



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

V. Bo
[Signature]

**BASES PARA LA ELABORACION DE UNA HISTORIA
CLINICA EN ODONTOLOGIA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
AGUSTIN AGUERO HERNANDEZ
JORGE FLORES RIVERA**

México, D. F.

Febrero 1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

BASES PARA LA ELABORACION DE UNA HISTORIA
CLINICA EN ODONTOLOGIA.

| | PAG. |
|---|------|
| INTRODUCCION. | 1 |
| ANTECEDENTES HISTORICOS DE HISTORIA CLINICA | 2 |
| DEFINICION DE HISTORIA CLINICA | 5 |
| OBJETIVO PRINCIPAL | 6 |
| CAPITULO I. DATOS ADMINISTRATIVOS | 7 |
| a) Fecha . | |
| b) Nombre. | |
| c) Edad. | |
| d) Sexo. | |
| e) Origen. | |
| f) Estado Civil. | |
| g) Dirección. | |
| h) Ocupación. | |
| i) Teléfono. | |
| CAPITULO II. MOTIVO DE LA CONSULTA. | 8 |
| PADECIMIENTO ACTUAL. | |
| CAPITULO III. ANTECEDENTES. | 12 |

- a) *Antecedente no Patológicos.*
- b). *Antecedente Patológicos.*
- c) *Antecedentes Familiares.*

CAPITULO IV. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS. 16

- a) *Aparato Gastrointestinal.*
- b). *Aparato Cardiorespiratorio.*
- c) *Aparato Genitourinario.*
- d) *Sistema Nervioso.*
- e) *Sistema musculoesqueletico.*

CAPITULO V. EXPLORACION FISICA. 29

- a) *Signos Vitales (Pulso, Presión Arterial, Temperatura, respiración).*
- b) *Peso, estatura, talla.*
- c) *Cabeza, ojos, oído, nariz, cuello, garganta.*
- d) *Torax, pulmones, corazón.*
- e) *Abdomen, Genitales, extremidades.*

CAPITULO VI. EXPLORACION BUCAL. 44

- a) *Tejidos Duros*
- b) *Tejidos Blandos.*

CAPITULO VII. EXAMEN DE LABORATORIO Y RAYOS "X". 53

- a) *Biometría Hemática.*
- b) *Tiempo de Sangrado.*

- c) *Tiempo de Coagulación.*
- d) *Tiempo de Protrombina*
- e) *Tiempo de Tromboplastina*
- f) *Tipo de RH.*
- g) *Exámen General de Orina.*
- h) *Exámen Radiográfico.*

| | |
|---|-----------|
| <i>CAPITULO VIII. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.</i> | <i>57</i> |
| <i>CAPITULO IX. TRATAMIENTO.</i> | <i>60</i> |
| <i>CONCLUSIONES.</i> | <i>67</i> |
| <i>BIBLIOGRAFIA.</i> | <i>68</i> |

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

El trabajo que a continuación presentamos, lo realizamos con el objeto de que el estudiante de ODONTOLOGIA tenga las bases necesarias para la elaboración de una HISTORIA CLINICA, ya que aunque el odontólogo lo que más frecuentemente rehabilita es la cavidad bucal; es necesario que sepa el estado general del paciente, es decir, que el odontólogo obtenga los suficientes datos sobre la salud de su paciente, y ya con estos establecer, un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento adecuado.

Esperamos que cualquier persona que consulte este trabajo le sea de mucha utilidad.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE HISTORIA CLINICA

Coincidió con un Sistema Filosófico, un motivo de estudio, un interés por la naturaleza. Esto produjo por primera vez en GRECIA cuando los Filósofos se interesaron por conocer el medio que nos rodea "LA PHISIS" y como un fenómeno natural se describió la enfermedad.

La HISTORIA CLINICA empezó con HIPOCRATES en el CORPUS-HIPOCRATICUM, obras escritas por el mismo están, los libros -- EPIDEMIAS I y III en los que para ilustrar el Texto, aparecen reunidas 42 HISTORIAS CLINICAS.

Durante el RENACIMIENTO de los siglos XII se hicieron -- relatos de enfermedades padecidas por sus enfermos y la actividad con ellos.

Estas recomendaciones se iniciaban con las palabras -- CONSILIUM-PRO (consejo sobre ó consejo para). De aquí en general esas HISTORIAS CLINICAS se les conoce con el nombre genérico de CONSILIA. Estas nunca fueron de un solo autor; eran recopilaciones de casos escritos por notables médicos medievales.

La colección de CONSILIA más antigua es la que hizo -- TADEO ALBERTINI en el siglo XIII compuesta por 107 casos y conservada en la BIBLIOTECA VATICANA.

Otras colecciones del siglo XIV pertenecen a ARNALDO -- DE LUZZI y GENTILE DA FOLIGNO. La más conocida por sus continuas ediciones hasta el siglo XVII fueron los CONSILIA DE BARTOLOME MONTAGNANA escritos hacia 1435.

La diferencia esencial entre la HISTORIA CLINICA de la época medieval y la renacentista consiste en la presencia del estudio POSTMORTEM.

SYDE HAM concedió más atención al síntoma y al signo -- que a la conformación POSTMORTEM.

Desde fines del siglo XVII hasta principios del siglo -- XIX hubo dos tendencias La HISTORIA ORGANISTICA MORFOLOGICA y LA DE INTERES SINTOMATICO CLASIFICADOR.

Hasta principios del siglo XIX la HISTORIA CLINICA fué -- producto de la percepción sensorial del médico, se describió lo visible.

AUGENBRÜGGER difundió el uso de la percusión y LAENNET -- el de la auscultación.

De 1930 a 1840 se produjo un nuevo hecho de enorme im-- portancia: LA APARICION DEL ANALISIS CLINICO.

A mediados del siglo, el antiguo concepto del CONTAGION -- ANIMATUM se hicieron realidad con los descubrimientos de PAS-- TEUR, KOCH, KLEBS y otros. Poco después se descubrieron los -- rayos "X" y la BIOQUIMICA progreso sin cesar y cada paso signi-- ficó un nuevo método de exploración clínica.

Para los Franceses les hizo crear una HISTORIA CLINICA -- que incluye datos del individuo desde el momento de nacer.

Durante los últimos años existe la tendencia de elaborar un expediente clínico integrado exclusivamente por problemas del paciente.

Un expediente orientado por problemas que en el aspecto administrativo facilita su evaluación ya que la medicina es el arte que el final quiere que las cosas vuelvan a su origen.

DEFINICION DE HISTORIA CLINICA.

Es la narración de los acontecimientos relativos al estado en que se encuentra la salud de una persona.

Es un documento en el cual se describe la enfermedad -- de un paciente.

OBJETIVO PRINCIPAL.

LA HISTORIA CLINICA debe llenar ciertos requisitos para hacerla práctica, útil y actual. Uno de ellos es el tomar en cuenta los padecimientos frecuentes del medio. Las circunstancias ya sean positivas ó negativas, pero que tengan relación con el padecimiento actual ó bien con el terreno en que se desarrolla la enfermedad.

Conocer con mayor exactitud el estado de salud de una persona por medio del interrogatorio, la exploración física, estudios radiológicos y análisis de laboratorio.

C A P I T U L O I.

DATOS ADMINISTRATIVOS

Fecha: Es importante saber cuando ingreso el paciente por primera vez para su tratamiento.

Nombre: La razón por la cual se le pide al paciente es simplemente para archivar y una más pronta identificación.

Edad: Es muy importante ya que hay padecimientos que son más frecuentes en los niños, jóvenes ó en adultos y ancianos.

Sexo: Servira para dato administrativo y estadístico.

Origen: Algunas enfermedades ó alteraciones son más predisponentes según su lugar de origen.

Estado Civil: Más que saber si el paciente es casado ó soltero lo que nos interesa saber, es si este ha tenido relaciones sexuales principalmente la mujer debido a que en el contacto sexual se contraen algunas enfermedades que pueden repercutir en la cavidad Bucal (SIFILIS).

Dirección: Solo utilizaremos para dato administrativo.

Ocupación: Es necesario saber la ya que existen lugares donde se trabaja que resultan nocivos, la inhalación de polvos tóxicos, fatigas musculares, e intoxicaciones crónicas.

Teléfono: Para verificar la cita.

C A P I T U L O I I .

MOTIVO DE LA CONSULTA

*El motivo por el cual el paciente acude al Dentista ---
pueden ser los siguientes;*

- 1.- Revisión periódica*
- 2.- Alivio de una molestia.*
- 3.- Emergencia.*
- 4.- Corregir una condición anormal.*

PADECIMIENTO ACTUAL.

El método que debe seguirse al obtener la historia de la enfermedad actual varía según el paciente y la enfermedad que lo aqueja.

El interrogante (Cirujano Dentista) debe permitir al paciente que narre su malestar en la forma que el quiera y que por ningún motivo se le interrumpa. Al hacer cualquier pregunta se debe tener cuidado de no usar palabras técnicas si se trata de una persona analfabeta.

El trastorno más frecuente que motivó acudir al médico es el dolor ó un síntoma íntimamente relacionado, la molestia:

La enfermedad actual varía según la enfermedad que presenta el paciente, por lo cual es importante hacer las siguientes preguntas:

- DURACION; en primer lugar debe preguntarse ¿cuanto tiempo ha estado enfermo?, para saber si el trastorno es agudo ó crónico. Algunas enfermedades tienen comienzo brusco y terminación rápida, otras comienzan poco a poco y ceden lentamente. En algunos padecimientos el enfermo puede decir exactamente en que momento comenzaron los síntomas, otros no pueden decir ni siquiera con aproximación de semanas cuando comenzó.

- SITIO; la importancia que tiene el sitio del dolor ó la molestia es que si este es en cabeza, cuello, tórax, abdomen ó extremidades; dirige nuestra atención a determinado órgano. Una pregunta obligada es si el dolor permanece localizado ó si se irradia hacia otra región.

- **PROGRESO;** el progreso de los síntomas guarda íntima relación con la duración, ¿el trastorno a evolucionado rápida o lentamente?, ¿los síntomas se han agravado ó han disminuido?, ¿mejoran en ocasiones y en otros se agraban?, ¿con que aumenta el dolor?, ¿con que disminuye el dolor?.

- **CARACTER;** ¿el dolor es agudo ó sordo? ¿se trata en realidad de dolor ó molestia?, ¿aparece bruscamente y desaparece con rapidez ó aumenta poco a poco de intensidad y cede con lentitud?.

- **RELACION CON LAS FUNCIONES NORMALES:** es importante precisar el efecto de algunas actividades normales en los sin tomas. ¿Qué efecto tiene la postura?, ¿los síntomas se agravan cuando el paciente esta de pie, sentado ó acostado?, ¿los síntomas empeoran al caminar el paciente?

Es necesario preguntar la relación que guardan los síntomas con el sueño. Algunos síntomas se presentan cuando el pa ciente duerme profundamente y lo despiertan. En otros casos el sueño alivia los síntomas molestos.

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD.

Después de haber obtenido los datos de comienzo de la enfermedad actual, duración, sitio, progreso y carácter; debemos interrogar cuidadosamente acerca de sus efectos.

Por ejemplo: se pregunta ¿el paciente se ha visto debil? ¿ha perdido peso? ¿tiene frío, escalofrío ó sudoración?, ¿padece diarrea, indigestión, vómitos, distensión del abdomen,

poliuria, micción dolorosa ó estreñimiento?

También es muy importante saber si el paciente ha recibido tratamiento y en caso afirmativo, en que consistió ya que a menudo un paciente que padece un trastorno insignificante ha ingerido un farmaco potente y sufre los efectos del tratamiento y no de la enfermedad.

C A P I T U L O I I I .

ANTECEDENTES

A) ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS:

Son factores importantes que deben valorarse los siguientes; antecedentes sociales, y económicos; educación, si se considera haber triunfado o fracasado. No olvidarse que muchos pacientes que se aquejan de síntomas graves son anatómicamente y fisiológicamente sanos por lo que los síntomas no resultan de enfermedad orgánica, sino pertenecen por completo -- emocionalmente.

Tienen importancia los factores ambientales, así como el de educación, trabajo y grupo étnico. Además son importantes del ambiente inmediato: Aspectos físicos del matrimonio, relaciones humanas en la familia, ajuste al empleo y hábitos que son perjudiciales.

De los datos obtenidos de esta manera debemos estimar los factores que guardan la relación verdadera con el problema de salud del enfermo.

Los hábitos brindan orientación importante para el diagnóstico. El abuso del tabaco, el alcohol pueden producir una sucesión de síntomas cuya importancia pasara por completo inad--

vertida a menos que se conozcan los hábitos del, paciente.

El consumo diario de tabaco debe anotarse el número --- de cigarrillos, puros ó pipas que se fumen. Asi como en el consumo diario de alcohol debera anotarse en volumenes exactos de vino, cerveza, wisky, etc.

Muchos enfermos han adquirido el hábito de ingerir farmacos para molestias insignificantes, costumbres que debe anotarse cuidadosamente.

a) ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

La revisión detallada de los antecedentes patológicos - tiene inestimable utilidad, varias enfermedades se caracteri-- san por una fase aguda que cede solo para dar paso a secuelas-- graves en años ulteriores.

Los antecedentes patológicos incluirán revisión de to-- das las enfermedades, métodos quirúrgicos y lesiones sufridas, enfermedades de su infancia alergias a medicamentos, (Penicili na), alergia a alimentos y fabias.

En el caso de mujeres nos interesara saber número de -- embarazos y abortos.

En cavidad Bucal debemos saber si ha padecido alguna de estas anomalías: microdoncia, macrodoncia, anodoncia, dientes-- supernumerarios, trastornos en la érupción unicas ó multiples, enfermedades parodontales, oclusión afectada. Todas las indica-- ciones que el paciente haya hecho de sus enfermedades deben --

ser valoradas y esclarecidas en la mejor forma posible.

Cada enfermedad sufrida debe ser registrada de manera - específica señalando en particular la fecha en que ocurrió, -- las complicaciones importantes y las secuelas.

Hay que registrar las fechas de todas las operaciones - hospitalares en que fueron hechas y de ser posible el nombre del Cirujano. En muchos casos esta información puede ser esencial para valorar la enfermedad actual. A menudo sujetos que han si do sometidos a metodos quirúrgicos saben muy poco con respecto a su carácter exacto ó lo que se hayo en la operación. El examinator debe pedir una copia de expediente clínico hecho en -- esa ocasión o personalmente ponerse en contacto con el médico.

c) ANTECEDENTES FAMILIARES.

Los antecedentes familiares son importantes en muchas - enfermedades sobre todo las del sistema nervioso. Algunos padecimientos casi siempre son hereditarios. La Hemofilia es invariablemente transmitida por la madre; La Jaqueca puede ser --- transmitida por la madre a los hijos; Las enfermedades alérgicas suelen ser hereditarios, El cáncer a menudo surge en una y otra generación de la misma familia. Los padres neurasténicos engendran hijos neurasténicos.

La hipertensión arterial presenta tendencia notable a - aparecer en algunas familias.

En esta parte del interrogatorio se orienta a precisar

*la salud de los parientes del enfermo (madre, padre, hermanos-
e hijos, su edad, si viven y en caso de haber fallecido la e--
dad en que murieron y la causa de la muerte.*

C A P I T U L O I V
INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

a) APARATO GASTROINTESTINAL

Los síntomas atribuibles al aparato gastrintestinal -- incluyen:

Estado del APETITO, disfagia, pirosis, indigestión, -- idiosincrasias a alimentos, náuseas, vómitos, hematemesis, flatulencia, ictericia, o molestias en abdomen, cambios en los hábitos de defecación, diarrea, estreñimiento, características -- de las heces y hemorroides.

En cuanto al apetito lo que vamos a preguntar al paciente es si ha habido anorexia (esto es la falta de apetito o desear de alimentos). Algunas personas confunden lo que es no desear ingerir alimentos y tienen miedo a ingerirlos lo cual -- es totalmente distinto, la pérdida de apetito indica enferme- dad orgánica de vías gastrointestinales, depresión mental, in- fecciones graves o estado tóxico. Algunas personas con altera ción constantemente están mordisqueando alimentos todo el día, pues comer es una obsesión.

LA IDIOSINCRASIA A LOS ALIMENTOS.- Es una intolerancia real hacia algunos alimentos que producen síntomas gastrointes

tinales molestos. Hay que diferenciar la verdadera idiosincrasia hacia alimentos, de los caprichos del paciente que no ingiere algunos de ellos simplemente por que no le gustan y no porque los intolerare su organismo.

Las NAUSEAS y el VOMITO son síntomas que la mayoría de las personas conoce. El vómito que también es conocido en clínica como emesis, debe ser objeto de una investigación minuciosa, que incluya el carácter y cantidad del material vomitado, y el momento en que ocurre en relación con la comida anterior.

El vómito o regurgitación de sangre ha sido llamado HEMATEMESIS, la sangre fresca roja en material de vómito puede indicar una lesión hemorrágica como rotura de una varice esofágica o úlcera péptica.

La PRIOSIS o "ardor" del estómago también se le llama agruras. Es una molestia frecuente y puede acompañarse de alteración orgánica. LATULENCIA es una sensación de distensión en el abdomen que puede ser localizada o generalizada, es cuando el paciente deglute aire (aerofagia) y alivia al eructar el gas.

DOLOR ABDOMINAL.- En este caso debemos saber el comienzo. Situación y características, intensidad y factores que alivian el dolor, también debemos saber el tipo de dolor si es sordo agudo, ardoroso, corrosivo a manera de calambre o de tipo cólico.

El COLICO es un tipo característico de molestia, de comienzo gradual y cada vez mayor, hasta alcanzar su punto máxi-

mo de intensidad, después poco a poco cede hasta que desaparece totalmente o en gran parte.

El antecedente de DIARREA (defecaciones con gran frecuencia, de carácter acuoso). Exige investigar su color, frecuencia, consistencia y olor. Las diarreas pueden variar en color e incluir sangre, pus o moco. Las diarreas son infecciones agudas que se acompañan de síntomas generales como escalofríos, fiebre sudoración, así como postración.

La ICTERICIA es el color amarillo difuso en todo el cuerpo y depende de hepatopatías y obstrucción de vías biliares, o destrucción excesiva de eritrocitos (hemólisis). La ictericia puede acompañarse de dolor, escalofríos y fiebre.

ESTREÑIMIENTO.- Los hábitos de defecación varían mucho de una persona a otra y en ocasiones incluso en la misma persona. Los antecedentes de estreñimiento crónico por un período de años no suelen causar preocupación alguna, en tanto que un antecedente de estreñimiento de intensificación rápida en un paciente con hábitos normales de defecación, puede ser el primer dato que lleve a sospechar un obstrutivo en el colon. El paciente con estreñimiento y diarrea alternos durante muchos años, tampoco es un problema alarmante, pues es probable que sufra un síndrome funcional el llamado colon, irritable. Algunas personas defecan una vez al día, en tanto que otras lo hacen dos o tres veces o bien una vez cada dos o tres días y aún así se les califica de normales.

b) APARATO CARDIORESPIRATORIO

Una revisión concienzuda del aparato respiratorio obliga a preguntar acerca de:

Disnea, ortopnea, disnea nocturna paroxística, edema, tos, esputo, hemoptisis, dolor, sibilancia, palpitaciones, síncope, cianosis, hipertensión y ronquera.

LA DISNEA (falta de aire ó dificultad para respirar), - suele ser un síntoma de alteración cardíaca o pulmonar, pero - también puede aparecer como resultado de anemias graves, alteraciones metabólicas, acidosis y neurosis.

LA ORTOPNEA es la incapacidad de respirar comodamente - en posición de decúbito. El paciente siente alivio al elevar - la mitad superior del cuerpo, con el empleo de dos o tres almohadas debajo de la cabeza, o al sentarse en posición erecta.

La DISNEA PAROXÍSTICA nocturna. No debe ser confundida con la disnea ni con la ortopnea. Se le define como disnea intensa de comienzo súbito que aparece al estar dormido el paciente en posición de decúbito y siente alivio al colocarse en posición arrecta o sentado.

El EDEMA.- Es la hinchazón de partes blandas como resultado de la acumulación anormal del líquido. Puede aparecer en extremidades inferiores, sacra, cara, zona periorbitaria, o bien ser generalizado.

Es importante para saber su etiología, obtener el mayor número de datos en lo que respecta a su situación y circunstan

cias en que ocurren los trastornos y factores que pueden aliviarlo.

El edema en miembros inferiores que aparece después de haber estado de pie el paciente, disminuye o desaparece con el descanso en cama, esto nos puede indicar que hay problemas cardiacos, aunque pueden ser causados por venas varicosas.

La TOS.- Es un reflejo protector, en algunas circunstancias es un síntoma producido por inflamación, secreciones viscosas u obstrucción del sistema traqueobronquial.

- La tos.- Puede ser descrita como seca o productiva (esputo) cuando esta es productiva o sea con esputo (es el material expectorado). Debe ser descrito con base en su color, y volumen consistencia y su olor. Cuando la expectoración es con esputo purulento indica que hay infección. El esputo rojizo indica diversas posibilidades patológicas como neumonía.

La HEMOPTISIS.- Es la expectoración de esputo con sangre, el examinador debe determinar el color de la sangre, la cantidad y si es pura o mezclada con el esputo, también puede salir en coágulos.

La Hemóptisis amenudo tiene grave significado, y puede aparecer en el curso de neumonía tuberculosis y cáncer.

El DOLOR EN EL TORAX.- Este es un problema frecuente. En primer término, el examinador debe precisar la situación exacta del dolor:

¿En que circunstancias ocurre?

¿Que lo desencadena y que lo alivia?

¿Cual es su carácter e intensidad?

En algunos casos el dolor es breve y dura poco y en --- otros persiste minutos, horas o días. El dolor en tórax puede ser producido por la respiración, ingestión de alimentos, tos y ejercicio físico.

EL DOLOR PRECORDIAL.- Constituye el tipo más común del dolor en tórax que obliga al paciente a buscar la consulta del médico, este dolor se localiza a la izquierda del esternón especialmente en la region de la punta del corazón y puede ser pasajero ó punzante y no guarda relación con la actividad física

EL DOLOR U OPRESION RETROESTERNAL.- Tiene mejor importancia y puede indicar enfermedad de arteria coronaria, el dolor es pasajero persistente, mínimo o atroz, este se puede localizar en cualquier parte del esternón y se irradia hasta cuello, maxilares hombros uno o ambos brazos y puede abarcar toda la parte anterior del tórax.

Este dolor puede ser causado por ejercicio físico o la estimulación emocional (angina de pecho). Y suele ser aliviado con bastante rapidez con el reposo.

La CIANOSIS.- Es el color azuloso o violeta de las mucosas, piel y lecho de las uñas. La cianosis depende de aumento del porcentaje de hemoglobina reducida en la sangre capilar.

El SINCOPE.- Es la pérdida temporal del conocimiento. - Este síntoma puede ser de enorme importancia en alteraciones como bloqueo cardíaco, o paro cardíaco temporal.

EL ESTRIDOR.- Es un "gallo" que se encuentra princi---

palmente en la inspiración, indica obstrucción en vías respiratorias que puede estar desde la laringe hasta los bronquios mayores.

La SIBILANCIA.- Es un silbido peculiar que aparece durante la inspiración y la respiración, de manera clásica hay un timbre musical a los ruidos producidos, este síntoma puede ser causado por obstrucción parcial de bronquios y bronquiolos terminales, generalmente esto se encuentra en el asma o la bronquitis.

La HIPERTENSION.- (elevación de la presión arterial). - Esta puede producir enfermedad cardíaca; esto no es un síntoma sino un signo que observa el examinador, por esta razón se debe precisar si el paciente ha tenido antecedentes de hipertensión que hayan sido encontrados en exámenes anteriores, su gravedad, duración, cuales fueron síntomas acompañantes y que medicamentos fueron ingeridos para este problema y cual fue el resultado.

c) APARATO GENITO URINARIO

Los síntomas atribuibles a vías urinarias que debemos saber del paciente son varios y que incluyen; polaquiuria micción imperiosa, oliguria, hematuria, piuria, colico renal, disuria, melanuria y goteo ó también incontinencia.

En el caso de la POLAQUIURIA son micciones frecuentes y puede existir con expulsión de gran volumen de orina (poliuria)

ó bien poco volumen con intervalos frecuentes. Estos síntomas pueden ser indicios de enfermedad primaria de vías urinarias - o bien resultado de diabetes sacarina, insipida y tensión emocional.

En estos casos debemos registrar el número aproximado de veces que el paciente orina en un intervalo de 24 horas, -- así como la cantidad.

La NICTURIA (orinar por la noche y que obliga a despertar al sujeto) indica enfermedad de vías urinarias, sabremos -- cantidad y número de veces que orina.

La MICCION IMPERIOSA suele ser resultado de enfermedad prostática ó infección de la vejiga y nos indica el deseo intenso e inaplazable de orinar.

El RETARDO DE LA MICCION denota el deseo de orinar pero debe esperar para que salga el chorro de la orina. Ello puede aparecer en personas nerviosas o tensas además suele ser secundario a una enfermedad prostática.

La OLIGURIA es una disminución en el volumen de orina.

La DISURIA denota dolor, ardor y molestias en la uretra al momento de orinar y no indica enfermedad de riñones, vejiga ó urétra. El goteo es la expulsión de gotas ó un chorro pequeño involuntariamente y nos indica estenosis de uretra, -- obstrucción prostática ó trastornos neurológicos.

La HEMATURIA es la presencia de sangre en la orina y -- puede provenir de los riñones, uréteres o vejiga. Puede o no -- acompañarse de dolor, según el sitio y carácter del trastorno.

La PIURIA es la presencia de pus en la orina y puede -- depender de infección en cualquier sitio de vías urinarias.

El edema puede aparecer en enfermedad del riñon o de -- otras causas. Dicho edema a menudo aparece como glomerulonefrí-- tis. aguda o subaguda.

La INCONTINENCIA es la falta de control en la vejiga -- puede ser resultado de infecciones, alteraciones neurológicas-- ó alteración mecánica de la función.

EL COLICO RENAL es el resultado de un cálculo en uré--- ter, el dolor intenso se irradia hacia la ingle, testiculos o-- vulva del mismo lado.

ENFERMEDADES VENEREAS.- Es parte importante de la his-- toria clínica de todo paciente revisar si ha sufrido enfermeda-- des venéreas; ya que todas las personas son muy sensibles en-- lo que respecta a estas enfermedades y se debe tener bastante-- tacto en las preguntas. La investigación por medio del nombre-- común y síntomas debe hacerse en todas las enfermedades vené-- reas. Cuando se tengan antecedentes de enfermedades venéreas, -- hay que registrar la fecha en que ocurrió el tipo y magnitud -- del tratamiento hecho y cualquier dato de vigilancia.

ANTECEDENTES GINECOLOGICAS OBSTETRICOS:

En toda mujer es esencial una valoración cabal de los -- antecedentes ginecológicos y obstetricos. Los antecedentes de-- ben incluir datos del último periodo normal, intervalo entre --

períodos, duración y volumen de la menstruación y comienzo de la manarquía.

Se preguntara sobre la presencia o ausencia de dismenorrea que es una menstruación dolorosa o difícil. Puede ocurrir antes o después de la menstruación real.

La metrorragia es la hemorragia franca o el manchado con sangre.

La menorragia es el sangrado excesivo que a menudo se manifiesta con grandes coágulos.

El sangrado postcoito es el que sigue al coito y puede ser importante.

La secreción vaginal ó leucorrea aquí el problema es frecuente y denota que la secreción es blanca ó en ocasiones es amarilla, parda o roja hay que registrar color volumen y momento de aparición de la secreción en relación con el ciclo menstrual.

La DISPAREUNIA denota el dolor o las molestias en vagina o pelvis en el coito.

Los antecedentes obstétricos; se preguntara el número de embarazos, el número de partos y toda complicación importante como abortos, duración de gestación y determinar si el aborto fue espontáneo o inducido.

d) SISTEMA NERVIOSO

Suele ser difícil valorar los síntomas atribuibles al sistema nervioso.

Hay que observar el carácter de las relaciones interpersonales del paciente:

Forma en que convive con su familia, amistades, compañeros y en su escuela ó trabajo.

Se debe preguntar si el paciente ha tenido algunas crisis nerviosas ó cualquier trastorno en que haya perdido el juicio, que este demasiado alterada para trabajar ó hacer otras cosas, si ha sido atendida por un psiquiatra ó ha permanecido en algún hospital psiquiátrico.

En muchos casos la información respecto a cambios de conducta memoria o juicio debe obtenerse de parientes ó amistades.

Además deberá interrogarse de síntomas importantes como: Convulsiones, vertigo, alteraciones de la sensibilidad dolor, parestesias y parálisis y paresias.

Las CONVULSIONES tienen importancia ya que pueden presentarse como tónicas (contracción muscular sostenida), clónicas (contracciones musculares intermitentes), localizadas o generalizadas, estas son resultado de enfermedad cerebral orgánica.

Alteraciones de la sensibilidad que interrogaremos son, las de dolor, parestesias anestesia, hipestesia e hiperestesia. En el caso de dolor debe ser valorado en cuanto a la extensión en que ha alterado sus actividades diarias, así como situación del dolor y se desplaza a otras zonas.

La PARESTESIA es una sensación anormal que se presenta como entumecimiento, ardor u hormigueo, la hipestesia es la -- disminución en la sensación táctil anestesia. Anestesia es la pérdida de sensación y la hiperestesia es una sensibilidad --- excesiva de la piel ó sentidos especiales.

Estas alteraciones de la sensación indican anormalidad de nervios periféricas, raíces de nervios sensitivas, vías es-pitalámicas ó talamo.

Se pregunta acerca de parálisis ó parestias (parálisis - incompleta).

e) SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO.

La revisión del sistema musculo esquelético debe in---- cluir investigación de dolormuscular (mialgia) hinchazón, dolor, deformidad o incapacidad de usar cualquier articulación, cojera, debilidad y síntomas de alteraciones de la circulación de las extremidades así como síntomas atribuibles a columna ver-tebral y dorso.

Si el paciente tiene síntomas atribuibles a las extre-midades es importante determinar si la molestia esta situada - realmente en la propia extremidad o en músculos y tendones.

La debilidad de una extremidad o un grupo de músculos-- puede ser síntoma de trastornos neurológicos ó musculares pri-marios como poliomiélitis, miastenia grave y distrofia y atro-

fia musculares primarias.

Las enfermedades vasculares periféricas atacan con frecuencia y la obtención cuidadosa de los datos sugerirá a menudo el diagnóstico exacto.

C A P I T U L O V .
REVISION POR APARATOS Y SISTEMAS.

Es una descripción global de todos los trastornos atribuibles a cada sistema ó aparato, que en forma lógica, se hace de la cabeza a los pies.

La finalidad de esta revisión es doble.

- 1) Una valoración cabal del estado presente de cada -- aparato ó sistema.*
- 2) Una comprobación doble, para evitar omisiones de datos importantes en relación con la enfermedad actual.*

Esta revisión permite agrupar síntomas en una forma que le ayude a llegar a un diagnóstico posible, a menudo por integración de síntomas aparentemente no relacionados.

Por una revisión cuidadosa de los aparatos y sistemas - se determinara si dicho dolor es aliviado por la ingestión de alimentos desencadenados por el ejercicio, intensificado por - la respiración profunda, agravado por alimentos grasos, acidos, frios, calientes, dulces, ó no guarda relación con cualquier - función corporal

Pensamos que en la revisión debe quedar registrada la - ausencia y también la presencia de síntomas. Si no se sigue es

te método pueden aparecer dos graves errores.

- 1) Pueden omitirse síntomas importantes ya que no se pregunta acerca de ellos.
- 2) La Historia Clínica es parte permanente del registro del sujeto, y en el futuro puede ser revisado por uno mismo u otra persona.

Si se registran únicamente los síntomas presentes la persona que revise el expediente podrá tener dudas respecto a los no enumerados.

EXPLORACION FISICA

a) PULSO:

La palpación del pulso debe ser parte sistemática de toda exploración física.

El examinador debe obtener información de enorme importancia por la palpación cuidadosa del pulso. El pulso arterial puede ser palpado en cualquier punto en que las arterias estén cerca de la superficie del cuerpo o en donde puedan ser comprimidas contra una superficie firme, por lo regular hueso.

De este modo palparemos el pulso sobre las arterias radial, humeral, carótida, poplítea, femoral y pedía.

Por lo regular por su facilidad de acceso se elige la arteria radial; en la cara radial y palmar de la muñeca. La arteria RADIAL es comprimida suavemente contra el extremo distal del radio y cuando se estima la frecuencia es conveniente con-

tar el pulso durante 60 segundos.

Es importante recordar los siguientes puntos: RAPIDEZ--RITMO, CARACTER Y TAMBIEN LA CONSISTENCIA DE LA PARED ARTERIAL.

La Frecuencia del pulso normalmente varia con la edad - el sexo, la actividad física y el estado emocional. En los niños suele variar de 90 a 120 latidos por minuto, un poco mayor en mujeres que en varones.

La frecuencia aumentara en anemias graves, fiebre elevada, hemorragia masiva, arritmias cardiacas, hipertiroidismo y puede disminuir en la hipertensión intracraneal, ictericia obstructiva, síncope y bloqueo cardíaco completo.

El ritmo se refiere tanto al pulso arterial como al ritmo del corazón.

PRESION ARTERIAL:

Para medir la presión arterial se emplean bastante dos tipos de aparatos, los manómetros de mercurio y los aneroides.

El sujeto debe estar sentado o acostado durante el examen, y el brazo utilizado debe estar a nivel del corazón, relajado, ligeramente flexionado y apoyado sobre una superficie firme. Si el paciente esta tenso y aprensivo suele ser útil: iniciar una conversación que lo distraiga y asi permitir que se relaje y permita obtener una medición más fidedigna del pulso y la presión arterial.

El manguito del esfigmomanómetro debe ser desinflado --

antes de aplicarlo al brazo; se enrolla de manera uniforme y ordenada al rededor del brazo, con el centro de la zona inflable sobre la arteria humeral y los tubos de caucho siguiendo la cara interna del brazo. Una vez colocado al acercarse la presión del manguito al punto que corresponde a la presión sistólica, los sonidos a menudo adquieren un carácter mate y amortiguado. El punto en que dejan de auscultarse por completo los sonidos es el índice mejor para determinar la presión diastólica. Así tendremos en cifras normales por ejemplo: Presión sistólica de 120 mm de Hg y la diastólica es de 80 mm de Hg.

Estas cifras podrán aumentar bastante en ATEROSCLEROSIS DE LA AORTA Y GRANDES ARTERIAS, HIPERTIROIDISMO, REGURGITACION DE VALVULA AORTICA, FISTULA ARTERIOVENOSA, EJERCICIO INTENSIVO Y FIEBRE. Puede disminuir en ESTENOSIS AORTICA, ESTENOSIS MITRAL, INSUFICIENCIA Y DERRAME PERICARDIO MASIVO.

TEMPERATURA:

Como parte de toda exploración física hay que medir y registrar la temperatura del paciente.

Por regla general la temperatura se toma en la boca y normalmente no debe exceder de 37°C. Aquellos que no pueden colaborar, la temperatura se mide en el recto y en circunstancias normales es 0.5°C mayor que la temperatura bucal. La temperatura axial normal es aproximadamente 0.5°C menor que la que se toma en la boca.

RESPIRACION:

La frecuencia respiratoria en los adultos es de unos -- 18 a 20 por minuto y en los lactantes se eleva a 44 por minu-- to.

b) PESO CORPORAL:

La información debe incluir el peso promedio, el máximo y el último peso del paciente. Si ha habido pérdida ó aumento importante en el peso, hay que precisar la magnitud del intervalo en que ocurrió. Si hay pérdida importante de peso se determinara si ocurrió como parte de la enfermedad ó si el paciente lo ha hecho voluntariamente por disminución de su ingestión cá lórica.

Notar si el paciente es obeso ó delgado para su estructura corporal. Osvervar la distribución de la grasa en el cuer po.

ESTATURA - TALLA:

Se procedera a medir la talla del paciente, observare-- mos estructura corporal, proporciones generales del cuerpo y - cualquier deformidad importante.

c) CABEZA - CARA - CUELLO:

Después de hacer una revisión general del paciente, se-

emprendera un exámen más detallado, desde la cabeza y en forma sistemática hasta los pies. Esta parte del estudio se hace por inspección y palpación.

CRANEO:

La forma y tamaño del cráneo varia bastante de un sujeto a otro.. Apesar que el cráneo normal suele ser redondo, las zonas frontales sobresalen hacia adelante y parietales hacia atrás. El cráneo se palpa con la cara palmar de los dedos, comenzando en la frente y llevando las maniobras sistemáticamente hacia el occipucio; un suave movimiento de rotación-suele ser satisfactorio. Dado que lesiones pequeñas pueden no ser advertidas por los dedos del examinador, sera mejor preguntar al paciente si se ha percatado de la presencia de "bolas", adolorimiento ó undimiento en el cráneo.

Se debe advertir el carácter y color del pelo. Puede ser fino ó grueso, seco ó grasiento, ó bien quebradizo, abundante ó escaso.

CARA:

El aspecto general de la cara, que recibe el nombre de facies, sugiere a menudo posibilidades diagnósticas importantes. La inspección del paciente por la observación suele comenzar desde que entra al consultorio y durante el interrogatorio este debe estudiarse con enorme cuidado el aspecto, las reac-

ciones emocionales y actividades corporales del paciente.

Color y Pigmentación, Ejemplos de cambios de color e--- hiperpigmentación, son el vitiligo, la mascara del embarazo, - ictericia, cianosis, lupus eritematoso, polioitemia y palidez.

MOVIMIENTOS DE LA CABEZA; Las posiciones anormales de - la cabeza suelen ser bastante netas. La fijación o limitación- del arco de movimientos puede determinarse de la manera si--- guiente.

a) Movimiento activo de la cabeza por esfuerzo volun-- tario del sujeto.

b) Movimiento pasivo de la cabeza movida en todas di-- recciones por el examinador.

CUELLO:

El exámen del cuello suele hacerse básicamente por ins- pección y palpación:

Ante todo se hace una inspección del cuello en busca -- de signos de simetría, limitación de movimientos, pulsaciones- anormales y agrandamiento del tiroides y ganglios linfáticos,- masas y cicatrices.

Se debe inspeccionar y palpar el músculo esternocleido- mastoideo, músculo trapecio, venas del cuello, cartilago tiroi- des, traquea, clavículas, pulsaciones en las arterias carótida y subclavia.

Esta inspección se facilitara por la extensión moderada y la desviación de la cabeza al lado contrario del que se ins-

pecciona.

Observaremos además tamaño, forma, simetría, delimitación (aislados ó reunidos) movilidad, consistencia, sensibilidad anormal, nodulos y desviaciones.

OJOS:

CEJAS: Inspeccionaremos las cejas, observando cantidad-distribución de cabeza, cuerpo y cola, cualquier escamosidad de la piel subyacente.

PARPADOS: Observaremos la posición de los párpados superiores e inferiores respecto a los globos oculares revisando edema, color, lesiones, consistencia, estado y dirección de las pestañas.

Examinar el color de la esclerótica y la conjuntiva palpebral del párpado inferior, así como percatarse de nódulos ó hinchazón.

CORNEA Y CRISTALINO: Observar si hay opacidad en cornea (con luz oblicuamente), distinguir cualquier opacidad del cristalino que puede ser visible através de la , pupila.

IRIS: Revisar el iris de cada ojo así como sus líneas.

PUPILAS: Observar tamaño, forma e igualdad.

Prueba de reacción pupilar para acomodación; Pedir al-paciente que mire lejos y después a los dedos del examinador - que estaran a 5 ó 10 cm. del puente de la nariz, aquí observaremos contricción pupilar y convergencia de los ojos.

MOVIMIENTOS EXTRAOCULARES: comprobar la amplitud de los movimientos extraoculares hacia los 4 puntos cardinales. Observaremos movimientos conjugados normales ó paralelos, de los ojos en cada dirección ó cualquier desviación de lo normal, movimientos anormales como oscilación rítmica de ojos, relación del parpado superior con el globo ocular mientras el paciente mueve sus ojos de arriba abajo.

OIDO:

El oído externo comprende la oreja y el conducto auditivo.

Inspeccionaremos la oreja, la consistencia del cartilago, su volumen, forma, color, cicatrices y en oído medio interno preguntaremos al paciente si oye bien por los dos oídos, si ha padecido traumatismo o infecciones.

NARIZ:

Examinaremos la nariz por si hay deformidades, asimetría, inflamación, forma, tamaño, color y fracturas.

Procederemos a inspeccionar la mucosa nasal, incluyendo color, que normalmente es más rojo que la mucosa bucal, hinchazón, exudado, hemorragias. El paciente nos responderá si percibe bien los olores fácilmente o tiene alguna dificultad.

GARGANTA;

Observaremos el estado en que se presentan uvula, a --- migdalas, pared faringea posterior, pilar posterior, pilar anterior, tanto en su color y simetría, signos de exudado, edema ó ulceraciones y agrandamiento gingival. Si es posible palpar cualquier area sospechosa de endurecimiento ó sensibilidad a-normal.

d) TÓRAX Y PULMONES:

Generalmente la inspección del tórax y pulmones se realizara de la manera siguiente:

- 1') El paciente debe estar desnudo hasta la cintura.
- 2') La inspección física debe hacerse con una buena iluminación.
- 3') Se debe seguir una manera ordenada de arriba hacia abajo.
- 4') El reconocimiento debe ser con auscultación, percusión, y palpación.
- 5') Se deben comparar los lados del tórax, anteroposterior y lateral.
- 6') Durante todo el exámen tratar de imaginarse los tejidos subyacentes incluyendo lobulos de los pulmones.
- 7') Examinar el tórax posterior y los pulmones mientras el paciente se encuentra sentado teniendo los brazos cruzados sobre el tórax, para que los -

omóplatos esten parcialmente fuera de su lugar. --
Posteriormente el paciente debiera recostarse mien-
tras se examina el tórax anterior y los pulmones.

Desde una posición en la línea media detras del pacien-
te buscar;

- a) Déformidades del tórax.
- b) Inclinación de las costillas.
- c) Retracción anormal de los interespacios durante la inspiración.
- d) Prominencia anormal de los interespacios durante la inspiración.
- e) Retraso local ó trastorno del movimiento respiratorio, frecuencia y ritmo respiratorio.
- f) Frecuencia y ritmo respiratorio.

e) ABDOMEN:

Exámen General: Las condiciones escenciales para el exá-
men abdominal correcto son:

- 1) Buena iluminación hacia el abdómen para mejor ob-
servación.
- 2) Relajación completa del paciente.
- 3) Exposición completa del abdomen.

Para este exámen necesitamos los siguientes puntos.

- a) El paciente no debe tener la vejiga llena.
- b) Que este acostado comodamente con una almohada de-
bajo de su cabeza y otra debajo de las rodillas.

- a) Debera tener los brazos a los lados del cuerpo ó cruzados sobre el tórax.
- d) El examinador debe tener las manos y el estetoscópio calientes y las uñas cortas.
- e) Examinar despacio con mano y antebrazo en plano -- horizontal.
- f) Distraer al paciente si es necesario con una conversación ó preguntas.
- g) Pedir al paciente que señale areas de dolor y al mismo tiempo observar su cara.
- h) Tratar de imaginarse cada órgano en la región que se esta examinando.
- i) Desde el lado derecho del paciente proseguir en -- forma ordenada inspección, auscultación, percusión y palpación.

INSPECCION: Desde el lado derecho de la cama se procede a examinar el abdomen y observando;

- 1) Piel. Incluyendo cicatrices, describir su colocación estrias, tamaño y color, venas dilatadas, --- erupción y lesiones.
- 2) Ombligo: Contorno, colocación, inflamaciones ó hernias.
- 3) Ver el contorno del abdomen, este puede ser pla--- no, redondo protuberante ó concavo.
- 4) Simetría.

AUSCULTACION: Se recomienda auscultar antes de percucir y palpar ya que estas maniobras pueden alterar la frecuencia de los ruidos intestinales.

Los ruidos que vamos a escuchar son chasquidos y gorgoteos, en ocasiones se pueden escuchar borborismos que es lo que conocemos como "gruñido del estomago".

PERCUCION: La percusión es útil para orientación general del abdomen, para medir el hígado y a veces el bazo y para descubrir aire en estomago e intestinos.

PALPACION LIGERA: Esta es útil para identificar la resistencia muscular y sensibilidad abdominal.

PALPACION PROFUNDA: Se emplea para delinear órganos abdominales y masas.

GENITALES:

GENITALES MASCULINOS: Por medio de inspección y palpación nos daremos cuenta si hay o ha habido alguna enfermedad venerea en el pene o si han existido otros padecimientos.

En el pene debemos observar;

- 1) Piel
- 2) Prepuccio, si esta expuesto retraerlo, o pedir al paciente que lo retraiga.
- 3) Glande
- 4) Meato urinario

Mediante la inspección podemos encontrar las siguientes anomalías: Chancro, gonorrea, carcinomas, tumor testicular o -

algún quiste sebáceo.

Si existen lesiones inflamatorias usar guantes para la palpación. Palpar el cuerpo del pene entre el pulgar y los dos primeros dedos. Observaremos anomalías, sensibilidad, tamaño y contorno.

GENITALES FEMENINOS: La paciente debe estar acostada en posición de Litotomía con los muslos flexionados y en abducción, la cabeza debe sostenerse con una almohadilla.

La paciente debe estar relajada, tener la vejiga vacía, y el examinador tener las manos y un espéculo caliente.

Por medio de inspección y palpación debemos observar;-- Labios menores, clitoris, orificio uretral, abertura vaginal, observar si existe inflamación, ulceración, secreción, hinchazón ó nódulos.

Dentro de las anomalías que podemos encontrar en los genitales femeninos son los siguientes: Sífilis, gonorrea, uretritis, carcinoma de cuello, polipo cervical, quistes por retención y desgarres del cuello.

EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES:

Los puntos que más nos interesan dentro de la inspección de extremidades son:

EXTREMIDADES SUPERIORES: Tamaño, Simetría, color textura de la piel, uñas, tipo venoso y edema.

Con la yema de los dedos índice y medio, palpar los ---

pulsos radiales sobre la superficie flexora de la muñeca. Comparar los pulsos de cada lado, los pulsos pueden describirse-- como normales, disminuidos o ausentes.

Algunas anomalías que podemos encontrar en las extre--- midades superiores son: Artritis reumatoide, Arteriosclerosis- edema, y nódulos reumatoides.

EXTREMIDADES INFERIORES: También vamos a observar, ta- maño, forma, simetría, color, textura de piel y uñas, distribu- ción, de pelo en piernas, pies y dedos, Buscaremos, pigmenta- ciones, erupciones, cicatrices y úlceras, tipo venoso y agran- damiento.

Palparemos los pulsos femoral y popliteos así como el - dorso del pie. Usando el dorso de los dedos, notar la tempera- tura de pies y piernas comparando un lado con otro, aquí la -- frialdad nos puede indicar insuficiencia arterial, pero con ma- yor frecuencia se debe al frío del ambiente o a la ansiedad.

Cuando exista insuficiencia arterial encontraremos pali- dez aumentada en las piernas.

Se debe tener al paciente sentado con las piernas col-- gando, debemos observar el tiempo necesario para que vuelva el color a la piel, este es al rededor de 10 segundos, la incha-- zón de las venas de pies y tobillos, Observar si existe" rubor- extraño, cianosis de piernas, palparemos buscando edema ó fle- bitis profunda, observar si existen venas varicosas.

Algunas de las enfermedades que podemos encontrar en -- extremidades inferiores son: Insuficiencia arterial, insufi--- ciencia venosa, linfedema, lipedema, pies planos y varicoses.

C A P I T U L O VI.

EXPLORACION BUCAL:

Vamos a pedir al paciente que abra la boca y con la --- ayuda de una buena iluminación y un espejo dental se comenzara el exámen bucal.

a) TEJIDOS BLANDOS:

LABIOS: Observar color, humedad, protuberancias, úlce ras, grietas, volumen y forma.

CARRILLOS: Observar color, consistencia, traumatismo, -- pigmentaciones, aberturas de conductos parotí deos.

ENCIAS: Observar color, textura, forma, volumen, atro fia, pigmentaciones, bolsas parodontales e in flamación.

PALADAR BLANDO: Observar color, simetría, forma, volu-- men o pigmentaciones.

LENGUA: Observar color, simetría, forma volumen, papi las, traumatismos úlceras, pigmentaciones, nó dulos y grietas.

PLISO DE BOCA: Observaremos color, forma, volumen, pig--

mentaciones protuberancias, consistencia y --
abertura de conductos submaxilares.

FRENILLOS: Observar tamaño, color, número, forma y consistencia.

b) TEJIDOS DUROS:

PIEZAS DENTARIAS: Observaremos dientes primarios y dientes permanentes en su forma, color, tamaño, pigmentaciones, caries, alteraciones pulpares, dientes ausentes, movilidad, tartaro dentario, traumatismos, anomalías en su posición y dientes supernumerarios.

PALADAR DURO: Observar color, forma (profundo, medio, plano) consistencia presencia ó ausencia de torus palatino, en caso de pacientes edéntulos ver relación de procesos (ortognático, -- retrognático, prognático), contorno de los -- procesos (retentivo, alto, corto, ancho, an--gosto)

ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR: Al explorar la articulación temporomandibular pediremos al paciente que abra y cierre la boca para percatarnos de escuchar chasquidos, trismos, o cualquier otra alteración.

*ESTAS SON ALGUNAS DE
LAS ANOMALIAS QUE
PODEMOS ENCONTRAR EN
LA CAVIDAD BUCAL.*

CUADRO 4-18. ANOMALIAS DE LOS LABIOS

ESTOMATITIS ANGULAR

(QUEILOSIS)



El reblandecimiento de la piel en los ángulos de la boca; seguido de fisuras o grietas, se conoce como estomatitis angular o queilosis. Aunque alguna vez secundaria a deficiencia de riboflavina, más comúnmente está causada por cierre excesivo de la boca, por ejemplo, en pacientes sin dientes o con dentadura demasiado corta en su dimensión vertical. Entonces la saliva humedece y macera la piel incluida, lo cual frecuentemente conduce a infección secundaria de Cándida o bacterias. La mucosa no es afectada.

CHANCRO



La lesión primaria de la sífilis puede aparecer en el labio en vez de hacerlo en su lugar más común, en los genitales. La lesión, dura, a modo de botón, se ulcera y puede formar costra. El chancro puede parecer un carcinoma o una costra de herpes labial. Usar un guante para la palpación. Es necesario un examen de campo oscuro para establecer el diagnóstico.

CARCINOMA DEL LABIO



El carcinoma del labio suele afectar el labio inferior, y puede aparecer como una placa engrosada, ulcerosa o de crecimiento verrugoso. Deberá considerarse sospechosa cualquier llaga o costra que no cure.

HERPES SIMPLE

(HERPES LABIAL, FIEBRE AMPOLLOSA)



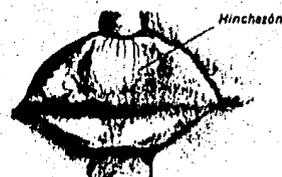
El virus del herpes simple puede producir erupciones vesiculares recurrentes en labios y tejidos vecinos. Se desarrolla un pequeño racimo de vesículas que, al abrirse, forman una costra; la curación se logra en 10 a 14 días.

QUEILITIS



Las fisuras dolorosas con inflamación, escamosas y con formación de costras, son características de la queilitis. Afecta principalmente el labio inferior, y con frecuencia es crónica. Las causas son diversas a veces obscuras.

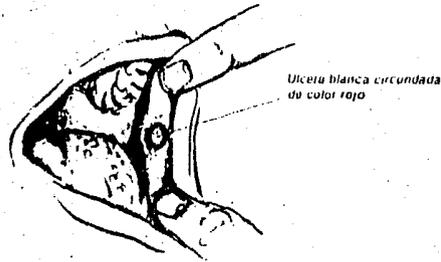
EDEMA ANGIONEUROTICO



El edema angioneurótico se presenta como una hinchazón difusa terosa subcutánea sin fovea, que puede afectar cierto número de estructuras, incluyendo los labios. Es común que se presente en forma bastante rápida, desapareciendo generalmente en uno o dos días. Aunque suele ser de naturaleza alérgica y algunas veces asociada con urticaria, no suele causar prurito.

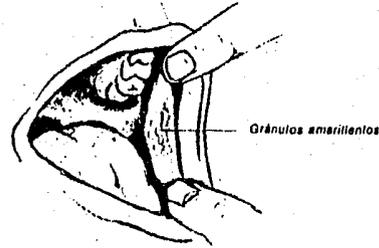
CUADRO 4-19 ANOMALIAS DE LA MUCOSA BUICAL Y PALADAR DURO

ULCERA AFTOSA (LLAGA GANGRENOSA)



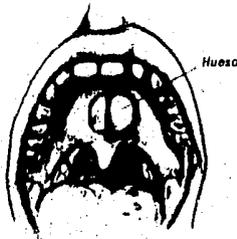
La úlcera aftosa común se caracteriza por pequeñas úlceras redondas u ovals blancas rodeadas por un halo de mucosa enrojecida. Son dolorosas, pueden ser únicas o múltiples y frecuentemente recidivar. Cualquier parte de la mucosa buical puede estar afectada.

MANCHAS DE FORDYCE (GRANULOS)



Las manchas de Fordyce son pequeñas máculas amarillentas, visibles en la mucosa buical de muchos adultos. Pueden afectar también los labios. Son glándulas sebáceas y no deberán considerarse anomalía. Si el paciente las observa repentinamente y se preocupa por ellas puede asegurársele que no tienen importancia.

TORUS PALATINUS



El torus palatinus es una protuberancia común de la línea media del hueso, en el paladar duro, que suele desarrollarse en el adulto. Su tamaño y su lobulación varían. Aunque alarma a primera vista no tiene consecuencias clínicas, excepto quizá en el ajuste de dentaduras. Un nódulo que no esté en la línea media no es un torus y debe hacer sospechar el tumor.

MONILIASIS (CANDIDIASIS, MUGUET, ALGODONCILLO)



La moniliasis puede afectar toda la mucosa buical. Se caracteriza por placas blancas como coágulos de leche. Las placas pueden quitarse, pero no desaparecen tan fácilmente como los coágulos de leche. La mucosa puede estar enrojecida o de color normal. Menos comúnmente, la moniliasis produce un color rojo brillante sin placas blancas. El diagnóstico definitivo depende del cultivo del hongo.

ENCIAS NORMALES

Rojo pálido con punteado normal



Papila interdental aguda

Las encías presentan normalmente una superficie moteada de color rojo pálido. Los bordes a nivel de los dientes son netos, y la hendidura entre estos y las encías es superficial, de 1 ó 2 mm. Los dientes están firmemente asentados en los alveolos óseos.

GINGIVITIS

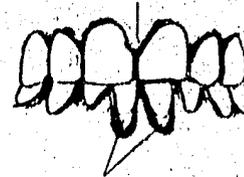


Bordes enrojecidos e hinchados con papilas bulbosas interdenciales

Hinchazón y enrojecimiento de los bordes de las encías son características de la gingivitis, frecuentemente como resultado de irritación por formación de cálculos. El punteado normal disminuye o desaparece. La encía entre los dientes (papila interdental) puede ponerse bulbosa. Las encías pueden sangrar al más ligero contacto.

PERIODONTITIS (PIORREA)

Gingivitis asociada



Encías retraídas

Si no se trata, la gingivitis puede progresar a periodontitis, inflamación de los tejidos más profundos que rodean los dientes. Es causa extremadamente común de pérdida de los dientes en adultos. El espacio entre las encías y los dientes se agranda, desarrollándose a ese nivel bolsas conteniendo desechos y material purulento. Los bordes de las encías se despegan, exponiendo el cuello de los dientes; estos pueden perder firmeza.

GINGIVITIS NECROSANTE AGUDA (BOCA DE TRINCHERA, ESTOMATITIS DE VINCENT)

Membrana grisácea sobre los bordes ulcerados



Gingivitis dolorosa caracterizada por enrojecimiento, hinchazón y ulceración de los tejidos gingivales. Las papilas interdenciales pueden estar corroidas por el proceso ulcerativo. Sobre los bordes gingivales inflamados y ulcerados se forma una membrana grisácea.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL

Encías despegadas hacia arriba



El agrandamiento de las encías tiene muchas causas incluyendo pubertad, embarazo, tratamiento con Dilantina y leucemia. Los tejidos gingivales están despegados hacia arriba y solo cubren parcialmente los dientes.

EPULIS

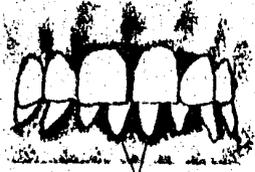
Agrandamiento local



Epulis es el término usado para describir un agrandamiento gingival localizado. Muchos son inflamatorios; algunos, neoplásicos.

CUADRO 4-20. (CONTINUACION) ANOMALIAS DE ENCIAS Y DIENTES

LINEA DE PLOMO O DE BISMUTO

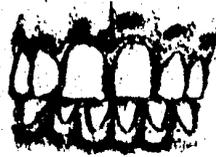


Linea azul oscura

En el envenenamiento crónico por plomo o bismuto puede aparecer sobre las encías una línea negro-azulada casi a 1 mm del borde, que no surge cuando no hay dientes. Se distingue de las otras muchas pigmentaciones comunes con melanina.

PIGMENTACION POR MELANINA

Pigmento pardo en placas



Frecuentemente se observa pigmentación pardusca de las encías. Es normal en negros y en individuos de piel oscura; ocasionalmente pueden verse en personas de piel clara. Un tipo similar de pigmento puede asociarse con enfermedad de Addison.

CARIES DENTAL



Bianco yesoso

Cambio de color con cavitación

La caries dental es visible primero como un depósito yesoso blanco en la superficie del esmalte de los dientes. El área puede tomar un color pardo o negro, volviéndose blanda y hueca. Para descubrimiento temprano son necesarias técnicas dentales especiales, incluyendo rayos X.

DIENTES DE HUTCHINSON

Dientes más pequeños, mucho más espaciados



Lados estrechados Muecas centrales

Los dientes de Hutchinson son están recortados en las superficies de corte, son más pequeños que lo normal y mucho más espaciados; los lados se estrechan. Los incisivos centrales superiores son afectados más frecuentemente; los dientes permanentes, no los deciduos, están involucrados. Son signo de sífilis congénita.

ABRACION DE LOS DIENTES CON MUESCAS



Lados normales, no estrechados Muecas

La superficie masticatoria de los dientes puede estar desgastada o mellada debido a trauma recurrente; ejemplo, por abrir una horquilla del pelo con los dientes o meter las uñas entre ellos. A diferencia de los dientes de Hutchinson, los lados de estos dientes muestran su contorno normal; tamaño y espaciado no están afectados.

LENGUA LISA



En contraste con las ideas comunes, una lengua cubierta es normal, una lengua roja lisa no lo es. La pérdida de papilas de la lengua un aspecto rojo alisado que frecuentemente empieza en los bordes; sugiere deficiencia de vitamina B₁₂, niacina o hierro.

LENGUA VELLOSA



El "pelo" de la lengua vellosa consiste en papilas alargadas sobre el dorso de la lengua y es amarillo pardusco o negro. Aunque alarma o molesta al paciente, clínicamente es benigna. La causa es desconocida.

LENGUA GEOGRAFICA



La lengua geográfica se caracteriza por áreas rojas lisas disseminadas en el dorso de la lengua, desprovistas de papilas. El contraste de estas áreas con la superficie áspera y cubierta normal, da un aspecto de mapa que cambia con el tiempo. La alteración es benigna, de causa desconocida. En los niños puede asociarse con enfermedades alérgicas.

LENGUA FISURADA



Las fisuras pueden aparecer en la lengua con la edad y a veces volverse numerosas, dando lugar al término "lengua escrotal". Aunque pueden acumularse residuos alimenticios en las hendiduras y causar irritación, la lengua fisurada tiene poco significado clínico.

PARALISIS DEL 12o. NERVI



La parálisis del 12o. nervio craneal (hipogloso) produce atrofia y fasciculaciones de la mitad afectada de la lengua, con desviación hacia el lado paralizado.

VENAS VARICOSAS DE LA LENGUA



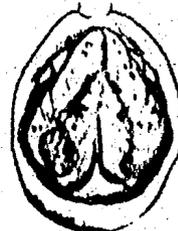
Con la edad, pueden aparecer pequeñas protuberancias redondas de color purpúreo o azul oscuro debajo de la lengua, llamadas "lesiones de caviar". No tienen significación. Como con otros signos clínicos de la lengua, familiarizarse con ellos paga dividendos, cuando el paciente o el examinador los descubre primero. Hay que tranquilizar al paciente.

LEUCOPLASIA



Leucoplasia es término aplicado a placas engrosadas blancas adheridas a la mucosa. Su aspecto ha sido comparado a pintura blanca seca. Aunque la lengua está afectada como se muestra aquí, la leucoplasia puede afectar cualquier parte de la mucosa bucal. El significado primario depende de que pueda ser premaligna.

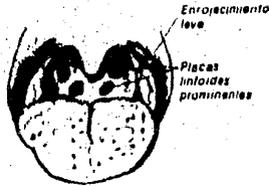
CARCINOMA



El carcinoma no es común en el dorso de la lengua, donde podría ser más fácilmente detectado. Buscarlo en la base o en los bordes de la lengua. Cualquier úlcera o nódulo que no cicatriza en dos o tres semanas deberá consultarse con el médico.

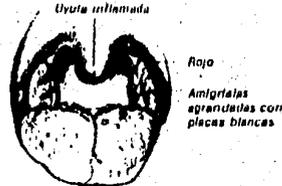
CUADRO 4-22. ANOMALIAS DE LA FARINGE

FARINGITIS VIRAL



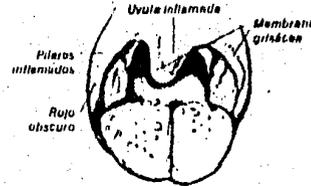
La faringitis viral puede presentar pocos o ningún signo. Frecuentemente se observa en la pared faríngea posterior, enrojecimiento suave, hinchazón ligera de los pilares y prominencia de las placas linfoides.

FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA



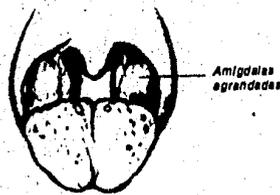
Clásicamente la infección estreptocócica produce enrojecimiento e hinchazón de amígdalas, pilares y úvula, con placas blancas o amarillas de exudado en las amígdalas. Pero frecuentemente es imposible hacer un diagnóstico exacto solo sobre bases clínicas, pues puede presentarse faringitis estreptocócica sin exudado, y algunas enfermedades virales y la mononucleosis infecciosa pueden producir faringitis exudativa.

DIFTERIA



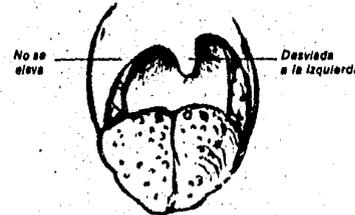
Actualmente rara, la difteria se incluye aquí debido a su importancia. La garganta está de color rojo obscuro y tumefacta. Sobre una amígdala se forma un exudado denso y, a diferencia del exudado estreptocócico, puede extenderse sobre paladar blando y úvula. La garganta está menos dolorosa de lo que podría suponerse, pues el paciente está netamente enfermo.

HIPERTROFIA AMIGDALAR



Las amígdalas pueden estar agrandadas sin infección. Cuando se saca la lengua, pueden sobresalir más allá de los bordes de los pilares hacia la línea media. El tamaño de las amígdalas no es en sí mismo indicación de enfermedad.

PARALISIS DEL 10o. NERVIU CRANEAL (VAGO)



Cuando el paciente dice "ah" el paladar blando en el lado paralizado no se eleva. La úvula se desvía hacia el lado no afectado.

C A P I T U L O VII
EXAMEN DE LABORATORIO Y RAYOS "X"

Estos son bien útiles para el cirujano dentista y le ayudarán a obtener un diagnóstico correcto. Con las radiografías en ocasiones tenemos información que no podemos obtenerla por medio de la palpación, inspección ó auscultación.

El examen sistemático de la sangre y de la orina en algunas ocasiones nos revela estados que pueden complicar el procedimiento quirúrgico.

Debe ser sistemático el examen de sangre y de la orina de todos aquellos pacientes que se les vaya a intervenir quirúrgicamente.

Esto se pide comunmente como examen completo de la sangre:

A) BIOMETRIA HEMATICA (valores normales)

| | HOMBRE | MUJER | U. MEDICAS |
|------------------|----------|---------|-----------------|
| HEMOGLOBINA | 15 - 20 | 35.5-17 | g/100 ml |
| HEMATOCRITO | 45 - 60 | 40-82 | ml/100 |
| C M H G | 32 - 38 | | % |
| VOLUMEN GLOBULAR | 83 - 104 | | micras cúbicas. |

| | | |
|----------------|--------------|-----------------|
| LEUCOCITOS | 5000 - 10000 | mm ³ |
| LINFOCITOS | 24 - 38 | % |
| MONOCITOS | 4 - 9 | % |
| NEUTROFILOS | 50 - 70 | % |
| EOSINOFILOS | 1 - 4 | % |
| BASOFILOS | 0 - 1 | % |
| SEGMENTADOS | 45 - 65 | % |
| EN BANDA | 0 - 7 | % |
| METAMIELOCITOS | 0 | % |
| MIELOCITOS | 0 | % |

B) TIEMPO DE SANGRADO.

1 a 3 minutos

C) TIEMPO DE COAGULACION.

8 a 12 minutos

D) TIEMPO DE PROTROMBINA.

80 a 100%

E) TIEMPO DE TROMBOPLASTINA.

30 a 50 segundos

F) TIPO DE RH:

A/ B/ AB/ O/ (+) (-)

G) EXAMEN GENERAL DE ORINA.

| | |
|------------------------|-----------------------------|
| VOLUMEN | 800 - 1600 |
| DENSIDAD | 1003 - 1035 |
| PH | 6 ácido |
| PROTEINAS | negativa |
| GLUCOSA | negativa |
| ACETONA | negativa |
| BILIRRUBINA | negativa |
| HEMOGLOBINA | negativa |
| SEDIMENTO: LEUCOSITOS. | menos de 10 leucositos por- |
| ERITROCITOS | campo. |
| CILINDROS. | |

H) EXAMEN RADIOLOGICO.

La revisión completa de la cavidad bucal, necesita un número determinado de películas, realizadas de tal manera que permitan un examen completo de los dientes y de los tejidos - donde estos se hallan implantados.

El número de películas necesarias, generalmente en un adulto son 14 películas periapicales.

Toda película debe mostrar una imagen adecuada de la-

región que se examina y estas imágenes no deben estar elongadas ni escorsadas y deben mostrar las superficies interproximales sin superposición del diente vecino hasta donde todo es to sea posible, ya que por el tamaño y la forma de algunas bo cas esto se dificulta.

Además de las radiografías periapicales se pueden tomar oclusales, topográficas, laterales ó posteroanteriores y panorámicas.

C A P I T U L O V I I I

DIAGNÓSTICO

El Diagnóstico es una de las partes más importantes dentro de la Historia Clínica, ya que si este es certero nos va a llevar a un buen tratamiento, es decir, el diagnóstico tiene como objetivo sugerir o proporcionar una base segura para que el plan terapéutico sea el más adecuado, por lo tanto es un requisito indispensable para el tratamiento.

*DEFINICION DE DIAGNOSTICO.- Es la habilidad y destreza del clínico para, descubrir, reconocer y saber la naturaleza del proceso patológico, en otras palabras, estar familiarizado con las cualidades, la evolución y el desarrollo (patogé-
nia) de la nomalia.*

*Para tener éxito en el Diagnóstico, se deben conocer no solo los signos clínicos de la enfermedad, sino también todo lo relacionado con ella, como son las causas, Patogé-
nia y manifestaciones radiológicas e histopatológicas.*

METODOS DE DIAGNOSTICO.

*DIAGNOSTICO CLINICO.- El Diagnóstico Clínico es la --
identificación de una enfermedad basada solo en la observa- --*

ción y valoración de los signos y síntomas clínicos de la entidad patológica (los que son observables con los ojos o palpables manualmente) sin acudir a datos o información de otro origen.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO.- El diagnóstico radiológico se parece al diagnóstico clínico excepto que los caracteres y criterios diagnósticos se obtienen de radiografías y no de fuentes clínicas. Este método cuando se usa sin recurrir a datos de otras fuentes constituye también un medio rápido de identificación.

DIAGNOSTICO A TRAVES DE LOS DATOS ANAMNESICOS (HISTORIA CLINICA).- En muchas ocasiones se establece un diagnóstico definitivo, valorando de forma adecuada la información obtenida al realizar la Historia Clínica.

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO.- Muchos de los problemas diagnósticos no se pueden resolver únicamente por los datos clínicos, radiológicos o anamnesicos, debido a que es necesario realizar pruebas de laboratorio, es decir, para realizar un diagnóstico seguro debe ser necesario completar el cuadro clínico con las observaciones radiológicas y los datos obtenidos de la Historia Clínica con los resultados de las pruebas de laboratorio.

PRONOSTICO.

Una vez formado un Diagnóstico correcto o lo más cer-

tero posible podremos llegar a formar un pronóstico.

El pronóstico significa. Una predicción de la evolución o complicación de una enfermedad de acuerdo con los datos que tenemos en el diagnóstico.

El pronóstico puede ser favorable o desfavorable, bueno o malo, o bien ser pronóstico reservado (cuando solo el médico sabe como se encuentra el paciente).

C A P I T U L O I X
TRATAMIENTO

Obteniendo los resultados del paciente en los aspectos físicos, análisis de laboratorio, valoración radiológica, un buen diagnóstico y pronóstico, generalmente obtendremos el tratamiento adecuado. Ya que este tratamiento a realizar - - mientras se aplique lo más pronto posible y tengamos resultados favorables, impediremos el progreso en alguna alteración de piezas dentarias y cavidad bucal en general u otras partes del cuerpo..

En ocasiones estos tratamientos a realizar los aplicaremos con ciertos farmacos como en el caso ABCESOS o bien con intervenciones quirúrgicas como lo son (EXTIRPACION DE QUIS--TES).

EXISTEN MUCHAS FORMAS DE "MEMBRETE"
PARA UNA HISTORIA CLINICA DE LAS --
CUALES TENEMOS LAS SIGUIENTES:

(1) Esta forma la utilizaremos cuando
tengamos que realizar un tra-
tamiento de operatoria o alguna
extracción dentaria.

(2) Este otro tipo lo utilizaremos,
cuando se requiera de un trata-
miento quirúrgico, es decir, de
be ser mucho más completa la --
HISTORIA CLINICA.

FECHA _____

NOMBRE _____ EDAD _____

DIRECCION _____

ORIGEN _____ ESTADO CIVIL _____

OCUPACION _____ SEXO _____

MOTIVOS DE LA CONSULTA: _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: _____

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

APARATOS Y SISTEMAS

APARATO DIGESTIVO _____

APARATO RESPIRATORIO: _____

APARATO GENITOURINARIO: _____

SISTEMA NERVIOSO: _____

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

E D C B A A B C D E
E D C B A A B C D E

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

CIRUJANO DENTISTA _____

FIRMA DEL PACIENTE _____

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U. N. A. M.
UNIDAD DE CIRUGIA MAXILO FACIAL
SOLICITUD DE OPERACIONES

Expediente clínico No. _____

No. de anestesia. _____

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Empleo _____

Procedencia _____

| | |
|---------------------------------|-------------------------|
| Diagnóstico preoperatorio _____ | |
| Cirujano _____ | 1er. Ayudante _____ |
| 2o. Ayudante _____ | Anestesista _____ |
| Instrumentista _____ | Enfermera primera _____ |

| | | | |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Tiempo de Sangrado _____ | Reacciones serológicas _____ | | |
| Tiempo de coagulación _____ | Tiempo de Protrombina _____ | Examen radiológico _____ | |
| Biometría Hemática _____ | | | |
| Tensión arterial: Mx. _____ | Mn. _____ | Pulso _____ | No respiraciones _____ |
| Estado patológico pulmonar _____ | | | |
| Examen de orina _____ | | | |
| Química sanguínea _____ | | | |
| Aparato cardiovascular _____ | | | |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| Hora del último alimento _____ | Duración aproximada de la operación _____ | |
| <small>(en operaciones de emergencia)</small> | | |
| Operación solicitada _____ | | |
| Que se verificará el día _____ a las _____ hrs. _____ | | |
| Instrumental especial que se solicita _____ | | |
| ¿Se necesita el control radiográfico? _____ | | Riesgo quirúrgico _____ |
| Anestesia solicitada _____ | | Practicada por _____ |
| Otros datos no mencionados anteriormente _____ | | |
| Se requiere transfusión. _____ | | |

| | | |
|---------------|--------------------------------|-------------|
| Recibió _____ | a las _____ hrs. del día _____ | de 19 _____ |
| _____ | | |
| _____ | | |

Firma del Médico

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U. N. A. M.
HOSPITAL DE CIRUGIA MAXILO FACIAL
HISTORIA CLINICA GENERAL

Expediente clínico No. _____

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Empleo _____

Procedencia _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Nombre del Cirujano-Dentista que elaboró esta Historia _____

ANTECEDENTES

INTERROGATORIO: Directo

Indirecto

HEREDITARIOS Y FAMILIARES

**PERSONALES NO
PATOLOGICOS**

**PERSONALES
PATOLOGICOS**

ESTADO ACTUAL

**PADECIMIENTO
ACTUAL**

**APARATOS Y
SISTEMAS**

HISTORIA CLINICA GENERAL

SINTOMAS
GENERALES

EXAMENES PREVIOS

TERAPEUTICA
EMPLEADA

DIAGNOSTICOS
PREVIOS

EXPLORACION FISICA

| PESO ACTUAL | PESO IDEAL | PESO HABITUAL | ESTATURA | PULSO | TENSION ARTERIAL | TEMPERATURA | RESPIRACION |
|-------------|------------|---------------|----------|-------|------------------|-------------|-------------|
| | | | | | | | |

INSPECCION GENERAL

CABEZA

CUELLO

TORAX

ABDOMEN

GENITALES EXT. RECTAL Y/O VAGINAL

EXTREMIDADES

COLUMNA VERTEBRAL

DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL

Firma y Clave

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U. N. A. M.
UNIDAD DE CIRUGIA MAXILO FACIAL

HOJA PARA RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO

_____ 10°
_____ 9°
_____ 8°
_____ 7°
_____ 6°
_____ 5°
_____ 4°
_____ 3°
_____ 2°
_____ 1°

_____ 10°
_____ 9°
_____ 8°
_____ 7°
_____ 6°
_____ 5°
_____ 4°
_____ 3°
_____ 2°
_____ 1°

A esta hoja deben adherirse los diferentes informes radiológicos o de otros gabinetes.
El primer informe debe pegarse a esta última línea.

C O N C L U S I O N E S

Aquellos pacientes a tratar por el cirujano dentista, desde el momento en que se presentan en el consultorio, se les debe realizar una Historia Clínica de lo más completa, ya que de esta manera sabremos las condiciones de salud en general y estos padecimientos presentes en el paciente los trataremos con mayor éxito, debido al estudio excelente del hombre en el estudio científico avanzado.

No siempre es necesario realizar los análisis de laboratorio ya que con las observaciones clínicas o con los estudios radiológicos podremos formar el diagnóstico y por lo tanto llevar a cabo un buen tratamiento.

Por lo tanto lo realizado en esta tesis esperamos les sirva de guía a todos aquellos futuros Cirujanos Dentistas para así obtener resultados favorables en todo tratamiento Bucodental.

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

PROPEDEUTICA MEDICA
William L. Morgan
Editorial Interamericana.
Edición 1971.

PROPEDEUTICA MEDICA
Mayor Ralph H.
Editorial Interamericana
Edición 1970

PROPEDEUTICA MEDICA
Barbara Bates
Editorial Interamericana
Edición 1977-1979.

MANUAL DE TECNICA MEDICA PROPEUDEUTICA.
Francisco Cuevas
Editorial México
Edición 1975.

PROPEDEUTICA MEDICA
Prior Silverstein J.
Editorial Interamericana.
Edición 1973.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Edward V. Zegarelli
Editorial Salvat
Edición, 1972.

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

Bacells Gorina Alfonso

Editorial Interamericana

Edición, 1978.