

Fochi Femayor, Luisina

Tratamiento multidisciplinar en paciente integral

**Trabajo final de la práctica profesional
supervisada de Odontología**

Directora: Gómez Duran, María Eugenia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

TRABAJO INTEGRADOR PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Tratamiento multidisciplinar en paciente integral

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera : Odontología

Práctica Profesional Supervisada

Autor: Luisina Fochi Femayor

Profesor Tutor: María Eugenia Gómez Durán

Profesor Titular: Claudia Bonnin

Año: 2024

Índice

Resumen	2
Introducción:	3
Objetivos generales:.....	3
Objetivos Específicos:	3
CASO CLÍNICO	5
Diagnostico.....	10
Plan de tratamiento	11
Secuencia de tratamiento.....	13
Conclusión.....	19
Bibliografías	20
ANEXO I.....	21
ANEXO II	22
ANEXO III	23

Resumen

La rehabilitación odontológica integral realizada en este caso clínico abarcó una serie de intervenciones para restaurar la salud bucal y la funcionalidad oral del paciente. Basado en un diagnóstico exhaustivo, se determinaron los tratamientos adecuados para abordar diversos problemas dentales. Se llevaron a cabo extracciones de piezas dentales irreversibles debido al grado avanzado de caries, lo que permitió una mejor planificación protésica. En los dientes restantes, se realizaron operatorias dentales utilizando resinas compuestas para restaurar los dientes dañados y reemplazar amalgamas filtradas, mejorando tanto la estética como la función masticatoria.

Además, se realizó un tratamiento periodontal profundo, incluyendo raspado y alisado radicular, fundamental para devolver la salud a los tejidos de soporte y prevenir el avance de la enfermedad periodontal. Esto no solo mejoró la estabilidad de las estructuras periodontales, sino que también garantizó el éxito a largo plazo de las restauraciones.

Finalmente, se colocaron prótesis, tanto removibles como fijas, para restaurar la oclusión y la masticación. Estas prótesis permitieron al paciente recuperar una dentición funcional y estética, logrando una rehabilitación integral que mejoró su calidad de vida y autoconfianza.

Este enfoque interdisciplinario asegura una solución eficaz y personalizada para el paciente.

Palabras claves: rehabilitación, caries, funcional, estética

Abstract

The comprehensive dental rehabilitation carried out in this clinical case included a series of interventions to restore the patient's oral health and oral functionality. Based on a thorough diagnosis, appropriate treatments were determined to address various dental problems. Extractions of unrecoverable teeth were carried out due to the advanced degree of caries, which allowed better prosthetic planning. On the remaining teeth, dental surgeries were performed using composite resins to restore damaged teeth and replace leaked amalgams, improving both aesthetics and chewing function.

In addition, deep periodontal treatment was performed, including scaling and root planing, essential to restore health to the supporting tissues and prevent the progression of periodontal disease. This not only improved the stability of the periodontal structures, but also ensured the long-term success of the restorations.

Finally, prostheses, both removable and fixed, were placed to restore occlusion and mastication. These prostheses allowed the patient to recover functional and aesthetic dentition, achieving comprehensive rehabilitation that improved their quality of life and self-confidence. This interdisciplinary approach ensures an effective and personalized solution for the patient.

Keywords: rehabilitation, caries, functional, aesthetic.

Introducción:

La rehabilitación odontológica integral es un enfoque que combina diversas especialidades de la odontología para restaurar la salud oral y mejorar tanto la funcionalidad como la estética del paciente. En el presente trabajo integrador, se describe un caso clínico en el cual se llevó a cabo una planificación completa basada en un diagnóstico preciso, lo que permitió abordar múltiples problemas dentales de manera eficiente. Se incluyeron tratamientos como la extracción de dientes gravemente comprometidos por caries, restauraciones con resinas compuestas en dientes afectados y el reemplazo de antiguas amalgamas filtradas. Además, se implementó un tratamiento periodontal profundo para mejorar los tejidos de soporte y controlar la progresión de la enfermedad. Para finalizar, se colocaron prótesis removibles y fijas que restauraron tanto la oclusión como la función masticatoria, devolviendo al paciente una dentición equilibrada y estética. Este trabajo explora detalladamente cada etapa del tratamiento y destaca la importancia de un enfoque integral en la rehabilitación odontológica, teniendo en cuenta las distintas alternativas según los recursos al momento de realizar dicha intervención.

Objetivos generales:

Realizar una investigación y análisis exhaustivo sobre la rehabilitación odontológica integral, abordando sus fundamentos, técnicas procedimientos y alternativas para comprender cómo la combinación de distintas especialidades odontológicas contribuye a restaurar la salud bucal y mejorar la calidad de vida del paciente.

Objetivos Específicos:

1. Investigar los fundamentos teóricos de la rehabilitación odontológica integral, incluyendo las principales disciplinas involucradas como periodoncia, operatoria dental, prótesis y cirugía, con el fin de comprender sus interrelaciones y efectos en la salud oral.

2. Describir las etapas del diagnóstico clínico completo, analizando la importancia de identificar correctamente las patologías y planificar un tratamiento adecuado según las necesidades del paciente.

3. Analizar los diferentes tipos de tratamientos restaurativos, como las operatorias dentales con resinas compuestas y el reemplazo de amalgamas, profundizando en sus indicaciones, técnicas y materiales utilizados.

4. Estudiar el rol del tratamiento periodontal en la rehabilitación integral, evaluando su impacto en la preservación de los tejidos de soporte y en la estabilidad a largo plazo de las restauraciones.

5. Examinar la colocación de prótesis dentales removibles y fijas, analizando las indicaciones, ventajas y limitaciones de cada tipo, así como su influencia en la recuperación de la oclusión y la función masticatoria.

6. Evaluar alternativas terapéuticas según los recursos disponibles, explorando cómo la planificación del tratamiento puede variar en función de las limitaciones económicas o tecnológicas del paciente o del entorno clínico.

7. Desarrollar una discusión sobre los resultados clínicos esperados y los factores de éxito a largo plazo, tomando en cuenta tanto la función como la estética dental en las rehabilitaciones complejas.

8. Proponer un protocolo de seguimiento postoperatorio, orientado a asegurar el mantenimiento de la rehabilitación y prevenir posibles complicaciones futuras.

CASO CLÍNICO

1) Historia Clínica

1.1 Datos de filiación

Paciente de 31 años, su ocupación laboral es profesor en secundaria.

1.2 Última visita al odontólogo

Su última visita fue hace dos meses por un arreglo de caries.

1.3 Motivo de consulta

Acude a consulta en la Facultad de Odontología porque relata estar disconforme con su salud bucal.

1.4 Antecedentes médicos

Paciente con alergia a penicilina.

1.5 Antecedentes dentales

Tratamientos de conducto en elemento 15, 44 y 45.

Perno metálico en elemento 45 hace 8 años.

Restauraciones en elementos 11,16,21,26,27,36.

1.6 Antecedentes familiares

Madre con hipertensión.

Padre padeció enfermedad de Chagas.

1.7 Examen extraoral

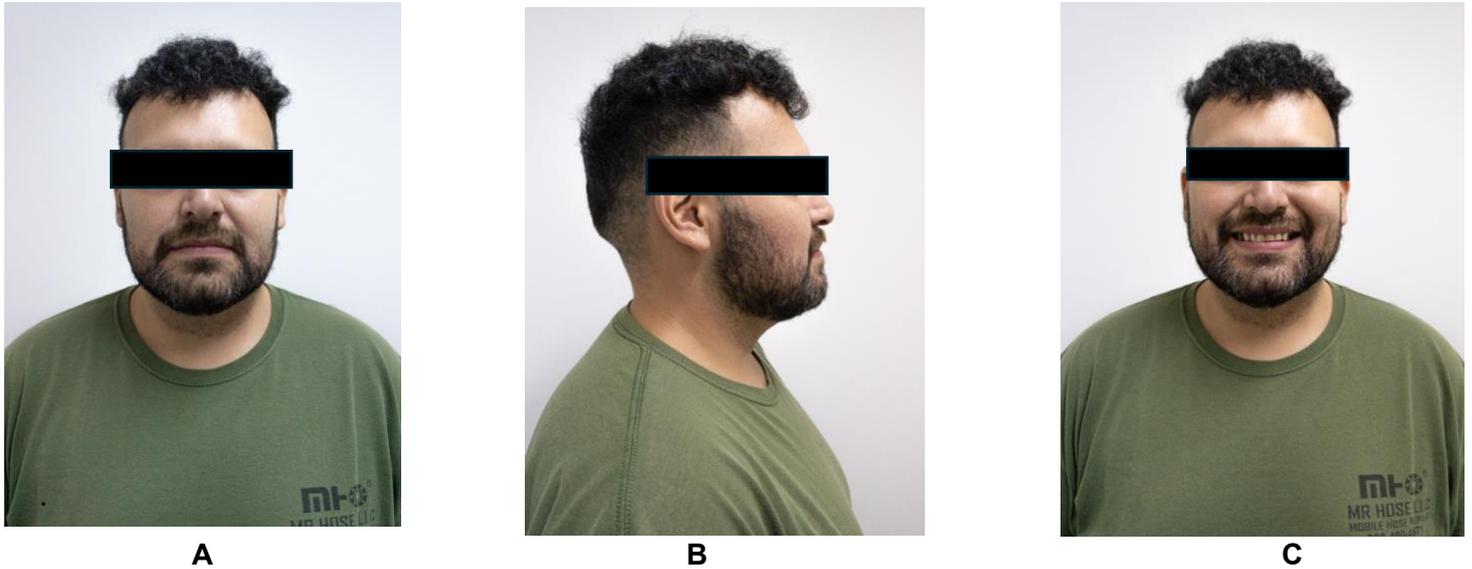


Figura 1: examen extraoral. Frontal en reposo (A). Lateral (B). Frontal en sonrisa (C). Fotografías de elaboración propia.

En el examen frontal en reposo (figura 1 A) el paciente se observa simetría facial, con tercios faciales proporcionados.

En el examen frontal en sonrisa (figura 1 C) se destaca que la línea media facial no coincide con la interincisal y que las líneas bipupilar e intercomisural son paralelas.

Por ultimo en el examen de perfil en reposo (figura 1 B) se observa un perfil convexo y patrón braquifacial.

A la palpación no se evidencian datos de interés, ni en la exploración de la articulaciones temporo mandibular. La apertura de la arcada es normal, no se encuentran desviaciones.

1.8 Examen intraoral

El paciente muestra un biotipo de encía grueso, y no se observa inflamación gingival.

Podemos observar falta de higiene oral, debido a la presencia de sarro y caries.

Se observa que las líneas medias no coinciden, clase I molar y canina (Figura 2).

También podemos observar un desgaste dental generalizado debido al bruxismo.

Se aprecian restos radiculares en elementos 17,24,25, restauraciones extensas de amalgama en elementos 26,27 y 36 (Figura 3).

Presencia de un perno metálico con provisorio en elemento 45 y lesión cavitada con tratamiento de conducto en elemento 44 (Figura 3).

Ausencia de múltiples elementos 14, 37, 46, 47 y terceros molares erupcionados (Figura 3)

En cuanto al tamaño de las arcadas dentarias, tanto superior como inferior se encuentran normales (Figura 3).

Exploración de tejidos blandos

A nivel lingual presenta lengua escrotal, una alteración anormal de la anatomía de la lengua que se caracteriza por presentar fisuras que varían en tamaño y profundidad en el dorso de esta (Figura 3).

En las demás estructuras de los tejidos blandos no se observa ninguna alteración relevante.

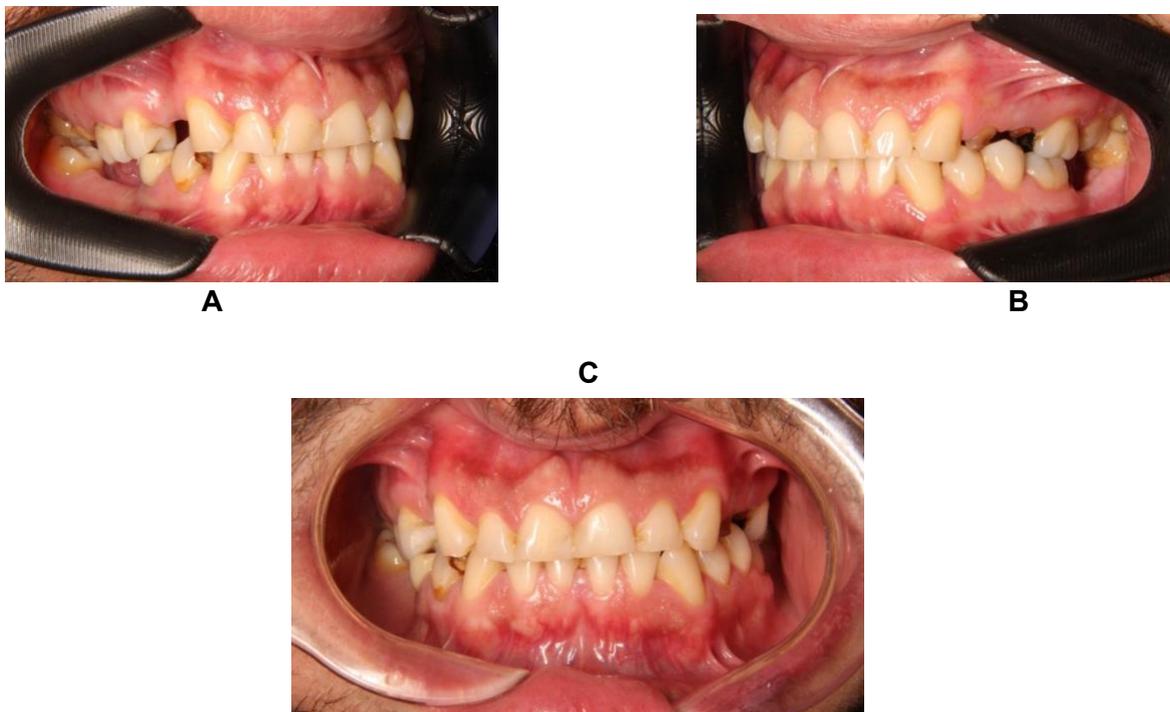


Figura 2: Vista lateral de arcadas en oclusion derecho (A) izquierdo (B). Vista frontal en oclusion (C). Fotografías de elaboración propia.



A



B

Figura 3: Vista oclusal de arcada superior (A) e inferior (B). Fotografías de elaboración propia.

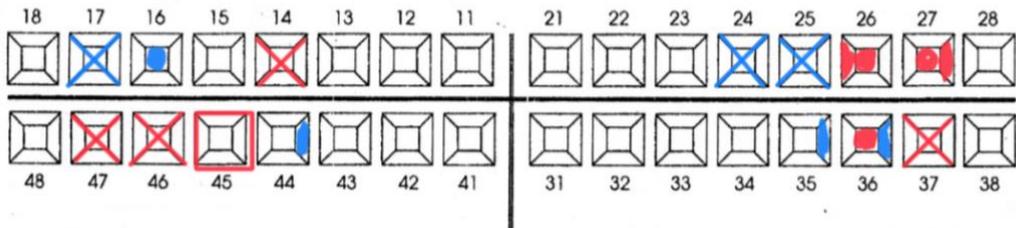


Figura 4: Odontograma

1.9 Pruebas complementarias

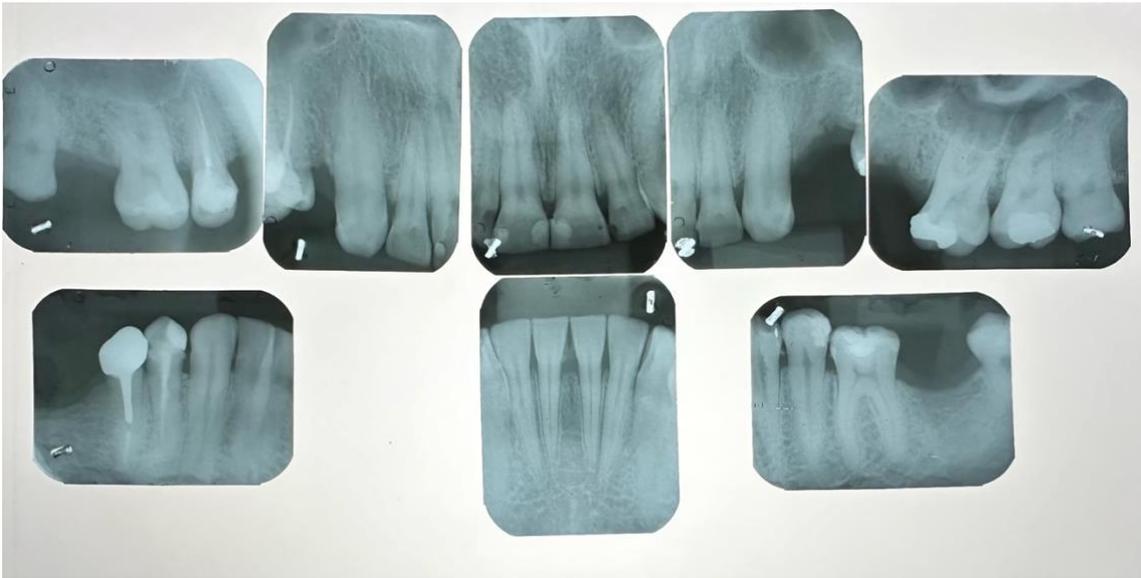
Diagnóstico por imágenes



A



B



C

Figura 5: Restos radiculares 17 (A). Restos radiculares 24 y 25 (B) Radiografías seriadas post extracciones. (C)



Figura 6: Ortopantomografía.

Diagnostico

2.1 Diagnostico medico

Clasificamos al paciente como un ASA I. Ya que no tiene ninguna enfermedad.

2.2 Diagnostico bucodental

Teniendo en cuenta la historia clinica con los respectivos exámenes realizamos un diagnostico integral, el cual se explicara a continuacion de forma individual.

Diagnostico en medicina bucal

El paciente presenta lengua escrotal, tambien conocida como lengua fisurada, es una condicion benigna que se caracteriza por la presencia de surcos o fisuras en la superficie dorsal de la lengua, son alteraciones de etiologia desconocida y generalmente variaciones de la normalidad sin significacion clinica (Palález-Esteban et al.,2004)

Diagnostico periodontal

Con la exploración periodontal, teniendo en cuenta la clínica y las radiografías periapicales, se trata de un paciente con periodontitis leve.

Diagnostico clínico y radiográfico

Con la exploracion clinica y radiografica identificamos restos radiculares en los elementos **17, 24,25**.

Se diagnostica varias lesiones de caries que fueron visibles tanto clinica como radiograficamamente. A continuacion se realizara un diagnostico individual de cada una de ellas. Teniendo en cuenta dos clasificaciones:

Elemento **16** se observa una restauracion antigua filtrada de resina compuesta y caries por oclusal. Según la clasificacion de Black, es una lesion de clase I, ya que afecta a la cara oclusal del primer molar ; y según el sistema ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) se trata de un codigo 4.

Elemento **35** se observa radiograficamente una caries oclusodistal. Según la clasificacion de Black es una lesion de clase II, ya que afecta a la cara distal del premolar y según el sistema ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) se trata de un codigo 4.

Elemento **36** se observa una restauracion con amalgama filtrada. Según la clasificacion de Black, es una lesion de clase I, ya que afecta a la cara oclusal del primer molar.

Elemento **44** se observa que tenía realizado un tratamiento de conducto sin reconstruir por lo que se encuentra una lesión cavitada ocluso mesial. Según la clasificación de Black es una lesión de clase II, ya que afecta a la cara mesial del premolar; y según el sistema ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) se trata de un código 5.

Se trata de un paciente parcialmente desdentado.

Siguiendo la clasificación de Kennedy-Applegate, en maxilar superior se trata de una clase III sub 3 y en maxilar inferior una Clase III sub 1.

En elemento **45** se observa la presencia de un provisorio sobre un perno colado. Se evaluó dicho perno con radiografía y corroboramos que estaba en buenas condiciones.

Tabla 1. Resumen diagnóstico

Diagnóstico en medicina bucal	Lengua escrotal	
Diagnóstico periodontal	Periodontitis leve	
Diagnóstico radiográfico	Restos radiculares en 17, 24, 25	
Diagnóstico clínico y radiográfico	Caries en elementos 16, 35, 36, 44	
	Maxilar superior	Clase III sub 3
	Maxilar inferior	Clase III sub 1
	Elemento 45	Perno colado

Plan de tratamiento

Primera sesión:

Confección de Historio Clínica, consentimiento informado, fotografías extra e intraorales, impresiones preeliminares para la obtención de modelos de estudio.

Fase preventiva:

Motivación al paciente.

Indicar técnica de cepillado, el cepillo de dientes adecuado y el uso de elementos para higiene interdental.

Realizar terapia básica con raspaje y alisado.

Fase curativa:

Exodoncias:

Extracción de los elementos 17, 24, 25.

Operatorias con resinas compuestas en elementos 16, 35,36, 44.

Fase de rehabilitación:

Corona de zirconio sobre perno colado en elemento 45.

Prótesis parcial removible superior e inferior.

Fase de mantenimiento:

Evaluar estado gingival, motivación y refuerzo de técnicas de higiene.

Control de todos los tratamientos realizados.

Control de la prótesis parcial removible.

Controles cada 3 meses inicialmente y luego cada 6 meses.

3.1 Opciones de tratamiento en fase de rehabilitación.

La opción terapéutica inicial para el reemplazo de las piezas dentales ausentes en un paciente joven generalmente es la colocación de implantes dentales. Este tipo de tratamiento ofrece múltiples beneficios, ya que proporciona una solución fija y duradera, además de mejorar tanto la funcionalidad masticatoria como la estética, contribuyendo a preservar la estructura ósea a largo plazo. Sin embargo, en este caso particular, por situaciones económicas del paciente llevaron a reevaluar las alternativas disponibles y se decidió optar por la confección de prótesis removibles como solución provisional. Aunque las prótesis removibles no ofrecen las mismas ventajas que los implantes en términos de estabilidad y confort, representan una opción eficaz para restaurar la función masticatoria y la estética dental de manera accesible y funcional, permitiendo al paciente recuperar la calidad de vida mientras se evalúan otras posibilidades a futuro.

Secuencia de tratamiento

1º visita: Realizamos historia clínica con su respectivo odontograma (figura 4), consentimiento informado, fotografías extra e intraorales (figura 1, 2 y 3) , pedido de pruebas complementarias como radiografía panorámica, impresiones pre eliminares con alginato para la obtención de modelos de estudio.

2º visita: Primero comenzamos con una fase de motivación del paciente, en la que se le educa sobre la importancia de la higiene bucal para prevenir el avance de la enfermedad periodontal. Se le explica la relación entre la acumulación de placa bacteriana y la inflamación gingival, destacando la necesidad de compromiso personal para mejorar su salud oral.

A continuación, le instruimos al paciente técnicas de higiene oral, enseñándole el uso adecuado del cepillo dental, recomendando la técnica de Bass para una limpieza efectiva en el margen gingival. También se enfatiza la importancia del uso de hilo dental para la limpieza interdental.

Posteriormente, se realiza una limpieza profesional con cavitador ultrasónico, que emplea vibraciones para eliminar la placa y el cálculo supragingival y subgingival. El cavitador desintegra el cálculo de manera eficiente, reduciendo la inflamación y la profundidad de las bolsas periodontales. Esta limpieza se complementa con el uso de curetas manuales en áreas de difícil acceso.

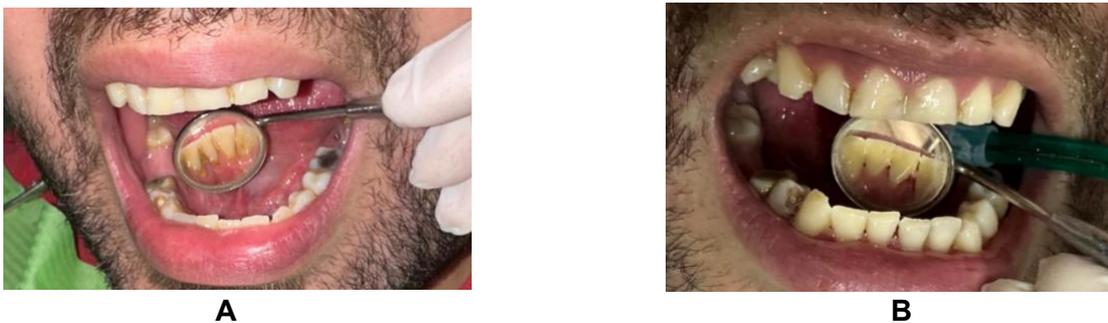


Figura 7: Fotografía previa a cavitador ultrasónico (A). Fotografía post (B). Fotografías de elaboración propia.

3º visita: Realizamos extracciones de elementos 24 y 25.

Primero tomamos Rx periapicales de respectivos restos radiculares para lograr una evaluación tanto clínica como radiográfica.

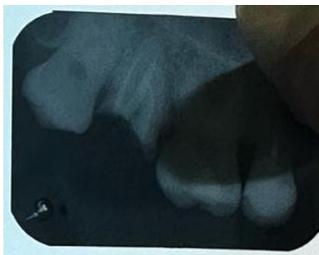
Luego comenzamos realizando una asepsia extraoral con iodopovidona, posteriormente colocamos anestesia local utilizando carticaina al 4% realizando una técnica infiltrativa a fondo de surco por mesial de cada premolar y del segundo molar superior derecho, completamos con una infiltrativa palatina para bloquear dicho nervio.

Seguido de esto comenzamos con la diéresis, donde realizamos sindesmotomia tanto vestibular como palatina, maniobra quirúrgica a través de la cual se produce la rotura de las fibras que componen el ligamento circular de Kölliker, con la finalidad de acceder con los bocados de la pinza al cuello quirúrgico del diente por extraer. Lo realizamos con instrumental como espátula para cera N°7.

Continuamos con la exceresis, donde primero realizamos la prehension, la cual consiste en la aplicación de los bocados de la pinza en el cuello quirúrgico para luego realizar la luxación con movimientos de impulsión y lateralidad; y por último el movimiento de tracción donde se produce el desalojo de la pieza dentaria.

Luego de las extracciones realizamos el toilette de la cavidad y una síntesis incruenta con suturas.

Se le indico que podía tomar analgésico como ibuprofeno 600mg cada 8 hrs.



A



B



C



A



B



C

Figura 8: Periapicales de restos (A). Restos extraídos (B). Síntesis (C). Fotografías de elaboración propia.

4º visita:

Realizamos operatorias en elementos 36 y 16, se trataban de restauraciones Clase I de Black por lo que comenzamos con las maniobras previas, que incluyen la limpieza de la zona afectada, la selección del color de la resina que optamos por un A3, la evaluación de la oclusión, el aislamiento absoluto del área, y la aplicación de anestesia local para asegurar el confort del paciente y permitir un mejor aislamiento y trabajo en la cavidad.

A continuación, realizamos la apertura de la cavidad con una fresa periforme 329 o 330 y la remoción de amalgama filtrado, utilizando una turbina a ultra alta velocidad con refrigeración acuosa. Luego, procedimos a la remoción del foco patológico con una fresa redonda montada en contra ángulo.

El siguiente paso fue la terminación del BCP (bordes cavo-periférico), alisándolos con una fresa troncocónica de múltiples filos. Posteriormente, limpiamos la cavidad y realizamos el grabado ácido con ácido fosfórico al 37% durante 15 segundos. Para la protección dentino-pulpar, se evaluó la profundidad de la cavidad, se aplicó el sistema adhesivo.

Finalmente, realizamos la restauración con resinas nano híbridas mediante la técnica estratificada, seguido del pulido de la restauración y el control de la oclusión.

5º visita:

Realizamos operatorias en elementos 44 y 35, se trataba de restauraciones de Clase II de Black, por lo que comenzamos con las maniobras previas, que incluyen la limpieza de la zona, la selección del color de la resina que fue de un A3, la evaluación de la oclusión, la selección de matrices y cuñas para facilitar el procedimiento, el aislamiento absoluto con goma dique y clamps; y la administración de anestesia local para trabajar con mayor comodidad. Posteriormente, realizamos la apertura de la cavidad con una fresa periforme larga a ultra alta velocidad bajo refrigeración acuosa utilizando una turbina.

A continuación, llevamos a cabo la remoción del foco patológico empleando una fresa redonda montada en contra ángulo. Después, procedimos con la terminación de los bordes cavo-periféricos (BCP), donde realizamos un tallado de bisel con una fresa troncocónica 1170 por vestibular y un alisado con fresa troncocónica de múltiples filos. Seguidamente, continuamos con la limpieza de la cavidad y el grabado ácido con ácido fosfórico al 37% durante 15 segundos. Para la protección dentino-pulpar, se evaluó la profundidad de la cavidad y aplicamos un sistema adhesivo.

Finalmente, la restauración se llevo a cabo con resinas nano híbridas mediante la técnica estratificada, seguida del pulido de la restauración y el control de la oclusión.

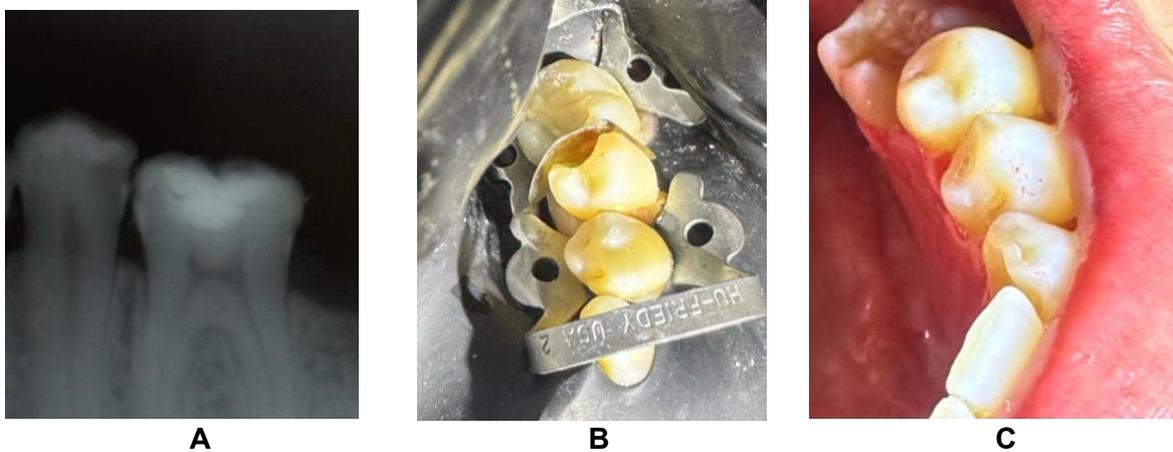


Figura 9: Rx para evaluar caries (A). Apertura (B). Restauración finalizada (C).

Fotografías de elaboración propia.



Figura 10: Aislamiento absoluto y apertura (A). Restauración finalizada (B). Fotografías de elaboración propia.

6° visita:

Comenzamos con los procedimientos para realizar corona de zirconio sobre perno colado. Luego de confirmar radiográficamente el estado del perno metálico retiramos el provisorio, para poder realizar el tallado del pilar con una piedra troncoconica. Seguido de esto colocamos hilo retractor para poder tomar impresiones con silicona pesada y liviana para así obtener un modelos definitivo, tomamos también el registro de mordida e impresión de maxilar antagonista con alginato para enviar a laboratorio.

Por último realizamos la restauración provisoria utilizando acrílico autopolimerizable y la técnica de dado, este es un procedimiento que se realiza temporalmente para proteger el diente mientras se planifica la restauración definitiva.



Figura 11: Tallado del pilar (A). Provisorio (B). Fotografías de elaboración propia.

7º visita:

Cementamos corona de zirconio en elemento 44, utilizando cemento dual autoadhesivo. Previamente preparamos el sustrato con ácido fosfórico al 37% y adhesivo universal; en la corona realizamos un arenado con óxido de alumina por 20 segundos y luego colocación de mdp.

En esta misma visita después de cementar dicha corona, realizamos impresiones primarias con alginato para obtener modelos los cuales fueron montados en articulador y se confeccionó el diseño de las prótesis removibles.

Luego realizamos la preparación clínica pre profética a través del tallado de alivios con piedra esférica, para poder llevar a cabo la toma de impresiones definitivas y el registro de mordida.



Figura 12: Cementación de corona de zirconio. Fotografía de elaboración propia

8º visita:

Hicimos la prueba clínica de la estructura en maxilar superior e inferior para corroborar su adaptación, retención, estabilidad y que no interfiera con la oclusión habitual del paciente, también tomamos el color para enviar a laboratorio.

9º visita:

Realizamos la toma de registro intermaxilar, donde mediante el cierre mandibular registramos las relaciones bimaxilares correctamente.

10º visita:

Se realizó la prueba clínica, verificando las relaciones oclusales, evaluando el color, el componente estético y fonético.

11º visita:

Instalamos la aparatología en boca.



A.



B



C

Figura 13: Fotografías laterales en oclusión con aparatología colocada (A y B).
Fotografía frontal en oclusión con aparatología colocada (C).



A



B

Figura 14: Fotografías oclusales con aparatología colocada (A y B).

Conclusión

En conclusión, la terapia integral realizada en este paciente permitió abordar de manera efectiva una serie de problemas dentales, desde el tratamiento periodontal leve hasta las extracciones de piezas irrecuperables, la restauración de caries y la colocación de prótesis. A lo largo de este proceso, se valoraron distintas alternativas terapéuticas, considerando tanto la situación clínica del paciente como sus limitaciones económicas. Esta experiencia no solo permitió restaurar la funcionalidad y estética oral del paciente, sino que también fue una oportunidad invaluable de aprendizaje para la estudiante de odontología de 5to año. A través de la práctica clínica, se profundizó en la aplicación de técnicas multidisciplinarias que integran periodoncia, operatoria y prótesis, siempre con un enfoque ético y de atención integral. Esto subraya la importancia de una formación clínica completa que considere tanto el aspecto técnico como las habilidades de comunicación y empatía con el paciente.

Bibliografías

Carr, A. B., & Brown, D. T. (2016). McCracken's Removable Partial Prosthodontics (13ª ed.). Elsevier Health Sciences.

Ekstrand KR, Gimenez T, Ferreira FR, Mendes FM, Braga MM. The International Caries Detection and Assessment System - ICDAS: A Systematic Review. Caries Res. 2018.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29518788/>

García Barbero J. Patología y terapéutica dental. Operatoria dental y endodoncia, 2ª ed. España: Elsevier; 2015.

Gilligan, J. M., & Ulfohn, A. G. (s.f.). La extracción dentaria: Técnicas y aplicaciones clínicas. Editorial Médica Panamericana.

Nield-Gehrig, J. S., & Willmann, D. E. (2019). Foundations of Periodontics for the Dental Hygienist (4ª ed.). Wolters Kluwer Health.

Resende, C. C. C., & Landre, J. (2018). Técnicas y materiales para restauraciones provisionales en prótesis fija. Revista Clínica de Odontología.

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ao/v14n1/2393-6304-ao-14-01-00028.pdf>



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

ANEXO I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: “ Tratamiento multidisciplinar en paciente integral”

AUTOR: Luisina Fochi Femayor

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: María Eugenia Gómez Durán

FIRMA DEL TUTOR:

FECHA: 23/10/24

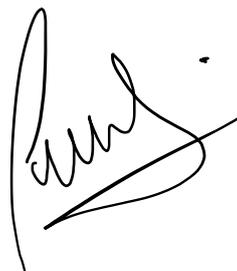
ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo Luisina Fochi Femayor, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado Tratamiento multidisciplinar en paciente integral DECLARO que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.



ANEXO III

(Consentimiento informado firmado por el paciente para prácticas, tomas fotográficas y uso de ese material para la confección de TI)

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología

UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 10 días del mes de Abril del año 2014 siendo las 14:30 hs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
estudiante/practicante Rafael Tomayo Luana DNI N° 43623777 que habiendo
aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales,
oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los
profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente: Fernandez Cristian Jose H. DNI: 37.306.062

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos práctico puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido claramente explicados. Consiento en que se fotografien las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención. Dejo constancia de que se la ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si él quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anatómo patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día...../...../.....Hora.....

El/la que suscribe Fernandez Cristian Jose Maria DNI N° 37306062
con domicilio en calle Maipú 454 otorgo mi consentimiento para que se
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta. Rafael Tomayo Luana

Firma del paciente: [Firma] Firma del Profesional a cargo: [Firma]

Firma del representante si el paciente es menor de edad: