



PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO

1. Completar datos personales del paciente. (Nombre, edad, dirección, teléfono.)
2. Analizar estado sistémico del paciente.
3. Determinar motivo de consulta. (Datos actuales referidos al dolor)
4. Examen Clínico
 - a. Inspección de tejidos duros y blandos
 - b. Exploración
 - c. Métodos de diagnóstico (frío – calor – percusión – canalización de fístula – prueba de la cavidad)
5. Examen radiográfico de cámara pulpar, conducto/s radicular, periodonto y de patología periapical si hubiese.

Relacionar los datos obtenidos clínica y radiográficamente y determinar ante qué situación clínica se encuentra:

Pulpa normal

Diferentes estados inflamatorios pulpares

Necrosis pulpar

Diferentes patologías periapicales

Fracasos de tratamientos endodónticos.

Combinación Endo - Perio.

Fracturas coronarias y radiculares.

6. Plan de tratamiento de acuerdo a la situación clínica diagnosticada.

PROTOCOLO DE TOMA RADIOGRÁFICA

1. Anamnesis (pieza de interés, antecedentes de náuseas, apertura bucal, embarazo, etc.)

2. Inspección clínica

Evaluación de la inclinación axial
Relaciones con reparos anatómicos
Zona de interés (maxilar y pieza)

3. Prueba de la película

Rígida
Cerca del objeto
Paralela

4. Evaluar la necesidad de angulaciones y suplementos

5. Posicionar el tubo

Perpendicular al objeto y a la película o la bisectriz de ambos

6. Tomar referencias de la posición de la película

7. Mantener la placa inmóvil

8. Variar el ángulo de incidencia levemente

9. Usar posicionadores

10. Revelado: Método Visual:

- Revelado: tiempo aproximado 3 min hasta que la imagen aparezca en ambas caras de la película
Vista por reflexión.

- Lavado intermedio.

- Fijado: Aproximadamente el doble de tiempo del usado para el revelado: hasta que la imagen sea observada por transparencia.

- Lavado final: con agua corriente

El protocolo hace un aporte orientativo, no es rígido, y debe servir para nuevos perfeccionamientos y adaptaciones a las diferentes situaciones clínicas.

PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

CONDICIONES DE TRABAJO.

VINCULACIÓN CON EL PACIENTE.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO-RX. Confección de la Ficha Clínica. Toma de la radiografía preoperatoria

PLAN DE TRATAMIENTO Análisis de la Rx previa, Selección del instrumental adecuado, Planificación y estrategias

ENTORNO ERGONÓMICO Mesa Clínica. Posición de trabajo. Uso del sector

ANESTESIA

ACCESO CORONARIO Eliminar obturaciones y caries, Abordaje de la cámara pulpar

AISLAMIENTO ABSOLUTO Selección y prueba de clamps, Campo operatorio absoluto

APERTURA CAMERAL Rectificación de los accesos, Localización de los conductos, Limpieza total de la cámara pulpar

ACCESO RADICULAR Pregates, Gates, Permeabilidad

ODONTOMETRÍA

CONFORMACIÓN TERCIO APICAL

IRRIGACIÓN FINAL

SECADO

OBTURACIÓN INTERMEDIA

OBTURACIÓN

MEDICACIÓN

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

CAVIDAD DE ACCESO

Evaluación de la inclinación axial de la corona.

Evaluación Rx: Ancho y alto de cámara

Angulación con tercio cervical del conducto

Eliminación total de caries y obturaciones

AISLAMIENTO

Selección y prueba del clamp

Resellado

Desinfección de campo

ACCESO CORONARIO

Rectificación y alisado de las paredes

Lectura del piso de cámara

Localización de los conductos

ACCESO RADICULAR

Pregates. 15—20—25---30

(Lectura del eje del conducto)

Gates: Secuencia I – II – III o Secuencia III – II – I (parte recta del conducto)

Permeabilidad (Cateterismo)

ODONTOMETRÍA. En base a una Referencia Estable

Conducto descontaminado y permeable

Sensibilidad táctil Longitud de trabajo

Localizador apical

Rx

ACCESO A TERCIO APICAL

CONDUCTO RECTO CONDUCTO CURVO

1/3 Coronario y Medio: Gates 1/3 Coronario: Gates

1/3 Apical: Instrumentación manual 1/3 Medio y Apical: Instrumentación

Manual

CONFORMACIÓN APICAL

Lima de pasaje cada 3 instrumentos

SECADO

Aspiración (Jeringa Luer)

Conos de papel



OBTURACIÓN

Selección de sellador

Selección y calibración del cono principal

Selección de espaciadores

Tiempo Deformación de Gutapercha

Secuencia de Espaciadores

MEDICACIÓN INTRACONDUCTO (en caso de ser necesario)

Limpieza y conformación total del sistema de conductos

Irrigación final y secado

Colocación del Hidróxido de Calcio

SELLADO CORONAL PROVISORIO

Limpieza de cámara pulpar

Material de sellado provisorio

Control de oclusión y estabilidad de la obturación.



PROTOCOLO DE IRRIGACION

COMO PREPARAR EN HIPOCLORITO DE SODIO.

Cloro doméstico tiene 55 grs. De cloro activo / litro = 5,5 %

Hipoclorito al 2,5%

1000 ml. de solución 55grs. de cloro activo

A 250 ml. de hipoclorito de sodio al 5,5 % hay que agregarle 300 ml. de agua destilada para obtener una solución al 2,5 %

Hipoclorito al 5,25%

A 250 ml. de hipoclorito de sodio al 5,5 % hay que agregarle 12 ml. de agua destilada para obtener una solución al 5,25 %

El hipoclorito de sodio deberá ser preparado en unidosis y almacenado en frascos color caramelo.

La solución se carga en una jeringa Luer – Lok, con una aguja de diámetro adecuado al conducto (pequeño).

La aguja debe doblarse cerca del centro para facilitar el acceso al conducto y de manera que permita la descarga de la solución.

Debe entrar pasivamente y no quedar atrapada entre las paredes del conducto (permitir el flujo retrógrado).

Deberá ubicarse lo más próximo posible a la constricción apical.

Realizar durante la irrigación movimientos de vaivén para mejorar el movimiento hidráulico de la solución.

El volumen de solución para irrigar será de 2ml. entre cada paso de instrumento.



PROTOCOLO PARA EL USO DE FRESAS DE GATES GLIDDEN

Radiografía preoperatoria del elemento a tratar tomada con posicionador.

Realizar pregates introduciendo una lima en los primeros milímetros del conducto, con movimiento de limado puro, con el objetivo de lograr que la primera fresa de Gates logre entrar en la primera porción del conducto.

La fresa de Gates deberá trabajar en el tercio coronario del conducto con elección del calibre en forma decreciente (corono-apical) o creciente (ápico - coronal) según la anatomía del conducto a tratar.

La fresa de Gates realizará movimientos de entrada y salida sin presión lateral.

Entre paso de Gates y Gates se deberá introducir una lima de calibre pequeño para asegurar la permeabilidad del conducto seguida por una irrigación de hipoclorito de sodio equivalente a 2 ml.

PROTOCOLO DE OBTURACION

TÉCNICA DE CONDENSACIÓN LATERAL

Técnica en la cual se coloca sellador en un conducto y luego un cono maestro de gutapercha previamente calibrado, el cual se compacta apical y lateralmente con un espaciador cónico para dar lugar a conos accesorios adicionales.

Glosario 2003. Asociación Americana de Endodoncia.

Luego de las Limpieza y Conformación del conducto radicular procedemos a:

1. Secado del conducto con conos de papel calibrados a la longitud de trabajo.
2. Elección del sellador de acuerdo al caso clínico.
3. Colocación de conos en un medio antiséptico.
4. Selección del cono maestro tanto en calibre como en longitud.
5. Conometría.
6. Selección del espaciador (será el de mayor calibre que llegue a 1 mm de la longitud de trabajo).
7. Colocación del sellador en las paredes del conducto.
8. Colocación del cono maestro con sellador más espaciador.

RECORDAR

El espaciador debe mantenerse dentro del conducto por tiempo de aproximadamente 10 segundos ya que esto permite la deformación de la gutapercha y la colocación de conos secundarios.

9. Obturimetría ó conometría (opcional)
10. Colocación de conos secundarios hasta completar la obturación del conducto.

RECORDAR

Los conos secundarios se llevan sin cemento sellador, son los espaciadores los que llevan sellador al conducto.

11. Radiografía prefinal (opcional)
12. Cortar los conos con un instrumento caliente y condensar verticalmente.
13. Proceder a la limpieza de la cavidad
14. Colocar obturación coronaria
15. Toma de radiografía posoperatoria.