () Diurno SÍ () NO () Nocturno SÍ () NO ()

Intensidad: Agudo SÍ () NO () Sordo SÍ () NO () Pulsátil SÍ () NO ()

Duración: Fugaz SÍ () NO () Persistente SÍ () NO () Continuo SÍ () NO ()

EXAMEN CLÍNICO

Inspección

Tej. Duros: Caries SÍ () NO () Fractura SÍ () NO () Fisura SÍ () NO ()

Abrasión SÍ () NO () Cambio coloración de corona: Opaco () Pardo () Amarillo()

Gris () Negro ()

Tej. Blandos: Gingivitis SÍ () NO () Fístula SÍ () NO () Pólipo SÍ () NO ()

Ubicación: ----- Edema SÍ () NO () Adenopatía SÍ () NO ()

Enf. Periodontal SÍ () NO () Movilidad SÍ () NO () Trauma oclusal SÍ () NO ()

Tratamiento Previo: Operatoria () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara Pulpar: Abierta () Cerrada ()

Percusión: Vertical Positiva () Negativa () Horizontal Positiva () Negativa ()

PULPOTERMOGRAMA

| E.D Nº | Estímulo | | Respuesta | | Persistencia del dolor | |
|--------|----------|-------|-----------|---|------------------------|----|
| | Frío | Calor | + | - | sí | no |
| | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

TESTS COMPLEMENTARIOS

Cavidad () Acuñaamiento () Transiluminación () Tinción () Anestesia ()
Canalización de Fístula () Sondeo Periodontal () Otros: ()

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia () Intermedia () Atrésica () Deformada () Nódulos ()
Calcificada ()

Conductos Radiculares:

1- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

2- Amplio () Atrésico () Calcificado () Recto () Curvo () Acodado ()

Apexogénesis: Completa () Incompleta ()

Periodonto: Normal () Ensanchado () Patología: Apical () Lateral ()

Reabsorción () Fractura () Hipercementosis () Otros: -----

Diagnóstico ----- Tratamiento -----

Nombre Operador ----- Ayudante -----

Medicación Indicada: SI--- NO--- ¿Cuál?-----

Observaciones: -----

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por el presente, Yo -----, declaro que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento de conducto en uno o más de mis dientes, ya que la única alternativa a este tratamiento es la extracción dentaria.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la eliminación total del tejido pulpar enfermo, mal llamado "nervio". Que el procedimiento radica en eliminar la caries, realizar la apertura del diente, limpiar, desinfectar y conformar el conducto, para luego rellenarlo con un material específico.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y el compromiso infeccioso del diente, que en ese caso entre una sesión y otra se deja una obturación (pasta provisoria) para proteger el diente.

Además he sido informado convenientemente que una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una obturación coronaria definitiva, quedando esa restauración posterior sobre el diente, bajo mi responsabilidad a los 15 a 20 días de realizado este trabajo, que aquí sólo se me realizará el tratamiento de conducto radicular,

También he sido informado sobre la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar después de la atención y entre una sesión y otra, pudiendo aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.

Se me ha explicado que debido al debilitamiento que sufre el diente bajo el tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, calcificación del conducto, u otras situaciones complejas, existe la posibilidad de sufrir problemas como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Fecha ----- Hora ----- Lugar -----

Firma del paciente o tutor

Aclaración

Nº Documento