

# **CAPÍTULO IX**

## **ANEXOS**

**9.1 FICHA DE CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES LOCALES MAS RELEVANTES PARA EVALUAR LA DIFICULTAD DE EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR**

NOMBRE DEL PACIENTE: .....

EDAD: .....

SEXO: .....

**ESCALA ROMERO RUIZ**

RELACION ESPACIAL (Clasificación de Winter)			
Mesioangular(1)	Horizontal/transv(2)	Vertical(3)	Distoangular(4)

PROFUNDIDAD (Clasificación de Pell y Gregory)		
Nivel A(1)	Nivel B(2)	Nivel C(3)

RELACION CON LA RAMA ASCENDENTE (Clasificación de Pell y Gregory)		
Clase I(1)	Clase II(2)	Clase III(3)

INTEGRIDAD DEL HUESO Y MUCOSA (C=cubierto P=parcialmente T =totalmente x=por)				
CPx mucosa(1)	CPx hueso y mucosa(2)	CTX mucosa(3)	CTX mucosa y CPx hueso(4)	CTX mucosa y hueso(5)

RAICES		
+de 2/3 fusionadas (1)	+ de 2/3 separadas o -de1/3 fusionadas(2)	+ de 2/3 multiples (3)

TAMAÑO DEL FOLICULO	
0-1mm(1)	0mm(2)

Índice de Dificultad	TOTAL
Muy difícil(8a10)	
Difícil(5a7)	
Poco difícil(3a4)	

Cercanía al nervio dentario inferior .....

Densidad osea .....

Acceso mesial .....

Observaciones .....

## 2.2 RESUMEN DE DATOS DE LOS PACIENTES REGISTRADOS

Nº Pac	Sexo	Edad	Clasificación Winter		Profundidad		Cl. Pally Greg	
			D	I	D	I	D	I
1	F	23	distoangular	vertical	Nivel a	Nivel a	clase2	clase1
2	F	25	mesioangular	distoangular	Nivel a	Nivel a	clase3	clase2
3	M	24	distoangular		Nivel a		Clase1	
4	F	31	mesioangular	mesioangular	Nivel a	Nivel a	clase1	clase1
5	F	15	mesioangular	mesioangular	Nivel b	Nivel b	clase2	clase2
6	M	23	vertical	mesioangular	Nivel a	Nivel a	clase2	clase2
7	F	25	mesioangular	mesioangular	Nivel a	Nivel a	clase1	clase3
8	F	24		distoangular	Nivel a		clase2	
9	F	21	mesioangular	mesioangular	Nivel b	Nivel b	clase3	clase2
10	M	17		horizontal		Nivel b		clase3
11	F	26	mesioangular	mesioangular	Nivel a	Nivel a	clase1	clase1
12	M	22	horizontal		Nivel b		clase3	
13	F	28	vertical		Nivel a		clase1	
14	M	17		mesioangular	Nivel b		clase3	
15	F	21	mesioangular	mesioangular	Nivel b	Nivel b	clase2	clase2
16	M	20	mesioangular	mesioangular	Nivel a	Nivel b	clase3	clase3
17	M	22	vertical	vertical	Nivel a	Nivel a	clase2	clase2
18	F	20	mesioangular	vertical	Nivel b	Nivel b	clase3	clase3
19	F	22	mesioangular	mesioangular	Nivel b	Nivel b	clase1	clase2
20	F	24	mesioangular	mesioangular	Nivel b	Nivel b	clase1	clase2
21	F	21	mesioangular	mesioangular	Nivel a	Nivel a	clase1	clase2
22	F	16	mesioangular	mesioangular	Nivel b	Nivel b	clase3	clase3
23	F	18	vertical	vertical	Nivel a	Nivel a	clase2	clase2
24	F	36	distoangular		Nivel a		Clase1	
25	M	20	mesioangular	mesioangular	Nivel b	Nivel a	clase2	clase3
26	M	21		mesioangular	Nivel a		clase3	
27	F	21	vertical	mesioangular	Nivel a	Nivel a	clase2	clase3
28	M	18	horizontal	horizontal	Nivel a	Nivel a	clase3	clase3
29	F	27		mesioangular		Nivel a		Clase3
30	F	28	distoangular	distoangular	Nivel a	Nivel a	clase1	clase2
31	F	17	mesioangular	mesioangular	Nivel b	Nivel b	clase2	clase2
32	M	17	mesioangular	mesioangular	Nivel a	Nivel a	clase2	clase2
33	M	17	mesioangular	mesioangular	Nivel b	Nivel b	clase1	clase1
34	F	19	distoangular	distoangular	Nivel a	Nivel a	clase2	clase2
35	F	18	distoangular	distoangular	Nivel a	Nivel a	clase1	clase1
36	F	53		mesioangular	Nivel a		clase1	
37	M	21	mesioangular	mesioangular	Nivel a	Nivel a	clase1	clase3

38	F	21	horizontal		Nivel a		clase3	
39	F	20	transversal L	transversal L	Nivel b	Nivel b	clase3	clase3
40	F	24	vertical	vertical	Nivel a	Nivel a	clase2	clase1
41	F	18	distoangular	mesioangular	Nivel a	Nivel b	clase3	clase3
42	M	28	mesioangular	mesioangular	Nivel a	Nivel a	clase3	clase3
43	F	21	vertical	vertical	Nivel a	Nivel a	clase1	clase1
44	F	21	horizontal	horizontal	Nivel a	Nivel a	clase3	clase3
45	M	23	mesioangular	mesioangular	Nivel a	Nivel a	clase2	clase1
46	M	18	mesioangular	horizontal	Nivel a	Nivel a	clase2	clase3
47	M	20	mesioangular	mesioangular	Nivel b	Nivel a	clase2	clase2
48	F	15	mesioangular	mesioangular	Nivel b	Nivel b	clase1	clase2
49	M	34	horizontal	horizontal	Nivel a	Nivel a	clase3	clase3
50	M	24	mesioangular	mesioangular	Nivel a	Nivel a	clase1	clase2

N°	Raíces		Tamaño del folículo		Dificultad		Integridad de MH	
	D	I	D	I	D	I	D	I
1	D	I	D	I	D	I	D	I
2	2/3 fus.	2/3 fus.	0mm	1mm	muy D	D	cpxMH	
3	2/3 sep.	2/3 fus.	1mm	1mm	muy D	muy D	cpxMH	cpxMH
4	2/3 fus.				D			
5	2/3 fus.	2/3 sep.			poco D	poco D		
6	1/3 fus.	1/3 fus.		1mm	muy D	muy D	ctxMcpXH	ctxMH
7	2/3 sep.	2/3 sep.			muy D	muy D		cpxMH
8	2/3 sep.	2/3 fus.			D	muy D		cpxHM
9		2/3 sep.				muy D	cpxHM	
10	1/3 fus.	1/3 fus.	1mm	1mm	muy D	muy D	ctxMcpXH	ctxM cpxH
11		1/3 fus.		1mm		muy D		ctxMH
12	2/3 fus.	2/3 fus.			poco D	poco D		
13	2/3 sep.		1mm		muy D		ctxMcpXH	
14	2/3 fus.				D			
15	1/3 fus.		1mm		muy D		ctxMH	
16	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm	1mm	muy D	muy D	cpxHM	cpxMH
17	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm	1mm	muy D	muy D	cpxHM	ctxM cpxH
18	2/3 sep.	2/3 sep.			muy D	muy D		
19	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm	1mm	muy D	muy D	ctxM cpxH	ctxMH
20	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm	1mm	muy D	muy D	ctxM cpxH	ctxM cpxH
21	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm	1mm	muy D	muy D	ctxM cpxH	ctxM cpxH
22	2/3 sep.	2/3 fus.		1mm	D	muy D	cpxMH	cpxMH
23	1/3 fus.	1/3 fus.	1mm	1mm	muy D	muy D	ctxM cpxH	ctxM cpxH
24	2/3 sep.	2/3 sep.			muy D	muy D	cpxHM	cpxMH
25	2/3 fus.				D			
26	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm		muy D	D	ctxMcpXH	
27		2/3 fus.		1mm		muy D	cpxMH	
28	2/3 sep.	2/3 sep.			muy D	muy D		cpM

29	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm	1mm	muy D	muy D	cpxMH	cpxMH
30		2/3 sep.				muy D		cpxMH
31	2/3 fus.	2/3 fus.		1mm	D	muy D		cpxMH
32	1/3 fus.	1/3 fus.	1mm	1mm	muy D	muy D	cpxMH	cpxMH
33	2/3 sep.	2/3 sep.			muy D	D	cpxMH	
34	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm		muy D	muy D	cpxMH	cpxMH
35	2/3 sep.	2/3 mult.	1mm	1mm	muy D	muy D	cpxMH	cpxMH
36	2/3 fus.	2/3 fus.			D	muy D		cpxMH
37		2/3 fus.				poco D		
38	2/3 sep.	2/3 sep.		1mm	D	muy D		cpxMH
39	2/3 sep.		1mm		muy D		ctxM cpxH	
40			1mm	1mm	muy D	muy D	ctxMH	ctxM cpxH
41	2/3 sep.	2/3 fus.			muy D	D	cpxMH	
42	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm	1mm	muy D	muy D	ctxMH	ctxM cpxH
43	2/3 sep.	2/3 sep.	0mm	0mm	muy D	muy D	cpxMH	ctxM cpxH
44	2/3 sep.	2/3 sep.			muy D	muy D		cpxM
45	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm	1mm	muy D	muy D	cpxMH	cpxMH
46	2/3 fus.	2/3 sep.	1mm		muy D	poco D	cpxM	
47	2/3 sep.	2/3 mult.	1mm	1mm	muy D	muy D	cpxMH	ctxM cpxH
48	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm	1mm	muy D	muy D	ctxM cpxH	cpxMH
49	1/3 fus.	1/3 fus.	1mm	1mm	muy D	muy D	ctxM cpxH	ctxM cpxH
50	2/3 sep.	2/3 sep.	1mm	1mm	muy D	muy D	ctxM cpxH	ctxM cpxH

Nº	Cercanía del nervio (D)		Nivel de Dificultad		Densidad Ósea	
	D	I	D	I	D	I
1						
2	alejado	alejado	normal	normal	presenta	presenta
3	cercano	cercano	poco denso	poco denso	no presenta	estrecho
4	alejado		denso		presenta	
5	cercano	alejado	normal	normal	presenta	presenta
6	cercano	cercano	poco denso	poco denso	no presenta	no presenta
7	cercano	cercano	normal	normal	presenta	estrecho
8	alejado	alejado	normal	normal	presenta	estrecho
9		alejado		normal		estrecho
10	alejado	alejado	poco denso	poco denso	no presenta	no presenta
11		alejado		normal		no presenta
12	alejado	alejado	normal	normal	presenta	presenta
13	alejado		normal		no presenta	
14	alejado		normal		estrecho	
15	alejado		poco denso		no presenta	
16	cercano	cercano	poco denso	poco denso	no presenta	no presenta
17	alejado	alejado	normal	normal	no presenta	no presenta
18	alejado	alejado	normal	normal	estrecho	estrecho
19	alejado	alejado	poco denso	poco denso	no presenta	no presenta
20	alejado	alejado	normal	normal	no presenta	no presenta
21	cercano	en contacto	normal	normal	no presenta	no presenta

22	alejado	alejado	normal	normal	presenta	no presenta
23	cercano	cercano	normal	normal	no presenta	no presenta
24	alejado	cercano	normal	normal	estrecho	estrecho
25	alejado		normal		estrecho	
26	alejado	alejado	normal	normal	no presenta	presenta
27		alejado		normal		no presenta
28	cerca	cercano	normal	normal	estrecho	no presenta
29	alejado	alejado	normal	normal	no presenta	no presenta
30		alejado		normal		no presenta
31	alejado	cercano	normal	normal	estrecho	estrecho
32	alejado	alejado	normal	normal	no presenta	no presenta
33	en contacto	cercano	normal	normal	presenta	presenta
34	alejado	alejado	normal	normal	no presenta	no presenta
35	cercano	en contacto	normal	normal	presenta	presenta
36	alejado	alejado	normal	normal	presenta	presenta
37		en contacto		poco denso		presenta
38	alejado	alejado	normal	normal	estrecho	no presenta
39	alejado		normal		no presenta	
40	alejado	alejado	normal	normal	presenta	no presenta
41	cercano	cercano	normal	normal	estrecho	estrecho
42	alejado	alejado	normal	normal	no presenta	no presenta
43	alejado	alejado	denso	denso	no presenta	no presenta
44	alejado	alejado	normal	normal	estrecho	estrecho
45	cercano	alejado	normal	normal	no presenta	no presenta
46	cercano	en contacto	normal	normal	no presenta	presenta
47	cercano	alejado	normal	normal	estrecho	no presenta
48	cercano	cercano	denso	denso	estrecho	no presenta
49	cercano	cercano	normal	normal	no presenta	no presenta
50	alejado	cercano	normal	normal	no presenta	no presenta



### 9.3 HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

	SEDES: _____	Nº de H.C. <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	RED DE SALUD: _____	C.I. <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
MUNICIPIO: _____												
ESTAB. DE SALUD: _____												

## HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	M . F
			Edad Sexo
Lugar y Fecha de Nacimiento	Ocupación	Dirección	Teléfono y/o Celular
I - P - S - U - T - P Grado de Instrucción	S - C - D - V - U Estado Civil	Naciones Originarias	Idioma o Dialecto

Persona que brinda la información: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Dirección	Teléfono
------------------	------------------	---------	-----------	----------

Antecedentes Patológicos Familiares: \_\_\_\_\_

Antecedentes Patológicos Personales:

Anemia ( )	Cardiopatías ( )	Enf. Gástricas ( )	Hepatitis ( )	Tuberculosis ( )
Asma ( )	Diabetes Mel. ( )	Epilepsia ( )	Hipertensión ( )	VIIH ( )

Otros: Alergias: SI ( ) NO ( ) Embarazo: SI ( ) - Semanas NO

¿Esta en tratamiento médico? \_\_\_\_\_ / Actualmente recibe algún medicamento? \_\_\_\_\_

Tuvo hemorragia después de una extracción dental: SI ( ) Especifique: Inmediata - Mediana NO ( )

#### EXAMEN EXTRA ORAL

ATM: _____	Labios: _____
Ganglios linfáticos: _____	Lengua: _____
Respirador: Nasal ( ) Bucal ( ) Buconasal ( )	Paladar: _____
Otros: _____	Piso de la boca: _____

#### EXAMEN INTRA ORAL

ANTECEDENTES BUCODENTALES

Fecha de la última visita al odontólogo: \_\_\_\_\_ Encías: \_\_\_\_\_

IIABITOS: Fuma ( ) Bebe ( ) Otros: \_\_\_\_\_ Utiliza prótesis dental: SI ( ) NO ( )

#### ANTECEDENTES DE HIGIENE ORAL

Utiliza cepillo dental: SI ( ) NO ( ) Utiliza hilo dental: SI ( ) NO ( ) Utiliza enjuague bucal: SI ( ) NO ( )

Frecuencia del cepillado dental: \_\_\_\_\_ Durante el cepillado dental le sangran las encías? SI ( ) NO ( )

HIGIENE BUCAL: Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

#### ESTADO PERIODONTAL

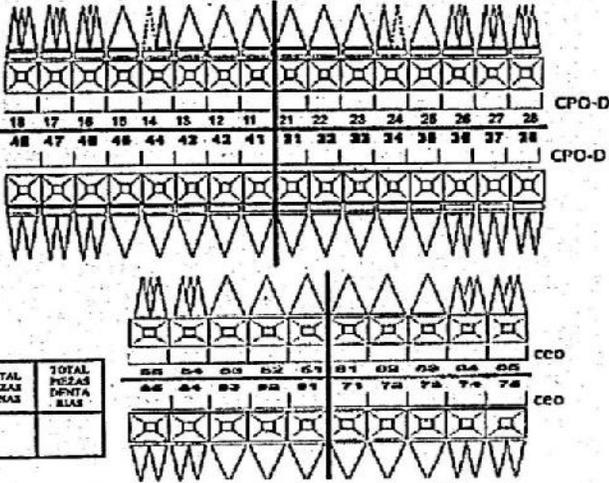
0 sano
1 sangrado
2 edulcorio o tartaros
3 bolsa de 4 a 5 mm
4 bolsa de 6 mm o mas
K sextante excluido

17/36	11	26/37
46/47	31	37/35

T. P.	CRITERIOS DE DIAGNOSTICO
A 0	SANO
B 1	CARIADO
C 2	OPULMADO Y CARIADO
D 3	OPULMADO SIN CARIAS
E 4	PERDIDO POR CARIAS
F 5	PERDIDO POR OTRA CAUSA
G 6	SOPORTE DE FUENTE CORONA ESPECIAL O FUNDIDA
H 7	NO FUNCIONADO
I 8	TRAUMATISMOS
J 9	NO REGISTRADO

C	C	O	TOTAL CCO	C	P	O	TOTAL CPO	TOTAL PIEZAS SANAS	TOTAL PIEZAS DENTALES

#### ODONTOGRAMA



FECHA	ATENCION DE : URGENCIA/EMERGENCIA <input type="checkbox"/> PREFERENCIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/>		
	Recibió Atención Previa por el motivo de consulta actual SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	SUBJETIVO: Estado General del Paciente: BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/>		
HORA.....	OBJETIVO:		
EDAD.....	ANALISIS:		
P.A.....	PLAN DE ACCION:		
F.C.....			
F.R.....			
TEMP.....			
PESO.....	Nombre y apellidos del paciente Madre, tutor, apoderado Firma o Huella digital	Sello y firma del Odontólogo (a) con registro Ministerial	

FECHA	ATENCION DE : URGENCIA/EMERGENCIA <input type="checkbox"/> PREFERENCIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/>		
	Recibió Atención Previa por el motivo de consulta actual SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	SUBJETIVO: Estado General del Paciente: BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/>		
HORA.....	OBJETIVO:		
EDAD.....	ANALISIS:		
P.A.....	PLAN DE ACCION:		
F.C.....			
F.R.....			
TEMP.....			
PESO.....	Nombre y apellidos del paciente Madre, tutor, apoderado Firma o Huella digital	Sello y firma del Odontólogo (a) con registro Ministerial	

FECHA	ATENCION DE : URGENCIA/EMERGENCIA <input type="checkbox"/> PREFERENCIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/>		
	Recibió Atención Previa por el motivo de consulta actual SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	SUBJETIVO: Estado General del Paciente: BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/>		
HORA.....	OBJETIVO:		
EDAD.....	ANALISIS:		
P.A.....	PLAN DE ACCION:		
F.C.....			
F.R.....			
TEMP.....			
PESO.....	Nombre y apellidos del paciente Madre, tutor, apoderado Firma o Huella digital	Sello y firma del Odontólogo (a) con registro Ministerial	

REFERENCIA:	MOTIVO:	FECHA:	HORA:
CONTRAREFER.	MOTIVO:	FECHA:	HORA:

## 9.4 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE HISTORIA CLÍNICA (SEDES)

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

### INSTRUCTIVO DE LLENADO

#### Recomendaciones generales:

- Debe escribirse con bolígrafos de tinta indeleble de color azul.
- La letra debe ser clara, impresa, perfectamente legible y comprensible.
- En caso de error, no borrar con radex sino encerrar entre paréntesis corrigiendo luego el error.
- Cuando se trate de tiquear o encerrar en un círculo las casillas, debe marcar en forma clara.

#### Encabezamiento

##### Al extremo superior izquierdo:

Escuela Nacional del Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud.

SEDES.- Al que corresponde.

Red de Salud.- A la que pertenece.

Municipio.- Correspondiente

Establecimiento de Salud.- en el que es atendido el paciente, respectivo.

##### Al extremo superior derecho:

N° de Historia Clínica.-

Su registro dependerá del seguro al que pertenece el o la paciente, pueden ser los siguientes:

**SUMI.** Se registrará: fecha de nacimiento, día/mes/año y las iniciales (mayúsculas) del primer nombre, apellido paterno y apellido materno. Ej.: Juancito Pinto Mamani nació el 12 de junio de 2010, su registro corresponde a: 12/06/10JPM.

Los pacientes que llevan un solo apellido se repetirán la inicial del mismo.

**SSPAM.** Se registrará: fecha de nacimiento día/mes/año y las iniciales (mayúsculas) del primer nombre, apellido paterno y apellido materno. Ej.: Juan Miguel Quispe Condori nació el 15 de Agosto de 1940, su registro corresponde a: 15/08/40JQC.

Otros seguros. Se registrará de acuerdo a la ley estipulada según al seguro que pertenece.

#### Población no asegurada:

Se registrará el número de la historia clínica asignado por el establecimiento de salud a los pacientes no asegurados.

C.I.- Registrar el número de cédula de identidad y el lugar de expedición.

Título: HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA

#### DATOS PERSONALES.

Registrar el Apellido paterno, Apellido materno y nombres del paciente.

Edad.- Se registrará en años Ej. 3 años y 8 meses, se registrará solo 3.

Sexo.- Encierre en un círculo si corresponde al sexo masculino M o femenino F.

Lugar y Fecha de nacimiento.- Registrar solo el lugar y fecha de nacimiento del paciente.

Ocupación.- Describir la ocupación a la que se dedica el paciente.

Dirección.- Registrar el barrio, zona, avenida o calle y N° de casa donde vive el paciente, en caso de comunidades describir el lugar con referencias, Ej. Al frente de la Unidad Educativa, a lado de la Iglesia, pasando el río, etc.

Teléfono o celular.- Anotar el número, de teléfono y/o celular si lo tuviese.

Grado de Instrucción.- Encierre en un círculo el registro del grado de instrucción del paciente si es I = Inicial, P=Primaria, S=Secundaria, U=Universitario, T=Técnico, P= Profesional.

Estado Civil.- Se deberá hacer el registro del estado civil actual del paciente si es: S= Soltero, C= Casado, D=Divorcado, V= Viudo, U= Unión libre.

Naciones Originarias.- Se deberá registrar el origen de la persona: Ej. Moxetén, Ayoreo, Quechua, Aymara, etc.

Idioma o dialecto.- Se deberá registrar el idioma o dialecto que habla el paciente.

Persona que brinda la información.- Se refiere a la persona que acompaña a un niño, niña, persona con capacidades diferentes, adulto mayor u otro. Esta persona puede ser familiar, pariente cercano apoderado e incluso vecino. Ej. Paciente de la tercera edad que viene a la consulta acompañado de su hija

Registrar Apellido paterno, materno y nombre/s

Dirección y teléfono.- Dirección de la persona que brinda la información, también solicitar el N° telefónico y/o celular si tiene.

**ANAMNESIS.-** Deberá ser llenado por el profesional Odontólogo:

**Antecedentes Patológicos Familiares.-** Registrar las patologías que guardan relación con la genética, la importancia de ciertas enfermedades que se repiten en la familia. Preguntar por la salud de los padres, si murieron cual fue la causa y a qué edad, lo propio para los abuelos, tíos y hermanos, Ej. Diabetes, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, gota, cuadros alérgicos y trastornos mentales.

**Antecedentes Patológicos Personales.-** De la lista de enfermedades a continuación tiquee cual posee el paciente con (



), caso contrario registrar con una X.

Anemia, asma, cardiopatías, diabetes, Hef. Enf. gástricas, epilepsia, hepatitis, hipertensión, tuberculosis, VIH.

**Otros.** Registrar si el paciente tiene otra enfermedad no mencionada anteriormente.

**Alergias.** Tiquear en la casilla que corresponde: SI en caso de que el paciente presente alergia a: la anestesia, antibióticos, algún medicamento u otro. Y NO cuando no tiene.

**Embarazo.** Tiquee SI cuando la paciente está embarazada registrando además las semanas de embarazo o NO en caso de no estar embarazada.

**Está en tratamiento médico?** Si el paciente se encuentra en tratamiento médico se debe describir el tratamiento médico que recibe actualmente.

**Actualmente recibe algún medicamento?** Si lo recibe especificar cual (nombre genérico del medicamento).

**Tuvo hemorragia después de una extracción dental:** Tiquear en la casilla que corresponde, si la respuesta es SI especifique subrayando si fue inmediata o mediana indicando el tiempo en horas o NO sino corresponde.

#### **EXAMEN EXTRA ORAL.**

**ATM.-** Registrar en el caso de chasquido, crujido, subluxación, Luxación y/o anquilosis.

**Ganglios linfáticos.-** Registrar si se encuentran normales o inflamados.

**Respirador.-** Tiquee la casilla según corresponda la respuesta: si es nasal, bucal o buco nasal.

**Otros.** Explicar si encontró otra alteración, en cabeza, cara y/o cuello del paciente.

#### **EXAMEN INTRA ORAL**

Registrar características patológicas según inspección.

**Labios.-** Color y aspecto de los labios.

**Lengua.-** Contextura si no presenta alteraciones.

**Paladar.-** Alteraciones de arrugas palatinas, paladar duro y paladar blando.

**Piso de la boca.-** Ver glándulas, aumentos de volumen, cambio de coloración e incluso frenillo lingual.

**Mucosa yugal.-** Manchas, cambio de textura, lesiones debidas a la oclusión, desemboque de las parótidas.

**Encías.-** Aumentos de volumen, textura, color.

**Utiliza prótesis dental.-** Tiquear en la casilla que corresponde.

#### **ANTECEDENTES BUCODENTALES.**

**Fecha de la última visita al odontólogo.-** Registrar la fecha de la última visita al odontólogo.

**HABITOS.-** Tiquear en la casilla correspondiente si FUMA o BEBE y Otros hábitos que tuviese.

#### **ANTECEDENTES DE HIGIENE ORAL.**

**Utiliza cepillo dental.-** Tiquee SI o NO

**Utiliza hilo dental.-** Tiquee SI o NO

**Utiliza enjuague bucal.-** Tiquee SI o NO

**Frecuencia del Cepillado.-** Registrar cuantas veces se cepilla al día: 1, 2, 3 veces o mas veces

**Durante el cepillado dental le sangran las encías?** Tiquee SI o NO

**HIGIENE BUCAL.** Tiquee en la casilla donde corresponda:

**Buena.** Cuando no hay presencia de residuos, pigmentaciones o manchas.

**Regular.** Presencia de residuos blandos que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental.

**Malas.** Cuando la presencia de residuos blandos cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta.

**Observaciones.-** En caso de no utilizar ninguno de estos aditamentos indicar que utiliza el paciente para su higiene dental.

#### **ODONTOGRAMA**

Estado actual de las piezas dentarias registradas en la primera consulta.

- En dentición temporal.- Utilizaremos las codificaciones en letras
- En dentición permanente.- Las codificaciones en números

#### CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

##### A-0 = Sano

Se considera sano cuando no hay evidencia clínica de caries.

También serán considerados sanos los siguientes criterios:

- > Manchas blancas o lechosas
- > Zonas decoloradas
- > Superficies ásperas
- > Fosas o fisuras manchadas en el esmalte que no presenta signos visuales de alteración. A la exploración no se detecta ablandamiento.
- > Áreas brillantes, duras o punteadas del esmalte que presenta signos de fluorosis moderada a intensa.
- > Lesiones como abrasión, erosión y atrición.
- > cuando se observa la presencia de sellante en fosas y fisuras o barniz en superficies lisas.

##### B-1 = Cariado

Un diente puede considerarse con caries cuando:

- > Es evidente y obvia una lesión reblandecida en el esmalte, la dentina o cemento
- > A la exploración se denota tejido reblandecido
- > Piezas con obturaciones provisionales.
- > Piezas dentarias totalmente destruidas por lesiones cariosas

##### C-2 = Obturado y cariado

Se considera que una pieza dentaria esta obturada con caries, cuando la pieza dentaria tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas cariadas. No debe diferenciarse la caries primaria de la secundaria.

##### D-3 = Obturado sin caries

Cuando se halla una o más restauraciones permanentes y no existen lesiones cariosas.

##### E-4 = Perdido por caries

Se registrara las piezas dentarias que han sido extraídas debido a la presencia de caries. En piezas primarias se registrara cuando se justifique la pérdida a edad temprana a la exfoliación normal.

##### 5 = Perdido por otra razón

Se consideran aquellas piezas dentarias permanentes ausentes de causa congénito o que han sido extraídas por motivos ortodóncos, periodontopatías y traumatismos entre otros.

No se registra en piezas primarias.

##### F-6 = Soporte de puente, corona especial o funda

Se registra cuando una pieza dentaria forma parte de un puente fijo o parte de soporte de puente. Se registra también para coronas cementadas por motivos de caries, para fundas y laminas que cubren la superficie labial exentos de caries

##### 7 = No erupcionado

Limitada a los dientes permanentes y se utiliza solo para un espacio dental en que hay un diente permanente sin erupcionar, pero en ausencia de piezas primarias.

##### G-8 = Traumatismos

Cuando falta una parte de la superficie como resultado de un traumatismo y no hay signos de caries.

##### H-9 = No registrado

Se utiliza para pieza dentaria impactada que no se puede examinar para llegar a un diagnostico. Piezas dentarias supernumerarias. En caso de patologías de forma, tamaño y estructura.

**Nota:** El odontograma está diseñado por todas las caras de la pieza dentaria, donde se puede apreciar corona, área cervical y raíz además, una fila de casillas para el indicador correspondiente de cada pieza dentaria, las filas

superiores se registrara el odontograma propiamente dicho y en las inferiores los índices ceo y CPOD según corresponda.

Se hace notar que la utilización de cualquier grafico para índices periodontal CPITN, CPO-D ceo, serán llenados única y exclusivamente cuando se realicen levantamientos para esos fines, y previo Instructivo del Programa Nacional de salud Oral, y no así en el llenado de historia clínica cotidiano.

#### VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

##### I.- ESTADO PERIODONTAL

Determinar el estado periodontal según el Índice Periodontal CPITN (Community periodontal Index of treatment need), conocida también como Índice Periodontal de la Comunidad (IPC), donde se examina todos los dientes del sextante, si contiene dos o más dientes en los que no está indicada la extracción registrando el valor más alto.

En pacientes menores de 20 años solo se examinarán 6 dientes indicadores: 16, 11, 26, 36, 31, 46.

Dientes indicadores para los adultos de 20 años o más, los dientes que se examinarán serán: 17/16, 11, 26/27, 36/37, 31, 46/47.

##### VALORES Y CODIGOS UTILIZADOS.-

**Código 0 = Sano**

No presenta sangrado, cálculos, ni bolsas periodontales al introducir la sonda.

**Código 1 = Sangrado**

Al sondaje periodontal presenta sangrado, pero exento de cálculos y bolsas.

**Código 2 = Cálculos o tártaros**

Presencia de sangrado, cálculos o tártaros supragingival y subgingival, existe bolsa periodontal de 2 a 3 mm.

**Código 3 = Bolsa de 4 a 5 mm**

Presencia de sangrado, cálculos o tártaros supragingival y subgingival, existe bolsa periodontal de 4 a 5 mm.

**Código 4 = Bolsa de 6 mm o mas**

Presencia de sangrado, cálculos o tártaros supragingival y subgingival, existe bolsa periodontal de 6 mm o más.

**Código x = Sextante excluido**

Cuando no exista al menos 2 dientes en el sextante

\*En menores de 15 años, se utilizan los códigos: 0,1 y 2 (debido a la presencia de falsas bolsas, sin pérdida de inserción)

##### II.- INDICE ceo

Indicador que toma en cuenta los dientes primarios, considerando las 20 piezas dentarias.

##### CRITERIOS DE VALORACION

**c= cariado**

Tomar en cuenta los criterios de diagnóstico B y C del llenado del odontograma

**a= extracción indicada**

Piezas dentarias anquilosadas que no permiten la erupción de la pieza dentaria permanente

Piezas dentarias totalmente destruidas por lesiones cariosas

Piezas dentarias fracturadas por traumatismos y cuya restauración no se puede llevar a cabo.

Cuando la rizoísis es irregular y causa la erupción ectópica de la pieza dentaria permanente.

Piezas dentarias con lesión en la furca, con pólipo periodontal

**o= obturado**

Tomar en cuenta los criterios de diagnóstico D del llenado del odontograma

Se registra también para coronas y fundas cementadas por motivos de caries.

##### III.- INDICE CPO-D

Se toma en cuenta solo los dientes permanentes

##### CRITERIOS DE VALORACION

**C= Cariado**

Tomar en cuenta los criterios de diagnóstico numeral 1 y 2 del llenado del odontograma

**P= Perdidos**

Se tomarán en cuenta: P = Perdido y EI = Extracción indicada

**P= Perdidos**

Tomar en cuenta los criterios de diagnóstico numeral 4 del llenado del odontograma

**EI= Extracción indicada**

Piezas dentarias totalmente destruidas por lesiones cariosas

Piezas dentarias fracturadas por traumatismos y cuya restauración no se puede llevar a cabo.

Piezas dentarias con lesión en la furca, con pólipo periodontal

**O= Obturados**

Tomar en cuenta los criterios de diagnóstico numeral 3 del llenado del odontograma

Se registra también para coronas y fundas cementadas por motivos de caries.

**Nota:** Estos indicadores deben ser llenados en el tiempo estipulado por el Programa Nacional de Salud Oral bajo instructivo.

**REVERSO DE LA HISTORIA CLINICA**

**TRATAMIENTO A REALIZAR.**

Columna izquierda que refiere a:

**Fecha:** Registrar la fecha en la que fue atendido el o la paciente.

**Hora:** Anotar la hora en que fue atendido.

**Edad:** Se registrará la edad del paciente en cada consulta.

**P.A. =** Se deberá registrar la presión arterial del paciente antes del ingreso a la consulta odontológica.

**F.C. =** Se deberá registrar la frecuencia cardíaca del paciente en el momento de la consulta.

**F.R. =** Registrar la frecuencia respiratoria

**Temperatura =** Registrar la temperatura del paciente.

**Nota:** Todos estos signos vitales deberán ser llenados en enfermería antes de la consulta y en pacientes con ciertas enfermedades importantes para la atención odontológica como también para todos los pacientes del SSPAM. Sin ser necesario para tratamientos preventivos y/o restauraciones simples.

La columna derecha:

Se realizará el seguimiento diario de los procedimientos a seguir según el sistema SOAP

**Subjetivo.-** Motivo de consulta y/o síntoma que refiere el paciente. Revela las manifestaciones subjetivas relacionadas por el paciente, se puede anotar con sus propias palabras el motivo por el cual asiste a la consulta odontológica, tomando en cuenta los signos y síntomas.

**Objetivo.-** Hallazgos del examen intra y extra bucal, mas los exámenes complementarios.

**Análisis.-** Diagnóstico

**Plan de acción.-** Promoción, orientación, tratamiento, seguimiento, exámenes complementario, prescripciones realizadas (medicamento, dosis, vía y tiempo de administración).

**Nombre y apellido del o la paciente.-** El o la paciente debe deberá registrar de forma manuscrita el nombre , apellido además de colocar su rúbrica (firmar), en caso de que el paciente sea menor, el padre, madre tutor o apoderado debe ser quien coloque estos datos. En pacientes con capacidades diferentes, adulto mayor u otro, quien registra los datos debe ser quien acompaña hijo, hija, familiar cercano, vecino tutor u otros.

**Sello del odontólogo/a con registro ministerial.-** El profesional deberá portar su sello con las características indicadas (registro ministerial Matricula Profesional).

**Referencia.-** Registrar el número de la boleta de referencia cuando el/la paciente es referido/a a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, indicando el motivo, registrando la fecha y la hora.

**Contrareferencia.-** Registrar el número de boleta de contrareferencia cuando el paciente retorna a su centro de origen, señalando también el motivo de su retorno, la fecha y la hora.



## 9.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXODONCIA QUIRÚRGICA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley.

Yo, .....  
como paciente o (Sr/Sra, como su representante), .....  
.....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO  
que he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr.  
.....  
y, en consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea  
realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

.....  
o cualquier otro procedimiento que estime necesario para completar el tratamiento previsto.  
Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

La cirugía oral se hace necesaria para el tratamiento de muy diversos problemas y patologías de la cavidad oral. Entre dichas patologías se encuentran los terceros molares o muelas del juicio incluidas superiores e inferiores, así como quistes u otras entidades relacionadas. La causa más frecuente de inclusión de estos dientes es la falta de espacio en la arcada y en casos más excepcionales la presencia de patologías asociadas. La intervención puede realizarse con anestesia general o local con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista, y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Todos estos procedimientos tienen el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo, no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Apertura de los puntos de sutura.
- Daño a los dientes vecinos.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- Infección de los tejidos o del hueso.
- Sinusitis.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Fracturas óseas.
- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.



- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- Infección de los puntos de sutura.

Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística .....

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento .....

Además, en entrevista personal con el Dr/Dra, .....

he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique .....

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En .....a .....de.....de .....

Firma del paciente  
(o su representante legal en caso de incapacidad)  
D.N.I.

Firma del médico  
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento  
Firma del testigo (D.N.I.)

9.6 EXÁMENES DE LABORATORIO



# LABORATORIO CENTRAL

Dr. Carlos F. Hoyos Delfín

CALLE SUCRE COL. CENTRO, LAOANITA  
Tel. 62-1111 Fax. 62-1111  
Yaguajay - Cuba

Perteneciente a :   
 Edad : 15 AÑOS  
 Indicación del Dr.(a): ACHÁ JUAN CARLOS  
 Efectuado En Fecha : 18 DE MAYO DE 2017 IIS: 07:40

25

## HEMOGRAMA

Eritrosedimentación : 1ª Hora mm: 10

**SERIE ROJA:**

Globulos Rojos x mm<sup>3</sup> : 4.800.000

Hemoglobina g/dl : 14.0

Hematocrito % : 44.0

**VALORES DE REFERENCIA**

Varón: 4.600.000 - 6.200.000

Mujer: 4.200.000 - 5.500.000

Varón: 135-180

Mujer: 120-160

Varón: 40 - 50

Mujer: 38 - 48

**SERIE BLANCA:**

Globulos Blancos x mm<sup>3</sup> : 6.600

4.500 - 10.000

## FORMULA LEUCOCITARIA

	VALOR NORMAL PORCENTUAL	VALOR HALLADO PORCENTUAL
Neutrófilos en cayado	1-4	1
Neutrófilos segmentados	50-60	59
Eosinófilos	1-4	6
Basófilos	0-1	0
Linfocitos	30-45	31
Monocitos	1-4	3

OBSERVACIONES:

*Carlos F. Hoyos Delfín*  
 Químico



# LABORATORIO CENTRAL

Dr. Carlos F. Hoyos Delfín

CALLE SUCRE COLONIA SAN CARLOS, BARRIO  
TEL. 0242 444444 FAX. 0242 444444  
TUCU-COLÓN

Pertenece a :   
Edad : 15 AÑOS  
Indicación del Dr.(a): ACHÁ JUAN CARLOS  
Efectuado En Fecha : 18 DE MAYO DE 2017 IIS: 07:40  
=====

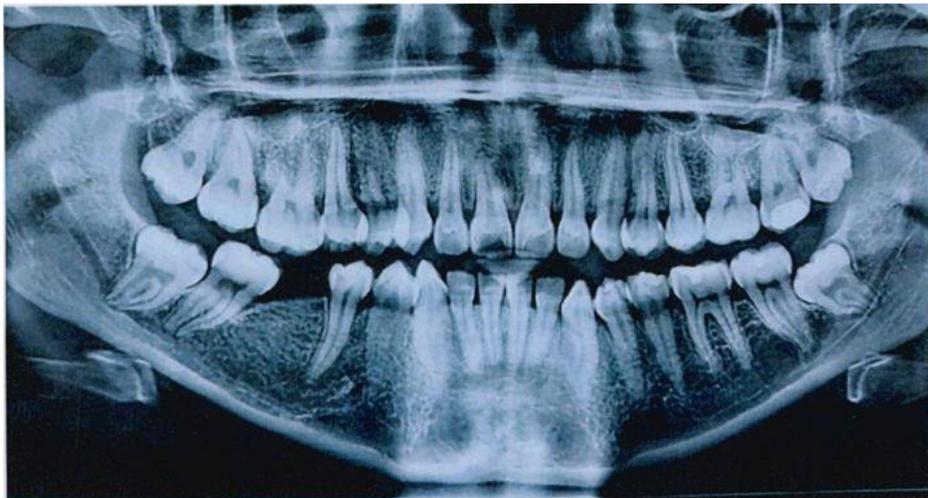
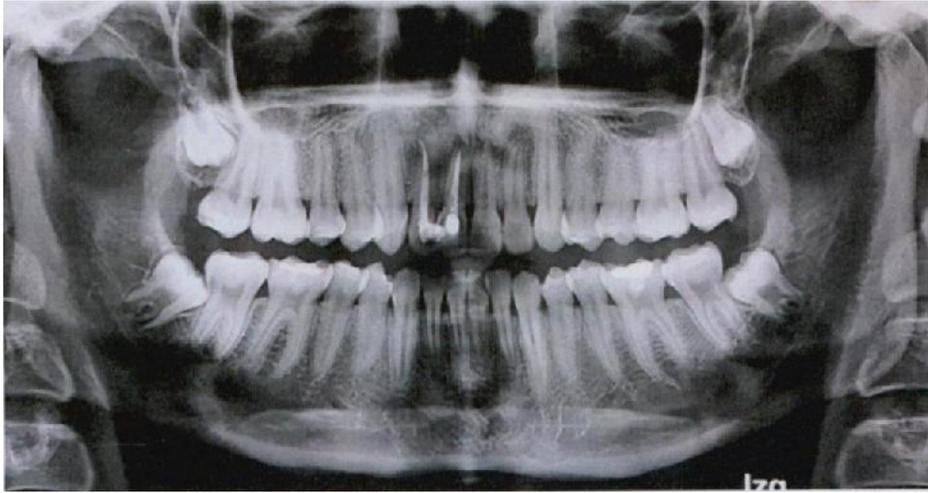
## HEMOSTASIA Y COAGULACIÓN

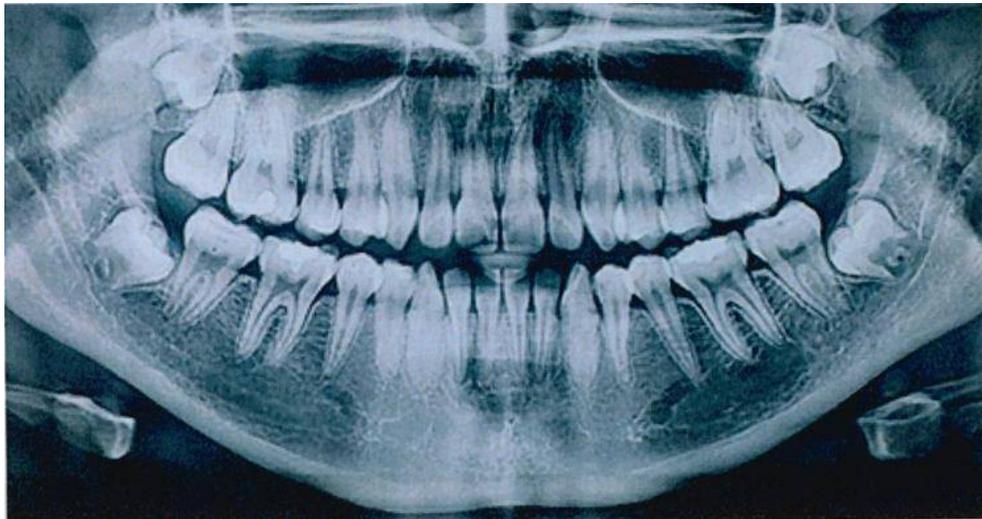
TIEMPO DE COAGULACIÓN : 13.30  
METODO DE LEE WHITE V.N. : 7 - 14 Minutos.

TIEMPO DE SANGRIA : 3.00  
METODO DE DUKE V.N. : 1 - 3 Minutos.

*Carlos F. Hoyos Delfín*  
Bióquímico

## 9.7 RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS





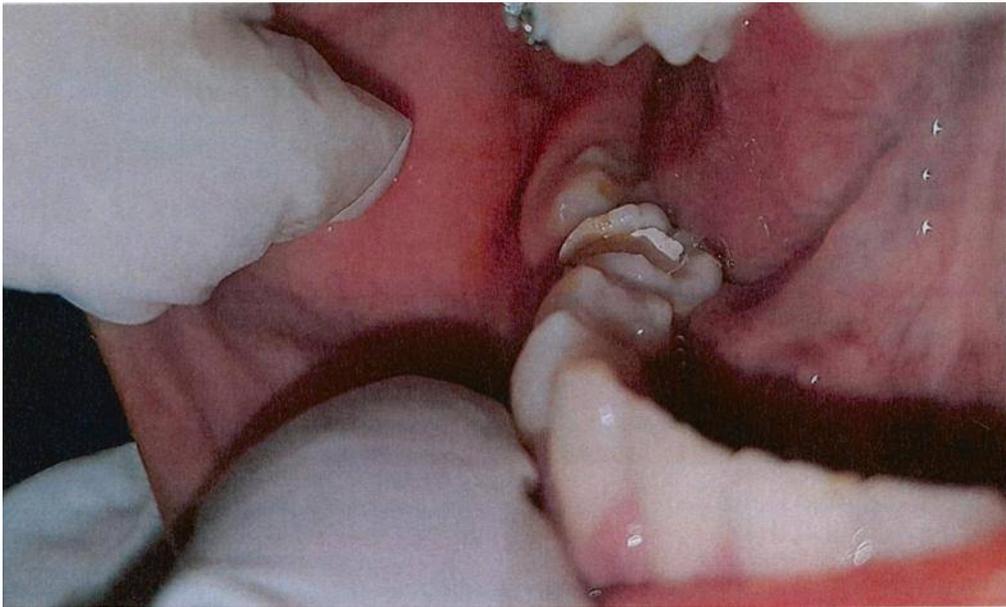
## 9.8 CASOS CLÍNICOS:

### 9.8.1 Extracción de Tercer Molar con aplicación de L. PRF y Laser

#### Desinfección externa del paciente



Foto Preoperatoria



## Anestesia Troncular (Técnica Gow-Gates)



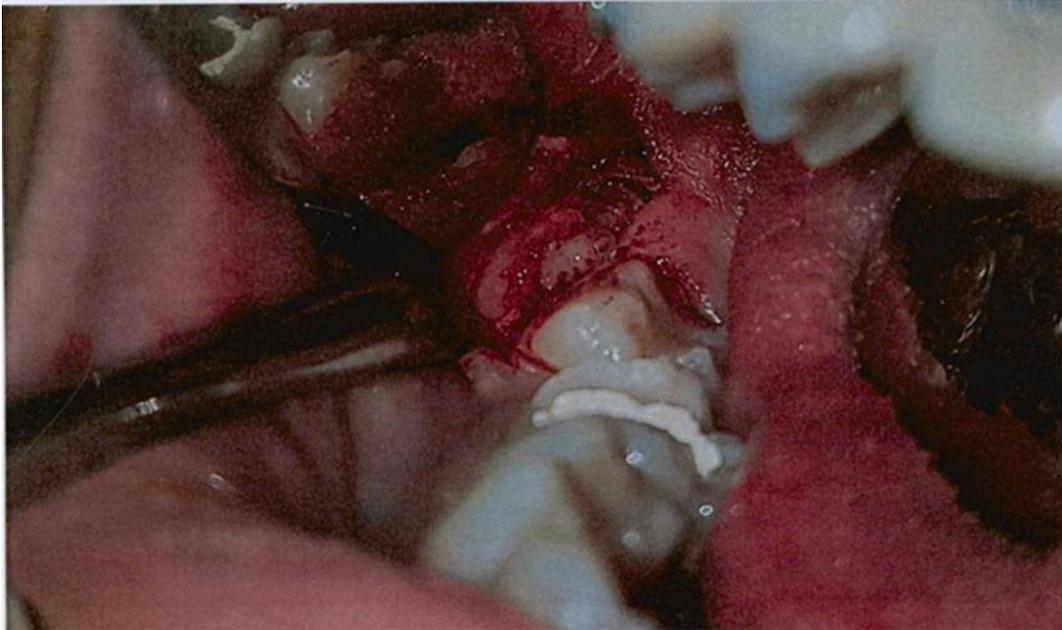
## Cierre de circuito



### **Incisión**



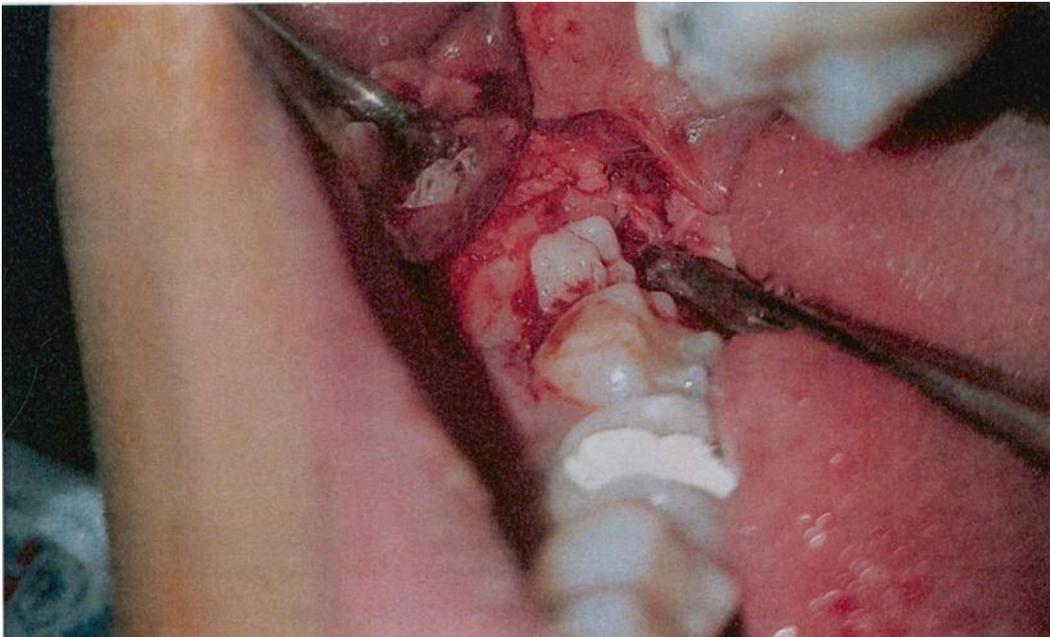
### **Levantamiento de Colgajo**



## Ostectomía



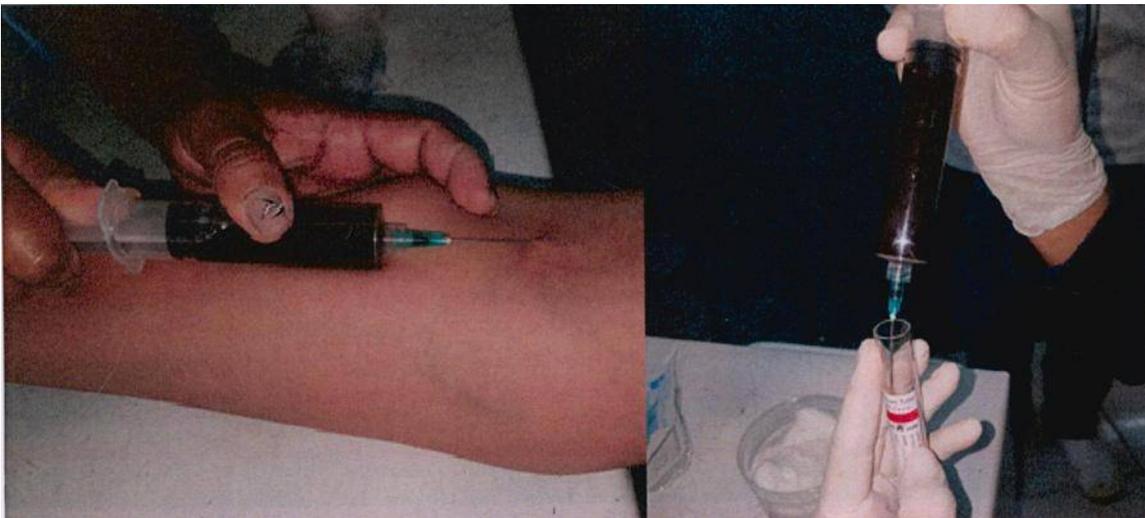
## Descubrimiento de la corona para su Extracción



### Limpieza del alveólo



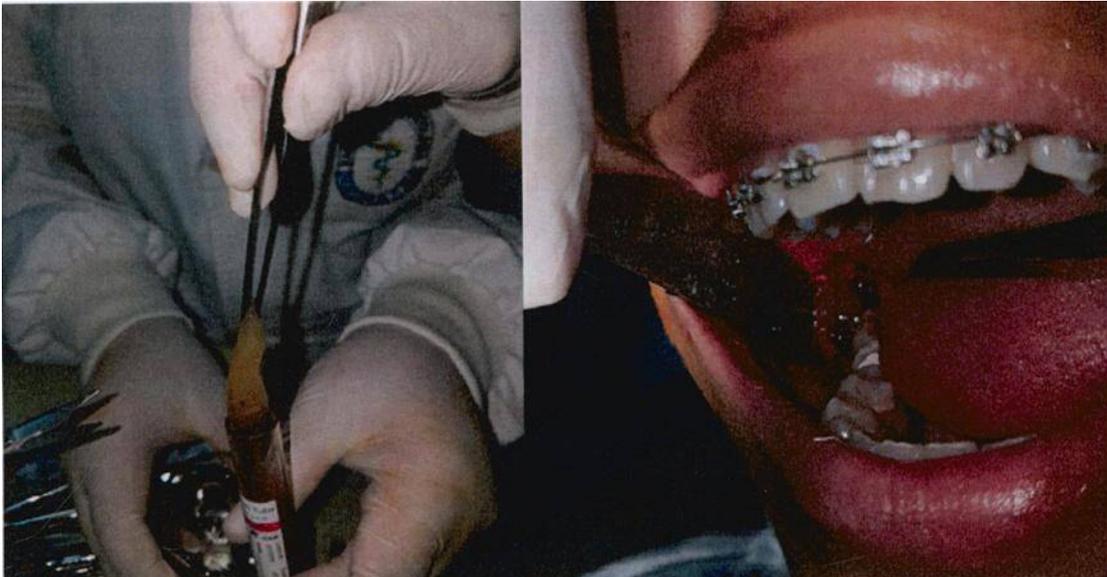
### Toma de muestra de sangre para la extracción del PRF



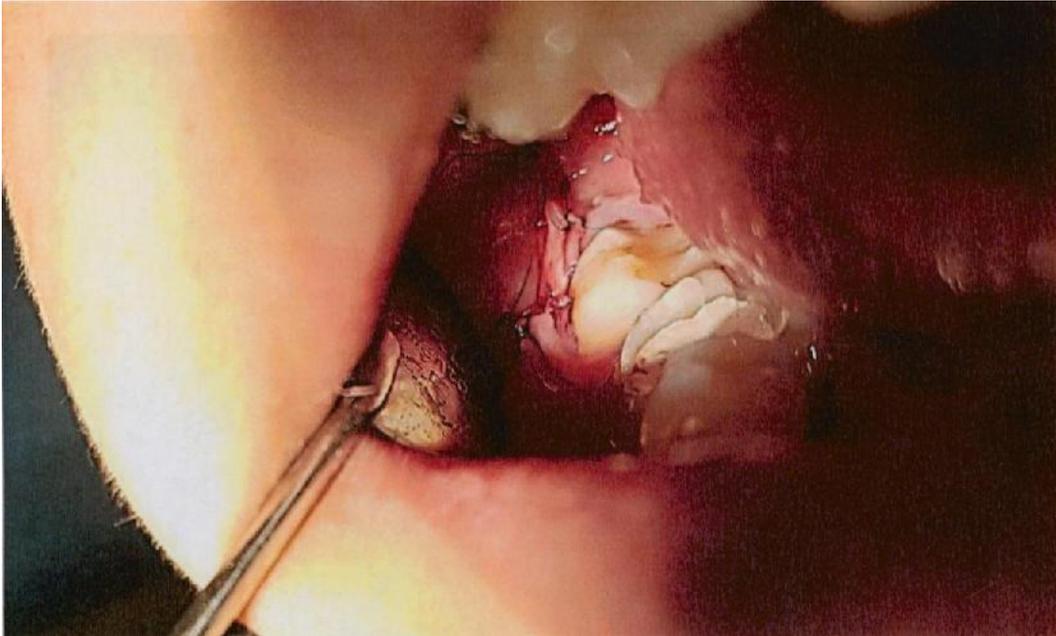
### Centrifugación de la muestra



### Colocación del PRF en el alveólo



## Sutura



## Aplicación de laser





## 9.8.2 Extracción de tercer molar y cuarto molar

### Preoperatorio



### Levantamiento de Colgajo

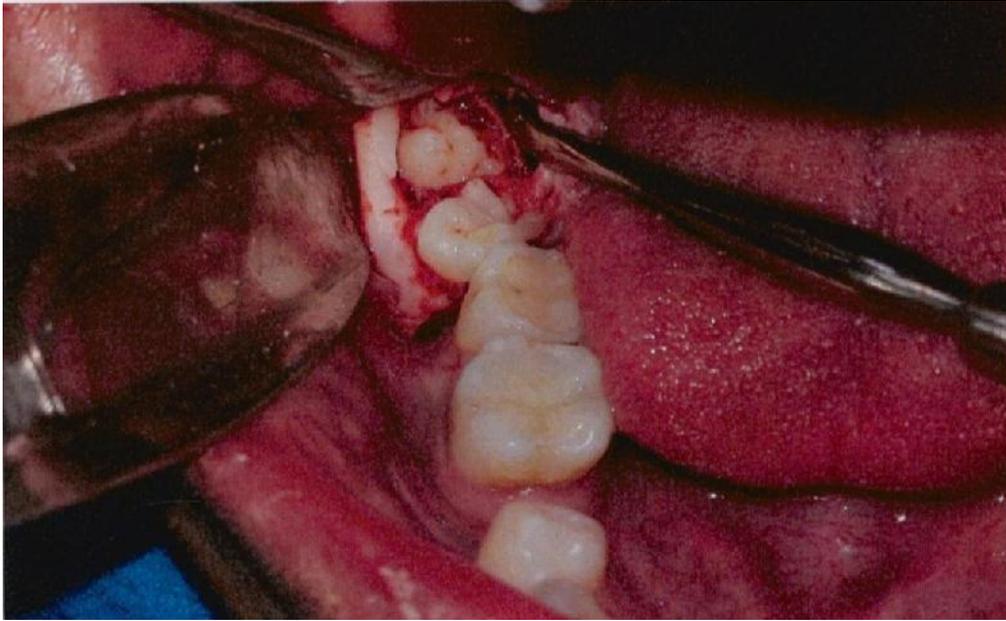




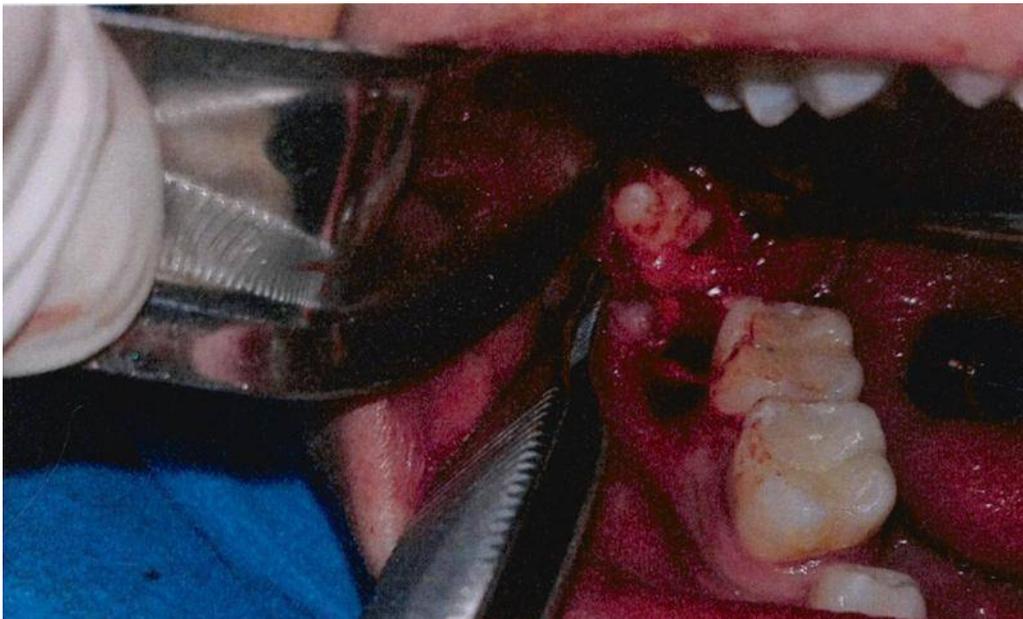
**Levantamiento de Colgajo**



### Descubrimiento de las dos coronas



### Extracción



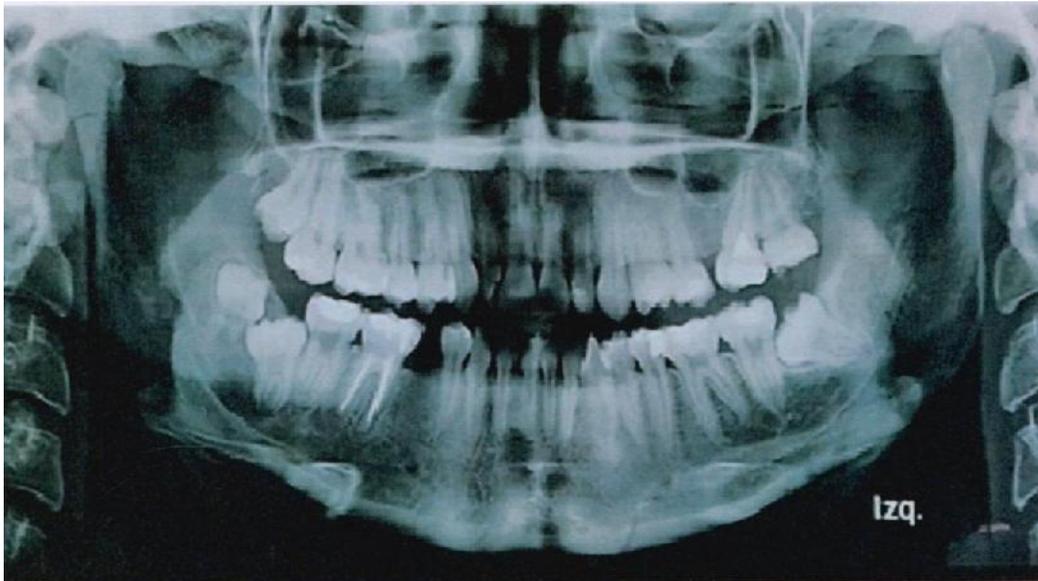
**Alveólos vacíos**



**Sutura**



## Radiografía Panorámica y Piezas Extraídas



## Extracción de Tercer Molar en posición Mesioangular

### Preoperatorio



### Levantamiento de Colgajo



**Extracción**



**Alveólo Vacío**

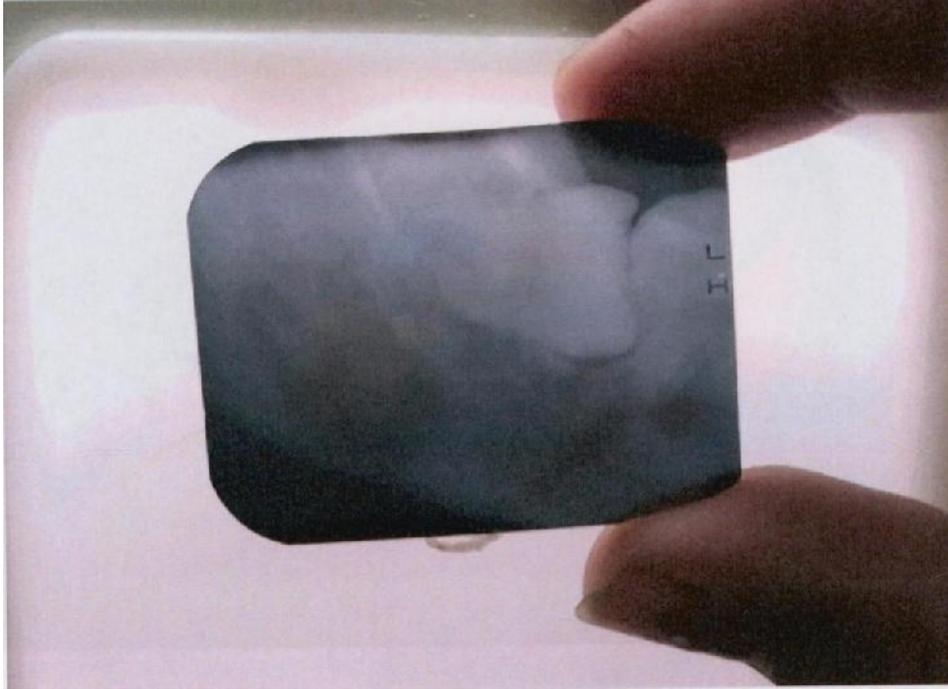


## Sutura



#### 9.8.4 Extracción de Tercer Molar en posición Horizontal

##### Radiografía



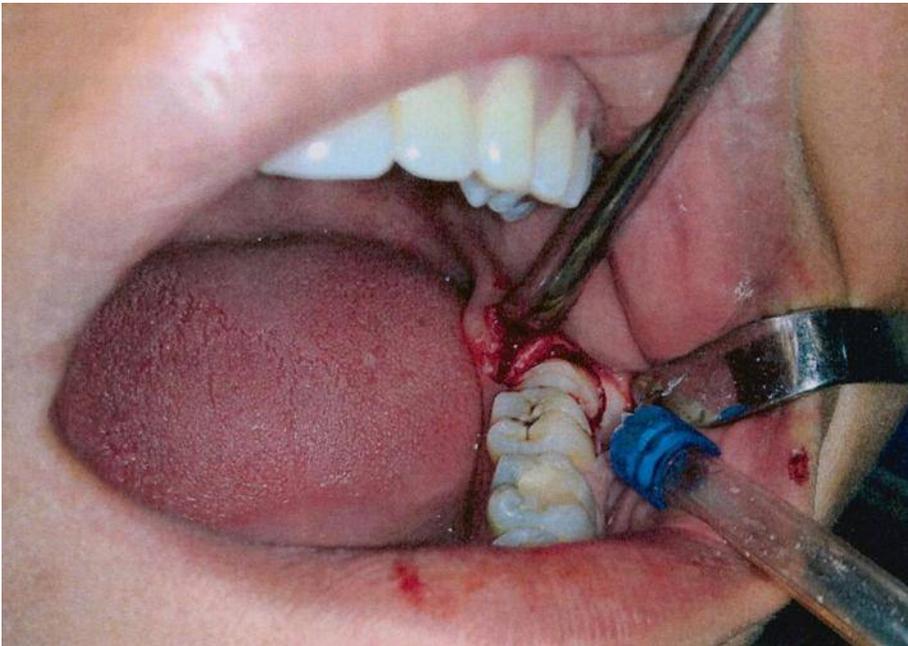
##### Preoperatorio



## Anestesia



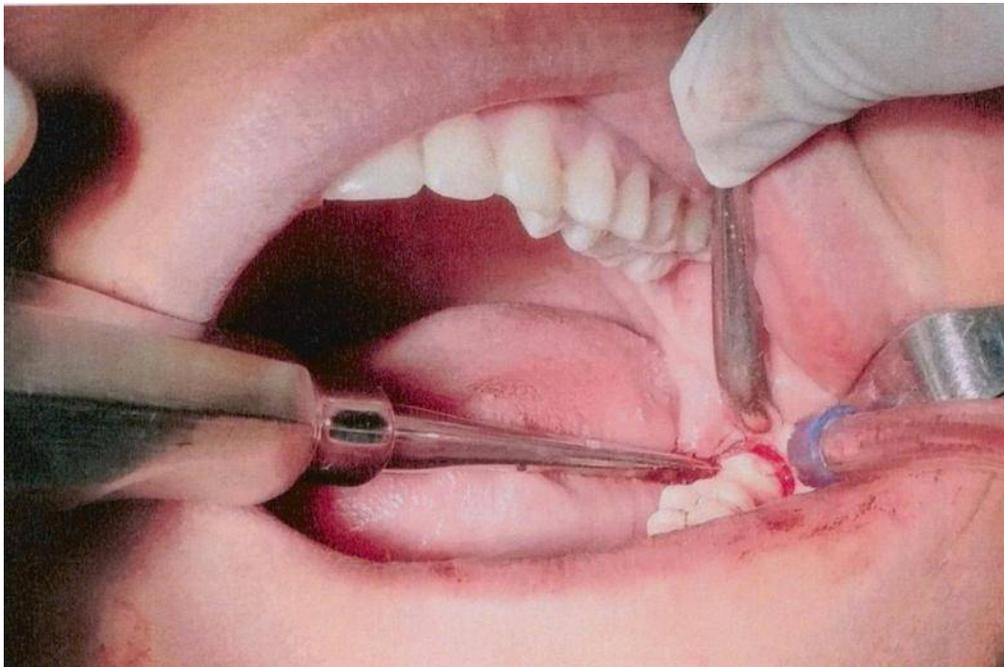
## Levantamiento de Colgajo



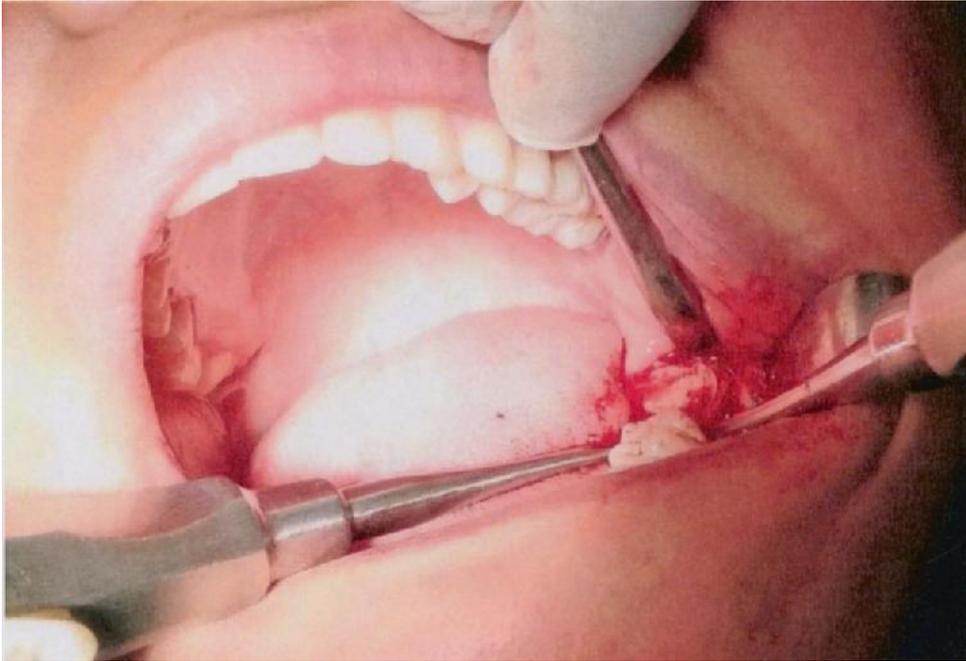
## **Odontosección**



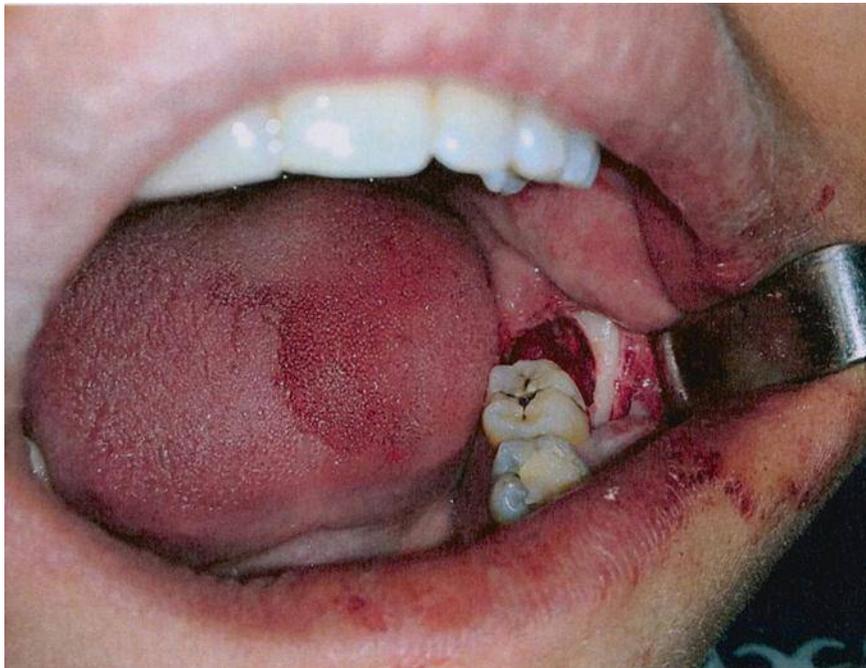
## **Seccionamiento de la Corona**



## Extracción



## Alveólo Vacío

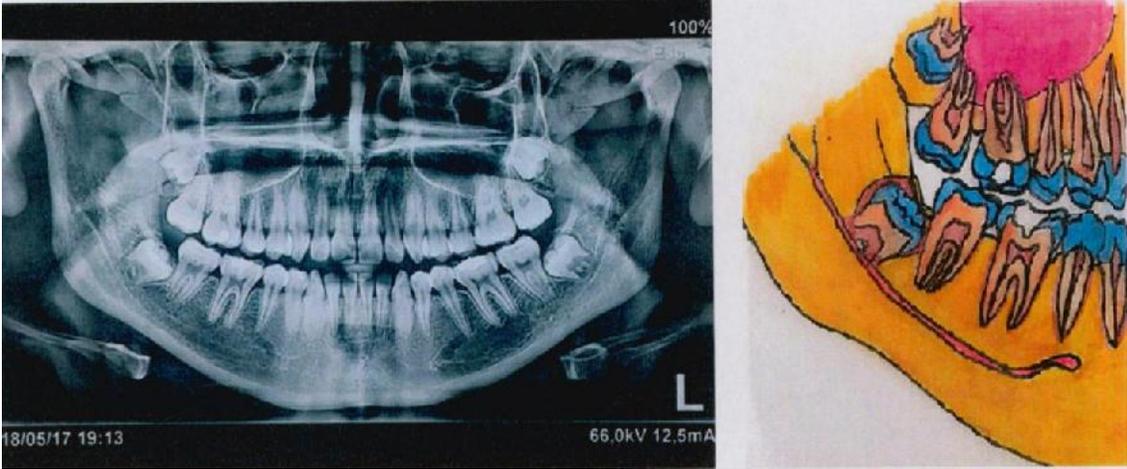


## Sutura

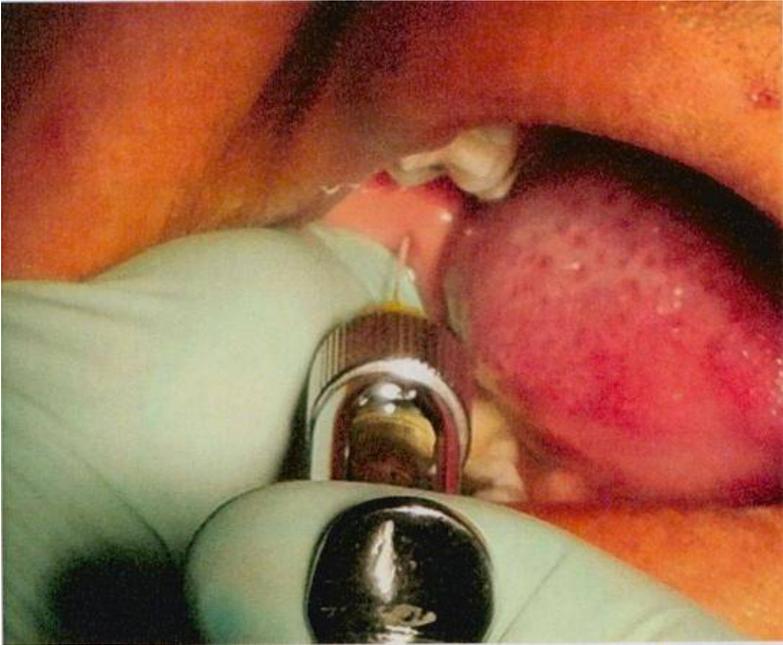


9.8.5 Germectomía Pieza #48

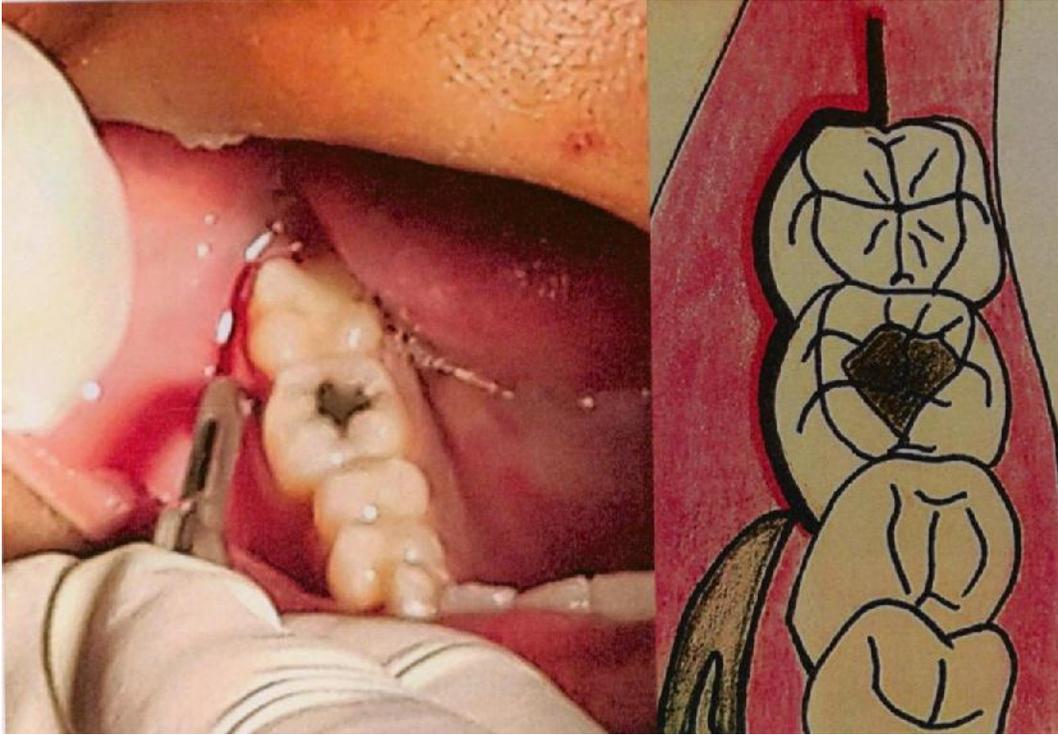
Radiografía Panorámica



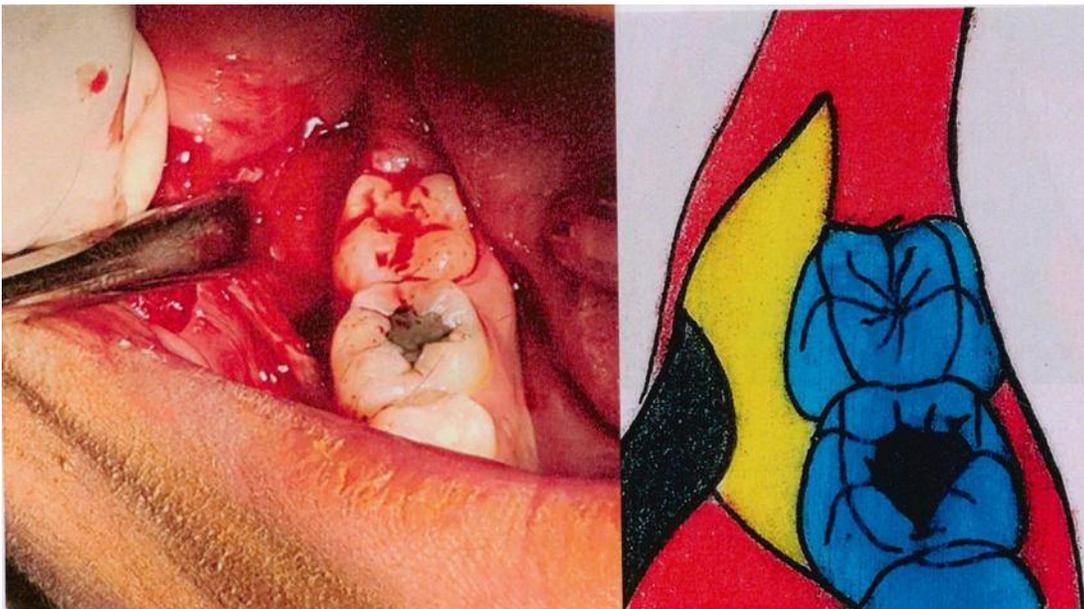
Anestesia



### Incisión



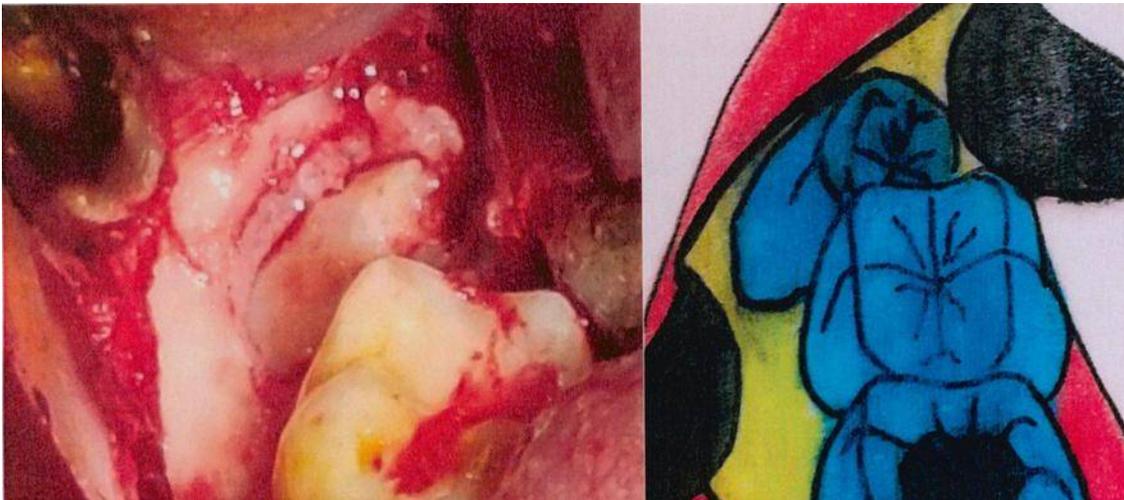
### Levantamiento de colgajo



### Osteotomía



### Descubrimiento de la corona



## Extracción



## Alveólo vacío

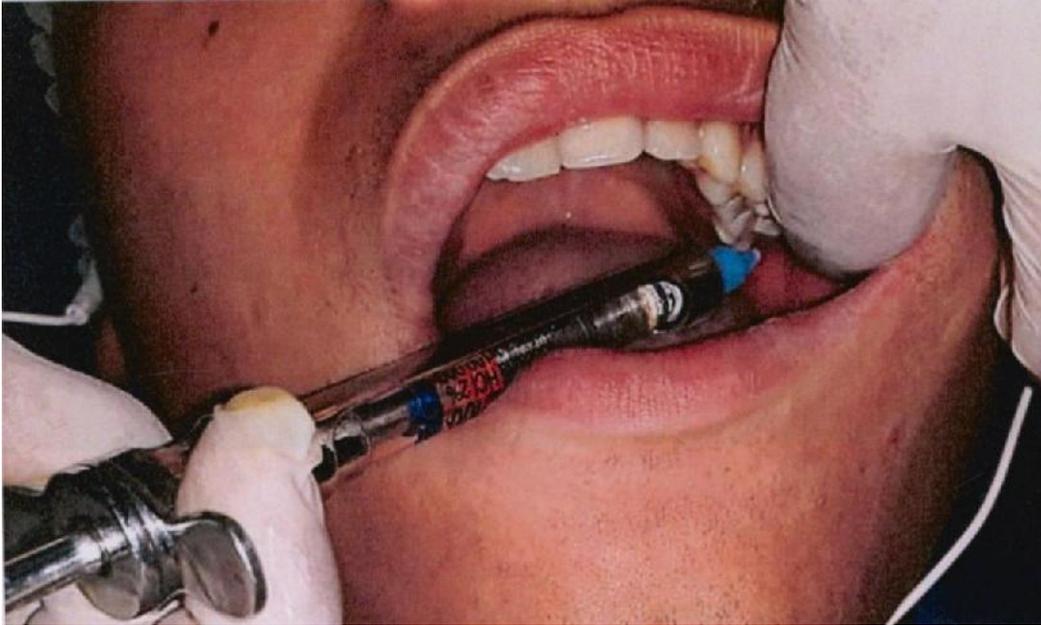


## Sutura



### 9.8.6 Germectomía pieza #38

#### Colocación de Anestesia (técnica Gow-Gates)



#### Incisión y Levantamiento de colgajo

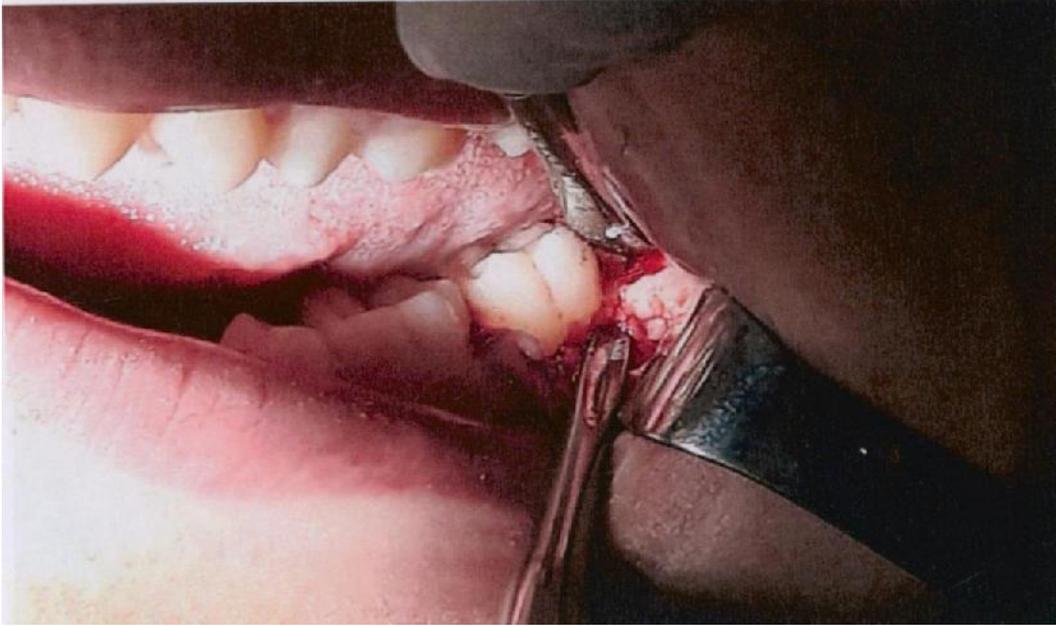




**Descubrimiento de la Corona**



## Extracción del germen dental



**Alveólo vacío**



**Radiografía a lado de la Pieza Extraída**

