



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.

I.- ANALISIS DE LA ODONTOLOGIA COMO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL

II.- PAPEL DE LA ODONTOLOGIA EN EL EQUIPO DE SALUD.

- 1.- La boca como barómetro de enfermedad sistémica
- 2.- Papel del Cirujano Dentista en el descubrimiento de la enfermedad sistémica.
- 3.- Descubrimiento de enfermedades concomitantes.
- 4.- Afecciones médicas.

III.- HISTORIA CLINICA

- 1.- Conducta a seguir del operador ante el pa-
ciente.
 - 1.1.- Examen Clínico.
 - 1.2.- Interrogatorio y registro de los datos.
 - 1.3.- Descubrimiento de las anomalías.
 - 1.4.- Historia Dental.
 - 1.5.- Estudio Radiológico.
 - 1.6.- Registro de la Historia Clínica.
- 2.- El Cirujano Dentista y el laboratorio de
análisis clínicos.
 - 2.1.- Pruebas de laboratorio.
 - 2.2.- Pruebas sencillas que pueden realizar fá-
cilmente el Cirujano Dentista o sus ayu-
dantes en el consultorio o en la clínica.

IV.- PRINCIPIOS DEL DIAGNOSTICO.

- 1.- Proceso del diagnóstico.
- 2.- Diagnóstico por el método de hipótesis.

- 3.- Una lógica diagnóstica formal:
 - 3.1.- Papel del Médico en el diagnóstico actual
 - 3.2.- Valoración de las observaciones
- 4.- Credibilidad del diagnóstico.
- 5.- Responsabilidad del Cirujano Dentista en el diagnóstico.

V. - LA ODONTOLOGIA Y SU RELACION CON ESPECIALIDADES.

- 1.- El Odontólogo y el Médico.
- 2.- Interconsulta.
- 3.- Remisión del paciente a otros especialistas.
- 4.- Consulta.
 - 4.1.- Petición de la consulta.
 - 4.2.- Contestación de la consulta.

VI.- CONCLUSIONES.

VII.-BIBLIOGRAFIA.

El ejercicio de la Odontología surgió originalmente como una especialidad dentro de la Medicina, no obstante este comienzo con orientación Médica, la profesión se ha desligado en su mayor parte de un aspecto muy importante de los tratamientos curativos y preventivos, nos referimos desde luego — al Diagnóstico en forma integral.

El Cirujano Dentista en la mayor parte de los casos no se encuentra en posibilidad de realizar el examen físico — de cada paciente, deberá por lo tanto, ser capaz de reconocer aquellos trastornos que en algún momento indiquen la necesidad de remitir al paciente con un médico apropiado. Es del — reconocimiento y no del tratamiento de lo que se ocupa esta — Tesis.

Además de lo anterior, existen otras razones muy — importantes para que el Cirujano Dentista tenga pleno conocimiento del Diagnóstico Integral que tiene que realizar.

Por ejemplo, es razonable presumir que el Odontólogo que utiliza anestesia en sus diversas formas sea capaz de establecer la vigilancia de los sistemas sobre los que actúa, además corresponde al C. Dentista adquirir la habilidad necesaria para actuar en casos de urgencia. Obviamente el tratamiento no puede ser pospuesto, sin embargo, resulta ventajoso que el C. Dentista sea capaz de valorar el estado general de su paciente durante y después de una situación de urgencia. — Se ha observado que cuando el Odontólogo trata de tomar la — presión arterial por primera vez cuando su paciente se encuentra en choque neurogénico, no posee la confianza ni la habilidad del clínico que sistemáticamente hace la determinación de la presión arterial como parte de la valoración médica del — paciente.

Igualmente el aprendizaje de la Técnica para la pun-
ción venosa no debe ser pospuesto hasta que una situación de-
urgencia, exija la aplicación de una inyección endovenosa.

Aunque al Cirujano Dentista compete las alteracio-
nes de la cavidad bucal, cada vez más se percata de su res-
ponsabilidad por la salud del individuo en su totalidad. A
este respecto, los procedimientos de laboratorio que puedan -
ser realizados en el consultorio dental, deberán hacerse en -
forma sistemática por el clínico de prácticas general. El Cir-
ujano Dentista puede utilizar otros estudios complementarios
para llegar al diagnóstico, Con el advenimiento de técnicas-
modernas, el Odontólogo que no haga pleno uso del laboratorio
clínico se niega así mismo y niega a sus pacientes una aten-
ción adecuada.

Se han incrementado significativamente las relacio-
nes profesionales entre Médicos y Dentistas en los últimos -
años, los Dentistas han tenido mayor participación en las ac-
tividades de hospitales y clínicas.

El Cirujano Dentista que trata a su paciente en for-
ma integral funciona como miembro del equipo de Salud, y por-
tanto para satisfacer las necesidades del cuidado de la salud
debe estar dispuesto a interactuar con los diferentes profe-
sionales de la Medicina, esto implica que el Cirujano Dentis-
ta debe estar preparado para planear su tratamiento basándose
en las necesidades globales de salud del paciente.

Desde luego, al tratar con otros miembros de las -
profesiones dedicadas a la salud, la práctica sistemática del
Diagnóstico Integral influirá en forma favorable la capacita-
ción del C. Dentista en su papel como participante del equipo
de salud.

Leer este trabajo, no dará al Cirujano Dentista la suficiente preparación para realizar los procedimientos de diagnóstico adecuados. Esta preparación sólo se obtiene con estudio y experiencia.

Por lo tanto el motivo de esta Tesis deberá ser: — proporcionar el estímulo y el fundamento conducentes a mayor estudio y práctica.

Es mi deseo que lo que se presenta a continuación, — ayude al Cirujano Dentista para que los procedimientos de diagnóstico tengan como consecuencia que la práctica de la — Odontología se realice en forma más eficaz.

C A P I T U L O 1

ANALISIS DE LA ODONTOLOGIA COMO ESPECIALIDAD
EN MEDICINA GENERAL.

Anteriormente el papel del Cirujano Dentista era — el de un artesano cuya única tarea consistía en elaborar artificios dentales, que vendía para obtener un beneficio, por consiguiente, la Odontología de entonces se concretaba al — arte de reemplazar partes de la dentadura o toda ella, y las primeras escuelas de la especialidad centraban sus cursos de estudios alrededor de este concepto mecánico. En consecuencia, tanto la profesión dental como el público a quien servía — aceptaban la idea de que la mayoría de la gente acabaría por necesitar algún tipo de prótesis.

A principio de siglo se concibió la Teoría de Infección Focal con origen en los tejidos dentales, a partir — de entonces se empezó a considerar la Odontología como una — rama Médica. Cambió el programa de las escuelas de Odontología para dar relieve a las Ciencias Biológicas y de la salud y no solo a la elaboración de trabajos dentales.

Con el paso del tiempo se hicieron estudios estadísticos que dieron como resultado que aproximadamente el 98% de la población mundial padecía la enfermedad caries. Con estos resultados tan desalentadores se llegó a la conclusión de — preparar profesionales que pudieran solucionar todos los problemas inherentes a dicha enfermedad. Debido a esto la Odontología se separó de la Medicina General naciendo como una — especialidad; de esta manera el Cirujano Dentista se convirtió en un especialista de las ramas de la salud, lo cual le — trajo como consecuencia un campo mayor de acción y a la vez — mayores responsabilidades.

Por todas las razones anteriormente expuestas, en la formación académica del Cirujano Dentista entran materias básicas de las Ciencias Médicas así como materias propias de la especialidad, por lo tanto el Cirujano Dentista al concluir su preparación académica se encuentra preparado para llevar a cabo un diagnóstico, pronóstico tratamiento y prevención de enfermedades de la boca y disfunciones de las estructuras asociadas a la misma, en base a las necesidades globales de salud del paciente.

En la actualidad en algunos países la formación académica varía por razones económicas, políticas etc, un ejemplo de ello es, que en países altamente desarrollados es indispensable cursar la carrera de Médico Cirujano para poder ingresar a la escuela de Odontología. En nuestro país hasta hace pocos años, el plan de estudios era de 5 años, pero las autoridades competentes al hacer un estudio sobre las necesidades de salud dental del país y ver la gran demanda que existía de Odontólogos decidieron acortar el plan de estudios a 4 años para satisfacer en forma pronta las necesidades existentes.

En los primeros años de educación universitaria se hace énfasis en disciplinas básicas de las ciencias médicas tales como Anatomía Humana, Fisiología, Bioquímica, Patología, Histología y Embriología, Microbiología, Farmacología etc; así mismo se incluyen materias que complementan la preparación general del Cirujano Dentista, dichas materias son entre otras: Psicología Médica, Bioestadística, Nutrición etc.

Al avanzar en el plan de estudios se tiende más hacia la especialización impartándose materias propias de la profesión y dando relevante importancia al aspecto clínico de cada una de ellas.

Hoy día el estudiante de Odontología recibe cursos de Ciencias Biológicas básicas tan amplios y profundos como el estudiante de Medicina General. Conoce en forma general — las enfermedades mas comunes, sus síntomas relacionados con — la boca, los datos de laboratorio correspondientes y las posibles — complicaciones. El Cirujano Dentista joven puede entender — el idioma del Médico, contestarle en el mismo idioma y — colaborar eficazmente con él, para el tratamiento del paciente.

C A P I T U L O I I

PAPEL DE LA ODONTOLOGIA EN EL EQUIPO DE SALUD.

Los alcances y logros de la Odontología como los de la Medicina se amplían todos los días. El Cirujano Dentista todavía cumple funciones de reparación y protección, pero cobran cada día más importancia las enfermedades de los tejidos de sostén de los dientes, de la mucosa bucal y de la lengua. También progresan los servicios preventivos de salud, pero en la práctica diaria, el Cirujano Dentista solo aplica una fracción de las medidas preventivas comprobadas. Como las enfermedades de los órganos mencionados pueden ejercer un efecto pronunciado sobre el organismo en conjunto, y como las enfermedades generales a veces se manifiestan inicialmente en dichos órganos, es preciso que el Odontólogo tenga pleno conocimiento de las enfermedades sistémicas. Al respecto, su situación es la de cualquier otro Médico especialista; su interés en una enfermedad general dada depende de la frecuencia y de la importancia de las relaciones entre ésta y la especialidad que practica. También cada día el público y la profesión Médica se percatan más de que la Odontología es un servicio de salud muy importante:

Es propósito de este trabajo investigar cómo el Odontólogo puede servir mejor en su calidad de miembro del equipo de salud, más específicamente nuestra preocupación cardinal es analizar el papel de la Odontología en el descubrimiento de enfermedad sistémica. La idea de que el estomatólogo puede y debe desempeñar un papel integral a este respecto no es nueva. Este pensamiento se le ha ocurrido a muchos miembros de las profesiones Médica y Odontológica. Este concepto se ha mencionado tanto en la literatura profesional como en la lega. Sin embargo a pesar de lo hablado y lo escrito, en realidad se ha logrado poco para mostrar sin lugar a dudas

que el Cirujano Dentista está desempeñando una parte del programa de salud integral.

1.- La boca como barómetro de enfermedad sistémica.

Determinadas enfermedades sistémicas hacen a menudo su aparición clínica por vía de síntomas y/o signos bucales.— Esto es así porque aunque tanto la enfermedad sistémica como la irritación local suelen ser de una magnitud relativamente baja, su producto es lo suficientemente grande como para producir molestias o manifestaciones visibles en los tejidos bucales.

2.- Papel del Cirujano Dentista en el descubrimiento de la enfermedad sistémica.

Vemos ahora que el Odontólogo está en una admirable posición para descubrir algunas enfermedades sistémicas en forma precoz. En realidad el Odontólogo tiene en ciertos aspectos, alguna ventaja sobre su colega Médico, por 2 razones:

1.- El trauma bucal es elevado, por lo tanto la enfermedad sistémica se mostrará a menudo en la boca, antes que pueda reconocerse en otra parte.

2.- Es interesante señalar que aproximadamente solo un vigésimo (un 5%) del tiempo del Médico se emplea para el examen de rutina de las denominadas gente "sana". En otras palabras, la gente visita al Médico solo cuando está enferma. En contraste, mas y mas personas aparentemente sanas están visitando al C. Dentista de manera regular y para exámenes periódicos. Este es el momento óptimo para descubrir la enfermedad sistémica en forma precoz.

3.- Descubrimiento de enfermedades concomitantes.

Una gran proporción de la población solicita sistemáticamente los servicios de la Odontología y solo visita raramente a los Médicos familiares para hacerse exámenes físicos sistemáticos, ésta situación proporciona al Cirujano Dentista la oportunidad de contribuir a la prestación de servicios adicionales en bien de la salud y bienestar generales — de sus pacientes. La existencia de alguna enfermedad general concomitante no diagnosticada previamente puede ser sugerida por datos físicos significativos que son estudiados sistemáticamente durante la valoración o mediante el estudio minucioso de la Historia Clínica del paciente. No obstante la modalidad del descubrimiento, cuando se descubra alguna afección — significativa de manera incidental, no corresponde al Cirujano Dentista tratar esta enfermedad. Debemos informar al paciente de nuestras sospechas y remitirlo oportunamente con su médico familiar o con un especialista adecuado para someterse a una valoración detallada y a un diagnóstico y régimen terapéuticos adecuados.

Esta acción da como resultado no solamente que el paciente reciba el tratamiento necesario para la enfermedad, — que de otra forma hubiera avanzado sin ser descubierta, sino que también le gana al Estomatólogo el respeto del paciente — y del Médico.

4.- Afecciones Médicas.

Una responsabilidad fundamental del Odontólogo es — la de determinar sistemáticamente si cada paciente tiene en — su historial algún hecho, afección o medicamento que pudiera

alterar significativamente el curso de un plan de tratamiento bucal proyectado, un ejemplo de ello sería, si se revela en la Historia Clínica una reacción alérgica a una droga que se piensa utilizar, podemos evitar, en el mejor de los casos una erupción cutánea y en el peor de los casos una catástrofe.

Además la presencia de enfermedades anteriores significativas tales como fiebre reumática; exige considerar si están indicados antibióticos en forma profiláctica. Podemos sospechar también la existencia de enfermedades actuales, por el conocimiento de que el paciente está siendo atendido por su Médico, o porque emplea diariamente algún medicamento específico. En la situación en que un paciente se encuentre bajo tratamiento para alguna enfermedad concomitante por otro médico, el Odontólogo no deberá reparar en pedir una consulta con el mismo.

Debemos insistir, en que la valoración física deberá realizarse antes de instituir cualquier medida terapéutica para dar así valor correspondiente a los datos obtenidos por medio del interrogatorio.

Las actividades del Cirujano Dentista en ejercicio, dedicado a reparar dolencias y disfunciones bucales no deben ser consideradas como fin intrínseco, este ha de ser más bien el efecto de tales cuidados en la persona integral. Hora es ya de que el Cirujano Dentista sea conceptuado como especialista en el terreno médico, y no como un técnico muy diestro, que se limita a reparar y a corregir los estragos de una enfermedad dental.

La utilidad de un Cirujano Dentista para su paciente reside en su habilidad profesional y en su discernimiento-

para sentar un diagnóstico y formular un plan de tratamiento en beneficio de aquel. El objetivo del Odontólogo consciente de su papel, es ayudar a su paciente a vivir mas tiempo y mejor, y a seguir siendo útil, ayudándole a prevenir la enfermedad y la destrucción de sus tejidos orales. Si no puede evitar tales anomalías y disfunciones, tratará de combatir las restituyendo esas estructuras a un estado lo más normal posible.

En último término, cada Odontólogo debe resolver por sí mismo, definir su propio concepto de salud dental y avanzar luego hacia esa meta.

CAPITULO III

HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es la suma de los datos recabados al paciente por diversos medios. Hay cuatro razones principales por las cuales el Odontólogo debe tomar dicha Historia:

1.- Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar.

2.- Para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de determinados medicamentos destinados a su paciente no resulten contraproducentes.

3.- Para detectar alguna enfermedad general ignorada, que exija un tratamiento especial.

4.- Para conservar un documento gráfico que pueda resultar útil en caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

La Historia Clínica constituye un medio excelente para instaurar una buena relación entre el paciente y el Odontólogo, pues el facultativo demuestra su interés por el bienestar de su paciente. Hay que recordar que el paciente está explicando que tiene importancia incluso cuando se trata de una información errónea, además la Historia Clínica proporciona principalmente una técnica, mediante la cual pueden investigarse los síntomas del paciente.

Con frecuencia, los síntomas son las primeras manifestaciones de la enfermedad, perceptibles mucho antes de que los signos físicos o alteraciones significativas de las pruebas de laboratorio y las radiografías puedan aplicarse al diagnóstico. Por este motivo, el análisis de una Historia Clínica cuidadosamente elaborada y organizada, viene a contribuir más a la obtención de un diagnóstico adecuado que cualquier otro método de investigación, concluyendo la mayor parte de las técnicas físicas y de laboratorio, además en el ambiente del consultorio odontológico a través de la Historia Clínica, es donde surgen los datos relativos a hechos médicos pasados o a las afecciones actuales del paciente.

La importancia de estos datos para el manejo del paciente ya ha sido mencionada. Es obvio que para establecer un diagnóstico o determinar que pacientes son capaces de soportar regímenes terapéuticos, la presencia de una Historia Clínica fidedigna es de suma importancia.

1.- Conducta a seguir del operador ante el paciente.

La elaboración de la Historia Clínica generalmente proporciona la primera oportunidad para la comunicación entre el Cirujano Dentista y el paciente. La mecánica de esta entrevista suele proporcionar al paciente, una imagen del clínico que afectará a todas las relaciones posteriores entre los dos. Una mala impresión en este momento será muy difícil de remediar en el futuro. Así, el contacto inicial con el paciente deberá ser conducente al establecimiento de comunicación entre el paciente y el clínico en la medida que sea necesario y posible.

Existen numerosos factores intangibles en el desarrollo de una relación favorable entre el Médico y el paciente. Estas incluyen, el aspecto general del clínico, su capacidad para entender las quejas de los pacientes y mas importante; su preocupación sincera y su interés por cada paciente como individuo. El clínico que se presenta desaliñado y sucio puede sugerirle al paciente que es igualmente descuidado en su atención a los detalles del diagnóstico y tratamiento. Al avanzar el interrogatorio sobre datos médicos generales, el médico deberá proceder con confianza en sí mismo ya que el reparo o la vergüenza expresada al hacer las preguntas suelen ser contestados con respuestas vagas y faltas de veracidad.

Generalmente una buena intención para establecer comunicación es premiada con respuestas espontáneas y sin inhibiciones; sin embargo en ocasiones los esfuerzos más sinceros dan como resultado apatía, indiferencia u hostilidad franca.

La obtención de una Historia Clínica completa y precisa es tanto un arte como una ciencia. Como la Historia Clínica investiga primordialmente síntomas que por su naturaleza son subjetivos, es necesario apearse a un orden definido de preguntas y clasificación de los datos si se desea obtener datos objetivos sobre los cuales se pueda basar un diagnóstico. Sin embargo, la fuente de esta historia es el paciente y la gente varía en su capacidad para observar y descubrir los síntomas. Esta variación puede ser afectada por la inteligencia, la educación y el estado emocional del paciente, así como el grado de confianza que el paciente le tenga al examinador. Por este motivo el clínico deberá estar preparado para incorporar flexibilidad al desarrollo de una entrevista,

para ajustarse a las exigencias individuales del paciente.

En el ambiente del consultorio dental, existen dos métodos mediante los cuales puede hacerse y registrarse la — Historia Clínica: La Historia Clínica escrita (en forma de — cuestionario) en coordinación con la Historia verbal. El con conocimiento de los aspectos fundamentales de la Historia Clínica escrita es un requisito previo para la utilización eficaz y — la interpretación eficaz de los cuestionarios médicos e historias abreviadas.

A continuación presento un cuestionario que sirve — como instrumento útil en la búsqueda de información acerca de la salud, sin pretender sustituir a la Historia Clínica detallada;

HISTORIA CLINICA.

Nombre	Dirección
Edad	Fecha de Nacimiento
Nacionalidad	Profesión.
Nombre, dirección y teléfono de su médico:	

Las respuestas a las preguntas siguientes son úni— camente para nuestro archivo y se consideran confidenciales:— Antecedentes de cáncer, Diabetes Mellitus, tuberculosis, ane— mia, hemofilia, ictericia, cardiopatías, artritis, asma, pa— rálisis, suicidios, nerviosos, enfermos mentales, alcohólicos, — sifilíticos y otros.

- 6.-¿Ha tenido hemorragias anormales en extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas o traumatismos? sí no
- a).- ¿Ha necesitado alguna vez una transfusión sanguínea? sí no
 En caso afirmativo explique en que circunstancias _____
- 7.-¿Padece algún trastorno de la sangre, por ejemplo anemia? sí no
- 8.-¿Le han operado o le han aplicado radioterapia por tumoramiento o cualquier otra alteración de la boca o de los labios? sí no
- 9.-¿Toma algún preparado o medicamento? ¿Cuál? _____
- 10.-¿Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a:
- a).- anestésicos locales? sí no
- b).- ¿Penicilina u otros antibióticos? sí no
- c).- ¿Sulfamidas? sí no
- d).- ¿Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio, yodo aspirina y otras sustancias _____
- 11.-¿Padece alguna enfermedad o trastorno que no ha sido mencionado más arriba y que considera conveniente que lo sepa sí no
- 12.-¿Tiene dolor en la boca? sí no
- 13.-¿Cuándo visitó al Dentista por última vez? _____
- 14.-¿Le sangran las encías? sí no
- 15.-¿Qué tratamiento le dió? _____
- 16.-¿Ha sufrido algún trastorno importante con ocasión de algún tratamiento dental anterior? (¿Que ocurrió?) sí no
- 17.-¿Está embarazada? sí no
- 18.-¿Sufre trastornos relacionados con el período menstrual? sí no
 En caso afirmativo cuáles? _____

BOCA.

Color de los labios, grietas, ulceraciones, Herpes, aliento, pigmentación, úvula, paladar, encías, hemorragias, hipertrofia, fosa faríngea.

DIENTES.

Higiene dentaria: Mala, regular, buena.
Prótesis dentales: Superior, inferior, ambos.
caries, parodontosis, paciente desdentado.

LENGUA.

Saburral, seca, húmeda, geográfica, temblor, amígdalas extirpadas, hipertróficas, atróficas, inflamadas o exudativas, faringe, color de la pared posterior, reflejo nauseoso.

Observaciones: _____

Fecha

firma del paciente

firma del Cirujano

Dentista.

1.1.- Examen Clínico.

El examen clínico no debe limitarse a la boca sino a toda la persona. Empieza desde que el paciente cruza la puerta y se sienta en el sillón. Se observarán signos de debilidad, nerviosismo, palidez, simetría, exoftalmia, disnea, labios cianóticos, etc. La simple inspección de la marcha del paciente y de la piel expuesta de la cara, cuello, manos y piernas, pueden revelar anomalías importantes. Se observarán también los ojos y el cabello.

Para realizar la exploración de la cavidad bucal, el Cirujano Dentista debe procurar que el campo de observación esté totalmente despejado para lo cual el paciente ha de estar sentado cómodamente, con soporte adecuado para la cabeza y buena iluminación. Los instrumentos para el examen normal comprenden un espejo bucal, explorador dental y sonda para la exploración de bolsas parodontales. El paciente quedará bien impresionado y mas tranquilo si los instrumentos son sacados en su presencia de un paquete o recipiente estéril. Para tener una buena visibilidad es necesario que no haya restos de alimentos en la boca y aunque rara vez sea necesario hacerlo, el Odontólogo no debe vacilar en pedir al paciente de enjuagarse la boca o cepillarse los dientes antes de proceder a un examen minucioso. También puede ser útil rociar la boca con una solución limpiadora.

Continuando con la Historia y la inspección al enfermo que está cómodamente sentado, se le inspecciona la cara, cabeza, cuello, en forma meticulosa, anotando cualquier anomalía aparente. Después de esto se le pide al paciente que abra los labios manteniendo los dientes en oclusión y se hace una inspección meticulosa de toda la superficie vestibular de los labios, carrillos, encías y dientes. Se le pide al enfer-

mo que cierre y abra las mandíbulas en forma céntrica anotando cualquier desviación de la mandíbula. Durante los movimientos de cierre de la mandíbula es importante el buscar interferencias cuspídeas que pudieran provocar un deslizamiento en posición céntrica.

La mucosa de los labios, mejillas y paladar es inspeccionada con especial cuidado, por si existen placas blancas, ulceraciones o cambios de color. La lengua es examinada en su tamaño, color, forma, se examinan las encías, es importante su color y forma, contextura. Las grietas (o bolsas) - deben explorarse con suavidad usando una sonda roma.

Puesto que los límites de la normalidad son muy variables, se requiere gran habilidad y práctica constante en la palpación bimanual tanto intra como extrabucal, para reconocer las anomalías más mínimas.

Todo hallazgo normal debe describirse con cierto detalle en el expediente.

Se recomienda determinar y anotar la temperatura corporal, el pulso y la frecuencia respiratoria para poder descubrir cualquier desviación de lo normal.

Los trastornos del lenguaje, descubiertos en el transcurso de la conversación, pueden ser indicio de la presencia de maloclusión, paladar hendido, anquiloglosia o prótesis defectuosa. Tampoco se debe olvidar que el lenguaje puede estar alterado también en pacientes que tuvieron una parálisis u otra enfermedad neurológica.

1.2.- Interrogatorio y registro de los datos.

Después de obtener información básica respecto a edad, sexo, estado civil, dirección, número de teléfono y ocupación debe el Odontólogo inquirir el motivo que obligó a su paciente a solicitar consulta, ya que algunos no reconocen una razón válida para su visita. Después se procede a anotar empleando las propias palabras del paciente, la dolencia que motivó su visita actual. En caso de tratarse de una visita periódica y aunque el enfermo afirme que solo vino para revisión esta razón no debe aceptarse de momento. En efecto, un interrogatorio mas detallado revela con frecuencia que el motivo de dicha revisión, fué la aparición reciente de un dolor indefinido o de algún otro signo o síntoma que impulsaron al enfermo a adelantar la visita.

Es preciso anotar la fecha aproximada de la última visita y resumir brevemente los trabajos que fueron realizados, también deben registrarse las dificultades encontradas en las visitas anteriores tales como hemorragia después de una extracción o cualquier inconformidad con el tratamiento, Esto ayudará a establecer la pauta a seguir en el tratamiento.

Se debe preguntar al enfermo si está bajo vigilancia médica. En caso de respuesta afirmativa, se anotará la fecha de la última visita, nombre y dirección del Médico, así como el motivo de la consulta. Cuando sea pertinente, se consultará al Médico para confirmar o negar la presencia de una enfermedad grave que pudiera poner en peligro la vida del enfermo durante el tratamiento odontológico, o que pudiera afectar, por contagio, al Odontólogo o a su personal auxiliar.

Se recomienda seguir cierto orden en las preguntas preparadas con cuidado; al obtener una respuesta positiva o dudosa se anotará en el expediente; aunque en ese momento parezca sin importancia, y se harán preguntas pertinentes complementarias. A continuación presentamos algunas ejemplos de preguntas que pueden hacerse y que abarcan los sistemas principales del organismo.

Están expresadas de tal forma que pueda ser comprendida por la mayoría de los pacientes. Es evidente que deben modificarse según factores como edad, nivel cultura y sexo del paciente.

- 1.- ¿Tuvo alguna enfermedad grave que lo obligó a hospitalizarse?
- 2.- ¿Ha padecido alguna enfermedad cardíaca, presión arterial alta o baja o alguna enfermedad de la sangre?
- 3.- ¿Ha padecido alguna enfermedad grave en los últimos tiempos?
- 4.- ¿Se resfría fácilmente, tiene accesos de tos con frecuencia?
- 5.- ¿Tiene alguna dificultad para respirar?
- 6.- ¿Padece trastornos glandulares como por ejemplo Diabetes o Bocio?
- 7.- ¿Siente molestias estomacales o intestinales?
- 8.- ¿Ha tenido alguna enfermedad renal o urinaria?
- 9.- ¿Pierde a veces el conocimiento?
- 10.- ¿Ha tenido accesos de palidez, sudación y sensación de desmayos?

- 11.- ¿Toma algunos medicamentos con regularidad?
- 12.- ¿Nunca toma medicamentos?
- 13.- ¿Es alérgico a algo?
- 14.- ¿Ha sido tratado con penicilina?
- 15.- ¿Le ha provocado molestias? ¿Cuáles?

Si la mayor parte de las respuestas obtenidas son negativas puede ser útil preguntar entonces: ¿Cómo se siente? ¿Cómo está su salud ahora? En esta etapa del interrogatorio, el paciente suele tener la suficiente confianza para revelar signos o síntomas que no fueron descubiertos antes.

La importancia de las respuestas anotadas con claridad en el expediente del paciente se hace mas evidente conforme el Cirujano Dentista va avanzando en la técnica de tomar Historias Clínicas. Aún sin haber respuestas positivas se habrá determinado si el paciente se considera sano o enfermo sacando el Odontólogo sus propias conclusiones.

Es preciso determinar el verdadero significado de las respuestas positivas. Así, por ejemplo, si el paciente afirma tener "presión alta" es preferible que el propio Cirujano Dentista tome la presión en su consultorio para evitar complicaciones posteriores. Así mismo si afirma que sangra con frecuencia después de las extracciones, deberán realizarse pruebas sencillas en el consultorio para determinar el tiempo de sangrado o de coagulación; en caso de ser anormalmente prolongados, el Cirujano Dentista deberá consultar con el Médico. Las limitaciones de dichas pruebas serán analizadas posteriormente.

Algunas de las quejas expresadas con frecuencia por los pacientes, pueden ser útiles para establecer el estado general de salud o emocional del paciente, aunque no tengan relación directa con el diagnóstico del procedimiento bucal. Por ejemplo, una "dolencia del estómago" puede sugerir, en ciertos casos, un estado de angustia y por otro lado las alusiones a "trastornos de la mujer" pueden tener varios significados desde el punto de vista clínico y requieren un estudio ulterior para determinar su importancia.

El tema de la medicación (incluyendo la automedicación y los remedios caseros) es sumamente importante. Actualmente con mas de 50 000 preparados y medicamentos disponibles, es esencial vigilar cuidadosamente la medicación de los pacientes.

1.3.- Descubrimiento de las anomalías.

El Cirujano Dentista deberá estar atento y buscar variaciones o cambios en:

Morfología:

Aumento o disminución en el tamaño o forma determinada de alguna región anatómica.

Consistencia:

Una zona puede ser mas blanda o dura que normalmente.

Color:

Intensificación, disminución o cambio del color normal.

Movilidad:

Por ejemplo, un diente anormalmente suelto o limitación de los movimientos de los maxilares o de la lengua.

Función:

Aumento o disminución en la secreción de saliva o cambios en el habla.

Temperatura:

Elevación o descenso en la temperatura corporal o regional.

Dolor Insólito:

Descrito por el enfermo o provocado por el clínico.

El Odontólogo debe aguzar sus sentidos para descubrir algún signo anormal, incluso el olfato puede ayudar a descubrir el "aliento Acetónico" del diabético o el olor del alcoholico.

1.4.- Historia Dental.

Procede a interrogar al paciente respecto al cuidado dental previo, satisfacciones, ilusiones, hábitos, actitudes hacia el tratamiento, lo que permitirá poner de manifiesto indirectamente el grado de conocimientos sobre Odontología que posee el paciente. En el curso de este interrogatorio se descubre a veces cierta aprensión hacia el estudio radiológico que debe el clínico contrarrestar de inmediato.

1.5.- Estudio Radiológico.

Los Rayos X utilizados de manera apropiada y con

juicio, son un auxiliar valioso para el diagnóstico. Sin embargo, como todas las pruebas diagnósticas, rara vez dan resultados decisivos (la solución final) y quedan como información importante únicamente. Su valor está limitado a lo que puede verse en una hoja de sustancia translúcida a dos dimensiones. Al igual que con las demás pruebas diagnósticas, se deben evitar los descuidos en la técnica y los errores en la interpretación de los resultados.

Puede decirse que todo paciente nuevo requiere de un juego completo de 14 radiografías de la boca. Uno de los grandes éxitos hoy en día es la OPG (Ortopantomografía) o radiografía panorámica. Esta no es solamente valiosa al ahorrar tiempo, sino que la radiación total es reducida y es muy sencilla para el paciente (especialmente niños), ya que la película no se coloca en la boca. Un examen radiológico inicial debería ser un OPG y dos películas de aletas mordible.

1.6.- Registro de la Historia Clínica.

Dispone el clínico de tres métodos básicos para obtener información respecto a la salud:

- 1.- Interrogatorio Directo.
- 2.- Interrogatorio Indirecto.
- 3.- Una combinación de ambos métodos.

Interrogatorio Directo:

Consiste en formular preguntas básicas respecto al estado de salud con recopilación y resumen de las respuestas. En este tipo de interrogatorio se pregunta al paciente respecto a signos y síntomas sugestivos de anomalías en cual-

quier sistema del organismo, así como con respecto a tolerancia para tratamientos dentales anteriores, alergias medicamentosas conocidas, tendencias hemorrágicas, antecedentes patológicos familiares y operaciones o lesiones previas. Es también aconsejable obtener una autovaloración del estado de fuerzas y de salud general y recopilar después, toda esta información metódicamente para referencia futura. Las desventajas de éste método son:

- 1.- Depende en gran medida de la capacidad y experiencia del Dentista y por lo tanto durante el aprendizaje, en las escuelas de Odontología se ejercita continuamente esta cualidad.
- 2.- Es fácil que al interrogar se olviden cuestiones importantes y
- 3.- Requiere demasiado tiempo.

Interrogatorio Indirecto:

Este método tiene la ventaja de no hacer perder tiempo al Dentista, ya que se proporciona al enfermo una lista de preguntas previamente elaboradas y seleccionadas que debe contestar mientras permanece en la sala de espera. A continuación, una rápida revisión de las respuestas brinda al Dentista una impresión general de la salud del paciente. Sin embargo este método tiene también sus desventajas:

- 1.- Disminuyen las oportunidades para establecer relación con el paciente.
- 2.- Algunos pacientes toman los cuestionarios demasiado a la ligera y no los llenan en la forma debida.

- 3.- Es difícil seleccionar preguntas que cubran todas las posibilidades.
- 4.- Debe considerarse la capacidad mental del paciente o de su acompañante.

Una combinación de ambos métodos:

Este método consiste en formular preguntas directas al paciente y proporcionarle un cuestionario previamente elaborado, semejante al que se utiliza en el interrogatorio indirecto.

2.- El Cirujano Dentista y el Laboratorio de Análisis clínicos.

2.1.- Pruebas de Laboratorio:

Estas pruebas solo deben realizarse cuando están indicadas por los datos obtenidos en el interrogatorio y las impresiones que se obtienen después del examen del paciente.

No han de realizarse indistintamente gran número de pruebas de laboratorio antes de hacer la Historia Clínica del paciente, tratando de llegar a un diagnóstico. Según estadísticas los exámenes de laboratorio utilizados con más frecuencia por los Odontólogos son los siguientes:

- 1).- Estudio Hemático dentro del cual se comprenden los siguientes:
 - a).- Química sanguínea.
 - b).- Biometría Hemática.
 - c).- Examen general de orina.

2).- Biopsia y

3.- Citología Exfoliativa.

Estudio Hemático:

A continuación daremos las cifras normales de cada uno de los componentes que debemos tomar en cuenta:

Química sanguínea:

Glucosa: 80-120 %

Urea: 26-32 mg%

Acido Úrico: 2-4 mg%

Creatinina: 1-3 mg%

Colesterol total: 230-270 mg%

Bilirrubina directa: 0.3 - 0.5 mg %

Bilirrubina Indirecta: 0.0 - 0.3 mg%

Proteínas totales: 6 - 7.5 mg%

Albúmina: 3.5 - 4 mg %

Transaminasa Oxalacética: 50 - 120 unidades.

Fosfatasa alcalina: 5 unidades.

Transaminasa Pirúvica: 5 - 120 unidades

Fosfatasa Acida: 7 unidades.

Calcio: 4 - 5 mg%

pH: 7.2

Biometría Hemática:

Eritrocitos: 4.5 - 6 000 000 por mm³

Hemoglobina: 12 - 16 g por 100 cm³

Hematócrito: 47 - 56 ml %

Eritrosedimentación en una hora: 4 - 8

Trombocitos: 200 - 300 000 por mm³

Leucocitos: 6000 - 9000 por mm³

Concentración media de Hemoglobina: 31 - 37 %

Mielocitos juveniels: 0.1 %

en banda : 3 - 5 %

segmentados: 54 - 62 %

Neutrófilos: 60 - 70 %

Linfocitos: 25 - 33 %

Monocitos: 3.7 %

Eosinófilos: 1-4 %

Basófilos: 0 -1 %

Tendencia Hemorrágica: (ducket).

tiempo de coagulación de Lee- White 5 - 10 min.

tiempo de protrombina de Wick: 70 - 100% 12-15 seg.

General de Orina:

Densidad: 1012 - 1030

pH: 5-6

Albumina: Negativa.

Glucosa: Negativa.

Leucocitos: Negativos.

Eritrocitos: Negativos.

Para extirpar tejidos, hay diversos métodos que se pueden utilizar:

Escisión Quirúrgica:

Se utiliza en lesiones pequeñas.

Incisión Quirúrgica:

Se utiliza en lesiones grandes.

Biopsia por punción:

Es muy difícil y solo se utiliza cuando están contraindicados otro tipo de biopsias.

Biopsia de sacabocados:

Puede utilizarse para sacar una pequeña porción — de tejido en una lesión grande, donde la escisión está contraindicada.

Citología Exfoliativa:

Se toman las células superficiales de un área sospechosa y se tiñen por el método de Papanicolau. Sus resultados son dudosos.

Cortes congelados:

Consiste en el congelamiento rápido del tejido extirpado para poder seccionarlo. Se utiliza cuando se ha hecho una intervención quirúrgica y hay duda acerca de que el tejido extirpado por estudiar es maligno.

2.2.- Pruebas sencillas que pueden realizar fácilmente el Cirujano Dentista o sus ayudantes en el consultorio o clínica.-

Punción Venosa:

Aunque aumenta cada día el número de exámenes de laboratorio que pueden realizarse con sangre capilar (punción

del dedo) muchas mediciones hematológicas y químicas requieren todavía muestras de sangre venosa. Para este fin suele obtenerse sangre de una vena del antebrazo, muy superficial y fácil de dilatar, mediante oclusión con un torniquete de las venas del brazo. En general se obtiene sangre de este lugar con muy poco traumatismo, sin complicaciones, con solo adquirir una buena técnica. En los lactantes pueden emplearse otros lugares como las venas del dorso de la mano, la vena femoral o las del cuero cabelludo; pero se requiere un cuidado especial, y es raro que el Cirujano Dentista tenga que efectuar estas punciones.

Estudios de biopsias:

Muchas veces se requiere el estudio histológico del tejido de una lesión bucal para llegar a un diagnóstico definitivo. Los tejidos obtenidos con fines diagnósticos se llaman biopsias. En la cavidad bucal se emplean las biopsias para confirmar un diagnóstico de lesión maligna frente a una lesión clínicamente sospechosa, o como ayuda diagnóstica para el estudio de lesiones no neoplásicas, como nódulos y papilomas mucosos, liquen plano erosivo, eritema multiforme, lupus eritematoso, pénfigo, pénfigoide y gingivitis descamativa. Puesto que en ocasiones las paredes de un quiste dental pueden dar origen a un carcinoma, se ha recomendado mandar a un laboratorio de histopatología todos los tejidos recogidos de lesiones periapicales.

El Cirujano Dentista puede realizar biopsias simples de la mayor parte de lesiones bucales. Es fácil extirpar tejidos para un diagnóstico si se observan algunas reglas generales:

- 1.- La muestra debe ir acompañada de los siguientes datos:

Fecha de la biopsia, nombre, edad y sexo del paciente, zona de donde proviene la biopsia y descripción breve del aspecto clínico de la lesión con los síntomas acompañantes y el posible diagnóstico clínico.

2.- Deben evitarse los antisépticos superficiales que contienen yodo, pues podrían teñir de manera permanente ciertas células. Debe anotarse el anestésico empleado y debe indicarse si el tejido fue obtenido con bisturí (técnica aconsejada) o con electrocauterio.

Identificación de una anemia-microhematócrito:

Método:

Se limpia cuidadosamente la superficie palmar del dedo índice del paciente, con una compresa humedecida en alcohol al 70%, se quita el exceso de alcohol y se deja evaporar el que queda en la piel. La región preparada se punciona rápidamente con una lanceta para sangre, cuidando de no hacer presión sobre el dedo. La mano del paciente debe estar aproximadamente a nivel del tórax, y la primera gota de sangre que se forma, se quita con una compresa seca. Las siguientes gotas se hacen entrar por capilaridad a dos tubos de microhematócrito, hasta llenarlos aproximadamente a las tres cuartas partes de su longitud. No debe haber burbujas de aire en la columna de sangre. Si la primera punción no suministra bastante sangre, se prepara de la misma manera otro dedo y se repite la maniobra. Se sella el extremo de cada tubo mas alejado de la columna de sangre derritiendo el cristal en la llama del cerillo (o de un pequeño mechero) sin calentar la sangre. Los tubos se dejan enfriar y se colocan uno frente a otro en las muescas el cabezal de la cen-

trífuga, con los extremos sellados hacia el exterior. Se cierra la tapa de la centrífuga y se coloca el reloj del aparato sobre cinco minutos. La centrífuga empieza a girar, acelerando hasta 12500 rpm y se para automáticamente al cabo del tiempo señalado en este momento se abre el aparato y se quita la tapa, con una lupa que permite mayor exactitud, se lee el hematócrito utilizando la escala marcada sobre el cabezal del instrumento.

Para concluir el capítulo haremos notar que los objetivos principales de un interrogatorio minucioso y de la Historia Clínica son varios:

1.- Descubrir cualquier enfermedad bucal que habrá de ser tratada por el Cirujano Dentista.

2.- Descubrir las manifestaciones bucales de ciertas enfermedades sistémicas, siendo entonces necesario consultar con otros médicos a fin de establecer un tratamiento precoz.

3.- Reconocer cual paciente podrá ser un riesgo quirúrgico.

4.- Proteger contra un posible contagio tanto al clínico como a los demás pacientes y personal auxiliar.

5.- Permitir al Cirujano Dentista valorar la educación y comportamiento de su cliente, lo cual, puede servir de guía para decidir el plan de tratamiento. Mediante un interrogatorio amistoso se establecen relaciones cordiales, lográndose cierta visión del estado socioeconómico y cultural del paciente, y a la larga este método producirá diagnósticos

más acertados, que traerán como consecuencia un mayor beneficio para el paciente y para el Odontólogo.

C A P I T U L O I V

PRINCIPIOS DEL DIAGNOSTICO.

La Odontología comparte con todas las profesiones -- dedicadas a la conservación de la salud, una obligación de -- asegurar el bienestar del paciente.

No obstante la corriente actual hacia la especialización, todos los facultativos tienen la responsabilidad de -- valorar la capacidad física de sus pacientes para sobrellevar el tratamiento previsto, además de poder establecer un Diag-- nóstico y proponer un tratamiento.

La Historia Clínica contribuye más a la determina-- ción del Diagnóstico adecuado y la valoración correcta de los pacientes que cualquier otra técnica física o de laboratorio. Como el examen físico depende tanto de la competencia del -- que examina al recabar los datos del paciente como del que -- hace la interpretación de ellos. Cuando las circunstancias -- clínicas los exijan el Dentista deberá estar preparado para -- mostrar capacidad en la recopilación sistemática y la organi-- zación de los datos tomados del paciente, lo que se denomina-- DIAGNOSTICO FISICO.

No existe controversia respecto a si es propio que el Cirujano Dentista deba realizar un examen físico a sus pa-- cientes.

Por la misma naturaleza del servicio odontológico, -- el facultativo sintetiza sistemáticamente los datos asociados con la Historia de la afección actual; el examen físico local y los estudios radiográficos para formar diagnósticos bucales y elaborar planes de tratamiento apropiados. Sin embargo, --

existe considerable controversia sobre la extensión del examen y las valoraciones físicas totales que deberán hacerse — a pacientes individuales en Odontología.

En el pasado preguntas como ¿Se encuentra generalmente en buen estado de salud? proporcionaban todos los requisitos previos necesarios para proceder a las operaciones dentales. Afortunadamente ya no ocurre eso.

Varios acontecimientos son los responsables de esta corriente benéfica, a saber:

1.- Aumento del promedio de vida, que ha dado como resultado la presencia de un gran número de pacientes de edad avanzada que requieren servicios dentales.

2.- El Diagnóstico oportuno de las enfermedades ha dado como resultado la utilización de diversos medicamentos — en todas las edades, muchos de los cuales pueden ser potencialmente significativos durante una situación que produzca tensión.

3.- Una mejoría general en la calidad de los servicios tanto médicos como dentales.

Al irse ampliando el campo de la Odontología se atiende cada vez mas a la prevención de enfermedades bucales y su diagnóstico, incluso dentro del campo de la Medicina General. El Dentista cuyo interés se concentra anatómicamente — en la cavidad bucal y los órganos que contiene o la rodean — debe ser capaz de emitir diagnósticos seguros en esta región — frente a casos de Patología Médica.

El Médico General y el especialista que se ocupa de regiones vecinas de la cavidad bucal deben conocer bien las enfermedades habituales de los dientes, los tejidos de sostén o la mucosa bucal. Muchas veces no conocen las manifestaciones bucales de las enfermedades generales por lo tanto el Dentista debe encargarse de diagnosticar:

- 1.- Enfermedades de los tejidos dentarios duros y blandos.
- 2.- Enfermedades de los tejidos de sostén (periódonticos).
- 3.- Enfermedades que se limitan a labios, lengua, mucosa bucal y glándulas salivales.
- 4.- Lesiones de la cavidad bucal y órganos vecinos que formen parte de una enfermedad, general.

Además de suministrar a su paciente un servicio de salud de mayor calidad, es preciso que el Odontólogo conozca las enfermedades generales susceptibles de modificar o impedir determinadas maniobras del tratamiento odontológico, aunque en estos casos no se observe ningún cambio en la cavidad bucal.

1.- Proceso del Diagnóstico:

Por razones tradicionales y actuales, el Diagnóstico es de importancia capital para definir el proceso patológico en forma imparcial o impersonal. De igual importancia es valorar las reacciones físicas y emocionales del paciente. El primero identifica la "enfermedad" en tanto que el segundo permite reconocer la "afección" y por lo general incluye un concepto conocido como PRONOSTICO.

El estudio diagnóstico de un paciente es en reali--

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

dad una combinación de procedimientos intelectuales y manobras por las que se identifica la "enfermedad" y se valora la "afección". Los procedimientos incluyen la obtención de la Historia Clínica, el examen físico y diversas observaciones diagnósticas técnicas. La información acumulada constituye la base de la que emergen las conclusiones.

La Historia Clínica informa sobre las sensaciones subjetivas del paciente (p.ej.: disnea, náuseas, dolor), sensaciones emocionales (p. ej.: el temor, desesperación, irritabilidad), modificaciones en el aspecto corporal (p.ej.: parálisis, disminución de la diuresis o incapacidad para llevar a cabo sus ocupaciones diarias.

Las manifestaciones clínicas de la afección se conciben como síntomas y signos. Los síntomas son las sensaciones y alteraciones subjetivas de la función que menciona el paciente, en tanto que los signos son los datos anormales que descubre el Médico en la exploración física.

El proceso del Diagnóstico en sí incluye un análisis sistemático de toda la información en los datos básicos, utilizando los métodos antiguos de razonamiento y lógica. El estudio de los datos incluye:

- 1.- Identificación de las anormalidades.
- 2.- Localización de las anormalidades en términos anatómicos.
- 3.- Interpretación de estos datos en términos de estructura y función.
- 4.- Consideración de la etiología.
- 5.- Sujeción de los datos a métodos de hipótesis.

6.- Clasificación de la enfermedad.

7.- Formulación del pronóstico.

2.- Diagnóstico por el método de hipótesis.

El diagnóstico diferencial, igual que la investigación científica, se basa en el método de hipótesis que describió por vez primera Platón, no Hipócrates. El es padre del proceso del razonamiento que utilizamos hoy en día en la investigación científica, y el diagnóstico. Este método proporciona para selección lógica una o más hipótesis de un grupo de opciones. Mucho más que una reliquia histórica, es la piedra angular del razonamiento diagnóstico.

El proceso diagnóstico, que llevan a cabo los médicos tan a menudo y al parecer sin esfuerzo, es espontáneo e inconsciente en los clínicos hábiles y con experiencia. Las afecciones clínicas de apariencia corriente son tan fáciles de reconocer como las caras de los amigos. La facilidad que se logra es engañosa para quien la lleva a cabo. No es intensiva ni oculta; es una combinación de identificación de un patrón junto con el razonamiento refinado de la deducción.

Para utilizar el razonamiento de deducción con el mínimo de error no debemos olvidar las trampas lógicas en que puede caer quien diagnóstica. Los diagnósticos correctos se basan en información correcta y en el razonamiento valedero.

El análisis de cualquier caso se inicia durante la entrevista médica. Sigue con la exploración física; dirige la elección de pruebas y estudios especiales y continúa durante la evolución de la afección del paciente. A medida que se —

acumulan los datos, se valora su importancia en términos de seguridad, pertinencia y grado de anormalidad. El análisis selecciona en seguida los detalles notables o los conjuntos de características como ictericia o anemia.

Hoy en día nos encontramos debidamente satisfechos con indicios que nos llevan primero a categorías como síndromes bioquímicos fisiológicos o anatómicos, mas que directamente a enfermedades.

Esta identificación quizá señale con mayor rapidez un plan aceptable de acción, a la vez diagnóstico y terapéutico. Obviamente, el identificar una insuficiencia cardíaca e instituir el tratamiento de inmediato es mucho más lógico que el arriesgar la vida mientras se tiene la obsesión de buscar su causa. Este método de diagnóstico diferencial sigue siendo muy sólido.

Aún nos enfrentamos a llevar a cabo la elección diagnóstica entre las posibilidades, descartando las improbables y tratando de establecer una (o más) segura. En el método que se comenta tratamos de resolver un problema, ya sea de investigación científica, de diagnóstico médico, o incluso de detección criminal. En cada caso se establece una lista de posibilidades. De hecho el clínico señala su posible diagnóstico, el científico sus hipótesis.

El clínico prueba por turno cada diagnóstico hipotético tratando de descartar lo improbable y verificar lo correcto. Lo lleva a cabo formulando dos preguntas: ¿explica el diagnóstico todos, los datos?, ¿todos los datos que se esperan están presentes?

Primero consideramos la afección para ver si corresponde a una clase (enfermedad o síndrome) que se propone como diagnóstico hipotético. Luego, cambiamos nuestro enfoque y examinamos la clase para ver si sus características (criterio diagnóstico) son compatibles con la afección que consideramos. El paciente y su enfermedad son reales y existen como es cierto que la discernen nuestros sentidos; la enfermedad, como se describe en los libros de texto, solo es una construcción de dimensiones lógicas que se observa frecuentemente y se observa en forma repetida. No existe en ninguna otra forma. Sin embargo, para que sea útil esta "construcción lógica", nuestras observaciones de las afecciones deben ser precisas y completas.

3.- Una lógica diagnóstica formal.

3.1.- Papel del médico en el diagnóstico actual.-

En muchos casos de la medicina actual se utilizan los que pudieramos llamar métodos científicos para obtener los datos necesarios para hacer el diagnóstico. Sin embargo, el papel básico del médico sigue siendo reunir e interpretar con destreza estos datos para el enfermo. En consecuencia, consideramos que este papel del médico no se ve en peligro, y solo obtendrá beneficio, por la aplicación de las reglas de la lógica, la probabilidad y la teoría de decisiones.

La función última del médico es combinar los datos obtenidos acerca de un paciente de todas las fuentes importantes para elaborar el diagnóstico. El diagnóstico debe ser lo suficientemente sencillo para ser comprensible y lo suficientemente completo y exacto para formar una base lógica para decisiones acerca del tratamiento, asistencia y pronóstico. Un

problema fundamental de esta función diagnóstica, es que los datos de que dispone el Médico a menudo son inadecuados.

Al aumentar la experiencia del Médico, se percata de que cada uno de los muchos grupos de datos se han clasificado con el nombre del " Diagnóstico ". Este diagnóstico puede entrañar algún factor etiológico como ocurre en la faringitis estreptocócica o la cirrosis alcohólica o puede significar alguna modificación observada en los tejidos, de la índole de arteritis. Puede sugerir un trastorno principalmente funcional de la índole de esquizofrenia; quizá solamente reconozca una manifestación peculiar, como el lupus eritematoso generalizado o sea epónimo; por ejemplo: enfermedad de Parkinson. Repetimos una vez más: el propósito de enunciar cualquier diagnóstico es precisar que el paciente pertenece a un grupo específico de enfermedades, de manera que el Médico pueda hacer afirmaciones importantes en cuanto a tratamientos, pronóstico y otros factores interesantes.

Las clasificaciones diagnósticas, al igual que todas las clasificaciones, van de lo general a lo particular, de, lo menos seguro, a lo más seguro. Los diagnósticos tienen cinco órdenes de certidumbre:

Diagnóstico de primer orden:

Defectos anatómicos macroscópicos, traumatismos, de la índole de fracturas de huesos, labioleporino, anomalías genéticas, por ejemplo drepanocitemia.

Diagnóstico de segundo orden de certeza:

Infección por microorganismos, desnutrición, intoxicación por agentes químicos. Los cuadros pueden a veces variar mucho, como ocurre, por ejemplo, en la neumonía.

Diagnóstico de tercer orden de certeza:

Principalmente descriptivo y fácil de identificar, sin embargo se conoce poco acerca de su etiología y patogenia, por ejemplo, úlcera péptica, hipertensión arterial, cirrosis.

Diagnóstico de cuarto orden de certeza:

Si bien puede reconocerse el tipo general de reacción, la causa específica se desconoce y hay variaciones individuales y ambientales. Los tumores benignos y malignos pertenecen a este grupo. Por identificarse principalmente por estudios celulares apreciables con el microscopio, crean muchos problemas difíciles de resolver incluso por el especialista en anatomía patológica.

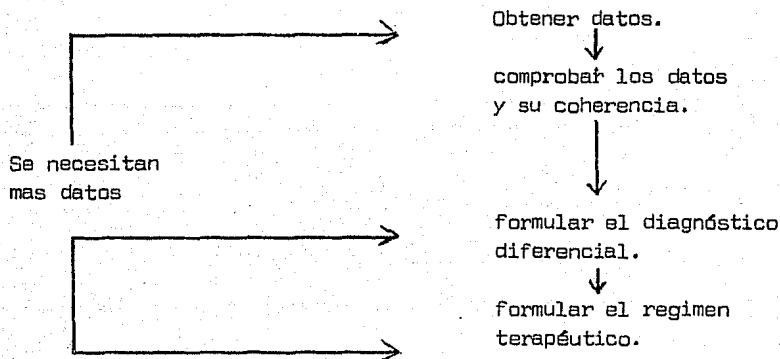
Diagnóstico de quinto orden de certeza:

Se funda en grupos o complicaciones de signos y síntomas que constituyen el cuadro nosológico, pero se desconoce la etiología. Son ejemplos: mononucleosis infecciosa, sarcoidosis y lupus eritematoso generalizado.

El propósito de este capítulo es explicar en detalle algunos métodos personales para obtener datos diagnósticos. En el polo opuesto a estos métodos están las técnicas impersonales, de la índole de análisis de orina o sangre e inspección de cualquier imagen radiográfica. De manera específica, en este trabajo explicaremos un proceso lógico para valorar los componentes de la información diagnóstica.

3.2.- Valoración de las observaciones:

Por costumbre, los métodos y técnicas del diagnóstico clínico se presentan en forma descriptiva sin intentar — en gran medida demostrar los procedimientos por medio de los cuales se utilizan para sintetizar el diagnóstico. Considero que un esquema ilustra los tiempos que suele seguir el médico para llegar al "diagnóstico".



Es importante señalar que cuando el Médico llega — al diagnóstico fundado en el estudio del paciente, considera que este diagnóstico describe el estado verdadero del enfermo. El propósito de la Odontología clínica es asegurar que el — diagnóstico hecho por el facultativo corresponda con la mayor frecuencia posible a la enfermedad verdadera que origina los trastornos del sujeto.

El error posible inherente en todo diagnóstico depende del hecho de que todos los conocimientos de origen humano son inciertos. El carácter distintivo del conocimiento científico no es que posea mayor certidumbre que el conoci—

miento no científico, sino que el grado de incertidumbre se puede precisar bastante bien. En realidad, el conocimiento más fidedigno es aquel que incluye una autovaloración realista. Dado que la observación, cualitativa o cuantitativa, es la base de todas las verdades o hechos científicos, la fidedignidad de estas observaciones rige la fidedignidad de estas observaciones de los principios, clasificaciones o diagnósticos resultantes.

El manejo lógico de los datos obtenidos de la exploración de pacientes se desarrolla intuitivamente en el médico perspicaz. Quizá en este sentido sea valioso el aforismo de que un buen clínico nace, no se hace. Sin embargo podemos demostrar que en las reglas de razonamiento que utiliza el médico no difieren de las reglas que un buen investigador utiliza en el laboratorio de las que aplica el hombre astuto de negocios en las cuestiones económicas, o de las que emplea cualquier otra persona que necesita tomar decisiones al valorar los datos de que dispone.

4.- Credibilidad del diagnóstico.

Al estudiar Odontología, durante el curso estudiantil, tratados y pacientes, gradualmente se adquiere una lista propia de diagnósticos, que guardan relación con el sitio en que se vive. Cada uno de los diagnósticos de la lista conlleva valoración de la frecuencia con que pueda encontrarse en un paciente dado. Por ejemplo: cabe suponer que sea muy poco frecuente un paciente nacido en México D.F. con esquistodermia, o que será rarísimo estudiar a un lactante que padeciera carcinoma de pulmón. Hace un decenio la poliomielitis era enfermedad frecuente en niños y adultos jóvenes pero, en la actualidad se ha tornado rara por los siste-

mas de inmunización. En consecuencia, ya no ocupa el primer lugar en la lista de consideraciones diagnósticas para el sujeto joven que presenta fiebre y rigidez del cuello. Por ejemplo: al observar por vez primera a un paciente, el pensamiento del médico comienza con un grupo o conjunto de posibilidades diagnósticas, dentro de los cuales es lógico considerar que cabe el enfermo.

5.- Responsabilidad del Dentista en el Diagnóstico.

La palabra diagnóstico supone identificación de la enfermedad existente. Obligatoriamente, debe tomar en cuenta las características de la enfermedad del caso, que la distingue de otros fenómenos patológicos.

Constituye una cadena lógica de deducción y diferenciación, cuya base y tela de fondo es el interrogatorio del paciente, la exploración física y los estudios de laboratorio indicados.

C A P I T U L O V

LA ODONTOLOGIA .Y SU RELACION
CON ESPECIALIDADES1.- El Odontólogo y el Médico.

El Cirujano Dentista que incorpora los principios de la Medicina Estomatológica en su práctica diaria asume inevitablemente una relación activa con los Médicos de su localidad. Para él resulta corriente la consulta con el Médico o la recomendación a su paciente de que consulte a un Médico generalmente porque ha descubierto alguna enfermedad general-insospechada o porque el tratamiento dental no, puede proseguirse hasta que se halla determinado el estado de la enfermedad general del paciente o hasta que dicho estado haya mejorado. Una vez establecido el diálogo, el Odontólogo se convierte en una fuente de información para el Médico interpretando la significación oral de la enfermedad general y colaborando en el tratamiento del paciente. A medida que el Médico comprende mejor la Odontología y está mejor informado acerca del papel del Cirujano Dentista puede recomendar mejor a sus pacientes sobre la conveniencia de consultar a dicho profesional.

Como el bienestar físico, emocional y social de sus pacientes constituye un punto común de interés para el Dentista y el Médico, es indispensable que ambos estén en estrecha relación en la práctica diaria. Por desgracia ni uno ni otro se encuentran preparados para establecer tal relación en la práctica diaria, debido a su preparación específica. Hemos de darnos cuenta de que uno de los vacíos en la formación de nuestros colegas médicos radica en la Odontología. No obstante el Médico concienzudo tiene presente que no es posible lograr una buena salud general óptima sin una buena salud oral.

Las implicaciones de la salud y la enfermedad sistémica en — la práctica diaria se tienen menos en cuenta.

El Odontólogo ha de tomar sobre sí la responsabilidad de ayudar a su colega médico solicitando información sobre el cauce de cada sí del cuestionario de la salud.

Por otra parte el Cirujano Dentista no ha de tener reparo en consultar con el Médico, cuando está en juego el — interés del paciente.

2.- Interconsulta.

Una interconsulta es una deliberación entre dos profesionales, relativa al diagnóstico o al método de tratamiento adecuado de un paciente. Cuando un Odontólogo consulta — con un Médico hay que recordar que la responsabilidad básica con respecto al paciente radica en el individuo que ha solicitado la consulta.

El Dentista debería relacionar la información proporcionada por el Médico con todos los demás datos obtenidos durante la exploración y recogidos en la Historia Clínica del paciente. La decisión final con respecto al curso subsiguiente por parte del Dentista debe hacerla él mismo y después es responsable de tal decisión. No es correcta ni puede defenderse desde el punto de vista legal, la pretensión de que — el Médico asume la responsabilidad del tratamiento seguido — por el paciente en el consultorio del Odontólogo.

A mayor abundamiento hay que evitar que el Médico — se crea en situación de dictar la conducta que ha de seguir — el Dentista.

Cada vez es mas frecuente que Médicos y Dentistas — combinen sus esfuerzos en el tratamiento de pacientes hospitalizados. Si el paciente es internado por el Cirujano Dentista, quien en consecuencia es reconocido en el protocolo — del Hospital como "Médico encargado del paciente" prevalece — la relación anteriormente descrita. Tal vez es mas corriente — que sea el Médico quien ingrese al paciente y quien solicite — una consulta con el Dentista. En tal caso la única función — de éste es proporcionar información al Médico. No debe esperar a priori que sus recomendaciones sean seguidas al pie de la letra ni debe molestarle que prescindan de ellas.

Debe recordar que el paciente, está bajo la responsabilidad del Médico y que el Dentista no puede realizar ningún tratamiento hasta que se le autorice plenamente y por expreso. Cada vez que un Cirujano Dentista examine o trate a un paciente hospitalizado es esencial que se anote en forma — adecuada en la Historia de éste. Dejar de hacerlo constituye — una infracción grave del Protocolo del Hospital, que causará — el descrédito del Dentista, y puede crear complicaciones legales al Médico encargado del caso.

La mayor parte de las consultas estarán en relación con pacientes ambulatorios. El Odontólogo debe exponer claramente al Médico el motivo de la consulta y para ello lo mejor será hacerla por escrito. El paciente dental al cual se aconseja que vea a su Médico para aclarar un problema de salud — no ha de convertirse en enlace verbal entre ambos profesionales. Puede pedirse al paciente que lleve un sobre cerrado — con las preguntas escritas del Dentista. Hay que esperar una respuesta por escrito y si no se recibe debe reclamarse.

Igualmente, el Odontólogo ha de responder por escriu

to a todo Médico que haya solicitado una consulta con él. El Odontólogo prudente conserva una copia de cualquier comunicación que salga de su despacho.

Algunas veces es necesario que Médico y Dentista — se consulten por teléfono. Puede llamar el Médico para discutir a fondo el caso de un paciente al cual se ha rogado que examine. Pero es más frecuente que la llamada parta del Cirujano Dentista, que trata a un paciente con un problema médico que requiere atención inmediata por una urgencia dental, con frecuencia es necesario, en interés del paciente discutir el problema médico telefónicamente. Aunque lo ideal sería que el Médico enviara por escrito las orientaciones dadas por teléfono, pocas veces puede llevarse a cabo, cuando se trata de un Médico muy ocupado.

En tales casos el Dentista tien que archivar el informe escrito y datado de la llamada telefónica junto con la ficha del paciente.

Demos por supuesto que la consulta mencionada siempre se realiza con un Médico que conoce bien al paciente en cuestión. No está bien solicitar información referente a un paciente al cual el Médico no ha visto desde hace tiempo. No hay que esperar que dé consejo médico con respecto a cuestiones que para el son hipotéticas.

3.- Remisión del paciente a otros especialistas.

La recomendación lleva en sí la derivación del paciente con el fin de que pueda beneficiarse de los conocimientos y la experiencia de otro colega. A diferencia de la consulta, la recomendación implica que la responsabilidad básica

del paciente o de una faceta determinada de su tratamiento — pasa a otro. De acuerdo con ello, el práctico que acepta la — recomendación, queda en libertad de proceder con independen— cia.

Aunque el Cirujano Dentista que da la recomendación suele acompañarla de informes valiosos, no puede dictar el — curso futuro de la Terapéutica que hay que seguir.

Es un procedimiento corriente con respecto al pa— ciente y una buena ética profesional hacer toda las recomen— daciones por escrito. Cuando un Cirujano Dentista recomienda un paciente a un Médico, debe entregarle una receta en la — cual exponga detalladamente el motivo de la recomendación. — Debe incluir los comentarios pertinentes acerca del estado de la boca del paciente y toda la información adicional útil, — como los resultados de los exámenes de laboratorio. El Ciru— jano Dentista debe exponer el Diagnóstico probable del proble— ma médico del paciente; junto con las razones en que se basa; con frecuencia hay que indicar varios diagnósticos probables.

En muchos casos, si el Dentista, no tiene ni idea — de cual pueda ser el problema médico, no tiene en qué basarse para recomendar al paciente. Es preferible desde el punto de— vista de las relaciones interprofesionales que el Dentista ha— ga un diagnóstico de probabilidad erróneo, que no tener nin— gún comentario inteligente que hacer acerca del problema del— paciente en cuestión. Equivocarse no ha de avergonzar a nadie, en cambio manifestar una ignorancia total de las enfermedades orales es vergonzoso para el Cirujano Dentista como individuo y para la profesión dental.

El derivar un paciente aun Médico sin ninguna información puede causar perjuicios al primero. Si se le envía solicitando datos vagos tales como "debe examinarse la sangre", pero para salvar el prestigio del Dentista y actuar de acuerdo con lo que se espera, se verá obligado a ordenar una serie de análisis caros e innecesarios. Un problema similar puede ser sobre una indicación vaga de que se examine el estado de las glándulas endócrinas del paciente. La Endocrinología es una ciencia sumamente compleja y por ahora inexacta — y tal petición no tiene una respuesta razonable. No es raro que el Dentista que pide que se examine a un paciente para averiguar y hacer " un examen de la sangre" sin especificar de antemano lo que requiere saber.

Es obligación del Cirujano Dentista saber ganarse la confianza del paciente y así mismo debe tener la habilidad suficiente para mandar al paciente con el especialista adecuado para que a su vez reciba el tratamiento mejor y mas adecuado posible. El paciente debe confiar en su Dentista y saber que lo está mandando a un especialista y están siempre en contacto, lo cual permite que el tratamiento se desarrolle de una manera que será compatible con el plan de tratamiento elaborado antes por el Dentista.

El Cirujano Dentista se siente contento ya que debe consultar con el especialista y decidir con él, el curso del tratamiento y como relacionarlo con el plan general de tratamiento. El Dentista debe completar su tratamiento coordinándolo con aquellos procedimientos que piensa realizar el especialista.

El especialista debe sentirse satisfecho porque el Odontólogo al consultarlo, le otorga el papel de guía en el plan de tratamiento. Aunque no se le oriente específicamente

en cuanto a los procedimientos que realizará, el especialista sabe que el Odontólogo lo recomendó para efectuar procedimientos particulares y que el paciente acudirá al especialista sabiendo de su experiencia y destreza.

4.- Consulta.

La utilización de la consulta es cada vez más importante para el facultativo Dental. Esto se debe en parte a la misma imagen de la Odontología como parte del equipo encargado de cuidar la salud y la preocupación del Cirujano Dentista por el cuidado íntegro de sus pacientes. La asociación cada vez más frecuente de Dentistas con hospitales en que existen especialistas quirúrgicos y Médicos también a propiciado la comunicación y la consulta.

4.1.- Petición de la consulta.

La decisión de consultar con otro facultativo depende esencialmente de la síntesis de las circunstancias clínicas y de la habilidad diagnóstica del facultativo. La consulta nunca deberá reflejar incapacidad o incompetencia, sino el deseo de conseguir el consejo de otro colega profesional cuya experiencia sea mayor en el campo problema del paciente.

Aunque el clínico no deberá reparar en pedir una consulta cuando esté indicada, el uso excesivo o poco prudente de las consultas fácilmente puede dar como resultado la pérdida de la responsabilidad primaria para el cuidado de los pacientes. Debemos recordar que cuando uno pide una consulta se suele ver obligado a aceptar las recomendaciones del consultado.

Cuando se prevea una consulta, el clínico deberá -- determinar primero el problema específico. Esto significa -- que ya se ha intentado resolver el problema mediante una Historia Clínica adecuada y un examen físico. Una vez identificada la dificultad, deberá tomarse una decisión respecto a -- la especialidad, que deberá ser Consultada.

La solicitud posterior, por escrito, deberá incluir un breve resumen de la Historia Clínica y del examen físico. -- seguido de una exposición del problema que deberá ser inves-- tgado. Si la consulta se realiza por teléfono, las indicacio-- nes, recomendaciones, nombre y direcciones del consultado -- deberán ser registrados en el expediente del paciente.

4.2.- Contestación de la consulta.

El deseo de proporcionar atención total al pacien-- te no está restringido a la profesión dental. Mientras más Ci-- rujanos Dentistas se relacionen con hospitales, ofreciendo -- su servicios para cualquier consulta, es necesario adquirir-- el conocimiento del protocolo necesario para contestar a una-- consulta.

1.- Debemos procurar contestar sin pérdida de tiem-- po. Con frecuencia el motivo de la consulta es que el pacien-- te padece dolor u otros síntomas agudos. La rapidez en ali-- viar la dificultad será agradecida tanto por el paciente, co-- mo por el Médico.

2.- La consulta deberá estar documentada mediante -- un escrito o un dictado, ya sea en el ambiente hospitalario -- o en el consultorio.

3.- Debemos recordar que el cuidado principal del paciente es responsabilidad de otro profesional, por lo que la consulta solamente deberá sugerir ciertas recomendaciones diagnósticas o terapéuticas. El consultado nunca deberá escribir órdenes en el expediente u hoja clínica, no hará exámenes de laboratorio o radiografías auxiliares ni procedimientos quirúrgicos menores sin la aprobación previa del Médico y del paciente.

Un protocolo aceptado para realizar una consulta es el siguiente:

- 1.- Identificar al paciente, Una o dos frases sirven para identificar al paciente, establecer su problema básico y el motivo de la consulta.
- 2.- Resumir la Historia Clínica pertinente. Dar un resumen breve de las porciones de la Historia que sean importantes para la consulta.
- 3.- Realizar un examen regional completo, el cual deberá ser realizado y documentado en todos los pacientes, sin importar el motivo de la consulta.
- 4.- Enumerar las impresiones diagnósticas.
- 5.- Indicar las sugerencias terapéuticas o diagnósticos adicionales.
- 6.- Comentario. El comentario es electivo y está reservado para discutir brevemente el problema del paciente, las características interesantes de la enfermedad o el pronóstico.

El Cirujano Dentista puede mejorar considerablemente las relaciones con el Médico, atendiendo con esmero y diplomacia los pacientes que requieran consulta con otro especialista. Esta consulta supone una clara responsabilidad, que debe cubrirse en forma que satisfaga tanto al paciente como al Médico especialista, en cuanto a capacidad seriedad y honestidad del Cirujano Dentista.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Los dientes y los tejidos bucales forman parte integrante del organismo humano, y es preciso tener presentes - sus relaciones con dicho organismo en el individuo sano y enfermo. La cavidad bucal es semejante a otras cavidades del cuerpo, con sus órganos vecinos. Todas ellas dependen de las mismas leyes fisicoquímicas y de los mismos principios fisiológicos y su fuente de nutrición es la misma, la cavidad bucal y su contenido son muy sensibles a las enfermedades, por su íntima relación con el medio ambiente, y se encuentra expuesta a lesiones mecánicas, químicas y bacterianas rara vez o nunca sufridas por otras cavidades corporales. Por esta razón la boca es un índice muy fiel del estado general de salud del individuo; con frecuencia los cambios que presenta constituyen la primera manifestación de fenómenos patológicos - subclínicos de otro sistema. Es el caso en particular de los déficit nutricionales, trastornos endócrinos y gastrointestinales y ciertas anemias y discrasias sanguíneas.

Tanto el Cirujano Dentista como los demás especialistas de las ramas de la Salud tienen como preocupación primaria el diagnóstico y el tratamiento de las distintas enfermedades del hombre. Con frecuencia un buen diagnóstico y un tratamiento eficaz, exigen una estrecha relación entre ellos.

Ningún especialista en Salud, debería olvidar el papel de la Odontología en la atención global de la salud.

El Médico debe tener un conocimiento general de nuestros problemas, de nuestras capacidades y de nuestras li-

mitaciones como Dentistas, y debe conocer también las bases — de las enfermedades bucales de cierta importancia médica, — para que nosotros, los Cirujanos Dentistas podamos servir mejor en el papel que nos corresponde.

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

Clinicas Odontológicas de Norteamérica.
Aspectos conductuales y administrativos de la práctica dental.
Julio de 1977.
Editorial Interamericana.

Journal of The American Dental Association.
An Evaluation of the clinical laboratory as an adjunct to —
dental practice.
Febrero 1978. Volume. 36. No. 2

Lester Burket.
Medicina Bucal. Sexta Edición.

Diagnóstico y Tratamientos Odontológicos.
Donald McLeroy y William F. Malone. 1971.
Editorial Nueva Interamericana.

Dental Abstracts.
Public Health.
August. 1979. Volume 24. No. 8

Gaceta Médica de México.
Organo de la Academia Nacional de Medicina.
Julio de 1970.

Valoración de l estado general del paciente para prevenir riesgos
en el consultorio dental.
Martínez Villareal Raúl. 1976.

Journal of The American Dental Association.
The importance of developing teamwork between dentist and
physicians.
August 1977. Vol 95, No. 2

Dental Abstracts.
Differences between Medical and Dental care sectors.
June 1979. Vol. 24 No. 6

Clinicas Odontológicas de Norteamérica.
Dirección de la Práctica privada en Odontología.
Raymond. J. Curcio.
Vol. 2 1978.*
Editorial Interamericana.

Semiología y Propedéutica.
David Grisman.
Enfermedades de la Boca.
Tomo I Editorial Mundi. 1975.

Apuntes del D. Ignacio Chávez.
México D.F. 1973

Diagnóstico Físico y de Laboratorio.
Stephen Sonis.
John J. Jandinski.
Editorial Nueva Interamericana. 1974.

Propedéutica Médica.
P. Mahlon.
Editorial Interamericana. 1977.

The Journal of The American Dental Association.
Leukemia: The dentist's role in diagnosis.
July 1978. Vol 97.

Práctica Dental Moderna.
Lloyd Hollander.
1971.

Propedéutica Odontológica.
Mitchell - Standish.
Segunda Edición 1973.

Importancia de los exámenes paraclínicos en Odontología.
Jorge Isaac Bernal Gullén. 1976.

Historia Clínica en la práctica Odontológica
Guillermo L. Sánchez Porta. 1975.