



Universidad Autónoma del Estado de México

EXPEDIENTE CLÍNICO EN ORTODONCIA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

P.C.D. DULCE MARÍA CID PAZ

DIRECTOR DE TESIS

Dr. En O. ROGELIO J. SCOUGALL VILCHIS

REVISORES

Dr. En C.S. ULISES VELÁZQUEZ ENRÍQUEZ

M. En COEO CLAUDIA CENTENO PEDRAZA

TOLUCA, MÉXICO



JULIO 2017

FO

Facultad de Odontología

ÍNDICE

I. RESÚMEN	2
II. EXPEDIENTE CLÍNICO.....	3
2.1. Objetivos del expediente clínico	5
2.2. Elementos del expediente clínico	7
2.2.1. Historia clínica.....	7
2.2.2 Estudios de laboratorio.....	44
2.2.3. Interpretación radiográfica	47
2.2.4. Cefalometría.....	54
Planos horizontales.....	57
2.2.5. Análisis de modelos de estudio	67
2.2.6. Fotografías intra y extra orales.....	70
III. NORMAS OFICIALES MEXICANAS.....	73
3.1. Norma Oficial Mexicana NOM-004-ssa3-2012, del expediente clínico.....	73
3.2. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales	75
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	77
V. JUSTIFICACIÓN	78
VI. OBJETIVOS	79
VII. CONCLUSIONES.....	80
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
IX. ANEXOS	83

I.RESÚMEN

La conformación ordenada y detallada del expediente clínico refleja la responsabilidad y el sentido de ética del profesional de la salud ante el paciente, las autoridades y el gremio colegiado.

Actualmente, es muy importante registrar de manera correcta tanto gramatical como legalmente, nuestro hacer cotidiano en formatos que sean prácticos, sencillos, claros y fáciles de llenar, integrar y manejar; debido a que, en cualquier momento, puede ser necesario disponer de documentos médico-legales que nos amparen como profesionistas y que estos a su vez estén conforme a la normatividad vigente.

Para llenar dicho expediente se requiere conocer las normas que nos rigen en este momento, además de otros conocimientos científicos y técnicos que el profesional en dicha área va adquiriendo durante su formación académica y una constante actualización.

Esta obra está dirigida básicamente a los profesionales del área de la salud bucodental, observando la necesidad que tiene el Cirujano Dentista de práctica general, así como también los especialistas en el área de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar. En este contexto, es indispensable contar con un documento personalizado, ordenado y objetivo de cada paciente en tratamiento. Para lograr estas metas, el objetivo de este trabajo de tesis fue plantear los lineamientos, características y normas legales mexicanas del expediente clínico conformado por la historia clínica, carta de consentimiento informado, odontograma o ficha dental, modelos de estudio, radiografías y fotografías de cada paciente, para su correcta elaboración.

II. EXPEDIENTE CLÍNICO

Una de las obligaciones primordiales del profesional de la salud, es conformar el expediente clínico de cada paciente (Fig.1); sin embargo, es conocido que un gran número de los profesionales realiza solamente una hoja clínica, la cual cumple parcialmente con los requisitos de ser un documento médico-legal y por lo tanto no les ampara en un momento dado, en caso de existir una queja del servicio proporcionado. Lamentablemente, existe un creciente número de quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en el área de la Odontología y cabe mencionar que se ha detectado que los Cirujanos Dentistas no cuentan con un expediente clínico para analizar estas situaciones. ¹



Figura 1. Imagen representativa de un registro de expediente clínico.

El expediente clínico está conformado por diversos documentos médico-legales de gran importancia en la práctica profesional, para tener un registro de todas las intervenciones y certificaciones médicas que se efectúan en el paciente. Es por ello que estos conjuntos de documentos deben de ser elaborados con el mayor cuidado y responsabilidad. ¹

Existen dos principales razones por las cuales se debe de integrar el expediente clínico:

- 1.- Es un derecho para el paciente.
- 2.- Son documentos médico-legales.

Por tal razón se crearon normas específicas para la elaboración de dichos documentos que nos permiten mantener formatos completos y en un correcto orden, pero sobre todo que cuentan con los datos precisos para su correcta aplicación.¹

Las Normas Oficiales Mexicanas emitidas por la Secretaría de Salud respecto a la conformación del Expediente Clínico Odontológico son: NOM-004-SSA 3-2012 “Expediente Clínico”, la NOM-013-SSA2-2015. “Prevención y Control de Enfermedades Bucales”, así como la NOM-87-SSA1-2002 “Clasificación y especificaciones para el manejo de residuos peligrosos Biológico-Infeciosos”, las cuales debemos seguir de acuerdo a la normatividad vigente ya que dichas normas tienen una constante actualización. ¹

El expediente clínico debe elaborarse por todos los Cirujanos Dentistas que ejerzan su profesión en todo el territorio nacional, y en razón de tratarse de documentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un período mínimo de cinco años, contados a partir de la fecha de la última intervención dental. Por tal motivo será de real importancia contar con un adecuado control y manejo de expedientes para facilitar su búsqueda y así evitar traspapelar o perder documentos por falta de uso (Fig.2)¹



Figura 2. Forma correcta de archivar expedientes llevando un orden y control adecuados.

2.1. Objetivos del expediente clínico

Asistencial

- Conseguir un acertado diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.²

Docente

- Mediante el análisis de las historias clínicas se puede conocer el desarrollo y evolución de las enfermedades, así como las diferencias y coincidencias de unas con otras, por lo que el estudio de las historias clínicas es una fuente inagotable de información en el campo de la docencia.²

De investigación

- El estudio de las historias clínicas nos permite determinar nuevos datos, comprobar la mayor o menor eficacia de los tratamientos realizados, conocer la relación entre sintomatología y tratamiento; por lo tanto, podemos concluir que, sirven de base para realizar estudios e investigaciones.²

Sanitarios y epidemiológicos

- El análisis de las historias clínicas nos permite conocer las bases epidemiológicas de numerosos procesos patológicos, aportando datos suficientes para tomar decisiones sanitarias.²

Administrativos

- A través del estudio de las historias clínicas podemos obtener datos de importancia para la administración de recursos financieros, humanos y materiales de acuerdo con la problemática existente.²

Control de calidad

- Una de las formas utilizadas para conocer el nivel de atención de una institución e incluso la de un profesional y su personal dentro del consultorio odontológico, es por medio de la selección de historias clínicas obtenidas de manera aleatoria, ya que a través de ellas tendremos noción los procedimientos de diagnósticos utilizados, así como los tratamientos de elección y su eficacia. ²

2.2. Elementos del expediente clínico

2.2.1. Historia clínica

La historia clínica consta de una relación detallada y ordenada de datos y antecedentes personales, que sirven para conocer las características únicas de cada paciente y de su historia médica, la cual, en algunas ocasiones se utiliza para fines legales o verificar el estado inicial del paciente, así como su correcto seguimiento y evolución en cada tratamiento realizado.²

Características de la historia clínica

- **Completa:** debe reunir los datos obtenidos de la anamnesis, exploración física, diagnóstico y plan de tratamiento, así como las actualizaciones de las notas de evolución clínica cada que acude el paciente a consulta, los especialistas a los que ha sido remitido y los documentos de consentimiento informado firmados por el paciente al estar de acuerdo que entiende todo lo que se ha explicado.
- **Ordenada:** los datos deben ser exactos y actualizados después de cada consulta odontológica.
- **Legible:** el paciente debe comprender todos los apartados dentro de la historia clínica, en caso contrario es responsabilidad del odontólogo explicar al paciente los apartados de la historia clínica que no comprenda.
- **Veraz:** la historia debe contar únicamente con los datos indispensables.

Elaboración de la historia clínica

- **Ficha de identificación**

El nombre del paciente deberá ser anotado iniciando con el apellido paterno, materno y posteriormente el nombre o nombres si fuere el caso.

La edad del paciente se registrará con los años y meses cumplidos a la fecha, a continuación, se realiza el registro del paciente colocando el sexo ya sea femenino o masculino.²

Se anotará el lugar de nacimiento iniciando con el día, mes y año. Su nacionalidad con el estado de la República si es mexicano, en caso de ser de origen extranjero se anota de que nacionalidad es.

Se registrará la ocupación u oficio del paciente, seguido de su estado civil y domicilio actual anotando de este último en primer lugar la calle, el número exterior e interior, la colonia, municipio o delegación donde reside actualmente; así mismo su número telefónico del domicilio, trabajo y número personal del paciente.²

En caso de ser un paciente que presenta alguna enfermedad sistémica controlada, se deberá anotar el número del médico o médicos tratantes.

Para finalizar se registra la última consulta médica o dental anexando en nombre del profesional de salud que la realizó y el tratamiento que se llevó a cabo y si existió o no alguna complicación durante dicho tratamiento.

- **Antecedentes patológicos**

Hereditarios: se registran aquellas enfermedades de importancia que hayan padecido o padezcan los familiares en relación línea directa con el paciente.²

Personales: en este apartado es importante que el paciente responda con sinceridad para poder llevar un tratamiento adecuado respecto a su estado de salud actual.²

- **Antecedentes personales no patológicos**

Se registrarán inicialmente el aspecto higiénico del paciente; se le preguntará las veces que se cepilla los dientes al día, si utiliza algún auxiliar de higiene bucal, su grupo sanguíneo, si cuenta con su cartilla de vacunación y si se encuentra su esquema de vacunación completo, en caso contrario deberá verificarse cuál de estas no se ha aplicado.²

Se registrarán las adicciones del paciente, ya sea tabaco, alcohol u otras sustancias, antecedentes alérgicos a medicamentos, alimentos, al látex o a alguna otra sustancia.

Es necesario conocer si ha sido hospitalizado en alguna etapa de su vida, la fecha y la causa de su hospitalización.²

- **Padecimiento actual**

Se anotará lo que el paciente refiere al momento de la consulta odontológica, es decir, la causa que motivo a su consulta.

- **Interrogatorio por aparatos y sistemas**

La finalidad de este interrogatorio es confirmar los padecimientos que el paciente refiere y si éstos se encuentran o no controlados, así como identificar cuadros clínicos que no hayan sido diagnosticados con anterioridad. Como los apartados anteriores se deberá realizar de forma correcta y ordenada.⁴

Es importante preguntar por los signos y síntomas de enfermedades no diagnosticadas, lo que permitirá establecer un diagnóstico certero y en caso de ser necesario remitirlo con un especialista para tratar dicha afección y así evitar que la enfermedad siga evolucionando. En muchas ocasiones los pacientes no le dan importancia a síntomas que presentan, por esto se deben valorar las características semiológicas de cada síntoma.

Para no perder algún dato importante se debe de llevar una serie ordenada de preguntas encaminadas a cada sistema, por lo que es importante considerar las referencias en cada órgano o sistema.⁴

A continuación, se presenta una lista de aparatos y sistemas en la cual se describen las características y síntomas a observar en cada uno de ellos:

- Piel: aumentos de volumen, prurito, fiebre, erupciones, cambios en la textura.
- Pulmonar: tos, dolor en el tórax, expectoración, hemoptisis, disnea, sibilancias.
- Cardiovascular: dolor torácico, palpitaciones, disnea, tos, síncope, alteraciones de sueño, cianosis, edema.
- Gastrointestinal: náuseas, vómitos, hematemesis, disfagia, aumento o pérdida del apetito, odinofagia, dolor, pirosis, regurgitación, eructos, aumento de volumen en el abdomen, dispepsia, diarrea, melenas, acolia.
- Hígado y páncreas: ictericia, dolor, diarrea y esteatorrea, náuseas y vómitos.
- Genitourinario: dolor, incontinencia urinaria, oliguria, anuria, poliuria, disnuria, nicturia, hematuria, edema.
- Hemolinfopoyético: astenia, adinamia, adenomegalias, esplenomegalias, hepatomegalias, fiebre, dolor, ictericia, palidez, petequias, hematomas, hematuria.
- Endocrino:
 - Hipotálamo e hipófisis: alteraciones del desarrollo físico, alteraciones del desarrollo sexual.
 - Tiroides: bocio, dolor o nódulos a la altura de la tiroides; hipersensibilidad al calor, sudoración profusa, pérdida de peso, taquicardia, temblores, irritabilidad, insomnio, astenia, diarrea, exoftalmos; hipersensibilidad al frío, disminución de la sudoración, aumento de peso, estreñimiento, ginecomastia, piel seca, bradicardia.
 - Paratiroides: adelgazamiento, astenia, parestesia, calambres, dolor óseo, artralgia, arritmias cardíacas, raquitismos, osteomalacia, tetania; convulsiones, caída de cabello, uñas frágiles y quebradizas, hipoplasia del esmalte, cataratas.
 - Suprarrenales: aumento de peso, facies de <<luna llena>>, adinamia, poliuria, polidipsia, irregularidades menstruales, infertilidad,

hipertensión arterial, astenia, calambres, parestesia, hirsutismo, cefalea, palpitaciones, aumento de la sudoración; anorexia, náuseas y vómitos, hipertensión arterial, máculas en la piel y mucosas.

- Osteo-articular y muscular: dolor, rigidez, deformaciones óseas, inflamación articular, crepitaciones, chasquido, limitación del movimiento, debilidad muscular, atrofia o hipertrofia muscular, espasmos musculares.
- Nervioso: trastornos de la conciencia, cefalea, aturdimiento, vértigo, convulsiones, ausencias, amnesia, trastornos visuales, auditivos o del sueño.⁴

El propósito del interrogatorio por aparatos y sistemas es el poder analizar e interpretar todos los datos que el paciente refiere para llegar a un acertado diagnóstico y llevar un plan de tratamiento idóneo para cada caso que se presente dentro del consultorio, cada paciente tiene conocimiento de la enfermedad que padece y si lleva un adecuado control de esta, ya que en caso contrario al desconocer la presencia de alguna enfermedad, el realizar un adecuado interrogatorio nos ayudará a detectar enfermedades o padecimientos no previstos por el paciente y así llevar un control acertado durante el tratamiento. Para los pacientes que refieran síntomas y que no lleven un seguimiento médico, deben ser considerados como pacientes con algún padecimiento hasta demostrar lo contrario o tener estudios que avalen su estado de salud general siendo un médico o especialista el que descarte dicha enfermedad.

En pacientes que no se encuentran comprometidos sistémicamente y pacientes controlados de forma adecuada puede llevarse a cabo un tratamiento odontológico en el cual no existan riesgos y complicaciones tomando siempre en cuenta las consideraciones en la cantidad de anestésico local y la prescripción de medicamentos siempre y cuando el paciente no sea alérgico a estos.

En caso contrario, se consideran pacientes de alto riesgo aquellos que presentan un compromiso sistémico, y este no se encuentra controlado o no tienen diagnosticada su enfermedad.⁴

Se debe valorar el uso de antibióticos profilácticos en todos los pacientes con riesgo a infección (pacientes con diabetes mellitus, trastornos de la coagulación, inmunodeprimidos, fiebre reumática, pacientes que se encuentran en tratamiento de quimioterapia con neoplasias de cualquier tipo en cabeza o cuello, etc.)

También es de gran importancia valorar las condiciones de cicatrización del paciente, así como la higiene en cada paciente.

Debe restringirse el uso de medicamentos en aquellos pacientes con enfermedades crónicas que impliquen el consumo de fármacos por periodos prolongados para su control, ya que un analgésico, antibiótico o antiinflamatorio prescrito por el odontólogo, puede causar sinergia o causar una descompensación en la enfermedad; es importante verificar cada uno de los medicamentos utilizados por el paciente antes de seleccionar el indicado para cada uno de los casos durante el tratamiento odontológico.⁴ En pacientes con enfermedades renales como glomerulonefritis, insuficiencia renal, es de gran importancia no prescribir medicamentos nefrotóxicos; al igual que en pacientes con trastornos hepáticos o alcohólicos, no se deben utilizar fármacos hepatotóxicos como el paracetamol.⁴

Cuando existen trastornos en la respiración (asma, neumonía, bronquitis crónica, obstrucción de las vías aéreas, efisema pulmonar, tuberculosis, etc.) se sugiere no utilizar dique de hule y colocar al paciente en posición semi-supina para evitar disnea.⁴

Pacientes embarazadas

El seguimiento odontológico en pacientes embarazadas tiene como objetivo prevenir y restaurar la salud bucal de la madre por medio de medidas primarias y curativas, permitiendo informar, educar, y sensibilizar a estas pacientes con respecto a un mejor cuidado de su salud bucal y la del futuro bebe.⁵

Muchos odontólogos todavía posponen tratamientos en las gestantes debido al temor de ocasionar algún tipo de daño ya sea a la madre o al feto.

Los ginecólogos y obstetras muchas veces fallan en no recomendar o referir a sus pacientes a un control dental de rutina como parte del cuidado prenatal. Sin embargo, la gestante puede y debe recibir tratamiento dental en cualquier época del embarazo, pues el estrés del dolor es más perjudicial que la ansiedad durante el tratamiento. Los focos infecciosos deben ser eliminados para así evitar complicaciones futuras y poner en riesgo al feto.⁵

No debemos olvidar que durante el primer trimestre de gestación es de gran importancia evitar interacciones medicamentosas ya que en este periodo de desarrollo prenatal pueden presentarse anomalías o trastornos en el feto.

Las consultas odontológicas en las gestantes deben ser rápidas y de ser posibles por las mañanas.

El segundo trimestre es el más indicado, pues en esta fase del periodo de gestación se encuentra más estable. En el tercer trimestre resulta difícil encontrar una posición confortable para la paciente en el sillón dental cuando está sentada por mucho tiempo. Se deberá colocar a la paciente en posición semi reclinada y realizar cambios de posturas frecuentes o colocar una almohada en la región lumbar para prevenir el síndrome de hipotensión postural.⁵

Se debe de explicar a la paciente que la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucales, incluyendo la necesidad de hacer radiografías y utilizar anestesia local son de beneficio para su salud y pueden ser tomadas en cualquier etapa del embarazo sin ningún riesgo materno-fetal.⁵

Debemos recomendar que se cepillen los dientes 3 veces al día con pasta dental fluorada, acompañado con enjuague bucal que no contenga alcohol para prevenir

resequedad en las mucosas, especialmente por las noches, y usar hilo dental diariamente.⁵

Es importante hacer visitas regulares al consultorio dental, con mayor frecuencia que lo habitual, para que el odontólogo pueda diagnosticar precozmente cualquier problema, realizar profilaxis y flúor terapia, orientando sobre todo la forma correcta de la higiene bucal.⁵

Alrededor del séptimo y octavo mes la madre debería dirigirse al odontopediatra para ser orientada sobre cómo cuidar la salud bucal del bebé. Incluyendo orientaciones en cuanto a la importancia de la lactancia, utilización del biberón y del chupete, erupción de los dientes, higiene, uso del flúor y la primera visita del bebé al dentista.⁵

- **Exploración física**

El examen físico comprende la observación general de las características del paciente. Para llevar esto a cabo se realizan métodos de diagnóstico, métodos auxiliares y complementarios.³

- Los métodos clínicos directos incluyen técnicas de exploración física sin el recurso de métodos auxiliares (inspección, palpación, auscultación y percusión).

Inspección: es la observación directa del paciente (Fig.3), esta comienza cuando entra al consultorio, la inspección se denomina estática si el paciente se encuentra en determinada posición; o dinámica, cuando este se encuentre en movimiento.³



Figura 3. Inspección. Figura representativa de inspección al paciente mediante la observación.

Palpación: en esta técnica se emplean las manos, siendo unimanual (una mano) o bimanual (a dos manos) (Fig.4). Nos va a permitir percibir diferencias de temperatura y tensión, localización, tamaño, sensibilidad o dolor de un sector del cuerpo o de un órgano.³



Figura 4. Muestra la técnica de palpación bimanual de la región submandibular.

Auscultación: este método es basado en la audición, puede realizarse en forma directa con el solo recurso del oído humano, o de forma indirecta cuando se utiliza estetoscopio.³ (Fig.5)



Fuente: Directa

Figura 5. Se muestra la auscultación de manera indirecta mediante el uso de estetoscopio.

Percusión: consiste en la ejecución de pequeños golpes realizados con el mango del espejo bucal realizados de manera horizontal y vertical sobre el órgano dental a diagnosticar y sus adyacentes.³ (Fig.6)



Fuente: Directa

Figura 6. Se muestra percusión (vertical en O.D. 11) mediante el espejo bucal.

Los métodos auxiliares de diagnóstico comprenden distintos estudios complementarios los cuales nos proporcionan información sobre el paciente. Algunos de ellos son: análisis de laboratorio, radiografías, modelos de estudio, tomografías, etc.³

El examen físico completo incluye todos los órganos del cuerpo el cual está a cargo de un médico, dentro del consultorio odontológico es responsabilidad del profesional de salud realizar lo que se denomina: examen físico básico de la cavidad bucal.

Examen físico básico

Es responsabilidad del odontólogo conocer y evaluar la constitución genética y el ámbito corporal del paciente, la coloración de la piel y mucosas, reconocer las facies y expresiones en cada uno de ellos, realizar una correcta semiología de cabeza y cuello, así como determinar el pulso y la presión arterial. En conjunto esto constituye el examen físico básico.

A continuación, se describirá la evaluación del paciente:

Constitución

Conjunto de características morfológicas y fisiológicas las cuales fueron heredadas o adquiridas, y establecen la personalidad de cada individuo haciéndolo único y diferente a los demás. El biotipo es la manifestación morfológica de cada individuo, se clasifican en cuatro tipos (clasificación de Kretschmer): atlético, leptosomático, pícnico y displásico. (Fig.7)

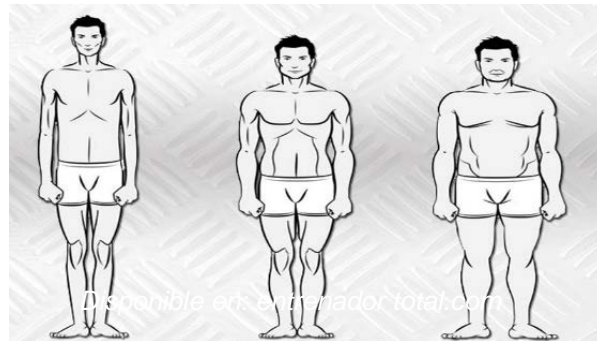


Figura 7. Donde se muestra el biotipo atlético, leptosomático y pícnico respectivamente.

Atlético: esqueleto y músculos bien desarrollados. Cuello, hombros y tórax son anchos; cintura pelviana estrecha. Son propensos a las insuficiencias coronarias y enfermedades fibromusculares.³

Leptosomático: predominan las dimensiones verticales, escaso desarrollo mandibular, tienen predisposición a padecer enfermedades digestivas (úlceras), hipertiroidismo y afecciones respiratorias.³

Pícnico: hay predominio de los diámetros transversales. Cabeza, cuello, tórax y abdomen ancho. Son propensos a enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad, dislipidemia), respiratorias y cardíacas.³

Displásico: hay falta de armonía en las dimensiones corporales, en este tipo encontramos a gigantes, obesos glandulares, infantilismo, etc.

Coloración de la piel y las mucosas

La coloración de la piel está dada por herencia genética y caracteres raciales, los hábitos nutricionales y sociales, así como a ciertas enfermedades asociadas a las condiciones de cada paciente.

Puede observarse una palidez generalizada en los estados anémicos y en el albinismo; rubicundez, en la poliglobulia; cianosis, en la insuficiencia cardíaca o respiratoria, e ictericia en las afecciones hepatobiliares.

El examen de piel y mucosas debe realizarse de preferencia durante el día y con luz natural.³ (Fig.8)



Figura 8. Muestra los diferentes tonos de coloración en la piel que puede presentar cada paciente.

Facies

Se denominan facies a la expresión del rostro en los cuales se incluyen los rasgos expresivos de cada persona. El estudio de las facies brinda información importante en el estudio del paciente.

Se debe distinguir la facie compuesta o normal en la cual no se advierten signos de padecimiento, la mirada es tranquila y la expresión atenta; de forma contraria, la facie descompuesta se caracteriza por ser inexpresiva e inmóvil. Algunas facies se relacionan con distintos procesos generales y otras a ciertas patologías.

Entre las facies más comunes que pueden presentar los pacientes al llegar a la consulta dental encontramos: ³

Facie febril: caracterizada por enrojecimiento en el torno de los pómulos, en contraste con la palidez que se presenta en el resto del rostro, la mirada es brillante.

Facie dolorosa: se presenta una expresión de angustia y preocupación, las comisuras labiales descienden, y el entrecejo y la frente se pliegan.

Facie caquética: consecuencia de un avanzado deterioro nutricional, la piel es transparente y fina, resaltándose los relieves óseos del macizo facial.

Facie anémica: existe palidez en la piel y mucosas, su intensidad depende de la gravedad de la anemia.

- **Exploración del sistema estomatognático**

Semiología de la cabeza

La cabeza comprende cráneo y cara.

La semiología del cráneo comprende el estudio de la configuración externa y los elementos que lo recubren, así como la forma y el tamaño. Según su forma los cráneos se clasifican en mesocráneos (medianos), doliocráneos (alargados) y braquicráneos (cortos).³

Los tegumentos que recubren el cráneo son el cuero cabelludo, el pelo y las glándulas anexas.

Referente al cabello debe de evaluarse su distribución, aspecto, consistencia y cantidad teniendo en consideración el sexo y la edad de cada paciente.

Semiología de la cara

Comprende la exploración clínica de las facies, las cual es de gran ayuda ya que nos proporcionará un gran aporte para el diagnóstico de enfermedades.

Para iniciar el estudio en cara se apoyará de la inspección en conjunto y la observación de las partes que la componen. Se debe evaluar el macizo óseo, su conformación y las partes blandas que incluyen la piel y anexos como lo son: cabello, glándulas sebáceas y sudoríparas, músculos y tejido adiposo.³

Pueden también observarse alteraciones de coloración en la piel: palidez (cuadros anémicos), ictericia (alteraciones hepatobiliares), rubicundez, etc.

La cara puede encontrarse edematizada en forma general o con edema localizado.³

Semiología de la cavidad bucal

Comprende el examen de la boca, el cual inicia con la evaluación general del estado de salud bucal: higiene, estado de las piezas dentarias, presencia de prótesis, evaluación de tejidos blandos, coloración, halitosis, entre otras. La posición del paciente debe ser sentado y con la espalda recta, siendo importante disponer de una buena iluminación preferentemente durante la luz del día.

Para el examen de la boca incluimos inspección, palpación, auscultación y percusión. La exploración debe ser detallada, minuciosa y siguiendo una metodología ordenada, avanzando desde los labios hasta el istmo de las fauces.³

Labios: son repliegues mucocutáneos en los que se distinguen tres partes: revestimiento cutáneo, borde libre y revestimiento mucoso interno.

El revestimiento cutáneo (la piel) se examina en primeramente y con boca cerrada, siendo sus límites: base de la nariz, surco nasogeniano, línea que baja desde la pupila y que pasa generalmente a medio centímetro por fuera de las comisuras y el surco mentolabial. (Fig.9)

Se debe observar el tamaño, el color, la forma y textura y las alteraciones en caso de existir.



Fuente: Directa

Figura 9. Muestra la parte externa de los labios donde pueden observarse las comisuras, surco nasolabial y surcos nasogenianos.

El borde libre está constituido por semi mucosa. El cual se evalúa por medio de la inspección y la palpación digital (dedo pulgar e índice), se estira la mucosa y se observa los sectores comisurales derecho, centro e izquierdo.

El revestimiento mucoso interno (mucosa) debe explorarse invirtiendo los labios con el dedo pulgar por dentro e índice por fuera, en forma bimanual. (Fig.10)



Fuente: Directa

Figura 10. La figura muestra la forma de exploración de la mucosa interna del labio la cual se realiza de forma bimanual tanto para el labio superior como para el labio inferior.

Mucosa yugal: es de color rosado y aspecto liso. Para su examen debemos observar la mucosa yugal anterior o retrocomisural, a la que se accede invirtiendo el carrillo con los dedos índice y pulgar de ambas manos. (Fig.11)



Figura 11. Muestra la forma correcta de inspección de la mucosa yugal interna con el dedo índice.

Mucosa yugal posterior, se examina en forma indirecta utilizando el espejo bucal para retraer los carrillos. (Fig.12)



Figura 12. Exploración de la mucosa yugal posterior mediante espejo bucal.

También es importante evaluar los orificios de salida de los conductos de Stenon y la línea alba bucalis o interoclusal. Los primeros se ubican a la altura del primer molar superior, los cuales tienen un aspecto de papila y al comprimir la glándula parótida de forma bilateral (previo secado con una gasa), se observa secreción salival fluida y clara. La segunda de color blanquecino, sobresaliente y de dirección anteroposterior, coincide con la línea de oclusión y puede ser modificada por el trauma masticatorio y el edema yugal.

Paladar: se encuentra constituido por dos partes (paladar duro y paladar blando).

Paladar duro: formado por una mucosa firme, fuertemente adherida al hueso subyacente y paraqueratinizado. De color rosa pálido. Delimitada en dos sectores: anterior y posterior, el primero se examina de forma indirecta con espejo bucal observándose la papila interincisiva, las rugas palatinas y el rafe medio. (Fig.13)



Figura 13. Se observa la papila incisiva, así como el rafe palatino, mediante el uso de espejo bucal.

El sector posterior se evalúa mediante visión directa, donde se observan las foveolas palatinas (orificios de los conductos excretores de la glándula palatina). (Fig.14)

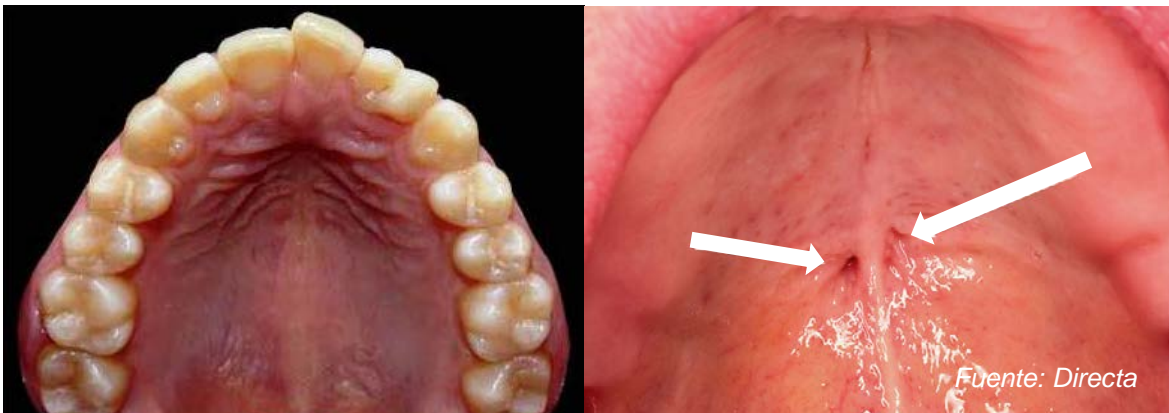


Figura 14. Muestra las foveolas palatinas observadas mediante visión directa.

Paladar blando: la mucosa que encontramos en esta zona es delgada y lisa, de color rosado no queratinizado, contiene gran cantidad de glándulas salivales menores. Para su inspección se le pide al paciente que pronuncia “ahhh” induciendo el reflejo nauseoso.³ (Fig.15)



Figura 15. Paladar blando

Istmo de las fauces: se encuentra ubicado entre el borde inferior del velo del paladar, la base de la lengua y los pilares anteriores. Es el límite posterior de la cavidad bucal y comunicándola con la faringe. Los pilares anteriores y posteriores delimitan la fosa amigdalina. El velo del paladar, la orofaringe y la fosa amigdalina deben ser examinadas en cuanto a: forma, tamaño, movilidad de la úvula, aspecto y tamaño de las amígdalas.³ (Fig.16)



Figura 16. Muestra el Istmo de las fauces, úvula, pilares anteriores del paladar, así como pared posterior del velo del paladar.

Lengua: para examinarla se debe realizar tanto en reposo como en movimiento, la evaluación en reposo, mediante la inspección directa, se realiza sujetando la punta con una gasa para observar la cara dorsal, la base y los bordes. (Fig.17)



Figura 17. Muestra la observación directa de la lengua en reposo mediante una gasa, la cual evitara que la lengua se movilice.

Se evalúa la movilidad activa solicitándole al paciente que realice movimientos linguales hacia afuera, arriba, a los lados y analizando también la punta. Esto con el fin de observar alguna anomalía como frenillo corto o patologías que pudieran existir en piso de boca.

En la cara dorsal encontramos las papilas linguales divididas en cuatro grupos expresados a continuación (Fig.18): papilas filiformes, fungiformes, foliadas y calciformes, y el foramen caecum o agujero ciego, ubicado en el vértice de la V lingual, que es un vestigio del conducto tirogloso.³

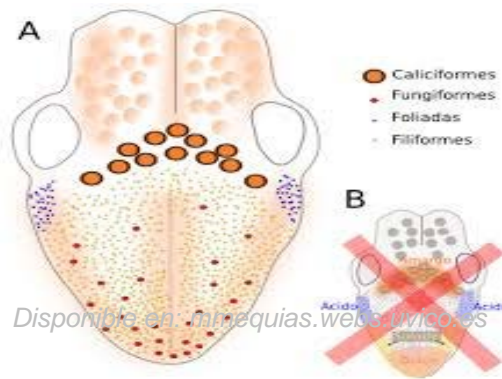
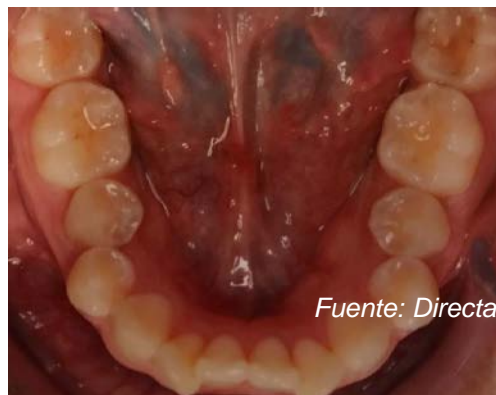


Figura 18. La cual muestra la distribución de las papilas en dorso de la lengua.

Piso de boca: para examinar el piso de boca el paciente debe de encontrarse sentado, con la espalda recta y la mandíbula paralela al piso. Se observa la mucosa que lo recubre, la cual es fina y deslizante. Las carúnculas sublinguales que se ubican a ambos lados del frenillo, corresponden al relieve de las glándulas sublinguales. En los pliegues sublinguales son visibles la desembocadura de los conductos salivales. Para la inspección debe palpase sistemáticamente la cara de la mandíbula, la línea oblicua interna, las glándulas y los ganglios submaxilares.³ (Fig.19)



Fuente: Directa

Figura 19. Imagen correspondiente a piso de boca en el cual se observa el frenillo lingual.

- **Odontograma o ficha dental**

El termino odontograma es algo similar al odontodiagrama, pero dirigido más a representaciones graficas de lo que observamos en la boca de un paciente. La exploración dental se registra siendo necesaria una denominación abreviada de los dientes para facilitar el análisis de datos, tal denominación depende de la nomenclatura particular de cada odontólogo.

El odontograma es una representación anatómica y esquemática de los órganos dentarios, divididos por cuadrantes, en los cuales se señalan las patologías y/o tratamientos con los que llega el paciente a consulta. También es de gran importancia ya que es utilizado para identificar personas, vivas o muertas cuando existen factores que impiden su identificación cobrando importancia para los fines de la odontología legal y forense.⁶ (Fig.20)

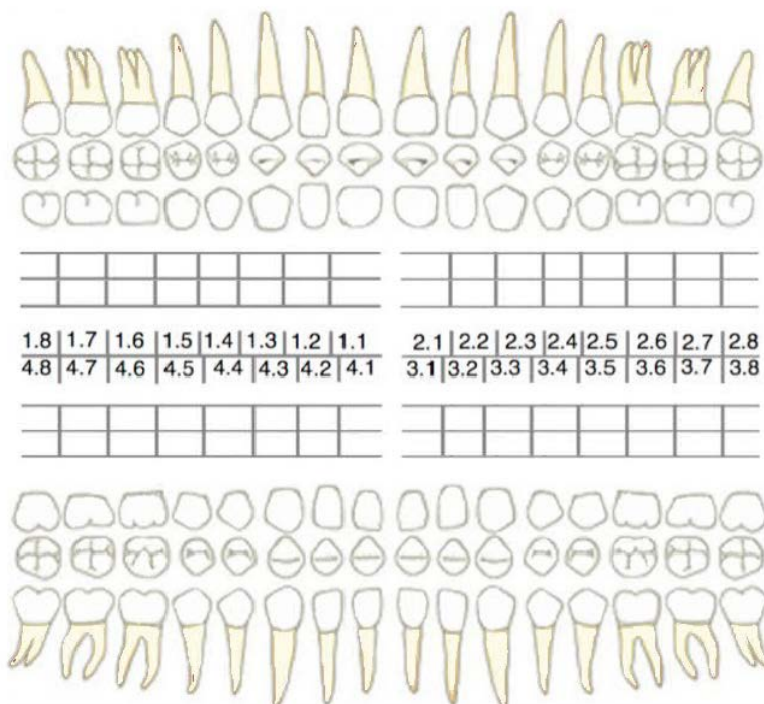


Figura 20. Representación gráfica de un odontograma para registro dental.

Normas para el llenado del odontograma

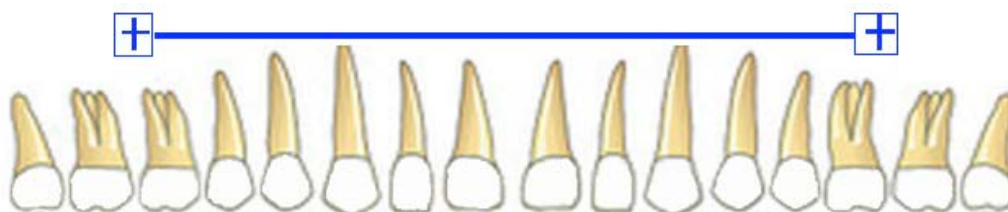
1. El odontograma debe formar parte de la historia clínica.
2. El odontograma se debe realizar individualmente para cada paciente, durante el examen clínico y será inalterable.
3. Paralelamente se podrá desarrollar un odontograma que registre la evolución de los tratamientos.
4. En el odontograma inicial sólo se debe registrar lo observado en el momento del examen.
5. Cada registro que se haga en el odontograma debe respetar proporcionalmente el tamaño, ubicación y forma de los hallazgos.
6. Para el registro de hallazgos en el odontograma solo se utilizará los colores rojo y azul.
7. En los recuadros correspondientes a las piezas dentarias donde se especifica el tipo de tratamiento se registrará las siglas en color azul cuando el tratamiento se encuentra en buen estado y en color rojo cuando se encuentra en mal estado. Asimismo, los tratamientos temporales se registrarán de color rojo.
8. En el rubro de especificaciones se debe explicar, determinar, aclarar con individualidad los hallazgos que no pueden ser registrados gráficamente.
9. En el caso de que una pieza dentaria presente más de una anomalía, estas se deben registrar en el apartado de especificaciones.
10. Los hallazgos radiográficos deben ser señalados en el odontograma.
11. El odontograma debe ser llenado sin enmendaduras ni tachaduras. En el caso que se produjera alguna modificación por tratamiento el profesional responsable debe registrar y firmar la modificación realizada en el apartado de especificaciones.
12. Las especialidades odontológicas podrán adicionar otras nomenclaturas relacionadas a su campo.
13. El odontograma debe ser desarrollado en un tiempo máximo de 10 minutos.⁶

Para realizar el odontograma se utiliza la siguiente nomenclatura, la cual puede ser modificada según el médico tratante.

Aparato ortodóntico fijo

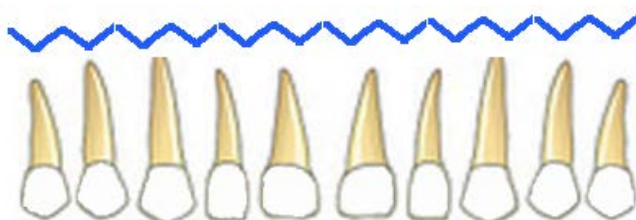
Se dibujarán cuadrados con una cruz en su interior, a nivel de los ápices de las piezas dentarias que corresponden a los extremos del aparato ortodóntico, uniéndolos con una línea recta.

El dibujo será en color azul cuando el aparato se encuentre en buen estado y en color rojo cuando se encuentre en mal estado. Se detallará en especificaciones el tipo de aparatología encontrada.⁶



Aparato ortodóntico removible

Se dibujará una línea en zig-zag de color azul a la altura de los ápices de las piezas dentarias en tratamiento y este debe ser de color rojo cuando el aparato se encuentre en mal estado. De igual manera en caso de existir alguna especificación, esta deberá ser anotada.⁶



Caries

Se debe dibujar la lesión cariosa siguiendo su forma en las superficies dentarias comprometidas (cara oclusal-incisal, mesial, distal, bucal-vestibular, lingual o palatina) sea el caso, y será totalmente pintada con color rojo.⁶



Corona definitiva

Se dibujará un círculo de color azul, que encierre la corona de la pieza dentaria que presenta dicho tratamiento. En el recuadro correspondiente se anotará las siglas del tipo de corona en letras mayúsculas y de color azul.⁶

Corona Metálica =CM

Corona Estética =CE

Corona Metal Cerámica = CMC



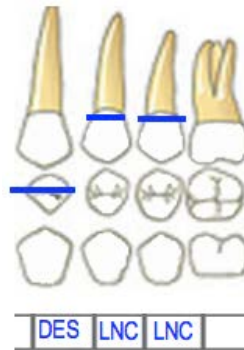
Corona temporal

Se dibujará un círculo de color rojo, que encierre la corona de la pieza dentaria que presente este tratamiento.⁶



Lesión no cariosa y desgaste incisal/oclusal

Se registrará con las letras “LNC” (Lesión No Cariosa) o “DES” (Desgaste) en mayúsculas, de color azul, en el recuadro que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica.⁶



Diastema

Se dibujará el signo de paréntesis invertido de color azul, entre las piezas dentarias que presentan esta característica.⁶



Diente ausente

Se dibujará una cruz de color azul sobre el órgano dentario que no se observa.⁶



Diente discrómico

Se registrará con las letras “DIS” (Discrómico) en mayúscula, de color azul, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta particularidad.⁶



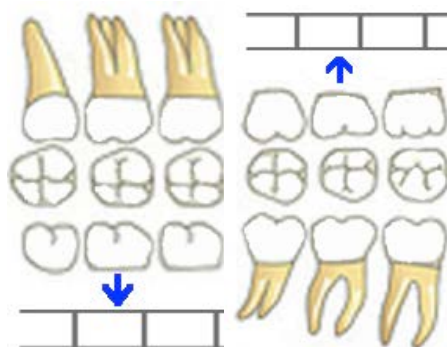
Diente ectópico

Se registrará con la letra “E” (Ectópico) en mayúscula, de color azul, dentro del recuadro correspondiente a the pieza dentaria que presenta este rasgo y se deberá especificar hacia qué zona encuentra el órgano dental.⁶



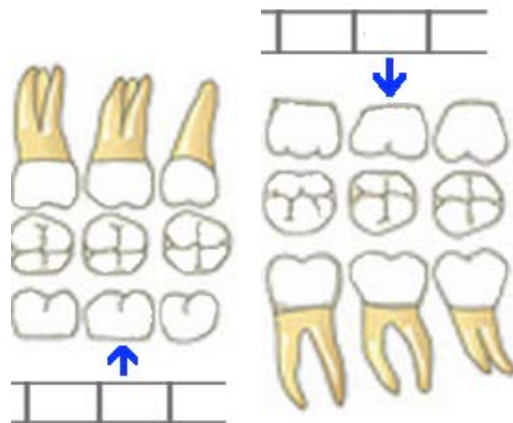
Diente extruido

Se dibujará una flecha de color azul, dirigida hacia el plano oclusal de la pieza dentaria que se encuentra extruido.⁶



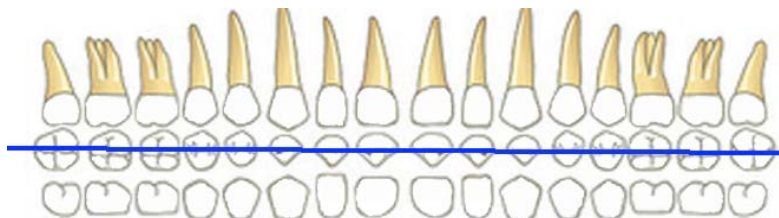
Diente intruido

Se dibujará una flecha recta vertical de color azul, dirigida hacia el ápice del órgano dentario que se encuentra por debajo del plano oclusal.⁶



Edéntulo total

Se dibujará una línea recta horizontal de color azul sobre las coronas de las piezas dentarias ausentes del maxilar edéntulo.⁶



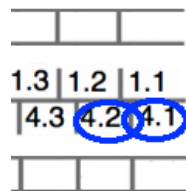
Fractura

Se dibujará una línea recta de color rojo, en el sentido de la fractura sobre la figura de la corona y/o la raíz según sea el caso.⁶



Geminación/ Fusión

Se dibujará dos círculos interceptados en color azul, encerrando los números que corresponden a las piezas dentarias que presenta esta particularidad.⁶



Giroversión

Se dibujará, una flecha curva de color azul siguiendo el sentido de la giroversión, a nivel del plano oclusal, en el órgano dentario correspondiente.⁶



Órgano dental impactado

Se registrará la letra "I" (Impactada) en mayúscula, de color azul, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica.⁶



Implante

Se registrará las letras “IMP” (Implante) en mayúscula, de color azul, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria reemplazada.⁶



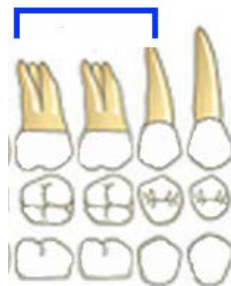
Migración

Se dibujará, una flecha recta horizontal de color azul siguiendo el sentido de la migración, a nivel del plano oclusal.⁶



Prótesis fija

Se dibujará una línea recta horizontal de color azul que indica la extensión de la prótesis fija, con líneas verticales sobre los pilares. Estará graficado a nivel de los ápices de las piezas dentarias comprometidas. Cuando la prótesis se encuentre en mal estado será dibujado en color rojo.⁶



Prótesis parcial removible

Se dibujará en color azul dos líneas horizontales paralelas a nivel de los ápices de los órganos dentarios reemplazados. Si la prótesis está en mal estado se dibujará en color rojo. El tipo de material será registrado en el apartado de especificaciones.⁶



Prótesis total removible

Se dibujará dos líneas rectas paralelas y horizontales de color azul sobre las coronas de las piezas dentarias del maxilar que presenta este tratamiento. Si la prótesis está en mal estado se dibujará en color rojo. El tipo de material será registrado en el apartado de especificaciones.⁶



Resto radicular

Se registrará con las letras "RR" (Resto Radicular), de color azul, sobre la raíz de la pieza dentaria que corresponde.⁶



Restauraciones

Se debe dibujar la restauración siguiendo su forma en las superficies comprometidas y será totalmente pintado con color azul. En el recuadro más central correspondiente se anotará las siglas del tipo de material empleado, en letras mayúsculas y de color azul.⁶ si las restauraciones presentaran caries o se encontraran mal ajustadas se deberá marcar el contorno en color rojo y anotar las especificaciones correspondientes para cada caso.

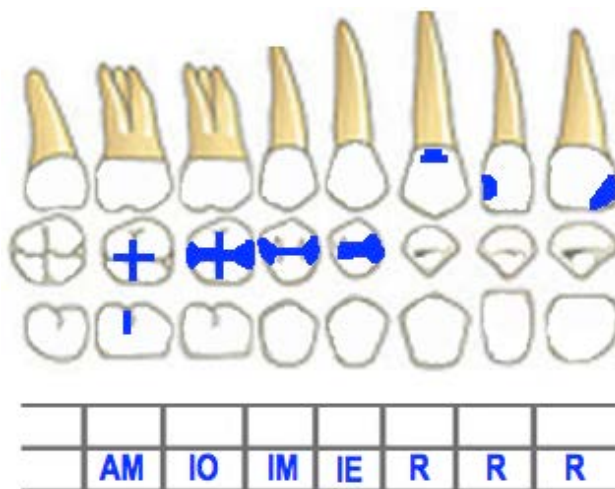
Amalgama = AM

Resina = R

Ionómero de Vidrio = IO

Restauración Indirecta Metálica = IM

Restauración Indirecta Estética = IE



Restauración provisional

Se debe dibujar en rojo el contorno de la restauración siguiendo su forma en las superficies comprometidas.⁶



Supernumerario

Se registrará con la letra “S” mayúscula (Supernumerario) encerrada en una circunferencia de color azul, localizada entre los ápices de las piezas dentarias adyacentes al diente supernumerario.⁶

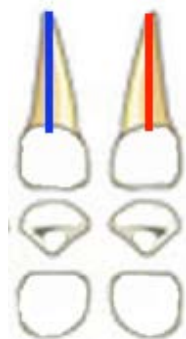


Tratamiento endodóntico

Se dibujará una línea recta vertical, en la representación gráfica de la raíz de la pieza dentaria que presenta este tratamiento.

Será de color azul cuando el tratamiento esté en buenas condiciones según apreciación clínico-radiográfica.⁶

Será de color rojo cuando el tratamiento esté en condiciones deficientes según apreciación clínico-radiográfica: falta de relleno en sentido vertical u horizontal, o lesión apical.⁶



Lesión apical

Se delimitará la lesión apical con un círculo rojo en el órgano o órganos dentarios comprometidos .⁶



- **Diagnóstico**

El diagnóstico es la determinación, calificación o identificación de una enfermedad mediante los signos y síntomas que refiere el paciente al ingresar a la consulta.

Generalmente una enfermedad no está relacionada de una forma exclusiva con un síntoma, es decir, un síntoma no es exclusivo de una enfermedad. Cada síntoma o hallazgo en una exploración física presenta una probabilidad de aparición en cada enfermedad.

Para llegar a un acertado diagnóstico se debe valorar en conjunto los datos que refiere el paciente durante el interrogatorio, la exploración y el examen físico, así como los exámenes complementarios, ya que estos nos ayudarán a seguir un adecuado plan de tratamiento.

- **Plan de tratamiento**

Es la propuesta de resolución en forma integral para los problemas de salud bucal del paciente identificados durante el proceso de diagnóstico, el cual deberá plantearse de manera secuencial, lógica y ordenada, tomando en consideración todos los aspectos multidisciplinarios, con el objetivo de recuperar y mantener la salud bucal.

En el plan de tratamiento se debe valorar:

- Órganos dentarios por conservar y órganos dentarios a extraer.
- Tratamiento de bolsas, por técnicas quirúrgicas o no quirúrgicas y cuales técnicas pueden ser aplicadas para cada caso.
- Colocación de implantes en casos donde se encuentre indicado.
- Ajuste oclusal en caso de ser necesario.
- Restauraciones temporales en caso de ser necesario.
- Restauraciones definitivas después del tratamiento y elección de los dientes pilares en caso de prótesis fija.
- Colocación de prótesis removible.
- Necesidad de consulta con ortodoncia.
- Tratamientos de endodoncia.

- **Consentimiento informado**

El consentimiento informado constituye un derecho de los pacientes, en el cual se debe notificar su estado de salud, conocer los tratamientos y riesgos a los cuales va a ser sometido y expresar su libre decisión sobre los tratamientos a realizar.¹

Con este documento el Cirujano Dentista se respalda y da cumplimiento al Reglamento de la Ley General de la Salud en Materia de Prestación Médica que establece en el numeral 29 lo siguiente:

“Todo profesional de la salud estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal información completa sobre diagnóstico evolución, tratamiento correspondiente”.¹

La carta de consentimiento informado en su mayoría no es realizada dentro de la historia clínica por los cirujanos dentistas, siendo este uno de los que tiene mayor relevancia cuando se presenta una queja, pues en él se informa de manera detallada del padecimiento que se presenta y su solución, cuando un paciente se encuentra bien informado de su caso, tiene el menor argumento para efectuar su queja ante la CONAMED.¹

Consentimiento informado para el tratamiento de ortodoncia

La siguiente información es dada a los pacientes que comenzarán el tratamiento de ortodoncia en un consultorio dental: que sepan los beneficios de los dientes en buena función y tengan una apariencia agradable, el paciente debe ser consciente de que el tratamiento de ortodoncia, como cualquier otro tratamiento en el cuerpo humano, tiene riesgos inherentes y limitaciones, si el paciente decide o prefiere no realizar el tratamiento de ortodoncia, entonces se puede esperar que el estado de la dentición continúe con su actual padecimiento; sin embargo, la evolución de estos cambios es realmente impredecible.¹¹

Responsabilidades del paciente

El tratamiento de ortodoncia no será completamente exitoso a menos que el paciente cumpla con las indicaciones de su ortodoncista.

Muchas de las fuerzas que se aplican durante el tratamiento son realizadas por nuestro paciente mientras este no está en el consultorio.

El paciente debe cumplir completamente con sus responsabilidades ya que los esfuerzos del paciente son igual a los resultados de su tratamiento de ortodoncia.

Comúnmente estas responsabilidades serán las siguientes:

- Correcto uso de los aparatos
- Higiene oral meticulosa
- Cuidado de los aparatos
- Asistir con sus citas regularmente
- Visitas de rutina

Algunas de las siguientes alteraciones pueden ocurrir durante el tratamiento de Ortodoncia y deben ser también informadas al paciente, así como sus posibles causas y si existe manera de prevenirlo por parte del profesional de la salud o el ortodontista:

- Descalcificación dental
- Inflamación de los tejidos blandos
- Dolor o malestar en la articulación temporomandibular
- Pérdida de la vitalidad pulpar
- Accidente con los aparatos
- Problemas inesperados de erupción dental
- Fracturas en el esmalte
- Cirugía oral
- Resorción radicular

Aunque el especialista le da un estimado al paciente del tiempo de tratamiento, no se conoce con exactitud la duración del mismo. Las variables entre un paciente y otro con respecto a la respuesta a las fuerzas de ortodoncia hacen que el tiempo sea mayor o menor al estimado. Es en general la intención del ortodontista mantener el tratamiento en una forma que sea consistente con la salud de los tejidos, mínimo malestar para el paciente y estabilidad a largo plazo.¹

- **Notas de evolución**

Es la información narrativa de la evolución del paciente durante cada consulta odontológica.

En la nota clínica se registran los tratamientos realizados. Deberá ser elaborada por el cirujano dentista tratante anotando las fechas y firmas respectivas en cada consulta, ayudándonos a llevar un adecuado control y seguimiento de tratamientos en cada paciente.²

También se deberá especificar si existió alguna complicación durante el tratamiento, el tipo de anestésico que se utilizó, así como la cantidad de cartuchos empleados para el procedimiento; los materiales empleados y el número de órgano dentario que fue tratado en esa cita, y finalmente anotar alguna especificación en caso de ser necesario.

En pacientes con algún compromiso sistémico se deberá valorar en cada consulta los signos vitales para corroborar que se encuentre dentro de las cifras normales, se deberán anotar la cifra de glucosa (pacientes diabéticos), que presente el paciente antes de la consulta y estos datos a su vez deberán ser registrados en la nota de evolución, así como los medicamentos que se hayan prescrito en caso de ser necesarios.

2.2.2 Estudios de laboratorio

La evaluación de los estudios de laboratorio permite complementar el conocimiento del estado general del paciente, así como las cifras o valores que el paciente presenta al momento de la consulta.³

Una de las pruebas de laboratorio que se solicita es la química sanguínea, la cual se describirá a continuación.

Química sanguínea

Es un conjunto de estudios realizados para conocer los componentes químicos disueltos en sangre; para realizarlos, es necesario obtener el plasma sanguíneo mediante la centrifugación de la misma.

El fin de realizar esta prueba es evaluar el metabolismo de nuestro paciente. La química sanguínea básica incluye: glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, colesterol y triglicéridos: ⁷

Glucosa

La Glucosa es una azúcar utilizada por los tejidos como forma de energía al ser combinado con oxígeno. Existe una hormona reguladora llamada insulina producida por el páncreas (islotos pancreáticos). Esta hormona hace que la glucosa de la sangre entre en los tejidos y sea utilizada en forma de glucógeno, aminoácidos, y ácidos grasos. Cuando la glucosa en sangre está muy baja, en condiciones normales por el ayuno, se secreta otra hormona llamada glucagón que hace lo opuesto y mantiene los niveles de glucosa en sangre.

Los niveles normales de glucosa en sangre en las personas que no padecen diabetes ni ninguna otra enfermedad relacionada son de entre 70 y 100 miligramos de glucosa por decilitro de sangre (mg/dl) cuando están en ayunas e inferiores a 140 mg/dl dos horas después de ingerir alimentos.

Valores normales: 64 a 128 mg/dl

Los valores más bajos de 40-50 mg/dl se consideran bajos (hipoglucemia).

Los valores más altos de 128 mg/dl se consideran altos (hiperglucemia)

Creatinina

La creatinina se forma en los músculos y las células nerviosas, donde llegan a la sangre. La formación de creatinina en el cuerpo depende sólo en menor medida de la masa muscular, a diferencia de la urea. Como la creatinina también es eliminada casi exclusivamente a través de los riñones, la creatinina del suero (cantidad de creatina en la sangre) sirve como parámetro para determinar la función del filtrado renal.

Valores normales: ⁷

Hombres: 0,5 y 1,3 mg/dl

Mujeres: 0,4 y 1,1 mg/dl

Urea

La urea es el producto resultante de la degradación de las proteínas llevada a cabo por el hígado. Filtrada por los riñones, la urea se elimina a través de la orina, como un residuo del organismo.

Valores normales: ⁷

Adultos 7 y 20 mg/dl

Niños pequeños 5 a 18 mg/dl.

Ácido úrico

En las personas el ácido úrico es el producto final del metabolismo de las purinas. Proviene en gran parte: de la alimentación y de la fabricación del propio organismo, en las células.⁷

Cuando aumentamos la ingesta de las purinas en la alimentación (carnes, vísceras, mariscos, frutos secos, embutidos) se produce un aumento de la producción de ácido úrico.

Tanto los humanos como los monos carecen de una enzima, la uricasa, y debido a la falta de esta enzima acumulamos el ácido úrico.

Valores de referencia

Hombres: 3.4-7.2 mg/dl

Mujeres: 2.6-6.0 mg/dl

Colesterol

El colesterol es una sustancia cerosa, de tipo grasosa, que existe naturalmente en todas las partes del cuerpo. El cuerpo necesita determinada cantidad de colesterol para funcionar adecuadamente. Pero el exceso de colesterol en la sangre, combinado con otras sustancias, puede adherirse a las paredes de las arterias. Esto se denomina placa. Las placas pueden estrechar las arterias o incluso obstruirlas.

Los niveles de colesterol elevados en la sangre pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardíacas. Los niveles de colesterol tienden a aumentar con la edad. Este aumento no suele tener signos ni síntomas, pero puede detectarse con un análisis de sangre.

Valores de referencia

En hombres y mujeres: menos de 200 mg/dl

Triglicéridos

Forman parte de las lipoproteínas y se dividen en exógenos (que son los que le suministramos al organismo al ingerir grasas saturadas) y endógenos (los que fabrica el hígado al degradar los exógenos).

Valores de referencia: En hombres y mujeres: 45-179 mg/dl. ⁷

2.2.3. Interpretación radiográfica

La interpretación radiográfica toma un papel muy importante dentro del expediente clínico ya que es un método auxiliar para el diagnóstico el cual nos dará la pauta ayudándonos a evaluar cualquier situación o anomalía que pueda existir en el paciente, y nos brindara las características radiográficas que se presentan en ese momento, por tal motivo se debe dar todo el cuidado para su evaluación y análisis de los datos encontrados.

Las radiografías que complementan el expediente clínico son ortopantomografía maxilomandibular y laterales de cráneo básicamente, en casos necesarios se pueden complementar con radiografías oclusal superior e inferior, periapicales, carpal, anteroposterior o posteroanterior de cráneo.¹

Interpretación.

Es la descripción de toda la información contenida dentro de las imágenes radiográficas blancas, negras y grises.

La interpretación tiene 3 objetivos:

- Identificar la presencia o ausencia de enfermedad
- Proveer información sobre la naturaleza y extensión de la enfermedad
- Facilitar información para el diagnóstico diferencial

Para lograr estos objetivos debe ser conducida bajo ciertas condiciones y tener una guía de forma ordenada y sistemática.⁸

Requisitos para la interpretación radiográfica

Condiciones visuales

Estas condiciones le brindan al odontólogo la posibilidad de percibir todos los detalles contenidos una imagen radiográfica, como son: un cuarto tranquilo y semi oscuro, una lupa para observar detalles finos, un negatoscopio con luz de

intensidad variable, y radiografías que se encuentren secas ya que en caso contrario pueden provocar distorsión en la imagen.⁸ (Fig.21)



Figura 21. Donde se muestra un negatoscopio y a un odontólogo el cual observa las radiografías con ayuda de este aparato en un cuarto oscuro.

Comprender la naturaleza y limitaciones de las imágenes radiográficas

Para entender la naturaleza de las sombras e interpretar la información contenida en ellas, se requiere conocer el origen de sombras (negras, blancas y grises) y la anatomía tridimensional de los tejidos.

El origen de las sombras está determinado por la cantidad de rayos X, que es absorbido por el objeto a radiografiar.

Se deben tener conocimientos anatómicos como requisitos para la interpretación radiográfica.

Las principales limitaciones que se presentan al observar una imagen bidimensional a partir de un objeto tridimensional son: ⁸

- La apreciación de toda la forma del objeto producto de la superposición
- Evaluar la localización y forma de las estructuras dentro del objeto.

Calidad de la imagen a ser interpretada

Las radiografías interpretadas deben poseer excelentes condiciones de calidad, y esta se puede analizar en la imagen final a través de interrogantes como: ⁸

- Técnica empleada.
- Hay presencia de algún defecto de la radiografía como: elongación, escorzamiento, falta de nitidez, muy oscura o demasiado clara, manchas.
- Esta mojada o seca. (Fig.22)
- Existen artefactos (objetos que no corresponden con la anatomía) en la radiografía.

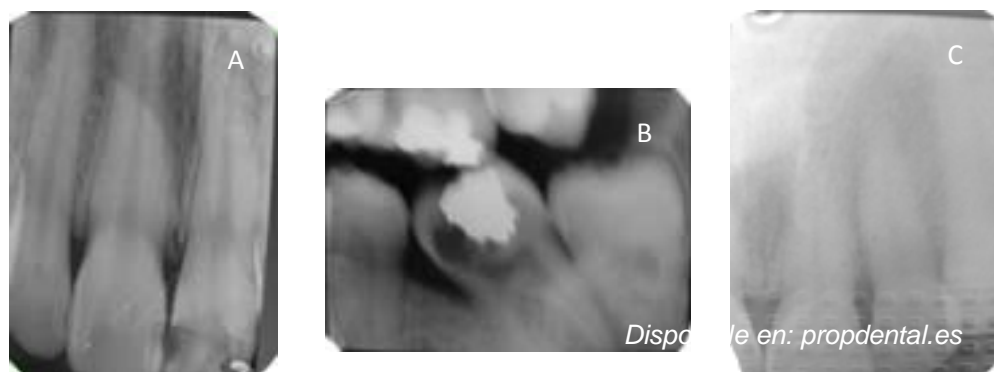


Figura 22. Las imágenes muestran algunos de los errores más comunes en la toma de radiografías. A) elongación. B) radiografía borrosa. C) radiografía muy clara.

Conocimiento de las estructuras radiográficas normales

El conocer las estructuras anatómicas normales dentro de los maxilares nos ayudará a identificar aquellas anomalías que puedan llegar a presentarse en la radiografía evitando confundirla con alguna estructura ósea.

Conocimiento de las patologías radiográficas

Se debe denominar las diferentes patologías que pueden presentarse a nivel de los maxilares. Esto nos ayudará a diagnosticar oportunamente si se presentara alguna de ellas.

Observar la radiografía de forma integral

Este tipo de observación debe ser realizada de manera secuencial y ordenada, requiriendo disciplina por parte del observador.

En una radiografía panorámica determinamos la edad cronológica y de desarrollo del paciente.

Posteriormente se evalúa los dientes y el hueso periapical próximo. Se detalla el número de dientes presentes, posición, condición de las coronas (caries, restauraciones), condiciones de las raíces (largo, reabsorciones, relación corono-radicular). Y a nivel del hueso, la presencia o no de reabsorción ósea.⁸

Se inicia visualizando la radiografía por la cara superior de la cabeza del cóndilo mandibular derecho. Seguido el borde posterior del cóndilo más allá del cuello del cóndilo a lo largo del borde posterior de la mandíbula hasta el ángulo mandibular. (Fig.23)

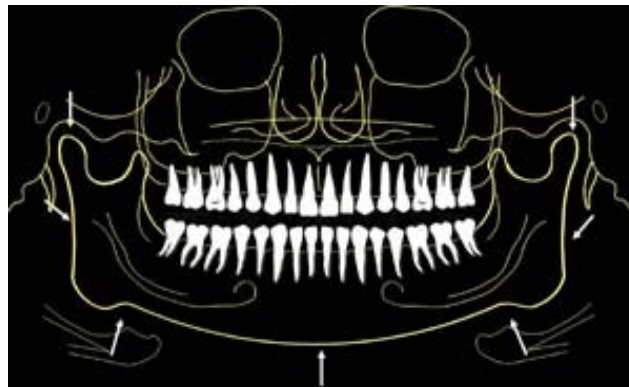


Figura 23. Imagen representativa donde muestra el inicio para el estudio de la radiografía.

Del ángulo de la mandíbula se continúa hacia la región de la sínfisis. Debemos comparar la simetría de los contornos de ambos lados de la mandíbula, observando cualquier cambio. La asimetría en tamaño puede deberse a colocación inadecuada del paciente o a condiciones como hiperplasia o hipoplasia hemi facial. El hueso hioides puede proyectarse por debajo o en el borde inferior de la mandíbula.⁸

Evaluar el hueso esponjoso de la mandíbula. También se debe examinar cada conducto mandibular y el agujero mentoniano. Inspeccionar la mandíbula buscando radiolucidez o radiopacidades. La línea media es más opaca debido a la protuberancia mentoniana y a la superposición de la columna cervical.⁸

Maxilar

En el maxilar debemos examinar el contorno del hueso cortical. Seguido por el borde posterior del maxilar comenzando por la porción superior de la fisura pterigomaxilar hacia la región de la tuberosidad hasta llegar a la del lado opuesto. Observar el hueso alveolar, para ver si existen anomalías. La fosa nasal puede mostrar el tabique nasal y el cornete inferior.

Visualizar los senos maxilares, identificando primero cada uno de los bordes y después observando si están completamente perfilados por el hueso cortical, si son simétricos y si muestran una densidad radiográfica similar.

Posteriormente la apófisis cigomática del maxilar se visualiza por encima del primer y segundo molar superior. El borde inferior del arco cigomático se extiende hacia atrás desde la porción inferior de la apófisis cigomática del maxilar hasta el tubérculo articular y la cavidad glenoidea.⁸

Tejidos blandos

En las radiografías panorámicas se pueden identificar varias estructuras opacas de tejidos blandos, incluyendo la lengua, marcas de los labios, la pared posterior de la orofaringe y nasofaringe, el tabique nasal, los lóbulos de las orejas, la nariz y los surcos nasolabiales (Fig.24). Las sombras radiolúcidas de las vías aéreas se superponen sobre las estructuras anatómicas normales y se pueden visualizar por los bordes de los tejidos blandos adyacentes.⁸

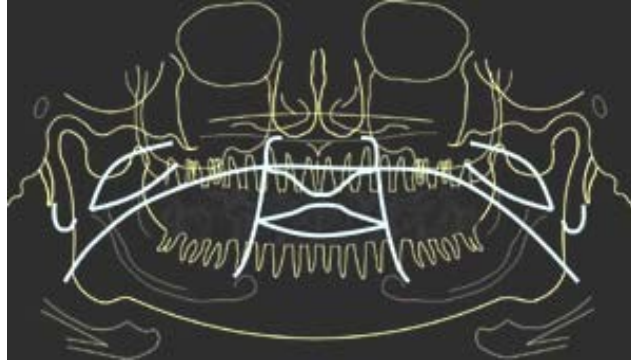


Figura 24. En la imagen se pueden ver representadas estructuras correspondientes a tejidos blandos que pueden ser visualizadas en las radiografías panorámicas.

Superposiciones

Se conoce como superposición a los elementos radiopacos fuera del plano focal se superponen a las estructuras anatómicas normales, estas aparecen cuando el haz de rayos X se proyecta a través de un elemento denso (es decir, un pendiente, la columna vertebral, la rama de la mandíbula o el paladar duro) que está en la trayectoria del haz de rayos x, pero fuera del plano focal que se está proyectando. Típicamente, el objeto aparece borroso y se proyecta en el lado opuesto de la radiografía. Estas imágenes tan radiopacas pueden ocultar la anatomía normal.⁸

Para la descripción radiográfica debemos observar primeramente las coronas de cada uno de los órganos dentarios, ver el desarrollo normal del esmalte y la existencia de imágenes radiolúcidas o radiopacas diferente de lo normal. Observar la región interproximal en los puntos de contacto o debajo de ellos. Posteriormente el tamaño y el contenido de la cámara pulpar. Seguido por las raíces, observando la forma, número y tipo de raíces, así como los conductos radiculares, para detectar anomalías del desarrollo o adquiridas. Visualizar la anchura del espacio del ligamento periodontal alrededor de la raíz del diente y la lámina dura alrededor de cada órgano dental.

Posteriormente se examina el hueso alveolar, en particular la altura de la cresta alveolar y su cortical.⁸

Fotografías de Radiografías

Para las exposiciones de radiografías se recomienda usar el lente zoom montado en un tripie. Se deben colocar las radiografías sobre un negatoscopio utilizando la opción en blanco y negro para evitar la coloración azul o verde de la luz artificial y sin flash. También se recomienda colocar las radiografías sobre una ventana de cristal, con luz natural de día.¹ (Fig.25)



Figura 25. Radiografía panorámica

2.2.4. Cefalometría

Desde que se realizó el primer análisis cefalométrico a la actualidad, varios autores han propuesto diferentes tipos de análisis cefalométricos, con el fin de contar con datos que sirvan de apoyo al ortodoncista para poder lograr un acertado diagnóstico y así tener un adecuado plan de tratamiento para cada paciente, en el cual se consideran tejidos blandos, óseos y dentales.

Se debe valorar que durante el tratamiento se verá reflejado en el paciente un cambio en dichos tejidos.⁹

En la actualidad, existen un sin número de análisis cefalométricos, sin embargo, los podemos categorizar en tres grandes rubros: ⁹

- Análisis angulares
- Análisis lineales
- Análisis proporcionales

Análisis angulares: son aquellos que utilizan ángulos para evaluar una condición específica. Para poder tener un ángulo se necesita de tres puntos ubicados dentro de tres estructuras anatómicas. Al realizar el análisis se puede encontrar variaciones fuera del rango ya establecido, por lo cual es de gran importancia no perder de vista el valor de cada análisis.

Un inconveniente de las medidas angulares es que pueden tener mayor variabilidad que las medidas lineales o proporcionales.⁹

Análisis lineales: aquel análisis que utiliza segmentos lineales para medir la longitud de una estructura determinada o comparar longitudes de dos estructuras óseas. Estas medidas presentan una menor variación.⁹

Análisis proporcionales: aquellos que hacen uso de proporciones para comparar una estructura con otra o una contraparte ósea.

Todos los análisis cefalométricos se valen de una radiografía lateral de cráneo para realizar todas las mediciones correspondientes.

Antes de realizar un trazado cefalométrico es importante conocer la ubicación de los puntos cefalométricos con precisión, los cuales nos ayudaran a localizar estructuras anatómicas.⁹

A continuación se describe cada uno de ellos. (Fig.26)

Puntos cefalométricos

Puntos sagitales

- Nasión (N): localizado en la parte más anterior de la sutura frontonasal.
- Espina Nasal Anterior (ENA): se localiza en la parte más saliente de la espina nasal anterior.
- Subespinal (Punto A): punto más profundo del perfil anterior del maxilar superior.
- Prosthion (Pr): se localiza en la parte más anterior del reborde alveolar del maxilar superior, entre los dos incisivos centrales.
- Infradental (Id): punto localizado en la parte más anterior del reborde alveolar de la mandíbula, entre los dos incisivos centrales.
- Supramental (Punto B) localizado en lo más profundo del perfil anterior de la sínfisis (punto sagital).
- Pogonion (Po): localizado en la parte más anterior de la sínfisis del mentón.
- Mentoniano (Me): este punto se localiza en la zona más inferior del mentón.
- Gnation (Gn): es lo más anterior e inferior del mentón entre el punto Pogonion y Mentoniano.

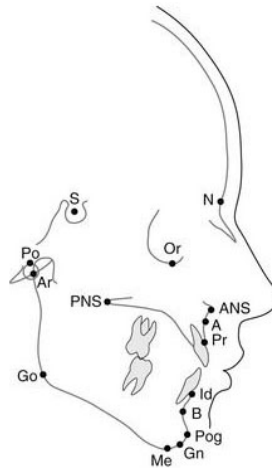
Se trazan dos tangentes y una bisectriz. Se localiza en el primer punto óseo que la bisectriz toca, el ángulo formado por las tangentes del borde inferior del cuerpo y anterior de la sínfisis. (Según Steiner).

- Punto D: se localiza en el centro de la sínfisis mentoniana. Este punto se marca en el cruce de dos ejes; uno vertical y uno horizontal.

- Espina nasal posterior (ENP): es el punto más posterior de la espina nasal posterior.
- Sincondriosis esfeno-occipital (SEO): se localiza en la base del cráneo, en la Sincondriosis esfeno-occipital.
- Silla (S): se localiza en el centro de la silla turca del hueso esfenoides. Se trazan dos ejes (horizontal y vertical), marcando el cruce de los dos ejes.
- Basion (Ba): localizado en la parte más anterior del agujero occipital.

Puntos laterales

- Bolton (Bo): localizado en la parte más alta de la curvatura superior de la fosa retrocondilar del occipital.
- Gonion (Go): localizado en el centro del contorno inferior del ángulo posterior (goniaco). Se marcan dos tangentes; borde inferior de la mandíbula y borde posterior de la rama.
- Articular (Ar): se localiza en el borde posterior del cuello del cóndilo.
- Porio (Po): se localiza en el borde superior del conducto auditivo externo.
- Fisura Pterigomaxilar (FPM o PTM): en el cruce de los ejes vertical y horizontal.
- Orbital (Or): es la parte más inferior del agujero infraorbitario.
- Apical superior (Aps): este punto se localiza en el ápice del incisivo central superior.
- Apical inferior (Api): localizado en el ápice del incisivo central inferior.
- Incisal superior (Is): localizado en el borde incisal del incisivo superior.
- Incisal inferior (Ii): localizado en el borde incisal del incisivo inferior.
- Premolar (Pm): punto más distal del 1er molar temporal.



Disponible en:
<http://doctores.radiologiadentofacial.com/>

Figura 26. Se muestra la ubicación de los puntos cefalométricos.

Planos horizontales.

- Plano de Frankfort. u “horizontal de Frankfort” (Po-Or):

Es un plano de orientación tanto para radiografías laterales y postero-anteriores y está formado por la unión de los puntos infraorbitario y porion, es paralelo al plano de la visión en el cefalostato al tomar las radiografías. Es la referencia para la posición de la cabeza y puede ser visualizado externamente.

- Plano de la base craneana anterior (NS):

Formado por la unión de los puntos nasion y silla turca. Situado en el plano medio sagital, delimita la base craneana, tiene la ventaja de ser fácilmente localizable en la radiografía y de estar en una zona que sufre pocos cambios durante el desarrollo. Por mucho tiempo fue utilizado como plano de orientación.

- Plano oclusal:

Existen diferentes modalidades para tomar este plano, pero el usado más comúnmente es el denominado plano oclusal funcional y se forma trazando una

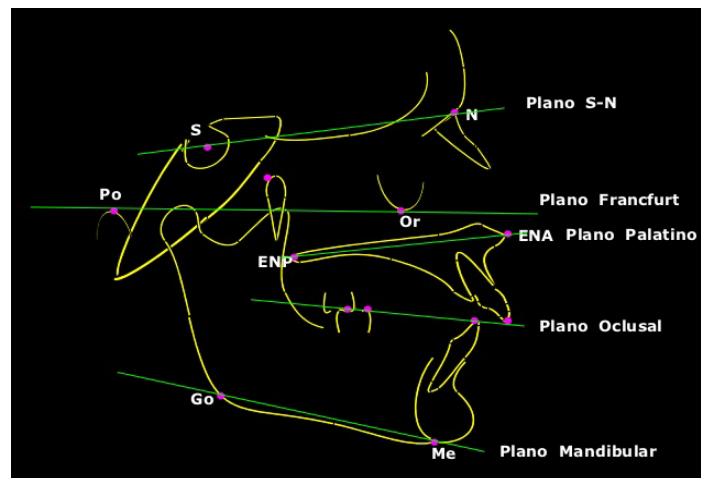
línea que une el punto medio del resalte de las cúspides mesiovestibulares de los primeros molares y las vestibulares de los premolares o molares primarios.

- Plano mandibular:

El borde inferior de la mandíbula es fácilmente apreciable en la imagen radiográfica. Existen por lo tanto cuatro formas para describirlo: Tweed y Ricketts lo definen como una línea recta tangente al borde más inferior de la mandíbula. Downs, uno de los fundadores del análisis clínico cefalométrico, lo señala como una línea que une el gonion con el mentón. Una tercera definición empleada por Steiner es la de la línea que une el gonion con el gnation y por último está la línea de Bimler M-EA (mentón a escotadura antegonial).

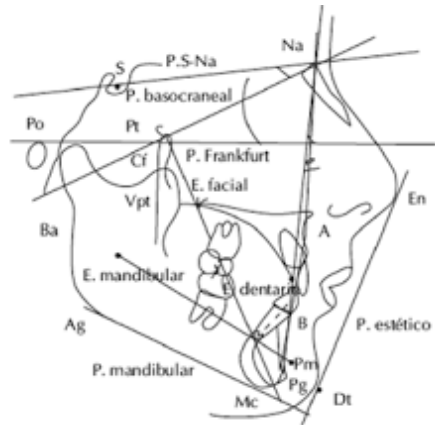
- Plano palatino (maxilar) (ENA-ENP):

Representa la cara media verticalmente, por encima de él, la región naso-orbitaria y por debajo, la bucal. Une los puntos espina nasal anterior y posterior que son los límites del hueso maxilar. Mantiene el paralelismo con el plano de Frankfort durante el crecimiento del maxilar.¹⁵



Planos verticales.

- Plano NA.: Es la línea que une los puntos nasion y A.
- Plano NB. Es la línea que une el punto nasion con el punto B
- Plano ND Resulta de la unión de los puntos nasion (N) y el D.
- Plano facial. (N-Pog): Es el plano que se forma al unir los puntos nasion y pogonion.
- Plano del eje "Y" (Gn-S): Es la línea que conecta el punto gnation con el punto S, denominado "eje de crecimiento".
- Plano A-Pog: (Línea dentaria). Es la línea formada por la unión de los puntos A y Pog. Relaciona las bases óseas apicales maxilar y mandibular. Se le denomina como plano de la dentición, o plano "reciproco" porque toma en cuenta la protrusión maxilar y la posición del incisivo superior.
- Eje del incisivo superior (Ai-Ar): Es la línea que une los puntos Ai y Ar siguiendo el eje longitudinal del incisivo central superior más prominente en la imagen radiográfica.
- Eje del incisivo inferior (Bi-Br): Es la línea que sigue el eje longitudinal de uno de los incisivos centrales inferiores, uniendo los puntos Bi y Br. (En la radiografía se toma el incisivo central que se encuentra más prominente).
- Plano estético de Ricketts: Es la línea de referencia del perfil de los tejidos blandos. Va desde la punta de la nariz hasta la porción más anterior del perfil de la barbilla, todo ello en tejidos blandos.
- Línea H (Holdaway): Es la línea que une los puntos labio superior con el Pogonion de tejido blando. También llamada Línea de Holdaway.¹⁵



Relación base craneana.

- Ángulo de la base craneana. (NS-Fh): Representa la inclinación de la base craneana anterior y está formada por los planos Frankfurt y el plano NS. Es muy importante el conocimiento de su inclinación, ya que eventualmente puede proporcionar un falso diagnóstico debido a que, hay muchas mediciones que se refieren a ella y que, según su inclinación, pueden eventualmente darnos una falsa idea de la situación. Norma 7° . Interpretación: Al aumentar la inclinación de la base ($>$ de 7°) se verán disminuidos en sus valores todos los ángulos cuyo componente vertical se refieran al plano NS, mientras que si la base tiende a ser más paralela a Frankfurt ($<$ de 7°) los valores de estos ángulos se verán aumentados. Lo contrario sucede con los ángulos formados por la base craneana y los planos horizontales, que aumentan al estar la base más inclinada y disminuyen al estar aplanada u horizontal.

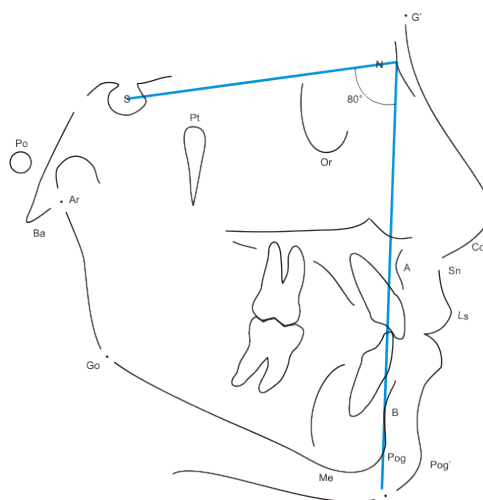
Relación del maxilar con el cráneo

- Ángulo S-N-A: Este ángulo relaciona la base craneana con el maxilar. El punto A representa el extremo anterior del hueso maxilar y el plano SN se toma como referencia para éste y otros ángulos más, por ser aceptable desde

el punto de vista antropológico y filogenético ya que completa su desarrollo tempranamente. Nos muestra el grado de prognatismo o retrognatismo del maxilar. Valor normal 82° . Interpretación: Valores aumentados representan un posible avance maxilar, disminuidos una tendencia hacia una posible deficiencia maxilar. Sin embargo, se debe ser cuidadoso en este diagnóstico, ya que ella puede ser modificada por la inclinación y longitud del plano SN.

Relación de la mandíbula con el cráneo

- Ángulo S- N- B Formado por la unión de los planos S- N y el punto B. Norma: 80° . Interpretación: Indica la ubicación anteroposterior de la mandíbula con respecto a la base del cráneo. si su valor se presenta superior a la norma de 80° , indica una posición adelantada de la mandíbula, mientras que un valor inferior a la norma indica una posición retruida de la misma. Cuando existe alguna alteración en la longitud e inclinación de la base del cráneo debido a la ubicación de sus puntos anatómicos, el ángulo se puede abrir o cerrar ligeramente, sin que ello sea indicativo propiamente de una alteración en las relaciones de la base craneana y la mandíbula. En todo caso, cuando se presentan dudas con el diagnóstico debe recurrirse a otras mediciones.



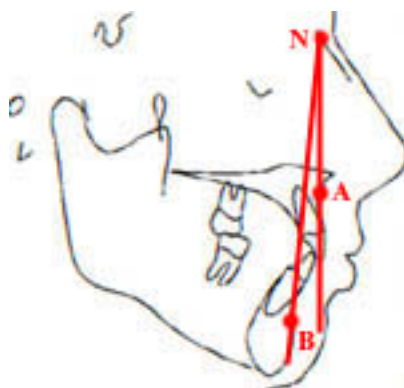
- Ángulo formado por los planos silla - nasion y nasion - punto "D." Normal 76°-77°. Interpretación: Esta medida se toma para complementar la lectura del SNB e indica la ubicación anteroposterior de la mandíbula con relación a la base del cráneo. Sus valores aumentados pueden indicar una posición adelantada y contrariamente, si son menores serán indicio de un retroposición de la mandíbula. Al igual que los ángulos SNA y SNB puede estar influenciada por la inclinación de la base craneana.
- Ángulo facial (Fh – NPog.): Es el ángulo formado por los planos Frankfort y el nasion-Pogonion. Norma: 82° a 95° y una media de 87.8°. Interpretación: Nos permite relacionar horizontalmente al maxilar inferior con respecto al plano Frankfort, es indicador de profundidad facial. En la práctica se mide el ángulo inferior formado entre dichos planos, indicando una protrusión o retrusión de la mandíbula con relación a la cara superior.
- Ángulo S-N-D: Ángulo formado por los planos silla - nasion y nasion - punto "D." Normal 76°-77°. Interpretación: Esta medida se toma para complementar la lectura del SNB e indica la ubicación anteroposterior de la mandíbula con relación a la base del cráneo. Sus valores aumentados pueden indicar una posición adelantada y contrariamente, si son menores serán indicio de un retroposición de la mandíbula. Al igual que los ángulos SNA y SNB puede estar influenciada por la inclinación de la base craneana.
- Angulo SNB: formado por los planos SN y el plano NB.¹⁵

Relación maxilo-mandibular

- Ángulo A- N- B: Formado por la unión de los planos NA y NB. Relaciona el maxilar con la mandíbula a través del punto N. Indica la relación antero posterior entre el maxilar y la mandíbula. Norma: 2°. Interpretación: En la medida que su valor supere esa norma, será mayor la separación entre las bases óseas maxilares y por tanto una discrepancia mayor, la cual podría ser atribuida tanto a un exceso maxilar como a una deficiencia mandibular.

Los ángulos aumentados indican una mal oclusión de Clase II. Los ángulos negativos se dan cuando el plano NB se encuentra por delante del NA y estaremos en presencia de una Clase III.

Con este ángulo tenemos la relación maxilo -mandibular, pero sin indicar en cuál de ellos radica el problema. Para determinar al causante, recurrimos a otras mediciones y su relación con la inclinación de la base craneana ya mencionada.¹⁵



Historia de la Cefalometría

Una de las herramientas que se ha hecho importante en el diagnóstico y en el adecuado diseño de un plan de tratamiento en la ortodoncia actual, lo constituye la Cefalometría.

La palabra historia da referencia a los acontecimientos pasados. Para poder entender mejor el estudio de la cefalometría es necesario conocer las principales aportaciones que ha marcado un paso importante para la actualidad.

A continuación, se mencionarán algunos de los autores que forman parte de la historia del estudio de la cefalometría, así como sus principales aportaciones.

En 1931 se realizó la introducción a la cefalometría radiográfica por Birdsall Holly Broadbent, pero no fue hasta 1780 cuando se realizaron las investigaciones con

finos antropológicos las cuales llevo a cabo Camper quien describió la utilidad del ángulo formado por la intersección de un plano trazado de la base de la nariz al conducto auditivo externo (Plano de Camper) con el plano tangente al perfil facial.¹⁰

En 1884, en el Congreso Internacional de Antropología de Frankfort, se aceptó como plan estándar de orientación, el plano que une el borde superior del conducto auditivo externo con el punto más inferior del reborde orbitario.¹⁰

En 1895 se pudo profundizar los estudios antropológicos realizados sobre cráneos, con el descubrimiento de los rayos X por W. K. Von Rontgen.¹⁰

En 1921 A. J. Pacini presentó su tesis “Antropometría radiográfica del cráneo”, en la cual se habla por primera vez de la utilidad de este estudio, para el conocimiento del crecimiento humano, su clasificación y sus anomalías. Estableciendo que la precisión de las medidas obtenidas mediante radiografía sobrepasaba a las realizadas por la antropología común. También trasladó a la radiografía ciertos puntos antropológicos convencionales, como el gonion, nasión y espina nasal anterior. Y definió otros como el turcicon (centro de la silla turca) y el acustion (el más superior de la proyección del conducto auditivo externo). Utiliza medidas lineales y angulares, así como sus proporciones que toma de la antropología. Todos estos trabajos los realizó sobre la base de la telerradiografía lateral.¹⁰

En 1922 Atkinsons describió la utilidad de la telerradiografía, para determinar la posición del primer molar superior.¹⁰

En ese mismo año Simons afirma que se debe llegar al diagnóstico de las anomalías dentarias, basándose en tres planos perpendiculares entre sí: el plano de Frankfort, el plano sagital y el plano orbitario. Estos planos constituían el sistema gnátostático de Simons.¹⁰

En 1922 J. Carrera de Buenos Aires presentó un trabajo titulado: “Le radio-facies á profil de linéé en Orthodontométrie”. Este método permite eliminar dos de los mayores defectos de las técnicas empleadas hasta entonces:

1. Hay una importante reducción de la deformación por agrandamiento, al utilizar una distancia foco-objeto de 2 metros.
2. Posibilita delimitar sobre la radiografía, el perfil blando, por el ajuste de un hilo de plomo sobre los segmentos.¹⁰

En 1926, se realizó el estudio del crecimiento normal de los dientes y maxilares de los niños, por Francis P. Bolton. Posteriormente en 1932 se llevó a cabo un estudio longitudinal a largo plazo sobre el crecimiento craneofacial.¹⁰

En 1928 y 1929 C. O. Simpson de Saint-Luis establece las condiciones que permiten obtener radiografías sin deformación y con definición de los tejidos duros y blandos y preconiza el empleo de un generador susceptible de dar 40 mA y 70 Kv con una distancia foco-objeto de 4,5 m y 5 segundos de exposición. La regla fundamental es que el rayo central sea perpendicular al plano sagital mediano y la superficie del film esté perfectamente respetada.

En 1934 Brodie, basándose en las investigaciones de Broadbent, midió el crecimiento facial, dividiendo la cabeza en cuatro zonas: craneal, nasal, maxilar y mandibular; determino además el plano oclusal.

En 1936 la técnica estaba suficientemente asentada en Europa, porque L. De Coster había contribuido a su difusión y en el Congreso de la Sociedad Francesa de Ortopedia DentoFacial celebrado en Bruselas, ya se presentaron seis comunicaciones sobre este tema.

Probablemente los análisis de Downs (1948) Steiner (1953) Tweed (1954), Ricketts y colaboradores (1972); el enfoque del "Wits" desarrollado por Jenkins (1955) y descrito más tarde por Johnston (1968) y Jacobson (1975); de Wylie y Johnston (1952), Sassouni (1969), Bimler (1973), Eylow (1969), sean los más conocidos. En España Cervera en 1985 y Olmos 1990 han descrito sus análisis.¹⁰

La cefalometría es indispensable para el diagnóstico y plan de tratamiento de las maloclusiones, es de gran importancia conocer su historia para comprender dónde nos encontramos y dónde pretendemos llegar.

Cefalometría: es un método de diagnóstico con el que se obtienen medidas de posición y tamaño del cráneo y cara.

La Cefalometría analiza tres tejidos:

- Óseos
- Blandos
- Dentarios

Tejidos óseos: se analiza la posición y tamaño de la base de cráneo y de los maxilares.

Tejidos blandos: se analiza la posición de los tejidos blandos (labios).

Tejidos dentarios: analiza la inclinación y posición que tienen los dientes entre sí con sus maxilares y la base del cráneo.

2.2.5. Análisis de modelos de estudio

Los modelos de estudio son copia fiel de los dientes del paciente, por lo tanto, sus usos son múltiples, desde medir los dientes, el hueso, malposiciones dentales, malformaciones óseas, oclusión dental, relaciones de los maxilares e interferencias dentarias.¹ Las características de los modelos de estudio incluyen el registro interoclusal en cera, modelos recortados, pulidos y articulados.

Para realizar un análisis de los modelos de estudio acertado debemos tener en consideración algunos aspectos básicos como:

- Tipo de arco: existen dos tipos de arco. El arco tipo I (abierto), en el cual se presentan espacios primates y de desarrollo o generalizados. El arco tipo II (cerrado), donde no existen espacios fisiológicos. Se debe valorar si es un arco simétrico o asimétrico, así como la referencia de la línea media verificando la coincidencia de la arcada superior con la inferior. La forma de las arcadas ya sea triangular, cuadrada u ovoide.
- Espiral dinámica, siendo esto una combinación entre la curva de Spee y la curva de Wilson. Curva de Spee: está determinada por la inclinación de los dientes posteriores y su relación vertical con respecto al plano oclusal de manera que la superficie oclusal sea a manera de curva que se encuentre en armonía con el movimiento de la mandíbula según la guía posterior de la vía condilar. Curva de Wilson: la curva frontal se observa en la zona posterior, y se refiere a la inclinación progresiva de los molares inferiores más hacia lingual y los molares superiores se inclinan más hacia vestibular.
- Dientes presentes.
- Dientes ausentes.
- Restauraciones presentes.
- Lesiones cariosas visibles
- Alineamiento de los dientes con respecto a su arco, tanto en la arcada superior como en la inferior.

- Tipo de malposición dental que presenta: hacia labial o vestibular, hacia palatino o lingual, mesioversión, distoversión, giroversión y transposición.
- Contactos interproximales ausentes.
- Dientes intruidos o extruidos.

Se realiza un análisis en máxima intercuspidación, observando:

- Relaciones interoclusales ausentes.
- Sobremordida horizontal: es la distancia que se da desde el borde incisal de los incisivos superiores a la cara vestibular de los incisivos inferiores. Se le llama también Overjet.
- Sobremordida vertical: es la distancia que se va dar desde el borde incisal de los incisivos superiores al borde incisal de los incisivos inferiores que va hacer perpendicular al plano de oclusión. Se le llama también Overbite.
- Mordida cruzada anterior, posterior, ya sea unilateral o bilateral, o mordida borde a borde.
- Mordida abierta anterior.
- Mordida abierta posterior unilateral o bilateral.
- Tipo de oclusión (Angle): clase I o neutroclusión, clase II o distoclusión y clase III o mesioclusión. Fig. 27



Figura 27. Muestra la clasificación de Angle

- Relación de los primeros molares superior e inferior.
- Desgaste dental.

- Relación canina.
- Tipo de dentición (temporal, mixta, permanente).
- Relación molar temporal (plano terminal).
- Distancia intercanina.
- Distancia intermolar.
- Longitud de arco.
- Perímetro de arco.

Fotografías de modelos de estudio

Para las exposiciones de modelos de estudio, se debe utilizar el lente macro anular el flash reduciendo su intensidad, con el propósito de que se pierda el detalle por demasiada luz que emite el color blanco. Las mismas tomas que se realizan en boca se toman en los modelos de estudio. (Fig.28)

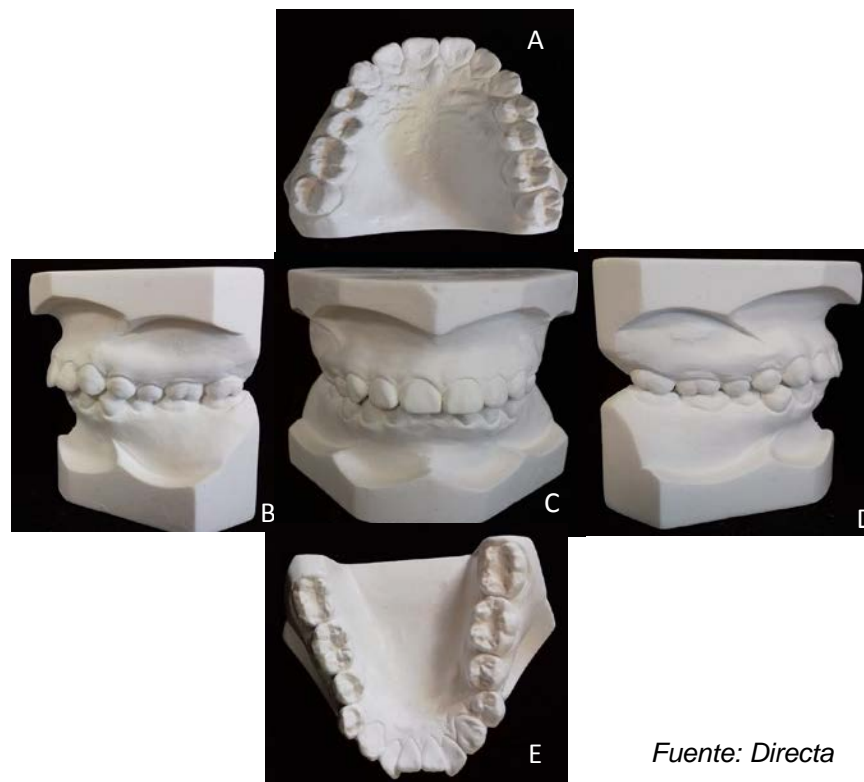


Figura 28. Fotografías de modelos de estudio. A) Oclusal superior B) Lateral izquierda C) Frontal D) Lateral derecha e) Oclusal inferior

2.2.6. Fotografías intra y extra orales

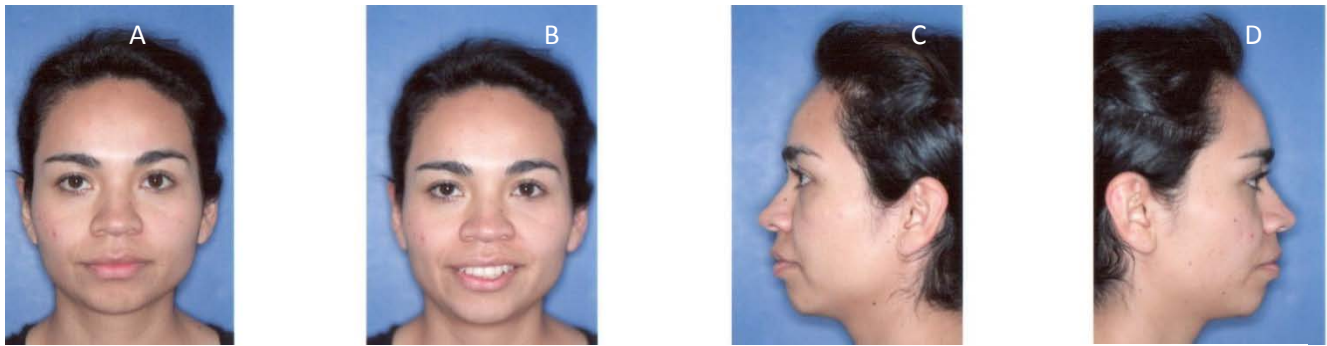
La fotografía es una herramienta diagnóstica esencial, sobre todo en el campo de la ortodoncia y la ortopedia. Entre las aplicaciones que los registros fotográficos tienen encontramos las siguientes:¹

- Proporcionar al odontólogo y al paciente una referencia objetiva para evaluar el resultado de un tratamiento.¹
- Facilitar la peritación en caso de litigio médico legal al aportar iconografía de la situación inicial del paciente.¹
- Facilitar la comunicación entre paciente y profesional mediante imágenes que ilustren los tratamientos que vamos a realizar.¹

Fotografías Faciales

Características y requisitos para su presentación: (Fig.29)

1. Foto de frente cara en reposo, plano bi pupilar paralelo al piso mirando de frente
2. Foto de perfil lateral hacia la derecha con expresión seria, labios en reposo.
3. Tomas opcionales: vista anterior o de frente con sonrisa máxima, vista lateral con labios separados y tres cuartos oblicua 45° en reposo y sonrisa
4. Fondo de color azul preferentemente
5. Toma libre de sombras
6. Orejas libres con el propósito de orientación
7. Ojos abiertos mirando hacia un punto fijo y sin anteojos
8. Toma desde el fondo a la cámara a una distancia recomendada de 2 metros
9. Recuadro de la cara hasta el nivel de las clavículas



Fuente: Directa

Figura 29. Imágenes donde se muestran las fotografías faciales: A) Vista frontal en posición de reposo B) Vista frontal con sonrisa C) Lateral izquierdo D) Lateral derecho

Fotografías intraorales

Características y requisitos para su presentación: ¹

1. Ayuda con retractores y espejos.¹ (Fig.30)



Fuente: Directa

Figura 30. Imagen A) muestra la fotografía de retractores B) se observan los espejos intraorales los cuales son de diferentes formas, cada una empleada para diferente toma.

2. Secado de espejos, succión de saliva y eliminación de burbujas.¹
3. Fotografía intraoral frontal o anterior: debe abarcar hasta la zona de molares bilaterales.¹ (Fig.31)
4. El plano medio sagital este paralelo al borde vertical de la fotografía y el plano horizontal corta el plano medio en cuatro.¹
5. El centro de la radiografía coincidente con el plano sagital medio y con el plano oclusal.¹
6. Tomas de fotografías laterales: derecha e izquierda se utilizan espejos o visión directa enfocando perpendicular a las piezas dentarias, en la zona de los premolares en dentición permanente y en dentición temporal enfocar perpendicular entre el canino y primer molar.¹ (Fig.31)
7. En la foto lateral debe verse hasta el incisivo lateral del lado opuesto.¹
8. Foto del arco superior e inferior: con espejo debe orientarse por detrás del último molar.¹ (Fig.31)



Fuente: Directa

Figura 31. Fotografías intraorales A) Oclusal superior B) Lateral derecha C) Frontal D) Lateral izquierda E) Oclusal inferior

III. NORMAS OFICIALES MEXICANAS

3.1. Norma Oficial Mexicana NOM-004-ssa3-2012, del expediente clínico

Esta norma tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios establecidos en esta norma inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra en todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Un aspecto fundamental en esta norma es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

Generalidades

- 1.-Las instituciones podrán establecer formatos tomando como mínimo los requisitos de la norma.
- 2.-El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados.
- 3.-En caso de que medie un contrato suscrito por las partes, anexar una copia.
- 4.-En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan a la práctica médica, así como, las disposiciones establecidas en la NOM-004-SSA3-2012, referida en el numeral 314 y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Todo expediente clínico deberá contener los siguientes datos generales:

Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece además de la razón y denominación social del propietario o concesionario. Nombre, edad, género y domicilio del usuario.

Los expedientes clínicos deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

Los prestadores de servicios otorgarán la información de forma verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar o tutor, representante legal o autoridad competente las cuales son: autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias, arbitraje médico y Conamed. La información contenida en el Expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad.¹³

3.2. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales

La salud bucal de los individuos y de la población, resulta del proceso salud-enfermedad y de acuerdo con el estudio sobre la carga mundial de enfermedad 2010 (Global Burden Disease, GBD 2010), de las cincuenta enfermedades y trastornos más prevalentes e incapacitantes, tres son del ámbito de la salud bucal: caries dental, enfermedad periodontal y edentulismo (reconocidos como problemas de salud pública). Su tratamiento es muy costoso, incluso en los países industrializados y no está al alcance de la mayoría de la población en los países de bajos y medianos ingresos.

Específicamente la sociedad mexicana y sus instituciones carecen de la capacidad económica y administrativa, para resolver las necesidades de atención estomatológica de la población. Es importante señalar que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud bucodental se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, aftas bucales, defectos congénitos como labio leporino y paladar hendido, enfermedad periodontal (de la encía), caries dental, pérdida de dientes, otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca o cavidad bucal.

Estos padecimientos bucales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más importantes diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer, ya que se ven favorecidas por higiene bucal deficiente, mala alimentación, tabaquismo y consumo de alcohol. La estrategia del programa de fluoración de la sal y el programa educativo preventivo se implementaron con el esfuerzo conjunto del sector salud, siendo una de las grandes intervenciones de salud pública en nuestro país, con más éxito que ha ayudado al cambio del perfil epidemiológico en México. A pesar de los esfuerzos realizados, la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales siguen siendo altas, reconocidas como un problema de salud pública a nivel mundial y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menos favorecidos como son: escolares, embarazadas, adolescentes,

adultos mayores, personas con discapacidad, pueblos indígenas, personas con VIH/SIDA y personas con enfermedades crónico-degenerativas.

Ante este panorama, la educación para la salud y la prevención son factores medulares que generan un cambio de cultura, iniciando desde la atención prenatal. Es notable que la enseñanza y la realización de acciones de protección específica, sobre todo a nivel escolar en niños y adolescentes, sean fundamentales para prevenir las enfermedades bucales.

Objetivo

Esta Norma tiene por objeto establecer y uniformar los criterios y procedimientos, que llevan a cabo los integrantes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en la población de los Estados Unidos Mexicanos; así como, las estrategias, técnicas operativas y medidas de control y vigilancia epidemiológica necesarias en materia de salud pública, que deben realizarse por todo el personal de salud y en todos los establecimientos para la atención médica y consultorios de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todo el personal de salud, establecimientos para la atención médica y consultorios de los sectores público, social, privado e instituciones formadoras de recursos humanos y gremiales en estomatología, que realicen acciones para la promoción de la salud bucal, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucodentales.¹⁴

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conformación de un expediente clínico en ortodoncia tiene como finalidad el realizar un diagnóstico del paciente y plan de tratamiento adecuado para que este sea exitoso.

Las normas y regulaciones que se seguían hace 10 años para la elaboración correcta del expediente clínico han cambiado en algunos aspectos y además de las instancias nacionales que nos regulan contamos con otras dependencias internacionales como lo son la Asociación Dental Americana (ADA) y la Asociación Americana de Ortodoncia (AAO) la cual se mantiene al día en cuanto a investigación y tecnología.

Tener información sobre la correcta elaboración del expediente clínico y específicamente en el ámbito de la Ortodoncia, lleva al profesional de la salud a llevar una atención completa para el paciente además de evitar errores en la práctica y evita problemas en el aspecto médico-legal.

Por lo anterior, se formula la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las adecuaciones contemporáneas para la elaboración del expediente clínico en Ortodoncia?

V. JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo de tesis pretende dar a conocer al gremio odontológico específicamente a los especialistas en ortodoncia los antecedentes y las propuestas de mejora que se están realizando en lo concerniente a la elaboración del expediente clínico, con la finalidad de realizar mejoras a la práctica profesional, y por consiguiente mejorar la atención al paciente.

VI. OBJETIVOS

General

- Elaborar un formato de Expediente Clínico en Ortodoncia con las normas internacionales que debe cumplir el expediente para su correcta elaboración.

Específico

- Identificar el marco legal para la conformación del expediente clínico de ortodoncia de acuerdo a las disposiciones legales vigente.
- Describir las adecuaciones contemporáneas para la elaboración del expediente clínico en Ortodoncia.
- Indicar los aspectos relevantes del expediente clínico en ortodoncia.

VII. CONCLUSIONES

Para concluir con este trabajo de tesis debemos asumir la importancia que tiene el conocer los antecedentes y las propuestas de mejora que se están realizando en lo concerniente a la elaboración del expediente clínico, específicamente las regulaciones de normas con la finalidad de realizar mejoras a la práctica profesional, y por consiguiente mejorar la atención al paciente.

La historia clínica es un tema en el cual a lo largo de los próximos años seguirá cambiando y actualizándose; con el avance de la tecnología, empezarán a utilizarse diversos métodos para la elaboración de este.

El conocer la forma de su correcta elaboración ayudará a los próximos cirujanos dentistas, así como a los odontólogos y especialistas a elaborar una historia clínica que aplicada durante la consulta nos proporcionará los datos necesarios para el diagnóstico y plan de tratamiento adecuados para cada paciente, teniendo un acertado control, orden y registro de cada uno.

Este tema seguirá en constante actualización, por lo cual debemos seguir conociendo las innovaciones y actualizaciones a las normas para lograr un adecuado control tanto en nuestra consulta diaria como la normatividad lo marca.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Miranda Tarragó, J. D. (2006). La ficha dental: Una necesidad actual. *Revista Cubana de Estomatología*, 43(2), 0-0.
- 2.-Morales, J. M., & Mata, F. A. P. (2005). *Expediente clínico odontológico: cómo elaborarlo, integrarlo, manejarlo y archivarlo conforme a la normativa*. Trillas.
- 3.- Máximo, G. I. G. L. I. O., & NICOLOSI, L. (2000). Semiología en la práctica de la odontología. *Editorial Mx Graw-Hill-Interamericana*.
- 4.- Ibáñez, N. (2015). Propedéutica y semiología en odontología.
- 5.-<http://www.blaudent.es/2012/12/12/tratamiento-odontologico-durante-el-embarazo/>
- 6.- https://www.academia.edu/11620998/llenado_de_odontograma
- 7.- <http://laboratorioclinicocbtis13.blogspot.mx/2013/05/quimica-sanguinea.html>
- 8.- Goaz, P. W., & White, S. C. (1995). *Radiología oral: principios e interpretación*. Mosby/Doyma Libros.
- 9.- Zamora Montes de Oca, C. E. (2004). Compendio de cefalometría. Análisis Clínico y Práctico.
- 10.- Olmos Balaguer, J., Olmos Balaguer, V., Olmos Izquierdo, V., & Olmos Balaguer, I. (2009). Historia de la Cefalometría. *Gaceta Dental: Industria y Profesiones*, (201), 104-110.
- 11.- Jharwal, V., Trehan, M., Rathore, N., Rathee, P., Agarwal, D., & Mathur, N. (2014). Informed consent for braces. *International journal of clinical pediatric dentistry*, 7(2), 105.
- 12.- Palomer, L. (2005). Consentimiento informado en odontología. *Un análisis teórico-práctico*.
- 13.- NOM, N. O. M. (2012). 004-SSA3-2012, Del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*, 15.

14.- NOM, N. O. M. (2015). 013-SSA2-2015, Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales. *Secretaría de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. Dirección General de Medicina Preventiva. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día, 6, 3.*

15.- Vedovello Filho, M. (2010). *Cefalometria técnicas de diagnóstico y procedimientos.* Amolca (Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas).

IX. ANEXOS

HISTORIA MEDICO DENTAL
PARA PACIENTES MENORES DE 18 años.

PACIENTE:

Fecha: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido materno _____ Nombre (s): _____

En caso de emergencia marcar a: _____ Pasatiempos, actividades: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F. M. No. De seguridad social: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

No. de casa: (____) _____ No. Celular: (____) _____

PADRES (TUTOR)

Nombre de padre o tutor: _____

El paciente vive con su: madre padre madrastra padrastro abuelos otros...

Primer nombre del padre: _____ Título: ___maestría ___doctorado ___otro

Ocupación: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Teléfono de casa _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Primer nombre de la madre: _____ Título: ___maestría ___doctorado ___otro

Ocupación: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Teléfono de casa _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

DENTISTA:

Nombre: _____

Edad: _____ Ciudad: _____

Ultima consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Ultima consulta: _____

Nombres de especialistas que ha visitado: _____

Ciudad: _____

Razón de consulta _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Que conoces usted acerca de los dientes de tus hijos?

¿Qué conoce sus hijos acerca de sus dientes?

¿Cómo se siente su hijo acerca de los tratamientos ortodónticos?

¿Quién sugirió que su hijo podría necesitar tratamiento de ortodoncia?

¿Por qué selecciono este consultorio?

Describa algún tratamiento ortodóntico previo o consultas:

¿Su hijo toca algún instrumento musical?

Nombre de hermano _____ edad _____

¿Ha tenido tratamiento ortodóntico? Si _____ no _____ Si es si dónde? _____

Nombre de hermano _____ edad _____

¿Ha tenido tratamiento ortodóntico? Si _____ no _____ Si es si dónde? _____

Nombre de hermano _____ edad _____

¿Ha tenido tratamiento ortodóntico? Si _____ no _____ Si es si dónde? _____

Nombre de hermano _____ edad _____

¿Ha tenido tratamiento ortodóntico? Si _____ no _____ Si es si dónde? _____

¿Algún otro miembro de la familia que haya realizado su tratamiento de ortodoncia en este consultorio? Por favor mencione el nombre _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿quién es el financiador responsable para esta cuenta?

Dirección (si es diferente que el de la pág. 1?

Ciudad: _____ código postal _____

Numero de casa: _____

numero de celular _____

e- mail: _____

cuenta de seguridad social: _____

Empleado: _____

¿Quién será el responsable de llevar el equipo del paciente de ortodoncia?

SEGURO DENTAL

Nombre completo del primer asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de seguridad social: _____ relación con el paciente; _____

Dirección y teléfono (si no se ha escuchado anteriormente)_____

Empleado:_____ dirección:_____

Seguro de la compañía:_____ numero de grupo:_____ no. Identificación:_____

Esta política tiene beneficios de ortodoncia? Si_____ no_____ desconoce_____

SEGURO DENTAL

Nombre completo del segundo asegurado:_____

Fecha de nacimiento:_____

Numero de seguridad social:_____ relación con el paciente;_____

Dirección y teléfono (si no se ha escuchado anteriormente)_____

Empleado:_____ dirección:_____

Seguro de la compañía:_____ número de grupo:_____ no. Identificación:_____

Esta política tiene beneficios de ortodoncia? Si_____ no_____ desconoce_____

SEGURO MEDICO

Nombre completo del asegurado:_____

Compañía de seguros:_____

MEDICO-PACIENTE

Paciente medico _____ ciudad- estado:_____

Ultima consulta; _____ motivo:_____

Próxima cita:_____

Fecha del más reciente examen médico:_____

Otros médicos o profesionales de la salud que ve actualmente

Nombre:_____ ciudad o estado:_____

Motivo de consulta;_____

Nombre:_____ ciudad o estado:_____

Motivo de consulta;_____

Sus respuestas son recabadas únicamente para el consultorio y son confidenciales. Una completa historia medica es esencial para completar la evaluación ortodóntica. En las siguientes preguntas favor de marcar si, no o desconoce.

HISTORIA MEDICA

Su hijo presenta o ha presentado:

Defectos de nacimiento o problemas hereditarios: si ___ no ___ desconoce ___

Fractura de huesos o alguna otra lesión: si ___ no ___ desconoce ___

Alguna lesión en cara, cabeza o cuello? si ___ no ___ desconoce ___

Artritis o problemas en las articulaciones? si ___ no ___ desconoce ___

Cáncer, tumores, tratamiento con radiación o quimioterapias? si ___ no ___ desconoce ___

Problemas endocrinos o de tiroides? si ___ no ___ desconoce ___

Diabetes o azúcar baja? si ___ no ___ desconoce ___

Problemas del riñón? si ___ no ___ desconoce ___

Problemas del sistema inmunitario? si ___ no ___ desconoce ___

Historia de osteoporosis? si ___ no ___ desconoce ___

Enfermedades de transmisión sexual, gonorrea, sífilis, herpes? si ___ no ___ desconoce ___

Sida o VIH positivo? si ___ no ___ desconoce ___

Hepatitis, ictericia o algún problema del hígado? si ___ no ___ desconoce ___

Polio, mononucleosis, tuberculosis o neumonía? si ___ no ___ desconoce ___

Convulsiones, desvanecimiento o problemas neurológicos? si ___ no ___ desconoce ___

Disturbios de salud mental o depresión? si ___ no ___ desconoce ___

Historia de desorden alimenticio (anemia o bulimia) si ___ no ___ desconoce ___

Presión alta o baja en sangre? si ___ no ___ desconoce ___

Sangrado excesivo o tendencia a hematomas, anemia? si ___ no ___ desconoce ___

Dolor de pecho, falta de aliento, se cansa fácilmente, tobillos hinchados? si ___ no ___ desconoce ___

Defectos en el corazón, murmullo en el corazón, fiebre reumática? si ___ no ___ desconoce ___

Angina de pecho, arterioesclerosis, ataque al corazón? si ___ no ___ desconoce ___

Desorden de la piel (otro acné etc.) si ___ no ___ desconoce ___

Su hijo tiene una dieta balanceada? si ___ no ___ desconoce ___

Respecto a la visión o audición sospecha de algún problema? si ___ no ___ desconoce ___

Infecciones frecuentes, resfriados o infecciones de la garganta? si ___ no ___ desconoce ___

Asma, problemas de sinusitis, fiebre? si ___ no ___ desconoce ___

Amígdalas o alguna condición de adenoides? si ___ no ___ desconoce ___

Si su hijo frecuentemente respira por la boca? si ___ no ___ desconoce ___

Si su hijo le han colocado bifosfonatos intravenosos tales como Zometa (ácido zoledrónico), Aredia (piramidato) o Didronel (etidronato) por desórdenes de los huesos o cáncer?

Alguna vez su hijo ha tomado bifosfonatos orales tales como Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) para desórdenes óseos?

Su hijo ha tenido reacciones alérgicas a lo siguiente

Anestesia local (novocaína, lidocaína) si ___ no ___ desconoce ___

Látex (guates, globos) si ____ no ____ desconoce ____

Aspirina si ____ no ____ desconoce ____

Ibuprofeno si ____ no ____ desconoce ____

Penicilina si ____ no ____ desconoce ____

Otros antibióticos si ____ no ____ desconoce ____

Metales (joyería o broches de presión en la ropa) si ____ no ____ desconoce ____

Acrílico si ____ no ____ desconoce ____

Al polen de las plantas si ____ no ____ desconoce ____

Animales si ____ no ____ desconoce ____

Comida si ____ no ____ desconoce ____

Otras sustancias si ____ no ____ desconoce ____

HISTORIA DENTAL

La erupción de los dientes fue de forma temprana o tardía? si ____ no ____ desconoce ____

Los dientes primarios fueron extraídos por que aun no se caían? si ____ no ____ desconoce ____

Se extrajeron dientes permanentes o supernumerarios? si ____ no ____ desconoce ____

Existen dientes supernumerarios o dientes congénitamente faltantes? si ____ no ____ desconoce ____

Se ha lesionado o astillado algún diente permanente? si ____ no ____ desconoce ____

Presenta sensibilidad o dolor en algún diente? si ____ no ____ desconoce ____

Alguna obturación perdida o rota? si ____ no ____ desconoce ____

Fracturas mandibulares, quistes o infecciones? si ____ no ____ desconoce ____

Algún órgano dental tratado con tratamiento de conductos (endodoncia) o pulpotomías? si ____ no ____ desconoce ____

Presenta aftas, llagas o herpes labial? si ____ no ____ desconoce ____

Presenta problemas de habla o terapia del lenguaje? si ____ no ____ desconoce ____

Dificultad para respirar por la nariz? si ____ no ____ desconoce ____

Respira por la boca o roca durante las noches? si ____ no ____ desconoce ____

Historia sobre problemas del lenguaje? si ____ no ____ desconoce ____

Hábitos orales frecuentes (succión de dedo, morder o masticar lápiz, etc.)? si ____ no ____ desconoce ____

Que un diente cause irritación en los labios o mejillas? si ____ no ____ desconoce ____

Rechinamiento o apretamiento dental? si ____ no ____ desconoce ____

Algún clic o cierre de en la articulación mandibular? si ____ no ____ desconoce ____

Dolor en los músculos de la mandíbula o músculos de la cara? si ____ no ____ desconoce ____

Si su hijo a tenido algún tratamiento para problemas en la articulación temporomandibular o desordenes temporomandibulares? si ____ no ____ desconoce ____

Algo roto o faltante? si ____ no ____ desconoce ____

Algún problema serio asociado a un tratamiento dental previo? si ____ no ____ desconoce ____

Su hijo a sido diagnosticado con alguna enfermedad de las encías o piorrea (pus)? si ____ no ____ desconoce ____

INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE

Usted cree o piensa que algunas de las actividades que realiza su hijo puede afectar su cara, dientes o mandíbula?
Como? _____

Enliste los medicamento, suplementos alimenticios, medicación herbolaria o medicamentos no prescritos, incluido los suplemento de fluoruro que su hijo toma.

Medicamento: _____ Lo toma para: _____

Medicamento: _____ Lo toma para: _____

Medicamento: _____ Lo toma para: _____

Toma antibiótico pre medicado antes de un procedimiento dental? Si _____ no: _____

Si el paciente actualmente tiene o ha tenido problemas con el abuso de sustancias? _____

Si su hijo mastica o fuma tabaco? _____

Ha notado algún cambio inusual en su hijo en su cara o mandíbula? _____

Algún otro problema físico? _____

HISTORIA MEDICO FAMILIAR

Alguno de sus padres o hermanos a tenido alguna vez o tiene alguno de los siguientes problemas de salud? En caso de ser así explique.

Desordenes sanguíneos _____

Diabetes _____

Artritis _____

Alergias severas _____

Problemas dentales inusuales _____

Desequilibrio en el tamaño de la mandíbula _____

Alguna otra condición medica familiar _____

Con que frecuencia su hijo se cepilla? _____

Con que frecuencia usa el hilo dental? _____

LIBERACIÓN Y RENUNCIA

Yo autorizo cualquier información respecto al tratamiento ortodóntico de mi hijo para la compañía de mi seguro médico.

Padre/ tutor firma _____

Fecha _____

He leído todas las preguntas anteriores y entiendo cada una de ellas. No hago responsable a mi ortodoncista o algún miembro de este por algún error u omisión que haya hecho para completar este formulario. Notificare a el ortodoncista algún cambio de salud médico o dental de mi hijo.

Padre/ tutor firma _____

Fecha _____

ACTUALIZACIONES DE LA HISTORIA CLINICA

Cambios: _____

Firma del padre o tutor: _____ fecha _____

Firma del personal dental: _____ fecha _____

Cambios: _____

Firma del padre o tutor: _____ fecha _____

Firma del personal dental: _____ fecha _____

Cambios: _____

Firma del padre o tutor: _____ fecha _____

Firma del personal dental: _____ fecha _____

HISTORIA MEDICO DENTAL

PARA PACIENTES ADULTOS

PACIENTE:

Fecha _____

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre (s): _____

Título: señor _____ señora: _____ joven _____ señorita _____ doctor _____ otro _____ como prefiere ser llamado _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: masculino _____ femenino _____

Numero de seguridad social: _____

Estado civil: soltero _____ casado _____ separado _____ divorciado _____ viudo _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal: _____

Numero de casa: _____ Numero de celular: _____

Numero de oficina _____

Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleado: _____

FAMILIAR MÁS CERCANO

Nombre de la esposa (a) o del familiar mas cercano: _____

Título señor _____ señora _____ joven _____ señorita _____ doctor _____ otro _____

Relación con el paciente _____

Dirección (en caso de que sea diferente a la del paciente) _____

Numero de casa: _____ Numero de celular _____

Número del trabajo: _____

DENTISTA

Dentista _____ Dirección, Ciudad y Estado _____

Ultima visita _____ motivo _____ Próxima cita _____

Otros dentistas, especialistas que ha visitado: Nombre: _____ Ciudad, Estado _____

Motivo: _____

MEDICO

Doctor: _____ Ciudad, Estado _____

Ultima visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____

Fecha del más reciente examen médico: _____

Otros médicos o prestadores del servicio de salud que haya visto

Nombre: _____ Ciudad, Estado: _____

Motivo: _____

Nombre: _____ Ciudad, Estado: _____

Motivo: _____

INFORMACION GENERAL

¿Qué conoces acerca de sus dientes? _____

¿Quién le sugirió que podría necesitar tratamiento ortodóntico? _____

¿Por qué selecciono usted este consultorio? _____

¿Usted ha tenido algún tratamiento previo de ortodoncia?

Describalo _____

Algún otro familiar ha sido atendido en este consultorio?

Por favor nómbrelo: _____

Usted cree que su trabajo o alguna actividad pueda llegar a afectar sus dientes o mandíbula?

Por favor explique: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién será el responsable del financiamiento de esta cuenta? _____

Dirección (en caso de ser diferente al de la página 1) _____

Ciudad, Estado: _____

Numero de casa: _____ Numero de celular: _____

Correo electrónico: _____

Numero de seguridad social: _____ Empleado: _____

Quien será el responsable de traer al paciente a su cita de Ortodoncia: _____

SEGURO DENTAL

Nombre completo del primer asegurado: _____ fecha de nacimiento: _____

Numero de seguridad social: _____ relación con el paciente _____

Dirección y número (si no se ha escuchado antes): _____

Empleado: _____ Dirección: _____

Compañía de seguros: _____ Grupo: _____ no. de identificación: _____

Esta política o compañía tiene beneficios de ortodoncia? Si _____ no _____ desconoce _____

Nombre completo del segundo asegurado: _____ fecha de nacimiento: _____

Numero de seguridad social: _____ relación con el paciente _____

Dirección y número (si no se ha escuchado antes): _____

Empleado: _____ Dirección: _____

Compañía de seguros: _____ Grupo: _____ no. de identificación: _____

Esta política o compañía tiene beneficios de ortodoncia? Si _____ no _____ desconoce _____

SEGURO MEDICO

Nombre completo del titular: _____

Compañía aseguradora: _____

Sus respuestas son recabadas únicamente para el consultorio y son confidenciales. Una completa historia medica es esencial para completar la evaluación ortodóntica. En las siguientes preguntas favor de marcar si, no o desconoce.

HISTORIA MEDICA

Ha presentado o presenta:

Defectos de nacimiento o problemas hereditarios: si ___ no ___ desconoce ___

Fractura de huesos o alguna otra lesión: si ___ no ___ desconoce ___

Alguna lesión en cara, cabeza o cuello? si ___ no ___ desconoce ___

Artritis o problemas en las articulaciones? si ___ no ___ desconoce ___

Problemas endocrinos o de tiroides? si ___ no ___ desconoce ___

Diabetes o azúcar baja? si ___ no ___ desconoce ___

Problemas del riñón? si ___ no ___ desconoce ___

Cáncer, tumores, tratamiento con radiación o quimioterapias? si ___ no ___ desconoce ___

Úlcera gástrica, hiperacidosis o reflujo gástrico? si ___ no ___ desconoce ___

Problemas del sistema inmunitario? si ___ no ___ desconoce ___

Historia de osteoporosis? si ___ no ___ desconoce ___

Enfermedades de transmisión sexual, gonorrea, sífilis, herpes? si ___ no ___ desconoce ___

Sida o VIH positivo? si ___ no ___ desconoce ___

Hepatitis, ictericia o algún problema del hígado? si ___ no ___ desconoce ___

Polio, mononucleosis, tuberculosis o neumonía? si ___ no ___ desconoce ___

Convulsiones, desvanecimiento o problemas neurológicos? si ___ no ___ desconoce ___

Disturbios de salud mental o depresión? si ___ no ___ desconoce ___

Problemas auditivos, de visión o de lenguaje? si ___ no ___ desconoce ___

Historia de desorden alimenticio (anemia o bulimia) si ___ no ___ desconoce ___

Presión alta o baja en sangre? si ___ no ___ desconoce ___

Sangrado excesivo o tendencia a hematomas, anemia? si ___ no ___ desconoce ___

Dolor de pecho, falta de aliento, se cansa fácilmente, tobillos hinchados? si ___ no ___ desconoce ___

Defectos en el corazón, murmullo en el corazón, fiebre reumática? si ___ no ___ desconoce ___

Angina de pecho, arterioesclerosis, ataque al corazón? si ___ no ___ desconoce ___

Desorden de la piel (otro acné etc.) si ___ no ___ desconoce ___

Lleva usted una dieta balanceada? si ___ no ___ desconoce ___

Presenta frecuentemente dolores de cabeza o migraña? si ___ no ___ desconoce ___

Infecciones frecuentes, resfriados o infecciones de la garganta? si ___ no ___ desconoce ___

Asma, problemas de sinusitis, fiebre? si ___ no ___ desconoce ___

Amígdalas o alguna condición de adenoides ? si ___ no ___ desconoce ___

Usted frecuentemente respira por la boca? si ___ no ___ desconoce ___

Ha tenido reacciones alérgicas a cualquiera de lo siguiente:

Anestesia local (novocaína, lidocaína) si ___ no ___ desconoce ___

Látex (guates, globos) si ___ no ___ desconoce ___

Aspirina si ___ no ___ desconoce ___

Ibuprofeno si ___ no ___ desconoce ___

Penicilina si ___ no ___ desconoce ___

Otros antibióticos si ___ no ___ desconoce ___

Metales (joyería o broches de presión en la ropa) si ___ no ___ desconoce ___

Acrílico si ___ no ___ desconoce ___

Al polen de las plantas si ___ no ___ desconoce ___

Animales si ___ no ___ desconoce ___

Comida si ___ no ___ desconoce ___

Otras sustancias si ___ no ___ desconoce ___

HISTORIA DENTAL

Se le han extraído dientes permanentes o supernumerarios? si ___ no ___ desconoce ___

Presenta dientes supernumerarios o ausencia congénita de algún órgano dental? si ___ no ___ desconoce ___

Se ha lesionado o astillado algún diente permanente? si ___ no ___ desconoce ___

Presenta sensibilidad o dolor en algún diente? si ___ no ___ desconoce ___

Presenta sangrado de encías, ha notado un mal sabor u olor de boca? si ___ no ___ desconoce ___

Fracturas mandibulares, quistes o infecciones? si ___ no ___ desconoce ___

Algún órgano dental tratado con tratamiento de conductos (endodoncia) o pulpotomías? si ___ no ___ desconoce ___

Frecuentemente presenta aftas o herpes labial? si ___ no ___ desconoce ___

Presenta o sospecha de problemas del lenguaje? si ___ no ___ desconoce ___

Dificultad para respirar por la nariz? si ___ no ___ desconoce ___

Ha notado si la comida se impacta entre los dientes? si ___ no ___ desconoce ___

Es respirador bucal o ronca durante las noches? si ___ no ___ desconoce ___

Historia de problemas del habla? si ___ no ___ desconoce ___

Hábitos bucales frecuentes (succionar dedo, morder objetos, etc.) ? si ___ no ___ desconoce ___

Algún diente le provoca irritación a los labios, mejillas o encías? si ___ no ___ desconoce ___

Deglución anormal (empujar la lengua)? si ___ no ___ desconoce ___

Rechinamiento o apretamiento dental? si ___ no ___ desconoce ___

Zumbidos o chasquidos de la articulación de la mandíbula? si ___ no ___ desconoce ___

Dolor en los músculos de la cara o mandíbula? si ___ no ___ desconoce ___

Zumbidos en los oídos, dificultad a la masticación o al abrir la boca? si ___ no ___ desconoce ___

Ha presentado algún problema temporomandibular o disfunción temporomandibular? si ___ no ___ desconoce ___

Algún diente perdido o roto? si ___ no ___ desconoce ___

Algún problema serio asociado con un tratamiento dental previo? si ___ no ___ desconoce ___

Alguna vez le han diagnosticado enfermedad de las encías o piorrea? si ___ no ___ desconoce ___

Ha tenido antes alguna consulta ortodóntica o un tratamiento ortodóntico previo? si ___ no ___ desconoce ___

INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE

Enliste los medicamento, suplementos alimenticios, medicación herbolaria o medicamentos no prescritos, incluido los suplemento de fluoruro que usted toma.

Medicamento: _____ Lo toma para: _____

Medicamento: _____ Lo toma para: _____

Medicamento: _____ Lo toma para: _____

Alguna vez ha tomado medicamento para el fortalecimiento de sus huesos? Por favor descríballo. _____

Toma antibiótico pre medicado antes de un procedimiento dental? Si ___ no: _____

Si el paciente actualmente tiene o ha tenido problemas con el abuso de sustancias? _____

Usted mastica o fuma tabaco? _____

Ha notado algún cambio inusual en su cara o mandíbula? _____

Algún otro problema físico? _____

Con que frecuencia cepilla sus dientes? _____

Con que frecuencia usa el hilo dental? _____

Mujer: esta embarazada? Si ___ no ___ Usted esta intentando embarazarse? Si ___ no ___

HISTORIA MEDICO FAMILIAR

Sus padres o hermanos han presentado o presentan alguno de los siguientes problemas de salud? De ser así por favor explique:

Desordenes de sangrado: _____

Diabetes: _____

Artritis: _____

Alergias severas: _____

Problemas dentales inusuales: _____

Tamaño desproporcionado de la mandíbula: _____

Alguna otra condición medica familiar: _____

LIBERACIÓN Y RENUNCIA

Yo autorizo cualquier información respecto a mi tratamiento ortodóntico para la compañía de mi seguro médico.

Firma _____ Fecha _____

He leído todas las preguntas anteriores y entiendo cada una de ellas. No hago responsable a mi ortodoncista o algún miembro de este por algún error u omisión que haya hecho para completar este formulario. Notificare a el ortodoncista algún cambio de salud médico o dental.

Firma _____ Fecha _____

ACTUALIZACIONES DE LA HISTORIA CLINICA

Cambios: _____

Firma: _____ fecha _____

Firma del personal dental: _____ fecha _____

Cambios: _____

Firma: _____ fecha _____

Firma del personal dental: _____ fecha _____

Cambios: _____

Firma: _____ fecha _____

Firma del personal dental: _____ fecha _____

HISTORIA CLINICA DE PACIENTES CON DESORDEN TEMPOROMANDIBULAR

Fecha _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Que problemas ha tenido en la articulación mandibular, en los músculos de la mandíbula o dientes? _____

Cuando comenzó con estos problemas: _____

Cual pensó que fue la causa del problema? _____

SINTOMAS Por favor marque cada síntoma que se presenta en cada apartado.

ARTICULACION MANDIBULAR

	Izquierda		Derecha		
Clicks o chasquidos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____
Ruidos de rejilla	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____
Quedo la mandíbula abierta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____
Mandíbula cerrada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____
Limitación de la apertura	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____
Apertura suavemente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____
Dolor de la articulación	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____
Dolor en los músculos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____

de la cara

PROBLEMAS DENTALES

Rechinamiento dental	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____
Apretamiento dental	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____
Dolor en uno o más dientes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____
Perdida de uno o más dientes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	comentario _____

CABEZA Y DOLOR FACIAL

	Izquierda	Derecha (poco)	Grados de dolor	(mucho)
Migraña o dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Dolor de cabeza en racimo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Dolor de cabeza sinusal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Dolor por detrás de la cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Dolor en cabello y cuero cabelludo al tacto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	

OIDO Y PROBLEMAS DE EQUILIBRIO

Dolor en el oído	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Zumbidos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Disminución auditiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Mareo o vértigo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Falta de equilibrio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____

PROBLEMAS DE GARGANTA

Problemas de deglución	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Opresión en la garganta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Dolor en la garganta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Laringitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Fluctuaciones de voz	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Congestión de garganta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Carraspeo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Salivación excesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Dolor en la lengua	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____
Dolor en el techo de	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	comentario_____

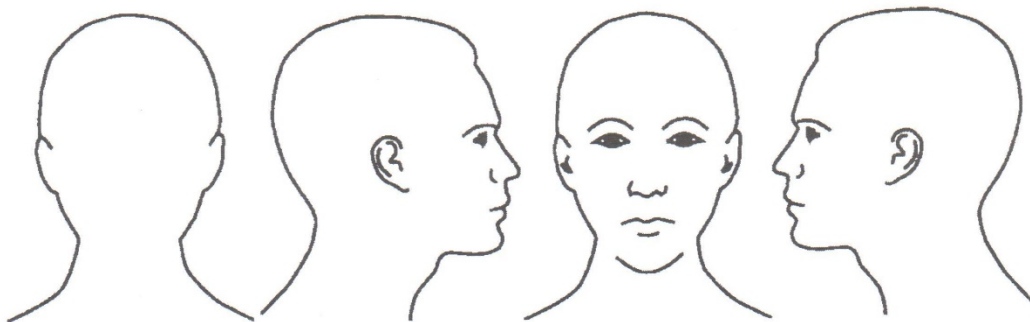
CUELLO Y/ DOLOR DE HOMBRO

- Cuello/hombro/ dolor en la parte trasera Si No comentario _____
- Reducción de la movilidad de cuello u hombro Si No comentario _____
- Fatiga frecuente de los músculos del cuello Si No comentario _____
- Adormecimiento- dolor de brazos o dedos Si No comentario _____

PROBLEMAS OCULARES

- Dolor alrededor o detrás de los ojos Si No comentario _____
- Ojos ensangrentados Si No comentario _____
- Visión borrosa Si No comentario _____
- Presión detrás de los ojos Si No comentario _____
- Sensibilidad a la luz Si No comentario _____
- Agua en los ojos Si No comentario _____
- Parados caídos Si No comentario _____

En las figuras de abajo, marcar con una X donde tiene dolor. Y encerrar en un círculo donde el dolor es más severo.



INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE

Usted ha tenido recientemente o durante la infancia alguna historia de trauma en la cabeza o cara (tales como caídas, accidentes, golpes en la cabeza o cara, lesiones deportivas, etc.)?. En caso de ser si, por favor describalo: _____

Usted realiza frecuentemente alguna actividad en la que tenga que mantener la cabeza o el cuello en una posición desbalanceada (tales como instrumentos musicales, teclado, sostener el teléfono por largo tiempo, etc.)?. En caso de ser así, por favor describalo: _____

Usted ha tenido anteriormente algún tratamiento para disfunción temporomandibular por algún problema previo?. En caso de ser así cuando fue? _____ por
quien? _____

Fue un problema igual o diferente al problema actual? _____

Que tratamiento tuviste? _____

Crees que el tratamiento fue exitoso? _____

Que le gustaría lograr con su
tratamiento? _____

ACTUALIZACIONES

Nota de
evolución: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Odontólogo a cargo _____ Fecha _____

Nota de
evolución: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Odontólogo a cargo _____ Fecha _____

Nota de
evolución: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Odontólogo a cargo _____ Fecha _____

Nota de
evolución: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Odontólogo a cargo _____ Fecha _____

Nota de
evolución: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Odontólogo a cargo _____ Fecha _____

Nota de
evolución: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Odontólogo a cargo _____ Fecha _____

Nota de
evolución: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Odontólogo a cargo _____ Fecha _____