



Universidad
Continental

CIRUGIA BUCO MAXILOFACIAL 1

**Manual de Guías de
Laboratorio**



Visión

Ser la mejor organización de educación superior posible para unir personas e ideas que buscan hacer realidad sueños y aspiraciones de prosperidad en un entorno incierto

Misión

Somos una organización de educación superior que conecta personas e ideas para impulsar la innovación y el bienestar integral a través de una cultura de pensamiento y acción emprendedora.

Universidad Continental

Material publicado con fines de estudio



Índice

VISIÓN	2
MISIÓN	2
NORMAS BÁSICAS DE LABORATORIO	3
ÍNDICE	4
PRIMERA UNIDAD.....	4
Guía de práctica N° 1:.....	4
Guía de práctica N° 2:.....	7
Guía de práctica N° 3:.....	12
Guía de práctica N° 4:.....	20
Guía de práctica N° 5:.....	22
Guía de práctica N° 6:.....	27
SEGUNDA UNIDAD	34
Guía de práctica N° 7:.....	34
Guía de práctica N° 8:.....	38
Guía de práctica N° 9:.....	44
Guía de práctica N° 10:.....	48
TERCERA UNIDAD	52
Guía de práctica N° 11:.....	52
Guía de práctica N° 12:.....	54
Guía de práctica N° 13 :.....	56
TERCERA UNIDAD	59
Guía de práctica N° 14 :.....	59
Guía de práctica N° 15 :.....	61
Guía de práctica N° 16 :.....	64



PRIMERA UNIDAD

Guía de práctica N° 1:

HISTORIA CLINICA

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Demostrar los procedimientos del examen físico general: Entrevista, anamnesis.

La Historia Clínica y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.

2. Fundamento Teórico

La historia clínica es una valoración del estado médico que incluye un relato escrito o verbal de la patología que se va a tratar del paciente junto con un episodio biográfico médico del paciente. Normalmente está ordenada cronológicamente, y debe ser clara, legible, precisa, tener máxima fidelidad con lo explicado por el paciente.

Con este documento completo, expectante e imparcial que puede complementarse por un cuestionario, consentimiento informado y la ley de protección de datos firmado por el paciente nos aseguremos que los tratamientos de odontología que vamos a seguir a partir de ese momento se adecuan a las características del paciente.

La historia clínica es un documento vital tanto en el campo de la odontología. Tiene un papel principal como material de trabajo para los odontólogos que, a través de la comunicación con el paciente, recogen todos los datos necesarios para hacer una valoración anterior a la decisión en el plan de tratamiento, sea preventivo o curativo. La historia clínica contiene tres aspectos importantes: la anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

En la anamnesis se recogen los datos de filiación, los relacionados con la historia general anterior, y la actitud, conocimiento y comportamiento sobre la salud oral.

Después de la anamnesis se realiza una exploración física detenida y meticulosa que consta de la inspección del paciente por parte del dentista. Esta incluirá la exploración de partes blandas y tejidos óseos (labios, mejillas, amígdalas, pilares del paladar, lengua, suelo de la boca, paladar duro y blando, frenillos, encías), la exploración de la oclusión dentaria y hábitos negativos, la exploración dentaria correspondiente, que dónde se anotan los dientes presentes en la boca y las posibles caries que tengan.

A partir de ahí se realizan las pruebas complementarias de diagnóstico como la ortopantomografía que desembocarán hacia un tratamiento de odontología o no y finalmente se representará el juicio clínico final del caso.

Para que el examen sea completo y preciso el paciente debe colaborar con el odontólogo. Se trata de un cuestionario que va en beneficio del paciente ya que puede ayudarnos a prevenir una emergencia médica en el caso, por ejemplo, que el paciente sea alérgico a un medicamento.

Por último, debemos tener constancia que la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, por lo que interesa a ambas partes que éste se realice de forma correcta.



También ayuda a entablar una relación personal con el paciente.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Historia clínica Odontológica

Odontograma

Tablilla de madera

Lapicero azul, rojo, negro y verde

Uniforme completo: mandil debidamente rotulado con nombre y apellido del operador (alumno), este debe estar bordado de color negro, zapatos blancos cerrados. Gorro, Lentes protectores, mascarilla N95 y guantes de examen descartables.

Campo descartables.

Equipo de diagnóstico.

Gasas estériles

Anestesia Tópica

Hisopos de madera

4. Indicaciones/instrucciones:

Identificar y rellenar las partes de la historia clínica odontológica.

5. Procedimientos:

Evaluando los hallazgos en el paciente: Completar correctamente el diagnóstico de la patología de la cavidad oral.

6. Resultados

- 1.
.....
.....
- 2.
.....
.....
- 3.
.....
.....

7. Conclusiones

- 7.1.....
.....
- 7.2.....
.....



7.3.....
.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
...
.....
...
.....
...
.....
...
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html
- <http://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/Normas-tecnicas-del-Odontograma.pdf>
- <http://www.cop.org.pe/historia-clinica>



Guía de práctica N° 2: ANATOMIA QUIRURGICA

Sección :Docente:
Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Anatomía Quirúrgica

Interpreta y reconoce los reparos anatómicos para las técnicas quirúrgicas odontológicas, analiza exámenes auxiliares, como las radiografías y los exámenes de laboratorio y establece el diagnóstico.

2. Fundamento Teórico

La cavidad oral se divide fundamente en dos partes: vestíbulo y la cavidad oral verdadera. La parte exterior del vestíbulo la conforman: los labios y mejillas y en su parte interior se encuentran las encías y dientes. La cavidad oral verdadera está delimitada en su parte anterior por ambas arcadas maxilar y mandibular, dientes y encías y en su parte posterior la delimitan: la faringe, amígdalas e istmo de las fauces. Además, también la forman la parte anterior de la lengua y el paladar duro y blando.

Esta cavidad esta tapizada por una mucosa oral, a su vez se distinguen 3 tipos: mucosa masticatoria, que recubre la encía y el paladar; mucosa de revestimiento que tapiza el vestíbulo y una mucosa especializada que cubre la lengua.

En cuanto a los tejidos duros, lo componen fundamentalmente el maxilar y mandíbula donde están presentes una serie de estructuras óseas. En el maxilar superior, en una visión lateral se aprecian: la apófisis frontal, agujero infraorbitario, espina nasal anterior, fosa canina, apófisis cigomática y tuberosidad maxilar, pasando a una visión medial se encuentran: la cresta nasal, el surco palatino mayor y el canal incisivo.

En la visión de la región palatina, en su parte más anterior tiene especial importancia conocer la ubicación del agujero incisivo por el que discurre el nervio nasopalatino y los agujeros: palatino mayor y palatinos menores en su parte más posterior. Este agujero palatino mayor es recorrido por la arteria palatina posterior con la que hay que tener un especial cuidado cuando estemos trabajando en una zona próxima a ella.

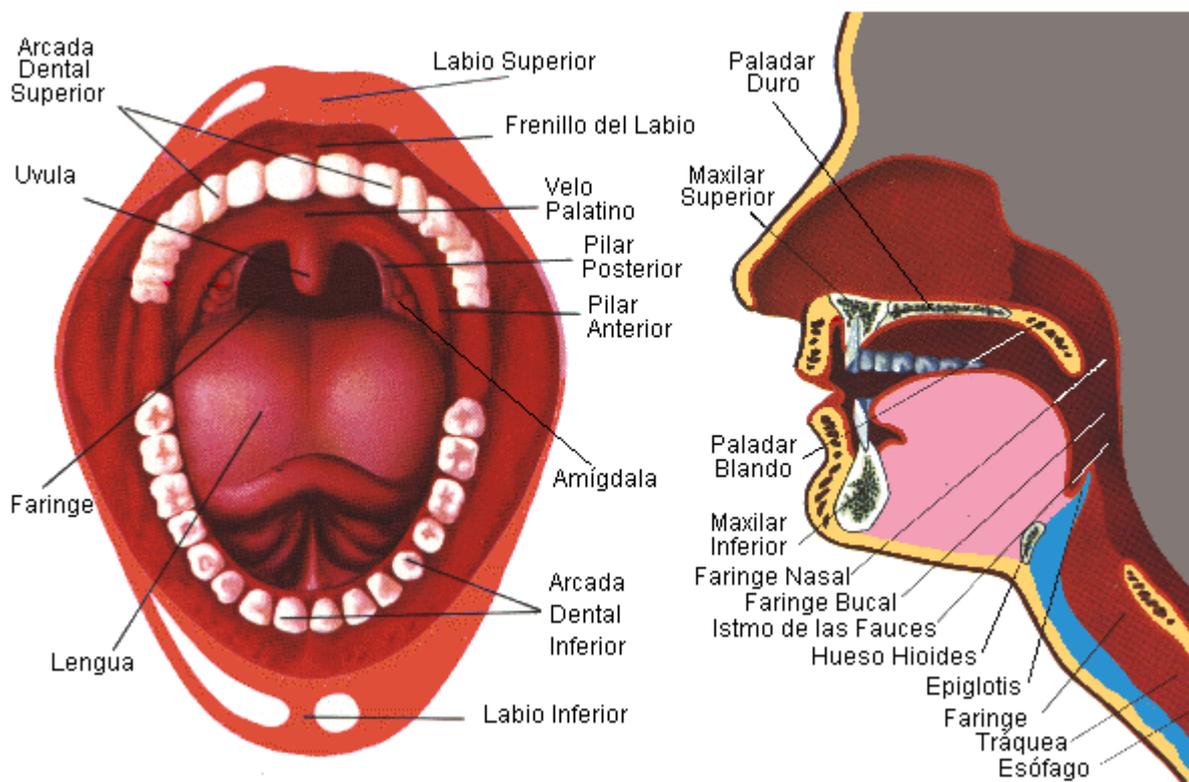
La vascularización del maxilar superior viene dada en su mayor parte por la arteria maxilar, ésta se ramifica en: arteria esfenopalatina, arteria infraorbitaria y arteria alveolar superior posterior, de la cual parten: las ramas dentarias, la arteria palatina descendente y la Arteria bucal entre otras. Dentro del maxilar superior es de gran interés la región del paladar, destacando la presencia de la arteria

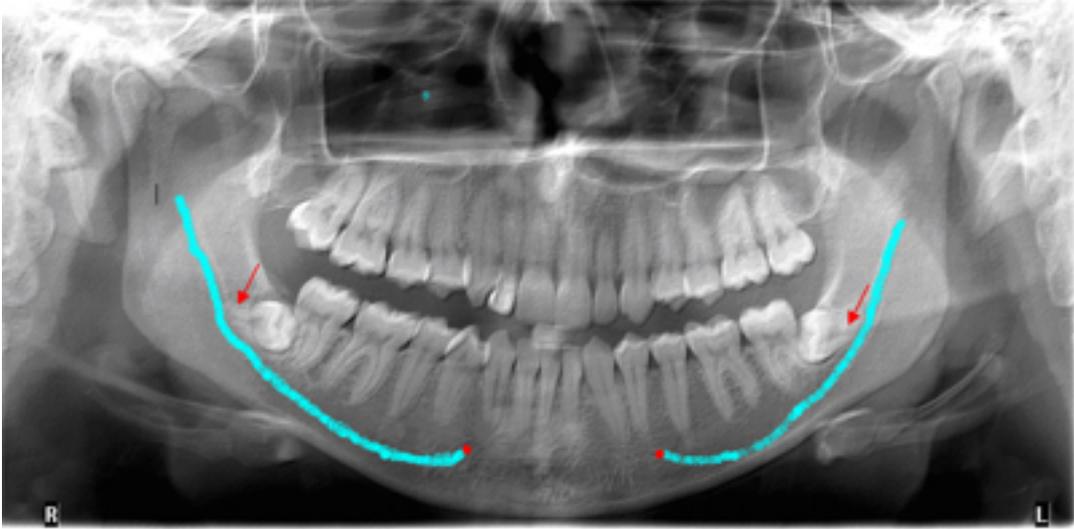
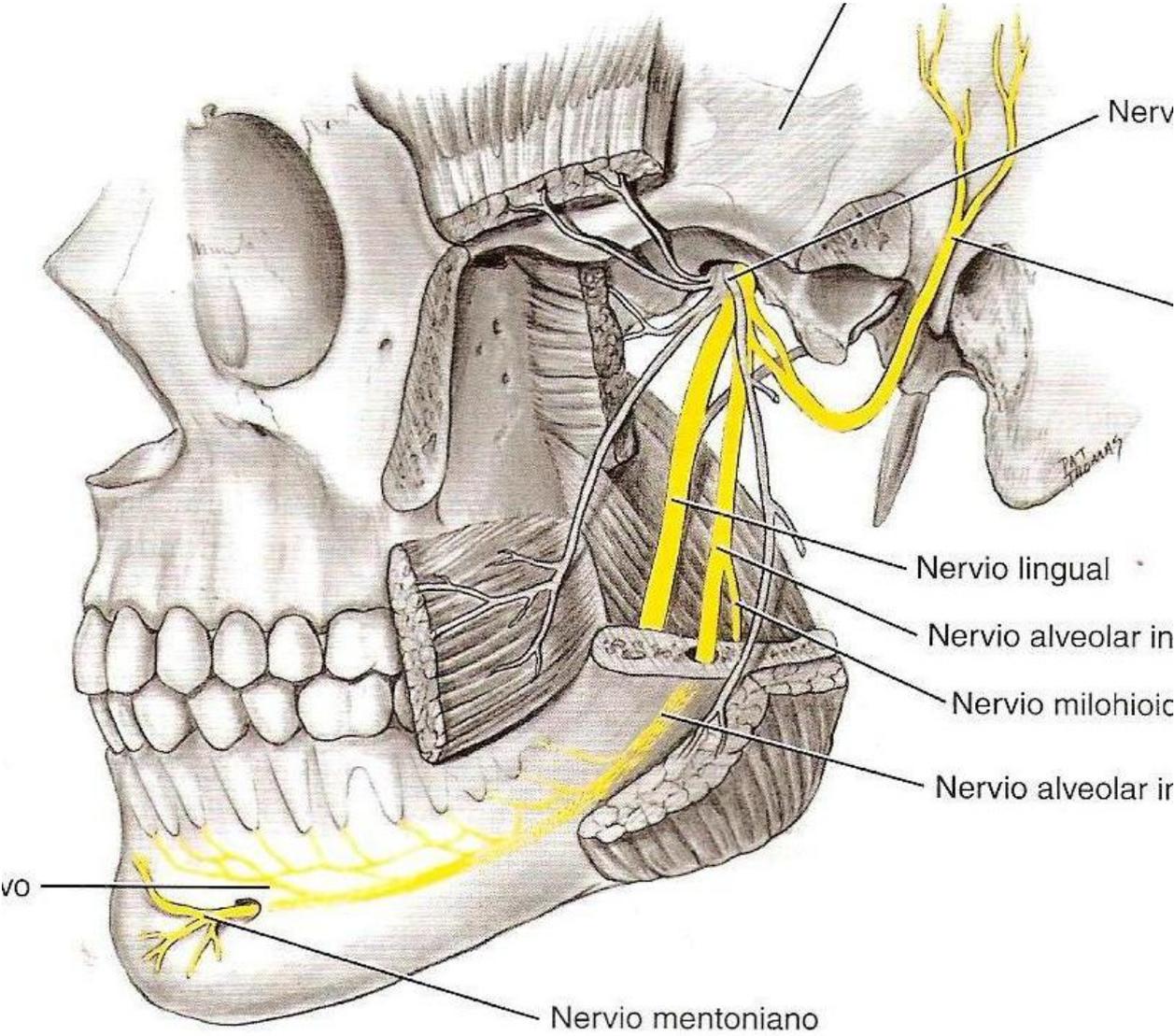
esfenopalatina y arteria palatina descendente que a su vez se ramifica en: arterias palatina mayor, la cual recorre el paladar en dirección anterior con ramificaciones y arteria palatina menor. Esta región también presenta un paquete vasculonervioso nasopalatino. En la inervación del maxilar superior hay que destacar el nervio palatino mayor y menor con gran cantidad de ramificaciones que discurren por todo el paladar. Los nervios palatinos mayores y menores junto con sus capilares entran en el paladar a través de los forámenes palatinos mayor y menor. En la localización de los forámenes podemos encontrar variaciones pero generalmente suelen ser identificados apicales al tercer molar, donde tiene lugar la unión de la parte vertical y horizontal del hueso palatino. El trayecto que recorren los vasos y nervios se describe en sentido anterior, este paquete vasculonervioso se encuentra localizado desde 7 a 17 mm de la línea amelocementaria (LAC) de los premolares y molares maxilares.

En la mandíbula, ésta se divide en dos regiones: rama ascendente y el cuerpo de la mandíbula, unidos en el ángulo de la mandíbula o gonión. En ellas existen algunas referencias anatómicas que nos sirven de ayuda durante la cirugía. En su cara externa se encuentran: los orificios mentonianos por los que sale al exterior el nervio mentoniano inervando el mentón y la línea oblicua, que asciende hasta la rama mandibular.

En la cara interna existen una gran cantidad de estructuras, como: la espina des spix junto con el orificio dentario inferior por donde se incorpora el nervio con su mismo nombre dando ramificaciones que dan al nervio mentoniano recorriendo todo el cuerpo mandibular, el surco milohioideo que discurre por la rama, el rodete mandibular bajo el cual se encuentran la Línea milohioidea y la fosa submandibular y sublingual. Ésta última, más cerca de la región anterior cercana a la espina mentoniana.

En la inervación de la mandíbula intervienen: el nervio dentario inferior, mentoniano, lingual y sublingual, algunos de ellos mencionados anteriormente. La distancia media a la que se encuentra el aspecto lateral nervio lingual, de la Tabla lingual mandibular es de 3,45 mm, estas distancias tienen unas discrepancias de 0,5 mm según diferentes autores. Su aporte vascular proviene de la Arteria Alveolar inferior (de la cual surgen las ramas dentales), su Rama mentoniana y Vasos y Arterias submentonianas.







3. Equipos, Materiales y Reactivos

Historia clínica Odontológica

Odontograma

Tablilla de madera

Lapicero azul, rojo, negro y verde

Uniforme completo: mandil debidamente rotulado con nombre y apellido del operador (alumno), este debe estar bordado de color negro, zapatos blancos cerrados. Gorro, Lentes protectores, mascarilla N95 y guantes de examen descartables.

Campo descartables.

Equipo de diagnóstico.

Gasas estériles

4. Indicaciones/instrucciones:

Valorar los conocimientos de los reparos anatómicos de la cavidad bucal normal en el paciente en la clínica odontológica.

5. Procedimientos:

Completar historia clínica de acuerdo a los exámenes complementarios.

6. Resultados

1.

.....
.....
.....

2.

.....
.....
.....

3.

.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados



- Hollingshead WH. The head and neck anatomy for Surgeons, Vol 1, ed 2. Hagerstown, MD: Harper & Row, 1968;pg 391.
- Canan S, Asim OM, Okan B, Ozek C, Alper M. Anatomic variations of the infraorbital foramen. Ann Plast Surg 1999 Dec;43(6):613-7.
- Norton NS, ed. Netter's Head and Neck Anatomy for Dentistry. Philadelphia: Saunders, 2007:349.



Guía de práctica N° 3:

BIOSEGURIDAD

Sección :Docente

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Identificar las Técnicas de Bioseguridad para la atención del paciente.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Reconocer e identificar las técnicas del correcto lavado de manos quirúrgico y uso de materiales antisépticos.

2. Fundamento Teórico

El mundo ha sufrido un cambio irreversible: los patógenos multirresistentes han venido para quedarse. Para combatirlos son esenciales las medidas de prevención de las infecciones. El control de las infecciones constituye una base sólida y esencial para la seguridad de las personas. Estas indicaciones para la higiene de las manos se han tomado de las directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria para añadir un valor a la optimización en la estrategia de la higiene de manos.

LAVADO ESPECIAL O ANTISÉPTICO

Objetivo:

Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria y parte de la flora residente de las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana residual.

Material:

Jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%), en dispensador desechable, con dosificador. Toalla de papel desechable.

Técnica:

Igual que en el lavado higiénico. Sólo cambia el tipo de jabón.

Indicaciones:

Antes de realizar procedimientos invasivos como inserción de catéteres, sondas vesicales.
Antes y después del contacto con pacientes que se sabe o sospecha están infectados o colonizados por microorganismos epidemiológicamente importantes.



Antes del contacto con pacientes inmunocomprometidos en situaciones de fundado riesgo de transmisión.

LAVADO QUIRÚRGICO

Objetivo:

Eliminar la flora transitoria y al máximo la flora residente de las manos previo a un procedimiento invasivo que por su especificidad o su duración requiere un alto grado de asepsia y un efecto residual.

Material:

Jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina o povidona yodada), en dispensador desechable, con dosificador.

Cepillo de uñas desechable (preferiblemente impregnado en solución antiséptica).

Toalla o compresa estéril.

Técnica:

Abrir el grifo (sólo lavabos con sistema de codo o pedal).

Aplicar jabón antiséptico.

Lavado mecánico de manos y antebrazos y limpiar debajo de las uñas con cepillo desechable.

Aclarar con agua corriente abundante.

Aplicar de nuevo jabón antiséptico en manos y antebrazos friccionando al menos 2 MINUTOS.

Aclarar con agua abundante.

Secar por aplicación, sin frotar, con una compresa o toalla desechable estéril, comenzando por los dedos y bajando hasta los codos.

Durante todo el proceso, mantener las manos por encima de los codos.

Indicaciones:

Antes de una intervención quirúrgica.

Antes de cualquier maniobra invasiva que requiera alto grado de asepsia.

RECOMENDACIONES

Mantener las uñas cortas y limpias. Las uñas largas son más difíciles de limpiar y aumentan el riesgo de rotura de guantes. No llevar uñas artificiales.

No usar anillos, relojes, ni pulseras. Estos elementos pueden actuar como reservorio y dificultan la limpieza de manos y antebrazos.

El uso de emolientes y lociones protectoras de la piel, después de la actividad laboral, se considera deseable e incluso recomendable en la práctica diaria, porque pueden aumentar la resistencia de la piel a los gérmenes y, por tanto, disminuir la infección cruzada. Sin embargo, hay que tener en cuenta que algunos antisépticos se inactivan en presencia de algunos de estos productos.

DEFINICIÓN

Medida de higiene consistente en la eliminación mediante arrastre de la flora presente de manera transitoria en la piel de las manos. Se considera una de las medidas más eficaces en la prevención y control de la transmisión de enfermedades infecciosas dentro del ámbito hospitalario.

RECURSOS MATERIALES



Lavabo con agua tibia .Si fuera posible la llave del lavabo accionable con el codo, el pie o la rodilla

Jabonera: dosificadora, Pastilla de jabón o Antiséptico jabonoso (optativo + cepillo)

Toallas de papel

Loción hidratante

OBJETIVOS

Disminuir el número de microorganismos en las manos

Disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes

Disminuir el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes

Disminuir el riesgo de infección entre trabajadores sanitarios

Disminuir el riesgo de transmisión de infección a uno mismo

¿QUIÉN?

Todo el personal.

¿CUÁNDO?

Antes y después del contacto con el paciente.

Después de quitarse los guantes.

PREVIO AL PROCEDIMIENTO

Es recomendable:

llevar las uñas cortas, retirar sortijas y joyas, revisar las manos buscando la existencia de algún tipo de lesión, usar lociones hidratantes.

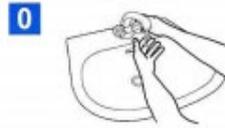


Técnica de higiene de manos con agua y jabón antiséptico líquido o en espuma

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

⌚ Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



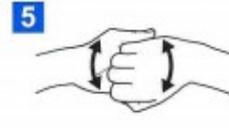
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



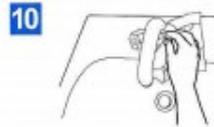
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



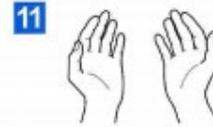
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



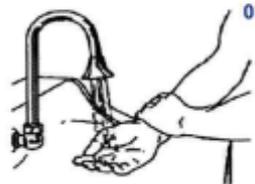
10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.

Fuente: Extraído de Hand Hygiene Technical Referente Manual – Organización Mundial de la Salud, 2009

Tecnica de higiene de manos prequirurgico con agua y jabón antiséptico



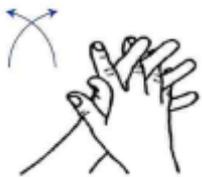
0
Mojar las manos y antebrazos con agua tibia



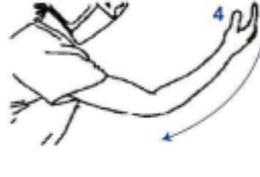
1
Realizar la limpieza de la zona subungueal con un limpiador de uñas



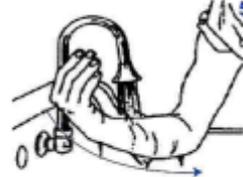
2
Aplicar una cantidad de jabón antiséptico suficiente para cubrir todas las superficies a tratar



3
Enjabonar y frotar cada lado de cada dedo de la mano, entre los dedos, la palma y el dorso de la mano durante dos minutos



4
Continuar frotando las muñecas y antebrazos hasta el codo, durante un minuto



5
Enjuagar las manos y los antebrazos, desde los dedos hacia el codo, pasándolos a través del agua en una sola dirección



6
Acceder a la sala quirúrgica, manteniendo las manos y antebrazos por encima de los codos y alejados de la ropa quirúrgica



7
Con una toalla estéril, secar sin frotar desde los dedos hacia los codos



3 - 6 min



Higiene de manos con desinfectante de base alcohólica

Lávese las manos cuando estén visiblemente sucias

⌚ Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos

1a

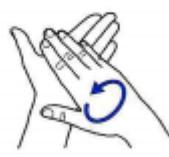


Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;

1b

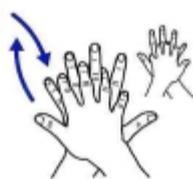


2



Frótese las palmas de las manos entre sí;

3



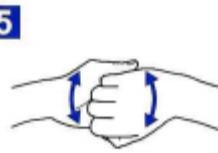
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;

4



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;

5



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;

6



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;

7



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;

8



Una vez secas, sus manos son seguras.

Fuente: Extraído de Hand Higiene Technical Referente Manual – Organización Mundial de la Salud, 2009



AGENTES PARA HIGIENE ANTISEPTICA DE MANOS Y CARACTERISTICAS DE LOS DIFERENTES PRODUCTOS

Grupo	Bacterias gram-positivas	Bacterias gram-negativas	Mycobacterias	Hongos	Virus	Velocidad de acción	Comentarios
Alcoholes	+++	+++	+++	+++	+++	Rápida	Concentración optima: 60-90%; no actividad persistente
Clorhexidina (2% y 4%)	+++	++	+	+	+++	Intermedia	Actividad persistente; raramente produce reacciones alérgicas
Compuestos yodados	+++	+++	+++	++	+++	Intermedia	Causa quemadura en la piel : normalmente demasiado irritante para la higiene de manos
Yodóforos	+++	+++	+	++	++	Intermedia	Menos irritante que los yodados; la tolerancia en la piel de las manos varia
Derivados fenólicos	+++	+	+	+	+	Intermedia	Su actividad es neutralizada por surfactantes no iónicos
Ticlosan	+++	++	+	-	+++	Intermedia	Tolerancia en la piel de las manos varia
Compuestos de amonio cuaternario	+	++	-	-	+	Lenta	Usado únicamente en combinación con alcoholes

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Historia clínica Odontológica

Odontograma

Tablilla de madera

Lapicero azul, rojo, negro y verde

Uniforme completo: mandil debidamente rotulado con nombre y apellido del operador (alumno), este debe estar bordado de color negro, zapatos blancos cerrados. Gorro, Lentes protectores, mascarilla N95 y guantes de examen descartables.

Campo descartables.

Equipo de diagnóstico.

Gasas estériles

4. Indicaciones/instrucciones:

Los alumnos deben hacer simulación de métodos de Bioseguridad para atención de pacientes.



5. Procedimientos:

Realizar un cuadro sinóptico sobre la elección de agentes de desinfección para la atención de pacientes según su necesidad.

6. Resultados

1.

.....
.....
.....

2.

.....
.....
.....

3.

.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

Hand Hygiene technical Referente Manual. Organización mundial de la salud, 2009



Guía de práctica N° 4:

CONSENTIMIENDO INFORMADO

Sección :Docente:

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Reconocimiento del Consentimiento Informado como documento Legal, y su importancia.

2. Fundamento Teórico

¿Qué es el consentimiento informado?

Es un documento médico legal mediante el cual el profesional de la salud da a conocer, en términos sencillos y claros, el diagnóstico del paciente, los detalles del tratamiento a realizar y las posibles y eventuales consecuencias que puedan originarse cuando el paciente no siga las instrucciones dadas por el cirujano dentista.

¿Por qué se crea el Consentimiento Informado?

Se crea por la necesidad de tener un documento escrito en donde el profesional y el paciente acuerdan la conveniencia de realizar un determinado tratamiento.

¿Para qué sirve el Consentimiento Informado?

Para evitar malentendidos y garantizar el cumplimiento del tratamiento propuesto.

¿A quiénes beneficia el Conocimiento Informado?

Al paciente porque le permite aclarar dudas e informarse de las consecuencias del procedimiento que se le practicará. Además, le servirá de garantía para el cumplimiento del tratamiento.

Al odontólogo porque es un documento que le permite poner en claro los alcances del tratamiento, evitando posteriores reclamos del paciente.

¿Por qué es importante el Consentimiento Informado?

Este documento, es parte de la historia clínica y es de carácter legal, por lo que garantiza la buena relación profesional – paciente en bien de la profesión odontológica.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Historia clínica

Tablilla de madera

Lapicero azul, rojo, negro y verde



Uniforme completo: mandil debidamente rotulado con nombre y apellido del operador (alumno), este debe estar bordado de color negro, zapatos blancos cerrados. Gorro, mascarilla y guante de examen descartables.

Campo descartables.

Equipo de diagnóstico.

Gasas estériles

Anestesia Tópica

Hiposos de madera

Espejo facial

4. Indicaciones/instrucciones:

Explica al paciente los alcances médicos y legales del consentimiento informado

5. Procedimientos:

Completar con datos del paciente en el Consentimiento Informado

6. Resultados

1.
.....
.....

2.
.....
.....

3.
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

<https://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/Exodoncia-Simple.pdf>



Guía de práctica N° 5:

TIEMPOS QUIRURGICOS Y NORMAS DE ASEPSIA

Sección :Docente:

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Práctica en el laboratorio de los tiempos Quirúrgicos y las normas de Asepsia

2. Fundamento Teórico

Los tiempos quirúrgicos son una serie de procesos encaminados a organizar el acto quirúrgico en la cirugía, por lo que se considera con bases y principios basados en la anatomía, bioquímica, fisiología, bacteriología, patología, etc.

Los tiempos quirúrgicos siguen una serie de pasos ordenados para tener un resultado favorable después de una cirugía. Se inicia con la preparación del paciente durante el preoperatorio donde se debe tener en cuenta los aspectos que influenciarán el acto quirúrgico como ser: estado general del paciente, estado cardiológico, estado emocional, estudios laboratoriales previos a la cirugía, etc.

Una vez iniciado el acto quirúrgico, los pasos previos antes de la intervención, como la asepsia y antisepsia serán meticulosos para evitar la posible contaminación de la zona a ser intervenida y así evitar una infección cruzada. Dentro de estos cuidados se toma en cuenta de igual forma: la correcta vestimenta usada en el acto quirúrgico mismo, siendo requisito que cada miembro del equipo quirúrgico sea capaz de interactuar de manera adecuada entre sí.

Al finalizar la cirugía se deberán tomar las precauciones necesarias en la recuperación del paciente, así como de la herida quirúrgica, cuidados que deben ser mantenidos hasta el alta completa del paciente.

Las maniobras quirúrgicas son de extrema atención es por eso la responsabilidad del personal que labora con ellos, custodiar, mantener y asegurar el buen uso del instrumental y así incrementar su promedio de vida. El descuido, el uso inadecuado y la falta de mantenimiento, puede obstaculizar y quizá llevar hasta el fracaso los procedimientos quirúrgicos y, en su defecto, una pérdida económica considerable para el centro de salud.

Recomendaciones



Mantener con buen filo el instrumental para corte en forma permanente.

Reparar las pinzas diseñadas para presión y clampeo, para evitar que al realizar hemostasia queden abiertas y no cumplan su cometido.

Desechar las piezas que ya no pueden tener reparación.

Utilizar desinfectantes y soluciones esterilizantes garanticen una desinfección y esterilización adecuada pero que no causen corrosión al instrumental. Un producto que cubre los requisitos de la familia de antisépticos clorados, es un cloroxidante electrolítico. Es suficiente introducir el instrumental por espacio de 15 minutos en una dilución al 20 % y durante 30 minutos en una dilución al 10 % para lograr la esterilización del instrumental (respetar tiempo y diluciones recomendadas para su uso).

Mantener las superficies cortantes en buen estado y evitar que puedan mellarse.

No manejar bruscamente el instrumental.

Emplear los instrumentos exclusivamente para la función que fueron diseñados, en especial los portagujas; al montar una aguja más gruesa sobre un portagujas delicado dañaría el instrumento; asimismo, cuando no se le da el uso adecuado a las pinzas para hemostasia, y a las tijeras finas, quedan inutilizadas.

Realizar una limpieza escrupulosa (con solución antiséptica) y sobre todo no dejar más tiempo del indicado para lograr la esterilización en frío, pues se puede descromar el instrumental (tener en cuenta la calidad del instrumental).

FUNCIONES DEL INSTRUMENTISTA

Debe existir un personal idóneo que conozca las diferentes propiedades y características de los instrumentos. Este personal constituye una parte importante del equipo de trabajo y de su labor surge la función del instrumentista.

Verificar, en común con la enfermera circulante, que el quirófano reúna las condiciones de mayor seguridad: cialíticas, aspiración central, carro de anestesia, mesa del instrumental, mesa de mayo, mesa de antisépticos (o estantes), mesa para los paquetes de ropa (o vitrina), soportes de suero, baldes con bolsas para los residuos, receptal, tarimas, bisturí eléctrico, estado de la mesa de operaciones, negatoscopio, son, entre otras, funciones del instrumentista.

Se debe tener presente que el instrumental quirúrgico está diseñado de forma tal que le permita al cirujano realizar las maniobras quirúrgicas necesarias. Su tamaño, diseño y peso debe favorecer el desarrollo de la técnica quirúrgica que vaya a realizar por lo que el instrumentista debe estar identificado con las particularidades del instrumental requerido y la intervención a realizar.

Premisas fundamentales:

Conteo de instrumentales, agujas, gasas, compresas, de conjunto con la enfermera circulante.

Mantener la asepsia del campo quirúrgico y mesa mayo, todo organizado y seco.

Entregar el instrumental y suturas anticipándose a las necesidades del cirujano, según técnica quirúrgica.

Mantener el instrumental organizado y limpio según el lugar que ocupe en el mayo.

Recogida del instrumental utilizado y envío para su descontaminación y esterilización.

Área prevista para el instrumental quirúrgico



Disposición del instrumental en la mesa circular



Mesa circular preparada



Ariv



3. Equipos, Materiales y Reactivos

Historia clínica Odontológica

Odontograma

Tablilla de madera

Lapicero azul, rojo, negro y verde

Uniforme completo: mandil debidamente rotulado con nombre y apellido del operador (alumno), este debe estar bordado de color negro, zapatos blancos cerrados. Gorro, Lentes protectores, mascarilla N95 y guantes de examen descartables.

Campo descartables.

Equipo de diagnóstico.

Gasas estériles

Anestesia Tópica

Hisopos de madera

INSTRUMENTAL PARA CIRUGÍA:

Pinza adson

Cárpule

Legra

Mango de bisturí nº3

Bisturí nº15c

Botadores

Suero fisiológico

Pinza portagujas

Castro Viejo

Tijeras

4. Indicaciones/instrucciones:

- Aplicar los tiempos Quirúrgicos, Normas de Asepsia y Bioseguridad establecidos

5. Procedimientos:

- Desinfección
- Lavados de manos
- Ubicación de instrumentista
- Acto quirúrgico
- Sutura

6. Resultados

1.

.....
.....
.....



2.
.....
.....

3.
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

Enseñanza De La Técnica Quirúrgica Sobre La Base De Evidencias - Profesor Titular de Cirugía, Cátedra de Técnica Quirúrgica. Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela URL. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692005000100004&script=sci_arttext. fecha de acceso 09/11/2011



Guía de práctica N° 6:

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

Sección :Docente:

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. **Propósito /Objetivo (de la práctica):**

Reconocer el instrumental quirúrgico de acuerdo a su función para exodoncias simples.

2. **Fundamento Teórico**

La intervención quirúrgica, es un grupo de procedimientos realizados por el equipo quirúrgico que requiere una secuencia ya definida de acciones, aplicando normativa terapéutica en el uso previo y posterior de instrumental, así como en el manejo del paciente que se someterá al acto quirúrgico, con el fin de lograr resultados óptimos una vez concluido el proceso.

La intervención quirúrgica consta de tres periodos los cuales son:

1. Preoperatorio

2. Trans-operatorio (acto quirúrgico propiamente dicho)

- a. Diéresis
- b. Disección
- c. Excéresis
- d. Síntesis

3. Post Operatorio

MATERIAL E INSTRUMENTAL PRECISO PARA REALIZAR LA DE EXODONCIA

Se debe de disponer de:

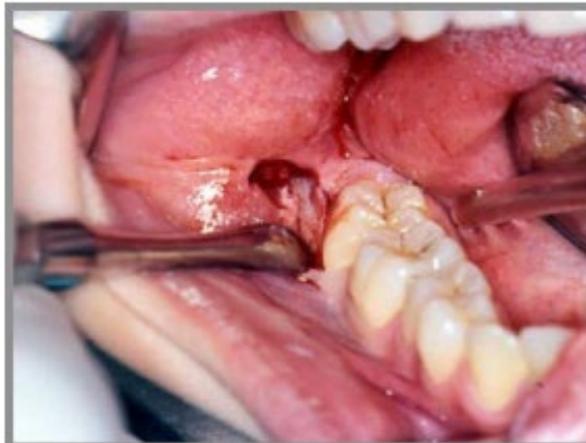
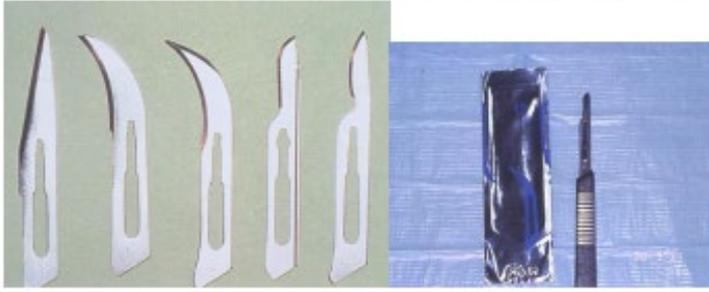
1.-Para anestesia loco regional. Carpule de anestesia y jeringa de anestesia



2.-Para separar



2.- Para colgajo mucoperióstico bisturí , periostotomo,



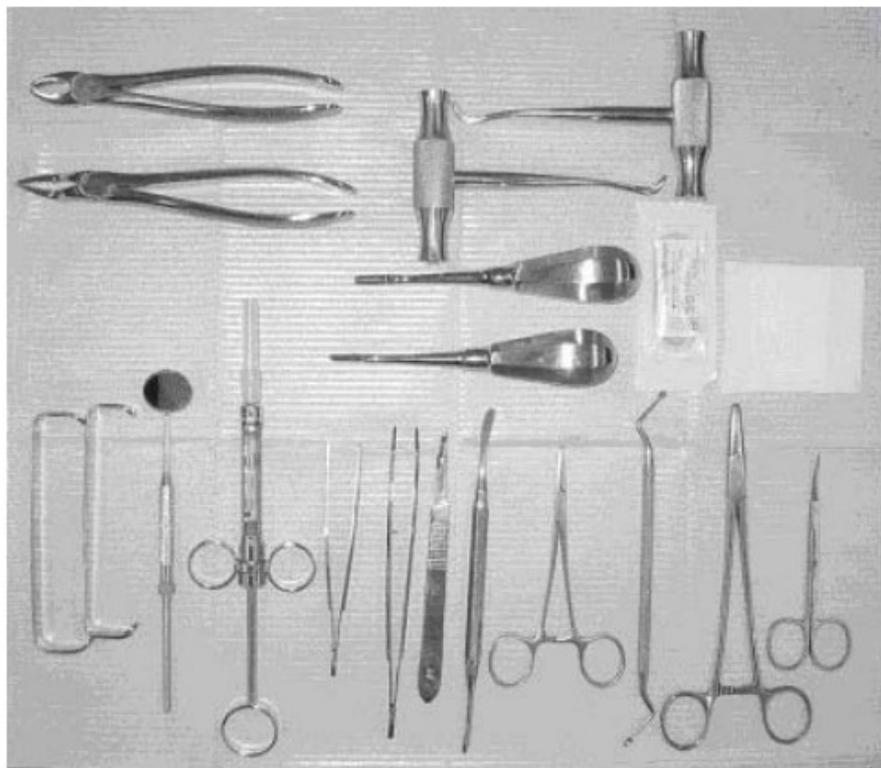
3.- Para ostectomía: micromotor, fresas, pinza gubia, escoplos





DISTRIBUCIÓN DEL INSTRUMENTAL Y MATERIAL EN UNA MESA QUIRÚRGICA PREPARADA PARA UNA EXODONCIA.

Es imprescindible la disposición del material en un entorno de asepsia en una mesa quirúrgica



3. Equipos, Materiales y Reactivos

Historia clínica

Tablilla de madera

Lapicero azul, rojo, negro y verde

Uniforme completo: mandil debidamente rotulado con nombre y apellido del operador (alumno), este debe estar bordado de color negro, zapatos blancos cerrados. Gorro, mascarilla y guante de examen descartables.

Campo descartables.

Equipo de diagnóstico.

Gasas estériles

Anestesia Tópica

Hiposos de madera

Espejo facial

INSTRUMENTAL PARA CIRUGÍA:

Pinza adson

Cárpule



- Legra
- Mango de bisturí n°3
- Bisturí n°15cc
- Curetas
- Elevadores
- Forceps
- Suero fisiológico
- Pinza portagujas

4. Indicaciones/instrucciones:

- Aplicar las técnicas quirúrgicas en pacientes que requieran de exodoncia simple

5. Procedimientos:

- Interconsulta Previa
- Desinfección
- Aplicar anestesia tópica
- Aplicar anestesia infiltrativa-sin vaso constrictor
- Incisión intrasulcular
- Liberar tejido completo
- Debridamiento
- Exeresis de la pieza dental
- Remodelación ósea
- Lavado con suero fisiológico
- Sutura

6. Resultados

1.

.....
.....
.....

2.

.....
.....
.....

3.

.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados



Manual de Cirugia Bucal. www.es.scribd.com/doc/24063210/Manual-de-Cirugia-Bucal

. Fractura o Luxacion Mandibular. 2012.

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000019.htm.

. Dyn H, Weiss A. Exodontia: tips and techniques for better outcomes. Dent Clin North Am. 2012 Enero; 56(1): p. 245-66.



SEGUNDA UNIDAD

Guía de práctica N° 7:

FARMACOLOGIA DE ANESTESICOS LOCALES

Sección :Docente:

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Identificar la Farmacología y composición de Anestésicos locales en exodoncia dental.

2. Fundamento Teórico

En el campo odontológico es esencial dar importancia al empleo de anestésicos antes, durante, y después de los tratamientos para evitar la sensación desagradable de dolor, los fármacos utilizados para este fin se investigan desde hace muchos años.

DEFINICION DE ANESTESICO LOCAL

Un anestésico local es un fármaco capaz de producir en el organismo vivo la interrupción de la conducción nerviosa, de forma temporal y reversible a concentraciones adecuadas en el sitio de acción, con la ulterior pérdida de sensibilidad de una región del cuerpo.

ESTRUCTURA QUIMICA

Los anestésicos locales se encuentran formados por los siguientes componentes:

- a) Anillo aromático, éste le confiere a la molécula del anestésico la liposolubilidad, por lo tanto permite la penetración, la fijación y la actividad del anestésico en el interior del nervio.
- b) Amina terciaria, cuya función es conferir la hidrosolubilidad a la molécula del anestésico, por ende tiene la responsabilidad de alcanzar y mantener una concentración adecuada dentro de la célula nerviosa.
- c) Cadena hidrocarbonada o cadena intermedia, es la que se encarga de unir el anillo y la amina, ésta puede ser un éster (C=O) o una amida (NH) en cuanto a conformación química se refiere, lo que juega un rol importante en la liposolubilidad, la toxicidad, y duración del anestésico.

CLASIFICACION DE LOS ANESTESICOS LOCALES

Existen dos grupos determinados a partir del tipo de unión que existe entre la cadena hidrocarbonada y el anillo aromático, éstos son:

- a) Grupo éster, que actualmente está en desuso debido a la gran cantidad de reportes de reacciones alérgicas que se presenta tras su uso. A este grupo pertenecen la procaína, 2-cloroprocaína, propoxicaína, tetracaina y benzocaína. Estos fármacos son rápidamente hidrolizados por acción de las pseudocolinesterasas en el plasma sanguíneo.



- b) Grupo amida, que son utilizados con más frecuencia en la actualidad, por ser menos alergénico, además de poseer rapidez en la velocidad de inicio y un potencial de acción moderada. A este grupo pertenecen la lidocaína, mepivacaína, prilocaína, bupivacaína, etidocaína y articaína. Estos anestésicos locales se emplean con más frecuencia y se caracterizan por metabolizarse en los microsomas hepáticos con lentitud.

PROPIEDADES DE LOS ANESTESICOS LOCALES

Entre las propiedades que los anestésicos locales deben tener, están las siguientes:

- Poseer un pH ácido, para ser hidrolizados por la alcalinidad de los tejidos y así liberar la base libre que el anestésico local posee, que entra en contacto con la fibra nerviosa produciendo una anestesia eficiente.
- Tener como aditivo un vasoconstrictor, la solución más utilizada es la adrenalina al 1/200.000, que influye en el tiempo en el que la base libre del anestésico permanece en contacto con la fibra nerviosa intensificando y prolongando la duración de la analgesia, en ocasiones suele ser necesario el empleo de un anestésico sin vasoconstrictor en alteraciones que el organismo pueda presentar, como problemas cardíacos o trastornos endocrinos, con la desventaja de ser absorbido rápidamente por el aparato circulatorio, tener un tiempo de acción disminuido y poseer riesgo de toxicidad.
- Tener una concentración eficaz, que dependerá del anestésico usado y de cierto modo del nervio a anestesiar, pues los nervios motores requieren de una concentración mayor del fármaco que los nervios sensoriales.
- El anestésico que tras la síntesis solo se obtiene en polvo, debe reaccionar con el ácido clorhídrico con el fin de obtener una sal soluble que inhiba la propagación de la conducción nerviosa.

MECANISMO DE ACCION

Los anestésicos locales, son sales que para cumplir su acción deben disociarse en dos moléculas: la primera es una base anestésica y no tiene carga eléctrica y la segunda es un catión y tiene carga eléctrica; la base fácilmente puede atravesar la membrana de la fibra nerviosa gracias a su componente lipofílico, sin embargo el catión no la podrá atravesar por ser hidrosoluble, por lo tanto para que todo el anestésico ingrese al interior del nervio, debe existir una disociación en base y catión hasta que todo el anestésico se encuentre dentro del nervio y se una a sus receptores, una vez efectiva la unión se impide la propagación del impulso nervioso.

La secuencia del bloqueo nervioso es la siguiente:

- Elevación de la temperatura cutánea, por consiguiente vasodilatación.
- Ausencia de la sensación de la temperatura y de dolor.
- Falta de sensación ante cualquier estímulo.
- Pérdida de la percepción táctil y de presión.
- Ausencia de la motricidad.

FARMACOCINETICA

La absorción del anestésico local depende del tipo de fármaco empleado, del sitio de administración, de la concentración generada, de la dosis y del uso de vasoconstrictor.

Los fármacos del grupo éster, se hidrolizan por acción de las pseudocolinesterasas, dando como subproductos metabolitos como el ácido paraaminobenzoico, que junto al anestésico son excretados por el riñón. Si existe alguna disminución en función por parte de las pseudocolinesterasas habrá mayor concentración del anestésico y por ende mayor toxicidad sistémica.

Los de tipo amida se metabolizan en el hígado por procesos como oxidación, desalquilación, hidrólisis y sulfoconjugación de los metabolitos, posteriormente se excretan por la orina y en pequeña cantidad por las heces fecales.

En la piel no se absorbe ningún anestésico, salvo que ésta se encuentre lesionada, en tal caso se aplica tópicamente sobre la lesión.

En las mucosas los anestésicos se absorben rápidamente, especialmente los anestésicos de mayor potencia como la tetracaína y lidocaína; la procaína por el contrario no penetra en las mucosas.



3. Equipos, Materiales y Reactivos

Historia clínica periodontal

Periodontograma

Tablilla de madera

Lapicero azul, rojo, negro y verde

Uniforme completo: mandil debidamente rotulado con nombre y apellido del operador (alumno), este debe estar bordado de color negro, zapatos blancos cerrados. Gorro, mascarilla y guante de examen descartables.

Campo descartables.

Equipo de diagnóstico.

Gasas estériles

Anestesia Tópica

Hiposos de madera

Calculadora

Pastilla reveladora

Espejo facial

INSTRUMENTAL PARA CIRUGÍA:

Pinza adson

Cárpule

Mango de bisturí nº3

Suero fisiológico

4. Indicaciones/instrucciones:

- Aplicar las técnicas quirúrgicas en pacientes de acuerdo a las indicaciones

5. Procedimientos:

- Desinfección
- Aplicar anestesia tópica
- Aplicar anestesia infiltrativa-sin vaso constrictor
- Remodelación ósea
- Lavado con suero fisiológico
- Sutura

6. Resultados

1.

.....



.....
.....

2.

.....
.....
.....

3.

.....
.....
.....

7. **Conclusiones**

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. **Sugerencias y /o recomendaciones**

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- Velásquez J; Farmacología Básica y Clínica; Fármacos antiinflamatorias no esteroideos y otros analgésicos y antipiréticos; Editorial "Médica Panamericana S.A" 17ta edición. España. 2005:31; 519-522.
- Flores J.; Farmacología Humana; Fármacos analgésicos, antitérmicos, y antiinflamatorios no esteroideos. Antriartricos; Editorial Elsevier Doyma. 4ta edición; Barcelona España. 2003:22; 385-390.



Guía de práctica N° 8:

TECNICAS ANESTESICAS

Sección :Docente:

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Aplicar las diferentes técnicas anestésicas para exodoncias simples.

2. Fundamento Teórico

ANESTESIA LOCAL

Es una inhibición de la sensibilidad dolorosa de carácter reversible y limitada a una porción del organismo. Por lo tanto, los anestésicos locales son fármacos que inhiben transitoriamente la sensibilidad dolorosa.

El punto de acción de los anestésicos locales se halla en:

- a) Los nervios aferentes.
- b) Los órganos terminales sensitivos.

La anestesia local se obtiene por:

- Bloqueo nervioso
- Bloqueo de campo
- Infiltración local
- Submucosa

MECANISMO DE ACCIÓN

La excitación de la membrana del nervio puede inhibirse de varias maneras. Los anestésicos locales interfieren en la conducción nerviosa reduciendo la velocidad del proceso de la fase de despolarización de potencial de acción sin afectar el de reposo de la membrana. Interfieren igualmente la fase de despolarización al reducir el flujo de entrada de iones de Na.

LUGAR DE ACCIÓN

El lugar de acción de los anestésicos locales es la membrana del axón. Los receptores se encuentran en superficies tanto interna como externa de la membrana del nervio. Los anestésicos locales utilizados clínicamente parece que actúan con los receptores internos.

FORMA DE ACCIÓN

Los anestésicos locales utilizados clínicamente existen en dos formas de solución: de base libre y de cationes con carga positiva su equilibrio se da por el pH de la solución y el pKa de la sustancia anestésica.

En la membrana del nervio tiene lugar el reequilibrio de estas dos las formas básicas y catiónica y esta última se une a el receptor produciendo el bloqueo de la conducción.

DURACIÓN DEL BLOQUEO

Los anestésicos empleados en odontología particularmente son de corta duración. El tiempo del bloqueo depende de la concentración suficiente. Esto esta dado por dos factores: La difusión del anestésico del nervio y la eliminación del anestésico, se da por el gradiente de concentración



de la membrana a el espacio extrafacicular y por la absorción de los vasos sanguíneos alrededor del nervio.

ANESTÉSICOS LOCALES

CLASIFICACIÓN

Según su composición química, los AL pueden ser ésteres ó amidas.

Los anestésicos locales del grupo éster, prácticamente no se utilizan en la actualidad, al haber sido superados

completamente por los del grupo amida. Pertenecen a éste los siguientes fármacos: Cocaína, Benzocaina, Procaina, Tetracaina y Clorprocaina

Los anestésicos locales del grupo amida, presentan múltiples ventajas respecto a los anteriores, sobretodo una menor incidencia de efectos secundarios. Pertenecen a este grupo: Lidocaina, Mepivacaina, Prilocaina, Bupivacaina y Ropivacaina, introducido recientemente.

TOXICIDAD

La toxicidad de los AL puede producirse a nivel local o sistémico:

A nivel local, pueden producir edema, inflamación, abscesos, isquemia , y hematoma, potencialmente peligroso dependiendo de su localización . Puede producirse también una lesión nerviosa, motivada por una causa mecánica , o bien de carácter físico-químico . En este sentido, debe recordarse que la Clorprocaina puede producir trastornos graves de la conducción nerviosa, con lisis de la vaina de Scwan y degeneración axonal. Estas lesiones se ven incrementadas cuando se utiliza adrenalina.

Los síntomas de la toxicidad sistémica son el resultado de una estimulación sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y concomitantemente depresión de los centros medulares y sistemas respiratorio y cardiovascular. Suele guardar relación con la dosis y responder a niveles plasmáticos altos.

Los síntomas de toxicidad del SNC son de gravedad creciente. Inicialmente el efecto tóxico se manifiesta por excitación, con los siguientes síntomas: inquietud, ansiedad, entumecimiento de la lengua y tejido peribucal con sabor metálico en la boca, trastornos visuales y auditivos, temblores, y finalmente convulsiones tónico-clónicas. También se puede observar taquicardia e hipertensión arterial, trastornos del ritmo respiratorio, náuseas y/o vómitos, debido a toxicidad sobre la médula. En una segunda fase, las manifestaciones son de tipo depresivo: inconsciencia, hipotensión, síncope vascular, y paro respiratorio.

El tratamiento consistirá en mantener libre la vía aérea, oxigenoterapia (el oxígeno empleado en los primeros momentos puede prevenir las convulsiones), y benzodiazepinas o hipnóticos en caso de convulsiones, procediendo a la intubación endotraqueal si fuese necesario.

El sistema cardiovascular es más resistente que el SNC a la toxicidad de los AL, necesitando 3 ó 4 veces más dosis para mostrar efectos tóxicos. La bupivacaina, es el AL más cardiotoxico. Inicialmente, se produce un aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca, por estimulación simpática. Posteriormente se puede producir hipotensión por acción vasodilatadora, y finalmente colapso cardiovascular.

El tratamiento se hará con fluido terapia y vasoconstrictores en caso de hipotensión. Si la depresión miocárdica es intensa, se necesitará apoyo inotrópico. La oxigenoterapia será igualmente importante y se valorará la necesidad de intubación endotraqueal y ventilación controlada.

DOSIS MÁXIMA PERMITIDA

Anestésico local	Sin adrenalina	Con adrenalina
Prilocaina	400 mg (5-6 mg/Kg.)	600 mg (8-9 mg/Kg.)
Lidocaina	200 mg (3-4 mg/Kg.)	500 mg (6-7 mg/Kg.)



Mepivacaina	400 mg (5-6 mg/Kg.)	600 mg (6-8 mg/Kg.)
Bupivacaina	150 mg (2 mg/Kg.)	200 mg (2,5 mg/Kg.)

PREVENCIÓN DE LA TOXICIDAD

Existen una serie de medidas de fácil aplicación, que son muy eficaces para prevenir la toxicidad de los AL:

Seleccionar el AL adecuado a cada situación clínica.

Utilizar siempre la dosis mínima que proporcione una anestesia satisfactoria, no sobrepasando en ningún caso la dosis máxima del AL que estemos utilizando.

Se recomienda utilizar un volumen adecuado, a la mínima concentración posible.

Se procederá a la inyección lenta del AL, haciendo aspiraciones frecuentes para descartar que estemos realizando una inyección intravenosa.

Se utilizará vasoconstrictor siempre que sea posible, omitiéndolo en aquellos casos en que esté contraindicado.

TÉCNICAS DE ANESTESIA

MAXILAR SUPERIOR

Las técnicas principales son:

Cigomática alta

Cigomática baja

infraorbitaria

Las técnicas de refuerzo son:

Nasopalatina

Palatina media

Palatina posterior

TÉCNICA DE LA INYECCIÓN

Los dedos del dentista deben de mantener una posición fija y se deben apoyar en algunos puntos de la cara del paciente

Debe de haber una aspiración con lentitud para que no de lugar a la aparición de una contrapresión, excepto paladar y papilas.

Se debe de evitar cuidadosamente rozar el periostio con la punta de la aguja.

La punta nunca debe de introducirse en orificios óseos ya que se corre el riesgo de dañar vasos y nervios.

INCISIVOS Y CANINOS

TÉCNICA INCISAL

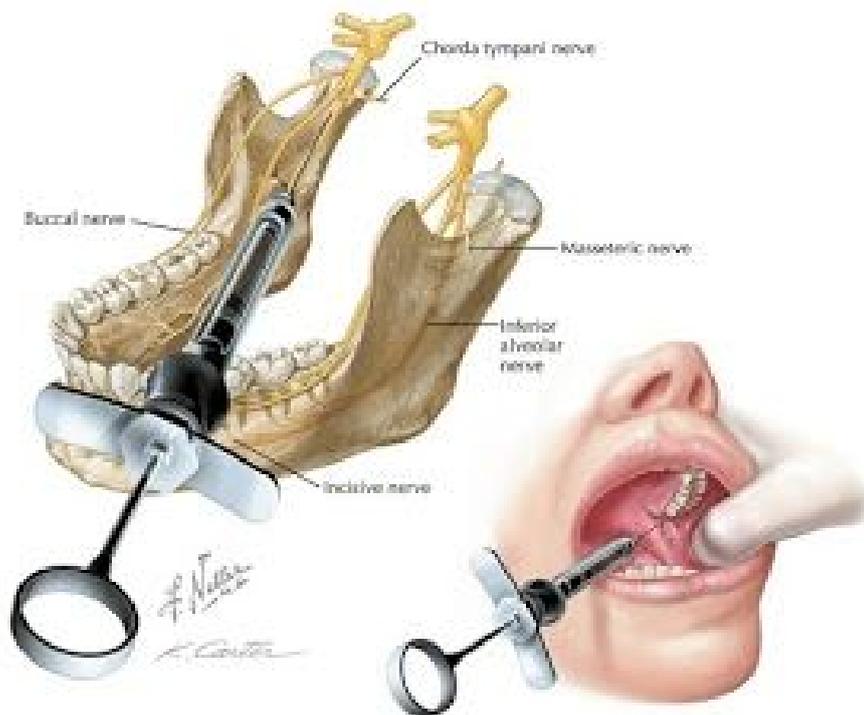
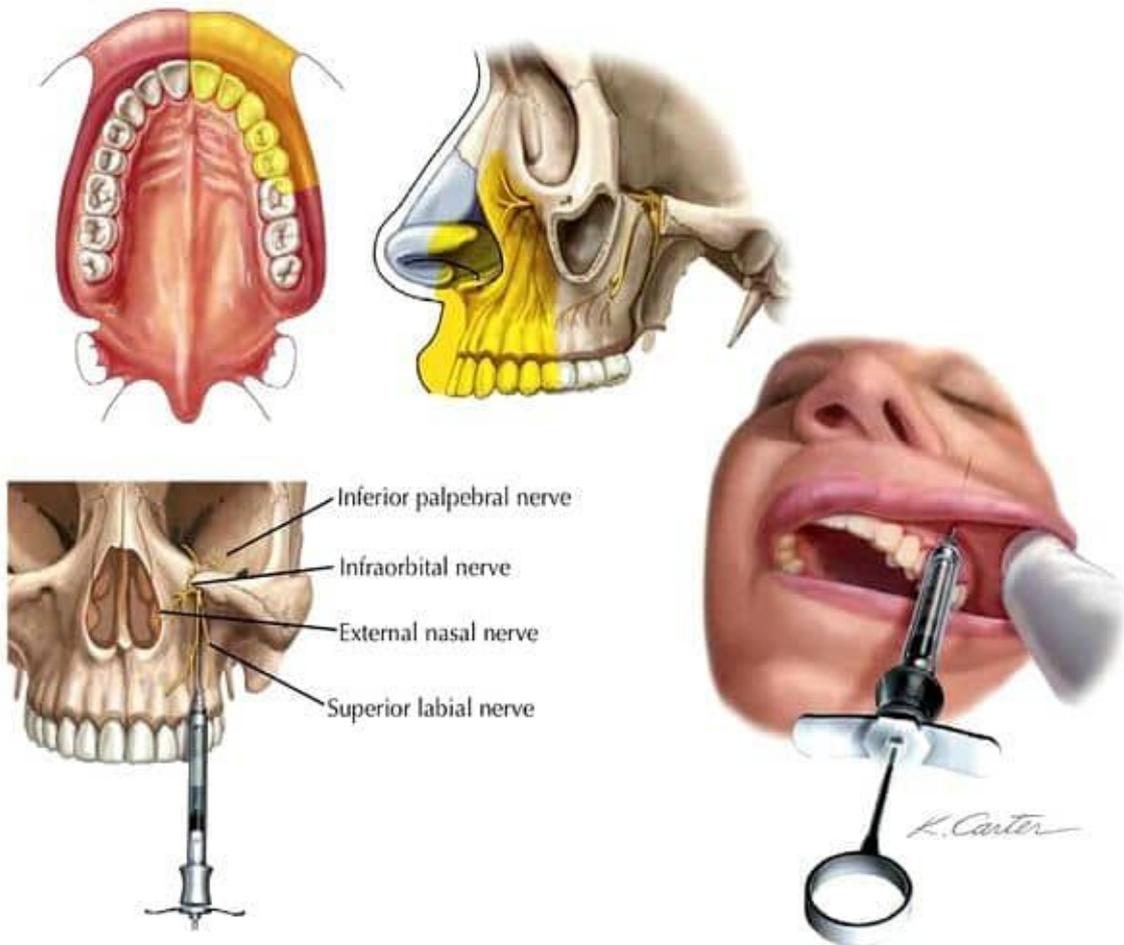
ANATOMÍA DE LA REGIÓN

Esta región está inervada por los nervios alveolares superiores rama del infraorbitario, además de los incisivos y caninos inervan la encía bucal y el periostio.

La encía palatina la mucosa y el periostio están inervados por el nervio nasopalatino.

INYECCIÓN

Los incisivos y caninos se anestesian mediante la inyección en el pliegue bucal que se aplica en un punto adyacente o mesial al diente . La aguja se introduce en el tejido en sentido axial hacia la región apical. Cuando se ha hecho contacto con el hueso se deposita de 1ml a 2ml de solución. Se obtiene una analgesia adecuada de la pulpa.





3. Equipos, Materiales y Reactivos

- Historia clínica
- Tablilla de madera
- Lapicero azul, rojo, negro y verde

Uniforme completo: mandil debidamente rotulado con nombre y apellido del operador (alumno), este debe estar bordado de color negro, zapatos blancos cerrados. Gorro, mascarilla y guante de examen descartables.

Campo descartables.

Equipo de diagnóstico.

Gasas estériles

Anestesia Tópica

Hiposos de madera

4. Indicaciones/instrucciones:

El alumno debe aplicar todos los conocimientos previos para una correcta técnica anestésica

5. Procedimientos:

- Desinfección
- Aplicar anestesia tópica
- Aplicar anestesia infiltrativa-sin vaso constrictor
- Remodelación ósea
- Lavado con suero fisiológico
- Sutura

6. Resultados

1.
.....
.....

2.
.....
.....

3.
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....



8. Sugerencias y/o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

Vademécum Especialidades Farmacéuticas Editorial "Campos Iris SRL" 10ma edición. La Paz - Bolivia .2010:3, 10,704



Guía de práctica N° 9:

PROTOCOLO QUIRURGICO ODONTOLOGICO

Sección :Docente:

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Realizar el protocolo quirúrgico para pacientes que requieran exodoncia dental.

2. Fundamento Teórico

La extracción dental es un procedimiento que incorpora la aplicación correcta de principios quirúrgicos, físicos y mecánicos para lograr la remoción de un diente . La exodoncia de dientes permanentes es la terapéutica destinada a extraer el órgano dentario actuando sobre la articulación alveolo dentaria (sinartrosis).

La extracción dentaria es el acto quirúrgico que se realiza con más frecuencia dentro de la cirugía oral. Factores de Riesgo Es necesario intentar conservar las estructuras dentarias, sin embargo, hay muchos casos en los cuales es inevitable realizar la extracción dentaria, las podemos resumir de la siguiente forma:

Dientes en los cuales no es posible la aplicación de la Odontóloga conservadora.

Restos radiculares. Dientes con fracturas coronarias subgingivales.

Dientes con fracturas o fisuras verticales.

Dientes con caries radiculares muy subgingivales y sobre todo subóseas

Dientes con enfermedad periodontal con grados de movilidad no estables, no recuperables y progresivos.

Dientes supernumerarios.

Tratamientos ortodónticos en los que hay una gran discrepancia óseo dentaria, sin posibilidad de crecimiento óseo.

Dientes incluidos o en posición ectópica.



Por problemas socio económicos del paciente, que dificulten la odontología conservadora.

Indicaciones:

Caries no restaurables

Perdida de soporte óseo.

Fracaso repetitivo de endodoncia convencional y no convencional.

Trauma dento-alveolar.

Infecciones apicales refractarias periodontitis apical crónica.

Infecciones de espacios profundos asociados.

Transformación quístico-tumoral de sacos dentarios.

Reabsorción Radicular externa y/o interna .

Rizoclasia de dientes vecinos.

Pericoronitis.

Traba de erupción (a dientes vecinos).

Riesgo fractura mandibular.

Neuralgias asociadas.

Indicación prostodóntica.

Indicación ortodóntica.

Apiñamiento.

Previo a cirugía

El uso de una técnica correcta y unas medidas de asepsia son normas imprescindibles para el éxito de la extracción. Una historia y exploración previas, así como la realización de una radiología son también imprescindibles antes de proceder a la extracción.

La técnica de extracción simple requiere según el diente y su situación, la posición adecuada del paciente y del profesional, de la utilización de sindesmotomos, fórceps y elevadores. No se debe olvidar que en los niños la boca es pequeña, el acceso difícil y la saliva abundante, y a su favor cabe señalar la mayor elasticidad ósea, la reabsorción fisiológica de las raíces dentales junto al menor tamaño del diente.

Los niños son pacientes especiales y como tal deben de ser atendidos en un ambiente que reúna ciertas características que haga su consulta y experiencia en el odontólogo algo grato y confortable.



3. Equipos, Materiales y Reactivos

Historia clínica periodontal

Lapicero azul, rojo, negro y verde

Uniforme completo: mandil debidamente rotulado con nombre y apellido del operador (alumno), este debe estar bordado de color negro, zapatos blancos cerrados. Gorro, mascarilla y guante de examen descartables.

Campo descartables.

Equipo de diagnóstico.

Gasas estériles

Anestesia Tópica

Hiposos de madera

Espejo facial

INSTRUMENTAL PARA CIRURGÍA

4. Indicaciones/instrucciones:

Caracterizada por obtener la exeresis de la pieza dental, se acude al protocolo establecido según normas de Bioseguridad y requerimiento de técnica quirúrgica.

5. Procedimientos:

Técnica quirúrgica:

1. Tratamiento Anestesia.
2. Sindesmotomia.
3. Luxación.
4. Aprehensión.
5. Exodoncia propiamente dicha.
6. Revisión del alveolo. (Visual vs. Exploración con cureta)
7. Verificación del proceso de hemostático local.
8. Cerciórese que se haya formado un coagulo estable y/o que no haya sangrado importante

6. Resultados

1.

.....
.....
.....



2.
.....
.....

3.
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

.Rafetto LK, Synan W. Surgical management of third molars. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2012 Septiembre; 20(2): p. 197-223.



Guía de práctica N° 10:

TECNICAS QUIRURGICAS ODONTOLÓGICAS

Sección :Docente:

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Reconocer y aplicar las técnicas quirúrgicas para exodoncias dentales.

2. Fundamento Teórico

TÉCNICAS DE DIÉRESIS

Entre las técnicas de diéresis se encuentran:

1. Incisión : Se denomina incisión a la realización manual con el uso de un instrumento de un corte en el área afectada, de esta manera se genera un colgajo quirúrgico que involucra tejidos blandos, los cuales se cortan y retraen con el objeto de retirar hueso subyacente, para exponer raíces, dientes o tejidos patológicos, sin traumatizar los tejidos blandos circundantes.

La base del colgajo debe ser lo suficientemente ancha para asegurar una vascularización adecuada y evitar la necrosis del tejido, permitiendo buena visualización del área quirúrgica y que facilite las maniobras del operador, evitando desgarros y rupturas de los tejidos que dificulten y compliquen la cicatrización de la herida.

El momento de la incisión el trazo debe ser planificado y aplicando fuerza y firmeza sobre el bisturí se delimitará en forma continua el corte de la zona a tratar. La incisión debe trazarse de tal manera que cuando se reposicione el colgajo la línea de sutura repose sobre tejido sano íntegramente, para evitar el desprendimiento de los puntos de sutura y formación de dehiscencias que afecten la cicatrización y el restablecimiento de la anatomía normal.

Dos tipos de colgajos quirúrgicos son los más empleados en cirugía oral; el envolvente o contorneante y el colgajo en bayoneta. El primero se realiza incidiendo alrededor de los cuellos de dos o más dientes, mientras que el segundo, muestra una incisión vertical posterior a la ejecución de una envolvente.

De ésta manera se citan a las más utilizadas:

- a. contorneante simple sin cortes liberatrices, tipo Winter.
- b. contorneante en bayoneta, tipo Magnus
- c. contorneante con corte liberatriz mesial , tipo Ries Centeno
- d. contorneante con corte liberatriz distal tipo Kimura



e. circular para eliminar el saco pericoronario, tipo Lionel.

2. Hemostasia: se denomina hemostasia, a la serie de mecanismos que se utilizan para evitar la pérdida de sangre. Por lo tanto, la hemostasia en cirugía oral, debe estar controlada precozmente a partir del análisis laboratorial observado en el preoperatorio.

Existen numerosas sustancias hemostáticas locales, entre las que se encuentran: la adrenalina, utilizada como vasoconstrictor local en el momento de la aplicación anestésica; la trombina USP, que es de origen bovino y se encuentra liofilizada que cataliza la conversión de fibrinógeno en fibrina; la esponja de gelatina absorbible (gelfoam), celulosa oxidada, celulosa regenerada oxidada y el hemostático microfibrilar de colágeno.

De igual forma el uso de astringentes y el estíptico ayudan a precipitar las proteínas sanguíneas causando obstrucción mecánica de los vasos sanguíneos lesionados, debiéndose utilizar solamente pequeñas cantidades, ya que el uso en mayor volumen llevaría a irritación local o necrosis del tejido. En este grupo se mencionan al cloruro de aluminio, ácido tánico.

TÉCNICAS DE EXCERESIS

En las técnicas de excéresis se mencionan a:

1. Exposición: La exposición del tejido debe realizar con ayuda de pinzas, que fijadas en los bordes de los colgajos, elevarán los mismos para la observación clara del área a intervenir. De esta manera el instrumentador aplicará las técnicas requeridas de acuerdo al caso para la debridación de tejidos, exposición de cuellos, retracción ósea, etc., según sea la necesidad planificada.
2. Disección y separación, para lo que se hará uso de legras o espátulas de cera, moviendo de adelante atrás, acompañado de hemostasia, cuando el procedimiento de retiro del segmento planificado se haya concluido se procederá a la síntesis correspondiente.

TÉCNICAS DE SÍNTESIS

La sutura, debe permitir idealmente la aproximación exacta de los bordes de los tejidos incididos, para facilitar la curación por primera intención y cubrir el tejido agredido en la mayor extensión posible. Por supuesto la hemostasia realizada por los puntos de sutura permite de igual forma la contención del sangrado y el mantenimiento de los bordes del tejido lesionado.

La sutura debería ser realizada con agujas atraumáticas, utilizándose dos tipos de materiales en la cirugía intraoral: el Vicryl tipo absorbible pero podría llevar a mayor respuesta inflamatoria, y el Vicryl rapid, que es un material de muy buena respuesta en las intervenciones de patología intraoral, el número recomendable es 5-0.

El tipo de sutura más común es la sencilla de punto interrumpido, iniciándose en las papilas más anteriores de la incisión, para que el resto puedan adecuarse perfectamente.

El control postoperatorio debe enmarcarse a la visualización de sangrado, reposición del color del área intervenida, ausencia de infección, etc.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Historia clínica

Tablilla de madera

Lapicero azul, rojo, negro y verde



Uniforme completo: mandil debidamente rotulado con nombre y apellido del operador (alumno), este debe estar bordado de color negro, zapatos blancos cerrados. Gorro, mascarilla y guante de examen descartables.

Campo descartables.

Equipo de diagnóstico.

Gasas estériles

PIEZA DE MANO

02 fresa pimpollo grano negro tamaño mediano para pieza de alta

vaselina crema

anestesia tópica

02 anestesia lidocaína con epinefrina

01 aguja dental corta

abrebocas

suctor de saliva

gasas estériles

cámara fotográfica

campos descartables

equipo de diagnóstico(cárpule, pinza para algodón, 02 espejo bucal)

4. Indicaciones/instrucciones:

Reconocer la pieza a extraer.

5. Procedimientos:

Identificar la pieza a extraer y aplicar la técnica ideal con los instrumentos correspondientes a la técnica quirúrgica.

Finalizar el procedimiento lavando con suero fisiológico y Sutura.

6. Resultados

1.

.....
.....
.....



2.
.....
.....

3.
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

Manual de Cirugia Bucal. www.es.scribd.com/doc/24063210/Manual-de-Cirugia-Bucal



TERCERA UNIDAD

Guía de práctica N° 11:

SUTURAS

Sección :Docente

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Reconocer las diferentes Suturas para la síntesis de Cirugía Bucal.

2. Fundamento Teórico

Las suturas en odontología hacen referencia a la maniobra que realiza el dentista con la finalidad de reunir dos tejidos separados por traumatismos varios o debido a una incisión. Cabe destacar la importancia que tiene cerrar la herida cuidadosamente, asegurando la cicatrización pero sin tensión: un extremo muy apretado podría producir necrosis local.

Objetivos de las suturas en odontología

Entre los diversos objetivos de las suturas encontramos los siguientes:

Conseguir una perfecta unión de los bordes de los tejidos de forma precisa.

Proteger el coágulo en la zona cicatricial.

Evita que se acumule sangre o líquidos.

Controlar el exudado desde el hueso alveolar y proteger el coágulo y bordes de la herida.

Acabar con espacios donde podrían introducirse restos de alimentos y bacterias.

Recolocar los tejidos en su lugar inicial o en la posición deseada.

El material de las suturas que escoja el odontólogo, **ya sea biodegradable o no**, es muy importante, puesto que estará en contacto temporal con las mucosas de la boca y de no ser el adecuado, podría producir infecciones.

Asimismo, debe ser lo suficientemente resistente y fuerte para sostener los tejidos de forma segura pero, al mismo tiempo, flexible para poder ser anudado.

Características del hilo de sutura



Los odontólogos, como comentábamos anteriormente, deben tener un cuidado especial en la elección de las suturas, ya que encierra una gran importancia para la correcta unión de los bordes de los tejidos de forma atraumática

3. Equipos, Materiales y Reactivos

- Maqueta de yeso de paciente con diagnóstica de edentulismo parcial superior o inferior bilateral y/o unilateral
- Sutura Seda negra 4/0 borde cortante 3/8 de círculo Tc 15 o tc 20
- Sutura ácido poliglicólico 5/0 borde cortante 3/8 de círculo TC 15 o TC 20
- Radiografía periapical
- Pieza de mano
- Fresa redonda grano azul nº16

4. Indicaciones/instrucciones:

Reconocer el material de sutura y realizar secuencia quirúrgica de abordaje quirúrgico para brindarle tratamiento.

5. Procedimientos:

- Confeccionar maqueta de corospun rosado
- Abordar mediante un colgajo abierto en el lugar del defecto simulado
- Manipulación de simulador de tejidos blandos
- Síntesis de colgajo

6. Resultados

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....

7. Conclusiones

- 7.1.....
- 7.2.....
- 7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendadosManual de Cirugia Bucal.
www.es.scribd.com/doc/24063210/Manual-de-Cirugia-Bucal



Guía de práctica N° 12:

MANEJO POSQUIRURGICO

Sección :Docente:

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Reconocer las complicaciones posquirúrgicas, definir la medicación posoperatoria

2. Fundamento Teórico

Una vez finalizada la intervención quirúrgica el paciente deberá tener los cuidados correspondientes para tener una recuperación favorable y de rápida acción. Sin embargo, para evitar posibles complicaciones futuras, se han de administrar fármacos como ser antibióticos, antiinflamatorios, etc. o de otra característica en especial para este caso, junto a las recomendaciones del personal médico que realizó la intervención. En algunos casos la recuperación de las heridas de la intervención puede durar de días a semanas.

Clasificación del tiempo posoperatorio de acuerdo al tiempo transcurrido

- Inmediato: Es el tiempo que continua a la cirugía hasta las 24 horas donde el paciente debe ser controlado en la sala de recuperación, en este periodo se restablecen los reflejos y las respuestas homeostáticas.
- Mediato: Tiempo que sigue al periodo posoperatorio inmediato hasta 30 días después de la operación. Es en este periodo en el que se da el alta hospitalaria, donde el paciente estará totalmente recuperado.
- Alejado: Es llamado posoperatorio tardío y se encuentra dentro del segundo mes o hasta los 365 días posteriores a la intervención quirúrgica

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Cureta para alveólo



4. Indicaciones/instrucciones:

Reconocer la sintomatología del área tratado en la exodoncia

5. Procedimientos:

Síntesis de Tejidos e indicaciones farmacológicas.

6. Resultados

1.

.....
.....
.....

2.

.....
.....
.....

3.

.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

Plazas A, Matheu E. Fracturas Radiculares Horizontal.

www.javeriana.edu.co/academiapendodoncia/art_revision/i_a_revision54.html.



Guía de práctica N° 13 :

COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS

Sección :Docente:

Fecha :/...../2020 Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

- Propósito /Objetivo (de la práctica):**
Reconocer las complicaciones posquirúrgicas, definir la medicación posoperatoria

2. Fundamento Teórico

Complicaciones

1. Mecánicas

A) Dehiscencia de sutura

Es la complicación mecánica más frecuente de todas las que nos pueden ocurrir y acarreamos problemas infecciosos secundarios a la complicación primaria debido a la flora potencialmente patógena de la cavidad bucal y a la propia flora bacteriana anaerobia que encontramos siempre en las bolsas periodontales de los terceros molares.

Al utilizar material reabsorbible, ocurre habitualmente que, en contacto con la humedad de la boca y las enzimas de la saliva, puede disolver el material de sutura. También es frecuente la dehiscencia cuando se sutura a tensión los bordes de los colgajos. En estos casos, es conveniente hacer una zetaplastia o algún corte de descarga de tensión cuando ésta exista.

La mucosa oral responde muy bien a la sutura con puntos sueltos simples, pero tiene el inconveniente de que los bordes de la mucosa se invaginen y no tenga suficiente contacto de cicatrización. Indicamos para la sutura de la mucosa oral el punto doble o de Donati, evitando la invaginación de la mucosa y aumentando el contacto de los bordes, siendo la resistencia a la tracción muscular de los bordes mucho más fuerte que en la sutura simple que la utilizamos como remate de la de puntos dobles, es decir, intercalando entre puntos dobles, los sencillos.

Si la herida quirúrgica ha quedado abierta, actuamos según el tamaño de la misma de dos formas:

1. Si la dehiscencia es pequeña, podemos dejar la mucosa que cicatrice por segunda intención.
2. Si la dehiscencia es amplia, es conveniente suturar y hacerlo siempre con puntos dobles.



También hay que contar con la idiosincrasia del paciente a la mala cicatrización y, la patología médica coadyuvante: pacientes irradiados, hipoproteinémicos, con enfermedades renales, etc., que pueden ser caso de retardo en la cicatrización.

B)Comunicación oro-sinusal

Suele ocurrir en pacientes con una gran neumatización del seno maxilar y encontrándose el cordal en contacto con la cortical del seno. Cuando realizamos la exodoncia, y si no tenemos en cuenta este detalle, el cordal puede romper la fina cortical del seno maxilar quedándose alojado en su interior. Para solucionar esta complicación, aconsejamos ampliar la incisión y por medio de un aspirador fino (sonda de Foley) tratar de arrastrarlo fuera del seno maxilar; las maniobras con pinzas, mosquitos, etc., son inútiles la mayoría de las veces. Como tratamiento de la comunicación en el caso de ser pequeña, recomendamos colocar una membrana de colágeno en la pared del seno y suturar a conciencia el colgajo. Si la comunicación ya es mucho mayor estaría indicada la intervención quirúrgica del seno maxilar según las técnicas descritas para éste.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

- Modelos de estudio en yeso de edéntulos parciales superiores e inferiores unilateral o bilateral
- Lápiz bicolor
- Pinza hemostática
- Suero Fisiologico
- Gasas esteriles
- Equipo diagnostico
- Anestesia tópica
- Hisopos
- Tijera
- Radiografía de control

4. Indicaciones/instrucciones:

Reconocer algunos signos y síntomas post quirúrgicos en el paciente.

5. Procedimientos:

Hacer una correcta anamnesis y tomar nota de los signos y síntomas.

6. Resultados

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....

7. Conclusiones



7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

Plazas A, Matheu E. Fracturas Radiculares Horizontal.

www.javeriana.edu.co/academiapendodoncia/art_revision/i_a_revision54.html.



TERCERA UNIDAD

Guía de práctica N° 14 :

MEDICACION POSTOPERATORIA

Sección :Docente:

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Identificar la medicación post quirúrgica para signos de inflamación y analgesia del paciente.

2. Fundamento Teórico

A la hora de iniciar el tratamiento analgésico y decidir qué fármaco/s utilizar habría que tener en cuenta las características individuales de cada paciente (por ejemplo respecto a posibles interacciones farmacológicas, alergias o intolerancias) y su necesidad específica de analgesia.

En cuanto a la combinación de esteroide/anti-inflamatorios, no se han encontrado ensayos clínicos que comparen la efectividad de diferentes combinaciones de ambos fármacos tras una extracción dental. Se menciona en los documentos mencionados que el uso preoperatorio de esteroides (mejor en el preoperatorio) reduce el edema y el trismo postquirúrgicos pero sin establecer conclusiones firmes respecto al principio activo, la dosis, pauta o forma de administración.

Sin embargo, como fármacos de uso común sugiere utilizar:

Pre-medicación convencional sedante/antiemética

Crema anestésica local tópica en el sitio de la inyección intravenosa planificada.

Fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) para la analgesia y para reducir el edema y el trismo



Esteroides (como dexametasona) para reducir el edema y el trismo

Antibióticos para reducir la incidencia de osteitis/infección local que puede causar dolor prolongado e hinchazón.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Instrumental quirúrgico para realizar examen clínico post quirurgico.

4. Indicaciones/instrucciones:

Aplicar los conocimientos frente a los signos y síntomas.

5. Procedimientos:

Tomar nota de la medicación asignada.

6. Resultados

1.

.....
.....
.....

2.

.....
.....
.....

3.

.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

Manual de Cirugia Bucal. www.es.scribd.com/doc/24063210/Manual-de-Cirugia-Bucal



Guía de práctica N° 15 :

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE ANESTESICOS LOCALES

Sección :Docente:

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Reconocer las complicaciones posquirúrgicas, referentes a los anestésicos locales usados en exodoncias.

2. Fundamento Teórico

Sistematizaremos a continuación las causas del fracaso de la anestesia.

A) Técnica incorrecta.

Generalmente este apartado se refiere al hecho de depositar la anestesia en el lugar equivocado. Este hecho se encuentra en relación con un conocimiento deficiente de la anatomía de la región. Sobre todo en la anestesia del nervio alvéolo-dentario inferior, se debe inyectar una cantidad suficiente de solución anestésica lo más cerca posible de la espina de Spix o mejor algo por encima y detrás de ella. Keetley y Moles¹, estudiaron el éxito de 580 punciones para la anestesia del nervio alvéolo-dentario inferior, encontrando que tuvieron éxito en el 91,9% (533) y que los fallos fueron sencillamente debidos a mala técnica por parte del propio dentista.

Concretamente, en el caso de la anestesia del nervio alvéolo-dentario inferior en el foramen mandibular hay detalles que son importantes atender en cuenta:

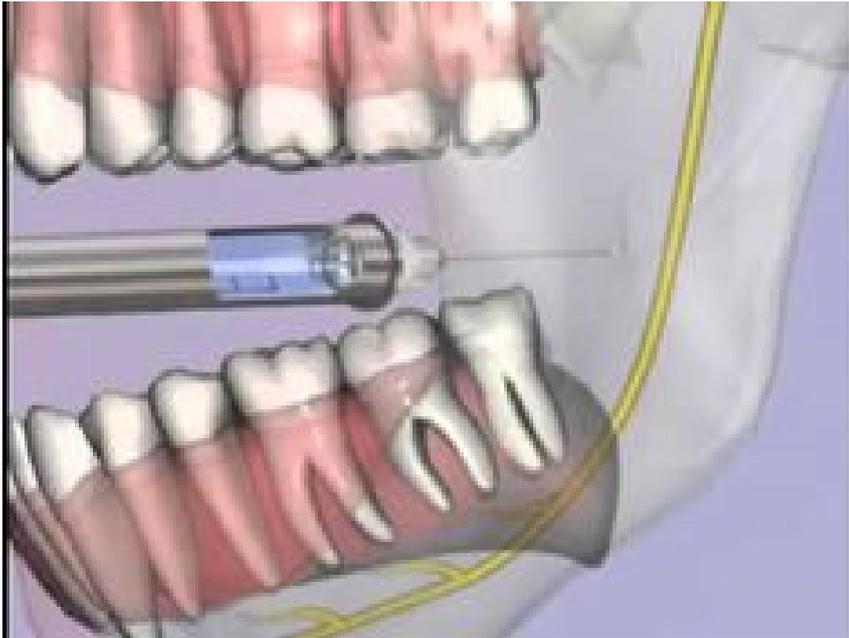
1) Aguja: a) La dirección de la aguja (demasiado inferior, demasiado anterior, demasiado posterior, paralela a la rama ascendente, medial al ligamento ptérido-maxilar, muy alta, demasiado interna, demasiado alta y demasiado posterior). b) Longitud de la aguja: basta con usar agujas de 38 mm, ya que aunque es flexible, no se rompe y, además, con una aguja larga se llega a lo cercano y a lo lejano. c) Algunos autores preconizan agujas tipo intramuscular, por ser rígidas ya que algún fallo de la anestesia, sobre todo del nervio alveolo-dentario inferior está relacionado con la desviación de la aguja durante la punción. Hochman y Friedman², encontraron que esta desviación es uno de los elementos que puede reducir la exactitud y la capacidad de predicción del bloqueo del nervio alveolo-dentario inferior, demostrando que el uso de una técnica de inserción de rotación bidireccional minimiza la flexión de la aguja.

2) La rama ascendente con anomalías de orientación o anchura anteroposterior.

3) El orificio del conducto dentario. En el niño está situado más bajo que en el adulto, por lo que deberá

puncionarse a menor altura o inclinar la aguja hacia abajo. En el desdentado, por el contrario, está más alto con respecto a la apófisis alveolar remanente, que en el adulto dentado.

4) Variaciones nerviosas. Lo más importante de este apartado son los trayectos nerviosos, por ejemplo, anastomosis nerviosas, como ocurre en las regiones centrales de ambos maxilares, en que hay anastomosis con los mismos nervios, pero del lado opuesto. En los últimos años se han hecho revisiones que actualizan algunos detalles sobre la distribución de las ramas del nervio trigémino.



3. Equipos, Materiales y Reactivos

- Carpule
- Anestesia tópica
- Aguja
- Suero fisiológico
- Equipo diagnóstico

4. Indicaciones/instrucciones:

Debe de reconocer las diferentes dosificaciones de anestésico locales.

5. Procedimientos:

Realizar cálculos en la fórmula para la dosificación de anestésicos locales

6. Resultados

1.

.....
.....
.....



2.
.....
.....

3.
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

Manual de Cirugia Bucal. www.es.scribd.com/doc/24063210/Manual-de-Cirugia-Bucal



Guía de práctica N° 16 : REGISTROS Y CONTROLES POSTQUIRURGICOS

Sección :Docente:

Fecha :/...../ Duración: 240 minutos

Instrucciones: Ingresar al ambiente clínico debidamente uniformado, instrumental esterilizado, practicando las señales de bioseguridad según Protocolo establecido por la universidad.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Registrar todos los episodios y controles postquirúrgicos de la exodoncia dental.

Fundamento Teórico

Uno de los objetivos fundamentales de todo cirujano bucal debe ser el tratar de reducir al máximo los síntomas postoperatorios que siguen a cualquier intervención quirúrgica. Para ello resulta esencial el conocimiento de la fisiopatogenia de la inflamación postoperatoria. La evidencia científica ha puesto de manifiesto la importancia de actuar no sólo postoperatoriamente sino desde antes de iniciarse la intervención para controlar así todas las variables que influyen en el dolor y la inflamación posterior. La importancia de la filosofía preventiva se asocia a la del manejo racional de los fármacos disponibles para tal fin. En el presente artículo se revisan -desde la luz de la evidencia científica, pero también desde la propia experiencia de los autores-, las distintas medidas y actuaciones que pueden aplicarse en las diferentes fases de la intervención, y se establece un protocolo farmacológico orientativo que pueda ser fácilmente aplicable para controlar los síntomas postoperatorios de nuestros tratamientos quirúrgicos.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Historia clínica

Tablilla de madera

Lapicero azul, rojo, negro y verde

Uniforme completo: mandil debidamente rotulado con nombre y apellido del operador (alumno), este debe estar bordado de color negro, zapatos blancos cerrados. Gorro, mascarilla y guante de examen descartables.



Campo descartables.

Equipo de diagnóstico.

Gasas estériles

Anestesia Tópica

Hiposos de madera

4. Indicaciones/instrucciones:

Identificar los cuidados post quirúrgicos

5. Procedimientos:

Retiro de sutura.

6. Resultados

1.

.....
.....
.....

2.

.....
.....
.....

3.

.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

Enseñanza De La Técnica Quirúrgica Sobre La Base De Evidencias - Profesor Titular de Cirugía, Cátedra de Técnica Quirúrgica. Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela
URL. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692005000100004&script=sci_arttext. fecha de acceso 09/11/2011