

306
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA

No Bo
[Handwritten signature]

T E S I N A

QUE COMO REQUISITO PARA PRESENTAR
EL EXAMEN PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

FRANCISCO LUCIANO YANEZ LOPEZ



México, D. F.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres:

Modesto Yañez Melo

Y

Guadalupe López de Yañez

Por que éste logro no es más que el resultado de toda su enseñanza y valores que me han dado, al traves de tantos años, en que, con su esfuerzo, sacrificio y amor han volcado lo mejor de ustedes, para hacer de mi un hombre de bien. Quiero decirles que son mi mejor ejemplo de superación, perseverancia, humildad, humanidad, comprensión y amor.

Para ustedes todo mi respeto, admiración y amor.

Me siento orgulloso de tenerlos como padres.

Este triunfo también es de ustedes

A mis hermanos:

**Ruben, Antonio, Rodrigo, Cecilia, Rafaél, Javier, Enrique,
Guillermo y Luis Manuel Yañez López.**

Con todo mi cariño y agradecimiento.

A la Lic. Elizabeth Cuéllar Martínez

Con especial agradecimiento, por su valiosa colaboración en este texto. Además de la comprensión, paciencia y fé, que has tenido en mi.

Y por ése apoyo que en todo momento has dado.

Gracias Liz.

A mis profesores y amigos.

C.D. Roberto Serrano Siles.

C.D. Raúl León

Por sus valiosos consejos

Gracias.

A los Doctores.

Alvaro Alvarez Barragán

Alejandro Miranda Gómez

Por su profesionalismo y
calidad humana, mi más profun-
do y sincero agradecimiento.

A mis asesores.

Dr. Gastón Romero Grande

Dra. Rocio Sanchez López

Por su atinada dirección en
ésta tesina.

A mis profesores :

Dr. Carlos Lagunes Alarcón
Dr. Juan Martínez Hernández
Dr. Gregorio Medina Trejo
Dr. Rafael Romero Grande
Dr. Filíberto Enriquez Habib
Dr. Rogelio Vera Martínez
Dr. Juan A. Sámano Maldonado
Dr. Manuel Calzada Nova
Dr. Javier Diez de Bonilla
Dr. Pedro Lara Mendieta
Dra. Carolina Alvarez de la Cadena
Dra. Angélica Fernandez Merlos

Por su interes en mi preparación.

A los miembros del H. Jurado.

Con todo respeto.

INDICE

INTRODUCCION		1
CAPITULO	I METODOS PROPEDEUTICOS DE LA EXPLORACION FISICA	3
CAPITULO	II TECNICAS Y EQUIPO PARA LA EXPLORACION FISICA	17
CAPITULO	III EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL	40
CAPITULO	IV PROCEDIMIENTO PARA EL EXAMEN DE LA BOCA Y GARGANTA	44
CAPITULO	V CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFIA		56

HISTORIA CLINICA

INTRODUCCION.

Por lo general, la historia clínica marca el comienzo de la relación médico-paciente.

Uno de los principales objetivos, consiste en identificar lo que el paciente considera como problema. Es necesario que el profesional sea consciente tanto de las preocupaciones ocultas, como de las evidentes. Ni que decir que al obtener la Historia Clínica, tiene que garantizar en lo posible la exactitud de la información.

En ocasiones el paciente, ya sea de manera intencionada o inconsciente, suprime información.

Una actitud amable y respetuosa, le ayudará a conseguir información y a asegurarse la colaboración del paciente de cara a obtenerla.

ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLINICA

El objetivo de obtener la historia clínica, consiste en obtener una relación con el paciente e iniciar con él un proceso de aprendizaje que le permita descubrir los aspectos y problemas que requieren atención, determinando un orden de prioridades al respecto.

Básicamente los temas que han de tratarse, son los siguientes:

- * Ficha de identificación (fecha, hora, edad, sexo, raza, ocupación, etc.).

- * Causa principal de la consulta.
- * Problema actual.
- * Antecedentes personales patológicos.
- * Antecedentes familiares patológicos.
- * Anamnesis por aparatos y sistemas.

CAPITULO I

METODOS PROPEDEUTICOS DE LA EXPLORACION FISICA

1.1 INTERROGATORIO (ANAMNESIS)

El objetivo del interrogatorio es el de adquirir información del individuo sano o enfermo que solicita muestra atención. El principal objetivo de la interacción con un paciente radica en encontrar la raíz de los problemas que lo aquejan o de lo que a él le preocupa y ayudarle a hacer algo al respecto. Nuestra búsqueda se orienta siempre a los motivos de preocupación y de atención para una recopilación de datos que son de gran ayuda para el profesional, en su afán de darle una solución correcta a la problemática que se le presenta interpretando debidamente las respuestas del paciente y formando-se un juicio de ellas, para poder evaluar e identificar las entidades clínicas, ya sean frecuentes o raras, así como la comprensión de los riesgos o impedimentos que el proceso patológico suponga para el normal desarrollo de la vida del paciente y el reconocimiento y hallazgos que pueden constituir anomalías.

La Historia Clínica y la exploración física no solo son el comienzo del proceso diagnóstico, sino que constituyen el eje en torno al cual giran el diagnóstico y el tratamiento. Por lo tanto, el modo de enfocarlas debe ser ordenado y sistemático.

No obstante, es preciso tener en cuenta que el orden no

implica rigidez o inflexibilidad, al recoger la información se debe ser extraordinariamente meticulouso, prestando mucha atención a lo que resulta evidente, de modo que se comprenda y documente exactamente, al tiempo que se debe mantener - abierta la sensibilidad a los indicios indirectos que casi siempre se encuentran.

El interrogatorio se divide en directo o indirecto.

- El directo se hace al enfermo mismo.
- El indirecto es el que por una causa cualquiera, no pueda hacerse al enfermo y se dirige entonces a otras personas, que esten en la posibilidad de ilustrar sobre el particular.

1.2 INSPECCION

La inspección no es sino el proceso de observación. Los ojos y la nariz son instrumentos sensibles que permiten recoger datos a lo largo de la exploración.

La inspección puede ser simple, llamada también directa, o instrumental.

La segunda es la que se hace por medio de instrumentos: espejos, otoscopios, sondas, etc. .

A diferencia de la palpación, la percusión y la auscultación la inspección puede proseguir mientras se confecciona la historia clínica y, evidentemente, durante la exploración física.

Muéstrese dispuesto a confirmar con el paciente los hallaz-

gos de la inspección.

Las reglas que deben seguirse para realizar la exploración son los siguientes:

- * Buenas condiciones de luz.
- * La región por explorar debe estar descubierta.
- * La colocación del paciente para que la región por explorar, quede bien iluminada.
- * Evitar que se produzcan sombras en la zona por inspeccionar.
- * Paciente colocado en posición natural, con sus regiones simétricas, simetricamente, colocadas y los músculos relajados.
- * El explorador se colocara enfrente del enfermo.
- * En regiones simétricas la inspección se hará comparativa.

Los resultados que se obtienen por medio de la inspección son nociones de sitio, de color, de forma, de volumen, de estado de la superficie y de movimientos.

1.3 PALPACION

La palpación implica el empleo de las manos y los dedos, para recoger información a través del tacto. Ciertas regiones de las manos y dedos son más adecuadas que otras para los distintos tipos de palpación.

La superficie palmar y los pulpejos de los dedos son más sensibles que las puntas, por lo que se emplearán siempre

que se necesite hacer una adecuada distinción en cuanto a posición, textura, tamaño, consistencia o presencia de masas de líquido o de crepitación.

La superficie cubital de las manos y los dedos es la más sensible para detectar vibraciones. Finalmente, la superficie dorsal de las manos es la más apropiada para estimar temperatura, para detectar diferencias de temperatura entre las distintas partes del cuerpo.

La palpación puede ser suave o profunda, dependiendo de la presión ejercida con la mano o los dedos.

En la actualidad, la preocupación acerca de las transmisiones bacterianas o virales impulsa a la mayor parte de los clínicos a recomendar el empleo de guantes, durante la exploración.

En la palpación se inicia la invasión física del organismo del paciente.

1.4 PERCUSION

La percusión consiste en golpear un objeto contra otro, produciendo vibración, y consiguientemente ondas sonoras.

El tono de percusión sobre aire es intenso, menos intenso sobre líquido y leve sobre zonas sólidas, El grado de intensidad de los tonos de percusión se clasifica del modo siguiente:

- * Timpanismo
- * Hiperresonancia

* Resonancia

* Matidez

* Tono plano

Las técnicas de percusión son siempre las mismas, independientemente de la estructura que se esté percutiendo.

La percusión directa o indirecta, consiste en golpear directamente con el dedo la superficie corporal.

La percusión indirecta o mediada consiste en emplear un dedo de una mano como martillo, mientras que otro dedo de la otra mano se emplea como superficie de impacto.

En los dientes, la percusión indica el grado de sensibilidad de éstas estructuras, así como su respuesta tanto pulpar como periodontal y nos marca como intensidad dolorosa, el grado de lesión de éstos tejidos.

La causa a una respuesta positiva debe ser minuciosamente explorada y corroborada por medio de pruebas adicionales.

La ausencia de una respuesta a la percusión, no significa necesariamente que no haya inflamación periapical.

Las inflamaciones periapicales crónicas, tienden a ser sintomáticas.

1.5 AUSCULTACION

Es el procedimiento de exploración clínica por medio del oído.

Consiste en escuchar los sonidos producidos por el cuerpo.

La auscultación puede realizarse a distancia o por contacto

directo con la región por explorar.

Por medio de la auscultación a distancia, pueden ser apreciados ruidos, suficientemente intensos para hacerse audibles a distancia, tales como la tos, la respiración estertorosa, algunos ruidos intestinales, etc. .

La auscultación que se efectua por contacto con la región, puede ser directa o inmediata, e, indirecta o mediata.

Los sonidos que se escuchen, dependerán de la zona concreta del cuerpo que se esté auscultando, pero existen algunos principios generales válidos para todos los tipos de auscultación :

- * Ambiente silencioso
- * Piel desnuda
- * Determinación del sonido y tipo de éste
- * Atención al escuchar los sonidos
- * Enfocar y aislar los distintos sonidos
- * Concentración en lo que se está escuchando

1.6 MEDICION

La medición es el método de exploración que permite comparar una magnitud desconocida con otra conocida, que sirve de unidad.

Las magnitudes que se comparan, pueden ser de peso, de volumen, de longitud, de presión, de intensidad luminosa, etc. .

En el organismo humano son muchas y muy diversas las mediciones que se pueden realizar, por lo mismo escapan a ser some-

tidas a prescripciones generales, aplicables a todos los casos.

Por fortuna éste método de exploración es tan fácil de ejecutar, que casi podríamos decir que no requiere ningún adiestramiento especial.

Puede medirse la talla, el peso, los diámetros de la cabeza del torax, la capacidad respiratoria, la agudeza visual, la cantidad de orina, la temperatura, etc. .

1.7 FUNCION EXPLORADORA

La punción exploradora consiste en la introducción, al través de los tejidos, de una aguja hueca o de un trocar fino, seguida de aspiración por medio de una jeringa, con objeto de saber si en la región de que trata, existe una colección líquida.

Debe procurarse que el material esté en buenas condiciones para la punción exploradora.

Las más estrictas reglas de asepsia quirúrgica deben ser observadas para practicar una punción. Perfecta esterilización del material con que se realizará la punción.

La desinfección de la piel del lugar en que va a practicarse una punción, se realiza haciendo una embrocación de tintura de Yodo.

Nota: En estudios realizados se ha comprobado que el Yodo produce reacciones alérgicas.

La zona asepticada, debe ser bastante amplia. Las manos del

operador deben estar completamente esterilizadas, o usar guantes esterilizados.

Debe haber libertad de penetración.

1.8 PRUEBAS ELECTRICAS

La prueba pulpar eléctrica, solo está destinada a determinar la sensibilidad pulpar.

No mide realmente la vitalidad pulpar por la presencia (vitalidad), o ausencia (no vitalidad) de un aporte vascular.-

Afortunadamente para el clínico, la mayoría de los dientes sin vitalidad han perdido toda su inervación sensorial.

Esta prueba no da valores absolutos para determinar situaciones de determinados dientes; los resultados deben ser interpretados individualmente.

De modo que ha de establecerse una pauta "normal", para cada paciente.

Los resultados deben compararse con los resultados obtenidos en un diente normal adyacente y un diente contralateral del mismo tipo.

Los métodos para evaluar la respuesta pulpar a la electricidad son:

- * Medición de la corriente con alta y baja frecuencia.
- * Medición del voltaje

Todas las pruebas tienen limitaciones de confiabilidad. La exactitud de los resultados puede ser influida por factores externos.

Cuando se trata de pacientes odontológicos, algunos factores influirán sobre los resultados de la prueba:

- * Mentalidad y estado emocional.
- * Umbral de dolor.
- * Influencia medicamentosa.
- * Edad.
- * Estado de los dientes

1.9 PRUEBAS TERMICAS

Muchos clínicos opinan que las pruebas térmicas constituyen el indicador más exacto de la salud y la vitalidad pulpares. Son valiosas en especial para descubrir pulpitis, y para ayudar a distinguir la inflamación pulpar reversible de la irreversible.

Las pruebas térmicas son:

- * Pruebas de frío.- Como el tejido pulpar aprende a acomodarse rápidamente al frío, las pruebas repetidas nublan la distinción entre tejido pulpar normal e inflamado. Con el frío, las lecturas más exactas se hacen en la primera prueba.
Si el diente tiene una gran restauración metálica, - aplique la prueba térmica a esa restauración, ya que es la parte más conductora del diente.
Si el paciente da una respuesta hipersensible, elimine el estímulo inmediatamente para evitar un dolor innecesario.

En general el estímulo frío es más apto para producir una respuesta vital que el estímulo caliente.

- * Pruebas de calor.- Generalmente, una pulpa normal dará una respuesta moderada al calor. Debe tenerse cuidado de no abusar con ésta prueba, pues podría ser el tiro de gracia para una pulpa debilitada. Si hubiera una respuesta hipersensible, retire el calor inmediatamente para evitar un dolor innecesario.

1.10 TRANSILUMINACION

Cuando un rayo de luz (fibra óptica) pasa por una cavidad corporal, permite diferenciar entre los distintos medios presentes en ella.

La transmisión de la luz en el aire, en los líquidos y en los tejidos es diferente, lo que hace posible detectar la presencia del líquido, sangre o anomalías en el interior de una cavidad.

La transiluminación debe efectuarse en una habitación a oscuras.

Comprueba la presencia o ausencia de luz, así como cualquier irregularidad en su distribución.

Cuando un rayo de luz pasa por un diente anterior y la habitación está en penumbras, el diente normal aparece claro y ligeramente rosado, mientras que el necrótico aparece opaco y más oscuro que los dientes adyacentes normales a causa de

descomposición de la sangre en la cámara pulpar.

Esta técnica puede ser muy útil, especialmente con niños que responden erráticamente a las pruebas de diagnóstico usuales.

También se puede utilizar la transiluminación para identificar un diente fracturado.

1.11 ARPONEAMIENTO

Algunas veces se ha recurrido a instrumentos especiales, parecidos a los arpones, que consisten en un estilete provisto de un gancho afilado en forma de anzuelo, que se introduce en los tejidos, protegido por una cánula.

Una vez llegado a la profundidad, se hace avanzar el estilete para que el anzuelo arranque una fracción de tejido, haciéndolo penetrar nuevamente en la cánula para retirar todo el instrumento llevando la porción de tejidos, que será sometida a ulteriores investigaciones.

Este es un procedimiento exploratorio de excepción.

1.12 EXAMENES DE LABORATORIO

Son llamadas así todas aquellas maniobras de investigación clínica que por su complicación exigen una destreza especial de parte del que las ejecuta, además de una instalación "ad-hoc" de los aparatos que se requieran.

Ellas pueden ser:

- * De orden químico.
- * De orden físico.

* De orden bacteriológico.

Al tratar de la exploración de cada aparato en particular, serán indicadas las investigaciones de laboratorio, aplicables al caso, y al valor clínico de dichas investigaciones.

1.13 PRUEBA ANESTESICA

En la rara circunstancia de un dolor difuso, de origen incierto, cuando todas las demás pruebas no sean concluyentes, se puede aplicar anestesia por infiltración o regional selectiva. La base de ésta prueba reside en que el dolor pulpar, aún cuando es reflejo, casi invariablemente es unilateral y proviene de sólo una de las dos ramas del nervio trigémino, que aporta la inervación sensitiva de los maxilares.-
Por ejemplo:

Un paciente se queja de dolor en todo un lado de la cara y no hay signos evidentes de alteraciones patológicas en la radiografía. Si la anestesia regional (dentario inferior) hiciera ceder el dolor completo en 2 o 3 minutos, se podría suponer que un diente inferior es la causa del dolor.

Cuando, ocasionalmente, el dolor no desaparece, pese a que el anestésico ha sido correctamente administrado, hay que considerar otras posibilidades.

1.14 ACUÑAMIENTO Y TINCIÓN

También es posible localizar las rajaduras de los dientes mediante un procedimiento de acuñamiento y tinción.

La fuerza del acuñamiento puede ser utilizada para dividir

las dos mitades de la fracción.

Vivo o no el diente fracturado, habrá dolor durante la masticación; éste dolor no siempre podrá ser provocado mediante percusión.

El efecto de cuña puede ser simulado con una cuenta de vidrio pequeña, sostenida con una cinta adhesiva fina, contra el diente del que se sospecha una fractura vertical.

Cuando el paciente muerde la cuenta, los segmentos fracturados se separan con fuerza y se genera dolor.

La línea de fractura vertical puede ser identificada con mayor claridad con una solución de Yodo al 2%, colocada en la superficie oclusal poco antes de hacer la prueba de la cuña.

La solución de Yodo teñirá la línea de fractura. Inmediatamente después de la prueba de la cuña, limpie la superficie mientras que el Yodo permanecerá en la fractura tñiéndola y se tornará visible.

1.15 ESTUDIO RADIOGRAFICO

No es posible determinar radiográficamente el estado de la pulpa dental, ni siquiera la necrosis, pero los hallazgos siguientes despertarán sospechas de alteraciones degenerativas:

- * Lesiones profundas de caries con posible exposición pulpar.
- * Restauraciones profundas.

* Protecciones pulpaes.

* Pulpotomias.

Calcificaciones radiculares patológicas:

* Reabsorción radicular externa o interna:

- Lesiones radiolucidas (circunscritas o difusas) en el ápice o cerca de él.
- Fracturas radiculares.
- Enfermedad periodontal grave con pérdida ósea concomitante.
- Así como de las estructuras óseas y sus posibles alteraciones.

Este método nunca nos dará un diagnóstico ya que sólo es un auxiliar para llegar a él.

Es indiscutible que las radiografías son de incalculable valor diagnóstico, ya que nos transporta más allá de nuestra panorámica ocular.

Existen diferentes tipos de películas radiográficas, las cuales se seleccionarán, de acuerdo a la zona objeto de exploración.

CAPITULO II

TECNICAS Y EQUIPO PARA LA EXPLORACION FISICA

En este capítulo se proporciona una visión de conjunto de las técnicas que se emplean durante la exploración física.- Además se describe la utilización del equipo con el que se llevan a cabo dichas actividades.

2.1 TECNICA DE LA INSPECCION

Objetivo.

Describir algunos aspectos importantes para la inspección.

Procedimiento.

- 1.- Es imprescindible una iluminación satisfactoria.
 - Es preferible la luz natural. Téngase presente que la luz artificial puede oscurecer algunos signos importantes (por ejemplo, ictericia).
- 2.-Asegúrese de que la temperatura en la habitación donde se llevará a cabo el examen es confortable.
- 3.- Asegúrese de que lo que desea inspeccionar es claramente visible. No titubee en pedirle al paciente que se quite parte de la vestimenta o toda.
- 4.- Si es necesario emplee una lupa que le ayude a inspeccionar mejor.

5.- Siempre defina con claridad lo que observa:

- Trate de percatarse de lo que está observando y describalo con la mayor precisión que le sea posible.

6.- Preste especial atención a la primera impresión que se lleve de un paciente. Por ejemplo observe:

- El comportamiento.
- La expresión.
- El aspecto general del vestido, la postura y el movimiento.

7.- Tómese el tiempo necesario para observar detenidamente al paciente.

8.- Sea sistemático en su inspección y al describir lo que observa.

9.- Cuando sea necesario, compare con el lado opuesto del cuerpo del paciente.

2.2 LA TECNICA DE LA AUSCULTACION

Objetivo.

Escuchar los ruidos producidos en el cuerpo.

Procedimiento.

El estetoscopio.

1.- Emplee un fonendoscopio.

2.- Asegúrese de que las olivas se adapten adecuadamente al meato externo del oído.

3.- Asegúrese de que la temperatura en la habitación es suficientemente tibia:

- En el paciente con escalofríos, el temblor de los músculos profundos será audible.
- El examen de la región torácica se realiza de manera más cómoda con el paciente en posición semirreclinada.

4.- Colóquese las olivas en sus oídos.

5.- Asegúrese de que coincidan los ejes longitudinales del meato auditivo externo y las olivas.

6.- Asegúrese de que sus oídos quedan bien tapados pero que no sufran una presión incómoda.

7.- Seleccione la campana o el diafragma de acuerdo a lo que quiera escuchar.

* La campana transmite principalmente los ruidos de baja frecuencia.

* El diafragma elimina mediante filtración los ruidos de baja frecuencia y por tanto con ella se escuchan principalmente los ruidos de alta frecuencia.

8.- Al variar la presión con la cual se aplica la campana a la piel se puede regular la filtración de la frecuencia

* Con presión leve son audibles principalmente los ruidos de frecuencia alta.

* Los ruidos de frecuencia baja incluyen :

- Soplos presistólicos,

- soplos diastólicos,
- ruidos auriculares,
- primero, segundo y tercer ruidos cardiacos,
- ritmo de galope,
- ruidos cardiacos fetales.

* Los ruidos de alta frecuencia incluyen:

- Soplos sistólicos,
- Frotos pericárdicos.

9.- Sostenga la campana o el diagrafma por la parte metálica y no por el anillo de hule, de manera que se descargue cualquier electricidad estática.

2.3 LA TECNICA DE LA PERCUSION

Objetivo.

Determinar por medio de la percusión digital indirecta los bordes de órganos que difieren en su contenido de aire.

Procedimiento.

- 1.- El paciente se debe quitar las prendas de vestir que sean necesarias.
- 2.- Se coloca el dedo medio (o índice) de la mano derecha, en el caso de los zurdos, firmemente y en forma plana sobre el cuerpo del paciente.
- 3.- Con el dedo medio (o índice) de la otra mano, flexionando, se dan pequeños golpes breves y firmes sobre la fa

lange distal (en un sitio inmediatamente proximal a la uña) del dedo opuesto. Se obtiene mejor efecto con la acción de la muñeca.

4.- Defina el carácter del sonido que escucha durante la percusión.

- * El sonido claro es bastante bajo y muy resonante, por ejemplo, el que produce un pulmón lleno de aire.
- * El sonido mate es breve y apagado, no sonoro y no resonante, de intensidad limitada (producido por órganos que no contienen aire).
- * El sonido timpánico es más alto y más resonante que el de tipo claro (es producido por órganos huecos relativamente pequeños que contienen aire, como el estómago).

2.4 LA TECNICA DE LA PALPACION

Objetivo

Determinar la forma, el tamaño, la consistencia y la calidad de un órgano o estructura mediante el tacto.

Procedimiento.

- * La palpación suele ser el último de los métodos de la exploración clínica que se aplican y suelen ir precedida por la inspección, la auscultación y la percusión (las cuales son menos molestas para el paciente)

1.- Debe estar descubierta la región que se va a examinar.

2.- Asegúrese de que sus manos no están frías.

3.- Siempre diga al paciente lo que le va a hacer.

4.- En principio, puede palpar con todos sus dedos.

5.- El índice y el pulgar son los más sensibles en este sentido.

6.- La palpación del abdomen se realiza con la mano plana y ejerciendo ligera presión con los dedos.

7.- Con el segundo, el tercero y el cuarto dedo de cualquiera de las dos manos, cerrados, por lo general se puede determinar el contorno de una estructura o un órgano.

8.- La palpación también se efectúa con las dos manos.

9.- Emplee su vista durante la palpación; preste especial atención a la cara del paciente.

10.- Durante la palpación escuche cuidadosamente al paciente cuando muestra sensaciones dolorosas.

11.- Al palpar un órgano trate de describir sus características:

- El tamaño,

- la forma,

- la consistencia,

- la superficie y

- la relación con sus órganos circundantes.

12.- Palpe en forma sistemática.

13.- Siempre trate de definir lo que piensa que está sin viendo.

2.5 INSPECCION DE LA PIEL Y LAS MUCOSAS

Objetivo

Determinar el estado de la piel y las mucosas por medio de la inspección.

Procedimiento.

- 1.- La iluminación debe ser muy buena.
- 2.- Examine la piel y las mucosas a simple vista (si es necesario utilice una lupa).
- 3.- Inspeccione la piel como un todo, no se limite a anomalías locales.
- 4.- Inspeccione detenidamente el cabello, las uñas y las mucosas.
- 5.- Cuando encuentre anomalías de la piel advierta:
 - Localización,
 - distribución,
 - color,
 - forma,
 - tamaño y
 - bordes.
- 6.- Preste particular atención a lo siguiente:
 - * Distribución del pelo

- * Grosor o aspereza de la piel,
- * dureza o callosidades,
- * hemorragias subcutáneas o magulladuras,
- * color,
- * cicatrices,
- * edema,
- * escamación,
- * sudación.

7.- Al inspeccionar las mucosas preste especial atención a :

- * Secreciones,
- * color,
- * signos de inflamación,
- * petequias (hemorragias puntiformes),
- * tumores y nódulos,
- * ulceración,
- * humedad.

2.6 EVALUACION DEL ESTADO DE HIDRATACION

Objetivo.

Determinar el estado de hidratación del paciente para evaluar el estado general.

Procedimiento.

1.- Pida al paciente que saque su lengua.

2.- Inspeccione la lengua y las mucosas para ver si están secas o húmedas.

3.- Pregúntele al paciente con qué frecuencia orina.

4.- Combine estos datos con otros, por ejemplo:

- estado nutricional,
- fontanelas,
- ojos hundidos,
- color de la piel,
- nivel de la conciencia,
- temperatura de la piel,
- color y densidad de la orina.

5.- Obtenga información respecto a fiebre, sudación e ingestión de líquidos.

2.7 PALPACION DE LA PIEL

Objetivo

Determinar el estado de la piel como órgano y el estado local de las diversas partes de la piel mediante palpación.

Procedimiento.

1.- Palpe de acuerdo al método general.

2.- Durante la palpación de la piel preste especial atención a :

- * La temperatura de la piel (emplee el dorso de la mano).

- * La elasticidad de la piel,
- * la turgencia de la piel,
- * el grado de humedad o sequedad,
- * la presencia de escamas,
- * la presencia de edema (edema depresible y constante),
- * la presencia de nódulos (en la superficie de la piel o por debajo de la misma): advierta el tamaño, la forma, la consistencia y la relación con el tejido circundante.

2.8 SIGNOS VITALES.

Objetivo.

Determinar el estado de salud del paciente.

La tríada constituida por el pulso, la frecuencia respiratoria y la presión arterial suele considerarse como el indicador basal del estado de salud del paciente, razón por la cual se los conoce como "signos vitales".

Procedimiento.

Puede medirse en fases muy tempranas de la exploración física o integrarse en diferentes partes de ésta.

El pulso puede palparse en diferentes zonas del organismo, aunque el pulso radial es el que más se emplea como medida selectiva para indicar la frecuencia cardíaca, es decir, el número de ciclos cardíacos por minuto.

El pulso radial se palpa con los pulpejos de los dedos segundo y tercero en la porción lateral de la cara flexora de la muñeca, y solo se debe contar el número de pulsaciones, tomando nota del ritmo, la amplitud y el contorno de la onda pulsátil.

La frecuencia respiratoria se determina mediante inspección simple, observando el ascenso y descenso del tórax del paciente y la facilidad o dificultad con que se efectúa la respiración.

Se determinará el número de ciclos respiratorios (inspiración y espiración) que se producen en un minuto, observando igualmente la regularidad y el ritmo del patrón respiratorio así como la profundidad de las inspiraciones y el empleo o no de la musculatura auxiliar.

La medición de la presión arterial es una medida periférica de la función cardiovascular.

La tensión arterial se suele medir en el brazo del paciente, y debe registrarse en ambos brazos al menos una vez.

El brazo del paciente debe estar poco flexionado y apoyado cómodamente en una mesa, almohada o sobre su mano. Asegúrese de que el brazo está desnudo.

La medida indirecta de la tensión arterial se realiza mediante un estetoscopio y un esfigmomanómetro aneróide o de mercurio.

2.9 EVALUACION DEL PULSO

Objetivo

Determinar la cualidad del pulso radial.

Procedimiento.

- 1.- El paciente debe estar sentado o acostado y relajado.
- 2.- El brazo tiene que estar relajado; se eliminan pulseras y prendas semejantes.
- 3.- Palpe el pulso:
 - * Encuentre la arteria radial.
 - * Sienta el pulso con las yemas del segundo, tercero y cuarto dedos de la mano derecha o la izquierda. Sujete el brazo por el lado radial inmediatamente arriba de la muñeca, con el dedo pulgar sobre el dorso y la punta de los otros dedos sobre la superficie palmar de la muñeca.
- 4.- Primero trate de darse una idea del estado de la pared del vaso. En condiciones normales ésta es difícilmente palpable; los bordes son distintos, el vaso se aplana fácilmente bajo la presión y es muy elástico.
- 5.- Luego trate de darse una idea del pulso.
- 6.- Determine primero la frecuencia.
- 7.- Advierta si la frecuencia es constante o variable.

8.- Luego observe la intensidad del pulso:

- intenso
- saltón,
- tenue o
- débil.

9.- Evalúe la regularidad del pulso.

10.- Cuente el número de pulsaciones por minuto.

11.- Para este fin cuente el número de pulsaciones que perciba en un período de 30 segundos.

12.- Registre el número de pulsaciones por minuto.

2.10 MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL.

Objetivo.

Medición de la presión arterial como estimación de la función cardiovascular.

Procedimiento.

1.- Siéntese de frente al paciente.

2.- Explíquelo lo que va a hacer.

3.- Descubra el brazo izquierdo del paciente quien debe estar sentado o en posición supina (una vez que se haya quitado el reloj de su muñeca).

4.- Pídale al paciente que coloque el antebrazo sobre la mesa de exploración o a un lado sobre el canapé y que se relaje.

5.- Asegúrese de que la ropa no esté comprimiendo el brazo.

6.- Emplee un esfigmomanómetro de mercurio.

7.- Envuelva el brazal de manera que quede cómodamente ajustado (pero no apretado) al rededor del brazo izquierdo, aproximadamente a 5cm. por arriba del pliegue del codo.

- brazal de 12 cm. para adultos,

- brazal de 14 cm. para circunferencias del brazo mayores de 35cm.,

- brazal de 6-8 cm. para niños,

- brazal de 2.5 cm. para niños menores de 1 año de edad.

8.- Verifique que la columna de mercurio en el esfigmomanómetro se encuentre en cero antes de inflar el manguito.

9.- Bombee el manguito rápidamente hasta llegar a 220mm de Hg.

10.- Verifique que la arteria radial deje de pulsar.

11.- Pida al paciente que haga movimientos de bombeo con el puño.

12.- Abra la válvula cuidadosamente y deje que descienda la arteria humeral. Aplique el diafragma del estetoscopio.- Escuche cuándo aparecen y desaparecen los ruidos conforme desciende la columna de mercurio en el manómetro.

14.- Deje que la columna de mercurio descienda hasta 0 mm. de Hg.

15.- Mida la presión arterial una vez más.

16.- Quite el brazal.

17.- Anote las dos cifras como una fracción; anote el número redondo inferior más cercano.

18.- Si la diferencia entre la primera y segunda medición es mayor de 10 para la presión sistólica y mayor de 5 mm. de Hg. para la presión diastólica, anote como la presión definitiva el valor sistólico más alto y el valor diastólico correspondiente.- Si las diferencias son mayores, debe repetirse la medición por tercera vez después de un reposo de 30 minutos.

* Una presión de menos de 140/90 es normal.

2.11 EVALUACION DE LA RESPIRACION

Objetivo.

Determinar la función respiratoria mediante la inspección.

Procedimiento.

1.- Pida al paciente que descubra la parte superior del cuerpo.

2.- Observe los movimientos respiratorios torácicos y abdominales.

3.- Primero trate de darse una idea de la calidad de la respiración.

4.- Haga esto mediante la observación cuidadosa (sin -

que el paciente se percate de que lo está haciendo).

5.- En muchos casos la palpación (con la mano aplanada) proporciona considerable información.

6.- En la inspiración preste especial atención a lo siguiente:

- * el movimiento lateral del tórax,
- * el ensanchamiento del ángulo epigástrico,
- * el aumento del diámetro anteroposterior del tórax,
- * el aumento de la curva abdominal hacia adelante.

7.- Durante la espiración preste especial atención a lo siguiente:

- * la regresión de las costillas,
- * el estrechamiento del ángulo epigástrico,
- * la reducción del diámetro anteroposterior del tórax,
- * la disminución de la curva abdominal hacia adentro.

8.- Advierta:

- * la duración de la inspiración y la espiración,
- * la regularidad de la respiración,
- * la profundidad de la respiración,
- * la simetría de las hemitórax,
- * anomalías locales durante el movimiento respiratorio,
- * respiración torácica y abdominal,
- * retracción de los espacios intercostales.

9.- También preste atención a lo siguiente :

- * el empleo de los músculos respiratorios auxiliares, por ejemplo, los de las alas nasales y del cuello; o cualquier signo de cianosis (central o periférica);
- * la postura del paciente, por ejemplo, la postura típica durante los ataques de asma.

- 10.- Cuente el número de respiraciones por minuto.
- 11.- Comience a contar con una inspiración.
- 12.- Cuente sólo inspiraciones.
- 13.- Cuente durante 30 segundos.
- 14.- Registre el número de las respiraciones por minuto.
- 15.- Si es apropiado mida la circunferencia del tórax.

2.12 MEDIDA DE LA TEMPERATURA

La determinación de la temperatura corporal proporciona con frecuencia una indicación muy valiosa en cuanto a la gravedad de la patología del paciente. La determinación de la temperatura corporal puede realizarse en diversas zonas del organismo, siendo las más frecuentes la boca, el recto y la axila.

La sonda, que se recubre de una funda estéril de un solo uso, se coloca debajo de la lengua manteniendo la boca firmemente cerrada, en el recto o en la fosa axilar con el brazo apretado contra el tronco.

2.13 EQUIPO

Estetoscopio.

La auscultación de la mayoría de los sonidos del organismo precisa un estetoscopio o fonendoscopio, de los que existen tres tipos básicos:

- * Estetoscopio Acústico.- Consiste en un cilindro cerrado que transmite las ondas sonoras a lo largo de su columna desde la fuente de origen hasta el oído.
- * Estetoscopio Magnético.- El cual está provisto de una única pieza de auscultación, equivalente al sistema de membrana anteriormente expuesto, que contiene un anillo de hierro en su superficie posterior, detrás del cual se encuentra un imán permanente.
- * Estetoscopio Electrónico.- El cual capta las vibraciones sonoras que llegan a la superficie del cuerpo y las convierte en impulsos eléctricos, que son después amplificados y transmitidos a un altavoz, donde se convierten de nuevo en sonidos.

De los tres sistemas citados, el más utilizado es el acústico.

Otoscopio.

El otoscopio proporciona iluminación para examinar el canal

auditivo externo y la membrana timpánica.

La cabeza del otoscopio se sujeta en el mango de la forma descrita para el oftalmoscopio, y se conecta también del mismo modo. El otoscopio puede emplearse también para la exploración nasal, si no se dispone de un espejuelo nasal.

Espejuelo Nasal.

El espejuelo nasal se emplea con un lápiz linterna y sirve para visualizar los cornetes medio e inferior de la cavidad nasal.

Antes de utilizarlo es preciso cerciorarse de que el paciente se encuentra en una posición cómoda. Puede requerirse un apoyo para la cabeza o hacer que el paciente se tumbé. Para que la exploración nasal sea completa, la cabeza del paciente deberá inclinarse en diferentes ángulos.

Martillo de Reflejos o de Percusión.

El martillo de reflejos se emplea para explorar los reflejos tendinosos profundos.

Para ello, se sujeta suavemente el instrumento entre el pulgar y el índice, de modo que, al golpear el tendón, la cabeza del martillo describa un arco rápido, siguiendo una trayectoria controlada:

- Propine el golpe mediante un movimiento de muñeca rápido y descendente, con un contacto firme y seco, y

y gire inmediatamente la muñeca en sentido contrario, de manera que el martillo no permanezca sobre el tendón. El golpe debe ser enérgico y directo.

Cinta Métrica.

La cinta métrica, de unos 7-12 mm. de ancho, se emplea para medir las circunferencias, longitudes y diámetros de diferentes partes del organismo.

Transiluminador.

Los transiluminadores son fuentes de luz intensa concentrada en un haz estrecho.

El haz luminoso se dirige sobre una determinada cavidad corporal y permite diferenciar entre los distintos medios presentes en ella..

La transmisión de la luz en el aire, en los líquidos y en los tejidos es diferente, lo que hace posible detectar la presencia del líquido en los senos, la presencia de sangre o masas en el escroto y anomalías en el interior del cráneo del recién nacido, caries dental o fracturas de los dientes.

Instrumentos Manuales en la Inspección Bucal.

Los instrumentos manuales tienen diversas funciones en las fases de exploración, ejecución y evaluación.

Antes de aprender a realizar cualquier procedimiento de va--

luación adicional, es muy importante desarrollar unas técnicas básicas en la manipulación de instrumentos.

Espejos de Boca.

Uno de los instrumentos más importantes en la higiene dental es el espejo bucal.

Se trata de un instrumento que se emplea para mejorar la visión de las zonas más escondidas de la cavidad oral.

El espejo bucal se utiliza para retraer los tejidos como la lengua y la mejilla, para reflejar la luz en un área que en caso contrario se encontraría a oscuras, para la visión indirecta de una zona que no es visible directamente (como el sector distal del molar más posterior), y para la transiluminación (hacer pasar la luz a travéz de los dientes para determinar la presencia de caries o de cálculos mediante la detección de variaciones en la opacidad)

Separadores.

Otro ejemplo de instrumento dental que mejora la visión es el retractor de mejilla, que se utiliza generalmente para ensanchar las mejillas de los labios abriendo la boca y también para ayudar a la fotografía intraoral.

Otros retractores intraorales se utilizan para evitar que la lengua se moviice en el área operatoria, impidiendo así los traumatismos accidentales.

Exploradores y Sondas.

Otros instrumentos se utilizan para examinar los dientes y los tejidos explorando los dientes y midiendo el tamaño y la localización de los procesos histiósicos.

Los exploradores son instrumentos que se emplean principalmente para examinar la existencia de caries en los dientes y la presencia de irregularidades dentales, como depósitos de cálculo, irregularidades radiculares, defectos anatómicos y los márgenes de las restauraciones.

La sonda periodontal se utiliza para examinar los tejidos orales.

Las sondas con un diseño delicado se utilizan para detectar irregularidades radiculares y depósitos duros. Sin embargo, el uso primario de la sonda es determinar la profundidad del surco gingival o de la bolsa periodontal.

4.12 ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

1.- Inspeccione la lengua del paciente, prestando especial atención a atrofas y fasciculaciones.

2.- Haga que el paciente saque la lengua y la mueva de

CAPITULO III

EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL

3.1 INSPECCIONAR Y PALPAR LOS LABIOS, ESTUDIANDO LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- * Simetría
- * Color
- * Edema
- * Anomalías de la superficie
- * Hidratación
- * Textura

3.2 INSPECCIONAR Y PALPAR LAS ENCIAS, ESTUDIANDO LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- * Color
- * Lesiones
- * Sensibilidad dolorosa, dolor al tacto
- * Textura
- * Hidratación

3.3 INSPECCIONAR LOS DIENTES, ESTUDIANDO LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- * Número
- * Caries

- * Oclusión
- * Ausencias
- * Anatomía
- * Fracturas
- * Desgaste
- * Color y forma
- * Pigmentaciones
- * Restauraciones
- * Prótesis
- * Movilidad
- * Posición

3.4 INSPECCIONAR Y PALPAR LA LENGUA Y MUCOSA BUCAL EN

CUANTO A:

- * Movilidad
- * Color
- * Tamaño
- * Forma
- * Edema
- * Úlceras
- * Hidratación
- * Textura
- * Papilas
- * Sensibilidad gustativa
- * Función del XII par craneal (Hipogloso)

3.5 INSPECCIONAR PALADAR Y UVULA, EN CUANTO A:

- * Tamaño
- * Forma
- * Inflamaciones
- * Torus palatino
- * Color

3.6 INSPECCIONAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE LA OROFARINGE:

- * Amígdalas
- * Pared posterior de la faringe

3.7 INSPECCIONAR PISO DE LA BOCA, EN CUANTO A:

- * Hidratación
- * Vascularización
- * Frenillo lingual
- * Varices linguales
- * Ránulas
- * Torus

3.8 INSPECCIONAR Y PALPAR MUSCULOS DE LA MASTICACION EN CUANTO A:

- * Apertura y cierre de la boca
- * Tono
- * Sensibilidad dolorosa al tacto y al movimiento
- * Mialgias

3.9 INSPECCIONAR Y PALPAR LA A. T. M. EN CUANTO A:

- * Dificultad de movimientos
- * Crepitación
- * Sensibilidad dolorosa

CAPITULO IV

PROCEDIMIENTO PARA EL EXAMEN DE LA BOCA Y GARGANTA

Objetivo.

Evaluar forma, función y estado de la cavidad oral.

Procedimiento.

- 1.- El paciente debe sentarse cómodamente en una silla con la cabeza sostenida al nivel del cuello.
- 2.- Pida al paciente que abra ampliamente la boca.
- 3.- Tenga una buena iluminación.
- 4.- Comience examinando los dientes, la lengua, las mucosas, el interior de los carrillos, el suelo de la boca y el paladar.

4.1 INSPECCION DE LOS DIENTES

Objetivo.

Establecer el estado de desarrollo de los dientes (cuantitativamente y cualitativamente), así como las presencias de caries, malformaciones, ausencias dentarias, así como el estado de higiene bucal.

Procedimiento.

- 1.- El paciente debe estar sentado o en posición supina

- 2.- Pida al paciente que abra ampliamente la boca.
- 3.- Obtenga una buena iluminación.
- 4.- Si es necesario, utilice un espejo para hacer a un lado los carrillos y la lengua y separarlo de los dientes.
- 5.- Distinga entre los dientes temporales y los permanentes.
- 6.- Evalúe los dientes presentes.
- 7.- Evalúe la posición de los dientes y la distancia entre ellos tanto en el maxilar superior como en la mandíbula.
- 8.- Inspeccione cada diente por separado.
- 9.- Advierta tamaño, color, malformaciones, placa dentobacteriana, sarro, lesiones o tumores.
- 10.- Prestar especial atención a las encías (enrojecimiento o dolor).
- 11.- Vea si algún diente presenta dolor a la percusión.
- 12.- Examinar la presencia de caries en fasetas y fisuras por medio de un explorador.
- 13.- Verificar la movilidad de las piezas dentales.
- 14.- Advierta características generales como higiene bucal y presencia de halitosis.
- 15.- Evalúe la oclusión de los dientes y molares.

4.2 PERCUSION DE LOS DIENTES

- 1.- Pida al paciente que abra ampliamente su boca.

- 2.- Tenga una buena iluminación.
- 3.- Percuta con el mango del espejo cada diente en forma sistemática.
- 4.- Pida al paciente que diga si hay dolor al percutir.
- 5.- Compare los dientes del lado derecho con los del lado izquierdo.
- 6.- Trate de darse una idea del umbral al dolor del paciente.

4.3 INSPECCION DE LA LENGUA

- 1.- Pida al paciente que abra ampliamente su boca.
- 2.- Inspeccione la lengua.
- 3.- Advierta la forma de la lengua en particular.
- 4.- Advierta si la lengua es simétrica.
- 5.- Observe si hay fasciculaciones.
- 6.- Pida al paciente que saque su lengua.
- 7.- Advierta si la lengua está recta o se desvía hacia la derecha o hacia la izquierda.
- 8.- Observe el color de la lengua y la presencia de alguna capa o ulceración.
- 9.- Observe la humedad de la lengua.

4.4 EXAMEN DEL GUSTO

- 1.- Examine la sensibilidad del gusto con sabores:
 - dulces: solución de glucosa a 20%,

- agrios: solución salina a 10%
- ácidos: solución de ácido cítrico a 5%,
- amargos: solución de quinina a 1%.

2.- Asegúrese de que el paciente mantiene la lengua extendida hasta que ha determinado el sabor.

3.- Asegúrese de que la nariz del paciente está completamente cerrada.

4.- Examine las dos mitades de la lengua.

* Los dos tercios anteriores de la lengua están inervados por el nervio cuerda del tímpano, y el tercio posterior por el nervio glosofaríngeo.

4.5 INSPECCION DE LA MUCOSA BUCAL.

1.- Siéntese enfrente del paciente.

2.- Pida al paciente que abra ampliamente su boca.

3.- Tenga una buena iluminación.

4.- Inspeccione las mucosas al rededor de los dientes y las encías.

5.- Inspeccione las mucosas de la boca en forma sistemática.

6.- Inspeccione las mucosas de las paredes de los carrillos.

7.- Inspeccione las mucosas del suelo de la boca, una vez que le haya pedido al paciente que eleve y retraiga la lengua.

8.- Inspeccione las mucosas de la pared posterior de la faringe.

9.- Mientras efectúa la inspección, preste especial atención al color, tumores, o tumefacciones, secreción, cualquier inflamación, grado de humedad, ulceración o hemorragias petequiales.

4.6 PALPACION DE LOS CARRILLOS.

1.- Siéntese de frente al paciente.

2.- Pídale al paciente que abra ampliamente su boca.

3.- Sostenga el carrillo con su dedo pulgar e índice, colocando el primero dentro de la boca y el segundo por fuera de la misma.

4.- Examine en forma sistemática el carrillo.

5.- Investigue en particular la presencia de tumores o tumefacciones.

6.- Si observa una tumefacción, trate de determinar el tamaño, la consistencia, su relación con los tejidos contiguos y si es dolorosa.

4.7 PALPACION DEL SUELO DE LA BOCA.

1.- Siéntese de frente al paciente.

2.- Pídale al paciente que abra ampliamente su boca.

3.- Pida al paciente que retraiga la lengua hacia atrás como si dijera "el".

4.- Palpe el suelo de la boca con el dedo índice de su mano derecha.

5.- Si es necesario, aplique contrapresión con su pulgar colocado bajo el mentón.

6.- Investigue en particular la presencia de cualesquiera tumefacciones.

7.- Evalúe los orificios de los conductos submaxilar, sublingual y submandibular.

8.- Examine el frenillo de la lengua.

4.8 INSPECCION DEL PALADAR.

1.- Bajo una buena iluminación, inspeccione tanto el paladar duro como el blando.

2.- Advierta en particular la forma del techo del paladar (esqueleto óseo).

3.- Investigue la presencia de tumefacciones y fisuras y verifique la simetría.

4.- Verifique particularmente la simetría del paladar blando.

4.9 PALPACION DEL PALADAR.

1.- Pida al paciente que abra ampliamente su boca.

2.- Palpe el paladar con su dedo índice, sobre todo el paladar duro.

3.- Investigue especialmente la presencia de fisuras y

tumefacciones.

4.10 INSPECCION DE LA FARINGE.

- 1.- Siéntese de frente al paciente.
- 2.- Tenga una buena iluminación.
- 3.- Pida al paciente que abra ampliamente la boca.
- 4.- Presione hacia abajo suavemente la lengua con una espátula y pídale al paciente que diga "ah".
- 5.- Esto hace que la faringe se abra al máximo y se puede inspeccionar así sucesivamente:
 - la úvula,
 - las amígdalas,
 - la pared posterior de la faringe y las glándulas.
- 6.- Preste especial atención a las mucosas y cualesquiera signos de inflamación o de secreción de pus.

4.11 NERVIO HIPOGLOSO.

- 1.- Inspeccione la lengua del paciente, prestando especial atención a atrofas y fasciculaciones.
- 2.- Haga que el paciente saque la lengua y la mueva de izquierda a derecha y viceversa.
- 3.- Observe anomalías en cualquier dirección.
- 4.- Evalúe la fuerza de la lengua haciendo que el paciente empuje la lengua contra el carrillo. Evalúe la fuerza mediante palpación.

4.12 ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

1.- Comprobación del rango de movimientos, haciendo que el paciente:

- abra y cierre la boca,
- mueva la mandíbula a cada lado,
- protruya y retraiga la mandíbula.

2.- Palpación del espacio articular (clics, chasquidos, dolor).

3.- Comprobación de la fuerza de los músculos temporales, con los dientes del paciente apretados.

Localice las articulaciones temporomandibulares situando las puntas de sus dedos inmediatamente por delante del trago de cada pabellón auricular. Pida al paciente que abra la boca, deslice las puntas de sus dedos en la articulación y palpe el espacio articular. Oír o palpar un chasquido o un clic en la articulación no es infrecuente, pero si existe dolor, crepitación, boqueo o ruido seco, puede ser indicativo de síntoma temporomandibular.

El rango de movimiento se examina pidiendo al paciente que realice los siguientes movimientos:

- Abrir y cerrar la boca. Es de esperar un espacio de 3-6 cm. entre los dientes superiores e inferiores.
- Mover lateralmente la mandíbula inferior a cada lado. La mandíbula se debe mover 1-2 cm. en cada dirección.

- Protuir y retraer la mandíbula. Ambos movimientos han de ser posibles.

La fuerza de los músculos temporales se evalúa pidiendo al paciente que cierre bien los dientes mientras palpa los músculos contraídos, aplicando una fuerza de oposición. El V par craneal se comprueba simultáneamente con esta maniobra.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

El objetivo de este texto, ha sido el de señalar la forma de adquirir información acerca de los individuos, sanos o enfermos que solicitan atención odontológica. No es fácil percibir las sensaciones de otra persona o apreciar en su justa medida la orientación vital de cualquiera que no sea uno mismo.

Aunque los estímulos que todos recibimos del medio externo son probablemente muy similares, la manera en la que cada uno de nosotros incorpora dichas sensaciones al acervo de la que cada uno de nosotros incorpora dichas sensaciones al acervo de la propia experiencia e información básica varía enormemente. Si pretendemos evitar que nuestras interpretaciones sean mal comprendidas y nuestras percepciones sean mal percibidas, hemos de esforzarnos en sentir el mundo de cada paciente tal y como él lo siente.

El principal objetivo de la interacción con un paciente radica en encontrar la raíz de su preocupación y en ayudarle a hacer algo al respecto. Nuestra búsqueda se orienta siempre a los motivos de preocupación, independientemente de que se nos presente una molestia importante o una simple solicitud de chequeo rutinario por parte del paciente.

Si el odontólogo como profesional no se esfuerza en mantener la necesidad de identificar las preocupaciones subyacentes del paciente, de creer en ellas y de intentar hacerles frente, es muy probable que la historia clínica pierda su valor real y no pase de ser más que un mero trámite. Y, por supuesto, es preciso que entienda lo que el paciente espera de uno y que contribuya a definir lo que uno debe esperar de él.

El proceso de diagnóstico comporta la identificación y evaluación de las entidades clínicas, ya sean frecuentes o raras, así como la comprensión de los riesgos o impedimentos que el proceso patológico suponga para el normal desarrollo de la vida del paciente y el reconocimiento y localización de los hallazgos que puedan constituir anomalías.

La historia clínica y la exploración física son el comienzo del proceso diagnóstico, sino que constituyen el eje en torno al cual giran el diagnóstico y el tratamiento.

Por tanto, el modo de enfocarlas debe ser ordenado y sistemático, ya que los enfoques descuidados suelen dar lugar a soluciones igualmente descuidados que limitan seriamente la probabilidad de lograr resultados satisfactorios. No obstante, es preciso tener en cuenta que el orden no implica necesariamente rigidez o inflexibilidad.

Al recoger la información se debe ser extraordinariamente metódico, prestando mucha atención a lo que resulta evidente de modo que se comprenda y documente exactamente, al tiempo

que se debe mantener abierta la sensibilidad a los indicios "indirectos" que casi siempre se encuentran en la historia clínica o en la exploración física.

La capacidad para realizar adecuadamente esta tarea es lo que caracteriza al buen clínico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cuevas, Francisco. Manual de Técnica Médica Propedeutica. Edit. Francisco Méndez Fernandez, Edición 10, México D,F Páginas 1 a 22.
- 2.- Lodewik, L. A.D.G. Gunn. El Examen Físico, Atlas para la práctica general. Edit. El manual moderno, 1984. México D, F. Páginas 3-8, 11-27, 39-45 y 94-107.
- 3.- Cohen, Estephen. C. Burns, Richard. Endodoncia, Los caminos de la pulpa. Edit. Inter-Médica, 1982. Páginas 8-15, 17-19.
- 4.- Surós Batlló, Juan. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Edit. Salvat editores S.A., 7a. Edición. Páginas 372-378, 385-388.
- 5.- A. Lynch, Malcom. Medicina Bucal de Burket. Diagnóstico y Tratamiento. Edit. Interamericana S.A. de C.V. 7a. Edición. Páginas 2-15.
- 6.- H. Delp, Mahlon. Manning, Robert T. La Propedeutica Médica de Major. Edit. Interamericana, 9a. Edición. Páginas 161-171

7.- R. Woodall, Irene. R. Dafoe, Bonnie. Stutsman Young, Nancy. Wee-Fonner, Leslie. L. Yankell, Samuel. Tratado de Higiene Dental Tomo I. Edit. Salvat Editores S. A. 1992, Barcelona España.

Páginas 109-118, 129-135.

8.- Seidel, Henry, W. Ball, Jane. E. Dains, Joyse. Benedict, G William. Manual Mosby de Exploración Física. Edit. Mosby, 2a. Edición, España.

Páginas 9-36, 40-43, 242-248.