



133
2000

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
IZTACALA

Historia Clínica como Prevención a las
Urgencias Médico Dentales

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a :
EDUARDO FERIA GALICIA



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.

PROLOGO

Es que el odontólogo haga una Historia Clínica que sea eficaz y específica, para Cirujano Dentista y que a su vez entienda el significado de el contenido para conocer mejor la entidad psicobiológica de su paciente.

Para lograr esto he recopilado datos e historias clínicas que me sirvan de guía para elaborar una sola historia clínica para odontólogos.

El enfoque de la investigación es que el odontólogo comprenda la importancia de elaborar una historia clínica, concisa y adecuada.

Con todo mi cariño a mis padres:

JOSE FERIA VILCHIS y MAGDALENA GALICIA DE FERIA.

A mi esposa IMELDA DOLS DE FERIA con mi amor.

A mis hermanos.- MAGDALENA, JOSE LUIS, MA. ANTONIETA -
TERESA, JOAQUIN.

Por su invalorable apoyo que siempre me han brindado.

INDICE.

OBJETIVO: JUSTIFICACION: HIPOTESIS.....	1
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I	
DEFINICION.....	4
CAPITULO II	
GLOSARIO.....	6
CAPITULO III	
ORGANIZACION DEL CUESTIONARIO.....	16
ENTIDADES FISIOPATOLOGICAS.....	18
HIPERTIROIDISMO.....	19
INSUFICIENCIA SUPRARRENAL.....	20
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y CEREbroVASCULAR....	20
ANGINA DE PECHO.....	24
HIPERTENSION.....	25
EXAMEN FISICO.....	26
TRATAMIENTO PACIENTE ANGINOSO.....	30
TRATAMIENTO PACIENTE POSCORONARIO.....	32
CAPITULO IV	
HISTORIA CLINICA.....	34
INFORMACION DEL CUESTIONARIO.....	35
HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA.....	42
CAPITULO V	
EVALUACION DEL PACIENTE.....	45
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	52

TIEMPO Y PROBLEMAS POSIBLES.

Uno de los problemas a los que me enfrenté son localizar la bibliografía más reciente, y buscar las Historias clínicas que usan ahora en los centros de Salud como son, el Seguro Social, ISSTE, Salubridad, etc. para tener una guía por la cual partir.

En mi caso ya tenía la experiencia de trabajar con una Historia clínica, en la clínica en donde presté mi Servicio Social, que es la Clínica Acatlán dependiente de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.

Los problemas antes mencionados se dice rápido pero lleva tiempo y perseverancia para tener acceso a ellos.

OBJETIVO.

El objetivo de el Cirujano Dentista en la evaluación clínica, es determinar la capacidad psico-biológica de los pacientes, para determinar el procedimiento dental específico y que nos permita prever las urgencias, que se pudieran presentar.

JUSTIFICACION.

El número de accidentes en el consultorio dental aumenta considerablemente al no tener una historia clínica adecuada y por ende desconocer los fenomenos fisio-patológicos indeseables.

HIPOTESIS.

Las urgencias Médico Dentales se preeven y reducen con una adecuada historia clínica.

INTRODUCCION.

Al hacer éste trabajo, mi intención es la de actuar y - aportar información, acerca de una parte de la odontología, - fundamental para nuestro trabajo profesional y al mismo tiempo, aprovecho para colaborar con mis compañeros y colegas, - para que comprendan la importancia y el valor que tiene la - historia clínica como prevención a las urgencias médico dentales, como base fundamental para iniciar un tratamiento, - que nos conduzca al éxito moral y profesional con la sociedad y con nuestro país para lograr un México mejor.

Al hablar de la historia clínica, tendremos conocimiento de las diferentes ramas que abarca la odontología para poder elaborarla lo más científico posible, y usarla como un instrumento más para hacer un buen trabajo, que nos permita comprender mejor los padecimientos de los pacientes y hacer un tratamiento más específico y mejor elaborado.

Los temas de los cuales se compone el desarrollo de ésta tesis los elaboré cuidadosamente, tratando de ser lo más preciso posible. En la parte inicial tenemos un glosario que nos servirá para que la pregunta que se elabore tenga un sentido para la mejor información de nuestro cuestionario, y no hacer preguntas que nosotros mismos no comprenderíamos.

En la organización del cuestionario, trato de acomodar las partes fundamentales de la historia clínica, que nos sirvan como base para iniciar un diagnóstico, presuntivo. Y conocer las posibles urgencias que se pudieran presentar, y dando un tratamiento para estas.

La historia clínica que propongo, para uso y prevención de los tratamientos integrales, está elaborada para odontólogos que quieran tener un margen de seguridad amplio.

Cuenta también con las técnicas de evaluación, para conocer más a fondo las distintas formas de valorar a un paciente apto para el tratamiento dental y poder diferenciarlo de un paciente que sea mal candidato, para el tratamiento dental, por tener alto riesgo en el tratamiento.

CAPITULO I

DEFINICION

DEFINICION.

Definir lo que es la historia clínica, se puede hacer de muchas maneras, pero todas llegan a la misma conclusión, que sería, la recopilación de información de un paciente durante el transcurso de su vida, en relación con su salud enfermedad el cual se va a ver modificado por el medio ambiente, social, económico y político.

A la historia clínica la considero parte del tratamiento dental, es donde da inicio la relación paciente odontólogo y que nos dará poco a poco la experiencia de tener tratamientos con menos riesgo.

Esta será clara, concisa y la haremos con la calma necesaria para que el enfermo pueda comunicarse libremente.

Algunas veces las respuestas vagas o las descripciones largas de hechos sin importancia, pueden hacer que el entrevistador se impacienta, pero mostrándose firme, pero cortés se puede interrumpir y encauzar la respuesta haciendo otra pregunta.

El enfermo que decide visitar al dentista, tiene un problema (dolor o molestia) y cada problema de salud tiene un fondo emocional, el cual hará que el paciente se muestre en algunos casos hostil, por esta razón la historia que es el paso inicial nos servirá para ganar la confianza de el paciente y nos servirá para que coopere con nosotros.

En la entrevista con el paciente la presencia del entrevistador será pulcra y lo más correcta posible, esto dará más confianza al paciente y es parte de nuestro compromiso con nosotros mismos. Tomando en cuenta estos factores la historia clínica será nuestra carta de presentación con el paciente que ocurre al servicio odontológico, la cual nos guiará y ayudará a conocer más a fondo a el paciente que llega por primera vez a consulta.

CAPITULO II**GLOSARIO**

DICCIONARIO

A

- Ablocusión . Falta de oclusión entre dientes superiores e inferiores.
- Absceso . Acumulación de pus en una cavidad anormal - formada por la desintegración de los tejidos, recibiendo distintos nombres según su localización anatómica.
- Acatalepsia . Falta de comprensión, deficiencia mental.
- Anorexia . Falta de apetito.
- Anoxemia . Disminución de oxígeno en la sangre.
- Anuria . Disminución de la secreción de la orina.
- Astenia . Falta o pérdida de fuerza (adinamia).
- Atrofia . Disminución de el volumen y peso de un órgano por defecto de la nutrición o la falta de actividad.

B

- Borborismo . Ruido intestinal producido por la mezcla de gases y líquidos.
- Bradilalia . Lentitud anormal del lenguaje. Articulación lenta de las palabras.
- Bradipsiquia. Lentitud de las reacciones psíquicas o mentales.
- Bruxismo . Acto de rechinar los dientes, por lo general en la noche, a causa de la tensión o el estress.

C

- Caquexia . Estado de trastorno constitucional profundo y progresivo, determinado por causas diversas; - infecciones intoxicaciones, tumores, etc.
- Chasquido . Ruido breve, seco y súbito. Puede ser articu - lar, valvular rítmico, dentario, etc.
- Cianosis . Coloración azul de la piel y mucosas especial - mente debida a anomalías cardiacas, por causa - de la oxigenación insuficiente de la sangre.
- Cirrosis . Nombre dado a una enfermedad del hígado carac - terizada por la proliferación de los elementos del tejido celular de la estroma, el cual se - retrae, produciendo la atrofia y degeneración - de los ácidos por los pigmentos biliares.
- Cólico . Acido biliar no conjugado. Relativo al colon. Dolor abdominal agudo especialmente el ocacio - nado por las contracciones espasmódicas de los órganos abdominales provistos de fibras muscu - lares lisas.
- Coma . Estado de sopor profundo con abolición del co - nocimiento sensibilidad y movilidad que apare - ce con el curso de ciertas enfermedades o des - pués de un traumatismo grave.

D

- Diaforesis . Sudación, perspiración, especialmente la profu - sa.
- Difteria . Enfermedad infecciosa aguda, epidémica. Caracterizada por la aparición de falsas mem - branas firmemente adheridas de exudado fibrino - so, que se forman principalmente en las super - ficies mucosas de las vías respiratorias y di - gestivas superiores, en las que producen los - síntomas locales de tumefacción, disfagia, dis - nea, etc. Hay también tumefacción de los gan - glios correspondientes a la región invadida.

Los síntomas generales son fiebre, astenia, cardiaca, anemia, gran postración y últimamente parálisis.

- Disenteria . Caracterizada anatómicamente por lesiones inflamatorias, ulcerosas y gangrenosas del intestino grueso y porción inferior del íleon - y sintomáticamente por frecuentes evacuaciones de materias mucosas y sanguinolentas, dolor, tenesmo y grave estado general.
- Disfagia . Deglución difícil.
- Disnea . Dificultad para respirar.
- Disuria . Emisión dolorosa o difícil de orina.

E

- Edema . Acumulación excesiva de líquido seroalbuminoso en el tejido celular. Debida a diversas causas, disminución de la presión osmótica del plasma por reducción de las proteínas, aumento de la presión hidrostática en los capilares por insuficiencia cardiaca mayor. Permeabilidad de las paredes capilares u obstrucción de las vías linfáticas, la hinchazón producida se caracteriza por conservar la huella de la presión del dedo.
- Enuresis . Micción involuntaria. Nocturna la que ocurre en la noche durante el sueño; estado morboso-particular de la infancia y la adolescencia.

- Epistaxis . Hemorragia por las fosas nasales.
- Epilepsia . Enfermedad nervioso esencialmente crónica, se presenta por accesos más o menos frecuentes, caracterizados unas veces por pérdida súbita del conocimiento, convulsiones tónicas y clónicas, coma y otras.
- Equimosis . Extravasación de la sangre en el interior de los tejidos.
- Escara . Costra negra o parduzca, resultado de la mortificación o desorganización de un tejido por efecto de la gangrena por la acción de el calor o de un cáustico.
- Escarlatina . Enfermedad infecciosa, contagiosa, epidémica y exantemática producida por un estrepto coco. Hemolítico. Comienza por escalofríos, fiebre, dolor de garganta y angina; luego aparece la erupción de puntos y después de placas anchas irregulares y de color rojo escarlata en el cuello, pecho, vientre, cara y extremidades que se extienden y confluyen; se amortigua a los 2 ó 3 días y termina por descamación epidérmica y foliácea. La enfermedad dura de dos a tres semanas en los casos favorables y ataca principalmente a los niños. La complicación más frecuente es la nefritis productora a veces de hidropesía y uremia.

- Estupor . Estado de inconciencia parcial con ausencia de movimientos y reacción a estímulos; se observa en ciertas formas graves de fiebre tifoidea y en algunas formas de melancolía.
- Exostosis . Hipertrofia parcial, circunscrita a la superficie de un hueso o diente (odontoma).

F

- Fiebre . Síndrome complejo integrado por hiperemia, taquicardia, taquipnea, estado saburral, quebrantamiento e intranquilidad o estupor.

G

- Gangrena . Mortificación de una parte del cuerpo, muerte-local, producida por numerosas causas; físicas, químicas, circulatorias, nerviosas, tóxicas o infecciosas.
- Gota . Estado morbozo constitucional distrófico, agudo o crónico caracterizado por el exceso de ácido y uratos en la sangre y por los ataques dolorosos inflamatorios, generalmente nocturnos, en las articulaciones, del dedo gordo en particular.

H

- Halitosis . Olor anormal del aire expirado; aliento fétido; bromopnea.
- Hemangioma . Angioma verdadero, osea de vasos sanguíneos neoformados.

- Hematemesis . Vómito de sangre.
- Heaturia . Emisión por la uretra de sangre pura o mezclada con la orina.
- Hemoptisis . Expectoración de sangre en cantidad mayor o menor.
- Herpes . Afección inflamatoria de la piel, caracterizada por pequeñas vesículas transparentes reunidas en grupos rodeadas de una aureola roja.
- Hirsutismo . Hipertrichosis especialmente en la mujer (pelo)

I

- Ictericia . Ictericia coloración amarilla de la piel debida a la presencia de pigmentos biliares en la sangre.

L

- Leucorrea . Flujo blanco derrame por la vulva de un líquido espeso blanquesino viscoso secretado por la vagina o el útero.
- Lipotimis . Desmayo pérdida súbita del conocimiento.

M

- Melena . Expulsión de sangre por el ano, sola o con heces, consecutiva generalmente, a una enterorragia o gastrorragia.
- Menarca . Establecimiento o comienzo de la menstruación.
- Meteorismo . Distensión del abdomen por gases contenidos en el tubo digestivo puede ser generalizado o localizado.

Micosis . Termino generalizado para las afecciones-
producidas por hongos.

N

Nefritis . Inflamación del tejido renal.
Nefropatía . Término general para las enfermedades del
riñon.

O

Odaxesmo . Malestar debido al purito de las encías,-
precursor de la erupción de los dientes.-
Mordedura de la lengua en un ataque epi -
léptico.

Odinofagia . Deglución dolorosa.

Odontalgia . Dolor de dientes o en un diente.

Odontatofia . Atrofia o desarrollo imperfecto de los -
dientes.

Odontemodia . Sensibilidad extrema de los dientes.

Odonterismo . Rechinamiento de dientes.

Odontoclamis . Estado en el cual el alveolo forma un ca-
puchón de tejido gingival sobre un diente
en erupción.

Odontoma . Tumor duro, de estructura semejante al -
diente originado en uno de estos órganos.

Odontoparalaxis . Irregularidad en la alineación de los -
dientes.

Odontoplerosis . Operación de llenar una cavidad en un -
diente cariado.

Odontotripia . Perforación de un diente.

Odontotripsis . Desgaste o abrasión de un diente.

P

- Pápula . Elevación eruptiva pequeña, sólida y circunscrita de la piel; termina ordinariamente por descamación de la piel.
- Perdodencia . Odontología aplicada en niños.
- Pénfigo . Enfermedad de la piel caracterizada principalmente por la formación de vésiculas de variable volumen que dejan en pos de sí manchas de pigmento.
- Polidipsia . Sed excesiva, hidromanía.
- Postema . Abseso abierto en supuración.
- Polifagia . Hambre voraz o excesiva.
- Psicosis . Transtorno mental, enfermedad mental de sintomatología y curso propios.
- Pujo . Dolor abdominal acompañado de falsa necesidad de evacuar el vientre con sensación de calor o escozor en la región anal.

R

- Regurgitación. Reflujo de un líquido en dirección contraria, especialmente la emisión de líquidos o sólidos por la boca.

S

- Sarampión . Enfermedad eruptiva infecciosa, muy contagiosa, epidémica caracterizada por un exantema peculiar que va precedido de síntomas catarrales. El período de incubación dura de 1 a 2 semanas; El período contagioso, comienza con la fiebre, coriza, conjuntivitis y bronquitis con frecuencia la erupción comienza a los 3 ó 4 días en primer lugar en la cara y luego en el cuello, tórax y miembros.

- Sialorrea . Flujo exagerado de saliva.
- Sífilis . Enfermedad infecciosa, endémica crónica, específica adquirida por contagio y transmitida por herencia.
- Sopor . Sueño profundo; estado intermedio entre el sueño y el coma.

T

- Tos . Expulsión súbita ruidosa, más o menos repetida y violenta de aire de los pulmones.
- Toxemia . Presencia de venenos o toxinas en la sangre y estado morbooso consecutivo.

U

- Ulcera . Solución de continuidad con pérdida de sustancia debida a un proceso necrótico, de escasa o nula tendencia a la cicatrización.

V

- Varicela . Enfermedad infecciosa febril, exantemática, a menudo epidémica, generalmente benigna, propia de la infancia, caracterizada por fiebre y erupción en grupos de pápulas que se convierten en vesículas que se secan sin supurar y no dejan cicatriz.
La enfermedad dura una semana aproximadamente y no tiene ninguna relación con la viruela salvo su aspecto.
- Vesícula . Vejiga pequeña; órgano en forma de squito o bolsa llena de líquido seroso.
- Vómica . Expectoración súbita y profusa de pus, suero o sangre procedentes de una cavidad en el tórax.

CAPITULO III**ORGANIZACION DEL CUESTIONARIO.**

ORGANIZACION DEL CUESTIONARIO.

Para elaborar un expediente objetivo y bien organizado- debemos de conocer y comprender el significado de las diferentes entidades fisio-patológicas y anatómicas, que son con las cuales nos vamos a basar, para hacer un reconocimiento a los tratamientos dentales, teniendo en cuenta que es la primera parte, para lograr un diagnóstico, al cual queremos llegar.

El expediente que nuestro a continuación, esta elaborado con la finalidad de lograr una historia clínica, con preguntas objetivas y de fácil comprensión para el paciente. To do cirujano dentista podrá utilizarlo como un apoyo en su labor cotidiana, con la cual podrá tener una información veras de cada uno de sus pacientes, la cual le servirá para apoyar se legal y medicamente en caso de accidente.

La disminución de riesgo en su trabajo diario, será notoria, logrando así desarrollar con más confianza su trabajo y con la tranquilidad de practicar con habilidad sus diferentes técnicas para obtener un mejor trabajo.

a) Organización del cuestionario.

El nuevo paciente completa el expediente y la forma estándar en la sala de recepción, después de lo cual el o la asistente dental lo revisa junto con el paciente, para asegurarse que la forma esté completa. El paciente y la asistente firman la forma adecuadamente fechada, proporcionando de esta forma evidencia de que se ha elaborado el expediente y está correcto.

Cuando se ve al paciente en consulta, el dentista revisa brevemente el expediente y procede a practicar la evaluación en forma indicada. Cuando el paciente regresa al consultorio, después de un tiempo, acostumbrese que el asistente pregunte si ha tenido algún problema de salud o si esta tomando medicación que haya sido registrada o comentada antes, se anota el dato en el expediente y el asistente lo firma.

El dentista obtiene el expediente detallado o de vigilancia después de revisar la forma del expediente preliminar. Este expediente incluye evaluación específica adicional sobre información positiva obtenida por medio de las preguntas preliminares. La mejor forma de registrar estos datos puede ser una hoja en blanco.

Si el expediente preliminar revela puntos que requieren investigación adicional y el dentista no puede o no desea proseguir con el tratamiento, sin realizar una consulta, en este momento se entrevista con el médico del paciente.

Para ilustrar la continuación de un expediente detallado, repasaremos ahora ciertas categorías amplias de enfermedades, y se sugerirán preguntas para hacer la evaluación de enfermedades en relación con la odontología. Solo se cubrirán enfermedades que revisten ordinariamente alto riesgo.

ENTIDADES FISIOPATOLOGICAS.

ENFERMEDADES METABOLICAS.

a) DIABETES SACARINA.

No se debe tratar a un diabético no controlado. Su condición de salud lo convierte en un mal candidato para tolerar el stress dental, y se ha comprobado que la tensión emocional aumenta la glucemia y la propensión a acidosis diabética y coma.

La mayoría de los diabéticos puede proporcionar una apreciación adecuada de su estado actual, puesto que regularmente realizan pruebas para medir el azúcar en orina.

Si la prueba de reacción de la orina es negativa o hay indicios de una reacción 1 + para azúcar, se pueden esperar pocos problemas con el tratamiento dental. Si el paciente tiene dudas en relación con el control de su diabetes, formule-

preguntas en relación son sed anormal, aumento en la producción de orina y pérdida anormal de peso. La presencia de cualesquiera de estos síntomas o de todos ellos, constituye un signo de diabetes no controlada. En caso de duda, es necesario realizar una consulta médica. Debe señalarse que el diabético grave no puede controlarse fácilmente con el uso de substitutos de la insulina, como el diabinese bucal. Si el paciente se encuentra tomando uno de los agentes hipoglucémicos bucales, o la enfermedad se está controlando únicamente con dieta, puede deducirse que la diabetes no es grave.

En el diabético se observa una notoria tendencia al desarrollo temprano de arteroesclerosis ya sea que la diabetes se controle o no. Al evaluar al diabético es conveniente interrogarlo en relación con posibles síntomas de insuficiencia cardíaca y angina de pecho.

A menudo la comida anterior a la cita con el dentista fué insuficiente o simplemente no se tomó a causa de la aprensión, y en estos días de odontología por cuadrantes es común que el paciente pierda otra comida o aún dos después de su sesión de tratamiento. Si el procedimiento dental que se piensa realizar puede dar como resultado la pérdida de varias comidas, se recomendará al paciente disminuir a la mitad la insulina normal en el día del tratamiento, con el objeto de evitar la posibilidad de un choque insulínico.

Un nivel elevado de azúcar en la sangre durante un periodo corto es onocuo.

b) HIPERTIROIDISMO.

Para nuestro propósito, si hay antecedentes del hipertiroidismo, debe pensarse en la posibilidad de padecimiento cardíaco y angina de pecho. Además, el paciente con hipertiroidismo moderadamente grave sufre de taquicardia, su doración, cefalea y manifestaciones nerviosas que le convierten en un mal candidato para la asistencia dental ordinaria.

c) INSUFICIENCIA SUPRARRENAL.

Debe suponerse la posibilidad de insuficiencia suprarrenal en un paciente que ha tomado algún agente corticosuprarrenal (cortisona, hidrocortisona, etc.) en los seis últimos meses. Puede producirse un choque irreversible con stress de orden menor, como el provocado con la inyección de un anestésico local o una extracción simple. Debe consultarse al médico del paciente quien con toda probabilidad volverá a establecer el tratamiento corticosuprarrenal previo al tratamiento dental.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y CEREBROVASCULAR.

a). INSUFICIENCIA CARDIACA.

Un corazón con insuficiencia, conocido más precisamente como descompensación cardiaca o insuficiencia cardiaca congestiva, constituye uno de los riesgos más comunes en un paciente tratado en el consultorio dental. Para que se comprenda, se tratará la insuficiencia cardiaca derecha e izquierda, aunque normalmente se estudien por separado.

El síntoma principal de la insuficiencia cardiaca es la disnea, o dificultad para respirar; el segundo síntoma más importante es el edema que se inicia en los tobillos. Para los propósitos del dentista, la evaluación por medio del grado de disnea es relativamente precisa. Se recomienda formular las siguientes preguntas para evaluar la insuficiencia cardiaca:

1.- ¿ Puede realizar sus actividades normales ordinarias sin dificultades para respirar o fatiga excesiva ?

COMENTARIO: Una respuesta afirmativa representa un buen riesgo si otros puntos son negativos. Ninguno en la evaluación es más importante que el hecho de que la capacidad funcional del paciente le permita realizar sus actividades normales.

2.- ¿ Puede subir un tramo de escaleras sin descansar ?

COMENTARIO: Si la respuesta es afirmativa (y otros puntos son negativos), el paciente es buen candidato.

3.- ¿ Se le hinchan los tobillos en el transcurso del día ?

COMENTARIO: La hinchazón de los tobillos es un mecanismo compensador de la insuficiencia cardiaca derecha crónica.

4.- ¿ Ha despertado alguna vez durante la noche por dificultad al respirar ?

COMENTARIO: La dificultad para respirar que se presenta en la noche se conoce como disnea paraxística nocturna, lo que constituye un síntoma serio; es el resultado de insuficiencia aguda con edema pulmonar. Es aconsejable consultar al médico general.

5.- Para respirar cómodamente, ¿ necesita permanecer sentado ?

COMENTARIO: La incapacidad para respirar en otras posiciones que no sea la erecta se conoce como ortopnea y es un síntoma serio; es un mecanismo compensador para limitar el edema pulmonar a las bases de los pulmones y mantener al máximo la capacidad de ventilación. Se recomienda la consulta con el médico.

6. ¿ Cuántas almohadas usa para facilitar la respiración cómoda durante el sueño?

COMENTARIO. Si se usan dos o tres almohadas se deduce que hay ortopnea.

7.- ¿ Recientemente ha tomado o está tomando algún medicamento?

COMENTARIO. Si el paciente está tomando un diurético, - debe sospecharse insuficiencia cardiaca crónica. Si esta tomando digital (digoxina, digitoxina, lanoxin, etc) debe suponerse que el paciente ha tenido o tiene un episodio de insuficiencia cardiaca. Si el paciente ha renovado sus actividades normales desde la digitalización y otros puntos son negativos, la insuficiencia está compensada y el paciente es un buen candidato.

8.- ¿ Está o ha tenido un aumento importante de peso ?

COMENTARIO. El aumento notable de peso indica una rápida acumulación de líquidos y el inicio de insuficiencia aguda. El paciente tendrá los tobillos y las piernas hinchadas, y probablemente el abdomen distendido. Se recomienda también la consulta.

La siguiente clasificación de la reserva funcional constituye un auxiliar para valorar el estado cardiovascular actual en los casos de insuficiencia cardiaca y ayuda a planear el tratamiento dental. Esta clasificación también es útil cuando se encuentran antecedentes de enfermedad pulmonar, como absceso pulmonar, tuberculosis, enfisema, asma bronquial y bronquiectasia.

CLASIFICACION DE LA RESERVA FUNCIONAL (McCARTHY)

Clase 1. Ausencia de disnea con esfuerzo normal.

Clase 2. Disnea leve con esfuerzo; suele descansar después de subir un tramo de escaleras.

COMENTARIO. Suponiendo que los otros puntos sean negativos, los pacientes en las clases 1 y 2 representan buenos candidatos para todos los tipos de tratamientos dentales. Si el paciente de la clase 2 es muy aprensivo, debe considerarse la sedación para reducir la tensión emocional y física.

Clase 3. Disnea con actividades normales; cómodo cuando descansa en cualquier posición; puede tener tendencia a la ortopnea, y también antecedentes de disnea paroxística nocturna; descansa antes de acompletar el tramo de escalera.

COMENTARIO. Este paciente constituye un riesgo definitivo se sugiere la consulta. Se recomienda enérgicamente sedación durante el tratamiento dental. Las sesiones del mismo deben ser breves; el tratamiento no debe llevarse hasta el límite de tolerancia.

Clase 4. Disnea y ortopnea en todo momento. El paciente descansará varias veces cuando sube una escalera a un piso - si es que puede hacerlo.

COMENTARIO. Esté paciente representa un riesgo grave solo debe considerarse tratamiento dental de urgencia. Si es posible, el médico del paciente debe encontrarse presente, o por lo menos se le debe poder localizar.

b. ANGINA DE PECHO

La angina de pecho se conoce también como " dolor cardíaco paroxístico y como " síndrome anginoso". El paciente con angina de pecho representa un riesgo considerablemente mayor que el de un paciente promedio con insuficiencia cardíaca. El índice de mortalidad en un paciente con angina de pecho es por lo menos 30% mayor que la del individuo promedio, evolucionando a trombosis coronario posiblemente, la muerte.

El paciente proporcionará datos de ataques recurrentes de dolor subesternal, que varia de leve a severo. Frecuentemente el dolor irradia hacia el hombro o brazo izquierdo, y rara vez hacia el lado derecho y a la espalda. En ocasiones el dolor es precipitado por un esfuerzo o excitación y de ordinario se alivia por medio del reposo. Generalmente el paciente ha tomado nitroglicerina para aliviar el dolor. Es conveniente consultar con el médico del paciente en relación con el tratamiento dental planeado.

c. INFARTO DE MIOCARDIO.

Este paciente, como el que sufre angina de pecho, representa un riesgo de mortalidad por lo menos del 30% mayor que el del paciente promedio.

Al principio, los síntomas de trombosis coronaria son parecidos a los de la angina de pecho, pero el dolor subesternal no se alivia con nitritos, ni reposo, y son comunes las disneas, debilidad y diaforesis.

La mayoría de los pacientes poscoronarios conocen el diagnóstico de su enfermedad. Si están conscientes de la naturaleza de su problema cardíaco, pueden establecer fácilmente

te como bases revisando los antecedentes. Generalmente se encontrarán antecedentes hospitalarios, seguidos de algunas semanas o meses de inactividad en casa. Es conveniente consultar con el médico antes de planear el tratamiento.

d. HIPERTENCION.

Cuando en el expediente preliminar se muestren antecedentes de hipertención, debe investigarse la posible existencia de insuficiencia cardiaca y angina de pecho. Es natural pensar primero en un ataque cuando se observan antecedentes de hipertención, pero el hecho es que el 65% de los hipertensos mueren de enfermedad cardiaca, mientras que el 20% muestran síntomas predominantes cerebrales.

Cuando se prepara el expediente de vigilancia, deben formularse algunas preguntas para determinar si el paciente a sufrido episodios transitorios de síncope, dificultad de hablar parestesia o parálisis de una extremidad. Estos episodios temporales no constituyen un ataque verdadero sino que sólo son pródromicos y de ordinario representan insuficiencia cerebral temporal. Un paciente con este tipo de antecedentes debe tratarse en el consultorio como si en realidad hubiera tenido un verdadero ataque.

La historia detallada puede descubrir el hecho que el paciente haya tenido un ataque real en el pasado (accidente cerebrovascular, apoplejía cerebral, hemorragia cerebral, trombosis cerebral). Este podría haberse producido, por orden de iniciación, en la forma siguiente; cefalea intensa; vómito; adormecimiento; posible coma o combulciones; parálisis, con o sin recuperación.

e. EXAMEN FISICO

La forma del expediente estándar, más las preguntas indicadas por la vigilancia, proporcionarán, casi siempre una evaluación física adecuada para odontología. Sin embargo, ninguna evaluación física es completa si no se practica un examen físico.

INSPECCION

El reconocimiento general constituye la primera etapa de cada examen físico. El dentista ha estado relacionándolo, quizá sin darse cuenta, desde que inició la práctica.

El dentista debe estar capacitado para observar realmente al paciente cuando elabora su expediente preliminar o el expediente de vigilancia. Los puntos que deben observarse son:

1. El color de la piel:

Cianosis - enfermedad cardíaca.

Palides - anemia, temor, tendencia al desmayo.

Rubor - fiebre, sobredosificación de atropina, aprensión, hipertiroidismo.

2. Los ojos.

Exoftalmos - Hipertiroidismo.

3.- La conjuntiva:

Palides - anemia

Ictericia - enfermedad hepática.

4. Las manos:

Tembler - Hipertiroidismo, aprensión, histeria,
parálisis agitante, epilepsia, escler-
osis múltiple, senilidad.

5. Los dedos:

En palillo de tambor - enfermedad cardiopulmonar
Cianosis del lecho ungueal - enfermedad cardíaca

6. El cuello:

Distensión de la vena yugular - insuficiencia -
cardíaca.

7. Los tobillos:

Hinchazón - venas varicosas, insuficiencia car-
diaca, enfermedad renal.

8. Frecuencia respiratoria, especialmente con insufi-
ciencia cardíaca.

Normal, adulto - 16 a 18 por minuto.

Normal, niño - 24 a 28 por minuto.

a. Presión cardíaca y pulso.

Además de la inspección ordinaria, en el consul-
torio dental debe tomarse la presión arterial en for-
ma regular, a todos los pacientes mayores de edad y-
volverlo hacer cuando el paciente no haya sido exami-
nado por un periodo de seis meses o más.

Si se planea la psicosedación es indispensable-
tomar la presión arterial, y tanto ésta como el pul-
so deberán determinarse cuando se sospeche de enfer-
medad cardiovascular.

Observación del pulso.

1.- La frecuencia del pulso varía de 60 a 80 por minuto en el adulto normal, y de 80 a 100 por minuto en el niño.

COMENTARIO. Una frecuencia menor de 60 ó mayor de 110 en el adulto debe verse con desconfianza, y constituir un dato suficiente como para justificar una consulta médica.

2.- La frecuencia del pulso debe mantenerse dentro de los límites normales y éste debe ser fuerte y regular.

3.- Cualquier irregularidad en el pulso, que no sea una contracción prematura muy ocasional (estrastole, pulso intermitente), es indicación para una consulta médica.

EJEMPLOS:

a.- La irregularidad total del pulso (arritmia cardiaca completa, pulso irregular permanente) generalmente es indicativo de fibrilación auricular; puede o no ser seria en relación con el tratamiento dental.

b.- El pulso alternante, o sea una alternación regular en el tamaño o fuerza de las pulsaciones, indica una lesión miocárdica grave.

Presión arterial:

Es fácil capacitar al propio asistente para que aprenda a tomar la presión arterial, como procedimiento sistemático si bien será prudente verificarla personalmente cuando se haya obtenido una lectura anormal.

Uno se sentirá complacido por el número de casos no diagnosticados, y frecuentemente asintomáticos, de hipertensión que revelará esta medida sistemática. Los pacientes agradecerán este servicio, pero, lo más importante, la actitud de vigilancia por-

parte del dentista puede dar como resultado un tratamiento temprano y efectivo de la hipertensión y es posible que el propio plan de tratamiento se altere.

c.- Prueba de la inspiración sostenida.

Al concluir la elaboración del expediente y el exámen físico pueden quedar todavía serias dudas sobre la reserva funcional de el paciente con enfermedad cardiovascular o pulmonar, si ese es el caso, la prueba de la inspiración sostenida es muy útil y es extremadamente precisa. Sirve como una prueba de ascenso de escaleras en el consultorio.

Técnica.

- 1.- El paciente realiza una inspiración profunda.
- 2.- El paciente se oprime los orificios de la nariz con los dedos, con objeto de evitar exhalar y respirar através de ésta.
- 3.- El paciente sostiene su respiración tanto como sea posible, mientras el dentista mide el intervalo de tiempo.

Interpretación.

- 1.- Los límites superiores pueden variar considerablemente y pueden ser más de 35 a 45 segundos.
- 2.- Una prueba que dé como resultado 15 segundos o menos debe observarse con suspicacia, especialmente si hay datos de enfermedad cardiovascular o respiratoria.

Una vez vistas las entidades fisiopatológicas que pudiéramos encontrar en la historia clínica, hablo de los tratamientos de las mismas como medida preventiva de una emergencia con el manejo de dichos pacientes.

TRATAMIENTO RECOMENDADO DEL PACIENTE ANGINOSO.

1. Se aconseja enfáticamente producir sedación regularmente. Estos pacientes no toleran bien la tensión emocional.
2. Haga todos los esfuerzos posibles para lograr - una anestesia local efectiva; use la técnica - adecuada
3. Utilice premedicación con nitroglicerina sublingual cinco minutos antes de administrar el anestésico local. Si es posible, use la nitroglicerina que tenga el paciente. Un número importante de pacientes anginosos 10% aproximadamente - mostrará reacción paradójica a la nitroglicerina cuando las tome en dosis mayores que las que normalmente son efectivas produciéndose un ataque anginoso. Si el paciente no lleva consigo - su medicamento usual, use nitroglicerina a dosis 1/200 gr. No se recomienda que se mantengan las dosis elevadas 1/150 y 1/100 gr. comúnmente usadas.
4. Para el alivio del dolor anginoso leve durante el tratamiento dental. administre una o dos tabletas de nitroglicerina de 1/200 gramos (0.32-mg) por vía sublingual. No debe temerse una - reacción paradójica cuando el síndrome anginoso realmente existe. Para lograr un rápido alivio del dolor anginoso para que el paciente inhale el contenido de una ampolleta de anillo.
5. Trate de que el procedimiento sea lo más breve posible y realice todos los esfuerzos necesarios para evitar llegar al límite de tolerancia.
- 6.- Recuerde que el nivel de riesgo del paciente anginoso promedio es aproximadamente el mismo que el del paciente cardíaco en la clase 3 de reserva funcional.

7. Si el paciente tiene episodios de dolor toráxico casi diariamente, asociados en especial con alimentos o tensión emocional, o ambas cosas, - considérelo un riesgo grave. Se recomienda sólo • tratamiento dental de urgencia.

TRATAMIENTO RECOMENDADO DE PACIENTE POSCORONARIO.

El tratamiento regular del paciente poscoronario en el consultorio duplica exactamente el tratamiento ordinario del paciente anginoso, con tres excepciones:

1. La premedicación ordinaria con nitroglicerina está sujeta a discusión, y por lo tanto no se aconseja. Sin embargo se recomienda definitivamente en el paciente con episodios actuales de angina de pecho. La dosificación es igual que en el caso de angina.
2. No se debe realizar ningún tratamiento dental electivo en el paciente poscoronario por lo menos durante los seis meses siguientes al ataque. Se requiere un período de esta duración para que la lesión cicatrice y se establezca la función cardíaca.
3. Si el paciente está tomando un anticoagulante (Heparina, Dicumarol, Coumadin, Hedulin, etc.), y la mayor parte de los pacientes poscoronarios lo hacen por lo menos durante un año posterior al ataque, debe evitarse tratamiento dental en el que se produzca hemorragia, aunque sea leve hasta que el estado del paciente se haya comentado con el médico.

TRATAMIENTO RECOMENDADO DEL PACIENTE POS-ACCIDENTE - CEREBROVASCULAR.

1. Es recomendable consultar con el médico, si el estado físico del paciente es dudoso.
2. El tratamiento dental de este paciente será exclusivamente paliativo por lo menos 6 meses después del episodio.
3. Las sesiones de tratamiento deben ser breves.

4. Es muy recomendable la sedación, pero debe emplearse con sumo cuidado y no llevarse hasta el punto que el paciente experimente somolencia o depresión extrema. La sedación intensa deprime la circulación cerebral y puede iniciar trombosis cerebral.

CAPITULO IV**HISTORIA CLINICA.**

La historia clínica que propongo como conclusión esta enfocada para los tratamientos odontológicos integrales y parciales.

Las preguntas que a continuación se verán, están elaboradas cada una de ellas con minucioso cuidado para lograr tener un enfoque profundo y consiente de el estado de el paciente cuando ocurre a una cita con el odontólogo.

La pregunta tiene un valor diferente en lo que respecta al estado del paciente por lo tanto la elaboración de esta se puede hacer más objetiva y en un tiempo razonable. Lo cual es importante por que el paciente que llegue con molestia se podrá atender sin dejar de hacer nuestra historia clínica para así poder prever una urgencia en el consultorio dental.

Con cada una de las preguntas doy una explicación de esta para saber el por que de la pregunta y su importancia, la cual tendrá su tratamiento específico en caso de que se conteste positivamente, las preguntas se completan con una o varias preguntas referentes a una sola enfermedad o una sola pregunta para varias enfermedades.

INFORMACION INTEGRAL POR PREGUNTA O ENFERMEDAD.

PREGUNTAS.- 1 y 4

ENFERMEDAD AGUDA. Generalmente requiere tratamiento de urgencia. Puede contraindicar examen más detallado. Explore en busca de signos de distróficos tumefacciones fluctuantes, ulceración o descamación, cambios de color; rojo brillante o blanco, cambios neoplásicos.

PREGUNTAS.- 10, 54, 55, 57, 27 y 28.

DISCRASIAS SANGUINEAS O HEMORRAGIA EXCESIVA. Si están diagnosticadas o sospechadas (dos o más círculos) pida aclaración al médico de cabecera antes de iniciar el tratamiento.

En caso de sospecha, especifique los síntomas al consultar al médico. Aunque los pacientes a menudo exageran cuando describen su tendencia a la hemorragia, nunca debe ignorarse lo que dice el enfermo.

Algunos estudios proporcionan al médico las pruebas necesarias para preparar al enfermo en el tratamiento.

Las discrasias pueden alterar las funciones sanguíneas que llevan entonces a desviaciones del proceso normal de cicatrización.

LA FUNCION CELULAR, puede estar alterada, disminuyendo la resistencia a la infección, trastornando la coagulación sanguínea y provocando transmisión insuficiente de oxígeno.

La transmisión de nutrientes y productos de desecho puede quedar interrumpida.

Las hemorragias incontrolables pueden evitarse en la mayoría de los casos mediante medidas pre y posttratamiento.

PREGUNTAS.- 30, 35, 52, 18 y 34.

ESTEROIDES. Un tratamiento continuo puede provocar hipoadrenalismo, reduciendo así la tolerancia a la tensión y capacidad para combatir infecciones.

Algunos esteroides (muy utilizados para tratar artritis) reducen la reacción inflamatoria y retrasan la cicatrización. MEDICACION . Si el paciente utiliza esteroides, preparados tiroideos, dilantina u otras hormonas, consulte al médico antes de iniciar el tratamiento.

PREGUNTAS.- 37 y 46.

DILANTINA.- (Defenilhidantoina sódica) Empleada en el tratamiento de la epilepsia; uso creciente en neurología psiquiatría y pediatría. Cuando existen dientes naturales puede provocar hipertrofia gingival. No hay pruebas de que la dosis o duración de administración sean factores en la aparición de la hipertrofia gingival. Este trastorno provoca formación de bolsas gingivales y favorece el traumatismo de los tejidos durante la masticación. Reacción cicatrizal a menudo exagerada.

Si las bolsas se extienden más de 3 mm por debajo de la unión amelodentinaria probablemente hay una enfermedad periodontal inflamatoria crónica concomitante y es necesario hacer un exámen periodontal completo. Con pacientes que sufren convulsiones, tome las precauciones necesarias para evitar accidentes, asegúrese que el paciente tomó dosis suficiente del medicamento anticonvulsivo antes del tratamiento; pida que el enfermo le señale si siente que van a empezar las convulsiones; tenga a mano tiras o correas de sujeción y depresor de lengua.

PREGUNTAS.- 26, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45 y 48.

TRANSTORNOS CARDIACOS.- Para todas las causas cardiacas admitidas (círculos negros) o sospechadas (2 ó más círculos), busque el visto bueno del médico de cabecera antes de empezar el tratamiento.

Normalmente no se atraza el tratamiento periodontal del paciente, pero es importante tomar en cuenta:

- 1.- Si el paciente tiene reservas cardiacas suficientes para resistir la tensión del tratamiento.
- 2.- El paciente con enfermedad cardiaca valvular, es propenso a las infecciones con estreptococcus viridans amenaza precisa durante el tratamiento dental con traumatismo de los tejidos gingivales.

La decisión acerca de la capacidad del paciente para resistir un tratamiento le incumbe a su médico de cabecera. Como el enfermo cardiaco puede estar tomando anticoagulantes, la hemorragia puede ser problema y es preciso hacer algunas recomendaciones. Algunos médicos también aconsejan cambiar los anestésicos locales vasoconstrictores.

Para disminuir la tensión, están indicados tratamientos más cortos. Se recomienda premedicación para sedación, erradicación del dolor y profilaxia de la bacteremia.

PREGUNTAS.- 24, 25, 29, 35, 46, 47 y 49.

TRASTORNOS NEUROPSIQUIIATRICOS.- Fatiga, nerviosidad, o trastornos psicósomáticos han sido relacionados con la enfermedad periodontal aguda. Las enfermedades del sistema nervioso autónomo pueden alterar la irrigación sanguínea de los tejidos, afectar el medio ambiente de estos y disminuir la resistencia del paciente a las infecciones.

Los trastornos psicológicos o psiquiátricos pueden ser factores en el tratamiento y eliminación de la enfermedad periodontal. Este tipo de pacientes tienen dieta más irregular, descuidan la higiene bucal y son propensos al bruxismo y apretamiento de los dientes. La falta de paciencia y tolerancia para visitas prolongadas indispensables para los procedimientos complicados, pueden ser factor para un pronóstico reservado. No tienen perseverancia para los procedimientos de higiene bucal y de eliminación de la placa bacteriana. El plan de tratamiento y el manejo del paciente, deben ser discutidos con el médico del paciente.

PREGUNTAS.- 8, 11, 12, 13, 14, 15, 15, 17, 18.

DIABETES.- Se sospecha de diabetes cuando más de un círculo lleva cruz. Si el paciente ha sido examinado por el médico en el transcurso de los últimos tres meses, consulte a su médico. Todos los demás diabéticos sospechados deben enviarse al médico o en ciertos casos determinados ordene pruebas de laboratorio antes del tratamiento.

Los diabéticos controlados y bajo vigilancia médica pueden ser sometidos a tratamiento dental siempre y cuando no haya otros padecimientos que pudieran complicar su estado. De hecho la disminución de la afección periodontal ayuda a menudo a estabilizar una diabetes a veces difícil de controlar. Tratándose de diabéticos sospechados o confirmados se recomienda consulta con el médico de cabecera antes de iniciar el tratamiento dental.

PREGUNTAS.- 7, 8, 16, 29, 33, 38, 40, 42, 46, 57.

PREGUNTAS VAGA. Si no ha sido identificado ningún otro factor de complicación pero aparezcan respuestas con uno o más círculos con cruz. La salud del paciente es menos que buena.

El trastorno no ha sido identificado con el cuestionario. En todos los casos es necesario seguir el interrogatorio.

La decisión de consultar con el médico del paciente depende de cómo usted juzgue las respuestas de éste.

PREGUNTAS.- 10, 20, 21, 22, 31, 9.

Si el paciente admite reacciones alérgicas o más de una reacción a anestesia local investigue con más de talle antes de utilizar anestésicos locales.

Los pacientes con tratamiento antialérgico pueden reaccionar de manera anormal a otros medicamentos que los mencionados en las preguntas. Si el tratamiento dental incluye una de las drogas identificadas, se recomienda obtener el visto bueno del médico. El tratamiento de la alergia puede incluir medicamentos tipo corticosteroides, aquí también es bueno obtener el visto bueno del médico.

PREGUNTAS.- 32

EMBARAZO.- Como algunas pacientes están propensas al aborto, consulte a su médico antes de iniciar el tratamiento. Se recomienda precaución sobre todo en el primer trimestre.

Se recomienda preparación dental sistemática temprana para prevenir afecciones ulteriores más importantes de los tejidos periodontales. Puesto que el proceso de cicatrización puede quedar alterado debido al desequilibrio hormonal del embarazo, el tratamiento quirúrgico será aplazado, salvo en casos de urgencia.

En el embarazo la hipertrofia gingival debe ser eliminada quizá por un especialista.

La reacción y tumefacción gingivales disminuyen después del parto, pero la enfermedad queda y debe ser tratada después del embarazo.

PREGUNTAS.- 40, 42, 50, 57.

Si el paciente admite que tiene o tuvo enfermedad pulmonar infecciosa o si usted la sospecha consulte con su médico acerca de las repercusiones sobre el tratamiento dental planeado. En presencia de enfermedad pulmonar; Puede ser necesaria una protección contra la infección activa para usted, su personal y otros pacientes.

La resistencia del enfermo puede estar disminuida.

El plan de tratamiento debe ser modificado en vista de la tos, jadeo, asma, etc.

El paciente tuberculoso puede ser tratado siempre y cuando el esputo no sea positivo. Si es positivo, - las precauciones drásticas necesarias contra la contaminación por gotitas están por lo general fuera de las posibilidades del consultorio dental.

Estas medidas incluyen mascarillas, uniformes extras para el dentista y asistente todos los aparatos en - vueltos y protegidos contra las gotitas expeditas - unidades de limpieza y esterilización rigurosa, etc. Además las visitas deben ser cortas y tomando pre - cauciones especiales contra la tos.

PREGUNTAS.- 51, 56

PROTECCION DEL DENTISTA.- Es necesario tomar precau - ciones al tratar pacientes con estas enfermedades pa - ra evitar todo peligro para el dentista y demás gen - te en el consultorio. Se recomienda esterilización - en autoclave de vapor o calor seco, utilización de - guantes, agujas y otros materiales desechables.

Los enfermos que tuvieron hepatitis son portadores - para toda la vida y los que tuvieron enfermedad hepá - tica o ictericia son posibles portadores de hepati - tis; tome precauciones de esterilización.

- 1.- ¿ Acude usted a este consultorio para aliviar algún dolor? si no
- 2.- ¿ Tuvo tratamiento periodontal antes ? si no
- 3.- ¿ Le enseñó el dentista cómo limpiar los dientes? si no
- 4.- ¿ Tiene llagas, hinchazón o ampollas en sus encías, mejillas o labios ? si no
- 5.- ¿ Fué sometido a tratamiento ortodóntico para enderezar sus dientes ? si no
- 6.- ¿ Señale con una cruz lo que utiliza para el cuidado de su boca ?
- | | |
|---------------------------|---|
| Cepillo de dientes manual | 0 |
| Seda dental | 0 |
| Palillos | 0 |
| Cepillo eléctrico | 0 |
| Otros | 0 |
- 7.- ¿ Cómo describiría su salud general ?
 O mala O pasable O buena
 Fecha de su último exámen médico. _____
- 8.- ¿ Está actualmente bajo tratamiento o ha sido tratado por un médico en el transcurso del año pasado ? si no
- 9.- ¿ Tuvo alguna vez reacción inusitada a la anestesia dental ? si no
 Si sí, fecha _____
- 10.- ¿ Despues de heridas o tratamiento dental tuvo problemas de hemorragia? si no
- 11.- ¿ Hay casos de diabetes en su familia? si no
- 12.- ¿ Tiene sed la mayor parte del tiempo? si no

- 13.- ¿ Adelgazó últimamente (no intencionalmente) conservando apetito ? si no
- 14.- ¿ Orina más de 6 veces al día ? si no
- 15.- ¿ Tuvo trastornos oculares recientemente ? si no
- 16.- ¿ Los cortes y heridas tardan más en curar ahora que antes ? si no
- 17.- ¿ Siente su boca seca o tiene sensación de quemadura en la lengua y labios ? si no
- 18.- ¿ Tomó o recibió inyecciones de esteroides como cortisona? si no

HAGA UNA CRUZ EN LOS CIRCULOS SIGUIENTES SOLO SI SU RESPUESTA ES SI.

Se enfermó con, presentó alergia a,
o le dijeron de no tomar:

- 19.- Antibióticos.
- 20.- Codeína.
- 21.- Anestésicos.
- 22.- Otras _____

ESTA USTED TOMANDO MEDICINA PARA:

- 23.- Diabetes (píldoras o inyecciones) _____
- 24.- Nervios (tranquilizantes) _____
- 25.- Dormir _____
- 26.- Corazón o Presión Arterial ? _____
- 27.- Sangre ? _____
- 28.- Estómago ? _____
- 29.- Dolor de cabeza ? _____
- 30.- Artritis o Reumatismo ? _____
- 31.- Alergia ? _____

ESTA USTED AHORA:

- 32.- Embarazada ?
- 33.- Sigue dieta por prescripción médica.
- 34.- Utilizando hormonas tiroideas,

- 35.- O Píldoras anticonceptivas.
 36.- O Utilizando anticoagulantes.
 37.- O Utilizando dilantina.
 38.- O Otros. _____

TUVO USTED ALGUNA VEZ:

- 39.- O Enfermedad Cardíaca.
 40.- O Falta de respiración sin hacer ejercicios
 o estando acostado.
 41.- O Tobillos o pies hinchados.
 42.- O Dolor, presión en el tórax.
 43.- O Ataque cardíaco.
 44.- O Reumatismo articular agudo.
 45.- O Presión arterial alta.
 46.- O Desmayos, Convulsiones, Epilepsia.
 47.- O Dolor de cabeza frecuente (dos ó tres
 veces por semana)
 48.- O Dolor de cabeza cuando está acostado.
 49.- O Colapso nervioso, psicoterapia.
 50.- O Trastornos pulmonares.
 51.- O Hepatitis, Enfermedad hepática, Ictericia.
 52.- O Artritis, Dolor en articulaciones.
 53.- O Diabetes.
 54.- O Propensión a hemorragia excesiva.
 55.- O Trastornos sanguíneos, anemia, leucemia.
 56.- O Enfermedades venéricas. _____
 57.- O Tratamiento con rayos x, radio, cobalto.
 58.- O Lento aprendizaje.

Nombre. _____

Edad. _____

Dirección. _____

Teléfono. _____

Firma. _____

Cirujano Dentista. _____

CAPITULO V**EVALUACION DE EL PACIENTE.**

EVALUACION DE EL PACIENTE.

La evaluación de un paciente se basa en los antecedentes médicos que el mismo paciente declara al contestar una historia clínica. Los antecedentes médicos se suelen reunir mediante interrogatorio verbal, que complementaremos con un exámen físico.

La evaluación física y el diagnóstico físico son muy similares y sólo difieren en la medida en que se aplican los métodos para diagnóstico general, porque con la evaluación física sólo se procura establecer el factor de riesgo médico.

Los factores que tomaremos en cuenta para la evaluación de los pacientes para tratamiento odontológico, nos servirán para conocer el factor de riesgo médico-odontológico, y estos se basarán en diferentes pruebas que nos auxiliaran para lograr una valoración más concreta a cerca del estado del paciente.

- 1.- Antecedentes médicos.
- 2.- Exámen físico.
- 3.- Pruebas funcionales.
- 4.- Radiografías y exámenes de laboratorio.
- 5.- Establecer el estado físico.
- 6.- Modificar el tratamiento.
- 7.- Mitigar temores y ansiedades.

En la odontología actual se ha convertido en norma hacer una historia clínica para prevenir, riesgos mayores de morbilidad y mortalidad que extañan los tratamientos dentales más prolongados.

Es necesario que el odontólogo conozca una técnica de evaluación eficaz por que puede haber una relación directa entre el tratamiento dental y reacciones físicas menores, enfermedades graves y muerte, complicaciones éstas que se previenen en gran medida haciendo una evaluación correcta antes de el tratamiento.

Además los pacientes consultan al odontólogo - más frecuentemente que al médico, lo cual ofrece la oportunidad de realizar un estudio preliminar de la salud y prestar un servicio sanitario muy importante.

Por ejemplo, la detección temprana de la hipertensión arterial suele permitir que se emprenda un tratamiento eficaz, mientras que la detección tardía, una vez que los órganos susceptibles (corazón, riñones, encéfalo) han sufrido grave daño puede plantear una situación terapéutica prácticamente irremediable.

El odontólogo realiza la evaluación con la única finalidad de determinar la aptitud física y emocional de determinado paciente para tolerar un tratamiento dental con comodidad y relativa seguridad. No se procura diagnosticar ni tratar el problema médico aunque, si se trabaja con una buena técnica de evaluación y se posee experiencia, se obtienen diagnósticos exactos.

Si se duda del estado de el paciente dental, se recurrirá al médico, el odontólogo tiene la responsabilidad de consultar con el médico cuando esté indicado y debe recibir el consejo de éste con criterio amplio, analizando con él su plan terapéutico y los problemas que podrían ocurrir.

En gran parte de los casos la consulta con el médico introduce ligeras modificaciones en el plan terapéutico, pero a veces hay que alterarlo mucho y en algunos casos a postergarlos.

En la mayoría de los casos, el cuestionario de antecedentes médicos, sumado al interrogatorio, permite decidir el tratamiento dental, pero ninguna evaluación física es completa sin el examen físico.

La inspección de el paciente constituye el primer paso de cualquier examen físico, en el cual debe prestarse particular atención a los siguientes puntos.

- 1.- Color de la piel.
Cianosis; cardiopatía, policitemia
palidez; anemia, temor, tendencia al síncope
- 2.- Ojos; Exoftalmos.
- 3.- Conjuntivas: Palidez anemia
Ictericia: Enfermedad hepática.
- 4.- Manos:
Temblor; hipertiroidismo, aprensión, histeria, parkinsonismo, epilepsia, esclerosis múltiple, senilidad.
- 5.- Dedos.
En palillo de tambor; enfermedad cardiopulmonar Cianosis del lecho ungular; enfermedad cardíaca.
- 6.- Cuello.
Distensión de la vena yugular; insuficiencia cardíaca derecha.
- 7.- Tobillos.
Hinchazón; venas varicosas, insuficiencia cardíaca derechas, enfermedades renales.
- 8.- Frecuencia respiratoria.
Insuficiencia cardíaca
Adulto 16 - 18 por minuto.
Niño 24 - 28 por minuto.
- 9.- Abdomen.
Ascitis; cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca derecha.
- 10- Aspecto, modales, actitudes, comportamiento.
¿ El paciente presenta malestar agudo (dolor o disnea). ansiedad aguda, miedo, antago + mismo, beligerancia, o parece aplomado y bien informado ? Anótese todo lo que se aparte de lo normal.

SIGNOS VITALES.

Aunque por ahora no existe ninguna norma definida acerca de los signos vitales que se deben determinar con prioridad al tratamiento dental, la determinación de la presión sanguínea en los adultos que se presentan para la evaluación física inicial está adquiriendo carácter obligatorio. Desde el punto de vista de la asistencia integral de la salud, se exhorta a determinar estos tres signos vitales en la evaluación física original, de todos los pacientes.

- 1.- Presión sanguínea.
- 2.- Frecuencia y ritmo de pulso.
- 3.- Temperatura corporal.
- 4.- Talla.
- 5.- Peso.
- 6.- Frecuencia respiratoria.

CAPITULO VI**CONCLUSIONES**

CONCLUSIONES.

La evaluación física adecuada es el método más importante para que el odontólogo evite las emergencias durante el tratamiento, y el stress. Primero - se debe prevenir; así conociendo los cómos y por - qués de la prevención se aprende a tratar las emergencias existentes, procediendo como corresponda se gún el conocimiento de la enfermedad, en lugar de - hacer un tratamiento basado en números y síntomas - a modo de una receta de cocina.

La anamnesis no solo consiste en recoger los - antecedentes médicos del paciente, sino también sus antecedentes personales y sociales. Mientras se - realiza la anamnesis, también se intentará establecer una buena comunicación con el paciente y se ten drá la oportunidad de hacer una buena evaluación - psicológica y de determinar su estado mental.

Para concluir tomaremos la historia clínica co mo introducción a nuestro tratamiento, dándole la - importancia que merece.

Para que nos sirva como base de todos los tra tamientos odontológicos.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Alling Charles
Urgencias Médicas
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Vol. 2/1980.
- 2) Alvarez Bravo Alfonso y Zamudio Villanueva
Leonardo.
Emergencias Médico-Quirúrgicas.
Edición Academia Nacional de Medicina 1963
- 3) Bleir Donald y Cantrell James.
Urgencias Médicas en el Consultorio Dental.
Editorial Interamericana Vol. 1/1982
- 4) Ciancio Sebastián y Bourgault Pricilia.
Farmacología Clínica para Odontólogos.
Edición El Manual Moderno 1980.
- 5) Costas Miguel
Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas
Salvat Editores S.A. 1979.
- 6) Cyril Bryde y Stanby Blacklow Robert
Signos y Sintomas.
Nueva Editorial Interamericana 5a. Edición -
México 1973.
- 7) McCarthy Frank
Emergencias en Odontología
Editorial Ateneo 1981
- 8) Niels Bjorn Jorgenson
Anestesia Odontológica
Editorial Interamericana 5a. Edición 1982.
- 9) Rostein Rosenstein
Diccionario de Especialidades Farmaceuticas
Editorial P.L.M.S.A. 1983 29a. Edición.
- 10) Thoma, Gorlin J.R.
Patología Oral.
Salvat Editores S.A. 1973