



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



MEMORIA FINAL DEL PROYECTO



Proyecto de Innovación Docente (PID) 2020/2021

Planes de formación e innovación

MEMORIA FINAL

Proyecto de innovación y mejora docente 2020/2021

IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO	CLAVE
	ID2020/137

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO:
CREACIÓN DE UN REPOSITORIO DIGITAL MULTIMEDIA PARA LA MEJORA DEL APRENDIZAJE PRÁCTICO EN EL ÁREA DEL CONOCIMIENTO DE LA CIRUGÍA BUCAL.

COORDINADOR DEL PROYECTO:			
NIF	Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono
23289458 A	Norberto Quispe López	norberto_quispe@usal.es	660510431
Dirección en la Universidad, a efectos de notificación por correo interno			
CLINICA ODONTOLÓGICA UNIVERSITARIA			
Campus Miguel de Unamuno			
C/Alfonso X El Sabio s/n			
37007 Salamanca			
CALIFICACIÓN y DOTACIÓN ECONÓMICA			
Calificación de 74/100 dotado con 450 € que serán facturados íntegramente a una persona externa (camarógrafo-cámara) que realizó las grabaciones y maquetaciones del repositorio multimedia del proyecto.			

ACCIÓN:

- 2. Innovación en la gestión y desarrollo on-line de los procesos de enseñanza y aprendizaje
- Proyectos dirigidos a la gestión de la formación online y a la elaboración y mejora de materiales docentes innovadores, licenciados como acceso abierto, aplicables en las docencias presenciales o susceptibles de ser utilizados en las docencias virtuales. Iniciativas efectivas de aprendizaje invertido que incrementen el acervo audiovisual de materiales docentes, el diseño de SPOC (Small Private Online Course) o el diseño de MOOC (Massive Open Online Course) entran dentro de esta categoría.

MIEMBROS DEL EQUIPO DE TRABAJO (sin incluir al coordinador):

NIF/NIE/Pasap.	Nombre y apellidos	E-mail
28966075 J	Javier Montero Martín	javimont@usal.es
7992157 W	Leticia Alejandra Blanco Antona	lblanco@usal.es
71027607 L	Beatriz Pardal Peláez	bpardal@usal.es
45681409 M	Juan Santos Marino	juan_santos_marino@hotmail.com
70894629 G	Ángela Sanz Sánchez	asanzsanchez88@hotmail.com
70916512 Z	Nansi López-Valverde Hernández	nlovalher@usal.es
52127713 F	Jesús Mena Álvarez	jmenaalvarez@gmail.com

ASIGNATURAS Y TITULACIONES QUE SE BENEFICIARÁN DEL PROYECTO DE INNOVACIÓN

Máster en Implanto-prótesis Universidad de Salamanca. Asignatura: Cirugía Implantológica y módulo e-learning en la asignatura bases de la implanto-prótesis.

Máster en Cirugía Bucal Universidad de Salamanca. Asignatura: Cirugía Implantológica y módulo e-learning.

Practicum

DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS

El presente proyecto de innovación docente, se fundamenta en la mejora del material docente (videos e imágenes extramuro) pudiéndose usar para la docencia virtual y presencial. Consta de un repositorio multimedia dividido en 11 temas que contienen diferentes enfoques y técnicas quirúrgicas con una descripción pormenorizada dentro del ámbito de la cirugía bucal y periodoncia. Esta metodología permite un aprendizaje significativo por parte del alumnado, que se verá inmerso en un entorno muy próximo a la realidad profesional, ofreciéndoles tanto una profundización teórica de los temas expuestos como unos contenidos audiovisuales en alta calidad que les servirá como complemento para poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos.

Para este proyecto de docencia virtual y presencial, podremos comprobar cuáles son las principales lagunas que presentan nuestros alumnos para poder redirigir nuestros esfuerzos docentes a reforzar esas carencias.

Por tanto, nuestros objetivos son:

- Crear un repositorio digital multimedia de los principales tratamientos quirúrgicos en el campo de la cirugía bucal y periodoncia, en los que se recoja desde el itinerario anamnésico del paciente hasta la resolución del caso clínico (en formato Tema-actividad o recurso de Studium).
- Poner en marcha una serie de seminarios online con contenido clínicos multimedia en el área de la cirugía bucal y periodoncia.
- Evaluar la opinión del alumnado respecto al nivel de competencias percibidas.
- Impulsar el uso de esta metodología docente (repositorio digital multimedia) entre compañeros y alumnos de otras asignaturas, que serán invitados a la celebración de los mismos.
- Dar difusión entre el profesorado de otras universidades españolas para que vean los contenidos audiovisuales dándoles acceso como usuarios temporales.

PLAN DE TRABAJO LLEVADO A CABO

1. Los alumnos tienen disponible contenidos de temas en cirugía bucal y periodoncia (Cirugía periodontal reconstructiva, elevación de seno maxilar mediante ventana lateral, técnica de túnel lateralmente cerrado, técnica de sobre, colocación inmediata de implantes junto a la elevación sinusal, técnica del colgajo desplazado lateral y cirugía endodóntica) que están recogidos en un repositorio digital multimedia accesible a través de Studium.
2. Para hacer el ensayo piloto, de forma paralela en la plataforma Studium se crearon unos temas (contenidos audiovisuales sobre odontología conservadora y endodoncia) donde los alumnos de 5º curso de Odontología (asignatura Practicum) tenían acceso a su visualización. Durante las clases presenciales los propios alumnos compartían sus necesidades, preguntaban sus dudas, solicitaban nuevos casos clínicos de la materia que quisiesen e incluso ponían en práctica lo aprendido visualmente elaborando sus propios tratamientos dignos de fotografiar. Actualmente estamos en la fase de enriquecimiento del portal con fotos y videos ilustrativos para fomentar la docencia online y enriquecer al alumno con contenido audiovisual en la asignatura Practicum.
3. Se ofrecerá unas claves de usuarios temporales para que otros profesores de la materia de cirugía bucal y periodoncia de otras universidades para que a su vez realicen sus sugerencias o contribuciones.
4. A través de la plataforma Studium, se someterá a la consideración de los propios alumnos para que sancionen los baremos aplicados a los casos y critiquen razonadamente la experiencia.
5. En el futuro sería deseable complementar los contenidos audiovisuales de este proyecto de innovación docente con diferentes y novedosas técnicas quirúrgicas ya que es un proceso clave dentro del aprendizaje en una profesión 100% práctica, pero esto, será parte del próximo proyecto de innovación docente que pediremos.

EVIDENCIAS APORTADAS_

Repositorio digital multimedia <https://studium.usal.es/course/view.php?id=5635>



CREACIÓN DE UN REPOSITORIO DIGITAL MULTIMEDIA PARA LA MEJORA DEL APRENDIZAJE PRÁCTICO EN EL ÁREA DEL CONOCIMIENTO DE LA CIRUGÍA BUCAL. ID2020/137

Editar ▾



PORTADA DEL PROYECTO DENTRO DE LA PLATAFORMA STUDIUM

+ Añadir una actividad o un recurso

☐ Tema 3: Video de elevación de seno con ventana lateral y video de mucogingival a nivel anteroinferior.

☐ Tema 4: ELEVACIÓN SENO VENTANA LATERAL & PIEZOSURGERY

☐ Tema 5: Técnica del túnel lateralmente cerrado. Cirugía mucogingival.

☐ Tema 6: Técnica de sobre cirugía mucogingival

+ Tema 1: Cirugía periodontal reconstructiva. ✎

Editar ▾

Caso Clínico Paciente mujer de 55 años.

Vitalidad del diente positiva por lo que tras el diagnóstico clínico y radiográfico (adjuntamos radiografías y video explicativo) concluimos que el defecto es puramente periodontal. Se puede observar y se describe la técnica paso a paso.

+ 📎 Cirugía periodontal reconstructiva de defecto intraóseo ✎

Editar ▾



La evidencia científica indica que con las técnicas de cirugía periodontal reconstructiva obtenemos un pronóstico bueno a largo plazo. Las nuevas técnicas basadas en microcirugía tienen como objetivo maximizar la preservación de los tejidos y reducir la morbilidad. NIPSA (non-incised papilla surgical approach) es una técnica de abordaje apical sin incisiones a nivel de la papila.

Se realizó la técnica de acceso apical para resolver este tipo de defecto periodontal (defecto intraóseo). Se realizó la única incisión vestibular un poco más apical que la profundidad del defecto y se abordó todo el procedimiento con una única incisión suturada con 3 puntos.

Se pueden elegir diferentes abordajes para este defecto periodontal como por ejemplo el abordaje MIST (minimally invasive surgical technique) y sin embargo elegimos el acceso apical ya que ofrece resultados positivos respecto al mantenimiento de la papila es decir a una mejor preservación de los tejidos blandos (no lleva incisiones en la zona papilar).

+ 📎 Cirugía reconstructiva ✎

Editar ▾



+ Añadir una actividad o un recurso



- PIEZOSURGERY
- Tema 5: Técnica del túnel lateralmente cerrado. Cirugía mucogingival.
- Tema 6: Técnica de sobre cirugía mucogingival

+ Añadir una actividad o un recurso

reconstructiva. ✎

diagnóstico clínico y radiográfico (adjuntamos radiografías y vídeo explicativo) concluimos que el defecto es se describe la técnica paso a paso.

de defecto intraóseo ✎ Editar ▾

con las técnicas de cirugía periodontal reconstructiva obtenemos un pronostico bueno a largo plazo. Las cirugía tienen como objetivo maximizar la preservación de los tejidos y reducir la morbilidad. NIPSA (non-incised papilla surgical approach) es una técnica de abordaje apical sin incisiones a nivel de la papila.

Se realizó la técnica de acceso apical para resolver este tipo de defecto periodontal (defecto intraóseo). Se realizó la única incisión vestibular un poco más apical que la profundidad del defecto y se abordó todo el procedimiento con una única incisión suturada con 3 puntos .

Se pueden elegir diferentes abordajes para este defecto periodontal como por ejemplo el abordaje MIST (minimally invasive surgical technique) y sin embargo elegimos el acceso apical ya que ofrece resultados positivos respecto al mantenimiento de la papila es decir a una mejor preservación de los tejidos blandos(no lleva incisiones en la zona papilar).

+ Cirugía reconstructiva ✎ Editar ▾

+ Añadir una actividad o un recurso

ESTRUCTURA POR TEMAS DEL CONTENIDO AUDIOVISUAL DONDE SE APRECIA UNA ANAMNESIS DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO. VIDEO ILUSTRATIVO CON LA TÉCNICA QUIRÚRGICA EN VENTANA EMERGENTE Y RESULTADO FINAL DEL TRATAMIENTO.

- Inicio del sitio
- My Media
- Calendario
- Archivos privados
- Banco de contenido
- Mis cursos
- practicass pruebas
- SPOC_STUDIUM
- TDC_MACIB
- CASOS CLÍNICOS PRACTICUM
- PID_20
- MCB20

+ Tema 4: ELEVACIÓN SENO VENTANA LATERAL & PIEZOSURGERY ✎

En este vídeo encontrareis cómo manejar diferentes insertos de piezosurgery en una elevación de seno con ventana lateral.

+ Elevación seno ventana lateral & piezosurgery. ✎ Editar ▾

¿creéis que la utilización del piezosurgery mejora el abordaje sinusal?

La elevación de seno con abordaje lateral fue descrita por Tatum. actualmente existen 2 tipos de abordajes:

- convencional: mediante instrumentos rotatorios, seguidos del uso de instrumentos manuales para el desplazamiento de la membrana de Schneider.
- mediante dispositivos piezoeléctricos, con los cuales es posible realizar una osteotomía mediante vibraciones ultrasónicas de baja frecuencia.

La cirugía piezoeléctrica, conocida comúnmente como piezosurgery, es una técnica tanto de osteotomía como de osteoplastia a través de microvibraciones con el bisturí de frecuencia ultrasónica. este fenómeno se produce gracias a la contracción y expansión de cerámica piezoeléctrica. Las vibraciones que se obtienen se amplifican y se transfieren al inserto que está situado en la pieza de mano, que aplicándolo rápidamente con una ligera presión sobre el tejido óseo produce un fenómeno de cavitación, ejerciendo un efecto de corte mecánico, exclusivo para tejidos mineralizados y siempre bajo la presencia de irrigación con suero fisiológico.

Vercelloti describe las vibraciones ultrasónicas ideales para este procedimiento estando en una frecuencia de 29 KHZ y un rango entre 60/200 HZ. Mediante esta frecuencia y rango estas microvibraciones van a permitir el corte de estructuras mineralizadas, permaneciendo intactos los tejidos blandos ante un contacto accidental y sin sangrado debido al fenómeno físico de cavitación.

A las herramientas que se conectan a la pieza de mano del sistema piezoeléctrico se las denominan comúnmente insertos. Existen una gran cantidad de formas y tamaños disponibles, todos ellos adecuados a diferentes situaciones tanto anatómicas como quirúrgicas.

En lo referente a la técnica quirúrgica es similar a un acceso convencional. anestesia, colgajo mucoperiostico, osteotomía sobre la ventana lateral, despegamiento de la membrana de Schneider, relleno óseo de la cavidad sinusal (si se colocan los implantes inmediatos antes se fresan los implantes se rellena el seno, se colocan los implantes y se termina de rellenar el seno) y cierre primario de la herida con sutura).

+ Rx post-operatoria ✎ Editar ▾



DR. NORBERTO QVISPÍ
ELEVACIÓN DE SENO PIEZOSURGERY

VENTANA LATERAL & PIEZOSURGERY

Editar

erentes insertos de piezosurgery en una elevación de seno con ventana lateral.

piezosurgery.

Editar



surgery mejora el abordaje sinusal?

e lateral fue descrita por Tatum. actualmente existen 2 tipos de abordajes:

entos rotatorios, seguidos del uso de instrumentos manuales para el desplazamiento de la membrana de

tricos, con los cuales es posible realizar una osteotomía mediante vibraciones ultrasónicas de baja

comúnmente como piezosurgery, es una técnica tanto de osteotomía como de osteoplastia a través de

frecuencia ultrasónica. este fenómeno se produce gracias a la contracción y expansión de cerámica

se obtienen se amplifican y se transfieren al inserto que está situado en la pieza de mano, que

aplicándolo rápidamente con una ligera presión sobre el tejido óseo produce un fenómeno de cavitación, ejerciendo un efecto de corte mecánico, exclusivo para tejidos mineralizados y siempre bajo la presencia de irrigación con suero fisiológico.

Vercellotti describe las vibraciones ultrasónicas ideales para este procedimiento estando en una frecuencia de 29 KHZ y un rango entre 60/200 HZ. Mediante esta frecuencia y rango estas microvibraciones van a permitir el corte de estructuras mineralizadas, permaneciendo intactos los tejidos blandos ante un contacto accidental y sin sangrado debido al fenómeno físico de cavitación.

A las herramientas que se conectan a la pieza de mano del sistema piezoeléctrico se las denominan comúnmente insertos. Existen una gran cantidad de formas y tamaños disponibles, todos ellos adecuados a diferentes situaciones tanto anatómicas como quirúrgicas.

En lo referente a la técnica quirúrgica es similar a un acceso convencional. anestesia, colgajo mucoperiostico, osteotomía sobre la ventana lateral, despegamiento de la membrana de Schneider, relleno óseo de la cavidad sinusal (si se colocan los implantes inmediatos antes se fresan los implantes se rellena el seno, se colocan los implantes y se termina de rellenar el seno) y cierre primario de la herida con sutura).

+ Rx post-operatoria

Editar



SPOC_STUDIUM

TDC_MACIB

CASOS
CLÍNICOS
PRACTICUM

PID_20

MCB20

Tema 6: Técnica de sobre cirugía mucogingival

Editar

Caso clínico mujer 28 años con sensibilidad aguda en dientes 13 y 23. Se solucionó mediante la técnica de sobre más ITC (injerto de tejido conectivo)

+ Técnica de Sobre + ITC en diente 1.3

Editar



El tratamiento de recesiones gingivales utilizando procedimientos de cirugía plástica periodontal es habitualmente requerido en la odontología moderna. El objetivo final de estos procedimientos es la cobertura completa de la raíz y los resultados estéticos agradables. La literatura muestra que el colgajo de avance coronal + injerto de tejido conectivo podría ser considerado como el "gold standard" para el tratamiento de recesiones gingivales unitarias.

Se han descrito diferentes clasificaciones de las recesiones gingivales a lo largo de la historia, sin embargo, la clasificación de Miller^[1] en 1985 junto a la clasificación de Cairo^[ii] en 2011 son de las más citadas en la literatura científica. Cairo en 2011, propuso un sistema de clasificación que identificaba tres tipos de recesión gingival;

- RT1: Recesiones gingivales sin pérdida de inserción interproximal. Representan defectos más probablemente asociados con el cepillado dental traumático solo en el tejido periodontal sano.
- RT2: Defecto que mostraba una pérdida interproximal menor o igual que el sitio bucal (es decir, una recesión gingival asociada con una pérdida ósea horizontal).
- RT3: Recesiones que muestran una mayor pérdida en interproximal que el sitio bucal (es decir, una recesión gingival asociada con un defecto interproximal infraóseo)⁷.

En esta clasificación, las recesiones gingivales sin pérdida de inserción interproximal se consideraron como defectos RT1. Las recesiones gingivales asociadas con la presencia de pérdida de inserción clínica se dividieron en las clases RT2 y RT3, agrupando así los defectos asociados con la enfermedad periodontal.

En las últimas décadas, se ha demostrado que, con diferentes técnicas, se puede conseguir de forma predecible un recubrimiento radicular

+ Tema 9: Técnica "Double lateral bridging" en cobertura radicular en el V sextante. Edit

Se presenta 2 casos clínicos uno con seguimiento fotográfico y otro formato video con descripciones de la técnica paso a paso.



+ Técnica Double flap en V Sextante, situación pre-operatoria Edit

Tras la anestesia local, la técnica quirúrgica comenzó con la preparación del lecho receptor, se realizó una incisión sulcular a espesor parcial a nivel de cada recesión/es utilizando un microbisturí (Spoon Blade, MJK instruments, Marseille, France), diseccionando apical más allá de la unión mucogingival y lateralmente debajo de cada papila sin cortarlas, extendiéndose de 3 a 5 mm de cada recesión/es para permitir la entrada del ITC y su estabilización. Posteriormente, se realizó una incisión horizontal mediante una hoja de bisturí 15C (Swann-Morton, Sheffield, England) en la mucosa alveolar de fondo de vestibulo, dejando un puente de tejido que servirá para un doble aporte sanguíneo al ITC. La incisión horizontal se extendió un diente a cada lado del diente/s con recesión/es y se realizó a una distancia mínima de 8 mm del margen gingival del diente con recesión. Para calcular la distancia a la cual se realiza la incisión horizontal se tomó como referencia la regla/formula propuesta por Romanos et al ($2 \times GR + 2mm$). El tejido coronal a la incisión horizontal se repositionará apicocoronalmente (coronalmente) manteniendo la integridad marginal del tejido. A continuación, se procedió a la descontaminación mecánica de la superficie radicular mediante curetas Gracey tratando solo las superficies radiculares expuestas con pérdida de inserción clínica.

Una vez creado el lecho receptor, se extrajo un ITC de la mucosa masticatoria palatina de 1,5 mm de espesor desde el canino superior hasta mesial del primer molar. El cierre inmediato de la zona donante se realizó mediante suturas de colchonero horizontal y puntos simples (Seralene® 5-0, Serag-Wiessner Iberia, Madrid, España). También a los pacientes se les realizaron una placa palatina como protección.

El ITC se introdujo a través de la incisión horizontal y se repositionó a nivel de la unión cemento esmalte mediante dos puntos colchoneros horizontales utilizando sutura 5-0 no reabsorbible (Seralene®, Serag-Wiessner Iberia, Madrid, España), uno situado en la parte mesial y otro en la parte distal. Con el objetivo de repositionar el tejido a coronal y conseguir una mayor adaptación y estabilización del colgajo y papilas se realizaron puntos suspensorios cogiendo papila e injerto mediante sutura 5-0 no reabsorbible. También, se realizaron suturas dentosuspendidas anclada en el periostio apical al injerto y suspendidas alrededor de la cara lingual del diente con recesión mediante sutura de 5-0 reabsorbible (SERAFast®, Serag Wiessner iberia, Madrid, España). Se deja cicatrizar por segunda intención la zona de la incisión horizontal.

+ Técnica Double Flap, diseño del colgajo. Edit

+ Tema 10: Técnica del colgajo desplazado lateral + ITC. Recesión unitaria en el V sextante. Edit

Mujer 32 años que tras tratamiento de ortodoncia sufrió recesión aislada en incisivo central inferior derecho. En este caso clínico podréis ver paso a paso el procedimiento quirúrgico y su descripción.

+ Colgajo desplazado lateral + ITC, situación inicial (así se presentó la paciente) Edit

2.1 **Surgical protocol**

Dos semanas previo al tratamiento quirúrgico se realizó una profilaxis dental e instrucciones sobre una adecuada higiene bucal (ver imágenes). Todas las cirugías fueron realizadas por el mismo periodoncista experimentado (NQ) con la técnica del colgajo desplazado lateral más el empleo de ITC. Previamente a la intervención los pacientes se enjuagaron durante 1 minuto con un colutorio de clorhexidina al 0.12%+CPC 0,05% (Perio-Aid, Dentaaid, Barcelona, España). Tras la anestesia local, la técnica quirúrgica comenzó con la preparación del lecho receptor, delimitando un área triangular a partir de incisiones verticales y horizontales paramarginales próximas a los márgenes (mesial y distal) de la recesión. Se realizó una incisión paramarginal horizontal mediante una hoja de bisturí 15C (Swann-Morton, Sheffield, England) con extensión (X+6mm) siendo X la medida en milímetros de la anchura de la recesión medida a nivel de la LAC. A continuación se realizó una incisión vertical que se extiende hasta la mucosa alveolar. Se elevó el colgajo a espesor parcial, intentando mantener el mayor grosor posible en la región coronal del colgajo (es decir se empezó a elevar el colgajo casi a espesor total).

Para facilitar la movilización del colgajo, se realizó una incisión periostica en fondo de vestibulo hasta que el colgajo adquirió la movilidad y liberación suficiente para su posicionamiento lateral y coronal respectivamente.

Posteriormente, se desepitelizaron las papilas mesiales y distales al defecto de recesión utilizando un microbisturí (Spoon Blade, MJK instruments, Marseille, France).

A continuación, se procedió a la descontaminación mecánica de la superficie radicular mediante curetas Gracey tratando solo las superficies radiculares expuestas con pérdida de inserción clínica.

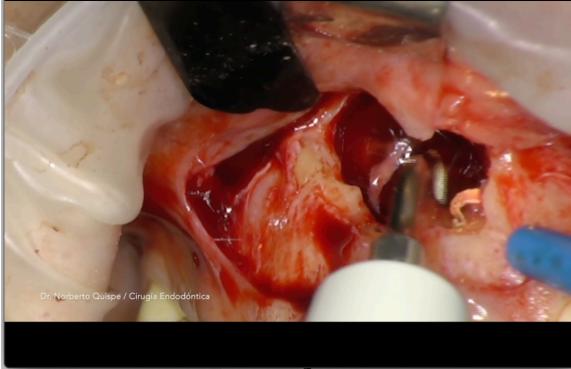
Una vez creado el lecho receptor, se extrajo un ITC de la mucosa masticatoria palatina de 1,5 mm de espesor desde el canino superior hasta mesial del primer molar. El cierre inmediato de la zona donante se realizó mediante suturas de colchonero horizontal y puntos simples

✚ Tema 11: Cirugía endodóntica. ¿Cómo abordar los grandes defectos?

Editar ▾

Paciente mujer de 40 años. Se abordó con MTA que estimula la diferenciación de fibroblastos periodontales y gingivales, es biocompatible y con capacidad cementogénica, que promueve la curación periapical mediante regeneración. Se colocó xenoinjerto y membrana de colágeno de lenta reabsorción debido a que presentaba un defecto through and through.

https://studium.usal.es/pluginfile.php/1276792/mod_resource/content/2/video%20cirugia%20end...
studium.usal.es/pluginfile.php/1276792/mod_resource/content/2/video%20cirugia%...



convencional persiste la lesión periapical, una de las opciones terapéuticas, cuando está indicada, no objetivo final la curación de la lesión periapical y la reparación de los tejidos periapicales. La iva ha supuesto un incremento significativo en la tasa de éxito respecto al enfoque endodóntico la magnificación, una fuente de iluminación adecuada e instrumentos de dimensiones reducidas. La años y del 93,3% a los 10 años. Factores a tener en consideración:

omías de un menor tamaño, inspección minuciosa del conducto principal e istmos tras la resección vez de fresas de retropreparación, retroobturgación con microportase microinstrumentos y suturas

si vino la paciente) ✎

Editar ▾ ✓

ción del paladar (gran inflamación del paladar) ✎

Editar ▾ ✓

r. ✎

Editar ▾ ✓

roporta con material MTA. ✎

Editar ▾ ✓

del defecto óseo, xenoinjerto mas plasma. ✎

Editar ▾ ✓

s y medio de la cirugía. ✎

Editar ▾ ✓

ar tras mes y medio de cicatrización. (la paciente está asintomática).

Editar ▾ ✓

ESTRUCTURA DENTRO DEL REPOSITORIO Y DENTRO DE CADA CASO CLÍNICO.



Crear nuevo curso

CASOS CLÍNICOS PRACTICUM

Participantes

Asignar grupos UXXI

Importar usuarios

Desmatricular alumnos manuales

Crear fichas PDF

Insignias

Seminarios prácticos multidisciplinares para la asignatura "prácticas clínicas tuteladas" ✎

Editar ▾ ✓



Dudas y peticiones de futuros videos que deseen ver ✎

Editar ▾ ✓

✚ Añadir una actividad o un recurso

Comentarios ✚ ⚙ ▾

Agregar un comentario ...

Guardar comentario

Actividad reciente ✚ ⚙ ▾

Actividad desde viernes, 2 de abril de 2021, 19:47

Informe completo de la actividad reciente...

Sin actividad reciente

ENSAYO PILOTO PARA ALUMNOS DE 5º CURSO DE ODONTOLOGÍA ASIGNATURA PRACTICUM

☑ Competencias

📅 Calificaciones

📁 Seminarios prácticos multidisciplinares para la asignatura "prácticas clínicas tuteladas"

📁 Tema 1. Video demostrativo Step by Step de una endodoncia unirradicular

📁 Tema 2. Restauración posterior.

📁 Tema 3. La importancia del uso de la magnificación y conocer la forma de un pulpolito en endodoncia

✚ Tema 1. Video demostrativo Step by Step de una endodoncia unirradicular ✎

Editar ▾

Pasos a seguir en endodoncia moderna:

- **Apertura cameral:** nos tiene que facilitar la introducción de instrumentos en el conducto, normalmente se utiliza una fresa diamantada redonda pequeña pero en ocasiones cuando falta bastante estructura dentaria simplemente basta con observar y utilizar una lima o un explorador DG16 o limas C+ (una vez localizado, es indispensable eliminar toda la caries circundante).
- **Permeabilización del conducto:** la calidad de vuestros tratamientos se tiene que notar en como mantenéis la forma original del conducto, sin deformar la constricción apical. Se permeabiliza precurvando una lima K 10 los 2 mm de la punta de la lima.
- **Longitud de trabajo:** medición radiográfica y electrónica (localizador de ápices). Evitar contacto con superficies metálicas y conductos húmedos.
- **Irrigación:** estos irrigantes nos aportarán disolver restos pulpares vitales o necróticos, destrucción de bacterias, y lubricar los instrumentos entre otras cosas. Los irrigantes más usados son el hipoclorito sódico y el EDTA.
- **Instrumentación manual y mecánica:** limas k manuales del 08,10,15,20 y así sucesivamente lo que el conducto necesite y limas mecánicas (en el mercado existen multitud de marcas).
- **Determinación del cono maestro:** en este caso clínico presentado es una gutapercha calibrada mediante un calibrador. En caso de tener gutapercha estandarizada de diferentes calibres elegir el cono maestro que selle el foramen.

Tema 3. La importancia del uso de la magnificación y conocer la forma de un pulpolito en endodoncia

Tema 4. Elevación sinusal con implantes inmediatos y cirugía plástica periodontal.

Tema 5. Step by Step estético. La sonrisa y la estética.

Tema 6. Endodoncia diente 1.6.

son el hipoclorito sódico y el EDTA.

- Instrumentación manual y mecánica: limas k manuales del 08,10,15,20 y así sucesivamente lo que el conducto necesite y limas mecánicas (en el mercado existen multitud de marcas).
- Determinación del cono maestro: en este caso clínico presentado es una gutapercha calibrada mediante un calibrador. En caso de tener gutapercha estandarizada de diferentes calibres elegir el cono maestro que selle el foramen.
- Obturación termoplástica: en este caso con elements free. Para ello se utilizan diferentes instrumentos tales como compactadores (manuales y compactadores del elements free). Hay que realizar el Downpack y backfill, estos son 2 pasos para conseguir el sellado con cualquier sistema de obturación termoplástica. Otras técnicas de obturación es la condensación lateral (es lo primero que hay que aprender).

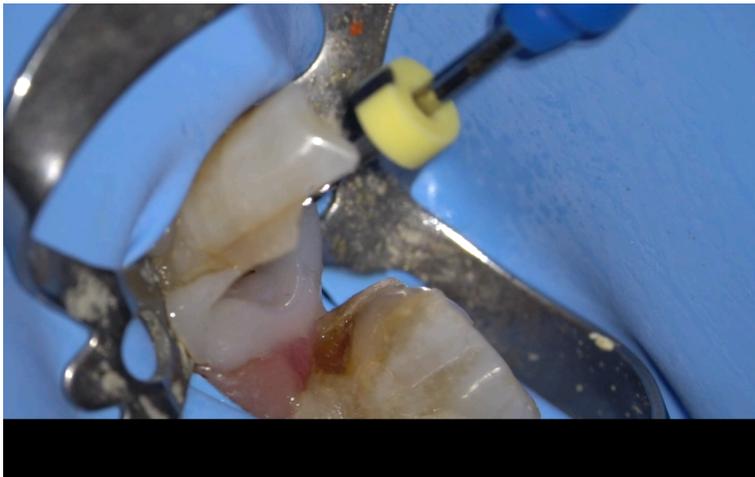
El éxito o fracaso de los tratamientos de conductos depende de seguir al pie de la letra todos los pasos desde la apertura hasta la obturación (sellado final). Saltarse, inventarse o no realizarlo bien conlleva al fracaso del tratamiento.

+ Endodoncia uniradicular

Editar



+ Añadir una actividad o un recurso



strumentos entre otras cosas. Los irrigantes más usados

s k manuales del 08,10,15,20 y así sucesivamente lo que en el mercado existen multitud de marcas).

caso clínico presentado es una gutapercha calibrada gutapercha estandarizada de diferentes calibres elegir

on elements free. Para ello se utilizan diferentes (manuales y compactadores del elements free). Hay son 2 pasos para conseguir el sellado con cualquier as técnicas de obturación es la condensación lateral (es

Tema 5. Step by Step estético. La sonrisa y la estética.

Tema 6. Endodoncia diente 1.6.

El éxito o fracaso de los tratamientos de conductos depende de seguir al pie de la letra todos los pasos desde la apertura hasta la obturación (sellado final). Saltarse, inventarse o no realizarlo bien conlleva al fracaso del tratamiento.

+ Endodoncia uniradicular

Editar



+ Añadir una actividad o un recurso

[Crear nuevo curso](#)

CASOS CLÍNICOS PRACTICUM

- Participantes
- Asignar grupos UXXI
- Importar usuarios
- Desmatricular alumnos manuales
- Crear fichas PDF
- Insignias
- Competencias
- Calificaciones
- Seminarios prácticos

Participantes

[Matricular usuarios](#)

Coincidir: Cualquiera | Seleccionar

+ Agregar condición
 [Limpiar filtros](#)
[Aplicar filtros](#)

29 participantes encontrados

Nombre: Todos A B C D E F G H I J K L M N

Ñ O P Q R S T U V W X Y Z

Apellido(s): Todos A B C D E F G H I J K L M N

Ñ O P Q R S T U V W X Y Z

1 2 »

Último

Comentarios

Agregar un comentario ...

Guardar comentario

Actividad reciente

Actividad desde viernes, 2 de abril de 2021, 19:47

Informe completo de la actividad reciente...

Sin actividad reciente

conocer la forma de un pulpolito en endodoncia

- Tema 4. Elevación sinusal con implantes inmediatos y cirugía plástica periodontal.
- Tema 5. Step by Step estético. La sonrisa y la estética.
- Tema 6. Endodoncia diente 1.6.

[Media Gallery](#)

- Área personal
- Inicio del sitio
- My Media
- Calendario

<input type="checkbox"/>		CLARA CABEZA ASENSIO	ccabezaa96@usal.es	Estudiante	No hay grupos	123 días 3 horas	Activo
<input type="checkbox"/>		CRISTINA CAÑO ÁLVAREZ	ccano6939@usal.es	Estudiante	No hay grupos	38 días 18 horas	Activo
<input type="checkbox"/>		ESTELA CORONADA DELGADO BARRIENTOS	estela.delgado.edb@usal.es	Estudiante	No hay grupos	10 días 6 horas	Activo
<input type="checkbox"/>		SUKAINA ED-DAOUDY CHAGHOUANI	sukainaeddaoudy@usal.es	Estudiante	No hay grupos	18 días 7 horas	Activo
<input type="checkbox"/>		SERGIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ	Txentxo@usal.es	Estudiante	No hay grupos	67 días 10 horas	Activo
<input type="checkbox"/>		CARLOTA GARCÍA MUÑOZ	carlotagm@usal.es	Estudiante	No hay grupos	38 días 20 horas	Activo
<input type="checkbox"/>		CARMEN GARCÍA ORTEGA	cgarcia101@usal.es	Estudiante	No hay grupos	32 días 2 horas	Activo
<input type="checkbox"/>		MARTA GONZALEZ ROMAN	martagr_89@usal.es	Estudiante	No hay grupos	5 días 8 horas	Activo
<input type="checkbox"/>		LAURA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	lagonsan@usal.es	Estudiante	No hay grupos	106 días	Activo
<input type="checkbox"/>		JAVIER HERNÁNDEZ	javierhnd@usal.es	Estudiante	No hay grupos	152 días 1 hora	Activo

ESTRUCTURA DE LOS TEMAS CON CONTENIDO TEÓRICO (presentación del caso clínico, diagnóstico y tratamiento) CONTENIDO AUDIOVISUAL (SOLUCIÓN DEL CASO) Y RESULTADO FINAL DEL TRATAMIENTO. CONTROL DE LOS PARTICIPANTES (ALUMNOS) DONDE SE EVALUA SU PARTICIPACIÓN.

DESCRIPCIÓN DE LAS MEJORAS QUE SE ESPERAN OBTENER EN RELACIÓN CON EL APRENDIZAJE DE LOS ESTUDIANTES

- Los estudiantes podrán visualizar diferentes contenidos audiovisuales de forma virtual referentes a la carga docente impartida de manera presencial.
- Permitirá al estudiante o a cualquier profesional en su tiempo libre adquirir protocolos y abordajes quirúrgicos, así como comprender mejor la anatomía de las distintas partes de la cavidad oral (difícil de visualizar en una fotografía o atlas). Podrán así, ver y conocer el resultado final y maduración de los distintos procedimientos llevados a cabo.
- Futuras evaluaciones nos permitirá comprobar el grado de adquisición competencial que se adquiere.
- Podrá estar disponible para estudiantes de otras universidades a través de un enlace a Studium o incluso en formato APP.

Lo que firmo en Salamanca a 16 de Abril de 2021

Prf. Norberto Quispe López

Director del Proyecto