

75 622



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Importancia y Aplicación de la Historia Clínica
en la Odontología General

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
Sergio Martínez González

MEXICO, D. F. 1979

15006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Página

CAPITULO I.

INTRODUCCION 1

CAPITULO II.

HISTORIA DE LA ODONTOLOGIA 2

CAPITULO III.

DEFINICION, OBJETIVO E IMPORTANCIA DE
LA HISTORIA CLINICA 5

CAPITULO IV.

BASES FUNDAMENTALES DE LA HISTORIA CLINICA 7

1.1. Su Estructura 7

1.2. Su Contenido 8

1.3. Su Manejo 9

1.4. Su Aplicación 9

CAPITULO V.

HISTORIA CLINICA 11

2.1. Ficha de Identificación 11

2.2. Antecedentes Hereditarios y Familiares 13

2.3. Antecedentes Personales no Patológicos 13

2.4. Antecedentes personales Patológicos 13

2.5. Padecimientos Actuales 14

2.6. Aparatos y Sistemas 15

2.7. Síntomas Generales 16

2.8. Exámenes Previos 17

2.9. Terapéutica Empleada 19

2.10. Diagnóstico previo 25

2.11. Examen Físico 25

2.12. Examen Oral 29

CAPITULO VI.

PRINCIPALES ENFERMEDADES Y AFECCIONES	31
3.1. Trombosis Coronaria	31
3.2. Angina de Pecho	32
3.3. Insuficiencia Cardíaca	33
3.4. Hipertensión Arterial	34
3.5. Hipotensión Arterial	35
3.6. Arterioesclerosis	36
3.7. Anemia	36
3.8. Hemorragia	37
3.9. Hemofilia	39
3.10. Fiebre Reumática	40
3.11. Diabetes	41
3.12. Tuberculosis	42
3.13. Hepatitis	43
3.14. Epilepsia	44
3.15. Sinusitis	45
3.16. Sífilis	45
3.17. Hipertiroidismo	46
3.18. Insuficiencia suprarrrenal	47
3.19. Pielonefritis	48
3.20. Hiperparatiroidismo	48

CAPITULO VII.

INTERROGATORIO GENERAL	50
------------------------	----

CAPITULO VIII.

COMPLEMENTOS DE LA HISTORIA CLINICA PARA EL ODONTOLOGO	54
4.1. Registro Dentario	54
4.2. Datos para los Tratamientos Odontológicos	56
4.3. Terminología	59

CAPITULO IX.

COMENTARIO	66
5.1. Situación del Paciente en el Consultorio	66
5.2. La Salud Dental de la Comunidad	68

Página

CAPITULO X.

CONCLUSIONES

71

BIBLIOGRAFIA

72

CAPITULO I

I N T R O D U C C I O N

La aparición de la clínica, como hecho histórico, debe identificarse con el sistema de estas reorganizaciones. Esta nueva estructura está señalada, pero por supuesto no está agotada, por el cambio infino y decisivo que ha sustituido a la pregunta: ¿Qué tiene usted?, - con la cual se iniciaba en el siglo XVIII el diálogo del médico y del enfermo con su gramática y estilos propios, por esta otra en la cual reconocemos el juego de la clínica y el principio de todo su discurso: ¿Donde le duele a usted?

A partir de ahí, toda la relación del significativo con el significado se distribuye de nuevo, y ahora en todos los niveles de la experiencia médica.

El contenido, análisis y patologías mencionadas en esta tesis, son enfocados meramente de aspecto clínico. Para esta tesis elegí temas y patologías de interés especial para el odontólogo general, que a primera vista parecerían ser de limitado interés, por la responsabilidad que el odontólogo debe asumir, como especialista médico.

Por lo tanto, bastante más de la mitad de esta tesis, versa sobre la prevención y su finalidad. La prevención de una emergencia, es el servicio más importante que el odontólogo puede prestar a su paciente.

La elaboración de una buena historia clínica y los conocimientos e iniciativas que pueda provocar esta tesis, es su finalidad.

CAPITULO II

HISTORIA DE LA ODONTOLOGIA

Como otras ciencias, la Odontología tuvo sus comienzos con los grandes esfuerzos del hombre para encontrar una solución inmediata a un problema inmediato de dolor o enfermedad. Como muchas otras cosas, avanzó lentamente; su historia estaba representada por los encantamientos de los magos y brujas, por amuletos de superstitiosos, por cartas de influencias planetarias de astrólogos medievales, y también, por tabúes y rituales de religiones paganas y modernas. Durante la Epoca Medieval, el tratamiento de los dientes y otras enfermedades del hombre, ofreció un campo fértil para los antiguos curanderos, y durante los años del Renacimiento y Restauración, esto marcó un camino para las profesiones de herreros, barberos y peluqueros.

Generalmente, el hombre cree haber habitado la tierra desde hace 25 000 años o más, probablemente desde hace 100 000 años atrás. Los descubrimientos arqueológicos más recientes sugieren que probablemente desde la aparición del primer hombre en la tierra ha estado plagado por enfermedades dentales y que durante una gran parte de su existencia ha estado tratando de hacer algo para combatirlas.

El dios babilónico EA, primer deidad conocida por su relación con las artes curativas, era frecuentemente invocado como enemigo de los mencionados gusanos de los dientes, y los antiguos chinos dirigieron su atención a erradicar estos gusanos, mediante la prescripción de una píldora que contenía un 50% de arsénico. (Es interesante destacar que el uso del arsénico en uno de los primeros intentos de la odontología preventiva, es una copia fiel de las actuales pastas arsénicas utilizadas para la desvitalización dental).

Conforme a ambos descubrimientos arqueológicos y notas escritos, los avances en instrumentación y odontología preventiva continuaron lentamente a través del -

tiempo. Alrededor del año 3,000 A.C., se había desarrollado el uso del escarbadientes y las toscas herramientas del Neolítico habían sido diseñados para la extracción de los dientes.

El primer dentista que se tiene testimonio vió en Egipto, donde la práctica de la medicina como un arte especial se cree que se desarrolló entre los siglos 3,000 y 500 antes de Cristo. Su nombre era HesiRó, que se significaba "Jefe de los Dentistas y Médicos": evidentemente era un médico dentista. El segundo dentista conocido, también egipcio, se llamaba Neferiret-Es, que se significaba "Tratante o Hacedor de Dientes". Este nombre al menos sugiere una especialización dental,

Los romanos, durante el crecimiento de su imperio, imitaron bastante a los etruscos y a los griegos y marcaron un gran progreso dentro del campo de la odontología.

También fue en la era cristiana que la cirugía dental tuvo su santa patrona. Ella era Apolonia, la hija cristiana de un oficial pagano de Alejandria, Egipto.

Era de las brujerías y cartas astrológicas y de la cual los hombres de la edad media obtuvieron sus "curas". En los años que siguieron, los magos fueron sucedidos por los artesanos: el herrero, el barbero, el peluquero, quienes sacaron y "arreglaron" los dientes con gran beneficio pero con poco conocimiento.

A pesar de que siguieron haciendo adelantos, especialmente en los siglos XVI y XVII, fue recién en el siglo XVIII que un dentista francés estableció los fundamentos exactos para lo que se dió en llamar la ciencia moderna de la odontología. El dentista era Pierre Fauchard (1678-1761).

Su gran contribución a esta ciencia fue el trabajo de dos volúmenes titulados Le Chirurgien-Dentiste (La cirugía dental). Fue publicado en París en 1728. Fauchard fue originador de las bandas metálicas y ligaduras para dientes flojos, para así corregir las irregularidades y alineaciones.

Pierre Fauchard es universalmente conocido como el padre de la odontología moderna.

La moderna odontología comenzó en Europa, pero más de un siglo ha tenido su centro en los Estados Unidos. Por ejemplo, fue un dentista americano, Horace Wells, de Hartford, Connecticut, quien primero usó el gas hilarante (óxido nitroso) durante una operación dental.

Antes de 1840, los practicantes dentales recibieron todo su entrenamiento a través de aprendizajes. Los primeros de estos aprendices dentales probablemente vinieron en tiempos de la colonia, de Inglaterra a América. Dos de ellos, James Reading y James Mills fueron los primeros "talladores de dientes" que practicaron en Nueva York, y posiblemente los primeros en practicar en los primeros lugares del Continente Norteamericano. Otro aprendiz dental, Williams Baker (1755) fue dentista cirujano de George Washington. Un tercer practicante, llamado John Baker, M.D. (1763) de Boston.

Fue a través de los esfuerzos de estos hombres y de sus seguidores que la profesión dental americana expandió el sistema de aprendizaje. Bajo este sistema, un hombre joven se asociaba por un período de entrenamiento con un practicante establecido, el cual le enseñaba al aprendiz todo lo que él sabía. A lo largo del siglo XVIII y casi todo el siglo XIX los dentistas continuaron ejercitando sus habilidades de practicantes particulares o pequeños grupos de dentistas cirujanos que daban conferencias, ofrecían cursos y proveían de práctica a su trabajo.

La diferencia es que hoy la aspiración del estudiante en convertirse en especialista es el obtener primeramente su nivel básico dental en un colegio acreditado, antes de comenzar su aprendizaje.

CAPITULO III

DEFINICION, OBJETIVO E IMPORTANCIA

DE LA HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA:

Definición.- Es el registro escrito de los datos obtenidos por el interrogatorio y la exploración de un enfermo con objeto de elaborar un Diagnóstico, fundamentar un Pronóstico e instituir un Tratamiento específico.

Objetivo Principal.- Buscar los fenómenos que estén fuera de lo normal, así como sus antecedentes y poder valorar los datos obtenidos para emitir un juicio acerca de un enfermo respecto a su salud actual y futura.

La importancia fundamental, por supuesto, es proteger la vida del enfermo, la cual no significa dejar a un lado otras cuestiones que requieren una terapéutica de emergencia. Las prioridades para el tratamiento pueden ordenarse de la siguiente manera, en lo que respecta a la vida del paciente y a la probable repercusión de las lesiones sobre su estado general o su capacidad de recuperación:

1. Medidas capaces de salvar la vida.
2. Alivio del dolor.
3. Estimación de la gravedad de otras lesiones concomitantes.
4. Conservación de los tejidos lesionados.

El conocimiento de una técnica de evaluación efectiva es de suma importancia porque la muerte, ciertas enfermedades graves y otros accidentes menores pue-

den relacionarse directamente con la anestesia o el tratamiento odontológico. Tales complicaciones podrían evitarse, en gran parte, elaborando una buena historia clínica y examinando al paciente antes de iniciar cualquier intervención en el campo de la odontología.

CAPITULO IV

BASES FUNDAMENTALES DE LA HISTORIA CLINICA

1.1. Su Estructura:

La forma rectangular es la más adecuada y de fácil manejo. Si es separada de las demás hojas, la historia clínica tendrá el riesgo de perder o tirar alguna parte de la misma. Es recomendable tener unidas todas sus partes para su mayor efectividad.

El tamaño máximo es de (28 x 21.5 cm). Esta medida debe ser por su mejor manejo y método de archivo; teniendo en cuenta que es de poca importancia el color de la hoja, pero es aconsejable tenerla de color blanco, para poder distinguirla de los demás papeles.

Las líneas de separación y de escritura deberán ser bien definidas, evitando así una serie de errores de escritura, muy común. Así mismo las letras tanto de la historia clínica como la del médico (odontólogo), deberán de ser de molde. Esto es para mayor entendimiento, tanto para el médico como para sus colegas.

Es importante que cada una de las preguntas estén cuidadosamente elaboradas y numeradas ordenadamente para evitar confusiones.

Orden por llevar:

- a) La ficha de identificación será colocada en primer término, en la parte superior de la primera hoja.
- b) El interrogatorio en segundo término, se colocará las preguntas en la parte izquierda, dejando espacio necesario para su respectiva respuesta, en la parte derecha.
- c) Los métodos de respuesta pueden ser:

1. Respuesta si o no (poner (x) o circulo(o))
 2. Respuesta si o no
 3. Respuesta en línea _____
- d) Es importante dejar los espacios necesarios - al final de la historia clínica, estos espacios serán para:
1. Observaciones.
 2. Firma del paciente, aceptando el tratamiento y precio.
 3. Firma del Médico (odontólogo). Aceptando - responsabilidad del paciente y efectuar el tratamiento.

Manera de archivar:

1. Tarjeta: Este método es el más moderno, ya -- que se utiliza una pequeña computadora de la cual nos dará todo su historial anteriormente computado, utilizando diferentes claves para los diferentes pacientes.

Existe otro tipo de tarjetas y consiste en -- elaborar una serie de claves manejables para el médico, y así compactará toda la historia-clínica antes observada.

2. Libro Mayor: Este método es de un buen orden, pero de poca efectividad y manejo. Consiste - en poner todos los datos obtenidos en un libro como de contabilidad.
3. Carpeta Individual: El método es el más usado por todos, y consiste en depositar la historia clínica en una carpeta (folder).

1.2. Su Contenido:

1. Ficha de identificación.
2. Antecedentes hereditarios y fam.
3. Antecedentes personales no patológicos.

4. Antecedentes personales patológicos.
5. Padecimientos actuales.
6. Aparatos y sistemas.
7. Síntomas generales.
8. Exámenes previos.
9. Terapéutica empleada.
10. Diagnósticos previos.
11. Examen físico.
12. Examen oral.

De todos los datos antes mencionados, se elaborará las preguntas requeridas o necesarias para saber el estado de salud actual del paciente. Esto se llevará a cabo con lo mencionado en el tema (1.1).

1.3. Su manejo:

El manejo es exhaustivo, pero recompensante, - debido a que en manera de que se profundice con el interrogatorio nos daremos cuenta de patologías y así nos evitaremos un estado de emergencia, arriesgando la vida del paciente.

Se empleará un lenguaje sencillo, claro, fácil de comprender tanto para el médico como para el paciente. Las series de preguntas deben ser ordenadas, lógicas, adecuadas y dirigidas al paciente o tercera persona, para aclarar con precisión las causas presentes o pasadas de salud.

El llevar la numeración de la pregunta es de buen manejo, ya que se llevará un orden adecuado. Al mismo tiempo que en las páginas de la historia clínica completa.

El siempre revisar de la historia clínica antes de la cita o intervención al paciente, es la obligación del Médico.

1.4. Su Aplicación:

La aplicación es la acción del contenido, mane

jo y estructuras de la historia clínica. Estos datos es la finalidad de la misma historia clínica, dándonos una evaluación más específica de los datos derivados del in territorio previo.

CAPITULO VANALISIS DE LOS DATOS CONTENIDOS ENLA HISTORIA CLINICA

2.1. Ficha de Identificación:

- a) Nombre: Se obtiene para identificar al paciente de las otras personas.
- b) Sexo: Nos sirve para, a que tipo de persona se va a tratar y el tipo de preguntas - que se le van a hacer.
- c) Edad: Es importante saberla, ya que nos da remos cuenta del tipo de patología que se presenta más frecuentemente en la edad mencionada, sabiendo también la anormalidad - que pudiera existir respecto a su edad física y su edad mental, etc.
- d) Estado civil: Es importante saberlo; ya -- que nos daremos cuenta de las patologías - que más se presentan en la mujer soltera y la mujer casada que sí nos varía un poco, - en el hombre no hay cambios significativos.

Las alteraciones que más encontraremos son:

1. Endocrino: (Menarquia, hiperpolimenorrea).

Mujer Soltera

2. Físico: Cáncer de ovario, tumores en diferentes zonas).
 3. Sistémico: (Anemias, tendencia hemorrágica).
1. Endocrino: (Cirrosis, Diabetes)

2. Físico: (Cáncer de Próstata, tumores en diferentes zonas).

Hombre Soltero

3. Sistémico: (Cardiopatías, alteraciones nerviosas).
1. Endocrino. (Metrorragia, amenorrea).
2. Físico. (Nostalgia, hematuria).

Mujer Casada

3. Sistémico. (Edemas, ictoricia)

Hombre Casado

1. Se presentan casi igual las patologías que en el soltero, solo que se acentúan más -- las enfermedades cardíacas.
- e) Ocupación: Es muy importante, ya que va ligada íntimamente a ciertas patologías y se verá que el tratamiento en algunas ocupa--ciones u oficios no interfieran.
- f) Fecha de entrada: Dicha fecha nos menciona rá el ingreso y el inicio del estudio al - paciente.
- g) No. de Registro: Es meramente de control - particular, y de mayor fluidéz en el servi cio.
- h) Tipo de servicio: Es para recordar o encau sar su patología y su respectivo tratamien to.
- i) Nombre del médico que elaboró la historia- clínica. Esto es para en caso de dudas o informa---ción, se verá de quién procede la elabora--ción de dicha historia.

2.2. Antecedentes Hereditarios y Familiares:

Estos datos son de suma importancia, porque intervienen directa e indirectamente en la salud del pa----ciente.

Estos antecedentes nos podrían referir ciertas patologías, que sin saber el paciente nos pone en alerta de (x) patología y así tomar precaución en su tratamiento.

Las preguntas serán encausadas a patologías -- que se puedan considerar de mayor importancia, dichas patologías pueden ser congénitas, adquiridas o desarrolladas como: sífilis, tuberculosis, diabetes, cardiopatías, nefropatías, neoplasias, hemofilia, alergias, padecimientos mentales, alcoholismo, toxicomanías, etc.

El paciente puede ignorar o haber notado en -- sus padres, hermanos, conyuge, hijos, etc. Estas patologías nos darán datos que completaremos pudiendo descu----brir algunos antecedentes no referidos por el paciente.

2.3. Antecedentes Personales no Patológicos:

Este tipo de preguntas serán dirigidas con más cautela, ya que se dirigen a partes más íntimas del pa----ciente, pero de gran utilidad.

Se tomará en cuenta que algunas preguntas pue----den o no ser aplicadas, y que al estar en contacto el -- odontólogo con el paciente se dará cuenta de la respues---ta, sin necesidad de preguntarla.

Las preguntas serán dirigidas a este tipo de ----datos como serían: Frecuencia de higiene, tipo de habitación (cuarto redondo), frecuencia y tipo de alimentación, año de escolaridad, práctica de deportes, malos hábitos-- como: tabaquismo, alcoholismo y la aplicación de vacunas (Inmunización).

2.4. Antecedentes Personales Patológicos:

Todo dato expresado por el paciente de patolo-

gías anteriormente sufridas, son notas de importancia, - que se tomarán en cuenta y se evaluarán para evitar complicaciones y dar un diagnóstico y tratamiento adecuado.

A la vez que se obtienen dichos datos se prevendrá el estado de salud del paciente, seguido de los exámenes requeridos.

Debido a que ciertas patologías dejan estragos irreversibles, y es conveniente si algunas de ellas han padecido el paciente y si es así, evitar reincidencias.

El interrogatorio será dirigido a patologías como: Fiebres eruptivas, sarampión, rubiola, varicela, - tosferina, escarlatina, asma, epilepsia, hepatitis, tuberculosis, trastornos hepáticos, hemorragias, cardiopatías, parasitosis intestinal, etc.

2.5. Padecimientos actuales:

Todo lo referido a las patologías o alteraciones padecidas a partir de la última visita al odontólogo o médico, es tomada como padecimientos actuales.

Dando así como datos referidos, algún dolor persistente, buscando en orden el mismo y su etiología.

El tipo de dolor que nos puede referir el paciente es:

Fulgurante, lancinante, punzante, sordo, vago y opresivo, teniendo cada uno de ellos su peculiaridad y diferencias.

El sitio o lugar del dolor se indicará con la zona o miembro en la cual se localiza o se extiende la patología, que no está siempre en la misma zona.

Las preguntas dirigidas a la intensidad del dolor, duración, horario en la cual se presenta más el dolor, si aumenta o disminuye, rápida o lentamente y si acompañada con otra sintomatología, ejem.: faringitis, - hipirtermia, etc.

Todos estos datos nos ayudarán para diagnosti-

car con exactitud el padecimiento por el cual el paciente llega a nosotros. También se acompañará con preguntas más específicas como: ¿Cuándo lo notó por primera vez?. ¿Anteriormente había notado...? etc. Y saber cual es la posible causa de la alteración y ver si ha tenido alguna evolución.

2.6. Aparatos y Sistemas:

El encausamiento de las preguntas a este tema nos reforzará a verificar las diferentes patologías, en contradas anteriormente, ya que nos desglosará la patología aún totalmente descubierta.

Este tema nos dará datos que nos permitirá -- dar la máxima aproximación al diagnóstico final, y así poder a partir de este momento a elaborar un planeamiento del seu tratamiento, a expensas del resultado de exámenes previos si es necesario.

El interrogatorio deberá ser dirigido a patologías más importantes de los aparatos y sistemas como:

I.- Aparato Digestivo:

- a) Dolor abdominal
- b) Dispepsia
- c) Náuseas y vómitos
- d) Hemorragias

II.- Aparato Respiratorio:

- a) Respiración bucal
- b) Tos, expectoración
- c) Epistaxis
- d) Disnea
- e) Cianosis.

III.- Aparato Cardiovascular:

- a) Palpitaciones
- b) Dolor precordial
- c) Cefaleas residivantes
- d) Mareos lipotimias
- e) Disnea de esfuerzo
- f) Edema maleolar.

IV.- Sistema Urinario:

- a) Oliguria, disuria
- b) Poliuria, nicturia
- c) Diuresis en 23 hrs.
- d) Edema palpabral
- e) Dolor lumbar.

V.- Sistema Genital Femenino:

- a) Menarquia
- b) Ciclo menstrual
- c) Dismenorrea, leucorrea
- d) Metrorragia, abortos
- e) Embarazos, menopausia
- f)

VI.- Sistema Nervioso:

- a) Neuralgia
- b) Parálisis, parestesia
- c) Temblores, sueños
- d) Organos de los sentidos.

Posteriormente se mencionarán las terminologías, con fin de poder recordar o aprender las palabras que se van a utilizar comunmente en nuestro vocabulario a nivel médico.

2.7. Síntomas Generales:

Las enfermedades se manifiestan con sensaciones y acontecimientos anormales que se conocen con el nombre de síntomas, y por alteraciones de estructuras o de función que se conocen como signos.

Los síntomas, que son subjetivos, los describe el paciente o se obtiene por medio del interrogatorio. Los signos, en cambio, son objetivos y los descubre el examinador mediante el examen físico, las alteraciones de laboratorio y rayos X. Los datos que se recojan en el interrogatorio y el examen físico, solo reviglen utilidad cuando es capaz de seleccionar y correlacionar los hechos pertinentes y de reconocer el cuadro-

clínico que los hechos indican. Hay que investigar a fondo los síntomas y signos anormales.

La historia del paciente es absolutamente necesaria para establecer el diagnóstico. En algunas enfermedades el examen físico reviste gran importancia, mientras que el estudio de laboratorio tiene poco valor; en otros casos en cambio, sucede lo contrario. De cualquier manera la historia clínica siempre es muy importante. El diagnóstico de ciertas enfermedades se hace exclusivamente a partir de la historia. En la tuberculosis pulmonar el antecedente de pérdida de peso con transpiración nocturna y fiebre vespertina puede ser de mayor valor que cualquier hallazgo físico. En la angina de pecho, muchas veces el diagnóstico se hace íntegramente sobre la base del antecedente de dolor retrosternal, que se irradia hacia la izquierda que se acompaña de sensación de muerte inmediata.

2.8. Exámenes Previos:

En el caso de que en la historia clínica, nos haga sospechar de una posible patología o en caso de cualquier intervención quirúrgica, etc., es prudente enviar al enfermo a las pruebas de laboratorio clínico que sea necesario; para posteriormente interpretarlos y decidir los tratamientos adecuados o la conducta a seguir.

En caso de duda, es conveniente hacer una interconsulta con el médico del paciente, el cual puede dar una opinión exacta; o se realizará otro estudio específico de la lesión o enfermedad del paciente.

Entre las pruebas de laboratorio más completas se encuentran las siguientes:

Glucosa	60-100mg	Amilasa	
Urea	16-35 mg	Sangre	80-200u/100ml
Creatinina	0.75-1.2mg	Orina	80-350mEq
Tolerancia		pH	7.35-7.45.
60'	Menos de 160mg	CO ₂	19-25mEq.
120'	Normal	Cloro	99-110mEq.
180'	Normal	Potasio	3.6-4.4mEq.

Orina			
Volumen	800-1,800ml		
Densidad	1,003-1,035		
pH	6		
Glucosa	Negativa	Líquido Cefalorraquídeo	
Acetona	"	Presión	80-140mm.H ₂ O
Albúmina	"	Aspecto	Como agua de roca
Bilirrubina	"	Células	0-5
Hemoglobina	"	Linfocitos	98%
Sedimento	Menos de 10 -- leucocitospor campo	C. Mesoteliales	2%
Colesterol total	170-285mg	Glucosa	50-100 mg
Esteres	50-70%	Proteínas	15-35 mg
Bilirrubina		Cloro	120-126mEq
Indirecta	Hasta 0.8mg		
Directa	Cero		
Bromosulfaleina	5mg/k;0 a 5% 2mg/k;0%		
Cefalina	0 a +	Biometría Hemática	
Timol		Hemoglobina, hombre	15-20
Turbiedad	Hasta 5u	Hematócrito, hombre	45-60
Floculación	Negativa	Hemoglobina, mujer	12.8-17
Proteínas totales	6-8g	Hematócrito, mujer	40-52
Albúminas	3.0-4.1g	CMHG	32-36
Globulinas	2.7-3.8g	Volumen globular	83-104
Relación A/G	1 a 2	Leucocitos	5,000-10,000
Transaminasa oxa-		Linfocitos	24-38
lacética	8-40 u	Monocitos	4-9
Transaminasa pi-		Neutrófilos	50-70
ruvica	5-35 u	Eosinófilos	1-4
Fosfatasa alcalina	1-4u	Basófilos	0-1
Fosfatasa ácida	0.5-15u	Mielocitos	0
Deshidrogenasa		Metamielocitos	0
láctica	200-500u	En banda	0-7
Fósforo	2.4-4.7mg	Segmentados	45-65
Calcio	9.11mg	Sedimentación	
Acido úrico	2.5-6mg.	hombre	0-6.5
Reticulocitos	0.5-1.5%	mujer	0-15.
Plaquetas	150,000-400,000mm ³		
Tiempo de sangrado	1-3min.		
Tiempo de Tromboplastina			
parcial	30-50seg.		

Tiempo de protombina	80-100%
Frombotest	70-130%
Tiempo de trombina	18-22seg.
Coombs directo	negativo
Fibrinogeno total	200-400mg/100ml
Productos líticos	0.7-9mcg/ml.
Euglobulinas	
(lisis)	90-180min.
Paul Bunnell	negativo
Hierro sérico	60-185mcg
Fijación	100-3000mcg

BIOMETRIA HEMATICA DE NIÑOS

Al nacer	Niños un año	10 años	Unidades de medidas	
18.8-18.1	10.7-12.7	13.0-14.6	g/100ml	hemoglobina
40-62	-	-	ml/100	hematocrito
-	-	-	%	CMHG
-	-	-	micras 3	volumen Glob.
9-30(miles)	6-18(miles)	4500-13mil	mm ³	leucocitos
30	60	38	%	linfocitos
5.8	4.8	4.3	%	monocitos
61	31	53	%	neutrofilos
2.2	2.6	2.4	%	eosinófilos
0.6	0.4	0.5	%	basófilos
0	0	0	%	mielocitos
0	0	0	%	metamielocitos
9.1	3.1	3.0	%	en banda
52	28	51	%	segmentados
0.2	-	3-13	mm	sedimentación

2.9 Terapéutica Empleada:

El auge del empirismo y de los medicamentos patentados en este siglo es un mal que los amigos de la ciencia y la humanidad nunca podrán dejar de lamentar.

La avalancha de nuevos productos y la publicidad concomitante, junto con la posición de los pacientes y de los vendedores, plantearon un problema de primordial importancia para la farmacología y la quimioterapia.

Existe una tendencia general a subestimar la toxicidad de las drogas. Se han propuesto varias razones para explicar este fenómeno:

Las influencias de las campañas publicitarias—según los cuales, invariablemente, el paciente experimenta una sensación agradable de tomar la "medicina"; los diseños cautivantes, tanto de los comprimidos como de recipientes; el optimismo natural del ser humano; la dificultad de reconocer ciertos tipos de reacciones tóxicas—por la oscura sintomatología con que se manifiesta; y la mala predisposición de los fabricantes para enumerar los efectos tóxicos reales y potenciales de un producto.

La intoxicación por drogas, considerada como entidad, debe referirse no solo al agente químico y las propiedades que lo caracterizan, sino también al estado de la salud del paciente que ha de hacer uso de ellas. Para utilizar una droga en forma inteligente y segura, con el fin de prevenir, tratar o diagnosticar una enfermedad, es imperativo tener una información adecuada de sus efectos fisiológicos, tanto en el organismo sano como en el enfermo.

Otros efectos predominantes en la elección y dosificación de una droga son de raza, el sexo, el peso, el temperamento, el ambiente, la vía y el momento de administración, la herencia, la alergia y, naturalmente la edad.

Efectos adversos de las drogas antimicrobianas:

ACIDO PARAAMINOSALICILICO (pas).

Frecuentes: Trastornos gastrointestinales

Ocasionales: Reacciones alérgicas, lesiones hepáticas, irritación renal, discrasias sanguíneas, agrandamiento tiroideo, síndrome de malabsorción.

Raros: acidosis, hipokaliemia.

ANFOTERICINA B (Amfostat).

Frecuentes: lesión renal con acidosis o sin ella, hipopotasemia, fiebre, tromboflebitis en el sitio de la inyección.

Ocasionales: hipomagnesemia, anemia normocítica normocrómica.

Raros: gastroenteritis hemorrágica, discrasias sanguíneas, erupciones cutáneas, visión borrosa, neuropatía periférica, convulsiones, -- anafilaxia, arritmias.

AMPICILINA (véase penicilinas).

BASITRACINA:

Frecuentes: lesión renal, dolor local (por administración I.M.)

Ocasionales: discrasias sanguíneas.

+CAPREOMICINA

Ocasionales: lesión renal.

Raros: lesión del octavo par craneal, reacciones - alérgicas.

+CARBENNICILINA.

Ocasionales: (véase en penicilinas).

+CEFALEXINA (Kaflex).

Ocasionales: trastornos gastrointestinales, reacciones - alérgicas.

Raros: pruebas de Coombs positiva

+CEFALOGLICINA (Kafosin)

Frecuentes: trastornos gastrointestinales

Ocasionales: reacciones alérgicas.

Raros: prueba de Coombs positiva.

CEFALORIDINA (Loridine).

Ocasionales: lesión renal con grandes dosis; reacciones alérgicas, raras veces anafilaxia; prueba de Coombs positiva.

Raros: discrasias sanguíneas, tromboflebitis en el sitio de la inyección, disfunción hepática.

CLORAMFENICOL (Chloromycetin).

Ocasionales: discrasias sanguíneas, entre ellas anemia aplásica, muchas veces fatal y posible leucemia; síndrome gris de los lactantes; trastornos gastrointestinales.

Raros: reacciones alérgicas y febriles, neuropatías periférica, neuritis óptica, encefalopatías.

ERITROMICINA (Pantomicina y otros)

Ocasionales: estomatitis, trastornos gastrointestinales, ictericiacolestática, con el estolato de eritromicina.

Raros: reacciones alérgicas.

GENTAMICINA (Garamycin)

Ocasionales: lesión vestibular, lesión renal, erupciones.

Raros: lesiones del aparato auditivo, fotosensibilización por aplicación tópica.

KANAMICINA (Cristalomicina).

Ocasionales: lesión del octavo par craneal que afecta principalmente a la audición. Esta lesión puede ser irreversible y solo captarse después de haber suspendido el tratamiento. Lesiones renales, por lo general irreversibles.

Raros: la administración parenteral o intraperitoneal puede producir bloqueo neuromuscular y apnea, reacciones alérgicas.

LINCOMICINA (Frademicina)

Frecuentes: diarreas, a veces graves.

Ocasionales: reacciones alérgicas, raras veces anafilácticas.

Raros: discrasias sanguíneas.

NEOMICINA.

Lo mismo que para la kanamicina, pero las lesiones del par octavo y del riñón pueden ser más frecuentes o graves aunque la administración sea por vía oral, intraarticular o tópica; también en ocasiones mala absorción y dermatitis de contacto.

NISTATINA (micostatín; Nilstat)

Ocasionales: reacciones alérgicas, trastornos gastrointestinales.

PENICILINAS

Frecuentes: reacciones alérgicas (raras veces anafilácticas); erupciones cutáneas (más comunes -- con la ampilina que con otras penicilinas orales).

Ocasionales: prueba de Coombs Positiva.

Raros: irritabilidad y ataques musculares, por lo general con los pacientes con insuficiencia renal; anemia hemolítica; hiperkalemia y arritmias con la penicilina G potásica intravenosa administrada rápidamente; dificultades en la coagulación con la carbencilina; depresión de médula ósea con la metencilina; lesiones renales con la metencilina y con la penicilina G.

ESTREPTOMICINA

- Frecuentes: lesión del octavo par craneal (principalmente vestibular), a veces permanente.
- Ocasionales: reacciones alérgicas, daño renal (por lo general reversible).
- Raros: discrasias sanguíneas; bloqueo neuromuscular y apnea con la administración parenteral; suele ser reversible dando neostigmina.

TETRACICLINAS

- Frecuentes: trastornos gastrointestinales; lesión ósea con discromatosis y deformidades deltales - en los niños hasta 8 años, así como en el recién nacido cuando se le administra a la mujer embarazada después del cuarto mes del embarazo.
- Ocasionales: malabsorción gastrointestinal, enterocolitis, reacciones de fotosensibilidad (más frecuente con la dimetilclorotetraciclina), daño renal en pacientes urémicos; las dosis parenterales pueden dar hepatopatías graves especialmente en mujeres embarazadas y en enfermos renales que reciban uno o más gramos por día.
- Raros: reacciones alérgicas, discrasias sanguíneas presión endocraneal aumentada en lactantes; síndrome similar al de Fanconi a raíz de tetraciclina en mal estado; erupciones cutáneas fijas.

VANCOMICINA (Vancocin).

- Frecuentes: tromboflebitis, escalofríos y fiebre.
- Ocasionales: daño renal, por lo general reversible; lesión del octavo par craneal (principalmente la audición) con dosis grandes o prolongadas (más de 10 días) o en presencia del daño renal.

Raros: neuropatías periférica, urticaria.

Nota: Las drogas señaladas con (+) una cruz son relativamente nuevas y la posibilidad de que surjan efectos adversos no observados todavía, es mayor que con las drogas más antiguas.

2.10. Diagnóstico Previo:

Para hacer un adecuado diagnóstico previo es imperativo tener una información adecuada de los aspectos fisiológicos, anatómicos y patologías del organismo.

El diagnóstico previo casi va aplicado solamente por su experiencia y conocimientos del odontólogo o médico. Basándose en los datos otorgados por la historia clínica, sin tener los resultados de exámenes de laboratorio necesarios.

El diagnóstico previo es un adelanto del posible padecimiento, pero no con la exactitud del final.

Puede ser el diagnóstico previo un riesgo innecesario si no se tuviera seguridad del padecimiento y que el odontólogo o el médico lo difunda al paciente, elaborando estados innecesarios al mismo.

2.11. Examen Físico:

La inspección es el primer método de exploración clínica, en donde únicamente se emplea el sentido de la vista para corroborar cada uno de los datos obtenidos durante el interrogatorio y agregar nuevos signos clínicos propios de esta maniobra.

Inspección general: Consiste en saber recolectar todos aquellos datos clínicos, por medio del sentido de la vista con este método obtendremos los siguientes: Enfermo ambulante o encamado, actitud, conformación, constitución, movimientos anormales, adaptación al medio, etc. en general observaremos el estado y la actitud física exterior del paciente.

El odontólogo al hacer este método pueden observar varios signos importantes a saber:

1. Color de la piel:
 - a) Cianosis = Enfermedad cardiaca.
 - b) Palidez = Anemia, miedo - lipotimia.
 - c) Rubicundez = Fiebre; dosis - excesiva de --- atropina, aprensión, hipertiroidismo.
 - d) Ictericia = Enfermedad hepática.
2. Los ojos:
 - a) Exoftalmia = Hipertiroidismo
3. La conjuntiva:
 - a) Palidez = Anemia
 - b) Ictericia = Enfermedad hepática
4. Las manos:
 - a) Temblor = Hipertiroidismo, aprensión, histeria, parálisis, epilepsia, senilidad.
5. Los dedos:
 - a) En palillo de tambor = Enfermedad cardiopulmonar.
 - b) Cianosis en el lecho = Enfermedad cardiaca.
6. El cuello:
 - a) Distensión de la vena yugular = Insuficiencia - ventricular derecha.
7. Tobillos
 - a) Edema = Venas varicosas; insuficiencia - cardiaca derecha; enfermedad renal.
8. Frecuencia respiratoria.
 - a) Insuficiencia cardiaca.

El propósito del odontólogo al realizar este examen es simplemente el determinar si la capacidad física y emotiva de un enfermo, le permitirá tolerar un procedimiento dental específico. Debemos establecer un factor de evolución que nos permita decidir si podemos continuar con relativa seguridad el tratamiento o si está indicada una consulta médica, antes del tratamiento.

Esto es importante, ya que en muchos casos será necesario retrasar o posponer indefinidamente un tratamiento; ejem: no tiene objeto una rehabilitación dental en un enfermo con cáncer terminal; ni tampoco sería sensato someter a un enfermo cardiaco de alto riesgo a tratamiento odontológico de operatoria prolongada y de gran tensión.

Para realizar el examen físico general se llevará cierto alineamiento; dicho alineamiento se observará en el cuadro siguiente:

LINEAMIENTOS DEL EXAMEN FISICO

- 1.- Signos vitales: pulso, presión sanguínea, respiraciones, temperatura, peso.
- 2.- Aspecto general: estatura, postura, estado de nutrición.
- 3.- Piel: color, textura, humedad, turgencia, pigmentación, lesiones.
- 4.- Cabeza: forma, tamaño, distribución del pelo.
- 5.- Ojos: conjuntivas y escleróticas, tamaño y forma de las pupilas, reacción pupilar a la luz y a la acomodación, examen oftalmoscópico de la retina para hemorragias, exudados, vasos y papilas ópticas, visión.
- 6.- Oídos: examen externo en busca de tofos, búsqueda de inflamación en la membrana timpánica, exudados, agudeza auditiva.
- 7.- Nariz: tabique, cornetes, pólipos.
- 8.- Boca y garganta: Dientes, lengua, amígdalas, lesiones, labios, carrillos.
- 9.- Cuello: gánglios linfáticos, toroides, ingurgitación venosa, pulsaciones anormales, masas, tráquea en la línea media.

- 10.- Tórax: contorno, simetría, igualdad de expansión, -
gánglios linfáticos auxiliares.
- 11.- Pulmones: ruidos respiratorios, frecuencia respira-
toria, vibraciones vocales, rales, -
sibilancia, frotés.
- 12.- Mamas: tamaño, bultos, secreciones, pigmentación, -
sensibilidad.
- 13.- Corazón: choque de la punta, frémitos, frecuencia,
ruidos cardíacos, soplos, ritmo.
- 14.- Abdomen: contorno, cicatrices, dilataciones venó-
sas, rigidez, sensibilidad, hígado,
bazo, riñones, vejiga, bultos, lí-
quidos, gánglios linfáticos inguina-
les.
- 15.- Genitales masculinos: secreciones, lesiones, bul-
tos testiculares, hernia inguinal.
- 16.- Genitales femeninos: inspección del peritoneo, cue-
llo uterino, palpación bimanual del
útero y anexos, extendido de Papani-
colau.
- 17.- Recto: hemorroides, bultos, próstata.
- 18.- Extremidades: color de las palmas, hipocratismo di-
gital, cianosis, tumefacciones o de-
formidades articulares, pulsos.
- 19.- Espalda: curvatura, movilidad.
- 20.- Sistema nervioso: reflejos tendinosos profundos, -
reflejos patológicos, pares cranea-
les, examen del sensorio.

Los cinco procedimientos básicos que se em-
plean para realizar el examen físico general son:

Inspección:	Observación visual del cuerpo (estatura- color).
Palpación:	Tacto de las diversas partes del cuerpo. (tumores)
Percusión:	Auscultación de los ruidos que se produ- cen y observación del grado de resis- tencia que se encuentra al percutir una re- gión.
Auscultación:	Escuchar los sonidos que ocurren dentro- del cuerpo (sonidos cardíacos).
Olfacción:	Los olores de una enfermedad que pueden- ser característicos (diabetes).

Muchas veces existen estados patológicos que no producen manifestación subjetiva y que se descubre accidentalmente durante el examen físico.

Los exámenes físico entre más completos son, el diagnóstico será más acertado.

2.12. Examen Oral:

Muchas veces se ha dicho que la boca es el espejo de la salud y de las enfermedades sistémicas. La mayor parte de la prevención dental es un diagnóstico precoz de prueba de las enfermedades locales y sistémicas, descubiertas a través de un examen cuidadoso y completo de los tejidos blandos de la boca y de las áreas que la rodean. Y si a este examen clínico se le agrega un buen historial, el dentista puede llegar a descubrir los síntomas iniciadores de muchas enfermedades sistémicas diferentes.

Observaciones de las diferentes regiones:

Región bucal.

- | | | |
|----------------------|-------------------------|---|
| a).- Labios | e).- Amígdalas | i).- Carrillos |
| b).- Paladar | f).- Mucosa | j).- Movilidad dental |
| c).- Piso de la boca | g).- Gánglios | k).- Dientes cariados, obturados, ausentes. |
| d).- Lengua | h).- Conducto de Stenon | |

Región Gingival.

- | | |
|---|----------------------|
| a).- Color | marrón
rojo claro |
| b).- Encías sangrantes y dolorosas | |
| c).- Encías lisas y brillantes o puntiadas. | |
| d).- Migración de encía | |
| e).- Sarro: supra o subgingival. | |
| f).- Ulceraciones, cráteres gingivales | |
| g).- Papilas puntiagudas, achatadas o rojisas | |
| h).- Tipos de higiene | |

Región Articular:

- | | |
|-----------------|--|
| a).- Traumas | d).- Oclusión |
| b).- Chasquidos | e).- Tipo de mordida: abier
ta o cruzada. |
| c).- Dolor | |

Se elaborará una serie de preguntas de cada -
región, ampliando con esto lo antes mencionado.

La detección y prevención precoz son las ar--
mas más eficientes para combatir los males orales. Es -
el dentista quien debe soportar la responsabilidad prin-
cipal de esta detección precoz, ya que su trabajo se --
centraliza en la cavidad bucal y está familiarizado con
las anormalidades de los tejidos de la boca.

CAPITULO VI

PRINCIPALES ENFERMEDADES Y AFECCIONES

3.1. Trombosis Coronaria:

Se le conoce también como Oclusión Coronaria- e Infarto del miocardio. El tratamiento odontológico en estos enfermos, así como en los anginosos, representan un 30% de más peligro de muerte que en el paciente normal.

Los síntomas de la trombosis coronaria son similares a los de la angina de pecho, pero el dolor retroesternal no se calma con los nitritos o el reposo, observándose además disnea y debilidad general.

En estos pacientes suele haber antecedentes de hospitalización seguida por semanas o meses de inactividad en su casa. Además de planear el tratamiento dental, es preciso consultar con el médico del paciente.

Precauciones que deben tomarse con el enfermo que tuvo infarto al miocardio:

1.- Después de un infarto del miocardio, se recomienda dejar transcurrir, por lo menos seis meses, antes de efectuar cualquier tratamiento odontológico. En efecto, se necesita este período para que cicatrice la lesión y se establezca la acción cardiaca.

2.- Si el paciente toma algún anticoagulante (heparina, dicumarol) se debe evitar todo tratamiento dental, que puede provocar una hemorragia, aún la más leve, hasta haber discutido el caso con su médico tratante, ya que la mayoría de los enfermos con trombosis coronaria lo hacen por lo menos un año después del ataque.

3.- No hay acuerdo acerca de la utilidad de la premedicación sistémica con nitroglicerina, por lo tanto no se aconseja. Sin embargo está indicada, cuando el enfermo presenta episodios de angina de pecho. La do

sificación es la misma que para el enfermo anginoso.

4.- Resto de las precauciones son las mismas - que se tomarán para el enfermo con angina de pecho.

3.2. Angina de Pecho:

El tratamiento dental de un enfermo con angina de pecho, también llamada "Dolor cardíaco paroxístico" y "Síndrome anginoso", presenta más riesgos que en un paciente con insuficiencia cardíaca. El índice de mortalidad es por lo menos de 30% más elevado en el enfermo con angina de pecho, que en un paciente normal.

(Se debe recordar que el ataque puede ser irreversible, evolucionando rápidamente hacia la trombosis coronaria y posiblemente la muerte.)

En el interrogatorio de estos enfermos, se encuentran antecedentes de dolor retroesternal de intensidad variable, con irradiaciones hacia el hombro o brazo izquierdo, en algunos casos hacia el hombro derecho o espalda. A menudo el esfuerzo o la excitación precipitada - provoca la aparición del dolor que puede calmarse con el reposo o con la administración de nitroglicerina.

Precauciones que deben tomarse con el enfermo-anginoso:

1.- Es conveniente utilizar sedantes de manera sistémica, ya que estos pacientes no toleran la tensión emocional intensa.

2.- Procurar realizar una anestesia local eficaz para el tratamiento dental, utilizando la técnica -- más adecuada.

3.- La premedicación con nitroglicerina sublingual, se lleva a cabo de 5 minutos antes de la administración de la anestesia local. Si el enfermo no lleva -- consigo el medicamento, el odontólogo puede utilizar tabletas de nitroglicerina de 0.3mgs.

4.- Si se presenta dolor de un ataque leve, durante el tratamiento dental, éste puede aliviarse con --

una o dos tabletas de 0.3mgs de nitroglicerina colocada bajo la lengua.

Para aliviar rápidamente un dolor anginoso in tensil, se recomienda hacer inhalar al enfermo el cont nido de una ampolleta de nitrito de amilo.

5.- Las sesiones odontológicas deben procurar ser lo más corto posible y sin llegar al límite de tol rancia.

6.- El enfermo con episodios dolorosos dia rios, especialmente cuando están asociados con las comi das o una tensión emocional, debe considerarse como --- riesgo grave. En estos casos se aconseja realizar única mente tratamientos de urgencia.

7.- Cabe señalar, que el enfermo anginoso, -- presenta el mismo peligro que el paciente con insufi ciencia cardíaca clase 3, según la clasificación de re serva funcional.

3.3. Insuficiencia cardíaca:

La insuficiencia circulatoria de origen car diaco, o descompensación cardíaca, es un estado en el - que el volumen minuto es demasiado bajo, no alcanza a - satisfacer las exigencias metabólicas del cuerpo, y tam poco es capaz de recibir toda la sangre del retorno ve noso.

Los síntomas y signos de insuficiencia cardí ca congestiva se basa en la acumulación de líquido. La disnea (dificultad para respirar) no debe al líquido que se acumula en los pulmones. A la auscultación, se perci ben rales. Hay edema de tobillos y agrandamiento del -- hígado por debajo del reborde costal.

Las venas del cuello pueden estar distendidas y hacer relieve, aunque el paciente esté sentado o er guido.

Tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

- 1.- Administración de oxígeno (llamada al médico).
- 2.- Mantener al paciente semisentado, de preferencia en el sillón de trabajo. La posición horizontal aumenta la dificultad respiratoria.
- 3.- Cuando la disnea es intensa, coloque torniquetes en la raíz de las extremidades, sin ajustarlos demasiado (el pulso arterial debe mantenerse palpable).
- 4.- Puede darse una dosis moderada de algún narcótico para calmar la ansiedad, como morfina (Demerol) a razón de 25-50mgs por vía intramuscular.

3.4. Hipertensión arterial:

Cuando el interrogatorio revela una historia de hipertensión, se debe investigar la posible existencia de insuficiencia cardíaca y angina de pecho: ya que es un hecho que el 65% de enfermos hipertensos mueren de enfermedad cardíaca. También un cuadro de hipertensión ocasionan síntomas cerebrales predominantes en un 20% de estos enfermos, se cree que el tercer factor de mortandad en las últimas décadas es el hipertenso.

Es preciso averiguar si el enfermo tuvo algún síncope, trastornos del habla, parestesias o parálisis de una de las extremidades. Estos episodios no constituyen un ataque verdadero, pero son signos sugestivos de una insuficiencia cerebral transitoria por espasmo.

La historia clínica detallada puede revelar que un enfermo tuvo en el pasado un accidente cerebrovascular (ACV) (Hemorragia cerebral, trombosis cerebral), cuyos signos fueron en orden de aparición: Cefaleas intensas, vómitos, somnolencia, convulsiones, parálisis con o sin recuperación.

Precauciones que deben tomarse con el enfermo después de un accidente cerebrovascular:

1.- No se debe hacer tratamientos odontológicos efectivos, por lo menos durante 6 meses después del episodio cerebral.

2.- Procurar que los tratamientos sean cortos.

3.- Es conveniente una buena sedación, pero -- sin llegar a provocar somnolencia o depresión cerebral -- (La sedación profunda deprime la circulación cerebral y puede iniciar una trombois cerebral).

4.- Es conveniente consultar con el médico del enfermo cuando éste presenta un estado físico dudoso.

3.5. Hipotensión arterial:

Como ocurre con la mayoría de las emergencias, la prevención es el mejor tratamiento. La posibilidad de una hemorragia profusa obliga a hospitalizar al paciente y administrar transfusiones.

La caída de la presión arterial puede obedecer a diversas causas. Por ejemplo, se conocen muchos episodios de hipotensión intraanestésica en individuos tratados previamente con antihipertensivos, y a veces se produce insuficiencia suprarrenal con hipotensión franca en pacientes bajo tratamiento previo con corticosteroides. Otras causas son las siguientes: hemorragias graves, embolia gaseosa, hipoxia grave y sobredosis de agentes --- anestésicos.

El shock puede considerarse un estado de colapso cardiovascular que muchas veces se acompaña de retorno venoso insuficiente al corazón, y que se complican -- por una persistente deficiencia del aporte sanguíneo a -- los tejidos periféricos.

La hipotensión constituye una de las complicaciones más comunes que se registran en la sala de recuperación y puede obedecer a múltiples causas.

El tratamiento racional depende del conocimiento de la etiología de fondo, que va desde una pequeña hipotensión debido al cambio de posición o cuando las drogas analgésicas, anestésicas, tranquilizantes o antihi--

pertensivas han reducido la eficiencia de los mecanismos compensadores del aparato cardiovascular del paciente. - En caso de disminución de anhídrido carbónico retenido o de la merma de las catecolaminas, en este caso el tratamiento aceptado para este tipo de hipotensión consiste en administrar vasopresores.

3.6. Arteroesclerosis:

Es una forma de la arteritis crónica, aunque más bien consiste en el endurecimiento de las paredes arteriales, de lo que determina la paralización de los movimientos de las arterias y por lo tanto la mala circulación de la sangre. Las causas generales son las enfermedades infecciosas, los excesos en la comida, las emociones desagradables, la vida antihigiénica, etc.

La enfermedad se presenta en edades avanzadas. Los síntomas dependen del lugar del cuerpo donde más se acusa la obliteración parcial de las arterias. Si es el cerebro, se produce el reblandecimiento cerebral que se acompaña de vértigos; si es en las extremidades, se producen calambres y adormecimientos de los dedos de las manos o de los pies, con dificultad para los movimientos y en muchos casos se presenta una gangrena localizada. La falta de memoria, la sordera, la dificultad para hablar, etc. son las múltiples manifestaciones de la arteroesclerosis.

Cuando afecta a las arterias del corazón suele presentarse la angina de pecho.

Un régimen natural de tratamiento, es preferible a los medicamentos, que en estos casos pueden considerarse como grandes auxiliares, como son los reductores de presión arterial o hipotensores. Ultimamente se ha utilizado los estímulos eléctricos con el fin de estimular constantemente las arterias y evitar el endurecimiento de las mismas.

3.7. Anemias:

Es conocido como un estado morboso del organismo en la cual encontraremos una disminución considera-

de Eritrocitos o cantidad de hemoglobina.

La cantidad normal en un paciente debe ser de: 4-5 millones/mm³ de Eritrocitos y Hemoglobina 45-50%.

En la medicina clásica se hacen muchas divisiones de las anemias; hipocrómica, micocítica, nutricional, secundaria, hemorrágica, del embarazo, de la lactancia, -perniciosa, primaria, etc. ramas todas del mismo tronco que si antes eran de difícil tratamiento, desde la aparición de los extractos de hígado las vitaminas y otros productos dejaron de ser un problema grave, cuya solución se consigue que es la Vitamina B-12. Las causas de la anemia, son todas las que constituyen el empobrecimiento de la sangre, desde la mala alimentación y la vida antihigiénica.

Signos y sintomatología es la siguiente: dolencia de piel y mucosas, debilidad general, mareos carácter irritable, zumbido de oídos, dolores de cabeza, hipotemblores, falta de apetito, estreñimiento, lengua edematosa, palidez general.

Y en todos los casos, incluso en la anemia perniciosa, que es la más grave el tratamiento es casi común, la "Ledernemia" (Lederle) una cápsula diaria cada 24 horas. durante el tiempo que sea necesario hasta el restablecimiento de la salud. En caso de anemia en infantiles se aplicará unas cucharaditas de "Livitámin Líquido" (Massenzill) 1 cucharada cada 12 horas.

3.8. Hemorragias:

El paciente deberá ser interrogado con respecto a posibles antecedentes de hemorragias. Si manifiesta "Yo sangro con facilidad", mientras no se demuestre lo contrario, deberá considerársele predispuesto a complicaciones hemorrágicas.

En segundo lugar deberá ser interrogado si está siendo tratado con ciertos medicamentos, por ejemplo salicilatos, anticoagulantes, hormonas o preparados anti anémicos con hierro. Tales compuestos se relacionan específicamente con determinados problemas hemorrágicos. En-

caso de sospecharlo, un interrogatorio más minucioso podrá arrojar luz sobre defectos sutiles de la coagulación.

Los antecedentes de leucemia, hemofilia, diversas discrasias sanguíneas o cualquier enfermedad hemorrágica obliga a realizar una consulta con el médico que -- trata al paciente.

Si la información suministrada por el paciente no ha sido lo suficientemente clara, es importante preguntarle si tiene tendencia a padecer hemorragias fáciles o espontáneas, si sangre prolongadamente después de la herida o corte de poca importancia, o si hay antecedentes familiares de enfermedades hemorrágicas. Los antecedentes familiares son de suma importancia, a pesar de que a menudo se los pasa por alto.

Algunos de los datos importantes serían como -- el aspecto de la piel, que puede presentar patequias, el color de los ojos y el estado y el color de las encías, -- los labios y los lechos de las uñas, lo cual se olvida -- con demasiada frecuencia y puede revelar la presencia de enfermedades hepáticas, leucemia, anemia, etc., infecciones todas capaces de predisponer a la hemorragia. Hasta el examen más somero permitirá descubrir cierto tipo de púrpura y telangiectasia. La ictericia y la sensibilidad de los huesos o articulaciones pueden indicar tendencias hemorrágicas.

El clínico no tiene que vacilar a solicitar -- las pruebas de laboratorio necesarias antes del acto -- quirúrgico o de cualquier procedimiento que se sabe que producirá una pérdida de sangre.

Tratamientos: General y Local.

General: Restituir el volumen perdido, por medio de:

- 1.- Trasfusión de sangre total
- 2.- Trasfusión de suero o plasma: Glucosado
Salino
Dextrosa
- 3.- Paquete globular (600 ml).
- 4.- Fibrinógeno.

- 5.- Vitamina K
- 6.- Vitamina C
- 7.- Expansores del plasma, etc.

Local: Evitar la salida. por medio de:

- 1.- Adrenalina
- 2.- Trombina
- 3.- Acido tánico
- 4.- Espuma de gelatina (Gelfoam).
- 5.- Celulosa oxidada y regenerada (Suricel).
- 6.- Electrocauterización.
- 7.- Compresión
- 8.- Ligadura y sutura
- 9.- Cera para hueso.
- 10.- Taponamiento del alveolo.

Dieta por llevar: Rica en proteínas, carne roja, verduras ricas en minerales, vitamina B-12.

3.9. Hemofilia:

La hemofilia, enfermedad transmitida por un gen específico ligado al sexo, aparece en el varón, pero es transmitida por la mujer. Sus manifestaciones generales se presentan en la infancia y son difíciles de ser pasadas por alto.

El manejo de estos pacientes, es pese a los adelantos en el tratamiento, uno de los más delicados que puede enfrentar el dentista.

Antes de la intervención debe hacerse una cuidadosa evaluación hematológica, administrando trasfusiones, fibrinógeno y concentrados de factor VIII en cantidad suficiente. La cirugía debe ser esencialmente corta y conservadora, evitando al mínimo las posibilidades de hemorragia. Muchos clínicos tienen teorías avanzadas al respecto, desde el empleo de bandas especiales de goma a la aplicación de complicados planes de trasfusiones postoperatorias. De acuerdo con el criterio de la mayoría de los autores, las intervenciones odontológicas en hemofílicos deben realizarse en centros especializados que posean la experiencia y los medios adecuados para prevenir o controlar la hemorragia. Antes y después de

la intervención, por supuesto, se debe trabajar en estrecha colaboración con el hematólogo o el médico tratante.

Los trabajos de Judith Pool, en la Universidad de Stanford, permitieron disponer de compuestos de fibrinógeno para el tratamiento de trastornos hemofílicos. Es to se logra mediante técnicas de congelamiento y fraccionamiento, por las cuales se concentra el factor VIII y se puede administrar en un volumen muy pequeño (10 ml), - la cantidad de globulina antihemofílica que normalmente se encuentra en varios litros de sangre total.

3.10. Fiebre Reumática:

Es la inflamación aguda de las articulaciones y atacan más al hombre que a la mujer. La etiología es la siguiente: el frío, la exposición a la humedad, los grandes enfriamientos, la mala alimentación y la infección bacterianas.

Sintomatologías: dolores en rodillas y tobillos con inflamación, fiebre, aumento de la sensibilidad de la piel, dificultad dolorosa de los movimientos, sudoración, estreñimiento, mala digestión anemia y poco a poco se extiende a las extremidades y sus respectivas articulaciones.

El mal puede extenderse también al corazón provocando así una cardiopatía reumática, causada por el estreptococo beta-hemolítico, ocasionando una endocarditis y valvulitis que conduce a la formación de tejido de cicatrización en las válvulas, con la consiguiente estenosis o insuficiencia valvular. Las válvulas que se lesionan con mayor frecuencia son la mitral y la aórtica.

El pulmón, el cerebro y espina dorsal también son afectados dando lugar además a las flebitis, a la pleuresía y alteraciones de la piel. El proceso infeccioso puede alcanzar al organismo entero y los dolores suelen sentirse en todo el cuerpo.

Tratamiento a base de penicilina, cortisona, salicilatos, sales de oro.

3.11. Diabetes: Mellitus y Sacarina.

Mellitus: En estos enfermos el interrogatorio será dirigido respecto a su dieta, si nota que tenía una sed intensa, si orribaba más o si adelgazaba de una manera anormal. La presencia de alguno de estos síntomas o de todos ellos, es signo de diabetes no controlada y si persiste una duda es necesario recurrir a la consulta médica.

Es importante señalar que los sustitutos de la insulina como ejemplo el Diabenase por vía bucal, no logran controlar la diabetes grave. Pero si el enfermo toma algún hipoglucemiante o regula su enfermedad, únicamente mediante la dieta, el odontólogo puede considerar que la diabetes del enfermo no es grave.

Generalmente el enfermo diabético, puede dar una apreciación exacta de su estado actual, ya que en algunos casos él mismo hace prueba de la glucosa en la orina. Cuando la prueba es negativa o si hay solo huellas de azúcar o una reacción de 1 + (una cruz), el tratamiento dental no presenta ningún problema.

El diabético, controlado o no, presenta una -- predisposición marcada a la aparición prematura de arteriosclerosis; por lo tanto es preciso indagar la presencia de posibles síntomas de insuficiencia cardiaca y angina de pecho.

Cuando el enfermo diabético es aprensivo, come mal o no come antes de la cita odontológica y en ocasiones tampoco come después de la consulta. En este caso es preciso pedirle al enfermo que disminuya a la mitad su dosis normal de insulina o bien que la suprima completamente el día del tratamiento dental, con el fin de prevenir toda posibilidad de choque insulínico. Una glucemia elevada durante un período corto no produce efectos nocivos.

La diabetes no tratada puede manifestarse a nivel de la boca, por la estomatitis con gran compromiso periodontal. Las encías aparecen hipertrofiadas, inflamadas, dolorosas y sangrantes fácilmente, lo cual dificulta el diagnóstico diferencial con otras afecciones sistémicas. El olor cetónico en el aliento (olor a manzana), -

es característico del diabético.

Tratamiento: Dar insulina e hidratos de carbono, si hay colapso cardiovascular se trata mediante hidratación intravenosa y drogas vasoconstrictoras. La administración de oxígeno y posición horizontal es fundamental. El shock insulínico se trata con azúcar, caramelos o jugos de frutas azucarados.

Diabetes Sacarina: Encontramos más lesiones vasculares. Como consecuencia de la arterioesclerosis, de la calcificación de los vasos de la reducción de la luz de los capilares, en estos pacientes hay mayor incidencia de insuficiencia coronaria de accidentes cerebrovasculares, de trastornos de la función renal y de gangrena de los pies y los dedos.

3.12. Tuberculosis:

Es una infección producida por el *Micobacterium Tuberculosis*, llamado basilo de Koch descubierto en 1881.

Estos basilos pueden atacar varias partes del cuerpo produciendo distintas manifestaciones: en la piel originan el lupus; en los huesos, la tuberculosis ósea; en los gánglios, las escrófulas, tan comunes en los niños; también se desarrollan en el intestino, bazo, riñones, hígado, etc. La infección más frecuente, la de los pulmones.

La tuberculosis se trasmite directamente por las gotas de saliva (gotas de Flügger). También se trasmite indirectamente por medio de los objetos tocados por el enfermo.

Los síntomas principales son: una tosecilla seca y breve que se presenta principalmente al amanecer, repitiéndose durante el día en intervalos más o menos espaciados; alteración del estado general, adelgazamiento rápido; temperatura elevada que aumenta al anochecer, inapetencia, anemia, mala digestión, irritabilidad, etc. Hay esputos, unas veces blancos y otras con tachas purulentas. La "hemoptitis" es un accidente del principio de la enfermedad, y en muchos casos pueden considerarse

como cerdaderas "descargas" basilares que suceden en un golpe de tos.

A nivel oral se presentan úlceras tuberculosas que se caracterizan por tener bordes desflecados -- que asientan sobre un fondo gelatinoso y se colocan en lengua (color amarilla) y también en mucosa.

Tratamiento; sulfato de dihidroestreptomicina, la hidracia del ácido nicotínico y el ácido paraaminosalicílico.

3.13. Hepatitis:

Se caracteriza por degeneración y necrosis de las células del parénquima hepático, con proliferación y tumefacción del tejido reticuloendotelial. El agente etiológico es un virus y el contagio suele ocurrir por alimentos o agua contaminada con heces. El período de incubación es de 2 a 6 semanas.

El comienzo se caracteriza por fiebre, anorexia, cefaleas, malestar, náuseas y vómitos. Aparece ictericia acompañada bilirrubina en la orina y heces de color masilla. El hígado se agranda y se torna sensible a la palpación. En estas condiciones, el hígado no metaboliza el alcohol y la ingestión de éste produce una recaída. Se percibe un aliento con olor a "ratón" (fetidez hepática). Los casos más graves pueden ir a la insuficiencia hepática, con alteración del sistema nervioso central, somnolencia, desorientación, delirio, convulsiones y coma.

La hepatitis sérica se adquiere por vía parenteral, el virus puede pasar al torrente circulatorio o a los tejidos por medio de la sangre, o transmitirse por agujas, jeringas o instrumentos quirúrgicos mal esterilizados. El período de incubación es de 2 a 5 meses. Es atleccida la enfermedad, su evolución clínica es similar a la de la hepatitis infecciosa, pero puede ser más grave y prolongada.

Se recomienda tomar dos cápsulas de "Disicol" (Parque Davis) en cada una de las tres comidas. Bastan-

tante reposo.

Tanto la hepatitis como la tuberculosis se debe de tener medidas extremas de cuidados para el médico y odontólogo, a causa del contagio.

3.14. Epilepsia:

La epilepsia, trastorno crónico del funcionamiento cerebral, se caracteriza por ataques recurrentes que se acompañan de alteraciones en el estado de conciencia. Los ataques son de comienzo brusco y de corta duración. Aunque existen otras clases de epilepsias, solo describiré los accesos del gran mal, que son los únicos que pueden tener consecuencia peligrosa si aparecen en el consultorio.

Manifestaciones del gran mal:

- 1.- Los ataques están precedidos generalmente de una "aura" que el paciente percibe, la mayoría de las veces, bajo la forma de un relámpago luminoso; inmediatamente profiere un grito.
- 2.- Caída y pérdida de la conciencia después del grito.
- 3.- Contracción sostenida, luego intermitente, de los músculos de las extremidades, el tronco y la cabeza.
- 4.- Entre 2 y 5 minutos después de las convulsiones se observa: a) sueño profundo; b) dolor de cabeza y c) dolor muscular.

Tratamiento:

- 1.- Aflojar la ropa, especialmente el cuello de la camisa.
- 2.- Colocar una almohada o un saco debajo de la cabeza.
- 3.- Colocar un pañuelo entre los dientes para impedir mordeduras de la lengua o los labios.

- 4.- No se sugiere las drogas depresoras ni las relajantes musculares si el profesional no es experto en resurrección pulmonar.

3.15. Sinusitis:

El dolor de la sinusitis maxilar puede confundirse con los de origen dentario. Se irradia a los dientes posteriores del lado afectado, pero uno de ellos puede ser más sensible que los otros cuando se lo percute.

El dolor es constante y aumenta al bajar la cabeza; el individuo puede aliviarlo tendiéndose sobre el lado sano y permitiendo el drenaje natural del material purulento. El alivio no es inmediato, pero si hay posibilidad de drenaje el dolor comenzará a calmar en aproximadamente 30 minutos.

Las zonas infraorbitarias y del arco zigomático son sensibles a la palpación y puede haber, además, hinchazón de los tejidos blandos infraorbitarios y perorbitarios. Las radiografías de los senos paranasales mostrarán el velamiento de la cavidad afectada. Las radiografías periapicales, en cambio, son generalmente insuficientes para demostrar el velamiento, pero podrán hacer sospechar el proceso.

Tratamiento: Quirúrgico, según la etiología se recomienda la Marzupialización o la enucleación.

3.16. Sifilis:

Es una infección sistémica crónica transmitida por contacto directo e íntimo. Su agente causal es el *Treponema pallidum*, que se asemeja a las espiroquetas bucales.

Aunque el medio de infección más común es el contacto sexual, se puede contagiar a través de abrasiones de la piel.

En el sitio de la inoculación aparece una lesión primaria, el chancro. La lesión secundaria consta del período de escamación y por último, alteración sistémica.

Los signos y síntomas de la sífilis destructiva tardía ocurren hasta 20 años después. La sífilis tardía de la piel puede presentarse como pequeños nódulos o gomas ulcerados. El goma se inicia como un tumor subcutáneo que se ablanda y se rompe, desprendiendo una sustancia viscosa y muy ligada. El goma puede producir una lesión destructiva y dolorosa del paladar y del tabique nasal. La sífilis cardiovascular es una aortitis que conduce a una dilatación de la aorta con insuficiencia aórtica, o bien a un aneurisma sacular.

La neurosífilis ocasiona destrucción de las raíces posteriores de los nervios espinales, con la ataxia resultante, y una psicosis con demencia, alucinaciones, pérdida de la memoria y alteraciones graduales de la personalidad.

La sífilis congénita se debe al paso de la espiroqueta, a través de la placenta, de la madre al feto.

Oralmente comienza por un chancro bucal, que se manifiesta por una úlcera similar a las otras enfermedades de la boca. Posteriormente se producen una serie de manchas características en los labios, lengua o la faringe.

La enfermedad responde rápidamente a los antibióticos y debe ser tratada. (penicilina).

3.17. Hipertiroidismo:

El antecedente del hipertiroidismo debe hacer sospechar la posibilidad de enfermedad cardíaca o angina de pecho. Los hipertiroidismos moderados con taquicardias, sudores, dolor de cabeza y manifestaciones nerviosas son malos candidatos para tratamientos odontológicos.

También es llamada como enfermedad de Graver - que tiene etiología desconocida, puede deberse a Stress-emocional por el aumento de T_3 - T_4 (Hormonas de la Tiroides)

El riesgo odontológico hay menor tiempo de duración del anestésico, su comportamiento es de persona excitado y mal temperamento.

Tratamiento: Administración de Hormonas sintéticas, en caso de ser por tumoración, extirpación del mismo o la administración de I-131. (radioactivo) Esto - en caso de haber disminución de T_3 - T_4 como en el caso de Mixedema, enfermedad de Hashimoto y bocio endémico. Si hay hormona en cantidades superiores se administrará drogas que inhian la producción de T_3 - T_4 .

3.18. Insuficiencia Suprarrenal:

Debe considerarse la posibilidad de provocar una insuficiencia suprarrenal de un paciente que haya tomado adenocorticoesteroides en los 6 meses previos a la consulta. En algunos casos los traumatismos, incluso aquellos mínimos como la anestesia local o una simple extracción dentaria, son capaces de provocar un shock irreversible; por ello, deberá consultarse antes al médico del paciente, quien probablemente restituirá el corticoesteroides antes del tratamiento odontológico.

El paciente puede hallarse bajo la terapéutica con corticoesteroides por una afección crónica del colágeno, como artritis reumatoide, lupus eritematoso difuso y otras enfermedades autoinmunes. En esas circunstancias, el médico puede decidir aumentar la dosis del esteroide si se plantea una cirugía bucal amplia o cuando cabe esperar una reacción de stress.

Acompaña a la enfermedad de Addison, que corresponde a una hipofunción progresiva de la corteza suprarrenal, o se presenta en pacientes tratados con corticoesteroides.

Esta última situación es, por supuesto, la más común y la más difícil de descubrir si no se hace un buen interrogatorio previo.

- Manifestaciones:
- 1.- Debilidad
 - 2.- Transpiración
 - 3.- Síncope
 - 4.- Colapso cardiovascular
 - 5.- Shock irreversible.

Tratamiento: Terapéutica sintomática (interven

ción de Médico). Mantener la temperatura corporal, poner al paciente en posición horizontal y administración de oxígeno. Si es posible hacer la hidratación intravenosa con solución salina e inyectarle vasoconstrictores y corticosteroides.

3.19. Pielonefritis:

La pielonefritis, sea aguda o crónica, es un proceso infeccioso de los riñones. Es más común en el sexo femenino y el agente infectante usual es el colibacilo. Los signos y síntomas clínicos son fiebre, escalofríos, dolor lumbar, micciones dolorosas y muy frecuentes y sensibilidad moderada e intensa en el ángulo costo vertebral.

La enfermedad prolongada lesiona al parénquima renal y puede producirse uremia, hipertensión arterial grave e insuficiencia renal.

La hipertensión por difusión renal se debe a la lesión de los vasos renales. La orina aparece cargada de leucocitos y bacterias.

3.20. Hiperparatiroidismo:

En el hiperparatiroidismo la producción de la hormona paratiroidea (Paratohormona) es excesiva y ello acarrea síntomas en los aparatos esqueléticos, muscular, gastrointestinal y renal. El exceso de hormona paratiroidea puede provenir de un adenoma, carcinoma o hiperplasia de las glándulas. Puede ocurrir fracturas espontáneas de los huesos. A consecuencia de la movilización del calcio y fósforo de los huesos, se forman cálculos renales; el calcio que pasa tracto gastrointestinal ocasiona náuseas, vómitos, anorexia y úlceras gastrointestinales. El aumento del calcio circulante da lugar a debilidad muscular y a una disminución del tono de los músculos.

La hormona estimula la actividad osteoclástica causando así osteoporosis.

En algunas enfermedades como de Albert y Shägen de etiología desconocida y que se da más en los niños, consiste en hipercalcificación de los huesos, que son de consistencia dura pero frágil. A causa del aumento del calcio se observará una marcada anemia, muere joven el paciente.

Los signos son: cefaleas, atragias, adormecimiento de las extremidades y deficiencia de producción de tejido hematopoyético. Algunas otras enfermedades que afrontaremos son por ejemplo: Osteitis fibrosa quística (enfermedad de Von Raking Houssen), calcinosis, etc. Estas enfermedades como otras son por el aumento del calcio en diferentes zonas del cuerpo por la falta de regularización de la hormona paratiroidea.

CAPITULO VII

INTERROGATORIO GENERAL

Interrogatorio:

El interrogatorio es el primer método clínico que constituye por sí solo, los pilares y la base de la clínica moderna. Su estudio merece toda atención, cuidado y esmero. Haciendo un excelente interrogatorio, obtendremos de él, el máximo número de datos clínicos, -- los cuales nos servirán en la elaboración, formación e integración de un diagnóstico final.

Para obtener una historia clínica completa, -- será necesario efectuar un interrogatorio exhaustivo, -- empleando un lenguaje sencillo, claro, fácil de comprender tanto por el operador como por el paciente.

El interrogatorio o "anamnesis", es la primera parte de la exploración clínica, que nos sirve para comunicarnos directa o indirectamente con el sujeto o terceras personas, para investigar la enfermedad o padecimiento actual, sus antecedentes y la de sus familiares, relacionados en la entidad patológica en estudio.

El interrogatorio se hará mediante una serie de preguntas ordenadas, lógicas, adecuadas y dirigidas -- al paciente o tercera persona, para esclarecer con precisión, las causas presentes o pasadas de salud o enfermedad de él y sus descendientes.

El interrogatorio, se ha dividido, tomando en cuenta exclusivamente obtener el material necesario para la integración de la historia clínica, con el fin de llegar a un diagnóstico correcto y por último instituir un tratamiento adecuado.

Los tipos de interrogatorio de los que haremos uso son:

- 1) Interrogatorio Directo
- 2) Interrogatorio Indirecto

1) Interrogatorio Directo: Es aquél en que el clínico se dirige personalmente al paciente, para obtener de él todos los datos referentes a su enfermedad o padecimiento actual, los antecedentes de él y de sus familiares.

2) Interrogatorio indirecto: es aquél, en que las preguntas las dirigiremos a sus familiares o terceras personas, por haber encontrado dificultad en el interrogatorio directo, por ejemplo: menores de edad, estados de coma, -- trastornos Psicológicos, estados de shock.

El interrogatorio nos servirá para obtener el mayor número de síntomas y signos clínicos y facilitar las relaciones médico-enfermo.

El odontólogo por medio del interrogatorio general se informará sobre cualquier enfermedad, debilidad o alergia y también, acerca de las drogas prescritas o tomadas recientemente, en especial, somníferos, tranquilizantes o preparados con cortisona, que posteriormente estos datos nos referirán una patología clara y acertada.

Las preguntas serán sencillas y dirigidas hacia estos aspectos:

- Cabeza: cefaléas, vértigos, sensaciones de liviandad, desmayos.
- Ojos: lentes, visión, dolor.
- Oídos: audición, zumbidos, dolor, secreción.
- Nariz: resfríos, epistaxis, olfacción.
- Boca: salivación, lesiones, dolor, gustación deglución, afonía, amigdalitis.
- Cuello: rigidez, distensión venosa, latidos y tumefacciones.
- Respiratorio: tos, hemoptisis, esputo, transpiración nocturna.
- Cardíaco: dolor en el pecho, palpitaciones, -- disnea, ortopnea, edema de tobillos.
- Gastrointestinal: apetito, náuseas, vómitos, -- diarrea, hematemesis, ictericia, color de las heces, dolor, abdominal.
- Menstruación: edad de comienzo, frecuencia, regularidad, duración, dolor, cantidad,

fecha del último período.
 Neuromuscular: convulsiones, parestesias, debilidad, parálisis, incoordinación de los movimientos.
 Peso: cifra actual y cambios recientes.
 Tratamientos dentales anteriores con sus resultados.
 Historial de hemorragias
 Experiencia en la anestesia.
 Hábitos orales.
 Estado de tensión durante las citas dentales, etc.

Un proceder erróneo es ver al paciente en una consulta de media hora y escuchar sus quejas parado al lado del sillón, con las manos lavadas y listo para zambullirse en la boca ni bien deje de hablar; otros fragmentos de la historia se obtienen mediante un interrogatorio directo en el curso, por ejemplo, de la palpación y la percusión. Con este método el profesional trata de reconocer y diagnosticar la afección inmediatamente y al fracasar en su intento, pierde la disposición adecuada y tiende a considerar al paciente o a su afección como un estorbo.

Un proceder lógico sería el de fijar la consulta para un momento adecuado, por ejemplo la última hora del día, en la cual no incide la urgencia de consultas subsiguientes. Habitualmente se requiere una hora o más para establecer una buena relación con el paciente y obtener una buena historia completa.

El interrogatorio debe realizarse con el dentista sentado, perfectamente lejos del sillón del trabajo. El fin de esto es obtener una información completa, que debe ser anotada y la descripción de la dolencia; la historia debe ser cronológica.

Sin embargo, ningún paciente dará su historia en forma cronológica. El orden se obtiene más tarde, una vez que el paciente ha terminado, aunque con experiencia puede lográrselo en el curso de la exposición. El enfermo debe hablar libremente, sin interrupciones por parte del dentista y, por supuesto, sin preguntas que puedan sugerir una respuesta específica. Las preguntas específicas podrán hacerse más tarde, pero la sesión no será ---

guiada por el dentista durante la primera etapa. Tener a alguien que lo escuche con simpatía, despierta en el enfermo una sensación de confianza y bienestar.

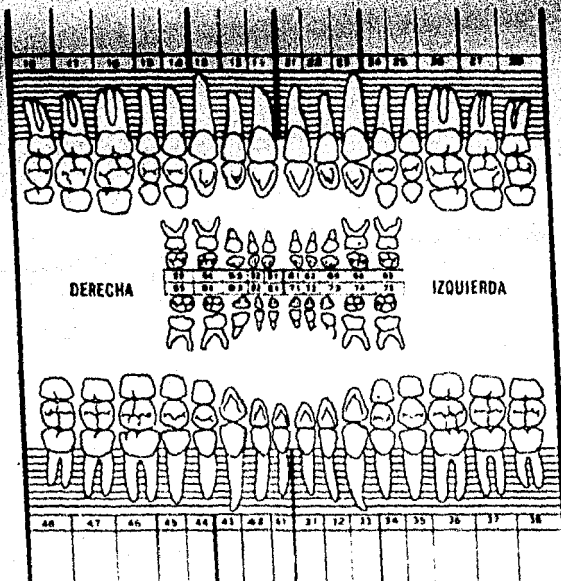
La molestia principal comprende la primera parte de la historia. Se la debe anotar con las mismas palabras que usa el paciente, sin traducirlas en términos profesionales.

La enfermedad actual abarca tanto las experiencias subjetivas como las objetivas, incluyendo operaciones, exámenes profesionales, consejos y traumatismos consecutivos relacionados con el problema. Deben registrarse en orden cronológico. Si el profesional lo escucha con atención, el paciente promedio dará un relato inteligente y bastante comprensible de su estado. Los enfermos demasiado locuaces necesitan, a veces, que el dentista los ayude a retomar el hilo principal de la exposición, aquellos poco comunicativos, en cambio, necesitan que se les saquen detalles adicionales. Los extremos extrovertidos podrán omitir puntos importantes de la historia pensando que no tiene valor suficiente como para molestar con ello al profesional, en otras palabras, no quiere ser considerado como individuo de poca tolerancia al dolor. Estos puntos tienen que ser investigados más tarde. Es común que los ancianos dejen a un lado por igual razón, los puntos más significativos y además tienden a olvidar detalles por fallas en la memoria.

Obtener una historia adecuada requiere una habilidad considerable. El examen físico solo debe comenzar cuando el paciente ha detallado todo lo que sabe de sus problemas y después de haber revelado su estado emocional y su actitud hacia la enfermedad, hacia los profesionales médicos y hacia la sociedad y después de que el dentista haya conseguido descartar algunos síndromes y tomar en consideración otros. De este modo el profesional habrá tenido tiempo de reflexionar sobre el posible diagnóstico y de tomar en cuenta mentalmente ciertos aspectos sobre los cuales deseará profundizar. Un buen entrenamiento, por tanto, permitirá al odontólogo realizar un examen físico más inteligente.

CAPITULO IIICOMPLEMENTOS DE LA HISTORIA CLINICA
PARA EL ODONTOLOGO

4.1. Registro Dentario:



ODONTOGRAMA MODERNO

Dientes Permanentes

Superior derecho								Superior izquierdo							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<hr/>								<hr/>							
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Inferior derecho								Inferior izquierdo							

Dientes Temporales

Superior derecho					Superior izquierdo				
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<hr/>					<hr/>				
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
Inferior derecho					Inferior izquierdo				










El nuevo sistema está ganando popularidad en las instituciones educacionales de todo el mundo, y en la práctica privada, dando así buen resultado y efectividad.

De acuerdo con el sistema recomendado de dos dígitos, el primer dígito indica el cuadrante y el segundo dígito el diente dentro del cuadrante. A los cuadrantes se les asignan los dígitos 1 a 4 para la dentición permanente y 5 a 8 para la temporal en el sentido de las agujas del reloj, comenzando por el cuadrante superior derecho; a los dientes de un mismo cuadrante se les asignan los dígitos 1 a 8 (1 a 5, temporales), desde la línea media hacia atrás.

Los dígitos deben ser enunciados por separado; así los caninos permanentes son los dientes 13- 23, 33- 43. Ser así el (1-) el cuadrante y el (-3) el diente.

El registro se indicará con las claves que el médico o dentista se acomode o adapte al odontograma, pudiendo indicar con los diferentes colores, símbolos,-

etc. En seguida se mostrarán una serie de signos:

Margen gingival (rojo)	Hipoplasias 
Fondo de bolsa (azul)	Por extraer 
Migración 	Manchas 
Piezas ausentes 	No erupcionadas 
Lugar cariado 	Por obturar 
Erosiones 	Prótesis parcial removible
Prótesis fija =====.	(signo) = = = = = .
Movilidad Grado 1,2,3.	Piezas incluidas. (I).

4.2. Datos para los Tratamientos Odontológicos:

Se indicarán con la numeración del odontograma antes mencionado los dientes afectados.

Operatoria:

Fecha de iniciado _____	Grado de caries _____
dientes cariados _____	_____
dientes extraídos _____	_____
dientes por extraer _____	Material de restauración _____
dientes con manchas _____	Reacción de percusión _____
dientes no erupcionados _____	Reacción de movilidad _____
dientes por obturar _____	Oclusión _____
dientes obturados _____	Plan de tratamiento _____
Vitalidad pulpar _____	Pronóstico _____
Indicación al laboratorio _____	Fecha de terminado _____
Recomendación al paciente _____	Precio _____

	Firma del paciente _____
	Firma del médico _____

Prótesis fija y removible;

Malos hábitos _____
 color de dientes _____
 color de encías _____
 consistencia de encías _____
 tipo de mordida _____
 Malposición dentaria _____
 contactos prematuros en céntrica _____
 abresión _____
 tipo de base _____
 tipo de dientes artificiales _____
 tipo de conector _____
 tipo de retenedor _____
 tipo de anclaje _____

Tipo de incrustación _____
 tipo de corona _____
 tipo de puente _____
 tipo de férula _____
 apreciación de Rx _____

 plan de tratamiento _____
 pruebas de laboratorio _____
 indicaciones al paciente _____

Exodoncia:

Pruebas sanguíneas _____
 propensión hemorrágica _____
 estudio radiográfico _____
 antecedentes médicos _____
 dientes por extraer _____
 tipo de anestésico _____

causa de la extracción _____
 terapéutica empleada _____
 indicaciones pos operatorias _____
 dieta _____
 cita próxima _____

Endodoncia:

dientes a tratar _____
 examen Rx _____
 Rx iniciado _____
 Rx fase intermedia _____
 Rx final _____
 tipo de cámara pulpar _____
 tipo de conducto pulpar _____
 Nº de conductos _____
 estado de zona apical _____
 tumefacción localizada _____
 difusa _____
 pulpa expuesta _____ íntegra _____

plan de tratamiento _____
 conductometría aparente _____
 real _____
 material de obturación _____
 control postoperatorio inmediato _____
 mediato _____
 en caso de momificación se agregarán: tipo de momificación, técnica de momificación, citas diferentes del

tratamiento, etc. _____

Prostodoncia:

Estudios Rx _____
 estudio de tejidos _____
 blandos _____
 color de dientes art. _____

 forma de dientes _____
 over jet _____ mm _____
 tipo de placa _____
 clase de dientes _____
 pruebas mecánicas de labora-
 torio _____

existencia de dientes _____
 tipo de dientes artificia-
 les _____
 medida de comisura a comisu-
 ra _____ cm _____
 localización de plano de --
 oclusión _____
 marca de línea media _____
 indicaciones al paciente _____

Parodoncia:

Tratamientos anteriores _____
 algún tratamiento de orto-
 doncia _____
 frecuencia de cepillado _____

traumatismo gingival _____
 interferencia en movimien-
 tos mandibulares _____
 Abrasión _____
 eroción _____

si utiliza hilo dental, pa-
 lillos o estimuladores _____

utilización de antisépticos _____

gingivorrea espontánea _____

respiración bucal _____

alteraciones menstruales _____

discrasias sanguíneas _____

estado nutricional _____

encías color _____ consisten-
 cia _____

exudados _____

sarro supra _____ subgingi-
 val _____

Se indicará en el odontogra-
 ma los datos siguientes:

Margen gingival _____
 fondo de bolsa _____
 migración de hueso _____
 piezas ausentes _____
 piezas incluidas _____
 prótesis utilizando _____
 grado de movilidad _____

estudio de Rx y su aprecia-
 ción _____
 indicaciones postoperatorias _____
 citas próximas _____

Cada una de las diferentes materias odontológi-
 cas se complementarán en sus datos, para formar así una -
 serie de datos para los diferentes tratamientos y tener -
 registrado lo fundamental que le puede interesar al odon-
 tólogo de estas materias.

Quiero subrayar que para todos los tratamien--tos, ya sea quirúrgico o no, si se va intervenir en hueso o no, es indispensable hacer el estudio radiográfico--necesario.

4.3. Terminología:

El objeto de este tema no es ser un dicciona--rio completo de términos médicos y dentales destinados a auxiliar a los mismos. Su intención, es más bien, recordarlos para ser competentes en esta actividad mediante --la serie de terminologías que frecuentemente utilizamos-- y que se emplea en la actualidad en todos los medios mé--dicos y odontológicos.

El prefijo es una sílaba o grupo de sílabas --que unidas al comienzo de una palabra cambia su signifi--cado.

El subfijo es una sílaba o un grupo de sílabas --que unidas al final de una palabra cambia su significado.

Se deberán conocer los prefijos y subfijos fre--cuentemente más usados de las palabras que están relacio--nadas con la profesión del arte de curar, como ayuda adi--cional para la comprensión de la terminología médico den--tal. A menudo si nos remitimos a un prefijo o subfijo de una palabra, podremos determinar la definición de la mis--ma.

A continuación hay una lista de las raíces, --prefijos y subfijos, más utilizados que ayudan a conocer la formación de palabras.

Prefijos y Subfijos:

a. an: negación	bio: vida
aemia: sangre	cord: corazón
algia: dolor	cía: práctica de dentista como paidodencia.
ana, an : arriba	co, com, con: juntos
angi: vaso, como en agitis.	cina: azul e jm cianosis
angio: en relación con la sangre a los vasos linfáticos.	denti: relacionado con los dientes.
anti: en contra	di: separación o división
aut, auto: mismo propio	diplo, diplo: doble

dima: dolor
 di: dificultad
 ectomía: cortar
 edema: hinchazón
 of,es,ex,exo: afuera
 emes,emet: vómito
 endo: dentro
 epi: sobre
 estesia: sensación
 ex: fuera
 extra: afuera, más allá
 fag: comer
 fernia: falta de
 folio: mucho
 fobia: miedo,temor enfermiso
 gastro: estómago,vientre
 glors,glot: lengua
 glue,gly: dulce, azúcar
 gno,gnos: saber
 graphia: escritura
 hem,hemato: relacionado con
 la sangre
 hepa: hígado
 homo,homeo: parecido,similar
 higi,hipel: salud como higie
 ne
 hiper: sobre,más allá,anor--
 mal o excesivo
 hipo: debajo,deficiente o
 bajo
 iasis: condición,estado pato
 lógico
 infern: bajo
 infra: debajo
 itis: inflamación
 leuco,leubo: blanco
 lingu: lengua
 lip: grasa
 lisis: liberar,desintegra-
 ción
 macro: grande, largo
 micro: pequeño
 neu,neuro: nervio
 nujo: músculo
 ob: contra

ocul: ojo
 odont: pertenece a los dien
 tes
 oma: tumor
 ortho: recto, normal
 os,oste: hueso
 osis: condición,enfermedad
 oxi: agudo, ácido
 patho: enfermedad
 plegia: golpe
 pnea: relacionado con el
 aire o pulmones
 post: después
 poli: muchos
 pro: antes, a favor de
 pre: antes
 py,pyo: pus
 rhage,raghue: hemorragia,
 fluir
 storn,stromat: boca,orificio
 sub: bajo o debajo
 super,supra: arriba o sobre
 sutur: cocer junto
 syncop: distante, por
 tele: distante, por
 terape: tratamiento
 term: calor
 tromt: bulto,coágulo
 tomy,tomía: corte
 tum: hinchazón
 uni: uno
 urea: en relación con la
 orina
 termia: relacionado con la
 temperatura

Terminología:

Absceso: formación de pus que es localizada y limitada-extensión, en cualquier parte del cuerpo.

Astenia: con poco ejercicio sufre demasiado cansancio.

Anorexia: pérdida del apetito.

Arritmia: contracciones cardíacas sin llevar un patrón-especial de ritmo; causado por problemas eléctricos.

Adinamia: pérdida del movimiento.

Alergia: sensibilidad de una persona a una sustancia específica que, a su vez no causa ninguna reacción en una persona que no es sensible a ella.

Anemia: condición en que hay una reducción significativa de glóbulos rojos, la cual a su vez implica una reducción considerable en la capacidad de oxígeno en la sangre.

Antibiótico: el producto de un organismo que puede ser utilizado para destruir otro organismo que produce enfermedades.

Antisepsia: la destrucción de gérmenes que causan enfermedades, fermentación o putrefacción.

Antiséptico: sustancia que frena o inhibe el crecimiento de las bacterias, pero que no necesariamente los mata.

Apicectomía: extirpación quirúrgica del ápice de la raíz dental.

Asepsia: Es un método de tratamiento que crea una condición antiséptica mediante la exclusión de microorganismos.

Asfixia: suspensión de la respiración y del movimiento.

Atrofia: el desgaste de los tejidos o parte, por la falta del uso de los mismos o por enfermedad.

Bradycardia: disminución de los latidos cardíacos.

Bradipnea: disminución de Nº de inspiraciones por minuto.

Bacteremia: bacterias en la sangre.

Biopsia: extracción quirúrgica de un tejido para hacer un examen microscópico, para localizar partes malignas.

Colapso: descenso de temperatura acompañada de la aceleración del pulso y depresión general.

Cistitis: Inflamación de la vejiga causada por infección.

Cistocela: prolapso de la vejiga a través de la vagina.

Cianosis: coloración azul, negruzca o lívida de la piel causando por falta de oxigenación.

Carcinoma: un tumor maligno.

Cardiovascular: pertenece al corazón y a los vasos san-

guíneos.

Caries: destrucción de la estructura dental.

Coma: es una pérdida prolongada de la conciencia, y que no se repone por sí misma.

Congenital: que existe al momento de nacer.

Disnea: dificultad al respirar.

Diuresis: cantidad de orina que se secreta en 24 hrs.

Dispepsia: dificultad de digestión algunas veces dolorosa.

Dipsia: tomar agua.

Prostodoncia: es una prótesis dental que reemplaza a la falta de la dentición completa natural y sus estructuras asociadas del maxilar y mandíbula externa.

Diagnosis: es el procedimiento por el cual se determina la naturaleza o la causa de la enfermedad, además la identificación de la enfermedad.

Epistaxis: salida de sangre del aparato respiratorio por la nariz.

Edema: la acumulación excesiva de fluido en los tejidos, lo que provoca inflamación.

Embolo: es un coágulo o una porción pequeña de una sustancia extraña que obstruye la corriente de la sangre en un vaso.

Endodoncia: es la rama de la odontología que trata a las pulpas afectadas.

Enfermedad: es una desviación del estado de buena salud, es un desorden en el funcionamiento de cualquier órgano del cuerpo.

Epitelio: la envoltura de la piel y de las membranas mucosas.

Eritema: rojez de la piel.

Erupción: es el proceso de la entrada a la boca de un diente nuevo desde su lugar de formación.

Espasmo: es una contracción muscular involuntaria, repentina y violenta.

Etica: es la ciencia de la conducta correcta.

Etiología: es el estudio o ciencia relacionada con la causa de cualquier enfermedad.

Examinación oral: son aquellos procedimientos realizados por el odontólogo y médico, que los ayudan a diagnosticar sobre la salud oral de un paciente.

Exodoncia: rama de la odontología que estudia todo lo relacionado con la extracción de los dientes.

Farmacología: es el estudio científico de las drogas o remedios.

Febril: pertenecientes a fiebre.

Frenectomía: es la extracción quirúrgica del frenillo labial o del lingual.

Hematuria: orina acompañada de sangre.

Hemoptisis: salida de sangre del aparato respiratorio -- por boca.

Hematemesis: salida de sangre del aparato digestivo por boca.

Hiperplasia: aumento anormal del número de células.

Historia clínica: toda la información que el dentista -- puede recoger sobre un paciente que lo ayudará a hacer -- su diagnóstico y tratamiento. Esta información es estrictamente confidencial.

Ictericia: enfermedad producida por la falta de eliminación de bilis y se caracteriza por la amarillez de la -- piel.

Lipotimia: mareo, producido por la falta de presión arterial.

Leucocitosis: es el aumento de leucocitos.

Leucopenia: es la disminución de leucocitos.

Lesión: cualquier cambio producido en la continuidad de un tejido debido a una enfermedad o daño, o a la pérdida de la función de una parte.

Menarquia: es la primer menstruación.

Menopausa: la ausencia de producción del óvulo.

Melena: salida de sangre oscura digerida por el recto -- del aparato digestivo alto.

Maloclusión: desviación del contacto normal admisible -- de los dientes de los arcos opuestos.

Metástasis: es el traslado de una enfermedad de un órgano o partes del cuerpo a otra.

Narcótico: droga que alivia el dolor y tiende a producir estupor y somnolencia simultáneamente, según la dosis.

Náusea: malestar estomacal junto con ganas de vomitar.

Necrosis: pérdida o muerte de una cierta porción de tejido, no de todo el cuerpo.

Oliguria: poca orina.

Ortopnea: falta de respiración en posición horizontal.

Oclusión: cierre natural y ajuste de los dientes superior e inferior.

Odontología: es la ciencia que trata sobre el estudio de los dientes, su estructura y sus desarrollos. Sinónimo de dentista.

Piuria: orina acompañada de bacterias.

Papila: pequeña elevación en forma de tetilla, que se encuentra rodeando los dientes.

Placa bacteriana: una película que cubre a los dientes -- en casi todas sus superficies.

Placa bacteriana: una película que cubre a los dientes - en casi todas sus superficies.

Plan de tratamiento: es una serie de operaciones o de -- procedimientos que son propuestos para tratar un desor-- den dental o médico específico.

Progénico: se refiere a la producción de pus.

Profiláctico: extracción de sarro y manchas de la super-- ficie expuesta o no expuesta de los dientes mediante el-- escariado de los mismos.

Prótesis: es la sustitución de una parte ausente del --- cuerpo por una artificial.

Prostodoncia: es la rama de la odontología que estudia - sobre la sustitución de los dientes ausentes, estructu-- ras adyacentes por unas artificiales.

Pulpa: tejido blando que ocupa la cámara pulpar y los -- conductos o canales dentales de la raíz.

Pulpectomía: es la extracción completa de la pulpa de un diente.

Pulpotomía: es la extracción parcial de la pulpa de un - diente.

Pus: líquido constituido por los glóbulos blancos de la-- sangre (leucocitos) y por un fluido ligero llamado puris.

Quelitis: inflamación del labio.

Quiste: es la estructura semejante a una bolsa que con-- tiene líquido u otras sustancias que pueden ser norma-- les o patógenas.

Rectorragia: salida de sangre roja activa por el recto - del A. digestivo bajo.

Raíz: es la porción del diente que está fija a las pare-- des óseas del alveolo, y que está cubierta por cementum.

Reabsorción: es la destrucción gradual de hueso o raíz - dental.

Restauración: se refiere a aquellas estructuras artifi-- ciales que son construidas para sustituir las que faltan.

Síncope: pérdida repentina del conocimiento y sensibili-- dad debido a la suspensión súbita e instantánea de la ac-- tividad cardíaca (paro cardíaco).

Sialorrea: aumento de saliva con salida a la boca.

Sedativo: agente que apacigua las actividades o funcio-- nes y que en consecuencia produce un estado de calma.

Stress: es la resistencia interna de un cuerpo, causa de-- formación cuando está sujeta a una fuerza mecánica.

Taquicardia: aumento en el N° de la frecuencia cardíaca.

Taquigneá: aumento de inspiraciones por minuto. (16-20 min)

Terapéutica: perteneciente al tratamiento de una enferme-- dad.

Terapia: tratamiento.

Tumor: hinchazón o dilatación, especialmente aquella causada por el crecimiento mórbido de un tejido que no es normal a dicha parte.

Vómica: salida brusca por las vías respiratorias de gran cantidad de material purulento.

CAPITULO IXC O M E N T A R I O

5.1. Situación del paciente en el consultorio:

Un paciente es una persona con problemas de salud que no puede resolver sin ninguna ayuda y que va a un lugar donde un profesional lo hace, mediante el desarrollo de ciertos procedimientos o comprometiéndose en una serie de actividades.

Estos individuos, junto con los miembros del equipo médico y a veces hasta la familia del paciente, comprenden un grupo social en donde hay interacción o una cierta clase de comportamiento "interpersonal" entre los miembros del grupo. Es decir, que cada una de las personas en cierta manera actúan, influyen o responden al resto de los del grupo o al grupo en su totalidad.

En el grupo existe cierta clase de comportamiento social. Un recepcionista brusco e impaciente podrá despertar sentimientos de resentimiento en un paciente, quien los trasladará posteriormente a su doctor o a otros miembros del equipo.

Un paciente estará más capacitado para soportar operaciones dentales, si le permiten sujetar la mano de la asistente mientras el dentista lleva a cabo la operación.

Esto es debido, a que los pacientes desean ser comprendidos y se sentirán frustrados si durante el proceso de reconocimiento dental (Historial) u otra clase de operaciones, no tiene la oportunidad como para comunicar sus sentimientos y necesidades y en consecuencia la frustración conduce al enojo.

El enojo es igualado con energía, la cual deberá ser descargada, y aquí es donde empiezan los problemas.

Uno podrá comprender las causas del comportamiento de un paciente, sin embargo, mediante su propia aceptación, y su comportamiento y criterio, podrá ayudar al paciente a sobrellevar más eficazmente la situación. Posiblemente, una persona podrá ser receptiva con respecto al comportamiento de otra, pues sabe que no lo comprende y porque podrá admitir sus propias limitaciones.

Cuando la relación existe entre los miembros de un grupo, congenia y es armoniosa, se logra la concordancia y el grupo funciona eficazmente en la resolución de los problemas de los pacientes. Sin embargo, -- hay situaciones en las cuales la concordancia se ve alterada o directamente no se logra, y dicha condición se convierte en un obstáculo o impedimento para el éxito de los tratamientos.

Pero estas situaciones desafortunadas pueden reducirse y hasta prevenirse, si el paciente es visto como una persona o un ser humano que no posee información, que tiene entendimiento parcial, que experimenta distintos grados de tensión, ansiedad, miedo y enojo y que tiene capacidad para tener sentimientos contradictorios. Todo esto, está asociado con su problema de salud y/o tratamiento. Es probable que él perciba las cosas de forma diferente a otros miembros del grupo, ya que ellos no han tenido sus experiencias ni él las de ellos.

Del punto de vista del operador, sería preferible que una persona pudiera dejar en su casa todos -- sus pensamientos y emociones cuando va al consultorio -- médico, clínica u hospital; pero cuerpo y psiquis es lo que hacen a una persona. En consecuencia, el paciente trae con él a sus pensamientos y sentimientos junto con su problema dental. Una asistente dental querrá, probablemente, evadirse de las tensiones y miedos del paciente, pero si esto ocurriera ocasionaría o empeoraría los problemas de comportamiento, ya que las esperanzas del paciente posiblemente serán defraudadas.

Los disturbios emocionales pueden ser los factores causantes de una enfermedad, pueden ser los subproductos de la enfermedad y en consecuencia agravar su condición y también puede ser un impedimento en los procesos de tratamientos.

El hombre ha desarrollado códigos de comportamiento denominados éticas, las cuales son guías que determinan el buen o mal comportamiento de las personas o grupos en relación a otros individuos. Las profesiones que cuidan el bienestar de sus clientes o pacientes han desarrollado códigos que están basados sobre éticas generales.

Dicha ética profesional es el principio de la conducta buena y mala que pertenecen al único rol de la profesión en la sociedad. Estos principios, en parte, -- tienen que ver con los derechos de los pacientes, quienes en virtud de sus necesidades, dependen del juicio -- del profesional. De este modo, la información dada por -- el profesional, se llama "comunicación privilegiada", es -- tá considerada como confidencial y se espera que se tra -- te con respeto.

5.2. La Salud Dental de la Comunidad:

Lo que un Odontólogo diga en su comunidad -- (cuando el director de la escuela local, el presidente -- del consejo municipal o el director de bienestar social -- lo llama y dice: "El problema sanitario que más nos preo -- cupa es el estado de los dientes de nuestros niños. ¿Qué -- podremos hacer al respecto?" o "Qué más podremos hacer -- aparte de lo que ya estamos haciendo?") es algo que de -- penderá de varios factores, pero sin duda su conocimien -- to y comprensión de la salud dental comunal tendrá suma -- importancia para cuando brinde su asesoramiento profesio -- nal, el que una comunidad debe recibir de sus odontólo -- gos.

La salud dental quedó atrapada detrás de una -- cortina de hierro de apatía pública por demasiados años -- y quedando algo de ello, pero esta situación está cam -- biando rápidamente y la gente está aceptando la atención -- odontológica como uno de los fundamentos de la salud. La -- gente tiene más conciencia de sus necesidades odontológi -- cas y está convirtiendo su demanda potencial de servi -- cios dentales en un deseo efectivo, real, de atención -- odontológica. No solo los individuos como tales están to -- mando más conciencia y aprecio por la buena salud den -- tal, sino que también las comunidades sociales y salud -- pública de las diferentes instituciones gubernamentales, -- ya que están adquiriendo un interés vital desde el punto

de vista de la salud dental de la comunidad. Lo testifican el número creciente de planes de seguro odontológico, de atención dental del desarrollo integral de la familia para indigentes y muchas otras actividades. Al ganarse la odontología esta deseada atención y respeto, así debe cumplir con su responsabilidad total hacia el público. La salud dental puede ser una responsabilidad individual, pero la educación para la salud dental es responsabilidad de la odontología y la docencia, que han de enseñar a la población como mantener al mínimo la enfermedad dental.

El problema de la caries dental es polifacético. La caries dental afecta al 100% de la población y afecta aproximadamente al 80% de los niños de 10 años. Comienza en los niños a los 2 años y se repite con un ritmo de aproximadamente un diente nuevo y dos caries (cavidades) por niño por año. Menos del 40% de los dientes afectados son restaurados (cifras en zonas no fluoradas). Los niños de las comunidades fluoradas tienen de un tercio a la mitad de la cantidad de caries.

Las lesiones gingivales que conducirá a la enfermedad del hueso de sostén y el tejido gingival, inflamación gingival, maloclusión, etc. Son los padecimientos más comunes que se presentan en la comunidad.

Al organizar e implantar un programa de salud dental para la comunidad que satisfaga los intereses de ésta, uno ha de apartarse de los detalles y lo específico para los individuos, para contemplar el conjunto de la comunidad. Debe interesarse por aquellas medidas de salud que proporcionen la máxima cantidad de beneficio para el número máximo de personas.

El interés de la comunidad por la salud dental es una expresión importante de la preocupación de esa comunidad por una enfermedad que exige la orientación profesional experta para prevenir y tratar adecuadamente el mal. Si bien la odontología ha desarrollado un conocimiento y unas aptitudes científicas notables en el tratamiento de los pacientes, quizá el énfasis ha estado dirigido de tal manera al desarrollo de esas aptitudes y conocimientos que ha habido cierto fracaso en "seguir el rito" en la distribución de los servicios --

odontológicos. En general, la odontología se ocupa sólo de aquellas personas que se presentan por sí mismas en el consultorio para su tratamiento.

No hay duda alguna de que la fluoración de -- las aguas de consumo comunales será el primer punto de importancia. Se acerca a la medida preventiva ideal. Se sabe que el precio para este servicio es caro, pero las pruebas son claras y los resultados lo son aún más.

CAPITULO X

CONCLUSIONES

La buena aplicación de la historia clínica nos obliga a actualizarnos constantemente en nuestros conocimientos sobre la prevención, diagnósticos y tratamientos de las diferentes patologías.

El examen correcto es una obligación legal y -- también una responsabilidad moral, hacia nuestro paciente.

El registro en una historia clínica de las iniciales S.D.P. (sin datos patológicos) y la pregunta accidental "¿Se encuentra en buen estado de salud?" No puede considerarse ya una evolución previa y adecuada en odontología.

El saber lo que se encuentra dentro, el manejo y aplicación de la historia clínica son los lineamientos a seguir para ser una odontología moderna y positiva.

La prevención de una emergencia es el servicio más importante que el odontólogo puede prestar a su paciente, prevención basada en la interpretación inteligente de los hallazgos clínicos y su buen encausamiento.

El clínico es responsable ante su paciente por la solución satisfactoria y el tratamiento correcto y -- las complicaciones que pueda acarrear un procedimiento -- que él ha iniciado.

El paciente, el doctor y su personal integran un grupo social, en el cual cada uno de sus miembros se comportan en respuesta a la presencia y acciones de los demás. La salud dental de la comunidad debe ser parte -- del ejercicio odontológico actual. La odontología es una profesión y existe como profesión porque le ha concedido este privilegio un pueblo que confía en los servicios -- odontológicos y los respetan.

B I B L I O G R A F I A

- Correa Mayoral E. I.P.S.O. 1977.
Información Profesional y de Servicios Odontológicos.
México, D.F. Editores, Lito Offset Urquijo. I.P.S.O.
- M. Mc Carthy Frank. 1973.
Emergencias en Odontología.
La Argentina. Editorial e Inmobiliaria "El Ateneo".
- R. Ferrari Guido. 1975.
Sea usted su propio médico.
México, D.F. Editora Mexicana.
- Faucault Michel. 1978.
El nacimiento de la clínica.
México, D.F. Editorial Siglo XXI.
- E. Mc Donald Ralph. 1975.
Odontología para el niño y el adolescente.
La Argentina. Editorial Mundi.
- Peterson Shailer. 1977.
El Odontólogo y su Asistente.
La Argentina. Editorial Mundi.
- Kimura F. Takao. 1975.
Apuntes de Exodoncia.
México, D.F. El mismo autor.
- Martínez Cervantes Luis. 1972.
Clínica Propedéutica Médica.
México, D.F. Editorial Fco. Méndez Oteo.
- Barcells. A. 1976.
La Clínica y el Laboratorio.
La Argentina. Editorial Marín.
- S. Goodman Luis. Gilman Alfred. 1977.
Bases Farmacológicas de la Terapéutica.
México, D.F. Editorial Interamericana.

Cuevas Francisco Dr. 1969. Catedrático de la materia en U.N.A.M.

Manual de Técnicas Médicas Propedéutica.

México, D.F. Librería de Medicina de la U.N.A.M.

Cinotti. 1975.

Psicología Aplicada en Odontología.

La Argentina. Editorial Marin.