

V. ANEXOS

GUIA FARMACOLOGICA DE ANALGESICOS PARA EL DOLOR DENTAL

Los analgésicos son fármacos que impiden que se desencadene la sensación de dolor, indicado para el tratamiento a corto plazo del dolor moderado a severo y para el tratamiento del dolor postoperatorio agudo, moderado y severo, los más utilizados son los aines y opiáceos.

PASO1.- Antes de la intervención odontológica, 30 min antes el paciente debe tomar por vía oral algún fármaco de elección del siguiente cuadro, el analgésico potencia la anestesia.

FARMACOS DE EFECTO ANALGESICO	DOSIFICACION
Paracetamol	V.O. comprimido de 500mg/1gr
Ibuprofeno	V.O comprimido de 600mg/800mg
Ketorolaco trometamina	S.L. comprimido de 20mg/30mg

PASO2.- Inmediatamente después de atender al paciente en caso de dolor moderado, severo y agudo, se debe continuar con tratamiento analgésico, el siguiente cuadro/guía se encuentra de manera detallada las diferentes dosificaciones de los analgésicos para cada tipo de dolor según la intensidad y tiempo, el tratamiento debe ser de 2 a 3 días ,5 días como máximo.

DOLOR LEVE	DOLOR MODERADO	DOLOR SEVERO
Dolor dental y pulpar	Dolor dental, pulpar Dolor post-cirugía dental	Dolor post-cirugía dental compleja
❖ Paracetamol 500mg/8hrs V.O.	❖ Paracetamol 1gr/8hrsV.O.	❖ Diclofenaco sódico
❖ Ibuprofeno600mg/8hrs V.O.	❖ Ibuprofeno800mg/8hrsV.O.	❖ Ketorolaco tromet.30mg/8hrs
❖ Ketoprofeno100mg/12hrs V.O.	❖ Ketoprofeno100mg/8hrsV.O.	❖ Tramadol clorhidrato
❖ Ketorolaco tromet.20mg/12hrsS.L.	❖ Ketorolaco tromet.30mg/12hrsS.L.	❖ Diclofenaco50mg+p aracetamol500mg/6 hrsV.O.
	❖ Clonixinato de lisina250mg/12hrsV.O.	❖ Tramadol50mg+par acetamol500mg/8hrs
	❖ Metamizol	
	❖ Diclofenaco50mg+paracetamol 500mg/8hrsV.O.	
	❖ Tramadol50mg+paracetamol 500mg/12hrsV.O.	

DOLOR AGUDO	DOLOR CRONICO
Duración del dolor de 2 a 3 días	Duración del dolor más de 3Ms
❖ Diclofenaco sódico75mg/12hrs V.IM.	❖ Celecoxib200mg/12hrsV.O
❖ Ketorolaco tromet.30mg/8hrs S.L.	❖ Tramadol+paracetamol
❖ Tramadol50mg+paracetamol500mg/12hrsV.O.	❖ Clonixinato de lisina125mg/12hrsV.O.
❖ Clonixinato de lisina250mg/12hrs V.O.	❖ Diclofenaco potásico50mg/12hrsV.O.
❖ Metamizol 1g/2ml/8hrs V.IM.	

TIPOS DE CONDICIONES DEL PACIENTE	TIPOS DE ANALGESICOS RECOMENDADOS
EMBARAZO	❖ Paracetamol 500mg o 1gr /8hrs V.O. entre
	❖ Ibuprofeno 600mg/8hrs(3 a 6meses de gestación)
HIPERTENSION	❖ Ácido acetil salicílico 500mg/8hrs v.o.
	❖ Paracetamol 500mg/6-8hrs V.O.
DIABETES	❖ Paracetamol 500mg o 1gr /8hrs V.O.
INSUFICIENCIA RENAL	❖ Paracetamol 500mg V.O. Si FG<50ml/min:500mg/6hrs Si FG<10ml/min:500mg/8hrs
	❖ Tramadol 20mg/8hrs S.L. 30mg/12hrs S.L.
ALTERACION DE LA COAGULACION	❖ Paracetamol500mg/6-8hrs 1g/6-8hrs MAX4g/día V.O.
	❖ Tramadol 20mg/12hrs S.L.
	❖ Metamizol 1-2g/6hrs V.IM. /V.O.
	❖ Clonixinato de lisina 125mg/12hrsV.O.
ENF. CARDIOASCULAR	❖ Ácido acetil salicílico 500mg/8hrsV.O.
	❖ Paracetamol 500mg/6-8hrsV.O.
ENF. GASTROINTESTINAL	❖ Paracetamol+IBP 500mg/8hrs.V.O.
	❖ Ibuprofeno+IBP600mg/8hrsV.O.
INSUFICIENCIA HEPATICA	❖ Paracetamol 2gr/día V.O.
	❖ Tramadol 20mg/8hrs S.L. 30mg/12hrs S.L.
	❖ Metamizol1g/2ml/8hrs V.IM.
LACTANCIA	❖ Paracetamol 500mg o 1gr /8hrs V.O.
	❖ Ibuprofeno600mg/8hrsV.O.
	❖ Diclofenaco50mg/8hrsV.O.

NIÑOS	❖ Paracetamol 30-40mg/kg/día fraccionada e/ 4-6hrs. ❖ Ibuprofeno de 1 a 12años+40kg de peso Suspensión o: 30-40mg/kg/día fraccionada e/6-8hrs Mayor de 12 años 400mg/8hrs. ❖ Metamizol de 1 a 14años:V.IM. 5-8mg/kg/8hrs.
---------------------	---

FICHA DE DIAGNOSTICO

Nombre: Carlos T. Dirección: Dr. Carlos delano 1100
 Edad: 44 Sexo: M Ocupación: Estudiante
 Teléfono: 41 Estado civil: soltero
 Pieza dental examinada: 41

Fractura coronal	<u>no</u>	Ensanchado P.	<u>no</u>
Fractura radicular vertical	<u>no</u>	Ápice inmaduro	<u>no</u>
Fractura radicular horizontal	<u>no</u>	Caries dental bajo restauración	<u>no</u>
Decoloración de pieza	<u>no</u>	Reabsorción externa	<u>no</u>
Movilidad dental	<u>no</u>	Reabsorción interna	<u>no</u>
Exposición pulpar	<u>no</u>	TCR incompleto o deficiente	<u>no</u>
Restauración deficiente	<u>no</u>	Lesión periapical	<u>no</u>
Lesión de furca	<u>no</u>	Lesión lateral	<u>no</u>
Recesión gingival	<u>no</u>	Calcificación de espacio pulpar	<u>no</u>
Atrición	<u>no</u>	Pérdida ósea	<u>no</u>
Abrasión	<u>no</u>	Presencia de fistula	<u>no</u>
Abfracción	<u>no</u>	Otros <u>lesión a nivel coronal</u>	<u>propio</u>

PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR

FRIO	<u>✓</u>	CALOR	<u>✓</u>
PERCUSION	<u>percusión vertical</u>	PALPACION	<u>✓</u>

TIPO DE DOLOR REFERIDO POR EL PACIENTE

Estimulado	<u>✓</u>	Frio	<u>✓</u>	Intermitente	<u>✓</u>	Pulsátil	<u>✓</u>
Esponáneo	<u>✓</u>	Calor	<u>✓</u>	Constante	<u>✓</u>	Al masticar	<u>✓</u>
A.Dulces	<u>✓</u>	A.Acidos	<u>✓</u>	A.Salados	<u>✓</u>	Irradiado	<u>✓</u>

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Longitud 21 mm.
 Amplitud estudio medio distal
 Curvatura hacia distal
 Conductos Accesorios no presentes

CONTROL POS-OPERATORIO

Ficha de Control Pos-Operatorio

Paciente: Carlos T.

ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolor nulo	Dolor leve	Dolor Moderado	Dolor Severo	Dolor muy severo					

Paciente refiere el dolor que medimos la intensidad en una escala del 0 como ausencia de dolor a 10 el peor dolor posible en (VA).
 (Escala visual analógica)

10
5
3
0

Tipo de dolor referido por el paciente	1er. control	2do. control	3er. control	4to. control	5do. control	6to. control	7mo. control
Estimulado	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>
Calor	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>
Frio	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>
Esponáneo	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>
Intermitente	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>
Constante	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>

El paciente no presenta reacciones adversas al tratamiento oral, buena evolución, la molestia al masticar en el lado izquierdo, solo 1 día, se hizo el tratamiento medicación oral. Que el paciente no presentó un dolor del tratamiento, sin reacciones adversas.

CASO 2.-

01

HISTORIA CLINICA GENERAL

Lugar: Fecha:/...../.....

COONTOLOGO: N° de Matrícula:/...../.....

PACIENTE: Andrés Díaz N° A.I.:/...../.....

O. Social: F. Nec: Tel:
 Edad: 27 Estado Civil: soltero Nacionalidad: colombiana N° de Doc: Cel:
 Domicilio (calle, núm., barrio, localidad): Av. XXIII
 Profesión/Actividad: licenciado Titular: Lugar de trabajo: Jerarquía:

Este cuestionario tiene el tenor de una "Declaración Jurada"

Padre con vida? ☒ SI ☐ NO ☐ enfermedad que padece o padeció
 Madre con vida? ☒ SI ☐ NO ☐ enfermedad que padece o padeció
 Hermanos? ☒ SI ☐ NO ☐ sanos?
 Sufre de alguna enfermedad? ☒ SI ☐ NO ☐ de que?
 Hace algún tratamiento médico? ☒ SI ☐ NO ☐ cuál?
 Qué medicamento/s consume habitualmente?
 Que medicamentos ha consumido en los últimos 5 años:
 Realiza algún deporte? ☒ SI ☐ NO ☐ Nota algún malestar al realizarlo? ☒ SI ☐ NO ☐ Es alérgico a alguna droga? ☒ SI ☐ NO ☐ a la anestesia, a la penicilina, a los otros:
 Cuando le sacan una muela o se la tista, cicatriza bien? ☒ SI ☐ NO ☐ sangra mucho?
 Tiene problema de colágeno (hipertaxitud)? ☒ SI ☐ NO ☐ Antecedentes de fiebre reumática? ☒ SI ☐ NO ☐ Se protege con alguna medicación?
 Es diabético? ☒ SI ☐ NO ☐ está controlado? con qué?
 Tiene algún problema cardíaco? ☒ SI ☐ NO ☐ cuál?
 Toma seguido aspirina y/o anticoagulante? ☒ SI ☐ NO ☐ con qué frecuencia?
 Tiene presión alta? ☒ SI ☐ NO ☐ Chagas? ☒ SI ☐ NO ☐ está en tratamiento?
 Tiene problemas renales? ☒ SI ☐ NO ☐ Úlcera Gástrica? ☒ SI ☐ NO ☐ Tuvo hepatitis? ☒ SI ☐ NO ☐ de qué tipo? A ☐ B ☐ C ☐ cuál?
 Tiene algún problema hepático? ☒ SI ☐ NO ☐ Tuvo convulsiones? ☒ SI ☐ NO ☐ Es epiléptico? ☒ SI ☐ NO ☐ medicación que toma
 Ha tenido Sífilis o Gonorrea? ☒ SI ☐ NO ☐

Otra enfermedad infecto-contagiosa? ☒ SI ☐ NO ☐ Tuvo transfusiones? ☒ SI ☐ NO ☐ Fue operado alguna vez? ☒ SI ☐ NO ☐ de qué?
 Cuando?
 Tiene algún problema respiratorio? ☒ SI ☐ NO ☐ cuál?
 Fuma? ☒ SI ☐ NO ☐ Está embarazada? ☒ SI ☐ NO ☐ de cuántos meses?
 Hay alguna otra enfermedad o recomendación de su médico que quiera dejar constancia? ☒ SI ☐ NO ☐ cuál?
 Realiza algún tipo de tratamiento homeopático, Acupuntura, otros?
 Médico clínico:
 Clínica/hospital en caso de hacer falta derivación:

Historia Clínica Odontológica

Por qué asistió a la consulta? dueño de una alfarería, control
 Consultó antes con algún otro profesional? ☒ SI ☐ NO ☐ Tomó algún medicamento? ☒ SI ☐ NO ☐ Nombre de los medicamentos:
 Desde cuando?
 Obtuvo resultados? ☒ SI ☐ NO ☐ Ha tenido dolor? ☒ de qué tipo? Suave ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Temporal ☐ Intermitente ☐ Continuo ☐ Espontáneo ☐ Provocado ☒ Al frío ☐ Al calor ☒ Localizado ☒ dónde?
 Irradiado ☐ hacia dónde?
 Puede calmarlo con algo?
 Sufrió algún golpe en los dientes? ☒ SI ☐ NO ☐ cuándo? cómo se produjo?
 Se le fracturó algún diente? ☒ SI ☐ NO ☐ cuál? recibió algún tratamiento?
 Tiene dificultad para hablar? no
 para masticar? no
 para abrir la boca? no
 para tragar los alimentos? no

FICHA DE DIAGNOSTICO

Nombre: <u>L. O.</u>		Dirección: <u>San Juan</u>	
Edad: <u>27</u>		Sexo: <u>F</u> Ocupación: <u>Maestran</u>	
Teléfono: _____		Estado civil: <u>soltero</u>	
Pieza dental examinada: <u>11</u>			
Fractura coronal	☒	Ensanchado P.	☒
Fractura radicular vertical	☒	Apice inmaduro	☒
Fractura radicular horizontal	☒	Caries dental bajo restauración	☒
Decoloración de pieza	☒	Reabsorción externa	☒
Movilidad dental	☒	Reabsorción interna	☒
Exposición pulpar	☒	TCR incompleto o deficiente	☒
Restauración deficiente	☒	Lesión periapical	☒
Flexión de fuerza	☒	Lesión lateral	☒
Recesión gingival	☒	Calcificación de espacio pulpar	☒
Atrición	☒	Pérdida ósea	☒
Abrasión	☒	Presencia de fistula	☒
Abfracción	☒	Otros <u>fractura de corona y...</u>	☒
PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR			
FRIJO	☒	CALOR	☒
PERCUSION	☒	PALPACION	☒
TIPO DE DOLOR REFERIDO POR EL PACIENTE			
Estimulado	☒	Frio	☒
Espontaneos	☒	Calor	☒
A Dulces	☒	A Acidos	☒
		Intermitente	☒
		Constante	☒
		Asalados	☒
		Pulsatil	☒
		A mastica	☒
		Irradiado	☒

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Longitud 23mm
Amplitud amplio
Curvatura no es visible
Conductos Accesorios no se observa

CONTROL POS-OPERATORIO

Ficha de Control Post-Operatorio

Paciente: D.

ESCALA DE VALUACION DEL DOLOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolor nulo		Dolor leve		Dolor Moderado		Dolor Severo		Dolor Muy severo		

Paciente refiere el dolor que sufre en la intensidad en una escala del 0 como ausencia de dolor a 10 el peor dolor posible en EVA.
(Graba visual analógica)

D. 10
D. 10

Tipo de dolor referido por el paciente	1er. control	2do. control	3er. control	4to. control	5to. control	6to. control	7mo. control	8vo. control
agudo	X	X	X	X	X	X	X	X
Cator	X	X	X	X	X	X	X	X
Frio	X	X	X	X	X	X	X	X
espasmodico	X	X	X	X	X	X	X	X
Injermitante	X	X	X	X	X	X	X	X
constante	X	X	X	X	X	X	X	X

Pacient de 27 años, sexo femenino, dolor provocado por alfileres
ocultos, tratamiento de cirugía abdominal y pectoral.
Tatuajes, presunción de diabetes mellitus tipo 2, 600 mg.
por vía oral cada noche en el tratamiento. Suero soluble por
ayuno y antes de dormir, 17 días de tratamiento X 14 días
y 101 cm + 48 kg) desórdenes metabólicos de función complicados.

CASO 4.-

01

HISTORIA CLINICA GENERAL

Lugar: Fecha:/...../.....

ODONTOLOGO: N° de Matrícula:
.....

PACIENTE Naira G. N° AFIL:
.....

O. Social: F.Nac: Tel:
Edad: 19 Estado Civil: soltera Nacionalidad: dominicana N° de Doc: Cel:
Domicilio (calle, núm., barrio, localidad): B. Anapunt
Profesión/Actividad: estudiante Titular: Lugar de trabajo: Jerarquía:

Este cuestionario tiene el tenor de una "Declaración Jurada"

Padre con vida? ☒ SI ☐ NO ☐ enfermedad que padece o padeció
Madre con vida? ☒ SI ☐ NO ☐ enfermedad que padece o padeció
Hermanos? ☒ SI ☐ NO ☐ sanos?
Sufre de alguna enfermedad? ☒ SI ☐ NO ☐ de qué?
Hace algún tratamiento médico? ☒ SI ☐ NO ☐ cuál?
Qué medicamento/s consume habitualmente?

Que medicamentos ha consumido en los últimos 5 años.....

Realiza algún deporte? ☒ SI ☐ NO ☐ Nota algún malestar al realizarlo ☒ SI ☐ NO ☐ Es alérgico a alguna droga? ☒ SI ☐ NO ☐ a la anestesia..... a la penicilina..... otros.....
Cuando le sacan una muela o se lastima, cicatriza bien? ☒ SI ☐ NO ☐ sangra mucho?

Tiene problema de coágulo (hipercoagulabilidad)? ☒ SI ☐ NO ☐ Antecedentes de fiebre reumática? ☒ SI ☐ NO ☐ Se protege con alguna medicación?

Es diabético? ☒ SI ☐ NO ☐ está controlado? con qué?
Tiene algún problema cardíaco? ☒ SI ☐ NO ☐ cuál?
Toma seguido aspirina y/o anticoagulante? ☒ SI ☐ NO ☐ con qué frecuencia?
Tiene presión alta? ☒ SI ☐ NO ☐ Chagas? ☒ SI ☐ NO ☐ está en tratamiento?
Tiene problemas renales? ☒ SI ☐ NO ☐ Úlcera Gástrica? ☒ SI ☐ NO ☐ Tuvo hepatitis? ☒ SI ☐ NO ☐ de qué tipo? A ☐ B ☐ C ☐ Tuve algún problema hepático? ☒ SI ☐ NO ☐ cuál?
Tuvo convulsiones? ☒ SI ☐ NO ☐ Es epiléptico? ☒ SI ☐ NO ☐ medicación que toma
Ha tenido Sífilis o Gonorrea? ☒ SI ☐ NO ☐

Otra enfermedad infecto-contagiosa? ☒ SI ☐ NO ☐ Tuvo transfusiones? ☒ SI ☐ NO ☐ Fue operado alguna vez? ☒ SI ☐ NO ☐ de qué?
Cuándo?
Tiene algún problema respiratorio? ☒ SI ☐ NO ☐ cuál?
Fuma? ☒ SI ☐ NO ☐ Está embarazada? ☒ SI ☐ NO ☐ de cuántos meses?
Hay alguna otra enfermedad o recomendación de su médico que quiera dejar constancia? ☒ SI ☐ NO ☐ cuál?

Realiza algún tipo de tratamiento homeopático, Acupuntura, otros?

Médico clínico:
Clínica/Hospital en caso de hacer falta derivación:

Historia Clínica Odontológica

Por qué asistió a la consulta? dolor con cambios de temperatura y color

Consultó antes con algún otro profesional? ☒ SI ☐ NO ☐ Tomó algún medicamento? ☒ SI ☐ NO ☐ Nombre de los medicamentos: ibuprofeno

Desde cuando? 2 días

Obtuvo resultados ☒ SI ☐ NO ☐ Ha tenido dolor? ☒ de qué tipo? Suave ☐ Moderado ☒ Intenso ☐ Temporal ☐ Intermitente ☐ Continuo ☒ Espontáneo ☒ Provocado ☒ Al frío ☒ Al calor ☒ Localizado ☒ dónde?
Irradiado ☒ hacia dónde?
Puede calmarlo con algo?

Sufrió algún golpe en los dientes? ☒ SI ☐ NO ☐ cuándo? cómo se produjo?
Se le fracturó algún diente? ☒ SI ☐ NO ☐ cuál? recibió algún tratamiento?

Tiene dificultad para hablar? no
para masticar? no
para abrir la boca? no
para tragar los alimentos? no

FICHA DE DIAGNOSTICO

Nombre: M.R. Dirección: B. La Loma
 Edad: 21 Sexo: F Ocupación: universitaria
 Teléfono: _____ Estado civil: soltera
 Pieza dental examinada: #21

Fractura coronal	☒	Ensanchado P.	☒
Fractura radicular vertical	☒	Apice Inmaduro	☒
Fractura radicular horizontal	☒	Caries dental bajo restauración	☒
Decoloración de pieza	☒	Reabsorción externa	☒
Movilidad dental	☒	Reabsorción interna	☒
Exposición pulpar	☒	TCA Incompleto o deficiente	☒
Restauración deficiente	☒	Lesión perla pical	☒
Lesión de furca	☒	Lesión lateral	☒
Acesión gingival	☒	Calcificación de espacio pulpar	☒
Atrición	☒	Pérdida ósea	☒
Abrasión	☒	Presencia de fistula	☒
Abfracción	☒	Otros	

PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR

FRIO	☒	CALOR	☒
PERCUSION	☒	PALPACION	☒

vertical

TIPO DE DOLOR REFERIDO POR EL PACIENTE

Estimulado	☒	Frio	☒	Intermitente	☒	Pulsatil	☒
Espontaneo	☒	Calor	☒	Constante	☒	Al masticar	☒
A Dulces	☒	A Ácidos	☒	A Salados	☒	Irradiado	☒

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Longitud 22 mm
 Amplitud amplia
 Curvatura no present
 Conductos Accesorios no se observan

CONTROL POS-OPERATORIO

Ficha de Control Pos-Operatorio
 Paciente: M.R.

ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolor nulo	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor severo	Dolor muy severo						

Paciente refiere el dolor que mide en la intensidad en una escala del 0 como ausencia de dolor a 10 el peor dolor posible en EVA.
 (a escala visual analógica)

P. 4.
 3.0

Tipo de dolor referido por el paciente	1er. control	2do. control	3er. control	1er. control	2do. Control	3er. control
estimulado	☒	☒	☒	dulce	☒	☒
Calor	☒	☒	☒	ácidos	☒	☒
Frio	☒	☒	☒	Al masticar	☒	☒
espontáneo	☒	☒	☒	Dolor irradiado	☒	☒
Intermitente	☒	☒	☒	pulsatil	☒	☒
Constante	☒	☒	☒			

Paciente de 21 años, sexo femenino, motivo de consulta: dolor noturno del diente, refiere haber tomado el paracetamol por 3 días, sin efecto alguno, tener en casa: tratamiento de pulpotomía, TCA, obturación inmediata, meliaca con resina aut. que tardó 20 mg. los 50 de 1° sec. M. el dño. sin dolor, buena evolución, sin reacciones.

FICHA DE DIAGNOSTICO

Nombre: <u>Hernando G.</u>		Dirección: <u>B. Uno punto</u>	
Edad: <u>19</u>		Sexo: <u>M</u>	
Teléfono: _____		Ocupación: <u>Estudiante</u>	
Pieza dental examinada: <u>21</u>		Estado civil: <u>Soltero</u>	

Fractura coronal	☒	Ensanchado P.	☒
Fractura radicular vertical	☒	Apice innaduro	☒
Fractura radicular horizontal	☒	Caries dental bajo restauración	☒
Decoloración de pieza	☒	Reabsorción externa	☒
Movilidad dental	☒	Reabsorción interna	☒
Exposición pulpar	☒	TCR Incompleto o deficiente	☒
Restauración deficiente	☒	Lesión periapical	☒
Lesión de furca	☒	Lesión lateral	☒
Recesión gingival	☒	Calcificación de espacio pulpar	☒
Acrición	☒	Pérdida ósea	☒
Abrasión	☒	Presencia de fistula	☒
Abfracción	☒	Otros: <u>Caries proximal</u>	

PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR			
FRIJO	☒	CALOR	☒
PERCUSION	☒	PALPACION	☒

TIPO DE DOLOR REFERIDO POR EL PACIENTE			
Estimulado	☒	Frio	☒
Espontaneo	☒	Calor	☒
A Dulces	☒	A Acidos	☒
		Intermitente	☒
		Constante	☒
		A Salados	☒
		Pulsatil	☒
		A Irradiar	☒

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Longitud 23 mm.
Amplitud 13 mm. en Meso dental
Curvatura As apical
Conductos Accesorios No se observa.
OTROS coron. vitro por anal.

CONTROL POS-OPERATORIO

Ficha de Control Post-Operatorio

Paciente: _____

ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor Asilo Dolor Sinus Dolor Músculo Dolor Biceps Dolor muy severo

Paciente refiere el dolor que manifiesta la intensidad en una escala del 0 como ausencia de dolor a 10 al peor dolor posible en EVA (escala visual analógica)

10
3

8
0

Tipo de dolor referido por el paciente

Si es modificado

Cabeza

Tronco

Extremidades

Interno

Como leve

1er control 2do control 3er control

4to control

5to control

6to control

7to control

8to control

9to control

10to control

Paciente de 19 años, sexo M, dolor provocado al calor o frío.
recurre a la aspirina, se obtienen coágulos por proximidad que
aparece en la pulpa, tratamiento con pulpectomía lateral
radical. Cae con un conducto de 1/2 a 7 días, regresa al consultorio
topografía coordinada en crecimiento, poco a notar.
Medicación con anal. Quilobaltridomina, 20 mg. 3 días por día de tratamiento.

CASO 5.-

01

HISTORIA CLINICA GENERAL

ODONTÓLOGO: PACIENTE: <u>Weslano Jaramaz</u>	Lugar: Nº de Matrícula <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						Fecha: <u>27/05/2003</u> Nº de Filiación: Nº de Doc: Cel: Lugar de trabajo: Jerarquía:

O. Social: **F. Nac:** 27/05/2003 **Tel:**
Edad: 34 **Estado Civil:** soltero **Nacionalidad:** boliviana
Domicilio (calle, núm., barrio, localidad): Es las pailas
Profesión/Actividad: estudiante **Título:** **Lugar de trabajo:** **Jerarquía:**

Este cuestionario tiene al tenor de una "Declaración Jurada"

Padre con vida? ☐ SI ☒ NO ☐
enfermedad que padece o padeció
Madre con vida? ☐ SI ☒ NO ☐
enfermedad que padece o padeció
Hermanos? ☐ SI ☒ NO ☐
sanos?
Sufre de alguna enfermedad? ☐ SI ☒ NO ☐
de qué?
Hace algún tratamiento médico? ☐ SI ☒ NO ☐
cuál?
Qué medicamento/s consume habitualmente?
Qué medicamentos ha consumido en los últimos 5 años:
Realiza algún deporte? ☐ SI ☒ NO ☐
Nota algún malestar al realizarlo ☐ SI ☒ NO ☐
Es alérgico a alguna droga? ☐ SI ☒ NO ☐
a la anestesia..... a la penicilina..... otros.....
Cuando le sacan una muela o se lastima, cicatriza bien?
sangra mucho?
Tiene problema de colágeno (hipertaxidul)? ☐ SI ☒ NO ☐
Antecedentes de fiebre reumática? ☐ SI ☒ NO ☐
Se protege con alguna medicación?
Es diabético? ☐ SI ☒ NO ☐
está controlado? con qué?
Tiene algún problema cardíaco? ☐ SI ☒ NO ☐
cuál?
Toma seguido aspirina y/o anticoagulante? ☐ SI ☒ NO ☐
con qué frecuencia?
Tiene presión alta? ☐ SI ☒ NO ☐
Chagas? ☐ SI ☒ NO ☐
está en tratamiento?
Tiene problemas renales? ☐ SI ☒ NO ☐
Úlcera Gástrica? ☐ SI ☒ NO ☐
Tuvo hepatitis? ☐ SI ☒ NO ☐
de qué tipo? A ☐ B ☐ C ☐
Tiene algún problema hepático? ☐ SI ☒ NO ☐
cuál?
Tuvo convulsiones? ☐ SI ☒ NO ☐
Es epiléptico? ☐ SI ☒ NO ☐
medicación que toma:
Ha tenido Sífilis o Conocrea? ☐ SI ☒ NO ☐
Ova enfermedad Infecto-contagiosa? ☐ SI ☒ NO ☐
Tuvo transfusiones? ☐ SI ☒ NO ☐
Fue operado alguna vez? ☐ SI ☒ NO ☐
de qué?
Cuando?
Tiene algún problema respiratorio? ☐ SI ☒ NO ☐
cuál?
Fuma? ☐ SI ☒ NO ☐
Está embarazada? ☐ SI ☒ NO ☐
de cuántos meses?
Hay alguna otra enfermedad o recomendación de su médico que quiera dejar constancia? ☐ SI ☒ NO ☐
cuál?
Realiza algún tipo de tratamiento homeopático, Acupuntura, otros: ninguno
Médico clínico:
Clinica/Hospital en caso de hacer falta derivación:

Historia Clínica Odontológica

Por qué asistió a la consulta? dolor en la muela
Consultó antes con algún otro profesional? ☐ SI ☒ NO ☐
Tomó algún medicamento? ☐ SI ☒ NO ☐
Nombre de los medicamentos: paracetamol
Desde cuando? hace días
Obtuvo resultados: ☐ SI ☒ NO ☐
Ha tenido dolor? ☒ de qué tipo? Suave ☐ Moderado ☐
Intenso ☐ Temporal ☐ Intermitente ☐ Continuo ☐
Espontáneo ☐ Provocado ☐ Al frío ☐ Al calor ☐
Localizado ☐ dónde? A.2.1. por la noche
Irradiado ☐ hacia dónde?
Puede calmarse con algo? paracetamol y buches
cuando? cuando me duele
Sufrió algún golpe en los dientes? ☐ SI ☒ NO ☐
cuando? **cómo se produjo?**
Se le fracturó algún diente? ☐ SI ☒ NO ☐
cuál? **recibió algún tratamiento?**
Tiene dificultad para hablar? no
para masticar? no
para abrir la boca? no
para tragar los alimentos? no

FICHA DE DIAGNOSTICO

Nombre: Juliana Jimenez Dirección: Blm Pausas
 Edad: 19 Sexo: F Ocupación: Estudiante
 Teléfono: _____ Estado civil: soltera
 Pieza dental examinada: #21

Fractura coronal	☒	Insancho F.	☒
Fractura radicular vertical	☒	Apice Inmaduro	☒
Fractura radicular horizontal	☒	Caries dental bajo restauración	☒
Decoloración de pieza	☒	Reabsorción externa	☒
Movilidad dental	☒	Reabsorción interna	☒
Exposición pulpar	☒	TCR incompleto o deficiente	☒
Restauración deficiente	☒	Lesión periapical	☒
Lesión de furca	☒	Lesión lateral	☒
Recesión gingival	☒	Calcificación de espacio pulpar	☒
Atrición	☒	Pérdida ósea	☒
Abrasión	☒	Presencia de fistula	☒
Abfracción	☒	Otros	

PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR

FRIO	☒	CALOR	☒
PERCUSION	☒	PALPACION	☒

TIPO DE DOLOR REFERIDO POR EL PACIENTE

Estimulado	☒	Frio	☒	Intermitente	☒	Pulsatil	☒
Spontaneo	☒	Calor	☒	Constante	☒	Al masticar	☒
A Dulces	☒	A Ácidos	☒	A Salados	☒	Irradiado	☒

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Longitud 23 mm.
 Amplitud Amplia
 Curvatura no presenta
 Conductos Accesorios no presenta aparentemente nada

CONTROL POS-OPERATORIO

Ficha de Control Pos-Operatoria
 Paciente: _____

ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolor nulo	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor severo	Dolor muy severo						

Paciente refiere el dolor que medimos la intensidad en una escala del 0 como ausencia de dolor a 10 el peor dolor posible en EVA.
 (Escala visual análoga)

Paciente refiere el dolor que medimos la intensidad en una escala del 0 como ausencia de dolor a 10 el peor dolor posible en EVA.
 (Escala visual análoga)

3° 0

Tipo de dolor referido por el paciente	1er. control	2do. control	3er. control	4to. control	5to. control	6to. control	7mo. control
Estimulado	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Calor	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Frio	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Spontaneo	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Intermitente	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Constante	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒

El paciente en pieza #21, consulta por dolor nocturno con el diagnóstico necrosis pulpar. Tratamiento de conducto radicular, medicación intracanal, y uso de canal. Se le indica que si el dolor no cede en 7 días, acudir a la clínica. Se le indica que si el dolor no cede en 7 días, acudir a la clínica. Se le indica que si el dolor no cede en 7 días, acudir a la clínica.

FICHA DE DIAGNOSTICO Y CONTROL

Nombre:		Dirección:	
Edad:	Sexo:	Ocupación:	
Teléfono:	Estado civil:		
Pieza dental examinada:			
Fractura coronal		Ensanchado P.	
Fractura radicular vertical		Ápice inmaduro	
Fractura radicular horizontal		Caries dental bajo restauración	
Decoloración de pieza		Reabsorción externa	
Movilidad dental		Reabsorción interna	
Exposición pulpar		TCR Incompleto o deficiente	
Restauración deficiente		Lesión periapical	
Lesión de furca		Lesión lateral	
Recesión gingival		Calcificación de espacio pulpar	
Atrición		Pérdida ósea	
Abrasión		Presencia de fistula	
Abfracción		Otros:	
PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR			
FRIO		CALOR	
PERCUSION		PALPACION	
TIPO DE DOLOR REFERIDO POR EL PACIENTE			
Estimulado		Frio	
Intermitente		Pulsátil	
Esponáneo		Calor	
Constante		Al masticar	
A.Dulces		A.Acidos	
A.Salados		Irradiado	

CONTROL POST- OPERATORIO

Ficha de Control Pos-Operatoria										
Paciente:										
ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolor nulo	Dolor leve		Dolor Moderado		Dolor Severo		Dolor muy severo		Dolor Máximo	
Paciente refiere el dolor que medimos la intensidad en una escala del 0 como ausencia de dolor a 10 el peor dolor posible en EVA (Escala visual análoga)										
Tipo de dolor referido por el paciente	1er. control	2do. control	3er. control		1er control	2do. Control	3er. control			
estimulado					dulce					
Calor					ácidos					
Frio					Al masticar					
esponáneo					Dolor irradiado					
Intermitente					pulsátil					
constante										

Fuente. Elaboración propia.

Anexo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Objetivo: Dar conocimiento al paciente del tratamiento Operatorio y farmacológico e informar de posibles riesgos, complicaciones y beneficios que se pudieran ocurrir.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

FECHA..... No HC.....

Yo,.....Con el C.I. n°.....con
Domicilio en..... Asisti a la CLINICA UNINET en
calidad de paciente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO,
ampliamente sobre mi problema dental, y a su vez el tratamiento y sus riesgos,
de los procedimientos al realizarme, ventajas y beneficios, las consecuencias
del no realizarme el tratamiento, a consecuencia AUTORIZO a la
Interna....., para que me sea
realizado el procedimiento diagnostico/terapéutico o cualquier otro
procedimiento que estime necesario para completar el tratamiento previsto,
con fines de enseñanza, investigación, y /o divulgación científica. Certifico que
el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

.....

FIRMA DEL INTERNO FIRMA DEL PACIENTE

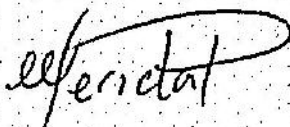
CARTA DE ACEPTACION DE TURORIA

Dra. Cecilia Vera

VICEDECANA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Por medio de la presente, yo Dr. Pavel Mérida Maldonado docente en la Facultad de Odontología, hago constar que he leído el proyecto de tesis presentado por la señorita Marisa Castro Flores CI.7173491ja, para optar por el grado de Licenciatura en Odontología, cuyo Título es: **MANEJO DE LA ANALGESIA DESINFLAMACION CLINICO FARMACOLOGICA ANTES- DURANTE Y POS-TRATAMIENTO ENDODONTICO EN PACIENTES DE 18 A 55 AÑOS EN LA CLINICA ODONTOLOGICA UNINET DE LA PROVINCIA CERCADO-TARIJA**; y que acepto asesorar a la estudiante, en calidad de Tutor, durante la etapa de desarrollo del proyecto (tesis) hasta su presentación evaluación.

Tarija, 15 de Junio del 2022



Dr. Pavel Mérida Maldonado

CI.1888589

