

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DE LA CLÍNICA DE
ESPECIALIZACIÓN DE PRÓTESIS
MAXILOFACIAL**



La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de México, en cumplimiento con los lineamientos señalados en la normatividad oficial mexicana, ha elaborado los Manuales de Procedimientos Clínicos para garantizar que el quehacer cotidiano en las clínicas responda a las expectativas de calidad en los servicios de salud que aquí se ofrecen.

El principal interés es uniformar criterios y procedimientos para la atención del paciente vía el planteamiento y designación específicos de los objetivos, alcances y responsabilidades, así como la definición detallada del personal y los insumos necesarios para su consecución. Bajo estos lineamientos, se presentan los manuales para las clínicas de licenciatura y posgrado.

Responsables de su elaboración e integración:

Esp. René Jiménez Castillo

Esp. Alejandro Benavides Ríos

Esp. María de Lourdes Mendoza Ugalde

Participación:

Esp. Esperanza Alvarado Gamboa

Esp. Alejandro Benavides Ríos

Esp. Vicente Ernesto González Cardín

Esp. René Jiménez Castillo

Esp. María de Lourdes Mendoza Ugalde

Esp. José Federico Torres Terán

Asesoría:

Lic. María González García

Mtra. Magdalena Paulin Pérez

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------|----|
| I. Introducción | 4 |
| II. Objetivo | 5 |
| III. Procedimientos | |
| 1. Valoración del paciente | 6 |
| 2. Distribución del paciente | 11 |
| 3. Elaboración de historia clínica | 15 |
| 4. Diagnóstico maxilofacial | 21 |
| 5. Pronóstico maxilofacial | 25 |
| 6. Plan de tratamiento maxilofacial | 29 |
| 7. Prótesis oral | 33 |
| 8. Prótesis nasal | 45 |
| 9. Prótesis ocular | 54 |
| 10. Prótesis orbitofacial | 63 |
| 11. Prótesis auricular | 73 |
| 12. Prótesis facial | 81 |
| 13. Prótesis combinada | 90 |
| IV. Anexos | |

I. INTRODUCCIÓN

La Especialización en Prótesis Maxilofacial se encarga de la rehabilitación protésica de pacientes con defectos congénitos y/o adquiridos de la región maxilofacial, cuando estos no pueden ser solucionados por medios quirúrgicos.

Este tipo de pacientes requiere una atención multidisciplinaria y su condición de salud puede ser delicada por lo que se debe proceder con plenitud de conciencia de la situación patológica por la que cursa el paciente, para no interactuar de manera negativa. Finalmente devolviendo al paciente su integridad física, función y sobre todo brindarle calidad de vida.

Para lo cual, la Especialización en Prótesis Maxilofacial, a través del presente manual, describe las actividades que deben seguirse en relación a los procedimientos que se llevan a cabo en la clínica, desde el ingreso del paciente, la diversidad de tratamientos y las indicaciones de mantenimiento protésico y seguimiento del paciente, permitiendo conocer el funcionamiento interno; así como los requerimientos y puestos responsables de su ejecución y el manejo multidisciplinario que se lleva a cabo.

Este manual, a la vez, construye una base para el análisis posterior del trabajo y el mejoramiento de los procedimientos, llevando a una actualización consecutiva del mismo.

II. OBJETIVO

El objetivo de este manual es que profesores, estudiantes y todo el personal, tengan una guía práctica y de apoyo sobre todos los procedimientos que se deben seguir en cuanto al proceso de admisión y atención de los pacientes que asisten a la Especialización en Prótesis Maxilofacial, así como los diversos tratamientos y el manejo post-tratamiento del paciente y la prótesis realizada.

Informará y controlará el cumplimiento de las rutinas de trabajo, evitando su alteración arbitraria. Simplificará la responsabilidad por fallas o errores, facilitando la evaluación del control interno y su vigilancia; donde todo el equipo de trabajo conocerá si cada procedimiento se está realizando correctamente; aumentando así la eficiencia general laboral.

ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | VALORACIÓN DEL PACIENTE |
|----------------------|--|
| Propósito | Admitir pacientes (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores) para ser atendidos en la clínica de Especialización de Prótesis Maxilofacial mediante los métodos de observación, exploración y entrevista. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | Mesa Fernández E, Conde Anguita, MA, Moral Jiménez J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010. Ene-Feb |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Médico tratante |

| Insumos | Instrumentos | | Materiales |
|---------|--------------|--------------------|------------------|
| | 1X4 | Espejo | Campo desechable |
| | | Excavador | Cubre bocas |
| | | Explorador | Gasas |
| | | Pinzas de curación | Guantes |

| | |
|-------------------------------|---|
| Indicaciones para el paciente | Explicar que debe ser valorado clínicamente por el docente especialista antes de ser admitido en la especialización de Prótesis Maxilofacial. |
| | Explicar la necesidad de contar con la información necesaria de su historial médico. |
| Contraindicaciones | Pacientes con enfermedades sistémicas infectocontagiosas, no controlados. |
| Complicaciones | Paciente no cooperador. |
| Desventajas | El paciente no cuenta con la información necesaria para su valoración, por lo que se requiere una nueva cita donde presente los requisitos completos. |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Paciente | Asiste a la clínica de Especialización de Prótesis Maxilofacial. | |
| 2 | Estudiante supervisado por el docente | Solicita al paciente un resumen clínico de su médico tratante, especificando el diagnóstico y tratamiento(s) que ha recibido o está recibiendo. | Resumen clínico |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Solicita al paciente, en caso de ser oncológico, el tipo de tratamiento que esté recibiendo (quimioterapia y/o radioterapia), especificando tipo, dosis, fragmentación y terminación del tratamiento. | Resumen clínico Oncológico |
| 4 | Estudiante supervisado por el docente | Pregunta en caso de ser un paciente con enfermedad infectocontagiosa, si está bajo control médico permanente. | Resumen clínico por el médico tratante |
| 5 | Estudiante supervisado por el docente | Evalúa al paciente con la finalidad de corroborar que reúna todas las características ideales (área del defecto sano), para ser tratado. | |

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| 6 | Estudiante supervisado por el docente | Remite al paciente a la Clínica de Admisión para que se le realice su Historia Clínica y se le proporcione un Carnet de atención y control de citas. | Expediente Clínico Único Carnet de citas |
|---|---------------------------------------|--|---|

| | |
|--------|--|
| Anexos | Carnet de citas |
| | Expediente Clínico Único |
| | Formato de resumen clínico |
| | Resumen clínico por el médico tratante |

INICIO

Asistir a la clínica de Especialización de Prótesis Maxilofacial. 1

Solicitar al paciente un resumen clínico de su médico tratante, especificando el diagnóstico y tratamiento(s) que ha recibido o está recibiendo. 2

Solicitar al paciente, en caso de ser oncológico, el tipo de tratamiento que esté recibiendo. 3

Preguntar en caso de ser un paciente con enfermedad infectocontagiosa, si está bajo control médico permanente. 4

Evaluar al paciente con la finalidad de corroborar que reúna todas las características ideales para ser tratado. 5

Remitir al paciente a la Clínica de Admisión para que se le realice su Historia Clínica y proporcionar un Carnet de atención y control de citas. 6

FIN

ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | DISTRIBUCIÓN DEL PACIENTE |
|----------------------|--|
| Propósito | Asignar al paciente a un estudiante residente de la especialización de Prótesis Maxilofacial, después de ser evaluado en la Clínica de Admisión y presentar su carnet para ser atendido. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | Revista CONAMED. Vol.13. Jul-Sept. 2008: 38 |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |

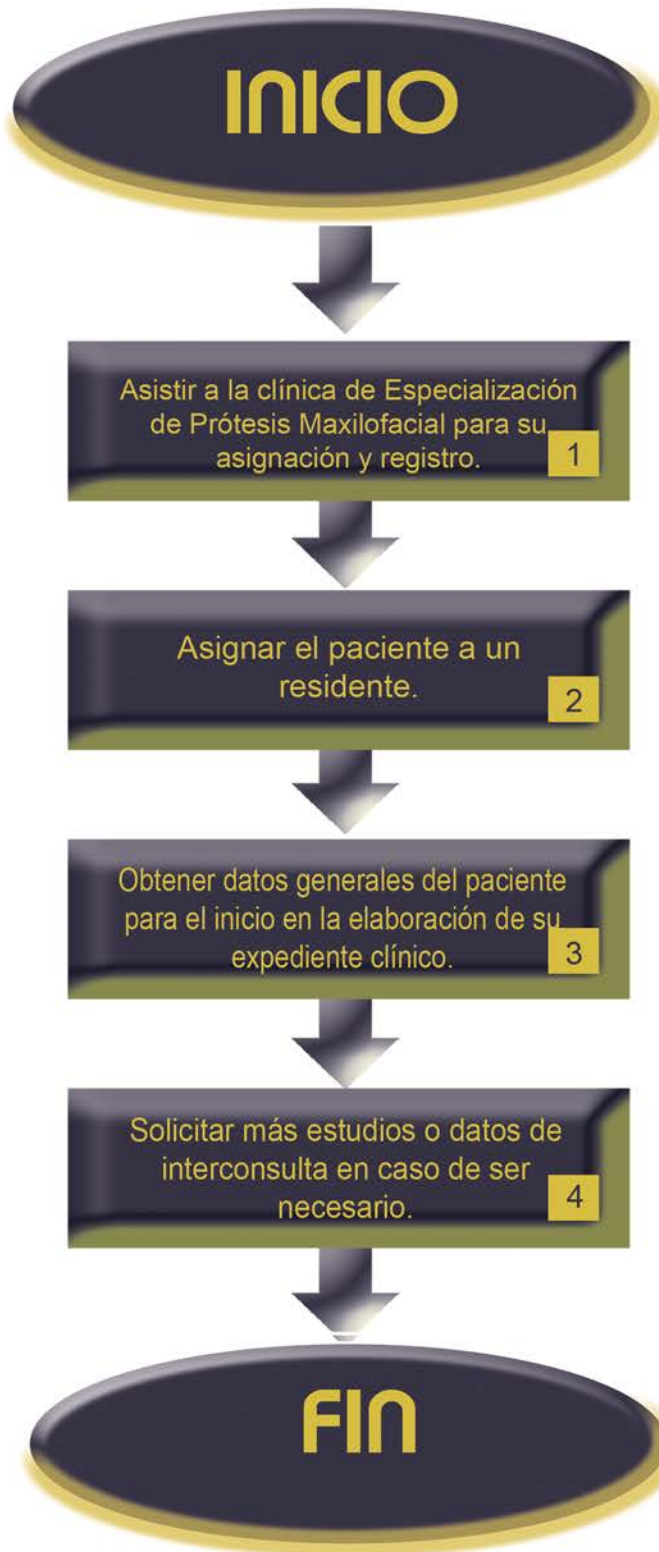
| | | |
|---------|------------------------------|--|
| Insumos | Equipo | Materiales |
| | Computadora (programa Excel) | Historia Clínica de acuerdo al tratamiento |

| | |
|--------------|--|
| Indicaciones | Canalizar el paciente con el estudiante asignado de la especialización de Prótesis Maxilofacial. |
|--------------|--|

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Paciente | Asiste a la clínica de especialización de Prótesis Maxilofacial para su asignación y registro. | Carnet de citas |
| 2 | Docente | Asigna el paciente a un Estudiante de la especialización de manera equitativa. | |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Obtiene datos generales del paciente para el inicio en la elaboración de su expediente clínico. | Historia Clínica de acuerdo al tratamiento |
| 4 | Estudiante supervisado por el docente | Solicita más estudios o datos de interconsulta en caso de ser necesario. | Solicitud de interconsulta |

| | |
|--------|---|
| Anexos | Carnet de citas |
| | Formato de Historia Clínica de acuerdo al tratamiento |
| | Formato de solicitud de interconsulta |



ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | ELABORACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA |
|----------------------|---|
| Propósito | Recabar información de relevancia para el tratamiento en la especialización de Prótesis Maxilofacial. |
| | Entrevistar al cuidador principal, debido a que es imprescindible su colaboración para el seguimiento del mantenimiento de la prótesis en su domicilio. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |

| | Instrumentos | Materiales |
|---------|---|--|
| Insumos | En el caso de rehabilitación intraoral se utilizan: | Historia Clínica (diferentes formatos de acuerdo al defecto) |
| | | Campo desechable |
| | | Cubre bocas |
| | Espejo bucal | Gasas |
| | Excavador | Guantes |
| | Explorador | Resumen clínico de interconsulta |
| | Pinzas de curación | |

| | |
|--------------|---|
| Lineamientos | Recabar información clínica del paciente de forma actualizada, y en base a su diagnóstico, establecer su pronóstico y plan de tratamiento. |
| | Aprender tanto de los aciertos como de los errores de las actividades desarrolladas (docencia). |
| | Plantear preguntas de investigación sanitaria, con el objetivo de buscar respuestas científicas razonables (investigación). |
| | Extrapolar perfiles e información sanitaria local, nacional e internacional con los datos acumulados en las historias clínicas (epidemiología). |
| | Aplicar este Documentos de forma legal, habitualmente utilizado para enjuiciar la relación médico-paciente (médico-legal). |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Estudiante supervisado por el docente | Solicita información para la historia clínica de acuerdo al requerimiento protésico del paciente. | Historia Clínica |
| 2 | Estudiante supervisado por el docente | Obtiene información del paciente referente a antecedentes patológicos, no patológicos y heredofamiliares. | Historia Clínica |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza la exploración clínica de los tejidos del defecto y áreas adyacentes. | Historia Clínica |
| 4 | Estudiante supervisado por el docente | Solicita exámenes complementarios en caso de ser requeridos. | Solicitud de radiografías y estudios de laboratorio |
| 5 | Estudiante supervisado por el docente | Solicita interconsulta en caso de ser requerido. | Solicitud de interconsulta |
| 6 | Estudiante | Revisa y firma la elaboración de Historia Clínica de acuerdo al tratamiento. | Historia Clínica (de acuerdo al tratamiento) |
| 7 | Docente | Revisa y firma elaboración de Historia Clínica de acuerdo al tratamiento. | Historia Clínica (de acuerdo al tratamiento) |
| 8 | Paciente o Tutor | Revisa y firma elaboración de Historia Clínica de acuerdo al tratamiento. | Historia Clínica (de acuerdo al tratamiento) |

| | | | |
|---|------------------|---|----------------|
| 9 | Paciente o Tutor | Revisa y firma consentimiento bajo información del tratamiento. | Consentimiento |
|---|------------------|---|----------------|

| | |
|--------|---|
| Anexos | Formato de Historia Clínica de acuerdo al tratamiento |
| | Formatos de solicitud de radiografías, estudios de laboratorio y de interconsulta |
| | Formato de consentimiento bajo información |

INICIO

Solicitar información para la historia clínica de acuerdo al requerimiento protésico del paciente. **1**

Obtener información del paciente referente a antecedentes patológicos, no patológicos y heredofamiliares. **2**

Realizar la exploración clínica de los tejidos del defecto y áreas adyacentes. **3**

Solicitar exámenes complementarios en caso de ser requeridos. **4**

Solicitar interconsulta en caso de ser requerido. **5**

6

Revisar y firmar la elaboración de Historia Clínica completa de acuerdo al tratamiento. 6



Revisar y firmar consentimiento bajo información del tratamiento. 7



FIN

ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | DIAGNÓSTICO MAXILOFACIAL |
|-------------------|---|
| Propósito | Identificar la etiología del padecimiento del paciente para ser atendido en la clínica de Prótesis Maxilofacial. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spiii/spiii/estrategiasjj.pdf |
| | Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |

| | Instrumentos | Materiales |
|---------|--|--|
| Insumos | En el caso de rehabilitación oral se utilizan: | Historia Clínica (diferentes formatos de acuerdo al defecto) |
| | | Campo desechable |
| | | Cubre bocas |
| | Espejo bucal | Gasas |
| | Excavador | Guantes |
| | Explorador | Resumen clínico de interconsulta |
| | Pinzas de curación | |

| | |
|--------------|--|
| Indicaciones | Reconocer el defecto maxilofacial según la clase o grupo al que pertenece, de modo que sobre las bases de la experiencia se puedan realizar los actos clínicos necesarios. |
| Desventajas | Resumen clínico de interconsulta incompleto. |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Estudiante supervisado por el docente | Interpreta los datos obtenidos de la Historia Clínica de acuerdo al defecto que presenta el paciente. | Historia Clínica (de acuerdo al tratamiento) |
| 2 | Estudiante supervisado por el docente | Determina el estado actual del defecto que presenta el paciente, el cual es asentado en la Historia Clínica. | Historia Clínica (de acuerdo al tratamiento) |
| 3 | Docente | Revisa y firma aceptación del diagnóstico. | Historia Clínica (de acuerdo al tratamiento) |

| | |
|--------|---|
| Anexos | Formato de Historia Clínica de acuerdo al tratamiento |
|--------|---|

INICIO

Interpretar los datos obtenidos de la Historia Clínica de acuerdo al defecto que presenta el paciente. 1

Determinar el estado actual del defecto que presenta el paciente, el cual es asentado en la Historia Clínica. 2

Revisar y firmar aceptación del diagnóstico. 3

FIN

ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | PRONÓSTICO MAXILOFACIAL |
|-------------------|---|
| Propósito | Predecir el desarrollo y fin del padecimiento para establecer una proyección del tratamiento. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spiii/spiii/estrategiasjj.pdf |
| | Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |

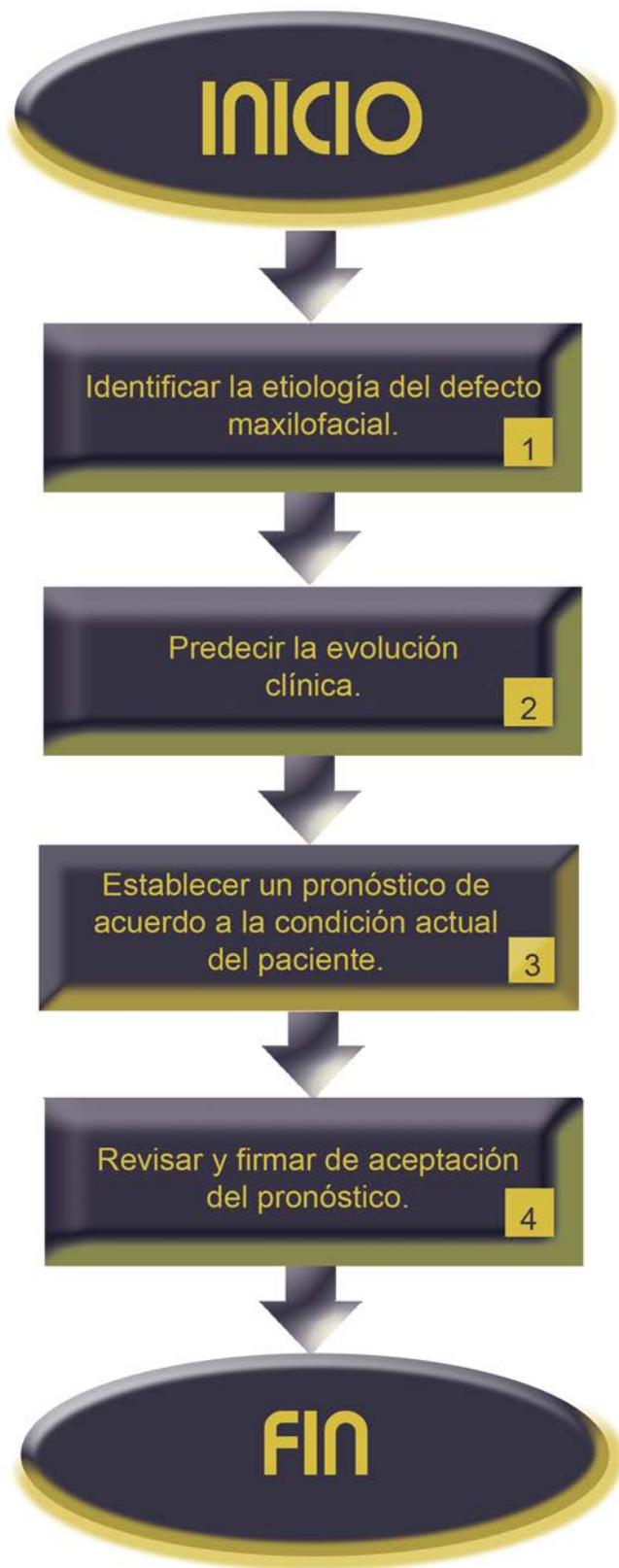
| | |
|---------|---|
| Insumos | Materiales |
| | Historia Clínica (formato de acuerdo al tratamiento). |

| | |
|--------------------|--|
| Indicaciones | Establecer el pronóstico de acuerdo al diagnóstico maxilofacial. |
| Contraindicaciones | No aplica. |
| Desventajas | Dar al paciente un mal pronóstico y la forma en que se realiza el tratamiento, determina de forma crucial la relación médico-paciente y paciente-enfermedad. |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Estudiante supervisado por el docente | Identifica la etiología del defecto maxilofacial. | Historia Clínica (de acuerdo al tratamiento) |
| 2 | Estudiante supervisado por el docente | Predice la evolución clínica. | Historia Clínica (de acuerdo al tratamiento) |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Establece un pronóstico de acuerdo a la condición actual del paciente, ya sea favorable, desfavorable o reservado, otorgando una proyección del manejo de los tejidos para la rehabilitación protésica. | Historia Clínica (de acuerdo al tratamiento) |
| 4 | Docente | Revisa y firma de aceptación del pronóstico. | Historia Clínica (de acuerdo al tratamiento) |

| | |
|--------|---|
| Anexos | Formato de Historia Clínica de acuerdo al tratamiento |
|--------|---|



INICIO

Identificar la etiología del defecto maxilofacial.

1

Predecir la evolución clínica.

2

Establecer un pronóstico de acuerdo a la condición actual del paciente.

3

Revisar y firmar de aceptación del pronóstico.

4

FIN

ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | PLAN DE TRATAMIENTO MAXILOFACIAL |
|----------------------|---|
| Propósito | Propuesta de resolución en forma integral de los problemas de salud del área de cabeza y cuello, planteada de manera secuencial, lógica y ordenada, tomando en consideración todos los aspectos multidisciplinarios para recuperar la salud y mejorar la calidad de vida y autoestima del paciente. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |

| | Aparatos | Materiales |
|---------|------------------|---|
| Insumos | Estereolitógrafo | Historia Clínica (diferentes formatos de acuerdo al defecto) |
| | Tomógrafo | Radiografías dentoalveolares, ortopantomografía y/o TAC (en caso de ser necesarios) |
| | | Estereolotografía (en caso de ser necesario) |

| | |
|--------------------|---|
| Indicaciones | Integrar las disciplinas necesarias de acuerdo al compromiso médico. |
| | Explicar la secuencia del tratamiento. |
| | Explicar la responsabilidad que adquiere con el tratamiento. |
| | Explicar alternativas de materiales protésicos. |
| Contraindicaciones | No aplica. |
| Desventajas | Cuando existe un pronóstico reservado, pueden existir cambios en el plan de tratamiento, de acuerdo a la respuesta de los tejidos del defecto o si existe compromiso sistémico. |
| | Modificación del plan de tratamiento por falta de cooperación del paciente. |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Estudiante supervisado por el docente | Explica al paciente las diferentes opciones de tratamiento. | Historia Clínica (de acuerdo al tratamiento) |
| 2 | Paciente o tutor | Acepta el plan de tratamiento. | |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Firma el consentimiento bajo información aceptando el tratamiento. | Consentimiento |
| 4 | Docente | Firma responsiva del tratamiento. | Consentimiento |

| | |
|--------|--|
| Anexos | Formato de Historia Clínica de acuerdo tratamiento |
| | Formato de consentimiento bajo información |

INICIO

Explicar al paciente las diferentes opciones de tratamiento. 1

Aceptar el plan de tratamiento. 2

Firmar el consentimiento informado aceptando el tratamiento. 3

Firmar responsiva del tratamiento. 4

FIN

ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | PRÓTESIS ORAL |
|-------------------|--|
| Propósito | Elaborar una prótesis oral que devuelva las funciones masticatorias, fonéticas y estéticas para recuperar la salud, así como mejorar la calidad de vida y autoestima del paciente. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | Beumer-Curtis-Marunick. Maxillofacial Rehabilitation. Prosthodontic and Surgical Considerations. Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Canada.1996: 25-376 |
| | Jankielewicz, Isabel. Prótesis Buco-Máximo-Facial. Quintessence. Barcelona. 2003: 43-45,85-343,465-472 |
| | Kan Ichi seto. Atlas of Oral and Maxillofacial Rehabilitation. Edit. Quintessence books.Japan, 2003: 8-82, 106-109 |
| | Taylor, Thomas.Clinical Maxillofacial Prosthetics. Edit. Quintessence books. China, 2000: 37-231 |
| | Trigo J.C. y Trigo G. Prótesis restauratriz maxilofacial. Edit. Mundi. Buenos Aires, Argentina. 1987: 123-141 |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Terapista de lenguaje |
| | Implantología |
| | Cirujano Maxilofacial y/o Cirujano Plástico |
| | Cirujano oncólogo |

| | Instrumentos | Materiales |
|---------|---|---|
| Insumos | Articulador semi ajustable/ arco facial | Acrílico rosa auto y termopolimerizable (polvo-líquido) |
| | Conformador de rodillos | |
| | Cuchillo para yeso | Alginato |
| | Espátula de Lecrón | Bolsa de basura |
| | Espátula para alginato | Cera azul |
| | Espátula para yeso | Cera pegajosa |
| | Espátula 7 ^a | Cera rosa (toda estación) |
| | Espátula 31 | Cera roja |
| | Espejo | Colorímetro |
| | Excavador | Cubre bocas |
| | Explorador | Fresas de diamante y carburo de alta velocidad |
| | Eyector (en caso necesario) | |
| | Lámpara de alcohol | Fresones metálicos para acrílico y para yesos |
| | Lápiz tinta | |
| | Mango de bisturí | Gasas |
| | Micromotor | Guantes |
| | Mufla inferior y superior | Hoja de bisturí |
| | Olla de descencorado | Hule de polisulfuro |
| | Papel de articular | Lentes protectores |
| | Pieza de mano de alta velocidad (en caso necesario) | Modelina en barra |

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| | Pinzas de curación | Piedras montadas |
| | Pinza pico de pájaro y halcón | Rodillos de cera |
| | Platina de Fox | Separador yeso-acrílico |
| | Portaimpresiones prefabricados | Tablillas de dientes de resina |
| | Regla flexible | |
| | Taza para alginato | Yeso piedra (tipo III) |
| | Taza para yeso | Yeso tipo IV |
| | Tijeras para cortar metal | |

| | |
|--------------------|--|
| Indicaciones | Presencia de defectos palatinos o mandibulares de tipo hereditarios, traumáticos o adquiridos (radioterapia, factores protésicos, consideraciones psicológicas). |
| | Devolver las funciones de masticación, deglución, fonética, y estética, que se verán reflejados en la calidad de vida y autoestima del paciente. |
| | Evitar que se alteren las relaciones cráneo-mandibulares. |
| Contraindicaciones | En caso de ser un defecto adquirido, que presente recidiva. |
| Complicaciones | Alergia al monómero/acrílico. |
| | Alergia a la anestesia. |
| | Infección o lesión del tejido de soporte. |
| | Iatrogenia. |
| | Recidiva y/o actividad tumoral. |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

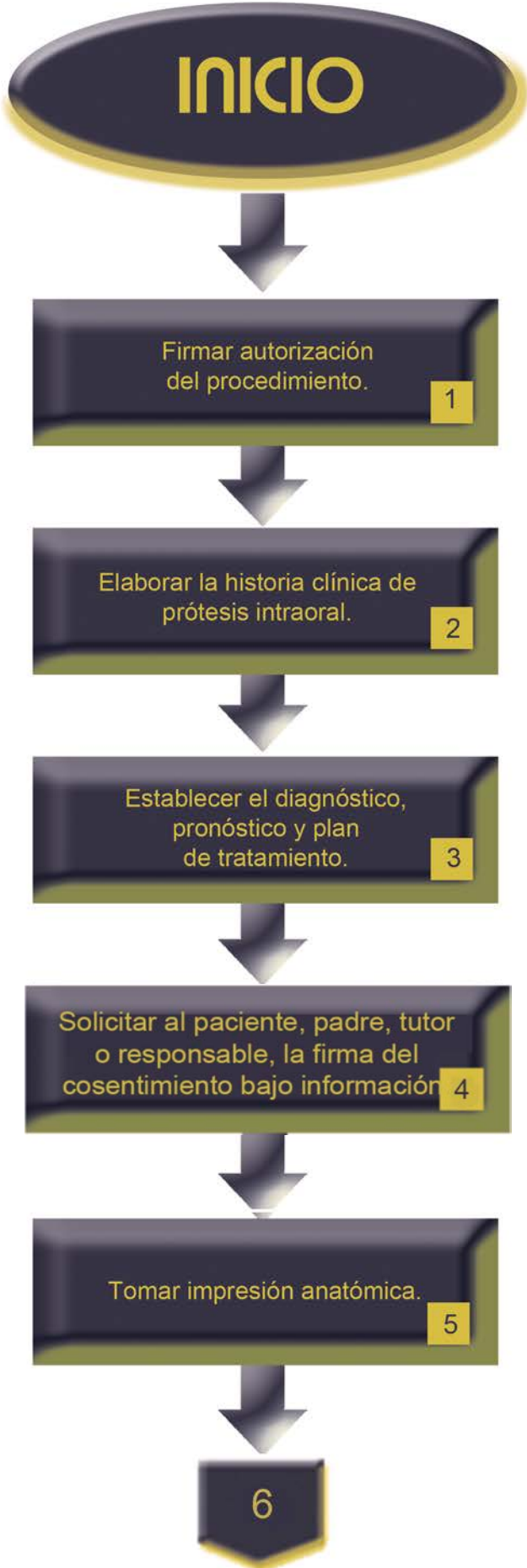
| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Docente | Firma autorización del procedimiento. | Notas de evolución |
| 2 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora la historia clínica de prótesis oral. | Historia Clínica de prótesis oral |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Establece el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. | Historia Clínica de prótesis oral |
| 4 | Estudiante | Solicita al paciente, padre, tutor o responsable, la firma del consentimiento bajo información. | Consentimiento |
| 5 | Estudiante supervisado por el docente | Toma de impresión anatómica. | |
| 6 | Estudiante supervisado por el docente | Obtiene el modelo de estudio con las características requeridas. | |
| 7 | Estudiante supervisado por el docente | Analiza el modelo de estudio y marca zonas periféricas. | |
| 8 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora el portaimpresión individual, lo recorta y ajusta. | |

| | | | |
|----|---------------------------------------|--|--|
| 9 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza rectificación de bordes. | |
| 10 | Estudiante supervisado por el docente | Toma impresión fisiológica. | |
| 11 | Estudiante supervisado por el docente | Obtiene el modelo de trabajo. | |
| 12 | Estudiante supervisado por el docente | Diseña el modelo de trabajo. | |
| 13 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora bases de registro y coloca rodillos de cera. | |
| 14 | Estudiante supervisado por el docente | Orienta el rodillo superior mediante las pruebas estética, fonética y protésica. | |
| 15 | Estudiante supervisado por el docente | Obtiene el equilibrio de presiones. | |
| 16 | Estudiante supervisado por el docente | Orienta el rodillo inferior con obtención de la dimensión vertical. | |

| | | | |
|----|---------------------------------------|---|--|
| 17 | Estudiante supervisado por el docente | Obtiene registros plásticos. | |
| 18 | Estudiante supervisado por el docente | Transporta modelos al articulador. | |
| 19 | Estudiante supervisado por el docente | Selecciona dientes anteriores superiores de acuerdo al color, forma y tamaño. | |
| 20 | Estudiante supervisado por el docente | Coloca dientes anteriores superiores y verifica la línea media. | |
| 21 | Estudiante supervisado por el docente | Coloca dientes anteriores inferiores. | |
| 22 | Estudiante supervisado por el docente | Selecciona dientes posteriores. | |
| 23 | Estudiante supervisado por el docente | Coloca dientes posteriores superiores e inferiores. | |
| 24 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza el encerado final de la dentadura. | |

| | | | |
|----|---------------------------------------|---|--------------------|
| 25 | Estudiante supervisado por el docente | Prueba en el paciente la dentadura en cera. | |
| 26 | Estudiante supervisado por el docente | Toma la impresión a boca cerrada en caso de ser necesario. | |
| 27 | Estudiante supervisado por el docente | Corre la impresión con yeso piedra. | |
| 28 | Estudiante supervisado por el docente | Procesa la prótesis oral. | |
| 29 | Estudiante supervisado por el docente | Recorta, pule y coloca la prótesis oral ajustada al paciente. | |
| 30 | Estudiante supervisado por el docente | Da indicaciones del mantenimiento y uso de la prótesis al paciente, así como los cuidados de la zona del defecto. | Tríptico |
| 31 | Docente | Firma validando el procedimiento. | Notas de evolución |

| | |
|--------|--|
| Anexos | Formato de notas de evolución |
| | Formato de Historia Clínica de prótesis oral |
| | Formato de consentimiento bajo información |
| | Tríptico de cuidados y mantenimiento protésico |



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Elaborar la historia clínica de prótesis intraoral.

2

Establecer el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

3

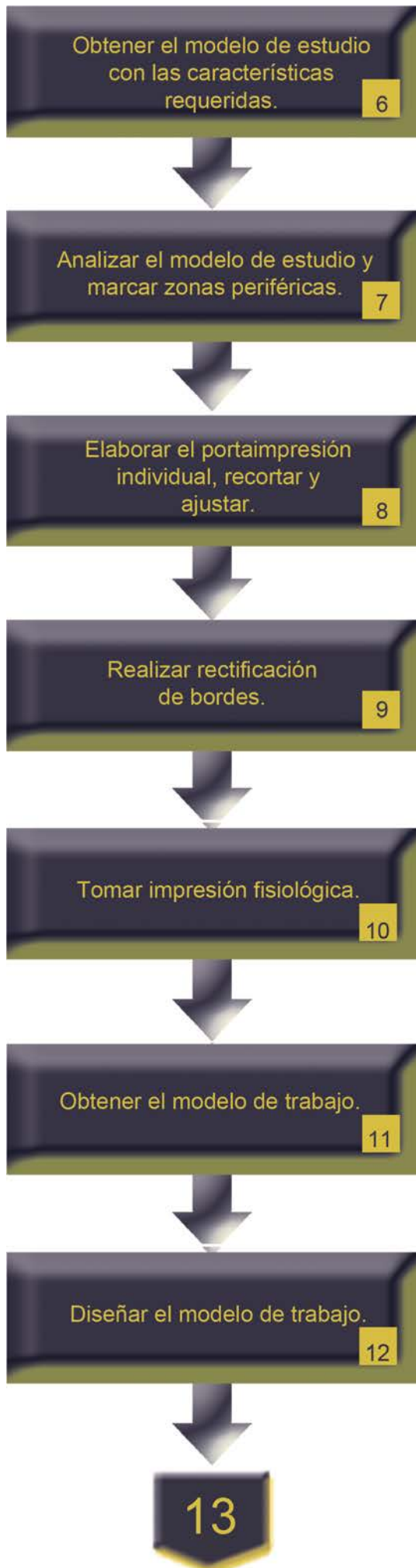
Solicitar al paciente, padre, tutor o responsable, la firma del consentimiento bajo información

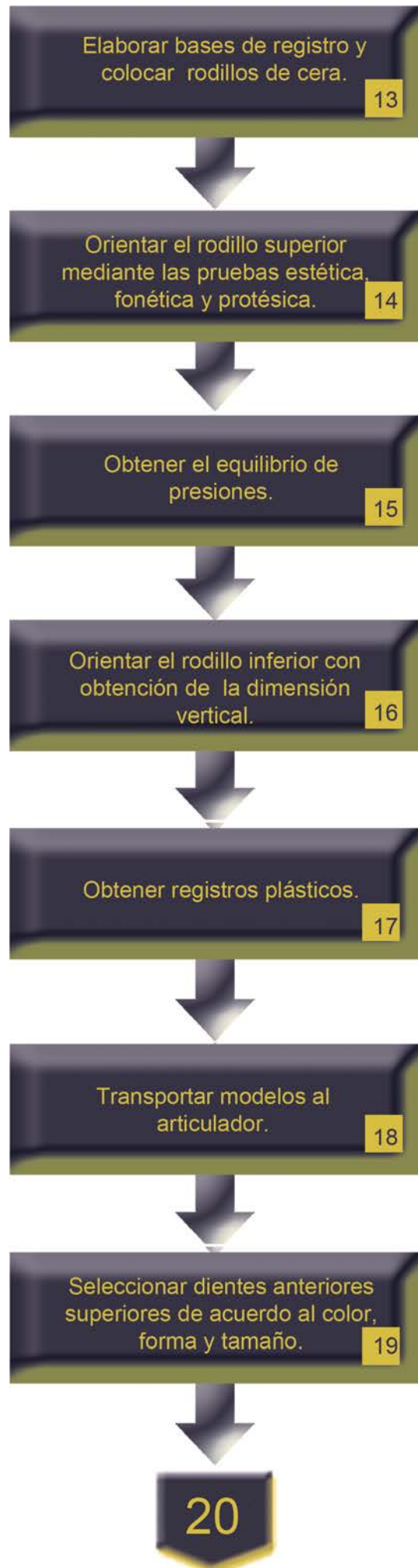
4

Tomar impresión anatómica.

5

6





Colocar dientes anteriores superiores y verificar la línea media.

20

Colocar dientes anteriores inferiores.

21

Seleccionar dientes posteriores.

22

Colocar dientes posteriores superiores e inferiores.

23

Realizar el encerado final de la dentadura.

24

Probar en el paciente la dentadura en cera.

25

Tomar impresión a boca cerrada en caso de ser necesario.

26

27

Correr la impresión con yeso
piedra.

27

Procesar la prótesis oral.

28

Recortar, pulir y colocar la
prótesis oral ajustada al
paciente.

29

Dar indicaciones del mantenimiento y
uso de la prótesis al paciente;
así como los cuidados de la
cavidad.

30

Firmar validando el
procedimiento.

31

FIN

ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL**PROCEDIMIENTO**

| PROCEDIMIENTO | PRÓTESIS NASAL |
|-------------------|--|
| Propósito | Elaborar una prótesis nasal que cumpla con fines funcionales y estéticos para mejorar la calidad de vida y autoestima del paciente. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | Beumer-Curtis-Marunick. Maxillofacial Rehabilitation. Prosthodontic and Surgical Considerations. Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Canada.1996: 377-418 |
| | Jankielewicz, Isabel. Prótesis Buco-Máxilo-Facial. Quintessence. Barcelona. 2003: 42,431-455 |
| | McKinstry-Cerullo. Fundamentals of facial Prosthetics. Edit. Professional Publications. USA, 1995: 31-97, 137-146 |
| | Per-Ingvar Branemark. Craneofacial Prostheses. Anaplastology and Osseointegration. Edit. Quintessence books. Hong Kong, 1997: 38-48 |
| | Taylor, Thomas.Clinical Maxillofacial Prosthetics. Edit. Quintessence books. China, 2000: 240 |
| | Trigo J.C.y Trigo G. Prótesis restauratriz maxilofacial. Edit.Mundi. Buenos Aires, Argentina. 1987: 65-78 |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Cirujano oncólogo; Otorrinolaringólogo |
| | Cirujano plástico; Cirujano Maxilofacial; Implantología |
| | Neurocirujano |

| | Instrumentos | Materiales |
|---------|----------------------------------|--|
| Insumos | Encendedor | Acrílico transparente autopo-limerizable (polvo-líquido); en caso de ser implantosoportada |
| | Espátula de Lecrón | |
| | Espátula para alginato | |
| | Espátula para yeso | |
| | Espátula 7ª; Espátula 31 | Alginato |
| | Espejo facial | Algodón |
| | Lámpara de alcohol | Cera rosa (toda estación) |
| | Mango de bisturí | Fibras flock |
| | Muflas | Gasas |
| | Olla de descencerado | Gasas con yeso |
| | Paleta de pintura | Hoja de bisturí |
| | Pinceles pelo de Marta 0,00, 000 | Óleos |
| | Taza de hule para alginato | Silicón grado médico |
| | Taza de hule para yeso | Talco |
| | Tijeras curvas finas | Yeso piedra (tipo III) |
| | Tijeras rectas finas | Yeso tipo IV |
| Vernier | Vaselina | |

| | |
|--------------------|---|
| Indicaciones | Remoción parcial o total nasal por motivos traumáticos o adquiridos. |
| | Ausencia parcial o total nasal por motivos hereditarios. |
| | Requerimientos estéticos y funcionales. |
| Contraindicaciones | Pacientes postradiados que requieran prótesis implantosoportada, deberán ser evaluados. |
| | Alergia al monómero/acrílico. |
| Complicaciones | En rinectomía total la retracción del labio superior hacia el defecto, evita un buen sellado del margen protésico por sobrecontorneo. |
| | La naturaleza y extensión del defecto nasal determina la movilidad de los bordes de los tejidos. |
| | Infección o lesión del tejido de soporte. |
| | Iatrogenia. |
| | Recidiva y/o actividad tumoral. |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

Descripción del procedimiento:

| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
|------------|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| 1 | Docente | Firma autorización del procedimiento. | Notas de evolución |
| 2 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora la historia clínica de prótesis nasal. | Historia Clínica de prótesis nasal |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Establece el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. | Historia Clínica de prótesis nasal |
| 4 | Estudiante | Solicita al paciente, padre, tutor o responsable, la firma del consentimiento bajo información. | Consentimiento |
| 5 | Estudiante supervisado por el docente | Toma la impresión anatómica. | |
| 6 | Estudiante supervisado por el docente | Obtiene el modelo de estudio. | |
| 7 | Estudiante supervisado por el docente | Encera la prótesis nasal de acuerdo a la fotografía. | Fotografías |
| 8 | Estudiante supervisado por el docente | Prueba el encerado en el paciente. | |

| | | | |
|----|---------------------------------------|--|--------------------|
| 9 | Estudiante supervisado por el docente | Enmufla el encerado de la prótesis nasal. | |
| 10 | Estudiante supervisado por el docente | Descencera. | |
| 11 | Estudiante supervisado por el docente | Empaca el silicón con caracterización intrínseca. | |
| 12 | Estudiante supervisado por el docente | Desenmufla, recorta y adapta la prótesis nasal en el paciente. | |
| 13 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza caracterización extrínseca. | |
| 14 | Estudiante supervisado por el docente | Sella la prótesis nasal. | |
| 15 | Estudiante supervisado por el docente | Da indicaciones del mantenimiento y uso de la prótesis al paciente; así como los cuidados del defecto. | Tríptico |
| 16 | Docente | Firma validando el procedimiento. | Notas de evolución |

| | |
|--------|--|
| Anexos | Formato de notas de evolución |
| | Formato de historia clínica de prótesis nasal |
| | Formato de consentimiento bajo información |
| | Tríptico de cuidados y mantenimiento protésico |



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Elaborar la historia clínica de prótesis nasal.

2

Establecer el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

3

Solicitar al paciente, padre, tutor o responsable, la firma del consentimiento bajo información

4

Tomar impresión anatómica.

5

6

Obtener el modelo de estudio. 6



Encerar la prótesis nasal de acuerdo a la fotografía. 7



Probar el encerado en el paciente. 8



Enmuflar el encerado de la prótesis nasal. 9



Descencerar. 10



11

Empacar el silicón con
caracterización intrínseca.

11

Desenmufflar, recortar y adaptar la
prótesis nasal en el paciente.

12

Realizar caracterización
extrínseca.

13

Sellar la prótesis nasal.

14

Dar indicaciones del mantenimiento
y uso de la prótesis al paciente; así
como los cuidados del defecto.

15

Firmar validando el
procedimiento.

16

FIN

ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | PRÓTESIS OCULAR |
|-------------------|--|
| Propósito | Elaborar mediante la técnica UNAM una prótesis ocular que cumpla con fines funcionales, ortopédicos y estéticos para mejorar la calidad de vida y autoestima del paciente. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | Beumer-Curtis-Marunick. Maxillofacial Rehabilitation. Prosthodontic and Surgical Considerations. Edit. Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Canada.1996: 417-431 |
| | Jankielewicz, Isabel. Prótesis Buco-Máximo-Facial. Quintessence. Barcelona. 2003:41, 325-403 |
| | McKinstry-Cerullo. Fundamentals of facial Prosthetics. Edit. Professional Publications. USA, 1995: 97-120 |
| | Taylor, Thomas. Clinical Maxillofacial Prosthetics. Edit. Quintessence books. China, 2000: 265-276 |
| | Trigo J.C.y Trigo G. Prótesis restauratriz maxilofacial. Edit.Mundi. Buenos Aires, Argentina. 1987: 83-101 |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Neurocirujano |
| | Cirujano oncólogo |
| | Cirujano plástico; Cirujano Maxilofacial |
| Oftalmólogo | |

| | Instrumentos | Materiales |
|-----------------|----------------------------------|---|
| Insumos | Compás con puntas de grafito | Acrílico transparente termopo-limerizable (polvo-líquido) |
| | Compás con puntas de metal | |
| | Espátula de Lecrón | Cera rosa (toda estación) |
| | Espátula de metal | Cubrebocas |
| | Espátula 7ª; Espátula 31 | Fibras de rayón (color rojo) |
| | Estufa para curado | Gasas |
| | Fresones | Guantes |
| | Godete | Modelina en barra |
| | Hoja de bisturí | Monómero autopolimerizable |
| | Lámpara de alcohol | Óleos (varios colores) |
| | Lápiz de cera | Pigmentos naturales |
| | Lápiz tinta | Pulimentos |
| | Mango de bisturí | Yeso piedra (tipo III) |
| | Mantas | |
| | Paleta de pintura | |
| | Piedras montadas | |
| | Pinceles pelo de Marta 0,00, 000 | |
| | Prensa | |
| | Punzón | |
| | Regla milimétrica | |
| Taza para yesos | | |

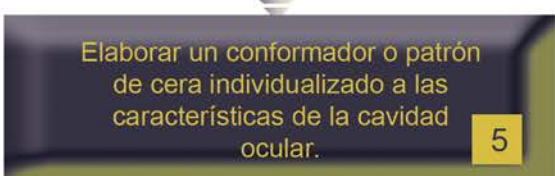
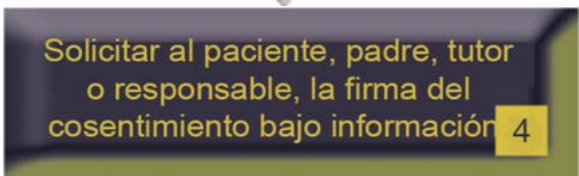
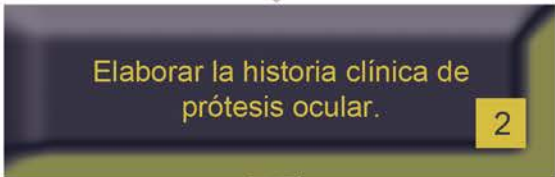
| | |
|--------------------|--|
| Indicaciones | Remoción del globo ocular por motivos congénitos, traumáticos o adquiridos, mediante evisceración o enucleación. |
| | Requerimiento ortopédico. |
| | Problemas estéticos. |
| | Conformar la cavidad ocular. |
| | Evitar fusión de los párpados. |
| Contraindicaciones | Exposición de implantes intraoculares. |
| Complicaciones | Alergia al monómero/acrílico. |
| | Infección o lesión del tejido soporte. |
| | Hemorragia postoperatoria (conformador). |
| | Iatrogenia previa al tratamiento. |
| | Recidiva y/o actividad tumoral. |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Docente | Firma autorización del procedimiento. | Notas de evolución |
| 2 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora la historia clínica de prótesis ocular. | Historia Clínica de prótesis ocular |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Establece el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. | Historia Clínica de prótesis ocular |
| 4 | Estudiante | Solicita al paciente, padre, tutor o responsable, la firma del consentimiento bajo información. | Consentimiento |
| 5 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora un conformador o patrón de cera individualizado a las características de la cavidad ocular. | |
| 6 | Estudiante supervisado por el docente | Enmufla el conformador de cera. | |
| 7 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza la esclera con acrílico termopolimerizable, recorta y pule al alto brillo. | |
| 8 | Estudiante supervisado por el docente | Prueba y ajusta el conformador en el paciente. | |

| | | | |
|----|---------------------------------------|---|--------------------|
| 9 | Estudiante supervisado por el docente | Orienta el centro pupilar y el diámetro írico. | |
| 10 | Estudiante supervisado por el docente | Desgasta la esclerótica. | |
| 11 | Estudiante supervisado por el docente | Caracteriza el iris. | |
| 12 | Estudiante supervisado por el docente | Caracteriza la esclera. | |
| 13 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza el terminado de la prótesis ocular y enmufla. | |
| 14 | Estudiante supervisado por el docente | Desenmufla, recorta y pule la prótesis ocular. | |
| 15 | Estudiante supervisado por el docente | Coloca la prótesis ocular en el paciente, revisa el ajuste y adapta la misma; supervisa que no lastime. | |
| 16 | Estudiante supervisado por el docente | Da indicaciones del mantenimiento y uso de la prótesis al paciente; así como los cuidados del defecto. | Tríptico |
| 17 | Docente | Firma validando el procedimiento. | Notas de evolución |

| | |
|--------|--|
| Anexos | Formato de notas de evolución |
| | Formato de historia clínica de prótesis ocular |
| | Formato de consentimiento bajo información |
| | Tríptico de cuidados y mantenimiento protésico |



Enmuflar el conformador de cera.

6

Realizar la esclera con acrílico termopolimerizable, recortar y pulir al alto brillo.

7

Probar y ajustar el conformador en el paciente.

8

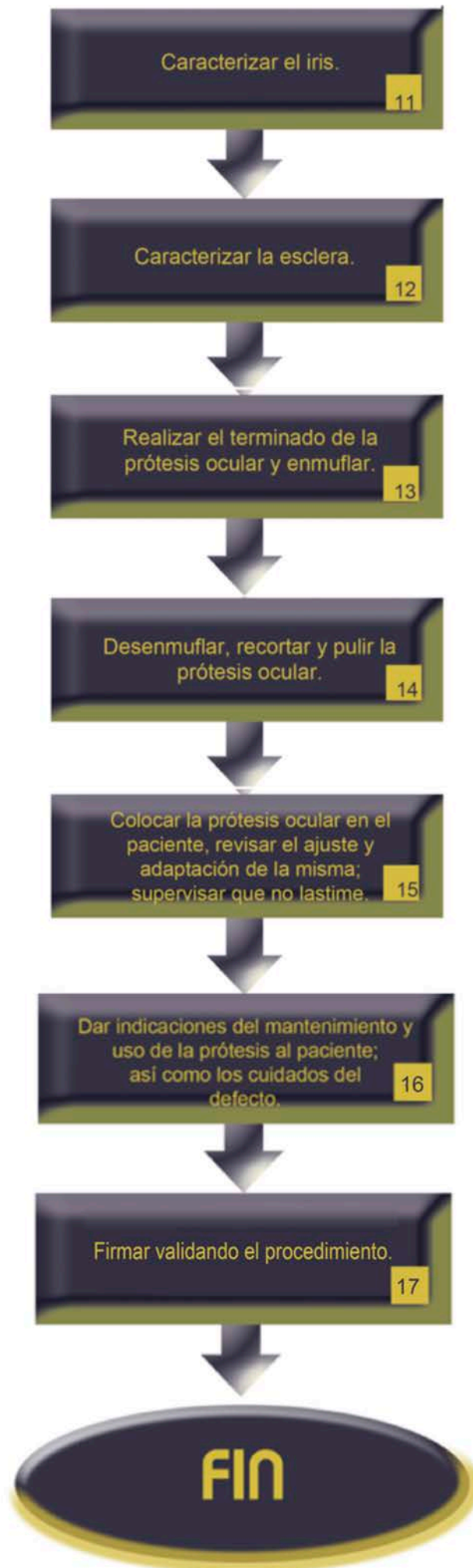
Orientar el centro pupilar y diámetro írico.

9

Desgastar la esclerótica.

10

11



ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | PRÓTESIS ORBITOFACIAL |
|-------------------|---|
| Propósito | Elaborar una prótesis orbitofacial que cumpla con fines funcionales y estéticos para mejorar la calidad de vida y autoestima del paciente. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | Beumer-Curtis-Marunick. Maxillofacial Rehabilitation. Prosthodontic and Surgical Considerations. Edit. Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Canada.1996: 377-418, 431-436 |
| | Jankielewicz, Isabel. Prótesis Bucal-Máxilo-Facial. Quintessence. Barcelona. 2003: 42 |
| | Kan Ichi seto. Atlas of Oral and Maxillofacial Rehabilitation. Edit. Quintessence books. Japan, 2003: 84-103 |
| | McKinstry-Cerullo. Fundamentals of facial Prosthetics. Edit. Professional Publications. USA,1995: 31-45, 47-97,121-136 |
| | Per-Ingvar Branemark. Craniofacial Prostheses. Anaplastology and Osseointegration. Edit. Quintessence books. Hong Kong, 1997: 50-66 |
| | Taylor, Thomas. Clinical Maxillofacial Prosthetics. Edit. Quintessence books. China, 2000: 233-241 |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Neurocirujano; Cirujano oncólogo |
| | Cirujano plástico; Cirujano Maxilofacial; Implantología |
| | Oftalmólogo |

| | Instrumentos | Materiales |
|---------|----------------------------------|--|
| Insumos | Cepillo dental | Acrílico transparente autopolimerizable (polvo-líquido). En caso de ser implantosoportada. |
| | | Alginato |
| | Encendedor | Algodón |
| | Espátula de Lecrón | Cabello natural (en caso necesario) |
| | Espátula para alginato | Cera toda estación |
| | Espátula para yeso | Fibras de rayón (color rojo) |
| | Espátula 7ª | Fibras flock |
| | Espátula 31 | Gasas |
| | Espejo facial | Gasas con yeso |
| | Lámpara de alcohol | Hoja de bisturí |
| | Mango de bisturí | Material para prótesis ocular |
| | Muflas | Pulimentos |
| | Olla de descencerado | Silicón grado médico |
| | Paleta de pintura | Talco |
| | Pinceles pelo de Marta 0,00, 000 | Yeso piedra (tipo III) |
| | Taza de hule para alginato | Yeso tipo IV |
| | Taza de hule para yeso | Vaselina |
| | Tijeras curvas finas | |

| | | |
|--|----------------------|--|
| | Tijeras rectas finas | |
| | Vernier | |

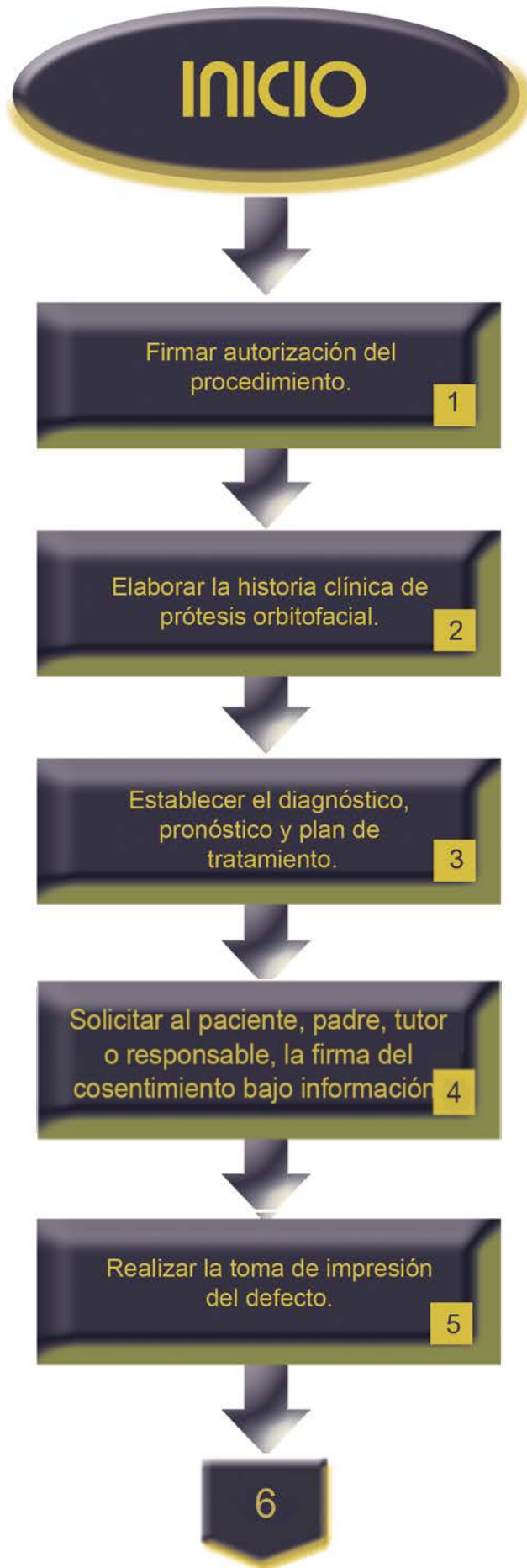
| | |
|--------------------|--|
| Indicaciones | Exenteración de órbita por motivos traumáticos o adquiridos. |
| | Defectos congénitos. |
| Contraindicaciones | Pacientes postradiados que requieran prótesis implantosoportada. |
| Complicaciones | Alergia al monómero/acrílico. |
| | Infección o lesión del tejido de soporte. |
| | Hemorragia postoperatoria. |
| | Iatrogenia previa al tratamiento. |
| | Recidiva y/o actividad tumoral. |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Docente | Firma autorización del procedimiento. | Notas de evolución |
| 2 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora la historia clínica de prótesis orbitofacial. | Historia Clínica de prótesis orbitofacial |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Establece el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. | Historia Clínica de prótesis orbitofacial |
| 4 | Estudiante | Solicita al paciente, padre, tutor o responsable, la firma del consentimiento bajo información. | Consentimiento |
| 5 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza la toma de impresión del defecto. | |
| 6 | Estudiante supervisado por el docente | Obtiene el modelo de trabajo. | |
| 7 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza la prótesis ocular. | Ver procedimiento de la prótesis ocular |
| 8 | Estudiante supervisado por el docente | Ubica la prótesis ocular en el defecto y se realiza el encerado de la prótesis orbitofacial. | |
| 9 | Estudiante supervisado por el docente | Encera, prueba y ajusta el encerado sobre el defecto del paciente. | |

| | | | |
|----|---------------------------------------|--|--------------------|
| 10 | Estudiante supervisado por el docente | Sella el encerado de la prótesis orbitofacial. | |
| 11 | Estudiante supervisado por el docente | Enmufla el encerado. | |
| 12 | Estudiante supervisado por el docente | Desencera. | |
| 13 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza la caracterización intrínseca de la prótesis orbitofacial. | |
| 14 | Estudiante supervisado por el docente | Desenmufla. | |
| 15 | Estudiante supervisado por el docente | Recorta y adapta la prótesis en el paciente. | |
| 16 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza caracterización extrínseca. | |
| 17 | Estudiante supervisado por el docente | Coloca pestañas, cejas y sella la prótesis. | |
| 18 | Estudiante supervisado por el docente | Da indicaciones del mantenimiento y uso de la prótesis al paciente; así como los cuidados del defecto. | Tríptico |
| 19 | Docente | Firma validando el procedimiento. | Notas de evolución |

| | |
|--------|--|
| Anexos | Formato de notas de evolución |
| | Formato de historia clínica de prótesis orbitofacial |
| | Formato de consentimiento bajo información |
| | Tríptico de cuidados y mantenimiento protésico |



Obtener el modelo de trabajo.

6

Realizar la prótesis ocular.

7

Ubicar la prótesis ocular en el defecto y realizar el encerado de la prótesis facial.

8

Encerar, probar y ajustar el encerado sobre el defecto del paciente.

9

Sellar el encerado de la prótesis orbitofacial.

10

11

Enmuflar el encerado. 11



Desencerar. 12



Realizar la caracterización intrínseca de la prótesis orbitofacial. 13



Desenmuflar. 14



Recortar y adaptar la prótesis en el paciente. 15



16



ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | PRÓTESIS AURICULAR |
|-------------------|--|
| Propósito | Elaborar una prótesis auricular que cumpla con fines funcionales y estéticos para mejorar la calidad de vida y autoestima del paciente. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | Beumer-Curtis-Marunick. Maxillofacial Rehabilitation. Prosthodontic and Surgical Considerations. Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Canada.1996: 377-418 |
| | Jankielewicz, Isabel. Prótesis Bucal-Máxilo-Facial. Quintessence. Barcelona. 2003: 43, 419-429 |
| | McKinstry-Cerullo. Fundamentals of facial Prosthetics. Edit. Professional Publications. USA,1995: 31-45, 47-97,147-160 |
| | Per-Ingvar Branemark. Craniofacial Prostheses. Anaplastology and Osseointegration. Edit. Quintessence books. Hong Kong, 1997: 13-35 |
| | Taylor, Thomas. Clinical Maxillofacial Prosthetics. Edit. Quintessence books. China, 2000: 240-263 |
| | Trigo J.C.y Trigo G. Prótesis restauratriz maxilofacial. Edit.Mundi. Buenos Aires, Argentina. 1987: 107-117 |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Cirujano oncólogo |
| | Cirujano plástico; Cirujano Maxilofacial; Implantología |
| | Otorrinolaringólogo |
| | Neurocirujano |

| | Instrumentos | Materiales |
|---------|----------------------------------|--|
| Insumos | Espátula de Lecrón | Acrílico transparente autopolimerizable (polvo-líquido). En caso de ser implantosoportada. |
| | Espátula para alginato | Alginato |
| | Espátula para yesos | Cera rosa (toda estación) |
| | Espátula para cementos | Fibras flock |
| | Espátula 7 ^a | Hoja de bisturí |
| | Espátula 31 | Óleos |
| | Espejo facial | Silicón grado médico |
| | Lámpara de alcohol | Talco |
| | Mango de bisturí | Vaselina |
| | Mufla | Yeso piedra tipo III |
| | Paleta de pintura | |
| | Pinceles pelo de Marta 0,00, 000 | |
| | Prensa | |
| | Regla milimétrica | |
| | Taza para alginato | |
| | Taza para yesos | |
| | Tijeras curvas finas | |
| | Tijeras rectas finas | |
| | Vernier | |

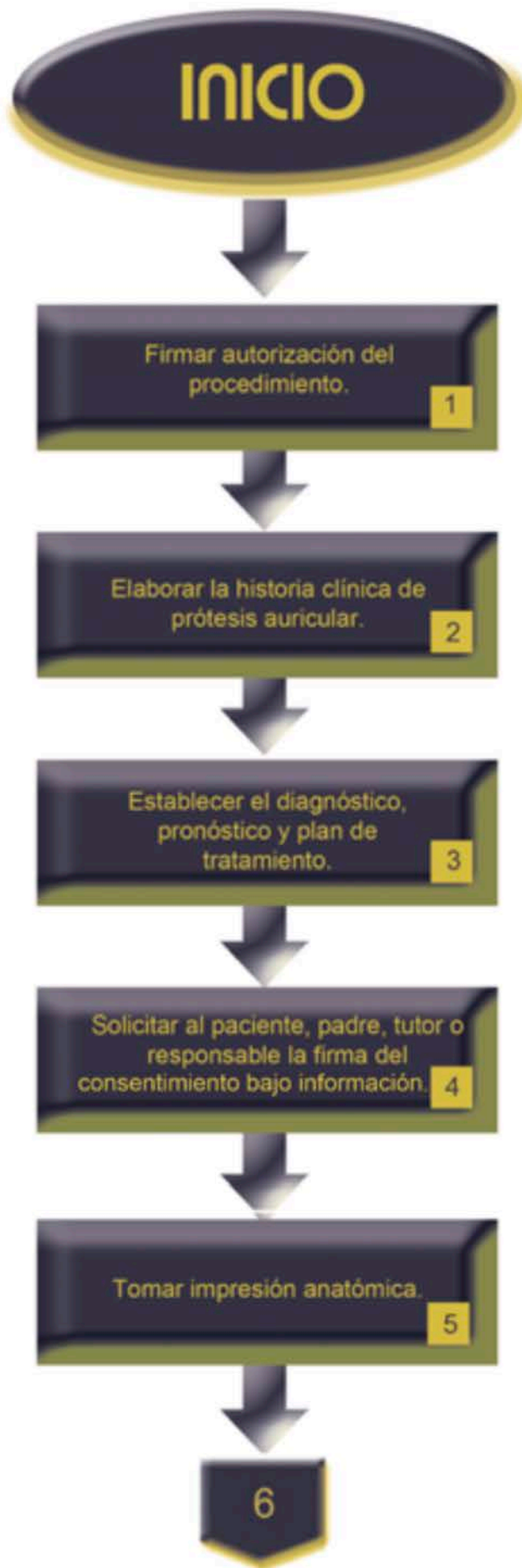
| | |
|----------------|--|
| Indicaciones | Remoción parcial o total auricular por motivos traumáticos o adquiridos. |
| | Ausencia parcial o total por motivos hereditarios. |
| | Requerimientos estéticos. |
| Complicaciones | Alergia al monómero/acrílico (implantosoportada). |
| | Iatrogenia. |
| | Infección o lesión del tejido de soporte. |
| | Recidiva y/o actividad tumoral. |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Docente | Firma autorización del procedimiento. | Notas de evolución |
| 2 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora la historia clínica de prótesis auricular. | Historia Clínica de prótesis auricular |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Establece el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. | Historia Clínica de prótesis auricular |
| 4 | Estudiante | Solicita al paciente, padre, tutor o responsable, la firma del consentimiento bajo información. | Consentimiento |
| 5 | Estudiante supervisado por el docente | Toma la impresión anatómica. | |
| 6 | Estudiante supervisado por el docente | Obtiene el modelo de estudio. | |
| 7 | Estudiante supervisado por el docente | Encera la prótesis auricular. | |
| 8 | Estudiante supervisado por el docente | Prueba en el paciente la prótesis en cera. | |
| 9 | Estudiante supervisado por el docente | Enmufla el encerado. | |

| | | | |
|----|---------------------------------------|--|--------------------|
| 10 | Estudiante supervisado por el docente | Desencera. | |
| 11 | Estudiante supervisado por el docente | Empaca el silicón con caracterización intrínseca. | |
| 12 | Estudiante supervisado por el docente | Desenmufla, recorta y adapta la prótesis auricular en el paciente. | |
| 13 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza caracterización extrínseca. | |
| 14 | Estudiante supervisado por el docente | Sella la prótesis auricular. | |
| 15 | Estudiante supervisado por el docente | Da indicaciones del mantenimiento y uso de la prótesis al paciente; así como los cuidados del defecto. | Tríptico |
| 16 | Docente | Firma validando el procedimiento. | Notas de evolución |

| | |
|--------|---|
| Anexos | Formato de notas de evolución |
| | Formato de historia clínica de prótesis auricular |
| | Formato de consentimiento bajo información |
| | Tríptico de cuidados y mantenimiento protésico |



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Elaborar la historia clínica de prótesis auricular.

2

Establecer el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

3

Solicitar al paciente, padre, tutor o responsable la firma del consentimiento bajo información.

4

Tomar impresión anatómica.

5

6

Obtener el modelo de estudio.

6



Encerar la prótesis auricular.

7



Probar en el paciente la prótesis en cera.

8



Enmuflar el encerado.

9

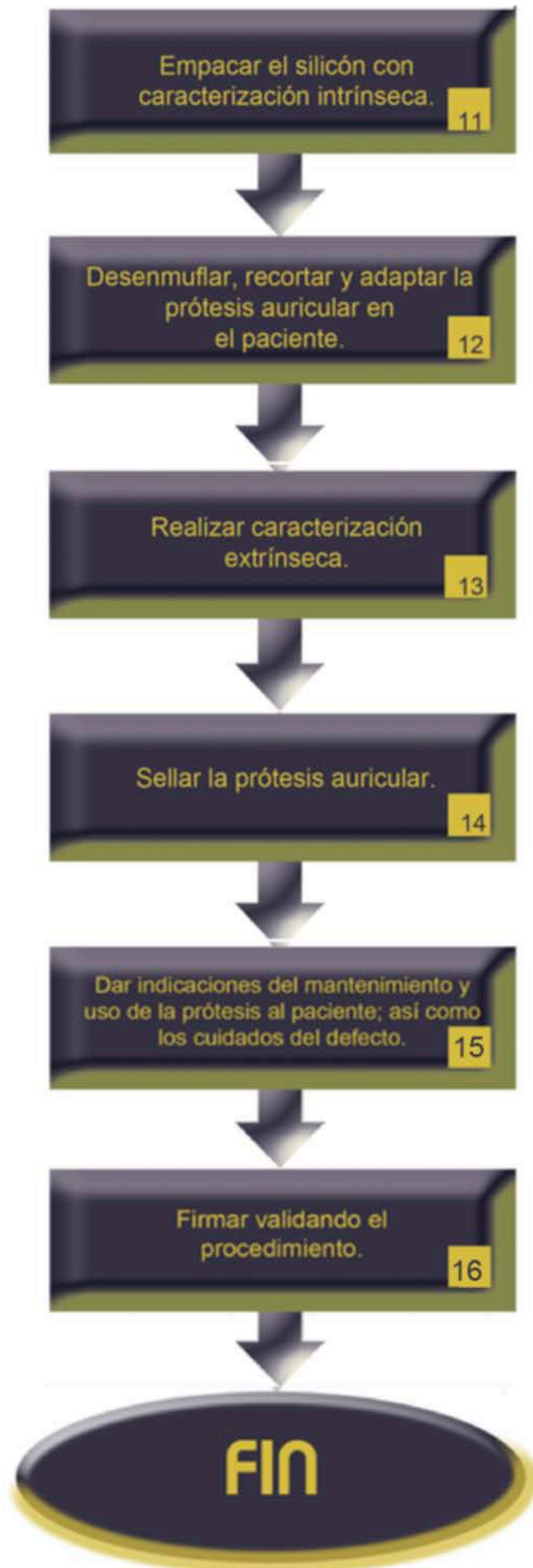


Desencerar.

10



11



ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | PRÓTESIS FACIAL |
|-------------------|--|
| Propósito | Elaborar una prótesis facial que cumpla con fines funcionales y estéticos para mejorar la calidad de vida y autoestima del paciente. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | Beumer-Curtis-Marunick. Maxillofacial Rehabilitation. Prosthodontic and Surgical Considerations. Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Canada.1996: 377-418 |
| | Jankielewicz, Isabel. Prótesis Buco-Máxilo-Facial. Quintessence. Barcelona. 2003: 408-418 |
| | Kan Ichi seto. Atlas of Oral and Maxillofacial Rehabilitation. Edit. Quintessence books.Japan, 2003: 84-103 |
| | McKinstry-Cerullo. Fundamentals of facial Prosthetics. Edit. Professional Publications. USA, 1995: 19-45, 47-97 |
| | Per-Ingvar Branemark. Craneofacial Prostheses. Anaplastology and Osseointegration. Edit. Quintessence books. Hong Kong, 1997: 50-66, 120-123 |
| | Taylor, Thomas. Clinical Maxillofacial Prosthetics. Edit. Quintessence books. China, 2000: 233-241 |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Cirujano oncólogo; Neurocirujano |
| | Cirujano Maxilofacial; Cirujano Plástico; Implantología |
| | Oftalmólogo |

| | Instrumentos | Materiales |
|---------|----------------------------------|---|
| Insumos | Encendedor | Acrílico transparente autopolimerizable (polvo-líquido). En caso de ser implantosoportada |
| | Espátula de Lecrón | Alginato |
| | Espátula para alginato | Cera rosa (toda estación) |
| | Espátula para yesos | Fibras flock |
| | Espátula 7 ^a | Hoja de bisturí |
| | Espátula 31 | Material utilizado para prótesis ocular |
| | Lámpara de alcohol | |
| | Mango de bisturí | Óleos |
| | Mufla | Silicón grado médico |
| | Paleta de pintura | Talco |
| | Pinceles pelo de Marta 0,00, 000 | Vaselina |
| | Prensa | Yeso piedra (tipo III) |
| | Regla milimétrica | |
| | Taza para alginato | |
| | Taza para yeso | |
| | Tijeras curvas finas | |
| | Tijeras rectas finas | |
| | Vernier | |

| | |
|--------------------|---|
| Indicaciones | Ausencia parcial o total de estructuras faciales por defectos congénitos, traumáticos o adquiridos. |
| | Requerimientos estéticos y funcionales. |
| Contraindicaciones | Infección. |
| Complicaciones | Alergia al monómero/acrílico (implantosoportada). |
| | Infección o lesión del tejido de soporte. |
| | Iatrogenia. |
| | Recidiva y/o actividad tumoral. |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Docente | Firma autorización del procedimiento. | Notas de evolución |
| 2 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora la historia clínica de prótesis facial. | Historia Clínica de prótesis facial |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Establece el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. | Historia Clínica de prótesis facial |
| 4 | Estudiante | Solicita al paciente, padre, tutor o responsable, la firma del consentimiento bajo información. | Consentimiento |
| 5 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora prótesis ocular. | Ver procedimiento de prótesis ocular |
| 6 | Estudiante supervisado por el docente | Toma de impresión anatómica del defecto facial. | |
| 7 | Estudiante supervisado por el docente | Obtiene el modelo de estudio. | |
| 8 | Estudiante supervisado por el docente | Encera la prótesis facial. | |
| 9 | Estudiante supervisado por el docente | Prueba de encerado en el paciente. | |

| | | | |
|----|---------------------------------------|--|--------------------|
| 10 | Estudiante supervisado por el docente | Enmufla el encerado y fija la prótesis ocular al yeso. | |
| 11 | Estudiante supervisado por el docente | Desencera. | |
| 12 | Estudiante supervisado por el docente | Empaca el silicón con caracterización intrínseca. | |
| 13 | Estudiante supervisado por el docente | Desenmufla, recorta y adapta la prótesis facial en el paciente. | |
| 14 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza caracterización extrínseca. | |
| 15 | Estudiante supervisado por el docente | Sella la prótesis facial. | |
| 16 | Estudiante supervisado por el docente | Da indicaciones del mantenimiento y uso de la prótesis al paciente; así como los cuidados del defecto. | Tríptico |
| 17 | Docente | Firma validando el procedimiento. | Notas de evolución |

| | |
|--------|--|
| Anexos | Formato de notas de evolución |
| | Formato de historia clínica de prótesis facial |
| | Formato de consentimiento bajo información |
| | Tríptico de cuidados y mantenimiento protésico |

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento.

1

Elaborar la historia clínica de
prótesis facial.

2

Establecer el diagnóstico,
pronóstico y plan de
tratamiento.

3

Solicitar al paciente, padre, tutor o
responsable la firma del
consentimiento bajo información.

4

Elaborar prótesis ocular.

5

6

Tomar impresión anatómica del defecto facial.

6

Obtener el modelo de estudio.

7

Encerar la prótesis facial.

8

Probar el encerado en el paciente.

9

Enmuflar el encerado y fijar la prótesis ocular al yeso.

10

11





ESPECIALIZACIÓN PRÓTESIS MAXILOFACIAL

PROCEDIMIENTO

| PROCEDIMIENTO | PRÓTESIS COMBINADA |
|-------------------|--|
| Propósito | Elaborar una prótesis combinada que cumpla con fines funcionales y estéticos para mejorar la calidad de vida y autoestima del paciente. |
| Alcance | Coordinación de Prótesis Maxilofacial |
| | Delegación Administrativa |
| Referencias | Beumer-Curtis-Marunick. Maxillofacial Rehabilitation. Prosthodontic and Surgical Considerations. Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Canada.1996: 377-418 |
| | Jankielewicz, Isabel. Prótesis Buco-Máximo-Facial. Quintessence. Barcelona. 2003: 46,459-463, 512-518 |
| | McKinstry-Cerullo. Fundamentals of facial Prosthetics. Edit. Professional Publications. USA, 1995: 47-97 |
| | Per-Ingvar Branemark. Craneofacial Prostheses. Anaplastology and Osseointegration. Edit. Quintessence books. Hong Kong, 1997: 69-82 |
| | Taylor, Thomas. Clinical Maxillofacial Prosthetics. Edit. Quintessence books. China, 2000: 85-231, 233-241, 28-284 |
| Responsabilidades | Coordinador de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Implantología |
| | Cirujano oncólogo |

| | Instrumentos | Materiales |
|---------|----------------------------------|---|
| Insumos | Encendedor | Acrílico transparente autopolimerizable (polvo-líquido) en caso de ser implantosoportada. |
| | Espátula de Lecrón | Alginato |
| | Espátula para alginato | Cera rosa (toda estación) |
| | Espátula para yesos | Fibras flock |
| | Espátula 7 ^a | Hoja de bisturí |
| | Espátula 31 | Material utilizado para prótesis intraoral |
| | Lámpara de alcohol | |
| | Mango de bisturí | Óleos |
| | Mufla | Silicón grado médico |
| | Paleta de pintura | Talco |
| | Pinceles pelo de Marta 0,00, 000 | Vaselina |
| | Prensa | Yeso piedra (tipo III) |
| | Regla milimétrica | |
| | Taza para alginato | |
| | Taza para yeso | |
| | Tijeras curvas finas | |
| | Tijeras rectas finas | |
| Vernier | | |

| | |
|----------------|---|
| Indicaciones | Presencia de defectos palatinos o mandibulares de tipo hereditarios, traumáticos o adquiridos. |
| | Ausencia parcial o total de estructuras faciales por defectos congénitos, traumáticos o adquiridos. |
| | Evitar que se alteren las relaciones cráneo-mandibulares. |
| | Devolver las funciones de masticación, deglución, fonética, estética. |
| | Requerimientos estéticos y funcionales. |
| Complicaciones | Alergia al monómero/acrílico (implantosoportada). |
| | Infección o lesión del tejido de soporte. |
| | Iatrogenia. |
| | Recidiva y/o actividad tumoral. |

| | |
|----------|---|
| Personal | Estudiante de la especialización de Prótesis Maxilofacial |
| | Docente |
| | Personal de limpieza |

| Descripción del procedimiento: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| No. | Responsable | Actividad | Documentos de soporte |
| 1 | Docente | Firma autorización del procedimiento. | Notas de evolución |
| 2 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora la historia clínica de prótesis combinada. | Historia Clínica de prótesis combinada |
| 3 | Estudiante supervisado por el docente | Establece el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. | Historia Clínica de prótesis combinada |
| 4 | Estudiante | Solicita al paciente, padre, tutor o responsable, la firma del consentimiento bajo información. | Consentimiento |
| 5 | Estudiante supervisado por el docente | Elabora prótesis oral. | Ver procedimiento de prótesis oral |
| 6 | Estudiante supervisado por el docente | Toma de impresión anatómica. | |
| 7 | Estudiante supervisado por el docente | Obtiene el modelo de estudio. | |
| 8 | Estudiante supervisado por el docente | Encera la prótesis facial. | |
| 9 | Estudiante supervisado por el docente | Prueba de encerado en el paciente. | |

| | | | |
|----|---------------------------------------|--|--------------------|
| 10 | Estudiante supervisado por el docente | Enmufla el encerado. | |
| 11 | Estudiante supervisado por el docente | Desencera. | |
| 12 | Estudiante supervisado por el docente | Empaca el silicón con caracterización intrínseca. | |
| 13 | Estudiante supervisado por el docente | Desenmufla, recorta y adapta la prótesis facial en el paciente. | |
| 14 | Estudiante supervisado por el docente | Realiza caracterización extrínseca. | |
| 15 | Estudiante supervisado por el docente | Sella la prótesis facial y la fija a la prótesis intraoral. | |
| 16 | Estudiante supervisado por el docente | Da indicaciones del mantenimiento y uso de la prótesis al paciente; así como los cuidados de los defectos. | Tríptico |
| 17 | Docente | Firma validando el procedimiento. | Notas de evolución |

| | |
|--------|---|
| Anexos | Formato de notas de evolución |
| | Formato de historia clínica de prótesis combinada |
| | Formato de consentimiento bajo información |
| | Tríptico de cuidados y mantenimiento protésico |

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento. 1

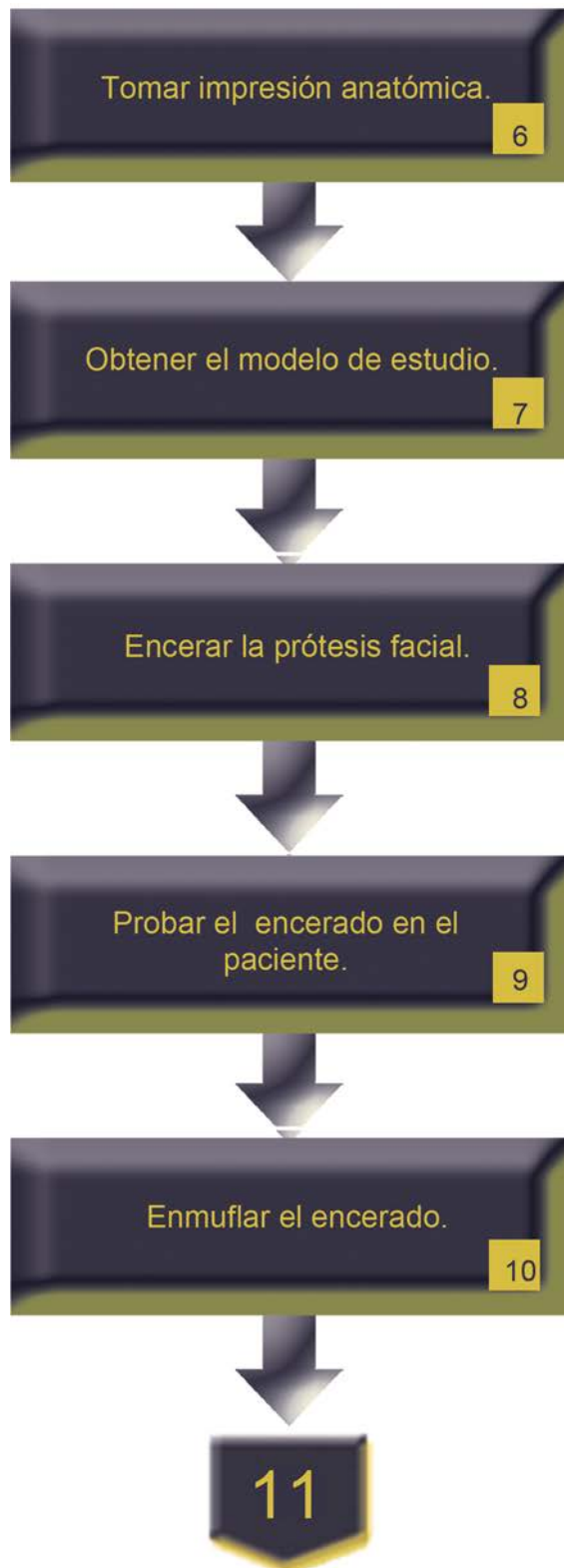
Elaborar la historia clínica de
prótesis combinada. 2

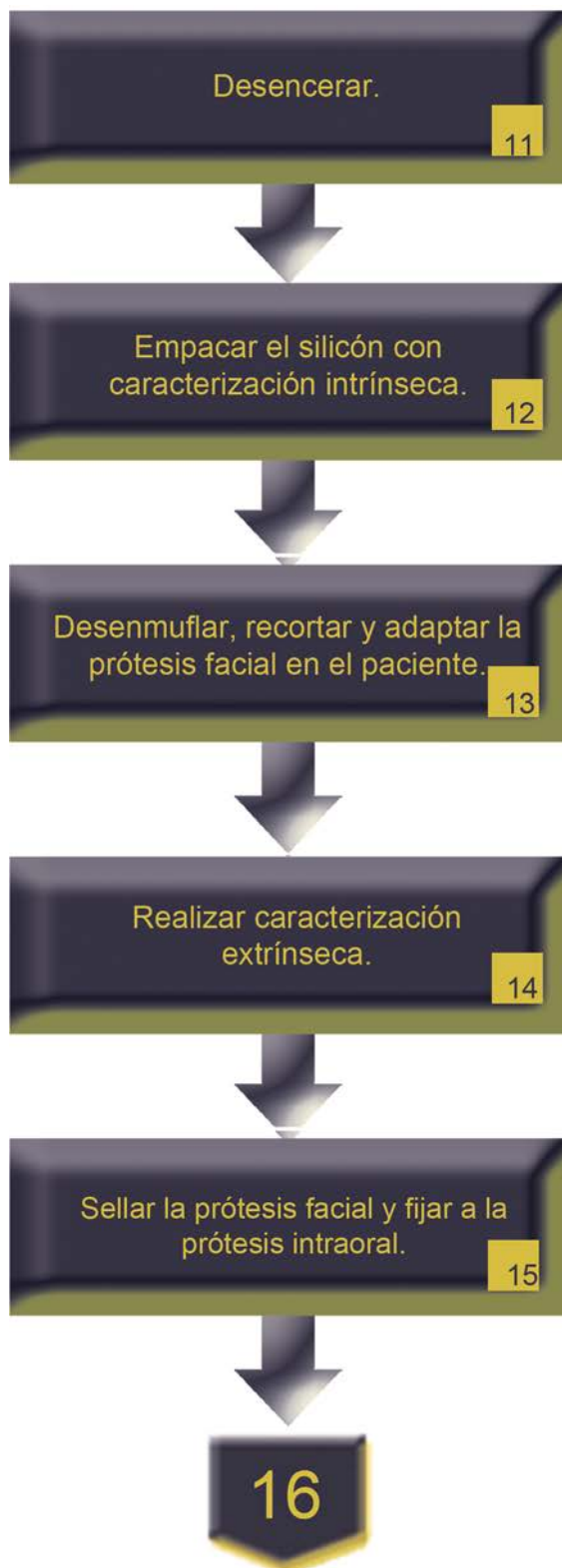
Establecer el diagnóstico,
pronóstico y plan de
tratamiento. 3

Solicitar al paciente, padre, tutor o
responsable la firma del
consentimiento bajo información. 4

Elaborar prótesis intraoral. 5

6






Dar indicaciones del mantenimiento y uso de la prótesis al paciente; así como los cuidados del defecto. 16

Firmar validando el procedimiento. 17

FIN

ANEXOS

1. Carnet de citas
2. Expediente Clínico Único (ECU)
3. Consentimiento bajo información
4. Historia clínica de prótesis oral
5. Historia clínica de prótesis nasal
6. Historia clínica de prótesis ocular
7. Historia clínica de prótesis orbitofacial/facial
8. Historia clínica de prótesis auricular
9. Historia clínica de prótesis combinada
10. Resumen clínico
11. Tríptico de cuidados y mantenimiento protésico
12. Solicitud de examen de laboratorio
13. Solicitud de interconsulta
14. Solicitud de estudio radiográfico

 **Universidad Nacional Autónoma de México** **Expediente Clínico Único**
Facultad de Odontología


INGRESO

Teclee su clave:

Teclee su contraseña:

INGRESAR


EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO (ECU)
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.



DATO IMPORTANTE:

Nota:
Solo podrá acceder personal autorizado.

*Soporte : Depto Computo Teléfono : 56.23.22.30
Marzo 2011*

 **Universidad Nacional Autónoma de México** **Expediente Clínico Único**
División de Estudios de Posgrado

BÚSQEDAS

TODOS LOS PACIENTES DEL SERVICIO
NOMBRE COMPLETO O CARNET:

Mínimo 3 caracteres

BUSCAR

REGRESAR

*Soporte : Depto Computo Teléfono : 56.23.22.30
Marzo 2011*

Carta de consentimiento bajo información

| | | | |
|--|-----------------------------|--|--------------|
| Clínica de Prótesis Maxilofacial (Posgrado) (Extramuros) | | Fecha | Hora |
| Nombre del paciente (apellido paterno, materno, nombre) | | Expediente número | |
| Edad | Sexo (masculino) (femenino) | Ocupación | Estado civil |
| Domicilio (calle, número, colonia, localidad, municipio, estado) | | | |
| Nombre del estudiante (apellido paterno, materno, nombre) | | Nombre del docente responsable (apellido paterno, materno, nombre) | |

Tengo pleno conocimiento que la Facultad de Odontología pertenece a una institución de enseñanza e investigación por lo cual es necesario conocer las siguientes disposiciones para dar mi consentimiento antes de realizar el tratamiento.

Se me ha informado que el diagnóstico de mi enfermedad es: _____

Se me ha informado el plan de tratamiento para la rehabilitación protésica, sus alternativas y los motivos de elección del mismo; por lo que por este medio, libremente y sin presión alguna acepto se me realicen:

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos; obtención de modelos de estudio, fotografías clínicas y videograbaciones.

La aplicación de anestesia (local) (regional)

Tratamiento protésico, que consiste en: _____

Tratamiento quirúrgico, que consiste en: _____

Tratamiento de mantenimiento en las citas acordadas.

Se me han informado los riesgos, molestias y efectos secundarios del tratamiento: (infección) (dolor) (inflamación) (hemorragia) (rechazo del material protésico) (otros) _____

Autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Autorizo el uso de las fotografías intraorales/extraorales y videograbaciones para fines de docencia e investigación adoptando las medidas necesarias para mantener la confidencialidad y no pueda ser identificado.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamiento mientras no inicie el procedimiento.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

Nombre y firma del paciente o tutor

Nombre y firma de alumno

Nombre y firma del docente responsable

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo



1
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL



HISTORIA CLÍNICA

La información que se le solicita a continuación es muy importante para el tratamiento que inicia, lea cuidadosamente y proporcione la opción que considere adecuada a su situación de salud actual o antecedentes de la misma.

Fecha: _____ Expediente número: _____
 Nombre: _____
 Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
 Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____
 Domicilio: _____
 Teléfonos: _____

Motivo de la consulta: _____
 Referido de o por: _____

¿Es paciente de primera vez? Si No
 Si es paciente subsecuente, ¿cuánto tiempo tiene viniendo o durante cuánto tiempo se ha atendido en la clínica? _____

¿Fuma usted? Si No
 Cantidad de cigarrillos por semana: 1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 más de 20

¿Toma usted bebidas alcohólicas? Si No
 Cantidad de copas por semana: 1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 más de 20

¿Consumo o inhala usted algún tipo de droga? Si No
 ¿Cuál, con qué frecuencia y en que cantidad? _____

¿Tiene alguna alergia? (alimentos, medicamentos, polvo, etc.) Si No
 ¿A que? _____

¿Padece o ha padecido? Diabetes Asma Fiebre reumática Tuberculosis
 Enfermedades del corazón Hipertensión arterial Hepatitis Discrasias sanguíneas
 Enfermedades inmunológicas Enfermedades de transmisión sexual Convulsiones
 Otras (especifique): _____



2
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL



¿Está bajo tratamiento médico o tomando algún medicamento? Si No
 ¿Cuál y por qué? _____

¿Ha recibido alguna vez? Radioterapia Quimioterapia Ambas
 Especifique fecha y tratamiento: _____

¿Ha estado hospitalizado(a) en los últimos 3 años? Si No
 ¿Por qué motivo? _____

¿Alguna vez ha sido intervenido(a) quirúrgicamente? Si No
 Especifique de que: _____

¿Se ha sometido a algún tipo de anestesia? Si No
 ¿De qué tipo y por qué? _____

¿Ha tenido alguna hemorragia que requirió tratamiento? Si No
 ¿Por qué y qué tratamiento? _____

¿Alguna vez ha recibido transfusión de sangre? Si No
 ¿Cuándo y por qué? _____

Solo para mujeres: ¿Está o existe alguna probabilidad de estar embarazada? Si No
 ¿Toma anticonceptivos? Si No ¿Cual(es)? _____
 Fecha de su última menstruación: _____ Menopausia: Si No

Afirmo que los datos anteriores son verídicos

 Firma del paciente

Residente responsable: _____ Firma: _____

Académico responsable: _____ Firma: _____



RESUMEN CLÍNICO



Fecha: _____

1. Institución que lo remite: _____

2. Datos del paciente:

Nombre: _____

Edad: _____ años

Sexo: M _____ F _____

Teléfono (s) : _____

3. Servicio que lo atiende: _____

4. Datos del médico tratante:

Nombre: _____

Teléfono (s): _____

5. Etiología del padecimiento:

Traumática: _____ Congénita: _____ Patológica: _____

6. Tipo de tratamiento recibido:

Qx Procedimiento: _____ Rt Dosis: _____ Qt Dosis: _____

7. Pronóstico del tratamiento:

8. Alta del paciente y/o autorización para el tratamiento protésico:

9. Observaciones:

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

Cédula profesional _____

PRÓTESIS OCULAR

Al colocar y quitar la prótesis, tenga cuidado de lavarse muy bien las manos. Deberá retirar la prótesis diariamente, la higiene será tanto de la cavidad como de la prótesis.

El especialista le indicará de acuerdo a cada caso en particular la periodicidad de la higiene.

Es importante mantener su prótesis ocular lubricada (Fig. 6).



Fig. 6 Prótesis ocular. Fuente directa

PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADA

Después de colocar la prótesis, se requiere tiempo para habituarse a la sensación de presión, ocupación o cuerpo extraño.

Deberá realizar limpieza en la zona del implante y tejidos adyacentes de acuerdo a las indicaciones del especialista.

RECOMENDACIONES GENERALES

Las prótesis requieren de cuidados durante su manipulación, evitando así el deterioro de su aspecto externo, cambios tempranos en el color o despigmentaciones.

También se requiere de un mantenimiento adecuado de los tejidos de soporte de la prótesis, con la finalidad de evitar irritaciones, lesiones por contacto, alergias, entre otras.

Nunca trate de arreglar la prótesis, puede deteriorarla; sólo el especialista sabe como repararla.

Visite al especialista regularmente o cuando se le indique (periodos de tiempo variables).

Siga las recomendaciones que se le proporcionen en la Clínica de la Especialidad de Prótesis Maxilofacial.

UBICACIÓN

La clínica se localiza en el primer piso del edificio de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, UNAM.



**Facultad de Odontología
UNAM**

**Clínica de la Especialidad de
Prótesis Maxilofacial**

**Cuidados y Mantenimiento
Protésico**

INTRODUCCIÓN

La Especialidad en Prótesis Maxilofacial realiza la rehabilitación protésica de los pacientes con lesiones congénitas y/o adquiridas en la región maxilofacial cuando éstas no pueden ser corregidas por medios quirúrgicos.

La especialidad proporciona una rehabilitación morfo-funcional conservando las estructuras remanentes, permitiendo recuperar la función, mejorando la calidad de vida y autoestima del paciente.

Para lograr un buen funcionamiento, conservación y aumentar la vida útil de la prótesis, es indispensable contar con su colaboración y cumplimiento de las siguientes instrucciones del manejo, uso y mantenimiento.



Equipo utilizado para la obtención de modelos de estereolitografía en la clínica de Prótesis Maxilofacial en la DEPEl de FO UNAM (Fig.1).

PRÓTESIS INTRAORAL

Debe habituarse a la sensación de ocupación o a cuerpo extraño; aumenta la cantidad de saliva; tendrá dificultad a la pronunciación - situaciones transitorias

Después de cada comida retirese la prótesis, colóquela en el lavabo con agua o póngala sobre un trapo para amortiguar el golpe si se cayera.

El especialista le indicará el cepillo, la pasta dentífrica, la técnica de cepillado y el aditamento interdental adecuados para su caso particular.

La prótesis se puede limpiar con un cepillo duro (especial para la prótesis), jabón y evitando usar pasta dentífrica.

Al dormir conviene retirarse la prótesis, con la finalidad de que se lleve el proceso de reparación de los tejidos de soporte (Fig. 2).



Fig. 2 Prótesis intraoral. Fuente directa

PRÓTESIS NASAL, AURICULAR, ORBITOFACIAL Y FACIAL

Tiene que retirar la prótesis de manera cuidadosa para no dañar los bordes o modificar su adaptación y estética, debido a que uno de los medios de retención es por adhesivos.

No lave ni talle la prótesis por la parte cosmética, sólo limpie por la parte adhesiva a la piel, para evitar que el caracterizado de la misma se pierda (Fig. 3, 4.)



Fig. 3 Prótesis nasal. Fuente directa



Fig. 4 Prótesis. Fuente directa



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SOLICITUD DE EXAMEN DE LABORATORIO

FECHA ____ / ____ / ____ / EXPEDIENTE NÚM. _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ años SEXO: _____ FOLIO **Nº 34871**

FAVOR DE PRACTICAR LOS SIGUIENTES ESTUDIOS:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BIOMETRÍA HEMÁTICA | <input type="checkbox"/> PROTEÍNAS TOTALES Y RELACIÓN A/G |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE PLAQUETAS | <input type="checkbox"/> BILIRRUBINAS |
| <input type="checkbox"/> GRUPO SANGUÍNEO Y Rh | <input type="checkbox"/> AMINOTRANSFERASAS |
| <input type="checkbox"/> PRUEBA DE TORNIQUETE | <input type="checkbox"/> FOSFATASA ALCALINA |
| <input type="checkbox"/> TIEMPO DE SANGRADO | <input type="checkbox"/> SEDIMENTACIÓN GLOBULAR |
| <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PROTROMBINA | <input type="checkbox"/> ANTIESTREPTOLISINAS |
| <input type="checkbox"/> TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL | <input type="checkbox"/> PROTEÍNA C REACTIVA |
| <input type="checkbox"/> ÍNDICE INR | <input type="checkbox"/> FACTOR REUMATOIDE (LATEX) |
| <input type="checkbox"/> QUÍMICA SANGUÍNEA (Glucosa, urea, creatinina, ac. úrico, colesterol total) | <input type="checkbox"/> ELISA VIH |
| <input type="checkbox"/> GLUCOSA DE AYUNO | <input type="checkbox"/> VDRL |
| <input type="checkbox"/> CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA | <input type="checkbox"/> EMBARAZO (PRUEBA INMUNOLÓGICA) |
| <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA GLUCOSILADA | <input type="checkbox"/> GENERAL DE ORINA |

OTROS: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL: _____

NOMBRE DEL PROFESOR: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

FECHA ____ / ____ / ____ / EXPEDIENTE NÚM. _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ años SEXO: _____ FOLIO NÚM.: **44722**

Nombre y clave del profesor que envía:

Institución o Profesional receptor:

MOTIVO DEL ENVÍO:

RESUMEN CLÍNICO:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

TERAPÉUTICA EMPLEADA, SI LA HUBO:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOGRÁFICO

FECHA ____ / ____ / ____ / EXPEDIENTE NÚM. _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ años SEXO: _____ FOLIO N° **55604**

FAVOR DE PRACTICAR LOS SIGUIENTES ESTUDIOS

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | | | |
| 85 | | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | | | |

DENTOALVEOLAR

ADULTO

INFANTIL

ALETA MORDIBLE

ADULTO

INFANTIL

OCLUSAL

SUPERIOR

INFERIOR

SERIE RADIOGRÁFICA

ORTOPANTOMOGRAFÍA

LATERAL DE CRÁNEO

CEFALOGRAFÍA LATERAL

METACARPAL

WATTERS

CADWELL

OTROS: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL: _____



Dr. José Narro Robles

Rector

Dr. Eduardo Bárzana García

Secretario General

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez

Secretario Administrativo

Dr. Francisco José Trigo Tavera

Secretario de Desarrollo Institucional

Lic. Enrique Balp Díaz

Secretario de Servicios a la Comunidad

Lic. Luis Raúl González Pérez

Abogado General



Mtro. José Arturo Fernández Pedrero

Director de la Facultad

C.D. Arturo Saracho Alarcón

Secretario General

Mtra. María Cristina Sifuentes Valenzuela

Secretaria Académica

Esp. Gustavo Argüello Regalado

Coordinador de Planeación