

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Cátedra "B" de Endodoncia

Profesora Titular Interina: Dra. ANA LÍA ARENA

Profesora Adjunta Interina: Dra. GABRIELA GIOINO

COLABORADORES

Profesores Asistentes:

- Od. GÓMEZ, CLOTILDE**
- Dra. GUTIÉRREZ, MARISA**
- Od. CARVAJAL, MARIANA**
- Od. LLOMPART, LILIANA**
- Od. FADEL, PATRICIA**
- Od. LUJÁN, GABRIELA**
- Od. VILLALBA, CAROLINA**
- Od. GAROFLETTI, JULIETA**
- Od. BRONSTEIN, MARTÍN**
- Od. ESCRIBANO, FLORENCIA**

3ra Edición

2018

Arena, Ana Lia

Guía de endodoncia : actividades prácticas 2018 / Ana Lia Arena ; Gabriela Gioino ; contribuciones de Clotilde Gómez ... [et al.] ; compilado por Gabriela Gioino ; Ana Lia Arena ; editado por Luis Crohare ; ilustrado por Patricia Fadel ; Julieta Garofletti. - 1a ed. - Córdoba : Universidad Nacional de Córdoba, 2018.

76 p. : il. ; 30 x 21 cm.

ISBN 978-950-33-1408-1

1. Endodoncia. 2. Actividad. 3. Lesión. I. Gómez, Clotilde , colab. II. Gioino , Gabriela , comp. III. Arena, Ana Lia, comp. IV. Crohare, Luis, ed. V. Fadel , Patricia, ilus. VI. Garofletti, Julieta , ilus. VII. Título.

CDD 617.6

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

Complete los siguientes **DATOS:**

NOMBRE Y APELLIDO -----

DOMICILIO -----

TELÉFONO -----

TURNO DE TRABAJO -----

PROFESOR ASISTENTE -----

RECOMENDACIONES:

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

- La GUÍA es **su documento personal** en la asignatura.
- Todos sus trabajos **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 *online***.
- Respetar el reglamento interno de la Cátedra y las reglamentaciones, ordenanza, etc. dictadas por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Odontología UNC.

INSTRUMENTAL Y MATERIALES PARA LOS PRÁCTICOS DE ENDODONCIA

- Contrángulo, prolongador y enchufe triple. Turbina con acople
- Contrángulo para micromotor sistema intra.
- Decadrón y Adrenalina (Kit completo. Uno por comisión)

DIAGNÓSTICO

- 1 Transiluminador.
- Placas Radiográficas 6-8 por práctico
- 4 clips para Rx metálicos.
- Portaguñas con cremallera para retiro de agujas de jeringa carpule y/o ayuda en tomas Rxs.
- Posicionador radiográfico
- 1 Lupa.
- GAS REFRIGERANTE en spray para realizar pruebas pulpares: Klepp Ice, Provo test, Endo-Ice*
- Gutapercha en barra
- 1 Lámpara de alcohol de vidrio.
- 1 Gasero mediano con gasas y torundas de algodón estériles.

AISLAMIENTO

- Goma dique.
- 1 Perforador para goma dique.
- 1 Pinza porta-clamps.
- 1 Arco para goma dique preferentemente de plástico o metálico
- 1 Clamp con aletas para dientes anteriores N° 211#9 Hygienic, Hu-Friday N° 6 ó 9S
- 2 Clamp con aletas para premolares N° 209. Hu-Friday 2A ó 13 A
- 1 Clamp con aletas para molares N° 204 o Ash "G" CL # 3. Hygienic, Hu-Friday N° 10 ó 11
- Accesorios para aislamiento: Barrera gingival fotocurado (Tedequim-Maquira). Teflón. Adhesivo en gel tipo La Gotita. Adhesivo de prótesis tipo Corega.
- 1 Tijera pequeña.

EXPLORACIÓN

- 1 Caja de cirugía.
- 3 Bandejas para instrumental.
- 2 Espejos sin aumento.
- 2 Exploradores rectos tipo N° 15 o 18 Maillefer o similar. Hu-Friday EXS 6XL. No sonda periodontal.
- 2 Pinzas para algodón

ANESTESIA

- 1 Jeringa tipo Carpule.
- Agujas cortas para Carpule. Anestesia tópica y en cartuchos.

IRRIGACIÓN Y DESINFECCIÓN

- 4 Vasos Dappen. Distintos colores o frascos profundos con tapa.
- Set Estudiantil de irrigación Endo-Quim. Con agujas y jeringas de Tedequim
- Ampollas de agua destilada.
- Antiséptico (alcohol yodado, DG6, Merthiolate incoloro, etc.)
- EDTAC
- Alcohol puro frasco grande. *
- Clorofenol alcanforado. *

CAJA DE EDODONCIA

- 1 Caja de endodoncia de doble tapa, de 21 x 10 x 2,5 cm, con compartimientos estampados.
- Caja metálica para endodoncia de 5 x 10 cm con esponja descartable para cada práctico.
- Regla metálica para endodoncia
- Piedras de diamante esféricas N° 4 y 5. (Turbina y contrángulo)
- Fresas esféricas de carburo de tungsteno N° 4-5 y 6 para Turbina y contrángulo: dos de cada una.
- Fresas esféricas extralargas N° 2 y 4 para contrángulo. (SS White o similar)
- 2 Piedras troncocónicas para turbina N° 724 o similar
- 1 Caja de pulpótomos. *
- Topes de silicona para instrumentos endodónticos. *

KIT DE ENDODONCIA DENTSPLY

- Fresas de Gates Glidden N° 1, 2 y 3.(dos de cada una)
- 2 Cajas de limas tipo K de 25mm de largo, del #15 al 40 (1ra. serie).
- 2 Caja de limas tipo K de 25mm de largo, del # 45 al 80 (2da. serie).
- 1 Caja de limas tipo K de 31 mm de largo, del #15 al 40
- 1 Caja de limas tipo K de 31 mm de largo, del #45 al 80
- 1 Caja de limas flexibles del #15 al 40 de 25 mm de largo
- 1 Caja de limas tipo K N° 10 de 25mm de largo.
- 1 Caja de limas tipo K N° 15 al 40 de 21mm de largo.
- 1 Caja de limas Hedström de 25mm del # 15 al 40 (1ra serie).
- 1 Caja de limas Hedstrom de 25mm del # 45 al 80 (2da serie).
- 1 Caja de sistema mecanizado ProtaperNext
- 1 lima Proglider
- 1 Caja de espaciadores digitales de acero inoxidable, A.B.C.D
- 1 caja de conos de gutapercha Protaper F1-F2-F3

OPTATIVO del Kit:

- 1 Regla calibradora.
- Esponjero Dentsply
- Fresa Endo Z
- 1 Caja de conos de gutapercha # 15 al 40 Dentsply- Maillefer
- 1 Caja de conos de gutapercha # 45 al 80 Dentsply- Maillefer
- 3 Cajas de conos de gutapercha accesorios: MF - F- FM Dentsply- Maillefer

OBTURACIÓN

- 1 Espátula para cemento.
- 2 Losetas finas.
- 1 Cápsula de Petri, chica.
- 2 Goteros de Peter Tomas (fino y grueso)
- 1 Atacador para gutapercha.
- 1 Atacador para cemento.
- 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.
- 3 Cajas de conos de gutapercha accesorios: MF-F-FM (Dia-Dent, UDM Fine, Sharpy, Meta, Sure-Endo
- Conos de papel del #15 al 40 estériles.
- Conos de papel del #45 al 80 estériles.
- 1 hoja de bisturí N° 15.
- Cemento sellador: Grossman - EndoSell (Tedequim)
- Cemento a base de resina. EndoSell R. (Tedequim). Uno por comisión.
- Hidróxido de Ca (polvo).*
- Cementos provisorios (Cavit, IRM, Provis).
- Ionómero autocurable.*

DESCARTABLES

- 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).
 - Microcánulas para cirugía (Punta de succión pequeña verde o azul)
 - Vasos descartables para pacientes.
 - Bolsas de papel Kraft (para esterilización, tamaño adecuado).
 - Papel sulfito.
 - Envase tipo TupperWare, involucable, con Glutaraldehido 2%.
 - Cepillo pequeño para limpiar el instrumental.

(*): Materiales que pueden compartirse con el compañero de sillón

PRE CLÍNICA

- Dientes extraídos frescos: I, C, PM y M, superiores e inferiores, varios de cada uno.
- Frasco de análisis clínico rotulado para guardar los dientes de preclínica.
- Cera Utility.
- 1 Caja metálica de 5 x 10 cm. Con mitad de esponja descartable

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 glutaraldeído 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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**PROTOCOLO PARA ACTIVIDADES PRÁCTICAS ESTUDIANTES Y DOCENTES
DE CUARTO AÑO DE ENDODONCIA "A" y "B"**

FUNDAMENTO: ¿Qué se entiende por riesgo? La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define al riesgo como "la probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad" además, centrarse en los riesgos para la salud es la clave de la prevención". El odontólogo está expuesto a agentes químicos, físicos, biológicos y a riesgos generados por la propia actividad profesional. Entre los microorganismos potencialmente patógenos y transmisibles se pueden mencionar el citomegalovirus (VMC), el virus de la hepatitis B y C (VHB y VHC), el virus herpes simple tipo 1 y 2, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), *Mycobacterium tuberculosis*, *Stafilococcus Aureus*, *Cándida albicans* entre otros.

¿Cómo se controlan los riesgos? Dice la OMS que "la percepción que tiene una persona del riesgo y su reacción a éste depende de la experiencia previa y de la información y los valores recibidos de la familia, la sociedad y el gobierno". El profesional odontólogo debe estar capacitado para realizar las "intervenciones" necesarias sobre la cadena de transmisión. Se entiende por intervención "toda acción sanitaria – actividad de promoción, prevención, curación o rehabilitación – cuyo propósito principal es mejorar la salud". (OMS). Desde este enfoque se introduce el concepto de **BIOSEGURIDAD** que se define como **conjunto de NORMAS, entendidas como doctrina de comportamiento, encaminadas a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo de adquirir infecciones accidentales, diseñadas para la protección del hombre, la comunidad y el ambiente del contacto accidental con agentes que son potencialmente nocivos: patógenos, biológicos, agentes químicos y elementos radioactivos.** Las estrategias para reducir el riesgo de accidentes laborales durante el acto odontológico, están bajo normativas y protocolizadas por distintos organismos internacionales, entre ellos la Asociación Dental Americana, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS.

Pilares de Bioseguridad: se apoya en la preparación previa, durante y final de la atención del paciente para ello debemos tener en cuenta: el espacio físico y mobiliario del lugar, el operador y sus auxiliares y el instrumental y equipamiento.

OBJETIVO: Definir los comportamientos a adoptar por docentes y estudiantes para prevenir riesgos e infecciones cruzadas.

MEDIDAS GENERALES.

1. Los docentes son los responsables de hacer cumplir las "Normas de Bioseguridad" para asegurar que el ambiente de trabajo esté en condiciones de seguridad e higiene. La Institución deberá prever que cada sala cuente con bolsas para residuos del color que corresponda, jabón líquido y toallas descartables y/o alcohol en gel.
2. El estudiante que deba realizar actividades dentro de las salas de trabajos prácticos sólo lo puede hacer en presencia de un docente responsable.
3. El acceso a las salas de trabajos prácticos, por razones de seguridad, estará restringido al público en general.
4. Al entrar a cada sala, deberán dejar carteras, libros y objetos personales en el lugar que la Institución brinde o indique para tal fin.
5. No está permitido el consumo de alimentos, bebidas o goma de mascar en las salas de prácticos.

PRESENTACION PERSONAL

1. Los docentes y los estudiantes deberán ingresar a la sala de trabajos prácticos vestidos con ambo o ropa de calle (no podrán usar pantalones cortos y polleras muy cortas); el calzado será cerrado, de corte alto, que cubra todo el pie, liso, sin perforaciones, de material resistente y suela antideslizante.
2. Las uñas deben estar cortas y en condiciones de higiene.

PREPARACIÓN PERSONAL

1. Docentes y estudiantes se recogerán el cabello al ingresar a la sala de prácticos.
2. Tanto docentes como estudiantes usarán -obligatoriamente- cofias para actividades pre-clínicas y clínicas.
3. Docentes y estudiantes se colocarán el guardapolvo en la sala. Traerlo en perfectas condiciones de higiene en una bolsa de nylon tipo ziploc. Las características del mismo deberán responder a la normativa vigente. (Ver Protocolo vestimenta para Profesores y Alumnos de la Facultad de Odontología Res 418/16 HCD.).

PREPARACIÓN DEL AMBIENTE DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PRÁCTICA

1. Efectuar un lavado de manos sencillo (agua y jabón líquido o alcohol en gel).
2. Colocarse manoplas descartables y limpiar la zona de trabajo: mesadas, microscopio; con toallas descartables embebidas en alcohol al 70% o toallas comerciales embebidas en desinfectantes- cloruro de Benzalconio o Amonios cuaternarios- (PerioBacter o Ayudín).

Al finalizar, descartar las manoplas y toallas en bolsa roja.

Nota: Los desinfectantes nunca se deben aerolizar, sino que deben embeberse en toallas de un solo uso; luego friccionar con ellas la superficie de trabajo deslizándolas en un sólo sentido, por ejemplo de derecha a izquierda.

3. Lavarse las manos de acuerdo al procedimiento que se va a efectuar. Si se dispone de piletas seguir el protocolo de agua y solución jabonosa, si no seguir el protocolo de lavado de manos con solución hidro alcohólica al 70%.

En **Prácticas Clínicas** se aplicarán el Protocolo de lavado de manos con agua y solución jabonosa. En las **Prácticas Quirúrgicas** se aplicará el Protocolo de Lavado de Manos Quirúrgico (Ver Anexo 2).

4. Si la actividad Práctica implica **ATENCIÓN CLÍNICA**, entre estudiantes o con pacientes, se deberán emplear las **BARRERAS DE PROTECCIÓN PERSONAL** tanto para el paciente como para el **estudiante y el docente** (uso de guardapolvo, cofia, barbijo, guantes, protectores oculares).
5. Usar barbijo- en algunas actividades Prácticas de Laboratorio- si se usan sustancias químicas o se genera polvillo.
6. **Mesa de trabajo:** En situaciones **PRE-CLÍNICAS**, prepararla con compresa descartable, sobre el cual dispondrán el respectivo instrumental desinfectado.
7. Si la actividad **Práctica** implica **ATENCIÓN CLÍNICA**, entre estudiantes o con pacientes, la **MESA CLÍNICA** se preparará con todos los requisitos de desinfección esterilización según la práctica a desarrollar y enseñada por cada docente. El estudiante deberá disponer de todos los elementos e instrumental requeridos para el desarrollo de cada actividad práctica.
8. El instrumental para las prácticas en ENDODONCIA deberá estar esterilizado según protocolos de la Central de Esterilización.

9. Las **PLACAS RADIOGRÁFICAS** se utilizarán en prácticas clínicas con el Posicionador de Rxperiapicales o con pinza con cremallera, con el fin de ubicar la Rx en la boca del paciente. De esa manera se protegerá tanto al paciente como al operador, luego se descartará en la bolsa roja el sobre que protege a la Rx, después de su revelado.

Nota: El **barbijo impermeable de polipropileno**, cubrirá nariz y boca. Deberá descartarse al finalizar la actividad correspondiente.

Guantes: Deberán ser de látex o nitrilo de un solo uso, de calidad aprobada.

En caso de presentar heridas o excoiaciones en la piel de las manos, cubrirlas con un apósito adhesivo de gasa con antiséptico. Si la herida es extensa, colocar un dedil de goma o doble par de guantes. En caso de alergias al látex, se recomienda la colocación de guantes de algodón dermatológico debajo de los de látex; otra alternativa es usar guantes sin látex o de compuestos hipo-alergénicos.

Recordar: Con guantes colocados no se pueden tocar superficies como papeles, picaportes, celulares, etc., como tampoco pueden tocarse ojos, nariz, piel expuesta o acomodarse el cabello.

Es importante mantener una postura correcta para mantener la salud física.

Es imperioso aprender a sentarse ergonómicamente en el lugar de trabajo.

PROCEDIMIENTOS POST-PRÁCTICO

1. Guardar el instrumental y materiales en cajas plásticas herméticas dentro de sus bolsos para evitar riesgos.
2. Procederán a desinfectar adecuadamente cada uno de ellos según protocolo del Anexo para luego llevar a CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN los que así lo requieran. (Ver Protocolo de Procesamiento de Instrumental Metálico)
3. Todos los residuos generados, químicos (líquidos o sólidos), biológico o elementos corto-punzantes serán eliminados en los recipientes adecuados a tal fin.
No desechar los residuos por los desagües de las piletas, sanitarios o recipientes comunes para residuos. Elementos corto-punzantes deberán descartarse en contenedores rígidos específicos, elementos con riesgo biológico en bolsas rojas y el resto en bolsas negras.
4. Limpiar la mesada de trabajo y el equipo odontológico con toallas desechables embebidas en alcohol al 70% o las toallas comerciales embebidas en desinfectantes cloruro de Benzalconio o Amonios cuaternarios- (PerioBacter o Ayudín).
5. Retirarse los guantes de látex del revés, y barbijo (según actividad) y desechar los elementos de un solo uso en un contenedor con bolsa roja.
6. Lavarse las manos con agua y jabón líquido o alcohol en gel.
7. Quitarse el guardapolvo y guardarlo en una bolsa antes de abandonar el ámbito de práctico.
8. Las instalaciones quedarán en correctas condiciones de orden e higiene.

EN CASO DE CUALQUIER ACCIDENTE se deben seguir las NORMAS PROTOCOLIZADAS:

1. Accidentes con elementos corto-punzantes en actividades clínicas seguir el protocolo correspondiente. (Ver Protocolo a seguir en Accidentes con elementos Corto-Punzantes Res: 148/14 HCD)
2. Salpicaduras de piel intacta: Efectuar arrastre mecánico con abundante agua corriente, no menos de 1 min.
3. Salpicaduras de conjuntiva ocular: Ejecutar arrastre mecánico con abundante solución fisiológica estéril, Luego colocar colirio simple.

ANTE CUALQUIER ACCIDENTE: PRIMERO INFORMAR A SU DOCENTE y Consultar con el servicio médico de la Facultad acompañado por su docente responsable y seguir las normas protocolizadas.

ENSEÑANZA DE PROCEDIMIENTO DE DESECHO Y DESCONTAMINACIÓN DEL INSTRUMENTAL

1. Descartar de manera cuidadosa y concentrada (sin estar charlando con otro compañero) TODO lo punzo-cortante. (aguja de irrigación, aguja de carpule, limas deterioradas, pulpótomos y fresas de Gates-Glidden dobladas), en los recipientes destinados a tal fin.
2. Colocar una sustancia de contaminante, viricida o detergente tri-enzimático en un recipiente plástico tipo Tupperware y diluir con la cantidad de agua correspondiente.
3. Depositar en este recipiente todo el instrumental del esponjero, fresas y piedras usadas, instrumental de exploración, regla, clamps y perforador de goma dique, jeringa carpule. DEJAR ALLÍ POR VARIOS MINUTOS.
4. Descartar esponja de esponjero, baberos utilizados por el paciente, eyector de saliva y vaso del paciente y de residuos.
5. Hacer correr agua por la salivadera y con los guantes colocados y una servilleta descartable limpiar los residuos de la salivadera. Descartar todo.
6. Limpiar loseta y espátula. Limpiar cápsula de Petri y vasos dappen.
7. Limpiar bandejas y cerrar caja de endodoncia.
8. Guardar medicamentos e instrumental no contaminado.
9. Lavar con agua el instrumental del Tupperware SIN TOCARLO.
10. Eliminar agua y tapar de forma hermética. SIN TOCARLO.
11. En forma posterior limpiar minuciosamente el instrumental. Las limas y fresas pueden limpiarse con un cepillo dental destinado a tal fin. Enjuagar y colocar sobre papel absorbente para secar.
12. Reponer el instrumental descartado, acomodar en la caja de Endodoncia. Posteriormente esterilizar.

AUTOR: Prof. Dra. Cecilia de Caso

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.

Contenido a enseñar	Metodología	Evaluación
- Protocolo de shock anafiláctico	Enseñanza riesgos de Anestesia	Ficha de trabajos prácticos-guía de contenidos
- Posición paciente/operador Maxilar superior e inferior	Enseñanza teórica y Demostración práctica	Ficha de Trabajo práctico-guía de contenidos
- Protectores oculares - Barreras de Protección	- Protectores oculares - Barreras de Protección	- Evaluar al alumno durante el práctico
- Uso de barreras protectoras: . Vestimenta . Guantes	- Dictar un teórico de Bioseguridad - Proteger con film el sillón y manijas	- Evaluar al alumno durante el práctico
- Uso de detergente tri enzimático	- Incorporar en la Guía de Contenidos el Protocolo de Desechos y Descontaminación del Instrumental	- Incluir una pregunta en parcial
- Caja de cartón para descartar sobres de plomo de Rx	- Explicación en la clase teórica.	

BIBLIOGRAFÍA

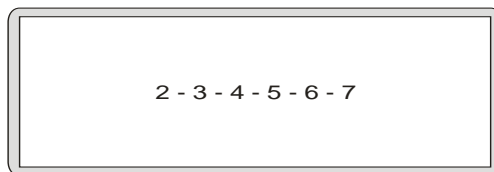
- Guía General de Bioseguridad para el Control de Infección en la Práctica Odontológica. UBA. 2007
- OMS: Manual de Bioseguridad en el Laboratorio. http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/CDS_CSR_LYO_2004_11SP.pdf
- Center for Disease Control (CDC) ()• American Dental Association (ADA) (<http://www.ada.org/>---UNC: Manual de Bioseguridad. <http://www.odo.unc.edu.ar/sitioanterior/images/banners/bannerdiseño/bioseguridad.png><https://www.youtube.com/watch?v=uAxIMEHJy8>
- Organización Mundial de la Salud: **Manual de bioseguridad en el laboratorio**. 3º Ed. Ginebra. 2006
- Organización Mundial de la Salud: **Reducir los riesgos y promover una vida sana: INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO - 2002**- pág. 17. Disponible en http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf
- OMS Inc Net Library: **Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo**. Publicado por World Health Organization, 2006. ISBN 9243563173, 9789243563176. 211 páginas.
- Pournain, Isabelle: **Le lavage des mains**. <http://umr5558-mq1.univ-lyon1.fr/coursd1/FloresNormales/FloreMains?action=AttachFile&do=get&target=lavagemains.pdf>
- Zárate de Gelfo A, Rezzónico M, Castillo MC, Castillo G, Castillo B, Bregains L, Irazuzta M, Priotto E. "**Bioseguridad e Higiene en la Formación del odontólogo**". Acta Odontológica Venezolana. 2009; 47
- Duarte Rico, Raquel LoyaLoya, Martha, Sanín, Luz Helena, Reza López, Sandra. **Accidentes con Objetos cortopunzantes en Estudiantes de una Escuela de Odontología**. Año 8 N° 21 Julio/septiembre 2006. Disponible en www.cienciaytrabajo.cl 131/134.
- Elucir Gir, Elucir; Caffer Netto, J.; Malaguti, S.E.; Marin da Silva Canini, SR.; Hayashida, Miyeko; Machado, A. **Accidente con material biológico y la vacunación contra la hepatitis b en estudiantes del área de la salud**. Rev. Latino-am Enfermagem 2008; 16 (3). Disponible en www.eerp.usp.br/riae
- Estupiñán Torres S, Trujillo Gama E.: **Complejo mayor de histocompatibilidad y desarrollo de vacunas**. NOVA Publ. Cient; 2004; 2(2): 59-70
- Facultad de Odontología UBA: **Guía General de Bioseguridad para el Control de Infección en la práctica odontológica**. 2008 www.odon.uba.ar/images/guia_bioseguridad.doc
- Juncos Díaz R, Oliva Pérez S, Barroso Uria I, Guanache Garcell H. **Riesgo ocupacional por exposición a objetos cortopunzantes en trabajadores de la salud**. Revista Cubana de Higiene. Epidemiología. 2003; 41(1). Disponible en: www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/riesgo.pdf ISSN 1561-3003. (Última consulta marzo 2006).
- Castillo, Graciela del V., Castillo, MC, Castillo Beatriz del C., Bregains, L., Irazuzta, M.L., Rezzónico, MS., Zárate, AM., Priotto, Elba G.: "**Conocimientos sobre riesgos y profilaxis preventiva en estudiantes de odontología**". Revista de Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNC. 2009
- Direction Générale de la Santé - Ministère de la Santé et des Solidarités – Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France – **Comité Technique National Des Infections Nosocomiales Et Des Infections Liees Aux Soins Guide De 16 Prevention Des Infections Liees Aux Soins En Chirurgie Dentaire Et En Stomatologie**- Deuxième Edition, juillet 2006. 14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP – Tél. : 01.40.56.60.00 – <http://www.sante.gouv.fr>

ACTIVIDADES PRÁCTICAS PRECLÍNICAS

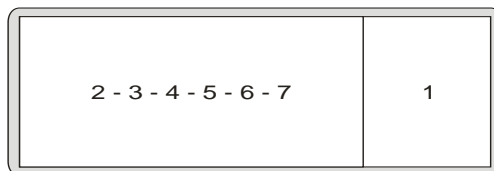
**El listado del instrumental para el desarrollo de las actividades preclínica y clínica se publicará en aula virtual de Cátedra B de Endodoncia.
<http://aulavirtual.odontologia.unc.edu.ar/login/index.php>**

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

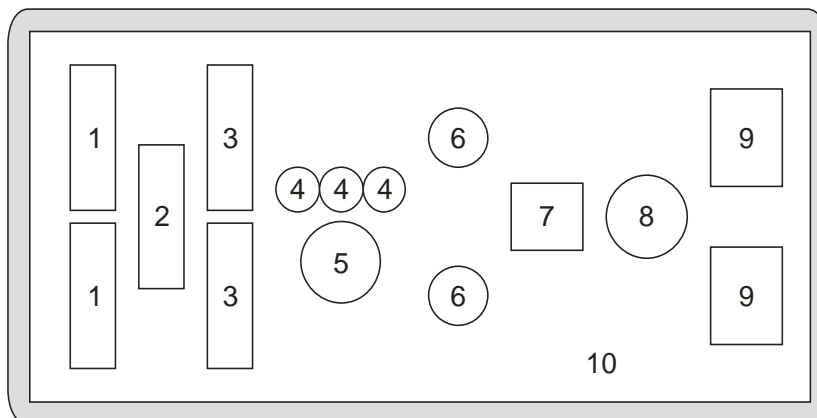
1. Esponja Descartable (se colocará luego de ser esterilizada en autoclave).
2. Fresas.
3. Limas tipo K con topes de plástico.
4. Limas Hedström: por lo menos tres, Nº 15, 25 y 35
5. Espaciadores digitales Finger Spreaders
6. Fresas Gates Glidden.
7. Conos de papel de diferentes tamaños (esterilizados)

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

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	Elemento	Elemento	Elemento	Elemento	Elemento	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							

TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS

Tratamientos Endodónticos	Elemento	Elemento	Elemento	Elemento	Elemento
	E B R	E B R	E B R	E B R	E B R
Mesa operatoria					
Conocimientos					
Técnica aplicada					

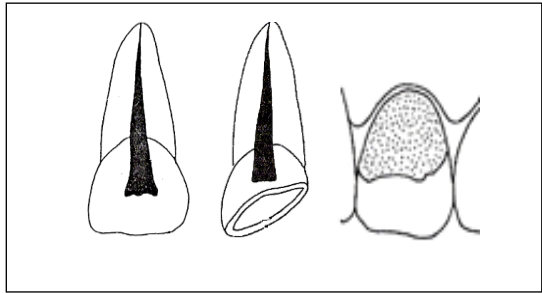
Escala de calificación: Excelente 50%, Bueno 35%, Regular 15%.

PROMEDIO PRECLÍNICO:

**APERTURAS CAMERALES
INCISIVO CENTRAL SUPERIOR**

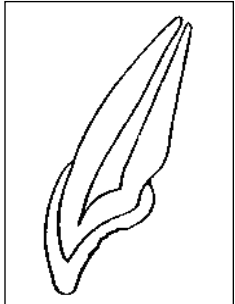
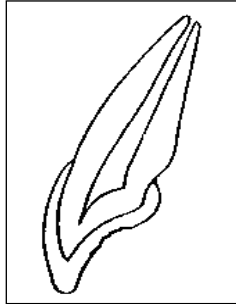
Pegue Rx	Pegue Rx	<p style="text-align: center;">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> <p>Diente:-----</p> <p>Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- -----</p> <p>Dirección y tamaño del Conducto radicular: ----- -----</p>
Indique sentido: -----	Indique sentido: -----	

Grafique la zona de abordaje según dibujos.

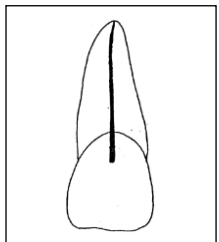
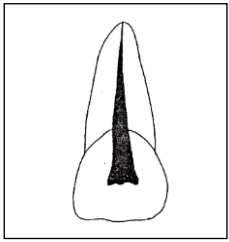


1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

2. Nombre la técnica utilizada.



Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada.



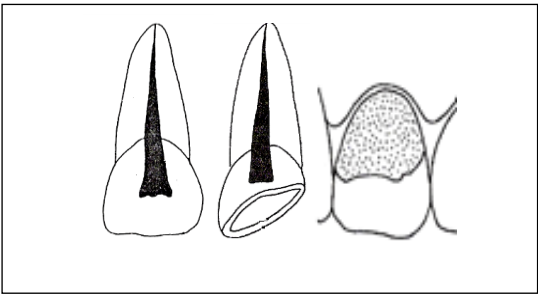
Autoevaluación de Errores: Marque con una x

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

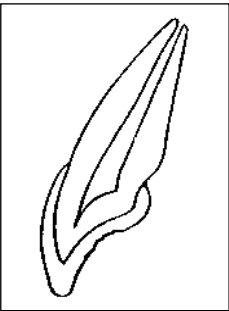
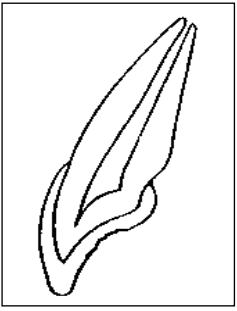
Pegue Rx Indique sentido: -----	Pegue Rx Indique sentido: -----	<h3 style="text-align: center;">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</h3> Diente:----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- ----- Dirección y tamaño del Conducto radicular: ----- -----
---	---	--

Grafique la zona de abordaje según dibujos.

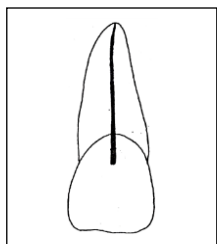
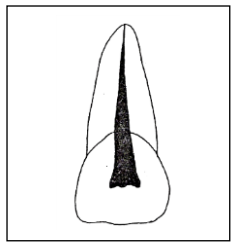


1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

 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:

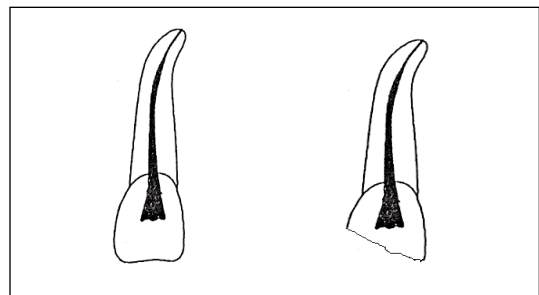
ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Diente: -----

Forma y tamaño de Cámara Pulpar:

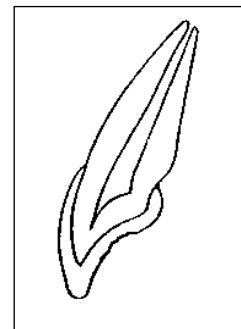
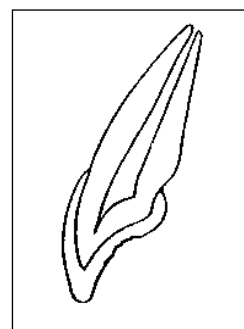
Dirección y tamaño del Conducto radicular:

Grafique la zona de abordaje según dibujos.

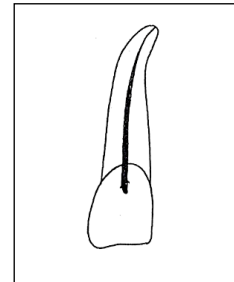
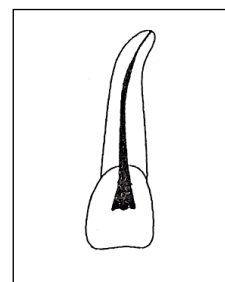


1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

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: -----
---	---

ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Diente: -----

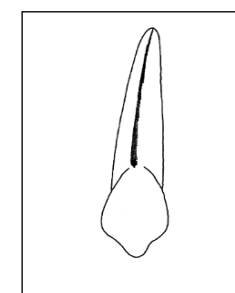
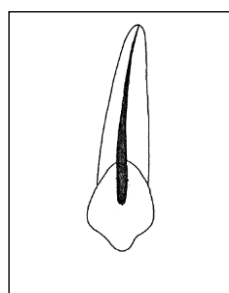
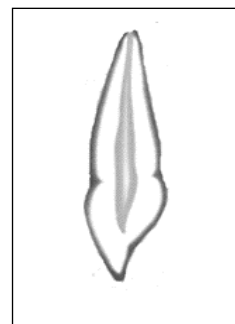
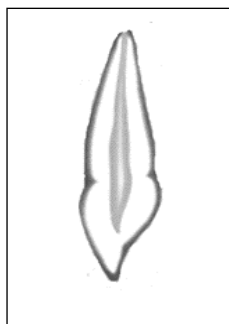
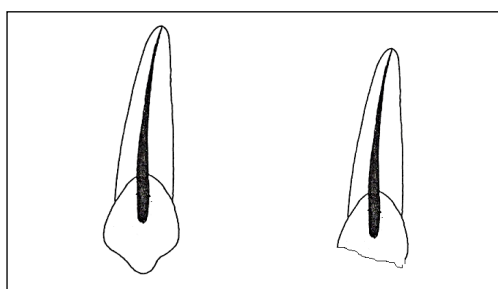
Forma y tamaño de Cámara Pulpar:

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.



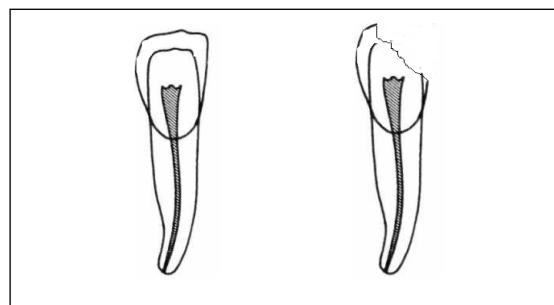
Autoevaluación de Errores: Marque con una x

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

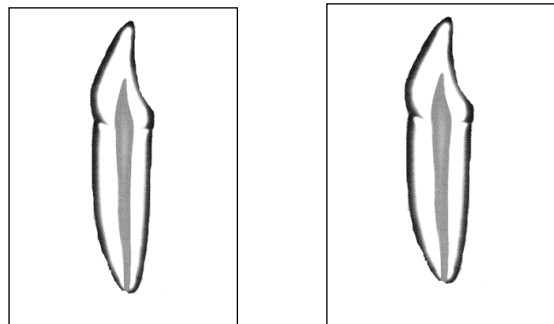
Pegue Rx	Pegue Rx	<p style="text-align: center;">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> <p>Diente: -----</p> <p>Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- -----</p> <p>Dirección y tamaño del Conducto radicular: ----- -----</p>
Indique sentido: -----	Indique sentido: -----	

Grafique la zona de abordaje según dibujos.

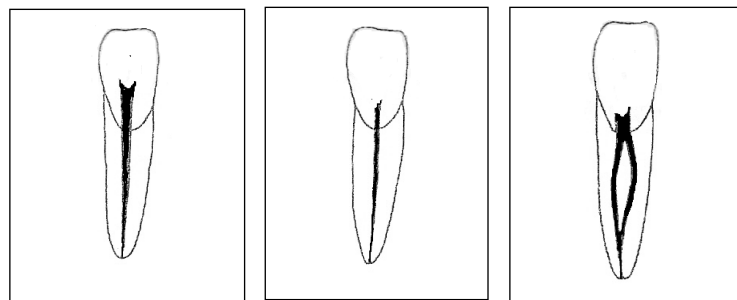


1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

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	Pegue Rx
Indique sentido: -----	Indique sentido: -----

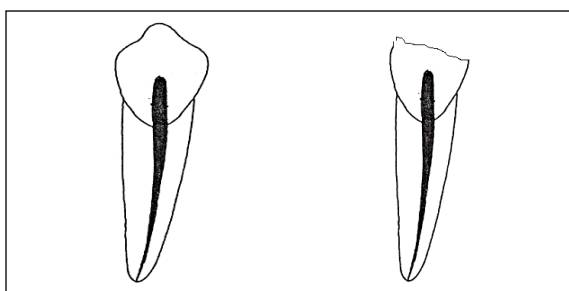
ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Diente:-----

Forma y tamaño de Cámara Pulpar:

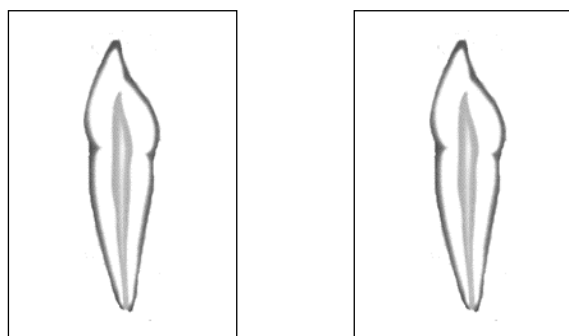
Dirección y tamaño del Conducto radicular:

Grafique la zona de abordaje según dibujos.

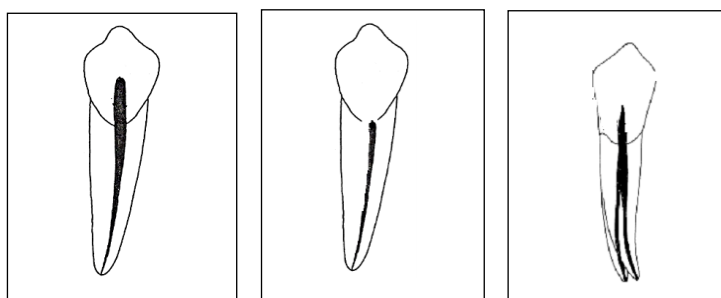


1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

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: -----
---	---

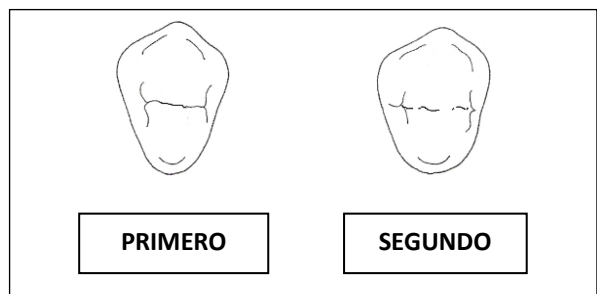
ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Diente:-----

Forma y tamaño de Cámara Pulpar:

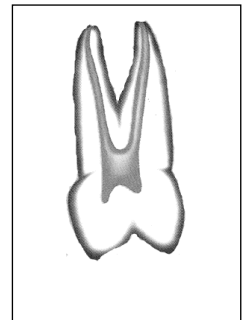
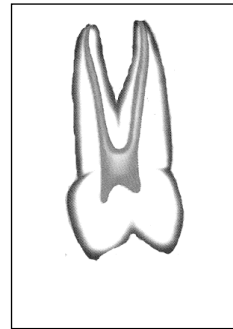
Dirección y tamaño de los Conductos radiculares:

Grafique la zona de abordaje según dibujos.

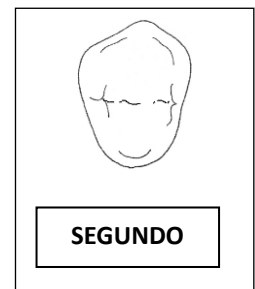
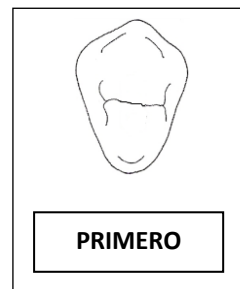


1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento en primer premolar.

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: -----
---	---

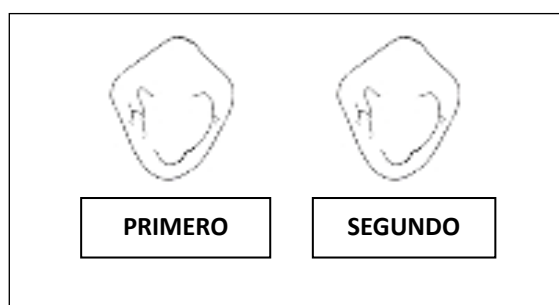
ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Diente:-----

Forma y tamaño de Cámara Pulpar:

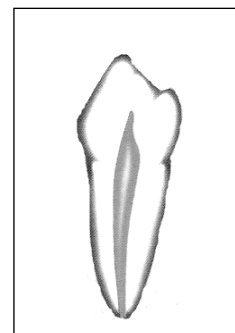
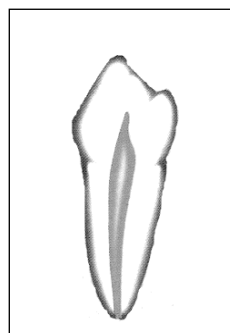
Dirección y tamaño de los Conductos radiculares:

Grafique la zona de abordaje según dibujos.

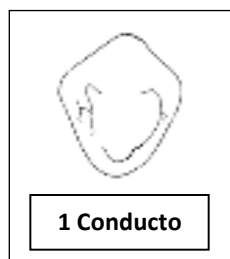


1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento en primer premolar.

2. Nombre la técnica utilizada.



Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada.



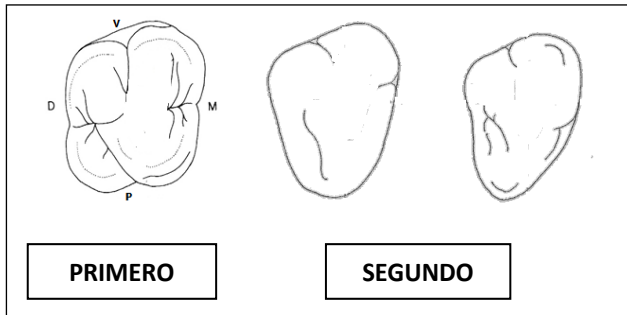
Autoevaluación de Errores: Marque con una x

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

MOLARES SUPERIORES

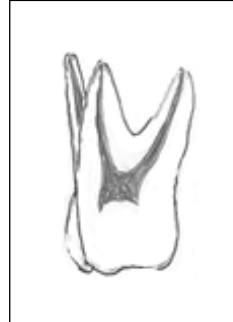
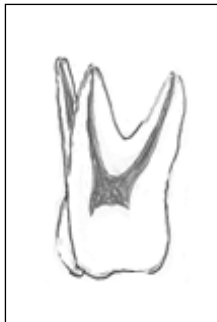
Pegue Rx	Pegue Rx	<p style="text-align: center;">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p> <p>Diente:-----</p> <p>Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- -----</p> <p>Dirección y tamaño de los Conductos radiculares: ----- -----</p>
Indique sentido: -----	Indique sentido: -----	

Grafique la zona de abordaje según dibujos.

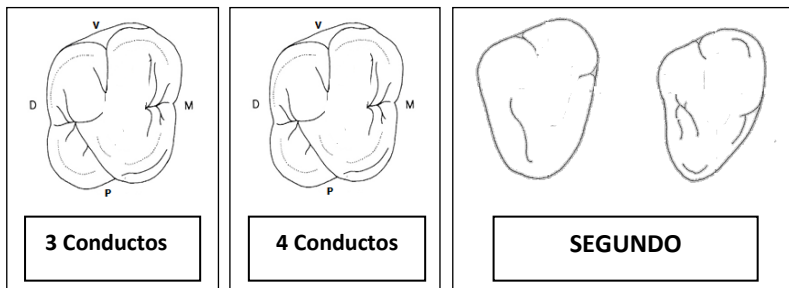


1. Dibuje en los esquemas la dirección del instrumento.

2. Nombre la técnica utilizada.



Dibuje el diseño de la apertura una vez finalizada.



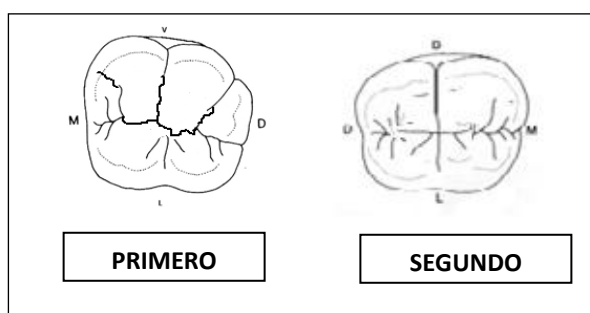
Autoevaluación de Errores: Marque con una x

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

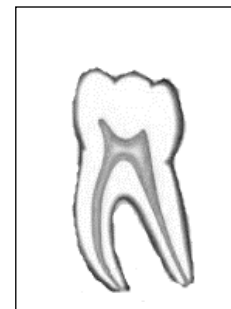
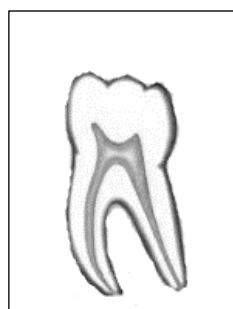
MOLARES INFERIORES

Pegue Rx Indique sentido: -----	Pegue Rx Indique sentido: -----	<h3 style="text-align: center;">ESTUDIO RADIOGRÁFICO</h3> Diente:----- Forma y tamaño de Cámara Pulpar: ----- ----- Dirección y tamaño de los Conductos radiculares: ----- -----
---	---	--

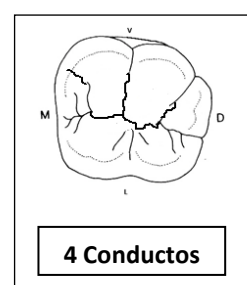
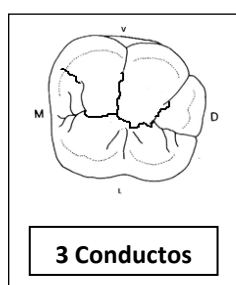
Grafique la zona de abordaje según dibujos.



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	

**TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS
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

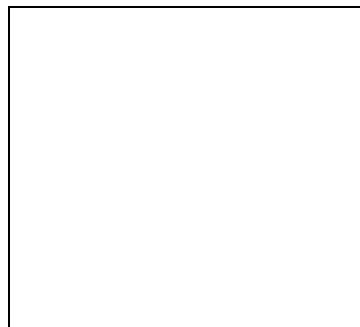
Luego de la preparación de acceso radicular

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 Pessó				
Lima tipo K				
Lima Hedström				
Otro				

Conductometría

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



Pegar Radiografía

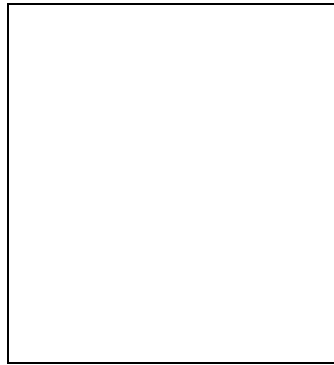
Escriba la longitud de trabajo obtenida.

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

Mencione el nombre de la técnica de obturación por efectuar.

Técnica:

Conometría

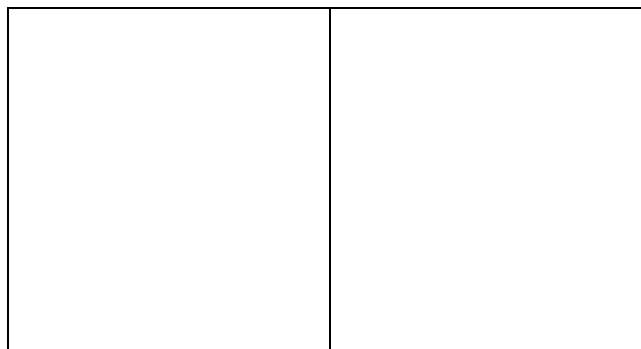


Pegar Radiografía

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 Pessó				
Lima tipo K				
Lima Hedström				
Otro				

Conductometría

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

Pegar Radiografía

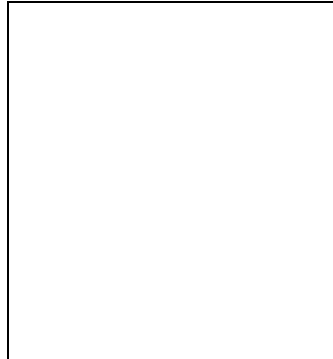
Escriba la longitud de trabajo obtenida.

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

Mencione el nombre de la técnica de obturación por efectuar.

Técnica:

Conometría

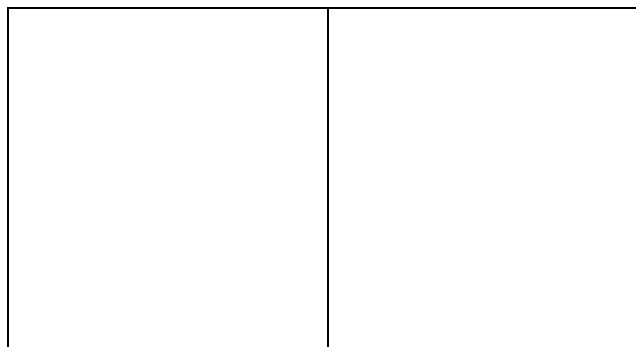


Pegar Radiografía

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

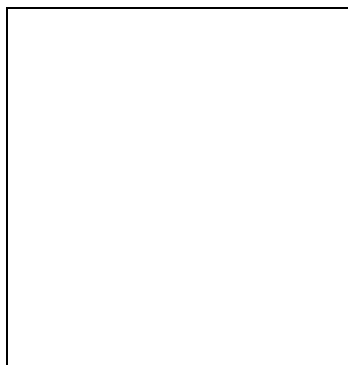
Luego de la preparación de acceso radicular

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 Pessó				
Lima tipo K				
Lima Hedström				
Otro				

Conductometría

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



Pegar Radiografía

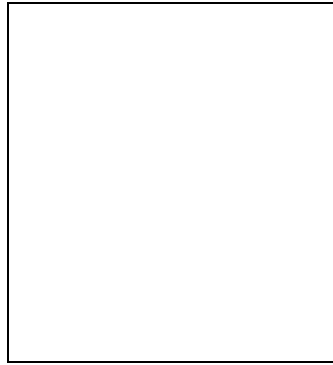
Escriba la longitud de trabajo obtenida.

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

Mencione el nombre de la técnica de obturación por efectuar.

Técnica:

Conometría

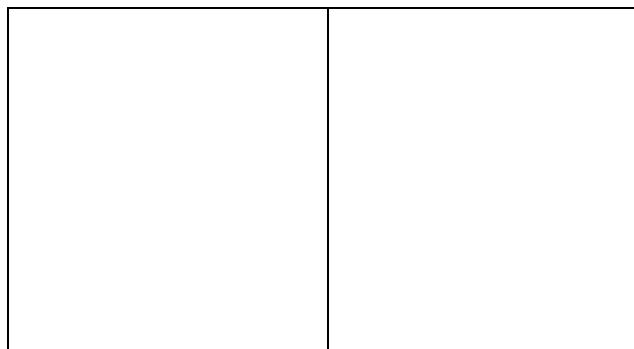


Pegar Radiografía

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

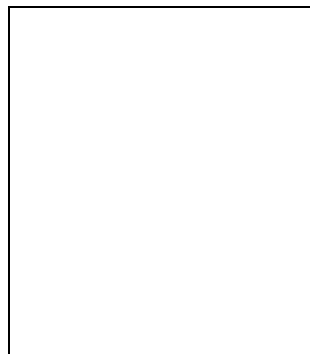
Luego de la preparación de acceso radicular

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

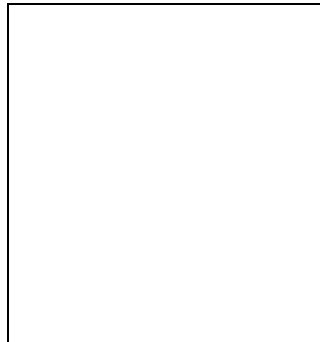
Escriba la longitud de trabajo obtenida

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

Mencione el nombre de la técnica de obturación por efectuar.

Técnica:

Conometría.

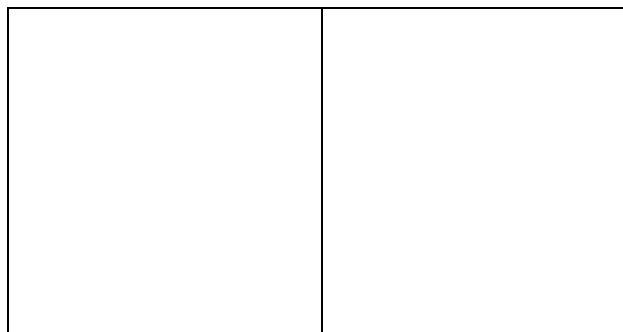


Pegar Radiografía

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

Cond. 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.

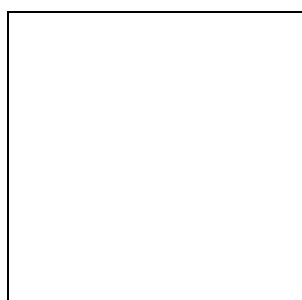
	Tercio Coronario	Nº	Tercio Medio	Nº
Fresas de Gates-Glidden				
Fresas de Pesson				
Lima tipo K				
Lima Hedström				
Otro				

Conductometría

Indique los números de instrumentos utilizados:

MV: ----- MD ----- MP----- P -----

MV: ----- ML ----- D----- DL- DV -----



Pegar Radiografía

Escriba la longitud de trabajo obtenida

Conducto	Correcta	Corregida
MV		
MP		
DV		
P		

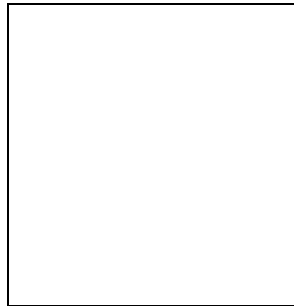
Escriba la longitud de trabajo obtenida

Conducto	Correcta	Corregida
MV		
ML		
D		
DV-DL		

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

Técnica:

Conometría.

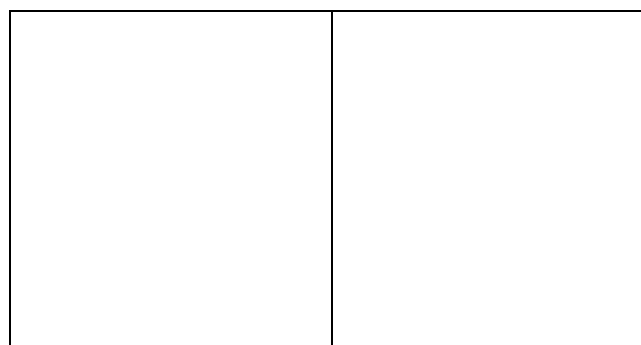


Pegar Radiografía

Determine y señale

	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.

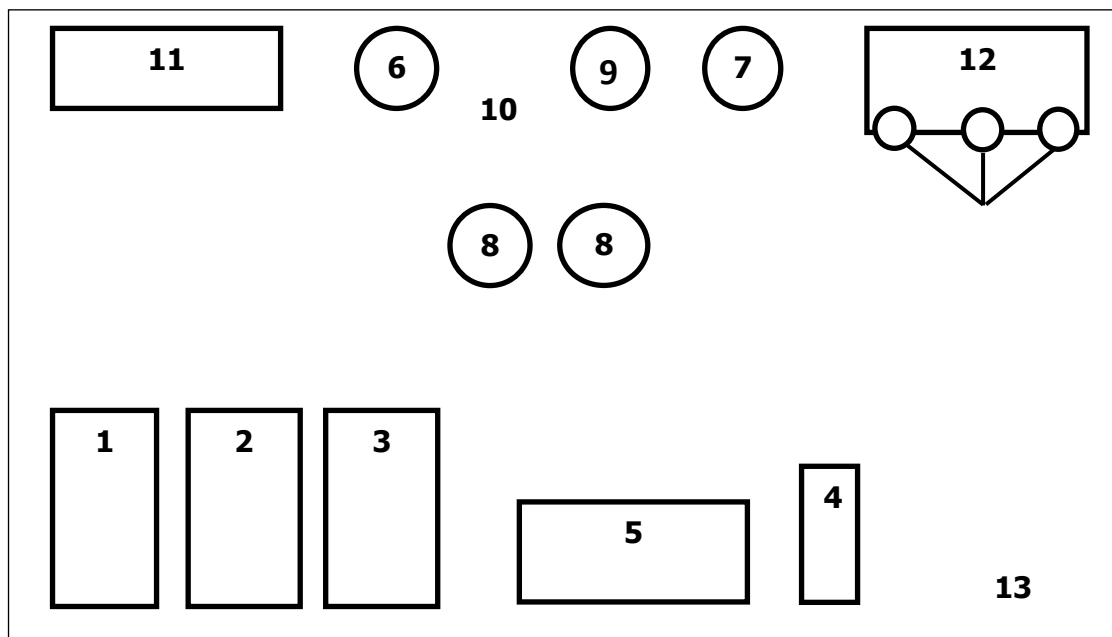
FORMAS DE DISPOSICIÓN DEL INSTRUMENTAL PEQUEÑO EN LAS CAJAS PARA LOS TRABAJOS PRÁCTICOS CLÍNICOS

Regla milimetrada – clamps – Bisturí – Topes de goma				Torundas de algodón
Limas Tipo K Nº 30	Limas Tipo K Nº 35	Limas Tipo K Nº 55	Instrumentos ProtaperNext	
Limas Tipo K Nº 25	Limas Tipo K Nº 40	Limas Tipo K Nº 60	Espaciadores digitales	
Limas Tipo K Nº 20	Limas Tipo K Nº 45	Limas Tipo K Nº 70 -80	Fresas y piedras Ensanchadores	
Limas Tipo K Nº 10 -15	Limas Tipo K Nº 50	Pulpótomos Limas Hedstroëm	Conos de papel Finos y gruesos	

Regla milimetrada – clamps – Bisturí				Torundas de algodón
Limas Tipo K 21 mm 15-40	Limas Tipo K 31 mm 15-40	Pulpótomos	Topes de goma	
Limas Tipo K 21 mm 45-80	Limas Tipo K 31 mm 45-80	Instrumentos ProtaperNext	Fresas y piedras	
Limas Tipo K 25 mm 15-40	Limas Hedstroëm 21 mm 15-40	Espaciadores digitales	Conos de papel finos	
Limas Tipo K 25 mm 45-80	Limas Hedstroëm 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.



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 grilla de registro es que durante el desarrollo de la actividad práctica clínica, el alumno realice los pasos de un tratamiento endodóntico y transfiera los conocimientos teóricos estudiados.

Las Historias Clínicas de Tratamientos Endodónticos tienen por objetivo que el alumno confeccione 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 recaba, evalúa, clasifica y asienta con claridad los síntomas y signos de una enfermedad, permite observar 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 los docentes al finalizar cada uno de los prácticos realizados, colocando su calificación.

GRILLA DE OBSERVACIÓN DE LOS TRABAJOS PRÁCTICOS CLÍNICOS

	Fecha DIENTE		Fecha DIENTE		Fecha DIENTE		Fecha DIENTE		Fecha DIENTE		Fecha DIENTE		Fecha DIENTE		Fecha DIENTE		Fecha DIENTE		
	NS	S	D	NS	S	D	NS	S	D	NS	S	D	NS	S	D	NS	S	D	
Comunicación con el paciente																			
Comunicación con el docente																			
Comunicación con los compañeros																			
Aplica los métodos de diagnóstico clínico-radiográficos																			
Respeto normas de bioseguridad																			
Diagnóstico pulpo-periodontal																			
Organización de la mesa operatoria																			
Adecuada apertura																			
Domina y aplica la técnica de preparación quirúrgica																			
Realiza correcta obturación																			
Asesoramiento al paciente																			
ASPECTOS POSITIVOS:																			
ASPECTOS A MEJORAR:																			
OBSERVACIONES:																			

ALUMNO: DOCENTE:

Criterios de evaluación: observación estructurada de la práctica clínica:

- **No satisfactorio:** el estudiante logra – 50% de los objetivos
- **Satisfactorio:** el estudiante logra + 60% de los objetivos
- **Distinguido:** el alumno cumple con + de 80% de los requisitos necesarios para realizar un tratamiento endodóntico
- **No evaluado**

HISTORIAS CLÍNICAS

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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 () Hiper cementosis () Otros:

Diagnóstico Tratamiento

Nombre Operador Ayudante

Medicación Indicada: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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 () Hiper cementosis () Otros:

Diagnóstico Tratamiento

Nombre Operador Ayudante

Medicación Indicada: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI

HISTORIA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - CATEDRA "B" ENDODONCIA

Nombre y apellido Edad Sexo
Domicilio Bº TE
Tipo de Consulta: Demanda Espontánea () Derivado ()
Obra Social: **SÍ** () **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: **SÍ** () **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

Tejidos 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: Operatorio () Protético () Ortodóncico () Periodontal ()

Exploración

Cavidad de caries: Superficial () Profunda () Cámara pulpar: Abierta () Cerrada ()
Percusión: Vertical: Positiva () Negativa () Horizontal: Positiva () Negativa ()

HISTORIA CLÍNICA

PULPOTERMOGRAMA

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

TESTS COMPLEMENTARIOS

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

EXAMEN RADIOGRÁFICO

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: **SÍ** () **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 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

Aclaración

DNI