

Departament d'Estomatologia

Unitat Docent de Patologia i Terapèutica Dentàries

PATOLOGÍA DENTAL, ODONTOLOGÍA CONSERVADORA Y ENDODONCIA I

PRÁCTICAS CLÍNICAS

Prof. Dr. Forner Navarro

Prof^a Dr^a Llena Puy

Prof^a Dr^a Melo Almiñana



Reconocimiento-SinObraDerivada

CC BY-ND

Práctica PC-5

Reconocimiento del entorno de trabajo clínico y conocimiento de la historia clínica.

Exploración clínica y radiológica

OBJETIVOS

Objetivos generales.

- Reconocer el entorno de trabajo de la Clínica Odontológica, de la historia clínica y del *software* para el archivo de la documentación del paciente, de manera previa al desarrollo de otras prácticas que requieren la utilización de estas instalaciones.
- Realizar una exploración clínica dental y reconocer las estructuras en situación de normalidad y patología.
- Realizar exploraciones radiológicas intraorales.

Objetivos específicos.

- Reconocer del entorno de trabajo, partes del equipo, posiciones de trabajo, trabajo a cuatro manso, posiciones del operador y ayudante, organización de las áreas de trabajo, iluminación del campo, etc.
- Identificar las diferentes partes del equipo dental y su cuidado
- Utilizar el software específico para la documentación clínica del paciente
- Limpiar el instrumental y prepararlo para la esterilización.
- Controlar la infección cruzada.
- Aplicar las medidas de protección y seguridad en el trabajo

- Identificar el instrumental básico para la exploración clínica, y prepararlo en una bandeja para su uso
- Utilizar los procedimientos de visión directa e indirecta en la exploración
- Reconocer la anatomía normal de los dientes
- Identificar los procesos patológicos
- Plantear las posibles pruebas diagnósticas complementarias necesarias para el diagnóstico
- Realizar la anamnesis al paciente y registrar los datos de la anamnesis y exploración en la historia clínica
- Programar el kilovoltaje y tiempo de exposición en función de que se vaya a realizar radiografía digital o convencional.
- Posicionar adecuadamente el equipo de rayos en función del tipo de radiografía a realizar y la zona.
- Posicionar adecuadamente la radiografía según la zona.
- Decidir el tipo de radiografía a realizar dependiendo de su objetivo diagnóstico.
- Identificar los diferentes tamaños de películas y sus aplicaciones.
- Reconocer las estructuras dentales en situación de normalidad y patología en las imágenes radiológicas.
- Manejar las utilidades del *software* disponible en la clínica.

MATERIAL

- Pijama de clínica blanco.
- Espejos de boca tipo frontsurface (3).
- Pinzas odontológicas (3).
- Sondas de exploración (3).
- Sondas periodontales CP11 (OMS) (3).
- Pinza para papel de articular
- Bandeja para el instrumental.
- Hilo de seda.
- Papel de articular. *
- Bolígrafo.
- Libreta para apuntes
- Guantes. *

- Mascarillas*.
- Historia clínica en blanco*

*Material facilitado por el departamento

PROCEDIMIENTO

A.- Introducción.

Las prácticas de la materia “Patología Dental, Odontología Conservadora y Endodoncia I”, tendrán lugar tanto en el laboratorio como en la clínica general, como en el caso de esta práctica y de otras que seguirán.

Reconocimiento del entorno de trabajo y conocimiento de la historia clínica

1.- La clínica.

1.1.- La Clínica Odontológica forma parte de la Fundació Lluís Alcanyís de la Universitat de València. En ella se presta asistencia odontológica a aquellas personas que lo solicitan, asistencia asociada a la docencia del grado de Odontología de nuestra universidad. Dentro de ella se sitúa la clínica general (hay otras clínicas especializadas en el edificio), la cual ocupa el segundo piso del edificio. Dicha planta está dividida en tres grandes zonas: la zona de recepción, citación y administración y dos clínicas, denominadas A y B.

1.2.- Las clínicas A y B son iguales y simétricas. Cuentan con 20 equipos odontológicos cada una. Las prácticas clínicas de nuestra materia se desarrollarán en la clínica B.

1.3.- En la sala de la clínica B, los equipos se organizan en grupos de dos, separados por tabiques parciales. Junto a los equipos hay dos tipos de muebles auxiliares distintos: uno, más ancho, contiene cajones con elementos fungibles usados en las actividades clínicas más frecuentes (rollos de algodón, anestesia, agujas, papel de articular, etc.), el otro contiene aparatología necesaria para el desarrollo de la terapéutica dental (lámpara de polimerización, mezclador de cápsulas).

1.4.- Los equipos dentales son articulados. Cuando están conectados a la red eléctrica se puede modificar la posición para, en primer lugar, facilitar el acceso a él de la persona que va a ser atendida, después para colocar el sillón en la posición más adecuada para ejercer la actividad clínica correspondiente y, por último, para facilitar la salida de la persona atendida al finalizar la actividad asistencial. Los mandos para movilizar el equipo se encuentran en los laterales del respaldo del sillón.

1.5.- Cada equipo dispone de una bandeja móvil. En su parte superior se pueden colocar instrumentos o materiales a conveniencia para el acto odontológico, los cuales se pueden poner en una bandeja o en una caja de esterilización adecuada o bien directamente sobre un paño estéril. En la parte frontal de la bandeja móvil se encuentran las conexiones para los instrumentos propulsores (turbina y micromotor). La propulsión se hace mediante aire comprimido. La conexión entre las mangueras de las bandejas de los equipos y los instrumentos que se unen a ellas es de tipo Midwest. La bandeja tiene lateralmente un asa mediante la cual se puede colocar en la posición más adecuada para la actividad clínica de que se trate. También en la parte frontal aparece una jeringa con una triple función, emitir un chorro de agua o de aire o una nebulización de aire y agua.

1.6.- Un elemento muy importante del equipo es su fuente de luz. Todas las actividades clínicas se deben hacer con una buena iluminación. Los tubos que hay en el techo deben de estar encendidos y, también, la luz del equipo, la cual se colocará a una distancia de la boca que permita la iluminación correcta, pero sin aproximarse demasiado a la cara ni interferir con los instrumentos de la bandeja.

1.7.- En el lado izquierdo del sillón está la escupidera junto con una zona para colocar un vaso que se puede rellenar de agua (o con algún colutorio) allí mismo, para que el paciente se enjuague. Junto a ella se dispone el sistema de aspiración de secreciones y líquidos y una jeringa de aire/agua.

1.8.- En el suelo, detrás del pie del sillón odontológico, se encuentra un pedal que se acciona con el que se pone en marcha el instrumental rotatorio insertado en la bandeja del equipo; mediante este pedal también se puede quitar o poner la refrigeración acuosa de los instrumentos.

1.9.- Frente a los equipos se encuentran unas bancadas que incluyen pilas.

1.10.- En el extremo oeste de la clínica se ubica la sala de rayos X. Todas las radiografías se deben hacer en este lugar. El disparo se hará desde el exterior. El/la paciente deberá estar debidamente protegido.

1.11.- En el extremo opuesto se encuentra un área que cumple varias funciones. Es el lugar donde se debe embolsar el instrumental una vez limpio, tras lo cual se dejará en la bandeja apropiada para su esterilización. En este mismo lugar se recogerá una vez esterilizado. También en esta zona se deben pedir los materiales necesarios (de los que no aporta el/la estudiante). Por último, hay una bancada con una pila, donde se pueden hacer vaciados de modelos.

2.- La zona de recepción.

Los/as pacientes cuando acuden a la consulta de la clínica general se dirigen hacia la recepción para comunicar su llegada. La misma zona es la sala de espera. A los /as estudiantes se les avisa por megafonía de la presencia del /de la paciente asignado/a. El/la estudiante lo/a acompaña al interior de la clínica, y tras la actividad asistencial, lo/a vuelve a acompañar a la recepción para la gestión de una nueva cita, en su caso.

3.- El registro de los datos clínicos.

La historia clínica del paciente se encuentra disponible, en formato electrónico. A través de los ordenadores de la clínica general se puede acceder a la información depositada mediante el software específico, que incluye datos de identificación, situación de los tratamientos, presupuestos, citas e imágenes radiográficas obtenidas digitalmente.

4.- Posiciones de trabajo.

El trabajo clínico en un equipo dental requiere un tiempo y una atención muy importante al trabajo que se realiza, dirigida hacia el/la paciente, ayudante/s, equipamiento e instrumental, condiciones ambientales y factores del / de la propia dentista. Por ello es imprescindible la organización del trabajo en equipo, con criterios ergonómicos y de seguridad laboral. Los conocimientos previos para la práctica de estas situaciones de trabajo clínico ya se trataron en la materia "Biomateriales y ergonomía". Aquí, se trata de recordar estos aspectos y de ponerlos en práctica para la atención odontológica, concretamente, en lo referente a la atención de la patología dental.

4.1.- Posición del / de la operador/a. seguirá los siguientes criterios básicos.

- Se coloca en una posición (a la derecha del / de la paciente, en el caso de personas diestras) que irá cambiando en función de las necesidades del acto operatorio, pero que oscila entre las 8 y las 12, aproximadamente.
- Se sentará de forma que apoye las piernas en el suelo, formando éstas con un ángulo de 90° con los muslos.
- Al sentarse, la espalda se apoyará en el respaldo de la silla, formando un ángulo de 90° entre los muslos y el tronco.
- Podrá ver el interior de la cavidad bucal sin necesidad de inclinar la cabeza excesivamente.
- Tendrá a mano los mandos de posición del sillón y la bandeja del equipo.
- Con el pie izquierdo alcanzará el pedal que pone en funcionamiento el instrumental rotatorio incorporado al equipo.

4.2.- Posición del / de la ayudante. Seguirá los mismos criterios de posición que se han descrito en el punto anterior. Además, cabe añadir que se situará entre las 12 y las 3, aproximadamente, de manera que pueda realizar el intercambio de instrumentos con el/la operador/a con facilidad y que alcance tanto la zona de la escupidera (donde se suelen colocar tanto las cánulas de aspiración y una jeringa de aire/agua) y los muebles auxiliares, en los que se ubica el material o los instrumentos que han de ser utilizados durante la asistencia al / a la paciente.

4.3.- Posición del / de la paciente.

Dependerá del tipo de intervención que se haga. En general, se puede decir que para trabajar cómodamente y con buena visibilidad en la arcada mandibular, la posición sería entre sentado/a y acostado/a; para la arcada maxilar, en una posición más elevada, el/la paciente se encontraría acostado/a, con la cabeza más alta que los pies en incluso en hiperextensión, la cual se puede facilitar colocando el reposacabezas del equipo bajo la nuca.

Anamnesis y exploración clínica

En el primer contacto con el/la paciente en la consulta éste/a nos refiere cuál es el motivo de su visita. En ese momento comienza una fase de reconocimiento de la existencia de patología, de su grado evolución y de sus complicaciones, lo cual permitirá poder hacer un juicio diagnóstico y establecer un juicio pronóstico, así como proponer un plan de tratamiento. Constará de las siguientes partes:

La anamnesis.

En primer lugar, del diálogo con el paciente se obtiene un conocimiento sobre la causa que ha motivado su presencia en la consulta odontológica, cuál/es es/son sus preocupaciones y qué prioridad les da a las mismas y cuál es su deseo respecto a cómo abordar la solución a sus problemas dentales. Junto a la información que proporciona el paciente se debe obtener una serie de datos complementarios mediante un interrogatorio en busca de los síntomas de patología. Algunos de los aspectos sobre los que versará la anamnesis son los que siguen.

1.- Datos personales.

1.1.- Identificación.

1.2.- Domicilio.

1.3.- Teléfono de contacto y, en su caso persona (y su teléfono) de contacto.

1.4.- Profesión.

1.5.- Edad.

1.6.- Sexo.

1.7.- Otros datos relevantes.

2.- Antecedentes médicos de interés.

2.1.- Alergias.

2.2.- Enfermedades infecciosas.

2.3.- Patología sistémica crónica.

2.4.- Problemas médicos en curso.

2.5.- Fármacos que está tomando.

3.- Antecedentes odontológicos.

3.1.- Patología oral previa.

3.2.- Patología dental previa.

3.3.- Terapéutica odontológica previa.

3.4.- Medicación en curso para problemas odontológicos u orales.

4.- Sintomatología actual.

4.1.- Dolor dental:

- intensidad,
- forma de presentación,
- temporalidad,
- duración,
- provocación con estímulos,
- con qué mejora (si lo hace),
- irradiación.

4.2.- Impactación alimentaria.

4.3.- Pérdida de función.

4.4.- Alteración estética.

4.5.- Molestias en los tejidos peridentales, incluyendo la mucosa oral, lengua y labios.

4.6.- Hipersensibilidad.

4.7.- Otros problemas no orales.

Exploración clínica dental básica.

Tras la anamnesis, la exploración clínica odontológica busca la identificación de signos patológicos dentales o en los tejidos de vecindad, con el fin de completar el conocimiento sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad del / de la paciente. En esta práctica se abordará la exploración básica de la patología dental, la cual se complementa con otras exploraciones específicas utilizando otros procedimientos diagnósticos que pueden estar indicados en los diversos casos clínicos. En todo momento, el/la operado/a y el/la ayudante irán provistos de guantes y de mascarilla.

1.- Inspección.

1.1.- Es la primera parte de una exploración. Consiste en observar, en nuestro caso, los dientes y su entorno para determinar la presencia de cualquier signo de patología dental y oral en general. **1.2.-** Esta inspección visual requiere algunas condiciones para su ejecución óptima:

- el/la paciente se debe haber cepillado los dientes,
- la boca debe estar bien abierta y la cabeza bien apoyada y quieta,
- la lámpara del equipo debe centrarse en la parte de la boca que se esté explorando en cada momento, sin molestar al / a la paciente,

- las superficies dentales deben estar secas (esto se consigue con la ayuda de la jeringa de aire del equipo y, si hiciera falta, con la cánula eyectora de saliva),
- para la inspección dental se deben apartar las estructuras orales que interfieran en la visión o en la iluminación (labios, mejillas, lengua).

1.3.- El instrumental necesario en esta fase de la exploración es el siguiente.

- espejo de boca montado en su mango (preferiblemente un espejo de tamaño medio o grande y sin espacio virtual entre la imagen real y la reflejada), en ocasiones se requieren dos para separar mejor las mejillas, los labios o la lengua,
- pinzas odontológicas curvas, que pueden servir para ayudarnos a separar estructuras orales y a retirar estos alimentarios retenidos,
- hilo de seda, para retirar restos alimentarios impactados entre los dientes.

2.- Palpación.

Esta parte de la exploración tiene dos objetivos: reconocer táctilmente la superficie de los dientes en busca de grietas, fisuras o defectos, o para reconocer la dureza de los tejidos dentales, y, en segundo lugar, para establecer la movilidad del diente en su alvéolo. En el primer caso se necesitará, además del espejo, una sonda de exploración, que se pasará con suavidad por la superficie dental. Para el segundo caso, se requiere un espejo y unas pinzas odontológicas, con las que se coge el diente y se comprueba si se desplaza o no, parcial o totalmente,

Algunas complicaciones de patología infecciosa o traumática pueden requerir una palpación meticulosa de zonas peridentales, lo cual se hace con los dedos de ambas manos.

3.- Percusión.

Es una maniobra que se reserva para ciertas circunstancias asociadas con el dolor dental y para explorar complicaciones. Se realiza con el mango del espejo y con suavidad, comenzando por dientes vecinos sin patología, para que el/la paciente no se asuste ante la maniobra y pueda comparar el efecto en dientes sanos y en dientes con patología.

La percusión lateral de la corona del diente, desde el lado vestibular, cuando provoca dolor o aumenta uno ya existente, indica una alteración periodontal; por su parte, cuando se hace verticalmente, sobre la superficie oclusal de la corona, orienta hacia una complicación periapical.

4.- Sondaje periodontal inicial.

Los aspectos relacionados con el establecimiento de la salud y la enfermedad periodontales y los tratamientos asociados, se tratarán en la materia "Periodoncia", no obstante, al hacer una exploración dental hay que obtener un mínimo de información sobre el estado de salud periodontal en relación a la patología dental, independientemente de que el/la paciente requiera, o se le remita a, un tratamiento periodontal.

Se empleará un espejo y una sonda periodontal, con la que se palparán los surcos gingivales, observando el estado de la encía marginal, su color, la presencia de sangrado o la presencia de bolsas periodontales cuya profundidad podemos establecer con la ayuda de la misma sonda.

5.- Exploración interproximal.

Los espacios interdentes no son totalmente visibles en la inspección, por lo tanto, en esta fase del diagnóstico se puede emplear un hilo dental, sin cera, para comprobar si pasa sin dificultad entre los dientes. De esta manera conoceremos la calidad del punto de contacto, para poder reproducirlo después (si es necesario) durante el tratamiento y también se puede detectar la presencia de alguna lesión cavitada, que puede producir un desgarramiento en el hilo.

6.- Exploración oclusal.

Como en el caso de la exploración periodontal, tampoco es el objetivo de nuestra materia entrar en la descripción de las características fisiológicas y patológicas de la oclusión, pero ante una exploración dental se precisa una mínima información de este tipo.

En la inspección visual se pueden haber detectado ya algunos problemas oclusales, indicados a través de signos como las facetas de desgaste o como el acúmulo de sarro en un lado de la boca, lo cual indica que el paciente no está masticando bien por ese lado.

Con la ayuda de un papel de articular, sujeto con la pinza adecuada para ello, se pueden registrar los puntos de contacto interdentes. Esto informa acerca de contactos anómalos, pero también proporciona información de cómo es la situación oclusal previa al tratamiento para, en el caso de tener que reconstruir la superficie oclusal a causa de una patología dental, poder reproducir la oclusión como estaba o bien evitar llevar un área débil de la obturación a una zona de contacto intermaxilar.

Exploración radiográfica

Tras la anamnesis y la inspección visual y táctil, la obtención de imágenes radiográficas constituye la herramienta diagnóstica más importante para la patología dental. Antes de la realización de esta práctica se deben revisar los conocimientos previos sobre radiología dental y sobre patología dental; no obstante, a continuación, se recuerdan algunas cuestiones básicas.

La radiología permite conocer, por una parte, la morfología interna del diente, su estructura y su nivel de calcificación a través de las distintas densidades radiológicas. Por otra parte, con las imágenes obtenidas se pueden visualizar signos patológicos, cuya información, al usarse unida a la obtenida previamente con la anamnesis y con otros procedimientos de exploración clínica o con otros métodos

diagnósticos complementarios, permiten establecer un diagnóstico de la patología, como paso previo a la instauración de un plan de tratamiento.

1.- Signos radiológicos de patología dental.

1.1.- Los procesos odontodestructivos dentales, sean del origen que sean (caries, resorción, atrición, etc.), muestran la pérdida de sustancia como una pérdida del contorno normal de la morfología radiológica anatómica o bien como una radiolucidez en el interior del diente en una zona que no lo debiera ser.

1.2.- La disminución de la radiodensidad de las estructuras mineralizadas se puede ver en alteraciones del desarrollo: amelogénesis imperfecta o dentinogénesis imperfecta, por ejemplo.

1.3.- El aumento de las zonas radiodensas puede ser un signo indirecto de patología pulpar, como es el caso de la desaparición de un cuerno pulpar, la estrechez corono-apical de la cámara pulpar o las estenosis, o incluso la desaparición, de la radiolucidez correspondiente a los conductos radiculares.

1.4.- Imágenes radiolúcidas periapicales. Las complicaciones periapicales de la patología inflamatoria o de la necrosis pulpar se manifiestan en la mayor parte de las veces como áreas radiolúcidas, correspondientes a granulomas o bien a quistes inflamatorios.

1.5.- Imágenes radioopacas periapicales. Los procesos inflamatorios periapicales pueden asociarse a condensaciones óseas periapicales, que se aprecian como zonas más radioopacas situadas en el hueso alveolar periapical. Otras alteraciones radioopacas en esta región pueden corresponder a procesos neoformativos dentales, reactivos como la hipercementosis o tumorales como, por ejemplo, el cementoblastoma.

1.6.- Las anomalías del morfodiferenciación se traducen por imágenes radiológicas distantes de las anatómicas habituales: cambios en el tamaño dental o el número de dientes, así como alteraciones individuales: taurodontismo, variantes en el número de raíces, dens in dente, etc., proporcionando imágenes características en cada caso.

1.7.- Un signo interesante es la interrupción de la continuidad (en la imagen radiológica) de un conducto radicular, lo cual índice la bifurcación del mismo, situación muy importante para tener en cuenta antes de comenzar un tratamiento endodóntico.

1.8.- La tridimensionalidad, ausente en las imágenes radiográficas, que son de dos dimensiones, es necesario en ocasiones para identificar la posición de una determinada estructura dental, como, por ejemplo, una raíz. La obtención de dos imágenes radiográficas realizadas con una proyección perpendicular a la superficie vestibular del diente y con otra más mesializada o distalizada, ayudan a comprender, en función del desplazamiento de las diferentes estructuras que se ven la imagen, cuál es la posición más superficial o profunda de cada una de ellas.

2.- Proyecciones radiográficas.

En el proceso diagnóstico de la patología dental y sus complicaciones locales, las proyecciones radiológicas que se usan con más frecuencia son las siguientes:

2.1.- Aleta de mordida.

Es la proyección idónea para la observación de las coronas dentales, en general, y de las zonas interproximales, en particular. Se debe usar un paralizador para obtener la mejor proyección posible, con la mayor cantidad de superficies proximales. Permite visualizar las superficies mesiales y distales de molares y premolares, las relaciones de contacto y los espacios interdentarios, ofreciendo la posibilidad de observar signos de patología dental y, también, periodontal. Las radiografías de aleta de mordida son imprescindibles para la exploración de las lesiones proximales de caries de pequeño tamaño. Hay que tener en consideración que las lesiones histopatológicas de caries son mayores de las que muestran las imágenes radiológicas.

2.2.- Radiografías periapicales.

Muestran la imagen completa del diente con la estructuras dentales, periodontales y óseas de vecindad. Permiten ver la morfología radiológica radicular y detectar signos de patología en el espacio pulpar, en el periodonto y la región periapical. Por lo tanto, son imprescindibles en el caso de patología pulpar o periapical.

2.3.- Proyecciones panorámicas.

Las ortopantomografías, proporcionan una imagen no solo de todos los dientes de ambas arcadas sino también de las estructuras óseas anexas. Da una impresión diagnóstica global, muy útil en el caso de complicaciones de la patología dental, de lesiones muy amplias (tumores o quistes odontogénicos, alteraciones en la erupción dental (cronológica o espaciales) y en el caso de las anomalías en el número de los dientes (tanto en las hipodoncias como en las hiperodoncias). No son las proyecciones de elección para el diagnóstico de lesiones cariosas, especialmente de las iniciales, ni de otras manifestaciones patológicas que afecten a un solo diente.

2.4.- Tomografía de haz cónico.

Los equipos tomográficos de este tipo, junto con el procesamiento digital de la imagen mediante un *software* específico, constituyen una herramienta diagnóstica muy útil, fundamentalmente en casos de complejidad diagnóstica, en los que conviene determinar con exactitud la posición o la extensión de una lesión o la propia existencia de la misma, difícil de ver con otras técnicas radiológicas o, también, la morfología precisa de una anomalía morfológica o estructural dental. La detección de lesiones traumáticas es una de las grandes indicaciones del uso de estos equipos, particularmente, el diagnóstico de la presencia y ubicación, en su caso, de fisuras radiculares. La tomografía de haz cónico se debe reservar para estas situaciones en las que no es suficiente el uso de otros procedimientos diagnósticos.

B.- Desarrollo de la práctica

Reconocimiento del entorno de trabajo y conocimiento de la historia clínica

El desarrollo de esta parte de la práctica se hará de la siguiente manera:

- Demostración del funcionamiento del equipo y de su conservación.
- Manejo del equipo.
- Demostración del software para el uso de las historias clínicas informatizadas.
- Explicación de las partes de la historia clínica.
- Demostración del proceso de esterilización.
- Explicación de las normas generales para el funcionamiento de las prácticas clínicas.
- Adoptar posiciones ergonómicas de trabajo.

Anamnesis y exploración clínica

1.- Organización general.

Los/as estudiantes se organizarán en parejas. Se colocará una por equipo dental. Cada estudiante deberá realizar la historia clínica del / de la compañero/a, alternando las posiciones de operador/a y paciente. Al acabar las exploraciones, se formarán nuevas parejas para repetir el proceso.

2.- Fases.

Los pasos que hay que seguir en cada exploración son:

- Preparación del equipo y del instrumental necesario.
- Introducción del / de la paciente figurado/a como si fuera una situación real de un/a paciente que acude por primera vez a la consulta.
- Registro de los datos de identificación y otros datos administrativos en la historia clínica.
- Obtención del consentimiento informado.
- Anamnesis.
- Inspección visual.
- Palpación.
- Percusión.
- Sondaje periodontal.
- Exploración interproximal.
- Exploración oclusal.
- Registro de los datos de la exploración en la historia clínica.

- Proponer un juicio diagnóstico.
- Establecer un pronóstico.
- Hacer un plan de tratamiento.

Exploración radiológica

1.- Obtención de radiografías.

1.1.- Tipo de proyecciones.

Los/as estudiantes se organizarán en parejas. Cada estudiante aprenderá a posicionar el cono para obtener imágenes periapicales de los diferentes sectores de la boca y aletas de mordida sin disparar la radiación.

1.2.- Procesado.

Se efectuará una demostración del procesado en la clínica y posibilidades de visualización en los diferentes ordenadores de la clínica.

2.- Interpretación de las imágenes.

Con el/la profesor/a se procederá a la lectura de imágenes, disponibles en la base de datos, incluyendo los siguientes aspectos:

- tipo de proyección,
- zona de la arcada,
- lado,
- si se trata de dientes maxilares, mandibulares o de ambas arcadas,
- dientes que se ven,
- descripción de las estructuras anatómicas que se visualizan,
- descripción de signos patológicos, si los hubiere.

En todo momento se usará una terminología científica.

1.3.- Diagnóstico.

Tras el análisis de las radiografías, se escribirá la descripción de las mismas en la historia clínica y, a continuación, se le explicará al / la paciente figurado/a (o sea, a la pareja del / de la estudiante en cada caso) cuál es la situación, uniendo los datos obtenidos con el diagnóstico radiológico a los otros previamente registrados en la historia clínica en la práctica anterior.

Seguidamente, se completará la historia clínica, anotando el diagnóstico y las explicaciones dadas al paciente.

1.4.- Establecimiento de un plan de tratamiento.

En vista al proceso diagnóstico efectuado, se explicará al / a la "paciente" qué alternativas terapéuticas se pueden seguir, anotando los comentarios oportunos en la historia clínica.

Al finalizar se revisará el trabajo hecho con el/la profesor/a de prácticas.

EVALUACIÓN

Durante el desarrollo de la actividad práctica se evaluarán los siguientes aspectos:

- 1.- Uso del equipo dental, reconocimiento del instrumental, su nomenclatura y su preparación.
- 2.- Conocimiento de la organización de la clínica y de los elementos básicos para el registro de los datos clínicos.
- 3.- Adopción de posturas de trabajo correctas.
- 4.- Anamnesis y exploración clínica
- 5.- Programación de los equipos de RX para las diferentes posiciones en pacientes adultos
- 6.- procesamiento de las películas / uso del software para la obtención de imágenes radiológicas.
- 7.- Uso de terminología científica, específica
- 8.- Reconocimiento clínico y radiológico de estructuras anatómicas,
- 9.- Identificación de signos clínicos y radiológicos fisiológicos y patológicos
- 10.- Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento
- 11.- Comunicación con el paciente

BIBLIOGRAFÍA DE APOYO

- 1.- Lozano V(Ed). Control de las infecciones cruzadas. Madrid: Ediciones Avances; 2000.
- 2.- Aguila FJ , Tegiacchi M (Eds). Ergonomía en odontología. Un enfoque preventivo. Barcelona: Jims S.A.;1991
- 3.- Jouvencel MR (Ed). Ergonomía básica aplicada a la medicina del trabajo. Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A.; 1994.
- 4.- Fundamentals of Operative Dentistry. A contemporary approach. Chicago: Quintessence Publishing CO, Inc; 2006; pp 37-67.
- 5.- Pasler SA (Ed). Atlas de radiología odontológica. Barcelona: Masson-Salvat odontología; 1992.
- 6.- Langland OE, Langlais RP. (Eds). Principles of dental imagin. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997.
- 7.- Horner K, Rout J, Rushton (Eds). Interpreting dental radiographs. London: Quintessence Publishing; 2002.
- 8.- <https://cariescareinternational.com/>