	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Fecha: 08/2016
		Código:
		Página:1

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**  
**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA SEDE PASTO**  
**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA**

**INSTRUCTIVO PARA CLINICA DE ADULTOS**

**Guía para diligenciar:**

**Creación, Convenio y legalización de historia clínica**


**Instructivo para diligenciar anamnesis y antecedentes**

**Examen extraoral**

**Examen intraoral**


**Odontograma**

- Ingrese siempre por Internet explorer - **190.184.201.162/panacea**
- En las casillas que aparecen en la pantalla diligenciar:
  - **Usuario:** facturacion.pasto- bogota- medellin- villavicencio
  - **Contraseña:** Panacea1
- Seleccionar sede
- En esta pantalla tener en cuenta la siguiente información, la cual debe seguir de manera consecutiva

1. Crear paciente ( modulo azul)
2. Crear convenio en la sede
3. Legalizar (modulo gris)
4. Diligenciamiento de HC  (modulo azul)

**1. CREACION PACIENTE**

- En el módulo azul en **+Pacientes** ↘ -pacientes ( Cuando ya está creado el paciente se lo debe buscar con el nombre o número de documento)
- Dar click en **nuevo** (lado superior derecho)
- Diligenciar todos los datos, iniciando con tipo de documento (número de documento sin puntuación )
- Aparece un recuadro **"Integración terceros"** debe cerrar esta ventana.
- En fecha de nacimiento dar click en recuadro azul (con 1 flecha selecciona el mes, con 2 flechas, el año), si da doble click en el recuadro gris, aparecerá los meses y el año.
- Los campos que se encuentra con \* es obligatorio diligenciar.
- En el recuadro inferior se debe diligenciar el contacto y responsable (en dirección no utilizar #, el sistema no lo reconoce)
- Una vez diligenciado todos los datos dar **guardar** (en la parte superior derecha)
- Sale un mensaje que los cambios han sido guardados y **aceptar**


	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:2

## 2. CREACION CONVENIO

- Aparecerá automáticamente una ventana de **Vinculación Pacientes**
- En el campo **Tercero** se digita Universidad y click en la lupa y aparecen los datos de UCC
- En convenio seleccionar **lineamiento docencia servicio**
- Sede principal seleccionar **Pasto**
- En estado EAPB seleccionar **activo**
- NO MODIFICAR los campos Vigencia inicial y final
- En categoría seleccionar **particular**
- En tipo de vinculación seleccionar **cotizante u otro**
- Dar **aceptar** en margen inferior derecha y genera una línea azul en la parte inferior con los datos del convenio que se diligenció
- Dar **guardar** en margen superior derecha
- Sale un mensaje que los cambios han sido guardados y se da **aceptar**

## 3. LEGALIZACION

- En menú principal se da click en el módulo gris
- Luego click en facturación pacientes/caja ↘ y legalizaciones
- Se elige botón **nuevo**(margen superior derecha)
- En buscar se digita el nombre o documento del paciente
- Se da click en lupa o se selecciona el paciente requerido
- Aparece los datos del paciente
- En tipo de atención seleccionar **ambulatorio**
- En la parte inferior del pantallazo trae la opción legalizar y se elige **servicio directo**
- En el recuadro de **Procedimientos** y en el renglón buscar se digita **Odontología** y dar click en lupa o enter
- El sistema enlista los códigos CUPS, selecciona consulta primera vez por odontología general y dar click en ACEPTAR
- Aparece en la parte inferior en azul consulta 1ª vez por odontología general
- En el campo **Especialidad** debe seleccionar odontología
- Automáticamente se llenara el campo **Sede** con la palabra Pasto y en el campo Profesional salud seleccionar el **nombre del docente responsable**
- Aparece automáticamente **contrato**, en **estructura física** selecciona ODONTOLOGIA y automáticamente en **Centro costo** aparecerá Clínica odontológica
- Los campos restantes no se diligencian
- Dar **agregar** (en la margen inferior izquierda) y aparece el convenio asociado
- Dar **guardar**(margen inferior derecha)


	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:3

- Sale un mensaje que los cambios han sido guardados y pregunta si desea facturar y se da **aceptar**
- Aparecerá una **Factura Paciente**, debe dar click en aceptar en la parte inferior de la pantalla
- Debe salir de esta pantalla, a través del menú azul **SALIR**.

#### 4. DILIGENCIAMIENTO DE HC


Para ingresar a diligenciar la historia clínica debe entrar con el usuario y clave del docente


- Seleccionar sede
- Desde menú principal- en el módulo azul-Historia clínica-Consultas historia
- En el campo **BUSCAR** debe digitar el nombre o documento del paciente y dar click en la lupa y debe aparecer los datos de identificación del paciente creado
- En Ámbito seleccionar **ambulatorio**
- Los campos de **Fecha inicial y Fecha Final** no se deben modificar (*esto solamente cuando es la primera vez que se va a ingresar datos a la HCL*)
- Dar click en hoja con el lápiz y en **Registrar atención**  
click
- Automáticamente aparecerá una ventana de **DATOS DE IDENTIFICACION Y ANAMNESIS DE PACIENTE – ANTECEDENTES - EXAMEN EXTRAORAL – EXAMEN INTRAORAL – DIAGNOSTICOS – PLAN DE TRATAMIENTO – RIPS ODONTOGRAMA.**
- Se debe realizar el inicio de diligenciamiento de las pestañas anteriormente mencionadas de acuerdo con la información que el paciente le suministre.
- Recuerde diligenciar el odontograma con el diagnóstico y plan de tratamiento en una sola sesión.
- La pestaña de diagnóstico y plan de tratamiento solo se debe diligenciar cuando se haya sustentado y aprobado con el respectivo docente.
- Debe diligenciar RIPS AL FINALIZAR LA ATENCIÓN Y ANTES DE EVOLUCION:
- Dar click en RIPS, se diligencia todos los datos del estudiante, causa externa se selecciona **otra**, finalidad de la consulta se selecciona **no aplica**, en diagnósticos, en buscar se diligencia nombre de diagnóstico (cualquiera Ejemplo: Caries o sano se clickea enter), se selecciona cualquiera, en tipo de rips y dar aceptar.
- Aparece el diagnóstico en tipo de rips se selecciona principal, en tipo principal se selecciona impresión diagnóstica y se da **guardar en la parte superior izquierda**.


	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:4

- Si la información es guardada correctamente aparecerá una ventana confirmando que ha sido guardado exitosamente, de lo contrario en la parte inferior de la pantalla aparecerá la información que aún falta por diligenciar.
- Seleccionar salir.
- En esta pantalla podrá acceder a las plantillas de índice de placa bacteriana, análisis de modelos pregrado, análisis clínico radiográfico, valoración de riesgo caries ICDAS, exploración periodontal, anexo de endodoncia, consulta de control y evolución de la siguiente manera:
- En el campo fecha inicial seleccionar la fecha de la apertura de la historia clínica o una anterior a esta y dar click en la pestaña **cargar**.
- en la ventana de diagnósticos aparecerá la fecha de atención y en la parte inferior debe seleccionar **atenciones** **consulta**.
- Seleccionar la información que aparece al lado derecho.
- Dar click en el botón de hoja con lápiz pequeña (lado derecho) y aparece las plantillas y se selecciona la que se requiere, aparece otro pantallazo
- Diligenciar la información que la plantilla requiera
- Nuevamente dar click en RIPS, se diligencia todos los datos y **guardar**.
- Repetir este proceso para cada una de las plantillas que sean diligenciadas.

Cuando es la segunda atención y se desea continuar con las plantillas, se ingresa así:

- Entrar en HC
- Consulta de HC
- BUSCAR AL PACIENTE
- Dar Click en el calendario y colocar la fecha más posterior para que lo busque
- Cargar
- Bajar con el cursor hasta encontrar la barra **atenciones**
- Dar click en **consulta**
- Ir a la barra hacia arriba a la derecha y dar click en el lápiz 
- Despliega todas las plantillas: entre ellas la de EVOLUCION, ANALISIS DE MODELOS, EXPLORACIÓN PERIODONTAL, CONTROL DE PLACA BACTERIANA, RIESGO A CARIES, ETC.

**Recuerde si desea continuar diligenciando datos y anamnesis del paciente puede hacerlo seleccionando el botón  y continuar con el diligenciamiento sin haber perdido la información anteriormente registrada.**

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:5

Recuerde que la historia clínica electrónica debe estar acompañado de una carpeta física que contenga fotocopia de la cedula, periodontograma, consentimientos informado para procedimientos odontológicos, anexo del consentimiento, consentimiento informado para aplicación de anestesia local, los siguientes consentimientos si el paciente lo requiere: consentimiento informado para cirugía periodontal, consentimiento informado para alargamiento de corona clínica, consentimiento informado para tratamientos endodónticos, recuerde que todos los consentimientos informados deben estar firmados por el paciente, estudiante y docentes, anexos endodónticos, anexo de endodoncia de radiografías periapicales de procedimientos, hoja de evolución diaria y control químico de esterilización, al igual que los consentimientos estos documentos deben estar firmados por el estudiante y docentes responsables.

## **DATOS DE IDENTIFICACION Y ANAMNESIS DEL PACIENTE**

**Identificación del paciente:** Aparecen los datos del paciente que ya fueron ingresados anteriormente.

Diligenciar ***Lugar de expedición del documento***

### **Persona responsable del usuario**

Diligenciar el teléfono del responsable y la dirección


### **CONSULTA:**

**Ámbito de Atención:** se registra automáticamente Ambulatorio

**Motivo de consulta:** Se debe registrar entre comillas y con las mismas palabras con que fue expresada la razón por la cual los padres o acudientes asisten con el menor al servicio. Es necesario usar las palabras del paciente o sus padres siempre que ellas expresen una queja concreta o sean la clara expresión de un fenómeno. Muchos pacientes manifiestan más de una queja y el profesional de la salud puede aplazar su decisión sobre cuál o cuáles deben considerarse como la o las queja principales, ya que a medida que se realiza la historia clínica se puede determinar un síntoma con mayor importancia.

**ENFERMEDAD ACTUAL:** con un lenguaje técnico en salud se describe detalladamente la enfermedad que aqueja al paciente, los signos y síntomas que relata en relación con ella, en forma metódica, por sistemas comprometidos o relacionados con el motivo de consulta. La enfermedad actual debe explicar el motivo de consulta en odontología.

**ALERTA MEDICA:** Hace referencia a una condición física o mental reportada por los padres o acudientes del menor que pueda interferir o contraindicar algún procedimiento durante la atención del paciente. En caso de no presentarse anotar con

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:6

letra clara "no referida". Anotar con color rojo alguna enfermedad que contraindique el tratamiento odontológico o que requiera alguna precaución especial para realizarlo, también alergias a medicamentos o anestésico.

### **EXAMEN FISICO:**

**Peso:** Indicar el peso del paciente en kilogramos. Su alteración puede indicar la presencia de procesos patológicos. Se debe registrar y comparar con los niveles estadísticos normales (según la edad del paciente y el sexo).

El odontólogo debe evaluar el paciente para cerciorarse de posibles alteraciones de riesgo sistémico, así como para orientar el plan de tratamiento. La evaluación física incluye la inspección (uso de vista, oído y olfato), palpación (uso de dedos y palmas), percusión (uso de golpecitos para producir ondas sonoras) y auscultación (escuchar los sonidos corporales, de manera directa o con el uso de estetoscopio). Requiere paciencia, práctica y un continuo perfeccionamiento.

**Talla:** Se mide la estatura del paciente y se registra en centímetros.

**Temperatura:** Es un posible indicador de una enfermedad infecciosa, aunque también puede establecer el estado emocional del paciente. Se debe registrar la temperatura corporal del paciente tomada con termómetro (en grados centígrados); durante el examen clínico odontológico las vías más utilizadas para tomarla son la oral o la axilar. Se debe anotar cuál fue la vía utilizada. La temperatura oral normal varía de 36 a 37.5°C y la rectal puede llegar hasta 37.8°C.


**Presión arterial:** es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Es posible distinguir entre la presión arterial sistólica (el valor máximo de la tensión arterial cuando el corazón se contrae, primer ruido que escucha) y la presión arterial diastólica (el valor mínimo de la tensión arterial cuando el corazón se expande, el último ruido que se escucha).

La presión arterial puede medirse con un tensiómetro automático o con la acción conjunta de un fonendoscopio y un tensiómetro manual. El paciente debe estar relajado para que la medición arroje resultados que puedan ser analizados, los valores considerados normales en paciente adultos es:

Diastólica 120/ Sistólica: 80 mmHg que puede oscilar entre más o menos 20 mmHg.

**Frecuencia cardiaca:** es el número de veces que se contrae el corazón durante un minuto (latidos del corazón por minuto). La frecuencia normal en reposo oscila entre 50 y 100 latidos por minuto en el paciente adulto.

Sin embargo hay que detallar algunos aspectos que alteran su estado:

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código:
		Página:7

Al nacer la frecuencia cardíaca es elevada porque la actividad del organismo es muy intensa. A partir del primer mes de vida, va disminuyendo hasta llegar a la edad adulta, manteniéndose estable después de los 20 años.

Varía a lo largo del día y la noche y en respuesta a diversos estímulos, por lo que su medición tiene gran variabilidad.

Al realizar ejercicio físico el corazón produce una respuesta normal que es la taquicardia (la frecuencia cardíaca en reposo está por encima de 100 latidos por minuto -lpm-).

También puede producirse bradicardia (la frecuencia cardíaca está por debajo de 50 lpm).

**Pulso:** Se controla para determinar el funcionamiento del corazón, los efectos de la fiebre y de tratamientos con fármacos. Se debe medir cuando el paciente esté tranquilo y se tiene que seleccionar el lugar apropiado (cualquier arteria superficial que pueda comprimirse contra un hueso; temporal (en la sien), carotídea (en el cuello), humeral (parte interna del brazo), radial (en la muñeca), cubital (parte interna del pliegue del codo), femoral (ingle) o pedial (en el dorso del pie).

Se palpa la arteria con los dedos índice, medio y anular, una vez localizada se hace leve presión y se cuenta el número de pulsaciones en un minuto y se registra. El pulso es inversamente proporcional a la edad. Los valores normales son:

Recién nacidos: de 100 a 160 latidos por minuto

Niños de 1 a 10 años: de 70 a 120 latidos por minuto

Niños de más de 10 años

Adultos: de 60 a 100 pulsaciones por minuto

**Frecuencia respiratoria:** Es importante controlar ya que la frecuencia respiratoria se puede afectar por trastornos en cualquier sistema corporal. Se puede evaluar mientras se cuenta el pulso, y se cuenta el número de respiraciones del paciente durante 1 minuto. Registrar posibles alteraciones encontradas.

Las frecuencias normales de respiración están entre otras causas en función de la edad en situaciones normales se pueden tomar los siguientes valores como normales de respiración:

Adultos: 12 a 20 respiraciones por minuto


Ancianos mayores de 65 años: 12 a 28 respiraciones por minuto

Ancianos mayores de 80 años: 10 a 30 respiraciones por minuto

Adultos que se ejercitan: 35 a 45 respiraciones por minuto

Adultos Atletas: 60 a 70 respiraciones por minuto

**Edad cronológica:** Edad en años cumplidos según la fecha de nacimiento.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:8

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Nos da la información sobre la salud general del paciente de enfermedades actuales y su estado, se resuelve inquietud sobre las enfermedades pasadas, precisar fechas, duración y posibles complicaciones. Registre: si refiere o no refiere según cada caso.

**Accidentes y traumatismos:** Anotar si el paciente ha tenido fracturas o caídas, con o sin pérdida de conocimiento, además de heridas con complicaciones o secuelas. Se debe registrar hace cuánto fue el trauma, de qué tipo y el tratamiento recibido. En caso de no presentar escriba no refiere.

**Antecedentes quirúrgicos:** Indagar si el paciente ha requerido alguna intervención quirúrgica, su causa y si se presentaron complicaciones anotar de qué tipo fueron. También se debe anotar la fecha aproximada de hospitalización y el tiempo de duración. En caso de no presentar escriba no refiere

**Hospitalizaciones:** registre no refiere cuando no ha estado hospitalizado, cuándo si refiere registre hace cuanto en años o meses, tiempo de estancia en el hospital, las causas de la hospitalización y otros que se consideren relevantes en relación a la hospitalización.

**Transfusiones:** registre si el paciente ha recibido transfusiones sanguíneas, determine en años o meses el evento, las causas de las transfusiones.

**Radiaciones:** interrogue al paciente sobre tratamientos recibidos con terapia radioactiva, la causa de la aplicación de dicho tratamiento, duración del tratamiento y determine en años o meses las fechas de administración de la radiación.


**Inmunizaciones:** interrogue al paciente sobre el aplicación del esquema de vacunación que ha recibido durante su vida, registre si refiere, esquema de vacunación completo, sobre la base que el programa ampliado de inmunización en Colombia que esta hace más 40 años es de obligatorio cumplimiento en la población infantil y para ingreso a escuelas y colegios, pero existen algunas vacunas que no cubre a los pacientes adultos tales como Hepatitis B, Influenza a menores de 65 años, entre otras.

**Tratamientos farmacológicos:** Registrar que medicamento y dosis está tomando el paciente a la fecha y que sea de uso frecuente.

**Debe** Interrogar al paciente si ha sufrido alguna enfermedad que se enuncian a continuación, se registra si refiere y hace cuanto en meses o años, si es superior a 5 años y no presenta secuelas o incidencias en el tratamiento odontológico, no la registre. De no haber presentado anotar no refiere en las siguientes casillas.

**Cabeza y cuello:**



	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:9

**Cardiovasculares:**  
**Gastrointestinales:**  
**Genitourinarios:**  
**Neurológicos:**  
**Endocrinos:**  
**Hematopoyéticos:**  
**Inmunológicos:**  
**Piel y anexos:**  
**Respiratorios:**

## ANTECEDENTES FAMILIARES

**Antecedentes médico familiares:** Interrogar si otros familiares han tenido la misma patología. Se deben anotar enfermedades familiares congénitas, hematológicas, cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, tuberculosis o causa de muerte en familiares de primer y segundo grado de consanguinidad.

**Antecedentes odontológicos familiares:** interrogar al paciente sobre historia de enfermedades orales de padres, hermanos, abuelos, tales como caries dental, gingivitis, enfermedad periodontal, perdida de dientes, entre otros.

## ANTECEDENTES ESTOMATOLOGICOS

**Última visita al odontólogo:** Marcar en el calendario la última visita al odontólogo.


**Tratamiento realizado:** Cuales son los últimos tratamientos odontológicos que ha recibido el paciente.

**Experiencia previa:** Interrogar sobre las experiencias odontológicas previas a la actual. Determinar la frecuencia de las visitas al odontólogo, las experiencias agradables o desagradables durante el tratamiento porque pueden afectar el manejo de la conducta del paciente; la frecuencia de los hábitos de higiene oral, las enfermedades orales sufridas por el paciente (caries, periodontitis, pulpitis, etc.) y/o el tratamiento realizado para cada uno de ellos. También si hubo algún inconveniente durante o después del tratamiento.

**Comportamiento:** Diligenciar si el paciente es colaborador o no.

**Historia de dieta:** Registrar si es cariogénica o no cariogénica de acuerdo al formato de historia de dieta.

## TIPOS DE HABITOS

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:10

**Hábito nocivo:** Registra si el paciente presenta algún hábito que resulte peligroso para la salud o bienestar físico de una persona.

**Hábito funcional:** Son aquellos que al realizarse correctamente, estimulan el [desarrollo](#) normal, por ejemplo: la [succión](#), la [masticación](#), la [respiración](#) y la deglución normal.

**Hábitos orales:** Se pueden considerar como reacciones automáticas que se manifiestan en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Se debe describir cualquier hábito, por ejemplo: hábito de succión digital o de pacificador, hábito de succión labial, onicofagia, mordisqueo de lapiceros, succión de las mejillas, fumador, entre otros.

Para la descripción de un hábito se debe considerar:

- **Duración:** Es el tiempo que dura el hábito cada vez que lo está ejerciendo.
- **Frecuencia:** Hace referencia a cuántas veces al día se ejerce el hábito.
- **Intensidad:** Es con qué grado ejerce el hábito; por ejemplo, en el caso de la succión digital, cuántos dedos se lleva a la boca; en proyección lingual, cuanta lengua se desborda por entre los dientes.

Para continuar con la historia clínica se necesita subir a la barra superior y continuar con la pestaña de examen extraoral e intraoral, dar click

## EXAMEN EXTRAORAL

### ANÁLISIS CRANEAL


**Tipo craneal:** Indica la forma del cráneo, comparando su amplitud antero-posterior (máxima distancia fronto-occipital) con su longitud transversal (máxima distancia biparietal) tomadas de manera recta registradas en milímetros. El aspecto exterior del cráneo ayuda a descubrir alteraciones en el crecimiento y desarrollo, anomalías congénitas, alteraciones locales o de origen sistémico. (BOTERO2007)

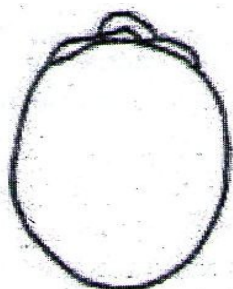
Después de tomar las medidas, se ubican de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$I = \frac{\text{Máxima anchura cefálica}}{\text{Máxima longitud cefálica}} \times 100$$

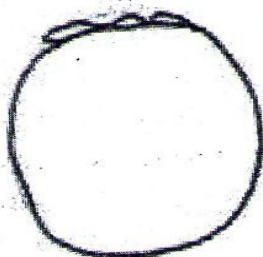
Según el resultado se puede establecer el índice cefálico:

- Dolicocefálico: Cráneo alargado y estrecho horizontalmente (75,9%)
- Mesocefálico: Cráneo con proporciones similares entre ancho y largo (entre 76% y 80,9%)
- Braquicefálico: Cráneo con forma amplia y redondeada (entre 81 y 85,4%)

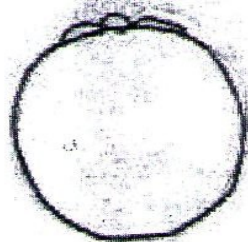
	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:11



A. Dolicocefálico



B. Braquicefálico



C. Mesocefálico

## ANALISIS FACIAL

**Tipo facial:** indica la relación entre la anchura facial (máxima distancia bicigomática) y la altura morfológica de la cara (distancia entre ofrion y gnation). Se debe medir de manera recta, y con las medidas obtenidas se aplica la siguiente fórmula:

$$I = \frac{\text{Altura morfológica de la cara} \times 100}{\text{Anchura bicigomática}}$$

Según el resultado se establece el índice facial:


- Leptoprosopo: cara alargada y estrecha (Mayor a 104%)
- Mesoprosopo: cara con proporción similares entre anchura y longitud (entre 97 y 104%)
- Euriprosopo: cara amplia transversalmente y corta (Menor a 97%)

## TERCIOS FACIALES

**Tercios faciales:** Se miden con una regla flexible (de manera recta) o con la ayuda de un compás de dos puntas ubicando cada punta entre los dos puntos a medir ubicados sobre la línea media facial, se anota el resultado en milímetros.

- **Tercio superior:** Va desde la implantación del cabello (Trichion) a la línea superciliar.
- **Tercio medio:** De la línea superciliar a la base de la nariz (punto subnasal)
- **Tercio inferior:** De la base de la nariz a la parte más inferior de la mandíbula (mentón). Se subdivide en dos tercios: el superior, desde la base de la nariz al estomion superior (corresponde a 1/3) y del estomion inferior al borde inferior de la mandíbula (corresponde a 2/3)

Durante el análisis del paciente se debe evaluar la forma de su frente debido a que ésta así como la forma de la nariz, pueden modificar el perfil facial. El contorno lateral de la frente puede ser plano, prominente u oblicuo (en este último caso la configuración de la base maxilar tiende al prognatismo).

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:12

## ANÁLISIS DE SONRISA

**Línea de sonrisa:** Se determina según la cantidad de exposición de los incisivos superiores, lo cual depende de la longitud del labio superior, de la altura vertical del maxilar, del largo de la corona clínica del incisivo superior y de la magnitud del movimiento de elevación del labio superior. De acuerdo a la cantidad de exposición del incisivo superior, la línea de sonrisa puede ser normal, si el paciente expone toda la corona clínica del incisivo superior, más 2 o 3mm del margen gingival (100%); baja, si se expone únicamente parte de la corona clínica (menor de un 100%); o alta, si hay exposición de toda la corona y más de 3mm de encía marginal, incluso mostrando la totalidad de encía queratinizada o mucosa (más del 100%).

Hay dos tipos de sonrisa: la social o voluntaria (usada para posar en fotos y al saludar a alguien, es la empleada para objetivos terapéuticos porque es repetible; sin embargo ésta puede sufrir cambios durante los años con la maduración) y la de disfrute o involuntaria (representa la emoción). (BOTERO 2007)


La sonrisa cambia con el tiempo y la edad del paciente. En pacientes preadolescentes, los tejidos blandos están en crecimiento, mientras que los adolescentes están próximos a obtener la apariencia de adultos. A partir de este momento y hasta la vejez, el filtrum y la comisura se alargan (el filtrum en mayor cantidad) disminuyéndose la exposición de dientes y encía durante la sonrisa y en reposo.

**Arco de sonrisa:** El arco de sonrisa es la relación entre una curva hipotética que corre a lo largo de los bordes incisales de los dientes anteriores superiores, y la curva que forma el labio inferior en una sonrisa de pose. En un arco de sonrisa «consonante» o «positivo» ambas curvas coinciden. En un arco de sonrisa «no consonante» la curva que forman los bordes incisales de los dientes anteriores superiores está plana, o inversa con relación a la curvatura del labio inferior

**Corredores bucales:** Durante la sonrisa aparecen espacios bilaterales entre la superficie bucal del diente maxilar más posterior que sea visible y la comisura de los labios llamados corredores bucales, espacios negativos o espacios oscuros. La literatura de prostodoncia describe que la falta de corredores bucales produce una apariencia irreal en la sonrisa, dándole un aspecto que sugiere que el sujeto porta una dentadura artificial

**Relación dento-labial:** [Para el diseño de la sonrisa](#) se analizan varios factores en con relación al análisis dentolabial

1. La **exposición del diente en reposo** será 1-5 mm dependiendo edad (se van desgastando 3.37 jóvenes y 1.26 adultos) y del sexo (en las mujeres de 3.37 frente 1.91 hombres).

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:13

2. El **borde incisal**: La curva incisiva convexa sigue un paralelismo a la concavidad natural del labio inferior mientras está sostenida. La simetría irradiante proporciona una sonrisa agradable y se encuentra normalmente en la gente joven. La relación entre las dos curvas podrá ser sin contacto, en contacto o cubierta. La presencia de una curvatura incisiva plana o inversa es estéticamente poco atractivo y tendremos que conseguir esta convexidad no sólo a nivel estético, sino también funcional. El perfil incisivo se mantendrá dentro del labio inferior para cierre adecuado de los labios.
3. **Línea sonrisa**: exposición dientes anteriores mientras sonríe. Podrá ser baja (75%), media (75-100%) y alta (banda gingival). Con una franja superior a 3-4mm de tejido blando se considerará al paciente con sonrisa gingival.

## **ANALISIS FACIAL GENERAL**


**Ojos:** Establecer la simetría y el nivel entre ellos. Determinar los movimientos, la simetría del globo ocular, la orientación de los ojos en el rostro y la reacción a luz y los reflejos. Se debe indagar sobre problemas o dificultades visuales, uso de lentes permanentes o temporales. Se pueden encontrar problemas como el estrabismo divergente, movimientos irregulares de los ojos y tamaños desiguales de las pupilas

**Zona malar:** La proyección del malar es importante porque se relaciona con la proyección anteroposterior del maxilar. Se establece si está plana, poco proyectada o proyectada adecuadamente. Con un malar proyectado adecuadamente, el globo ocular se encuentra de 2 a 4mm más anterior que el reborde orbitario; si esta medida es superior, se debe a que el malar está poco proyectado o plano (medida superior a 4mm).

También se debe evaluar el contorno de la mejilla, tanto en sentido frontal como en el perfil. La referencia para evaluar la proyección de la mejilla, mirando al paciente de perfil, es estableciendo que su punto más anterior está localizado de 20 a 25mm inferior y de 5 a 10mm anterior al canto externo del ojo.

Este análisis se puede complementar con la observación de piel y faneras, en la que se evalúa la textura (gruesa, suave), el color, la humedad, la temperatura, la pigmentación, así como las erupciones, la abundancia y la distribución del cabello y las lesiones y alteraciones tróficas de las uñas.

**Orejas:** Se observa la simetría entre las orejas, el sitio de implantación, tamaño y contorno; se determina la forma del oído externo, su conducto auditivo y la capacidad auditiva. Se pueden encontrar malformaciones en las orejas, formación de fístulas y dificultad auditiva con origen en trastornos genéticos, asociados a síndromes y traumatismos.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:14

**Nariz:** Su tamaño, posición y morfología dan un valor estético a la cara. Su forma puede estar condicionada por factores hereditarios, traumatismos, manifestaciones de alteraciones en el desarrollo o por algún proceso patológico local o general. Se debe también establecer la permeabilidad nasal utilizando un espejo intraoral debajo de cada narina. Para determinar la anchura de la base nasal se puede comparar la distancia intercantal con la amplitud nasal, las cuales en una cara proporcionada deben coincidir; así se puede determinar si presenta una base estrecha, normal o amplia.

**Labios:** Este análisis se debe realizar cuando el paciente se encuentre en reposo. Se debe observar la humectación, el grosor y la posición del uno con respecto al otro. Se indica si los labios son competentes o incompetentes. Para realizar este análisis, se debe medir la distancia interlabial (Stomion superior a Stomion inferior).

La relación normal ocurre a una distancia interlabial de 0 a 3mm. La incompetencia labial se considera cuando existe una distancia interlabial de más de 3mm; ésta puede ser anatómica (si el labio superior está corto) o funcional (si hay hipotonía de labio o protrusiones dentoalveolares marcadas).


**Labios competentes:** Son labios en contacto con la musculatura relajada.

- **Labios incompetentes:** Corresponde a los labios anatómicamente cortos que no entran en contacto con la musculatura relajada. Se presentan por contracción activa del músculo orbicular de los labios.
- **Labios subjetivamente incompetentes:** Ocurre cuando los incisivos superiores se encuentran protruidos o proinclinados e impiden el contacto labial, pero los labios son normales.
- **Labios evertidos:** Se presentan cuando hay un desarrollo excesivo de los labios con disminución del tono muscular.

**Selle labial:** Registrar si hay selle labial o no

**Cuello:** Examine la movilidad del cuello, vea si hay masas o pulsaciones anormales o si la tráquea se encuentra desviada, examine la tiroides para determinar su tamaño, consistencia, movilidad, presencia de nódulos; adenopatías.

**Simetría:** Para establecer la simetría de la cara del paciente se evalúan frontalmente los quintos faciales, para lo cual la cara se divide en cinco porciones que deben ser similares, y se distribuyen de izquierda a derecha, así: 1) distancia de implantación de la oreja al canto externo del ojo, 2) del canto externo al canto interno del ojo izquierdo, 3) del canto interno del ojo izquierdo al canto interno del ojo derecho, 4) del canto interno al canto externo del ojo derecho y 5) del canto externo a la implantación de la oreja derecha. Además, el canto interno del ojo debe corresponder con la parte externa de las alas nasales y el borde interno del iris debe estar en línea recta con las comisuras labiales.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:15

**Forma de cara:** indica la relación entre la anchura facial (máxima distancia bicigomática) y la altura morfológica de la cara (distancia entre ofrion y gnation). Se debe medir de manera recta, y con las medidas obtenidas se aplica la siguiente fórmula:

$$I = \frac{\text{Altura morfológica de la cara} \times 100}{\text{Anchura bicigomática}}$$

Según el resultado se establece el índice facial:

- Leptoprosopo: cara alargada y estrecha (Mayor a 104%)
- Mesoprosopo: cara con proporción similares entre anchura y longitud (entre 97 y 104%)
- Euriprosopo: cara amplia transversalmente y corta (Menor a 97%)

**Tono muscular:** Encontramos tres tipos de alteraciones musculares de hipertonicidad, eutonicidad e hipotonocidad.


- Hipertonicidad o hipertónico cuando hay una rápida velocidad de reacción ante estímulos y rigidez a la tracción
- Hipotonocidad cuando hay una lenta velocidad de reacción ante estímulos y poca resistencia a la tracción
- Eutónico cuando hay una respuesta normal a los estímulos.

### **ANALISIS DE QUINTOS**



Para evaluar de forma más meticulosa las posibles asimetrías faciales se emplea la regla de los quintos faciales, donde se trazan líneas paralelas verticales que pasan por los cantos internos, cantos externos de los ojos y los puntos más externos de los parietales. El ancho nasal debe corresponder al quinto central. El ancho bucal se mide en las comisuras labiales y debe coincidir con los limbus mediales oculares. Las proporciones serán adecuadas si las medidas de los quintos son iguales entre si.

### **ANALISIS DE PERFIL**

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código:
		Página:16

**Tipo de Perfil:** El objetivo de este análisis es determinar la posición de los maxilares. Para su estudio clínico se utilizan los siguientes puntos: Glabella (Gl), Subnasal (Sn) y Pogonion (Pog) de tejidos blandos. La relación de estos tres puntos determinarán el perfil facial así: si el ángulo formado entre las líneas Gl-Sn y Sn-Pog se encuentra en 8 y 16° corresponde a un perfil recto; si es mayor a 16° corresponde a un perfil convexo (normal en niños en crecimiento) y si es menor a 8° el perfil es cóncavo.

**Tercios faciales:** Se miden con una regla flexible (de manera recta) o con la ayuda de un compás de dos puntas ubicando cada punta entre los dos puntos a medir ubicados sobre la línea media facial, se anota el resultado en milímetros.

- **Tercio superior:** Va desde la implantación del cabello (Trichion) a la línea superciliar.
- **Tercio medio:** De la línea superciliar a la base de la nariz (punto subnasal)
- **Tercio inferior:** De la base de la nariz a la parte más inferior de la mandíbula (mentón). Se subdivide en dos tercios: el superior, desde la base de la nariz al stomion superior (corresponde a 1/3) y del stomion inferior al borde inferior de la mandíbula (corresponde a 2/3)

Durante el análisis del paciente se debe evaluar la forma de su frente debido a que ésta así como la forma de la nariz, pueden modificar el perfil facial. El contorno lateral de la frente puede ser plano, prominente u oblicuo (en este último caso la configuración de la base maxilar tiende al prognatismo).


**Ángulo nasolabial y mentolabial:** Son dos pliegues musculosos y fibrosos que limitan la boca. Durante su examinación se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: longitud, anchura, prominencia, considerando que las características étnicas del paciente pueden influenciar. La protrusión labial (proquelia) depende del grosor de las partes blandas, el tono del músculo orbicular de los labios, la longitud del labio superior, la posición de los incisivos y la configuración de las estructuras óseas adyacentes.

El examen inicialmente se hace con la boca cerrada; en niños las fisuras labiales y los surcos labio-marginales son mínimos. La longitud normal del labio superior es en promedio de 20 a 22 mm y del labio inferior es de 38 a 44 mm. La proporción sería de 2:1.

Se debe evaluar la textura definiendo si se encuentran humectados o secos. Un labio reseco puede ser indicativo de un hábito de succión labial, o respiración oral entre otras.

Los labios se pueden clasificar de acuerdo con su longitud en cortos o largos, de acuerdo con su posición en protruidos o retruidos, y de acuerdo con su tonicidad en



	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:17

hipertónicos o hipotónicos. Generalmente los incisivos superiores sobrepasan 2mm la línea del labio superior en reposo y al sonreír; en niños puede estar al mismo nivel o 2mm por encima del borde incisal superior. Los labios se palpan con los dedos índice y pulgar con el fin de sentir alteraciones en sus planos profundos.

El ángulo nasolabial está formado por la línea subnasal a Labrale superior y la línea de subnasal tangente al borde inferior de la nariz. Puede ser un ángulo recto, agudo u obtuso (o abierto, el cual es el más común en los niños debido a la elevación normal de la punta nasal).

También debe evaluarse el mentón, considerando que el contorno se valora en relación con la posición del labio inferior y el trayecto del pliegue mentolabial; depende de la estructura ósea mentoniana, del grosor de las partes blandas y del tono del músculo mentoniano, al igual que de la morfología y constitución mandibular. Puede ser deficiente (por detrás del labio inferior), normal (a nivel del labio inferior) o prominente (por delante del labio inferior).

Se valora la altura del mentón (distancia entre el surco mentolabial y el mentón) con el fin de establecer una modificación en la posición del labio inferior que altera el sellado labial. Un pliegue mentolabial profundo es característico de la hipertonía del músculo mentoniano; ésta mala función muscular impide el desarrollo sagital de la apófisis alveolar anterior de la mandíbula.


**Frente:** si es recta, retroinclinada o prominente. Se complementa con el ángulo fronto-nasal.

**Nariz:** Su tamaño, posición y morfología dan un valor estético a la cara. Su forma puede estar condicionada por factores hereditarios, traumatismos, manifestaciones de alteraciones en el desarrollo o por algún proceso patológico local o general. Se debe también establecer la permeabilidad nasal utilizando un espejo intraoral debajo de cada narina. Para determinar la anchura de la base nasal se puede comparar la distancia intercantal con la amplitud nasal, las cuales en una cara proporcionada deben coincidir; así se puede determinar si presenta una base estrecha, normal o amplia. (BOTERO 2007)

**Labios:** Este análisis se debe realizar cuando el paciente se encuentre en reposo. Se debe observar la humectación, el grosor y la posición del uno con respecto al otro. Se indica si los labios son competentes o incompetentes. Para realizar este análisis, se debe medir la distancia interlabial (Stomion superior a Stomion inferior).

## **ANALISIS FUNCIONAL**

**Ojos:** Establecer la simetría y el nivel entre ellos. Determinar los movimientos, la simetría del globo ocular, la orientación de los ojos en el rostro y la reacción a luz y los reflejos. Se debe indagar sobre problemas o dificultades visuales, uso de lentes

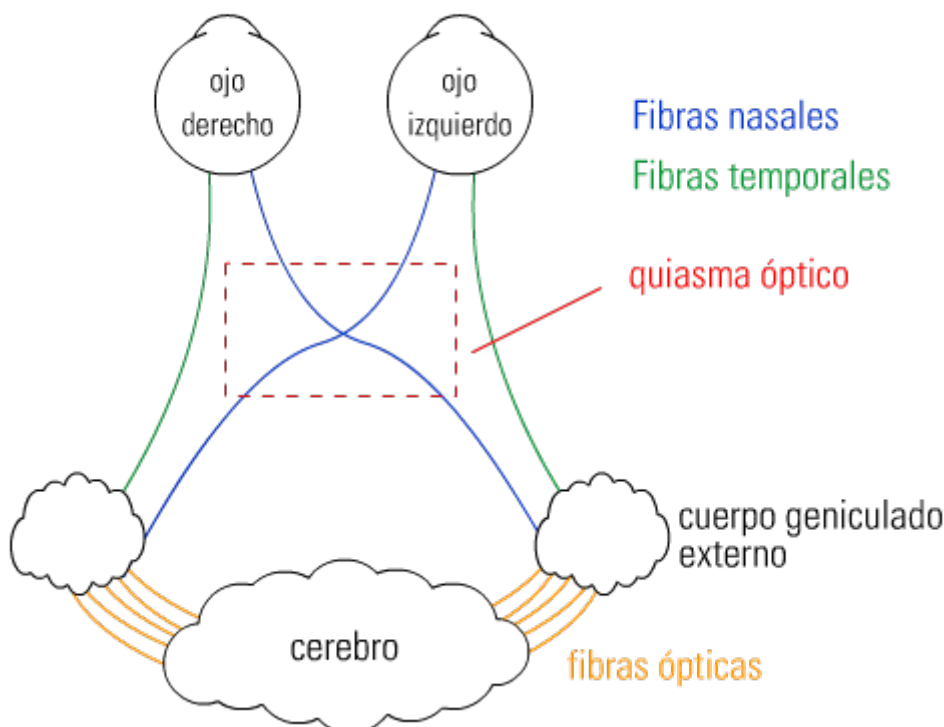
	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02 Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código: Página:18

permanentes o temporales. Se pueden encontrar problemas como el estrabismo divergente, movimientos irregulares de los ojos y tamaños desiguales de las pupilas.

**Reflejo pupilar:** Sirven para revisar elementos neurológicos (cerebrales) del ojo. Su propósito es evaluar las vías neurológicas aferentes y eferentes responsables de la función pupilar. Esta prueba se hace sin corrección.

El nervio óptico tiene 2 tipos de fibras: Nasaes y temporales. Ambas sirven como vías aferentes y eferentes. Las vías aferentes son aquellas que envían un estímulo al cerebro y por las vías eferentes se reciben las respuestas del cerebro.

## Reflejos pupilares




<http://www.saludvisual.info/examen-visual/pruebas-preliminares/reflejos-pupilares/>

### Preparación

- Usar lámpara de bolsillo
- Luz tenue
- Punto de fijación (cartilla de Snellen)
- El Odontologo debe estar del lado del paciente, pero lo suficientemente cerca para hacer observaciones

### Procedimiento:

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:19

Pedir al paciente que fije su vista; colocar lámpara de bolsillo, aproximadamente a unos 15 cm del paciente, de dos a tres segundos en cada ojo, dos a tres veces, revisando los siguientes reflejos pupilares:

### **Reflejo directo (fotomotor)**

Reflejo que se observa inmediatamente al colocar la luz sobre el ojo del paciente (siempre que hay luz, debe haber miosis).

### **Indirecto (consensual)**

Se revisa el ojo contrario al que se coloca la luz. Debe de contraerse de igual manera que el ojo que recibe la luz directamente.

Anotar irregularidades en la pupila, si una está más grande que la otra, una está ovalada, serrada, colobomas, etc. Las pupilas deben estar redondas y que ambas respondan a la luz de igual manera.


**Reflejo consensual:** Se revisa el ojo contrario al que se coloca la luz. Debe de contraerse de igual manera que el ojo que recibe la luz directamente.

**Alteraciones visuales:** Alteraciones visuales interfieren con la vista normal. Los diversos tipos de alteraciones visuales pueden ser causados por varias condiciones y trastornos. Algunas son temporales y pueden aliviarse con el tratamiento. Sin embargo, algunos pueden ser permanentes, como la diplopía.

La diplopía también se llama visión doble. Si usted está viendo dos objetos cuando debería estar viendo una, usted está experimentando diplopía. Esta alteración de la visión puede ser un síntoma de un problema grave de salud, por lo que es importante que vea a su médico cuando los síntomas comienzan. Existen dos tipos de diplopía: monocular y binocular.

- **Monóculo:** Visión doble que afecta a un ojo se llama visión doble monocular. Puede ser el resultado de un cambio físico a la lente sobre el ojo, la córnea, o la superficie de la retina.
- **Binocular:** Visión doble en ambos ojos puede ser el resultado de los ojos mal alineados o daño nervioso que impide que su cerebro a partir de capas correctamente las imágenes que sus ojos están viendo.

La visión doble también puede ser el resultado de la falta de comunicación en el cerebro, si su cerebro no puede superponer las dos imágenes de sus ojos están viendo, puede experimentar visión doble. Cubrir el ojo afectado no va a resolver el problema, sin embargo. Usted sigue siendo probable que veamos una "imagen fantasma" cuando el ojo dañado está cerrada.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:20

Ceguera: la ceguera parcial significa que son capaces de ver la luz, así como un cierto grado de lo que te rodea. Ceguera total se refiere a una condición en la que ya no puede ver la luz. Las personas con una visión inferior a 20/200 se consideran legalmente ciegos. Su visión se puede corregir con gafas, cirugía o lentes de contacto. En muchos casos, las personas con ceguera parcial o completa no pueden restaurar su vista.

El daltonismo: Los individuos que son daltónicos no son capaces de ver los colores. La mayoría de las personas con problemas de la visión del color son daltónicos-sólo parcialmente carecen de la capacidad de diferenciar entre los tonos específicos de ciertos colores. Daltonismo total es rara. Las personas que son completamente daltónico ver sólo sombras de gris.

Visión borrosa: puede ser el resultado del cambio de visión o un síntoma de otra condición. Ojos que no se alinean correctamente no pueden recibir y leer mensajes visuales a tus ojos. Lentes o contactos correctivas pueden solucionar la mayoría de los casos de visión borrosa, pero alteraciones en la visión causados por otra condición pueden requerir tratamiento adicional. Halo aparecen como círculos de luz alrededor de los objetos. Dolor o incomodidad en su ojo es diferente de una enfermedad a otra. Se puede sentir como una sensación de rasguño al abrir y cerrar el párpado. Alternativamente, puede ser una vibración continua en su ojo que no se alivia con el cierre de su ojo.


**Deglución:** Se debe evaluar si la deglución del paciente es normal o está alterada teniendo en cuenta el tipo de dentición presente en boca y conociendo el ciclo de la deglución y las diferencias existentes entre la deglución infantil o visceral y la deglución adulta o somática. Se le puede pedir al paciente que trague saliva para observarlo o se le ofrece un vaso con agua para establecer cómo se comportan los elementos involucrados y así establecer las posibles alteraciones.

Los tipos de deglución son:

- **Deglución infantil (o visceral):** Es el tipo de deglución presente en el recién nacido, donde el acto de tragar es un reflejo incondicionado. Cuando empieza la erupción dental (aproximadamente a los 6 meses de edad) la lengua es obligada a ocupar una posición más posterior, se inicia el aprendizaje masticatorio, se inician verdaderos movimientos masticatorios y el aprendizaje de la deglución madura o somática

Se caracteriza por: maxilares separados con la lengua interpuesta entre las almohadillas gingivales.

- **Deglución transicional:** Se da por cambios en la dieta, por la erupción dental, maduración neuromuscular y cambios en la postura de la cabeza. La erupción

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:21


dental (antes de establecerse la dentición temporal completa o antes de completarse la dentición permanente) induce cambios en la posición lingual, llevándola a ocupar los espacios dentales de los dientes faltantes, ya sea en el sector anterior o posterior hasta el momento en que se establece la oclusión. En los casos en que se presenta en el sector posterior a su vez puede darse de forma unilateral o bilateral; la lengua se mueve con fuerza hacia el sector de premolares y molares. En la mayoría de los casos, al terminar la erupción dental y establecerse el contacto oclusal, la lengua se ubica en su posición habitual de normalidad.

- **Deglución madura:** Se caracteriza por muy poca actividad de los labios y carrillos, la punta de la lengua se ubica detrás de la papila incisiva y los músculos elevadores estabilizan la mandíbula en intercuspidad. Durante la dentición mixta los labios pueden contraerse un poco para asegurar el cierre.
- **Deglución atípica:** Se refiere a una alteración en el proceso normal de la deglución caracterizada por movimientos inadecuados de la lengua y otras estructuras que participan en la deglución, generando trastornos articulares, malformaciones en los arcos dentales, alteraciones en el paladar, alteraciones del tono labial y de la postura corporal. Estos problemas de deglución pueden acompañarse de otros como babeo, tonos disminuidos, labios entreabiertos o lengua proyectada anteriormente.

Algunas causas de este problema son: respiración oral, hábitos nocivos de succión, fuerza labial, lengua anquilosada, frenillo lingual sobreinsertado, hipertrofia de adenoides, prognatismo mandibular, trauma óseo dental, entre otras.

Los signos y síntomas asociados son: presencia de la musculatura periorbicular cuando hay o hubo proyección anterior de la lengua, alteración de la contracción del masetero, contracción del mentón e interposición del labio inferior, movimientos de la cabeza (estiramientos de la musculatura del cuello durante la deglución asociada a la mala masticación), ruidos que aparecen por exceso de fuerza en el dorso de la lengua, presencia de residuos en el dorso de la lengua, posición adelantada de la lengua en reposo (entre o contra los incisivos centrales y laterales), presencia de diastemas, huellas en el borde de la lengua y mímicas faciales.

- **Deglución atípica con empuje lingual simple:** Muestra contracción de los labios, del músculo mentoniano y los elevadores mandibulares. Los dientes no están en oclusión mientras la lengua ejerce fuerza contra los incisivos anteriores superiores o protruye produciendo movimiento dental. En una mordida abierta, es un mecanismo adaptativo. Cuando un paciente muestra empuje lingual simple, se debe verificar si éste presenta un hábito de succión digital o amígdalas hipertróficas.


	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código:
		Página:22

- ***Deglución con empuje lingual complejo:*** En este tipo de deglución existe una combinación de contracciones débiles de los labios y de los músculos faciales y un desarrollo aumentado del músculo mentoniano. No hay contracción de los músculos elevadores mandibulares. La mordida abierta se asocia con un empuje lingual complejo, respirador bucal, enfermedades nasorespiratorias y alergias. (BOTERO 2007)
- ***Deglución infantil persistente:*** Es otro tipo de deglución atípica caracterizado por la persistencia predominante del reflejo de deglución infantil después de la erupción de los dientes permanentes. La lengua empuja fuertemente entre los dientes que están por delante y a los lados. Los síntomas de esta deglución atípica son: la postura anterior de la lengua y empuje de ésta durante la deglución, contracción de los músculos periorales y actividad excesiva del mecanismo buccinador.

La evaluación de la posición de lengua en reposo es importante para determinar la influencia de la presión de la lengua de manera estática.

**Masticación:** Para evaluar la masticación, se le da al paciente algo para masticar (un trozo de cera rosada) y se le indica que lo mastique. Se observa si la masticación es unilateral derecha o izquierda o si es bilateral. La masticación puede ser temporal o maseterina. Cada una tiene características diferentes debido a la función muscular.

- ***Masticación temporal:*** Se caracteriza por presentar estímulos funcionales débiles con escaso desarrollo del aparato óseo, masticación superficial de los alimentos, abrasión mínima o nula de la dentición temporal, ausencia del desplazamiento anterior de la arcada inferior, colocación desfavorable del primer molar, sobremordida anterior bloqueante.
- ***Masticación maseterina:*** Presenta características como, desarrollo favorable para el primer molar, ausencia de sobremordida bloqueante, colocación favorable del primer molar, abrasión de dientes temporales, molido de la alimentación.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:23


**Audición:** Los trastornos de audición engloban numerosas patologías que se manifiestan a diferentes edades de la vida por afecciones más o menos severas, temporales o definitivas, del sistema auditivo.

- **Hipoacusia Conductiva o de transmisión:** Cuando existe un obstáculo en el mecanismo de transmisión del oído (bien en el conducto auditivo externo, la membrana timpánica o la cadena osicular), pero el oído interno no se encuentra dañado. Causas comunes: Tapones de cerumen, perforaciones timpánicas, lesiones en los huesecillos del oído medio.
- **Hiperacusias:** Es el trastorno caracterizado por la presencia de una audición superior a la normal, aunque no existe como tal, pues es común que haya personas con más agudeza auditiva que otras.
- **Acúfenos:** También llamados tinnitus o zumbidos del oído, son percepciones sonoras que aparecen en ausencia de estímulo sonoro exterior.
- **Diploacusias:** Diploacusia significa audición doble, y hace referencia a una alteración en la percepción de la frecuencia de los sonidos. Indica, por lo general, una alteración de las células ciliadas del órgano de Corti, y suele acompañar, a ciertas hipoacusias neurosensoriales de tipo coclear.
- **Pérdida de audición por exposición al ruido:** Aunque los efectos del ruido sobre la audición no están definidos con precisión, si existe información suficiente para el desarrollo de índices predictivos de los efectos dañinos del ruido sobre la sensibilidad auditiva.

**Fonación/ Habla:** En primer lugar, cabe anotar que el "habla" es la materialización del lenguaje, la cual es individual, aprendida y lleva a la articulación de la palabra hablada. El habla se compone de la entonación, ritmo, fluidez y velocidad.

Para su evaluación se deben considerar aspectos como la edad del paciente, el grado de desarrollo psico-motriz, las condiciones estructurales y funcionales de la región orofacial (músculos orofaciales, labios, malposiciones dentarias, lengua, paladar, maloclusiones), de la región faríngea y laríngea; todas estas condiciones pueden provocar una incorrecta pronunciación de ciertos fonemas. Sin no se observa anormalidades se escribe sin alteraciones.

- **Disartria:** La disartria es una alteración del habla provocada por parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla, de origen neurológico. Es decir, estas personas comprenden el lenguaje a la perfección y pueden elaborar mensajes verbales, pero al momento de articularlos, surgen las dificultades. Es común que las disartrias se acompañen de trastornos de la deglución (disfagia), que deberán ser evaluados y rehabilitados lo antes posible a fin de evitar complicaciones en el

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:24

estado clínico del paciente.

- **Dislalia:** El Trastorno Fonológico o Dislalia consiste en la incapacidad del paciente para pronunciar correctamente los sonidos del habla que son esperables según su edad y desarrollo. Este trastorno se va a manifestar en errores en la producción de sonidos como la sustitución de una letra por otra.

**Hábitos orales:** Se pueden considerar como reacciones automáticas que se manifiestan en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Se debe describir cualquier hábito, por ejemplo: hábito de succión digital o de pacificador, hábito de succión labial, onicofagia, mordisqueo de lapiceros, succión de las mejillas, fumador, entre otros.

Para la descripción de un hábito se debe considerar:


- **Duración:** Es el tiempo que dura el hábito cada vez que lo está ejerciendo.
- **Frecuencia:** Hace referencia a cuántas veces al día se ejerce el hábito.
- **Intensidad:** Es con qué grado ejerce el hábito; por ejemplo, en el caso de la succión digital, cuántos dedos se lleva a la boca; en proyección lingual, cuanta lengua se desborda por entre los dientes.

**Músculos:** Se evalúan los músculos masticatorios en reposo y en función por medio de la palpación externa y luego interna (intraoral) utilizando la superficie palmar de los dedos índice y medio (se utiliza el anular para áreas adyacentes), ejerciendo una presión firme y sostenida por 1 ó 2 segundos, y se explora mediante movimientos circulares. Evaluar forma, tamaño, consistencia y sensibilidad.

Se interroga al paciente por la presencia de dolor a la palpación en reposo o en función, en la mañana al levantarse o durante el día. (BOTERO 2007)

- **Músculo Temporal:** Músculo grande en forma de abanico, principal músculo para el posicionamiento de la mandíbula; es elevador mandibular y ayuda a movimientos de retrusión y lateralidad. Se debe palpar en tres áreas: región anterior (encima del arco cigomático por delante de la articulación temporomandibular), región media (por encima de la articulación temporomandibular y el arco cigomático) y en la región posterior (por encima y detrás de la oreja). En los casos en que se dificulta su ubicación, se pide al paciente que ocluya fuertemente.
- **Músculo Masetero:** Músculo de forma cuadrilátera. Su principal función es elevar la mandíbula aunque también la protruye lateralmente. El operador se coloca detrás del paciente colocando los dedos sobre el arco cigomático, luego se deslizan hasta la porción del músculo insertada en el arco cigomático (por delante de la articulación temporomandibular), luego se desplazan hacia la inserción inferior ubicada en el borde inferior de la rama mandibular.



	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código:
		Página:25

- **Músculo Pterigoideo Lateral externo:** Ubicado en la fosa cigomática; su función es proyectar hacia adelante y lateralmente la mandíbula. Se evalúa durante la contracción muscular pidiéndole al paciente que realice movimientos de protrusión, apertura y lateralidad mandibular. Este músculo se distiende en máxima intercuspidadación.
- **Músculo Pterigoideo Medial o interno:** Ubicado por dentro de la rama mandibular; participa junto con el temporal y masetero como elevador y ayuda en movimientos de protrusión mandibular durante el cierre. Se evalúa durante el apretamiento dental (contracción) o en apertura (distensión del músculo). Solo se puede palpar detrás del borde de la mandíbula.

Evaluar en cada uno de ellos si refiere dolor o no, si hay dolor debe registrar el tiempo de evolución en números y descripción si se requiere, de lo contrario diligenciar asintomático.

### **TEST CARGA PTERIGOIDEO INTERIOR Y EXTERIOR**

El pterigoideo interno se palpa intraoralmente o en algunas situaciones extraoralmente. Intraoralmente se introduce el dedo índice por la cara lingual de premolares y molares inferiores a buscar el ángulo de la mandíbula, ya que este musculo se inserta por la cara interna, al cuerpo angular y el borde posterior de la mandíbula.

La palpación Extraoral se realiza palpando con las yemas de los dedos el borde inferior e interno del cuerpo angular y rama ascendente de la mandíbula.


El test de carga se obtiene evitando un cierre, una protrusión o una lateralidad mandibular a través de una fuerza antagónica.

El pterigoideo externo este musculo realmente no se palpa pero es importante señalar al paciente con el índice el sitio donde puede sentir dolor. Así el dedo señalar a la parte más profunda y posterior del surco vestibular a nivel de la tuberosidad del maxilar y luego el paciente intentara realizar movimientos en contra de una resistencia que puede ser ocasionada por la mano del operador que intentará al mismo tiempo llevar la mandíbula hacia el movimiento contrario al que en ese momento realiza el paciente. Si este musculo llegara a estar afectado la sintomatología dolorosa comenzaría de esta forma también debe ser evaluado en máxima intercuspidadacion y en reposo.

### **ANALISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR ATM**

#### **Articulación temporomandibular (A.T.M)**

**Máxima apertura:** Registrar en milímetros la apertura máxima realizada por el

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:26

paciente; la medida se toma desde el borde incisal del central superior al borde incisal del central inferior (al valor obtenido se le suma la sobremordida del paciente o se le resta la distancia interincisal en casos de mordidas abiertas). Debe examinarse mirando al paciente de frente y se palpan ambas articulaciones al tiempo, poniendo atención a los ruidos o el dolor en el área de la articulación. Si existe alguna desviación o deflexión mandibular, se debe describir si ésta es derecha o izquierda. Se considera como el indicador más importante de la función articular. El rango normal es de 40 a 50 mm.

### **Auscultación:**

▣ **Ruidos, dolor, brincos y crepitaciones:** Para determinar si existe alguna patología en la articulación durante el movimiento, se debe colocar el fonendoscopio sobre la región correspondiente a la articulación con el fin de detectar si hay o no ruidos durante los movimientos de apertura y cierre. El movimiento mandibular se debe medir en su parte inicial, media y final para poder determinar a qué nivel existe el ruido. Se debe diferenciar si éste es agudo, grave o crepitante y si es único o múltiple. Repetir el procedimiento para el lado contrario.

▣ **Palpación lateral:** Se hace ubicándose por delante y al lado derecho del paciente. Colocar los pulpejos de los dedos índice y medio por delante del trago, lateralmente al cóndilo y en posición. Ordenar al paciente realizar tres movimientos de apertura consecutivos. Registrar signos y/o síntomas.


▣ **Palpación posterior:** Introducir los pulpejos de los dedos índices en los conductos auditivos externos del paciente con las palmas de las manos hacia el frente. En esa posición, ordenar movimientos de apertura y cierre consecutivos. Durante el movimiento del cierre, presionar hacia adelante. Registrar signos y/o síntomas. (BOTERO 2007)

**Trayectoria de apertura y cierre (PATRON DE APERTURA): estos dos ítems se deben llenar con la misma información.**

Se determina tanto en sentido sagital como frontal para establecer si existe alguna desviación mandibular durante los movimientos. En la evaluación de ATM se debe determinar si durante la apertura hay alguna desviación mandibular. Para esto se marcan unos puntos en la parte media de las cejas, en subnasal y en la parte media del mentón. Se coloca un trozo de seda dental que pase por estos puntos y se le pide al paciente que abra la boca mientras se sostiene la seda dental, observando si el punto mandibular se desvía con respecto a ésta. En el espacio en sentido frontal, como sagital indicar si la desviación es izquierda o derecha o si existe un patrón recto.

### **Examen funcional**

Primer contacto en céntrica. Con papel articular verificamos el primer contacto dentario y observamos si es repetible, dudoso, indeterminado, sin dolor. El paciente debe cerrar

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:27

logrando el mayor número de contactos posible. El paciente debe abrir la boca y cerrar poco a poco debemos guiar el movimiento del paciente para evitar posiciones falsas hasta lograr el primer contacto dentario, a partir del cual vamos a observar el desplazamiento de la mandíbula, en toda la dirección anterior superior izquierda y derecha.

**Articulados.** Guías condilares se dividen en dos.

1. Guía condilar vertical. Representa la pared anterosuperior de la cavidad glenoidea 0º Angulo de la eminencia
2. Guía condilar horizontal representa la pared interna o medial de la cavidad glenoidea 0º Angulo de Bennett.

**Movimientos Mandibulares.**

1. **Protrusión** el paciente realizará el movimiento anterior o progresivo máximo posible, se medirá la distancia desde el borde incisal superior hasta el borde incisal inferior y se le sumará la medida de sobremordida horizontal. Se observarán los contactos posteriores los cuales serán interferencias.

**Guía anterior:** Los dientes posteriores protegen a los anteriores en un cierre céntrico en máxima intercuspidad y los anteriores protegen a los posteriores en movimientos excursivos hay que examinar si lo tiene o no.

**La Función canina** se realiza con solo canino superior, inferior o función en grupo realizada por caninos, premolares o molares.


**2. Lateralidad.** Se evalúa el máximo movimiento de la mandíbula hacia la derecha o izquierda, se toma como punto de referencia la línea media anatómica del paciente que será proyectada en lápiz sobre las superficies vestibulares sobre los dientes incisivos. Una vez obtenida la marca del paciente se realiza el movimiento máximo, se medirá la distancia existente entre la línea superior y la línea inferior, valor normal de 5 a 9 mm

**Mordida abierta:** se evalúa si los dientes anteriores están contactando con los dientes posteriores en máxima intercuspidad se dividen en dos:

- **Mordida abierta anterior.** Cuando los dientes anteriores no ocluyen y los posteriores si ocluyen
- **Mordida abierta posterior** Cuando los dientes anteriores superiores e inferiores si ocluyen mientras que los dientes posteriores no ocluyen.

**Mordida cruzada:** evaluar sobrepaso de los dientes inferiores sobre los superiores en el plano horizontal como en el plano vertical.

**Malposiciones.** Se observa si los dientes están rotados hacia mesial\_distal vestibular o lingual o en un sitio que no le corresponde.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:28

**Extrusiones:** sobrepaso del plano oclusal.

**Incluidos:** si están retenidos o impactados dentro del hueso.

**Perdidos o ausentes:** La ausencia de estos dientes puede ser evaluado por los espacios dejados o mal posición.

#### **Dimensión vertical:**

- Dimensión vertical postural: con centímetro se toma la distancia en milímetros desde la espina nasal anterior a mentón en reposo.
- Dimensión vertical oclusión: se toma la distancia desde espina nasal anterior a mentón en máxima intercuspidad con el dentímetro.

**Evaluación de posibles desordenes craneomandibulares:** Se pregunta al paciente si ha presentado dificultad para abrir la boca, ha escuchado ruidos articulares, sino ha podido abrir la boca o se le ha quedado trabada al bostezar o al ir al odontólogo; dolor al masticar, dolor alrededor de las mejillas en las horas de la mañana o si su mordida ha cambiado últimamente.

**Hábitos:** Se evalúa clínicamente se pregunta al paciente si se chupa los dedos muerde objetos mastica chicle, come uñas, si acostumbra hacer presión sobre los dientes. Si es respirador bucal, si siente que sus dientes o músculos tienen alguna molestia o dolor en las horas de la mañana


#### **GRADO DE MOVIMIENTO MANDIBULAR**

**Apertura comfortable:** Se toma la distancia del borde incisal superior al borde incisal inferior de los dientes anteriores con un dentímetro sin que el paciente haga esfuerzo en su apertura.

**Apertura Máxima:** se pide al paciente que realice un movimiento de apertura máxima, con un dentímetro se toma la distancia del borde incisal del central o lateral superior al borde incisal o lateral del maxilar inferior Su rango oscila entre 40 a 60 mm.

**Protrusión:** se le pide al paciente que lleve la mandíbula hacia delante hasta forzarla. Se toma la distancia con un dentímetro hasta el borde incisal de los dientes anteriores superiores hasta el borde incisal de los dientes anteriores inferiores. El valor promedio es de 5 a 9 mm.

**Lateralidad derecha o izquierda:** Se refiere al desplazamiento de la mandíbula en sentido lateral se debe fijar un punto de referencia sobre la línea media dentaria

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:29

inferior y haciendo una proyección de esta en lápiz sobre los dientes incisivos superiores hasta la línea marcada sobre los incisivos inferiores. Su rango es de 6 a 9 mm del mismo modo se realizará hacia el lado izquierdo.

**DESVIACION MANDIBULAR:** Primero se evalúa el tipo de desviación mandibular, si es confluyente o angular. Se realiza con una regla plástica se ubica de tal forma que no interfiera con el movimiento ni con nuestra visibilidad, se apoya en la punta de la nariz su borde sigue la proyección imaginaria de la línea media facial del paciente, luego el paciente realizará un movimiento de apertura y cierre hasta llegar a su límite máximo de cada uno para así dibujarlo se debe observar si estos movimientos se realizan en línea rectas o se desvía.

- Desviación angular: cuando la mandíbula inicia el movimiento y se desvía totalmente de la línea media.
- Desviación confluyente: hay desviación al inicio de la apertura pero al cerrar la boca vuelve a la línea media.

#### **RUIDOS ARTICULARES:**

La forma de evaluar los ruidos articulares son dos:

1. Auscultación: empleando fonendoscopio se ubica en región pre auricular en porción lateral de la A.T.M. luego se le pide al paciente que cierre \_abra la boca, al igual que en movimientos de protrusión y lateralidad.  
Se registra el tipo de ruido, el movimiento y el tercio en que se escucha.
2. Palpando la articulación: en movimiento de apertura cierre y reposo de forma bimaxilar, bilateral y simultaneo en la porción lateral en busca de zonas de dolor, fluctuación o deslizamiento de tejidos. Para la palpación posterior, con los dos dedos meñiques se introducen en los conductos auditivos externos del paciente esto generando una ligera presión anterior.


Los ruidos articulares son de tres tipos:

1. Chasquido: un sonido único de corta duración que puede ser poco o muy sonoro
2. Crepitación: es un sonido largo y carrasposo durante el moviendo del cóndilo sobre la cavidad glenoidea. Al mismo momento se le pide al paciente que haga los movimientos de lateralidad, protrusión de derecha a izquierda
3. Pop: ruido sordo y único al final de apertura y principio de apertura.

#### **Al terminar de diligenciar el examen extraoral:**

Continuar con la siguiente pestaña de la barra superior **EXÁMEN INTRAORAL**

#### **EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS**

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:30


**Lengua:** Evaluar el color, la textura, la sensibilidad, el tamaño y el movimiento. Es importante mencionar que el tamaño de la lengua debe ser proporcional al tamaño de la cavidad oral del paciente; de acuerdo a esta relación se puede establecer si el tamaño es o no el adecuado.

El examen clínico de la lengua se facilita si ésta se toma su punta con ayuda de una gasa y se extiende hacia fuera. Se observa si hay zonas atróficas, masas, ulceraciones, indentaciones o inflamación localizada. Hay factores que pueden causar alteraciones en la apariencia de la lengua; por ejemplo, en pacientes respiradores orales, o con deficiencia de vitaminas del complejo B y de hierro, la resequedad es un hallazgo muy frecuente. La lengua roja y brillante sin papilas es propia durante la enfermedad de Kawasaki. La lengua geográfica consiste en áreas irregulares cuya causa suele ser desconocida y benigna. La lengua escrotal suele asociarse al mongolismo.

Se debe observar también la posición, la forma y la función. La configuración de la lengua puede ser estrecha, larga o ancha. Se le debe pedir al paciente que abra ampliamente la boca para observar la posición de la lengua en el piso de la boca. Aquella puede encontrarse: encajonada, extendida sobre la región posterior del arco dental o proyectado hacia delante entre o por fuera de los dientes anteriores. Para medir la movilidad, se le pide al paciente que proyecte la lengua hacia afuera y abajo en máxima extensión y luego hacia fuera y arriba. Se debe valorar el rango de movimiento de la lengua para determinar si existe frenillo traccionante, que se complementa con la valoración de la fonación del paciente.

**Carrillos:** Se evalúa la integridad y color de la mucosa, la consistencia y la humectación de la misma. Se busca la papila y el orificio de la glándula parótida (conducto de Stenon) y se observa si la saliva (transparente) fluye a través del orificio. La ausencia de flujo puede indicar xerostomía, que puede ser secundaria a algún medicamento o radioterapia, entre otras causas.

**Mucosa labial:** Verificar los cambios macroscópicos del periodonto, asociados a la historia y a la patología de la mucosa bucal hallada. En el caso de los niños, tener en cuenta que algunas de las características de normalidad de las estructuras periodontales (como el color, la consistencia y textura), cambian de acuerdo a la edad y al tipo de dentición (o al grado de erupción dental). Estas características pueden alterarse por enfermedades sistémicas (diabetes mellitus) o infecciosas de base. Además se debe identificar la presencia de manchas y/o pigmentaciones asociadas a la historia, herencia, raza (melanina).

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:31


**Piso de boca:** Observar la morfología (regularidad anatómica), el color y la textura. Palpar y recorrer desde atrás con el dedo índice izquierdo y derecho un lado a la vez. Con presión leve en el piso de la boca, verificar el funcionamiento de las glándulas salivales o la presencia de alteraciones anatómicas.

**Paladar duro y blando:** La región del paladar constituye la pared superior de la boca. Está formado por dos tercios anteriores o bóveda palatina, y un tercio posterior o velo del paladar. Al observar el paladar, se pueden reconocer las modificaciones de forma y coloración. La palpación permite apreciar su consistencia y la presencia de otras alteraciones como los Torus.

Por lo general, la profundidad del paladar está en relación directa con la amplitud del arco dentario y con los hábitos de respiración. Debe clasificarse como alto, medio o bajo (este análisis clínico se complementa con la aplicación del índice de Korkhaus). También se debe evaluar la integridad y la forma del paladar, la presencia de úlceras o petequias y la movilidad del velo del paladar durante la emisión de sonidos.

**Frenillos bucales:** Son bandas de tejido fibroso que en determinadas circunstancias pueden causar problemas ortodónticos, fonéticos y periodontales. El frenillo labial superior se localiza en la base del labio superior. Con frecuencia existe una pequeña porción de tejido extranormal adherido al frenillo, lo cual aumenta la movilidad del labio superior durante la tracción. Para evaluar el frenillo labial superior e inferior se aplica el test de Blanche (o signo de papila positivo), el cual consiste en traccionar el frenillo y evaluar la zona isquémica que se produce y hasta dónde afecta (en casos de frenillo traccionante, la papila se ve involucrada e incluso puede afectarse la zona lingual). Cuando el frenillo labial superior desciende hasta la bóveda palatina, puede ocasionar un diastema interincisivo. La radiografía panorámica extraoral y la radiografía periapical son esenciales para descartar *mesiodens* y valorar el hueso intermaxilar. El frenillo labial inferior se asocia con más frecuencia a retracción gingival anterior, y en su tratamiento se combina la técnica quirúrgica y el tratamiento periodontal. (BOTERO 2007)

El frenillo lingual puede causar anquiloglosia o un diastema interincisal inferior. La anquiloglosia se asocia a mordida abierta anterior y cruzada posterior; si la limitación de la lengua es moderada, puede tratarse con fisioterapia y si no se resuelve, se realiza la frenectomía lingual.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código:
		Página:32

**Área amigdalina:** Esto incluye la visualización de la úvula. Las amígdalas de mayor tamaño son las amígdalas palatinas, situadas a ambos lados de los pliegues palatogloso y palatofaríngeo. Pueden ser muy grandes en los niños, pero en el adulto deben localizarse detrás de los pliegues, a menos que estén aumentadas de tamaño por reactividad o tumoración. Se observará: color, estructura, presencia de vesículas, ulceraciones, tamaño, criptas, membranas, vegetaciones adenoideas, secreción. En niños es frecuente encontrarlas hiperplásicas debido a que en ellos los estados virales (como gripas o resfriados) se presentan con alta frecuencia.

**Zona orofaríngea:** Se debe examinar el aspecto, tamaño y color de las amígdalas (se puede observar enrojecimiento, aumento de tamaño o ausencia de estas, el istmo de las fauces y la úvula (ubicación, longitud, color).

**Encía / tejidos periodontales:** se describen los signos clínicos si se presenta algún cambio en la textura, color y los niveles de inserción. La exploración debe hacerse verificando presencia de placa bacteriana, cambio de color, forma, consistencia, sangrado, exudado.

**Biotipo periodontal:** Se define como las características morfológicas del tejido periodontal humano que tiene variaciones en cada individuo, se ha clasificado en dos grupos dependiendo del grosor y contorno del hueso y la encía alrededor del diente

- Biotipo periodontal grueso: Periodonto grueso y plano, tablas óseas gruesas y densas, amplia zona de la encía queratinizada, coronas cuadradas y cortas. Ante cirugía, restauración, inflamación, ortodoncia y acumulo de placa bacteriana responde con Hiperplasia gingival.
- Biotipo periodontal delgado: tejido gingival altamente festoneado, coronas cónicas largas y triangulares, Tabla vestibular delgada. Ante cirugía restauración, inflamación, ortodoncia, acumulo de placa bacteriana tiene una mayor tendencia a recesión gingival y promueve la formación de dehiscencia o fenestración.


**Papilas interdentes:** Si se encuentran en normalidad estas deben llenar el espacio interproximal en forma piramidal. En dientes anteriores normalmente son piramidales y en posteriores son achatadas. Su forma está determinada por:

- Relación de contacto entre los dientes
- Ancho de la superficie dental proximal
- Curso de UAC

En estado patológico pueden encontrarse Achatadas, Deprimidas, Necróticas, Hiperplásicas, Cráter.

**Inserción de frenillos:** Se examinarán los frenillos labial superior, labial inferior, laterales superiores e inferiores. Se desplazarán para observar su extensión lateral, apical y coronal para determinar su inserción. Se evaluará si esta inserción es normal o aberrante en caso de que al halarlo produzca isquemia sobre la zona de inserción o en



	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código:
		Página:33

caso de que interfiera negativamente con estructuras adyacentes (dientes, carrillos e incluso prótesis).

Un frenillo labial superior con inserción aberrante produce

- Separación de incisivos centrales superiores
- Retardo en la erupción
- Desalajo de prótesis


Un frenillo labial inferior aberrante produce:

- Retracción gingival única

Cuando un paciente presenta recesiones gingivales múltiples o generalizadas, se asocian a un cepillado traumático.

Clasificación de acuerdo a su posición:

Inserción mucoso	El frenillo que se inserta en mucosa hasta la línea mucogingival
Inserción gingival	El frenillo que se inserta en encía adherida
Inserción papilar	El frenillo que se inserta en la papila
Inserción papilar penetrante	El frenillo que atraviesa la línea media

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código:
		Página:34


**Conductos salivares / permeabilidad de conductos salivares:** Son espacios a través de los cuales fluye la saliva hacia la cavidad oral. De acuerdo a la ubicación de la glándula, los conductos reciben su nombre. En la porción anterior del piso de boca, a ambos lados, aparecen los pliegues sublinguales o carúnculas, que son cilindros horizontales poco elevados que contienen los orificios de las glándulas linguales en su superficie. Tienen forma de "V", apuntan hacia los dientes anteriores y terminan como una inflamación, ligeramente mayor, que contiene un orificio grande (conducto submandibular o de Wharton). En ocasiones se forman cálculos en algunos de los conductos, lo que impide o detiene el flujo de saliva. En la parte del carrillo, en ambos lados, se aprecian pequeños orificios de los conductos mucosos, también una papila de la glándula parótida (conducto de Stenon). Cabe anotar que a nivel de la mucosa palatina, de la mucosa de los carrillos y de la mucosa labial, existen múltiples conductos salivares que las humectan constantemente.

## EXAMEN DENTAL

**Tipo de dentición:** se debe especificar si es temporal, mixta temprana (etapa en la que erupcionan los primeros molares e incisivos permanentes superiores e inferiores), silente o intertransicional (etapa en donde no ocurre ningún recambio dental y se encuentran en boca los molares e incisivos permanentes y caninos y molares deciduos), mixta tardía o tardía final (etapa donde empieza el recambio de caninos y premolares permanentes) y dentición permanente completa.

**Dientes en erupción:** Para determinar si la erupción está normal, adelantada o retardada, se debe establecer primero la edad dental del paciente. Hay que identificar los factores que pueden llegar a influir en la erupción de un paciente, como son los factores endocrinológicos, las enfermedades del sistema óseo, los trastornos ambientales, las proliferaciones fibrosas de la encía, los traumatismos, los procesos inflamatorios o la pérdida prematura de deciduos. No siempre la edad dental está en relación con la edad cronológica.

La edad de erupción del primer diente permanente sería a los seis años, con un rango de 1 a 2 años, aproximadamente. Es por eso que debemos establecer si el retraso en la erupción es generalizado para toda la dentición, constituyéndose en un retraso verdadero, o para dientes en particular por causas descritas anteriormente, considerado como un retraso falso.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:35

Registrar los dientes que se consideren aun en erupción, de lo contrario diligenciar la palabra Ninguno

**Dientes ausentes:** Registrar los dientes ausentes

**Dientes fracturados:** Se evalúa la integridad dental. Determinar la ubicación de la fractura y los tejidos que compromete (esmalte, dentina o pulpa). Registrar si hay o no dientes con fracturas


**Perdida de integridad dental:** Registrar los dientes que se observen con pérdida de la estructura coronaria

**Anomalías dentales:** Se valoran las anomalías de número (agenesias), como: oligodoncias, hipodoncias o anodoncia; dientes supernumerarios, odontomas y las raíces supernumerarias. Dentro de las anomalías de tamaño están: macrodoncia, microdoncia, geminación (división incompleta del germen), fusión. Y por último están las anomalías de forma, como: cúspides y tubérculos accesorios, Dens in dent, taurodontismo, perlas del esmalte y alteraciones radiculares. Dentro de las anomalías estructurales están las alteraciones de la estructura del esmalte, como la amelogenénesis imperfecta (que puede ser de tipo hipoplásico, hipomaduro o hipocalcificado).

La apariencia del diente depende del tipo, puede ser esmalte delgado blanco tiza con rugosidades, esmalte reblandecido de color amarillo marrón, esmalte mate blanco y opaco. También se encuentran las displasias ambientales como fluorosis. Las alteraciones de la dentina pueden ser: dentinogénesis imperfecta (tipo I, II o III), displasia de dentina, entre otras. Las alteraciones de esmalte y dentina dan como resultado una odontogénesis imperfecta. Por último, están las alteraciones del cemento como la concrecencia, la hipofosfatasa, entre otras. También deben registrarse las anomalías de color, como: pigmentación por tetraciclina, eritroblastosis fetal, porfiria y fibrosis quística.

**Movilidad dental:** Se toma un instrumento de extremo romo en cada mano en forma de lapicero modificada, el cuarto dedo, de la mano derecha se apoya en la superficie vestibular del diente a evaluar. Con el extremo del instrumento de mano derecha, se empuja el diente hacia la izquierda, al hacer esto, no se debe empujar el diente con el instrumento de la mano izquierda, se observa la distancia de desplazamiento del diente hacia lingual. Repetir el procedimiento, esta vez empujando la superficie lingual del diente con el extremo del instrumento de la mano izquierda. Una vez más en cuenta la distancia de desplazamiento del diente hacia vestibular:

- Grado I: movilidad de 1mm en sentido horizontal.
- Grado II: movilidad de 2mm en sentido horizontal

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:36

- Grado III: movilidad de más 2 mm en sentido horizontal y desplazamiento en sentido apical

**Observaciones:** Se registra cualquier hallazgo de importancia que no haya sido mencionado anteriormente

### **EXAMEN INTER ARCO**

**Overjet / Sobremordida horizontal:** sobrepaso de los dientes anteriores superiores a los dientes anteriores inferiores en sentido horizontal, el promedio es de 2 a 3 mm **(Diligenciar en milímetros)**

**Relación molar:** se evalúa de la siguiente forma: La relación molar clase I es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente. La clase II o disto-oclusión es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente. La clase III o mesiooclusión es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye por detrás del surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente.


Se deben registrar los milímetros de distancia entre la cúspide y el surco en las relaciones II y III. En casos de mordida cruzada o tijera que afecten los primeros molares permanentes, se deben usar las mismas referencias para establecer la relación molar aunque no coincidan espacialmente.

**Relación canina:** clase I es cuando la cúspide del superior ocluye entre el canino inferior y primer molar temporal inferior o primer premolar inferior. Clase II, cuando el canino superior ocluye entre el canino y el lateral inferior. Clase III, cuando el canino superior ocluye muy distal al canino inferior (esta relación es igual para la dentición decidua).

En casos en donde falte un canino inferior, la referencia para determinar la relación canina sería mesial del primer molar temporal o premolar. Para los casos en donde los dos caninos estén ausentes, se escribe que la relación canina no se puede determinar. Se debe registrar en milímetros cuando no es clase I.

### **RELACIONES VERTICALES**

**Overbite / Sobremordida vertical:** sobrepaso de los dientes anteriores superiores a los dientes anteriores inferiores en sentido vertical, el promedio es de 2 a 3 mm. **(Diligenciar en milímetros y en %)**

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:37

**Curva de Spee:** línea imaginaria que va de distal de canino inferior pasa por las cúspides vestibulares y linguales hasta el último molar presente en boca. Se diligencia en mm.

**Mordida abierta posterior/anterior:** Maloclusión caracterizada por la desviación en la relación vertical del maxilar y mandibular del sector anterior o posterior, identificada por una falta de contacto entre segmentos opuestos. Registrar si se presenta o no, en la mordida abierta posterior registrar si es bilateral o unilateral. Se diligencia en mm.

**RELACIONES TRANSVERSALES:** distancia de los caninos, premolares y molares, de ambos lados, a una línea que pasa por el rafé medio.

## EXAMEN INTRAARCO

**ANALISIS DEL PALADAR:** aplicar el Índice de Korhaus  
[http://es.slideshare.net/ArturoBelmont/anlisis-de-modelos-unam-anlisis-de-modelos?from\\_action=save](http://es.slideshare.net/ArturoBelmont/anlisis-de-modelos-unam-anlisis-de-modelos?from_action=save)

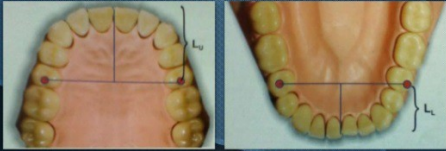
**ANÁLISIS DE KORKHAUS**  
**LONGITUD DE LA ARCADA DENTARIA**

La longitud de la arcada dental se define como la apotema que se dirige desde la cara labial de los incisivos centrales hasta la línea de unión de los puntos de medida con los que se determina la anchura anterior de la arcada dentaria.

Rakosi, Thomas. Jonas, Imitrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 211.

**ANÁLISIS DE KORKHAUS**

- Lo en el MAXILAR SUPERIOR
- Lu en la MANDÍBULA



Gurkeerat Singh. Ortodoncia diagnóstico y tratamiento, Tomo 1. 2ª ed. Amolca 2009. P. 85

## ANÁLISIS DE KORKHAUS: ANCHURA DE LA ARCADA DENTARIA

Anchora ideal del arco superior e inferior.

PREMOLAR (SI) 100 / 85

MOLAR (SI) 100 / 64

Formula de Linder Hartsh

W <sub>0</sub> (mm)	Anchura anterior de la arcada dental				Anchura posterior de la arcada dental			
	Prem	Molar	Prem	Molar	Prem	Molar	Prem	Molar
27	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
28	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
29	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
30	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
31	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
32	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
33	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
34	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
35	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
36	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
37	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
38	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
39	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
40	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
41	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
42	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
43	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
44	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
45	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
46	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
47	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
48	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
49	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0
50	23.0	32	35	34.0	42.0	41.0	42	41.0

Rakosi, Thomas, Jonas, Imrtrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 210.

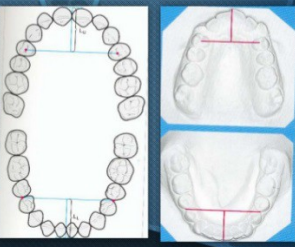
## ANÁLISIS DE KORKHAUS LONGITUD DE LA ARCADA DENTARIA

La longitud de la arcada dental se define como la apotema que se dirige desde la cara labial de los incisivos centrales hasta la línea de unión de los puntos de medida con los que se determina la anchura anterior de la arcada dentaria.

Rakosi, Thomas, Jonas, Imrtrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 211.

## ANÁLISIS DE KORKHAUS (ES)

- Lo en el MAXILAR SUPERIOR.
- Lu en la MANDÍBULA.



Rakosi, Thomas, Jonas, Imrtrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 211.

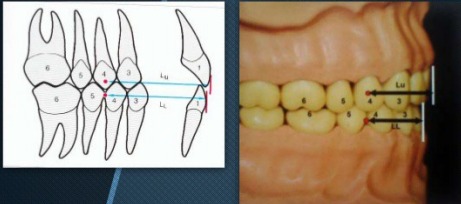
## ANÁLISIS DE KORKHAUS

La longitud sagital de la mandíbula debe ser 2 mm menor que la del maxilar superior.

Lu (mm) = Lo (mm) - 2mm

Rakosi, Thomas, Jonas, Imrtrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 211.

## ANÁLISIS DE KORKHAUS



Rakosi, Thomas, Jonas, Imrtrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 211.

Gurkherat Singh. Ortodancia diagnóstico y tratamiento 2ª edición. tomo 1. editorial Amolca 2009. pág. 85.

## ANÁLISIS DE KORKHAUS

St <sub>0</sub>	27	27.5	28	28.5	29	29.5	30	30.5	31	31.5	32	32.5	33	33.5	34	34.5	35	35.5	36	
Korkhaus	16	16.3	16.5	16.8	17	17.3	17.5	17.8	18	18.3	18.5	18.8	19	19.3	19.5	19.8	20	20.5	21	
Weise		16.4	16.6	16.8	17.0	17.2	17.4	17.6	17.8	18.0	18.2	18.4	18.6	18.8	19.0	19.2	19.4	19.6	19.8	20.0
Bruno		16.6	16.8	16.9	17.1	17.2	17.3	17.5	17.6	17.8	17.9	18.0	18.2	18.4	18.6	18.7	18.8	18.9	19.0	19.2

Rakosi, Thomas, Jonas, Imrtrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 212.

## ANÁLISIS DE KORKHAUS


Hallazgo	Longitud anterior de la arcada dental
● Posición mesial bilateral de los dientes incisivos	→ L <sub>0</sub> /L <sub>1</sub> reducido
● Posición vertical de los dientes anteriores	→ L <sub>0</sub> /L <sub>1</sub> reducido
● Posición labial de los dientes anteriores	→ L <sub>0</sub> /L <sub>1</sub> aumentado
● Protrusión bialveolar	→ L <sub>0</sub> /L <sub>1</sub> aumentado
● Posición distal de los premolares	→ L <sub>0</sub> /L <sub>1</sub> aumentado
● Prognatismo verdadero	→ L <sub>0</sub> aumentada

Rakosi, Thomas, Jonas, Imrtrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 212.

## ANÁLISIS DE KORKHAUS ALTURA DEL PALADAR

Korkhaus define la altura del paladar como la vertical al plano medio del rafe que se dirige desde la superficie palatina hasta el nivel del plano oclusal, con relación al plano oclusal que pasa por los primeros molares superiores.

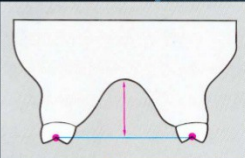

Rakosi, Thomas, Jonas, Imrtrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 218.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:39

## ANÁLISIS DE KORKHAUS

Se realiza entre los puntos de referencia de la anchura posterior de la arcada dental de Pont

CÍRCULO ORTÓDONTICO TRIDIMENSIONAL DE KORKHAUS

Rakosí, Thomas, Jonas, Imrtrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 218.

## ANÁLISIS DE KORKHAUS

$$\text{Índice de la altura del paladar} = \frac{\text{Altura del paladar} \times 100}{\text{Anchura posterior de la arcada dental}}$$

Rakosí, Thomas, Jonas, Imrtrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 218.

## ANÁLISIS DE KORKHAUS



Rakosí, Thomas, Jonas, Imrtrud. Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Barcelona, España. 1992. Pág. 218.

### Al terminar de diligenciar:


- Dar click en RIPS, se diligencia todos los datos del estudiante, causa externa se selecciona otra, finalidad de la consulta se selecciona no aplica, en diagnósticos, en buscar se diligencia nombre de diagnóstico (z012 examen odontológico o diagnóstico de acuerdo a la plantilla que se está realizando), se selecciona cualquiera, en tipo de rips y dar aceptar.
- Aparece el diagnóstico en tipo de rips se selecciona principal, en tipo principal se selecciona impresión diagnóstica y se da **guardar en la parte superior izquierda**.
- **Aparece un mensaje:** Sus cambios han sido guardados exitosamente en la base de datos, Dar aceptar.
- **Ir al botón principal ubicado en la esquina superior izquierda.**



Dar clic en el botón salir que aparece.

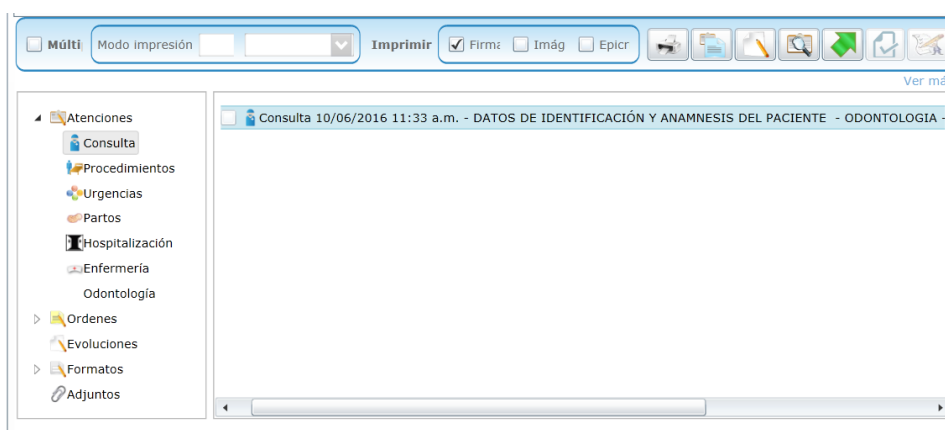
En la esquina superior izquierda. Y dar clic en aceptar

### DILIGENCIAMIENTO DEL ODONTOGRAMA CONVENCIONAL

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:40



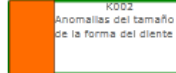

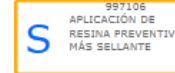

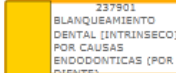
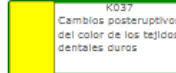
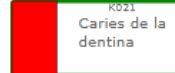
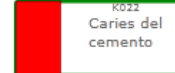
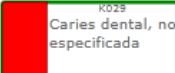
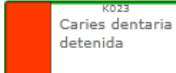

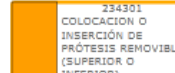
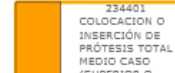
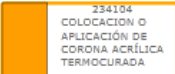
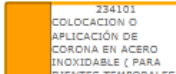
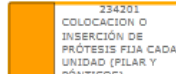
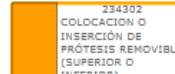
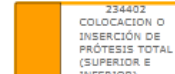

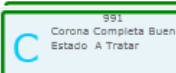




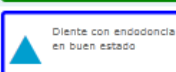
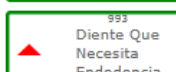

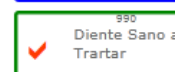


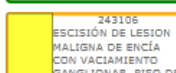
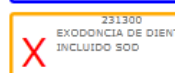
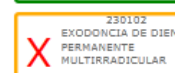
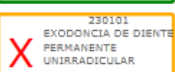
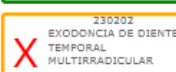
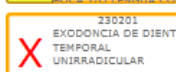

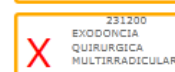

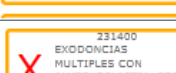
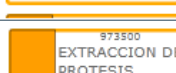
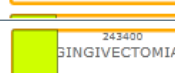

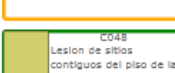

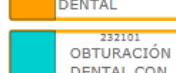


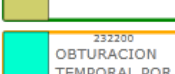
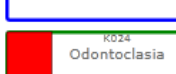
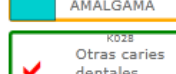
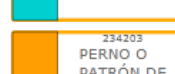

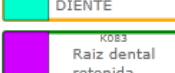

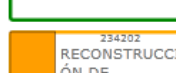


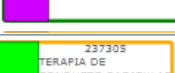
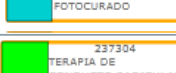


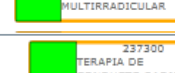
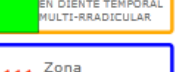
Seguir los siguientes pasos debido a que se debe iniciar y guardar como actividad nueva.

- Desde menú principal- en el módulo azul-Historia clínica-Consultas historia
- En el campo **BUSCAR** debe digitar el nombre o documento del paciente y dar click en la lupa y debe aparecer los datos de identificación del paciente creado
- Dar click en el calendario y colocar la fecha posterior a la que fue creado
- Dar click en Cargar
- Bajar con el cursor hasta encontrar la barra **atenciones**
- Dar click en **consulta**
- Seleccionar la información que parece en la parte derecha inferior de la pantalla




- Seleccionar el botón consulta de atención.
- Aparecen la barra para plantillas de datos de identificación y anamnesis, datos clínicos, rips, **odontograma**, entre otros.
- Dar click en Odontograma y se abre la plantilla.
- En la pantalla aparecen las siguientes convenciones:





 K031 Abrasion de los dientes	 K000 Anodoncia	 K002 Anomalías del tamaño y de la forma del diente	 997105 APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	 997106 APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA MÁS SELLANTE
 997102 APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	 237901 BLANQUEAMIENTO DENTAL (INTRINSECO) POR CAUSAS ENDODONTICAS (POR DIENTES)	 K037 Cambios posteruptivos del color de los tejidos dentales duros	 K021 Caries de la dentina	 K022 Caries del cemento
 K028 Caries dental, no especificada	 K023 Caries dentaria detenida	 K020 Caries limitada a esmalte	 234301 COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE (SUPERIOR O INFERIOR)	 234401 COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR)
 234104 COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRILICA TERCOCURADA	 234101 COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE ( PARA DIENTES TEMPORALES)	 234201 COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PONTICOS)	 234302 COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE (SUPERIOR E INFERIOR)	 234402 COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL (SUPERIOR E INFERIOR)
 Corona Completa Buen Estado	 991 Corona Completa Buen Estado A Tratar	 992 Corona Completa Mal Estado	 K038 Depositos (Incrustaciones) en los dientes	 Diente ausente
 004 Diente Ausente a Tratar	 Diente con endodoncia en buen estado	 993 Diente Que Necesita Endodoncia	 Diente Sano	 990 Diente Sano a Tratar
 K011 Dientes impactados	 K010 Dientes incluidos	 243106 ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA (VIO LENGUA COM)	 231300 EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO SOD	 230102 EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR
 230101 EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	 230202 EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	 230201 EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	 230200 EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	 231200 EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR
 231100 EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR	 231400 EXODONCIAS MULTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	 973500 EXTRACCION DE PROTESIS DENTAL	 243400 GINGIVECTOMIA	 236300 IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD
 C048 Lesion de sitios contiguos del piso de la boca	 Mancha Café	 232101 OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	 232103 OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO	 232102 OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO
 232200 OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE	 K024 Odontoclasia	 K028 Otras caries dentales	 234203 PERNO O PATRÓN DE NÚCLEO	 242300 PLASTIAS PREFRONTESICAS ( AUMENTO DE CORONA CLINICA )
 K083 Raiz dental retenida	 232401 RECONSTRUCCION DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	 234202 RECONSTRUCCION DE MUÑONES	 237302 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	 237303 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR
 237305 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	 237304 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	 237301 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	 237300 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR SOD	 237300 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR SOD
 Zona desmineralizada				

Las convenciones incluyen los códigos de la clasificación estadística internacional CIE10 para enfermedades y problemas relacionados con la salud, también incluyen los códigos generados por el Ministerio de Salud en la Clasificación Única de Procedimientos de Salud CUPS que se describen a continuación:

Nombre de convención	Código CIE10 o CUPS	Color y/o convención
Anodoncia	K000	Negro
Anomalías del tamaño y forma del diente	K002	Anaranjado
Aplicación de resina preventiva	997105	R

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:42

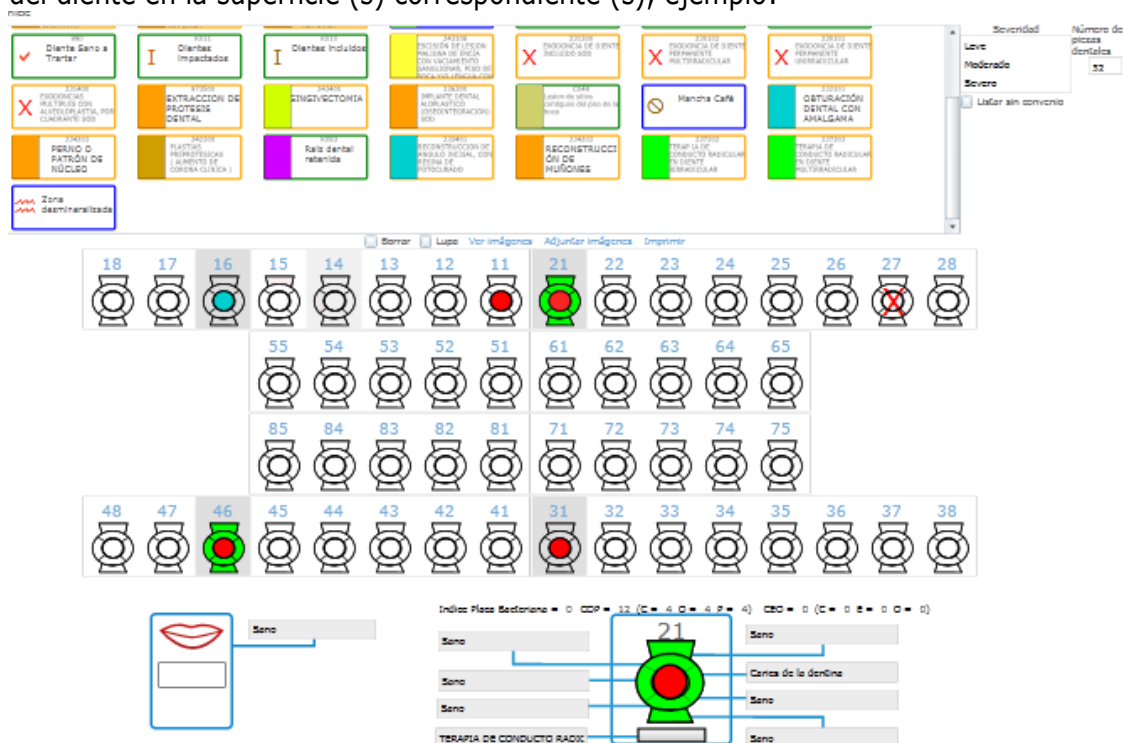
Aplicación de resina preventiva más sellante	997106	<b>S</b>
Aplicación de sellantes de fotocurado	997102	<b>S</b>
Caries de la dentina	K021	Rojo
Caries del cemento	K022	Rojo
Caries dental no especificada	K029	Rojo
Caries dentaria detenida	K023	Rojo
Caries limitada a esmalte	K020	Rojo
Corona completa en buen estado		<b>C</b>
Corona completa en mal estado		<b>C</b>
Diente ausente		<b>I</b>
Diente con endodoncia en buen estado		
Diente que necesita endodoncia		
Diente sano		✓
Dientes impactados	K011	<b>I</b>
Dientes Incluidos	K010	<b>I</b>
Exodoncia de diente incluido	231300	<b>X</b>
Exodoncia de diente permanente multirradicular	230102	<b>X</b>
Exodoncia de diente permanente unirradicular	230101	<b>X</b>
Exodoncia de diente temporal multirradicular	230202	<b>X</b>
Exodoncia de diente temporal unirradicular	230201	<b>X</b>
Exodoncia de dientes temporales	230200	<b>X</b>
Exodoncia quirúrgica multirradicular	231200	<b>X</b>
Exodoncia quirúrgica unirradicular	231100	<b>X</b>
Exodoncias múltiples con aveoloplastia, por cuadrante solo	231400	<b>X</b>
Mancha café		Café
Obturación dental con amalgama	232101	Verde
Obturación dental con ionómero de vidrio	232103	Verde
Obturación dental con resina de fotocurado	232102	Verde
Obturación temporal	232200	Rojo
Odontoclasia	K024	Rojo
Reconstrucción de ángulo incisal con resina de fotocurado	232401	Verde
Zona desmineralizada		Rojo

Para diligenciar correctamente el Odontograma se necesita realizar un examen clínico cuidadoso de las estructuras dentales. Las superficies deben estar limpias, libres de placa bacteriana o restos de alimentos, retirar la aparatología que se encuentre en boca, utilizar buena iluminación y un espejo bucal en excelente condiciones, utilice una sonda HO o un explorador de caries previamente redondeada la punta para evitar ruptura de la continuidad de la superficie del esmalte. Recuerde examinar el diente tanto con la superficie húmeda como también la superficie seca con aire.

**Importante. Todos los pasos deben estar revisados y aprobados por el docente respectivo en la clínica.**

En la parte inferior del cuadro de las convenciones hay unas herramientas para **Borrar**, para observar por **lupa**.

Para registrar los diagnósticos hacer click en la convención que va registrar en el Odontograma y posteriormente llevar el indicador de mouse y dar click en el diagrama del diente en la superficie (s) correspondiente (s), ejemplo:



Al terminar el registro del Odontograma registre el número total de piezas dentales que tiene el paciente en la casilla que está destinada para tal fin, ubicada al lado derecho de las convenciones del Odontograma.

Una vez obtenga la revisión y la aprobación del docente dar click en guardar en la barra superior.

Aparecerá una ventana de confirmación de guardado correctamente, dar aceptar.

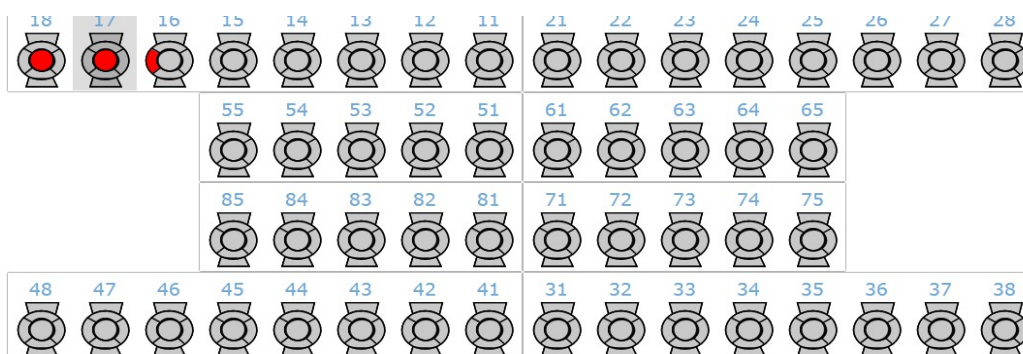
Para que el Odontograma se guarde correctamente debe registrar el plan de tratamiento correspondiente una vez se ha guardado, para ello siga los siguientes pasos:

- En la barra de **Odontología** dar click en **plan de tratamiento**

- En esta pantalla ubíquese en Tipo de tratamiento, abra la pestaña correspondiente y elija la opción **Plan odontológico**
- Más abajo se observa una casilla con nombre de **Descripción** si es necesario registre las observaciones en este espacio
- Más abajo aparece **Procedimientos** e inmediatamente debajo el **Buscador** que al igual que en el anterior paso si digita las primeras letras de la convención estas aparecen en pantalla.
- Si lo prefiere y en pantalla no aparecen las convenciones dar click al lado derecho en **Mostrar todos**, para que se visualice todas las convenciones disponibles para tratamiento, encontrara:

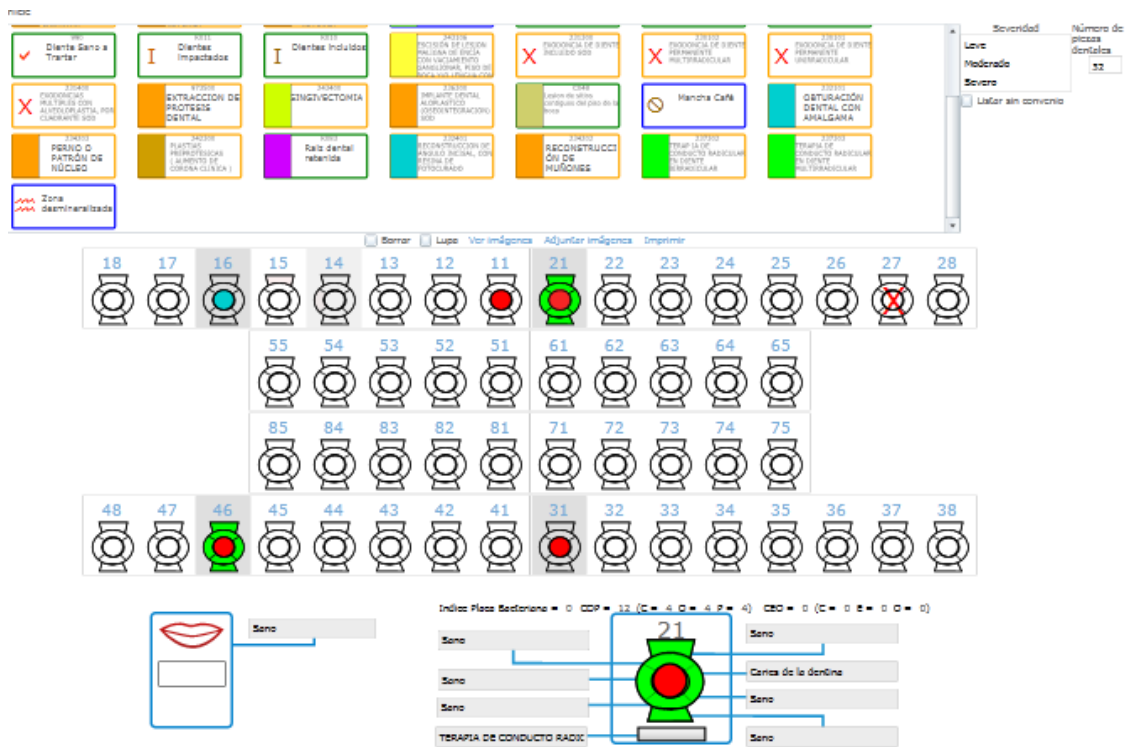
<b>R</b> 997105 APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	<b>S</b> 997106 APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA MÁS SELLANTE	<b>S</b> 997102 APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	237901 BLANQUEAMIENTO DENTAL (INTRINSECO) POR CAUSAS ENDODONTICAS (POR DIENTE)	234301 COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE (SUPERIOR O INFERIOR)
234401 COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR)	234104 COLOCACION O APLICACION DE CORONA ACRILICA TERMOCURADA	234101 COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE ( PARA DIENTES TEMPORALES)	234201 COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y SÓLIDOS)	234302 COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE (SUPERIOR O INFERIOR)
234402 COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL (SUPERIOR E INFERIOR)	243106 RESECCION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA Y/O LENGUA COM	231300 EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO SOD	230102 EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	230101 EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR
230202 EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	230201 EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	230200 EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	231200 EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR	231100 EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR
231400 EXODONCIAS MULTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	973500 EXTRACCION DE PROTESIS DENTAL	243400 GINGIVECTOMIA	236300 IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	232101 OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA
232103 OBTURACION DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	232102 OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	232200 OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE	234203 PERNO O PATRÓN DE NÚCLEO	242300 PLASTIAS PREPROTESIS ( AUMENTO DE CORONA CLINICA )
232401 RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	234202 RECONSTRUCCION DE MUÑONES	237302 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	237303 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	237305 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR
237304 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	237301 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	237300 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR SOD	237300 TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR SOD	

Observe que el Odontograma aparece con los registros que se realizaron en el paso anterior y los dientes que no requieren tratamiento están sombreados con gris. Como se puede apreciar en la copia de la pantalla con el siguiente ejemplo:

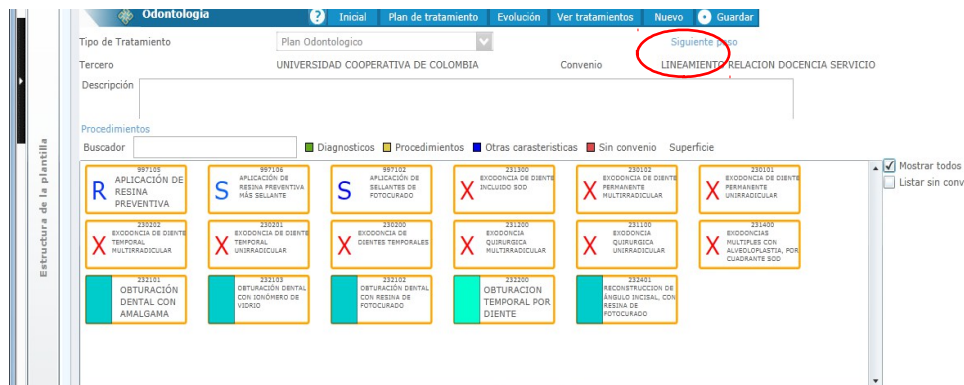


Posteriormente proceda a dar click en la respectiva convención del tratamiento y lleve el indicador del mouse a la superficie o superficies que requieren dicho tratamiento y haga click en cada superficie si es para obturación o en el centro del diagrama del diente si es para exodoncia, endodoncia, coronas.

También esta ventana cuenta con las herramientas de deshacer y lupa  
Ejemplo:



Una vez termina de registrar en el Odontograma de plan de tratamiento los procedimientos que requiere el usuario, dar click en **Siguiente paso** que se encuentra en la parte superior de las convenciones al lado derecho.



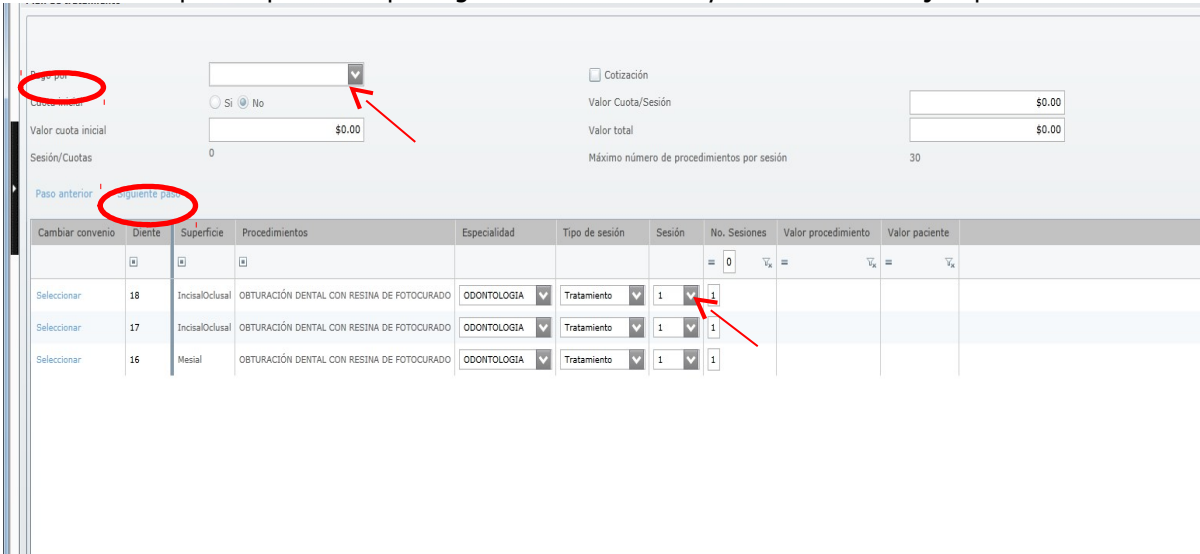
Aparece la pantalla de plan de tratamiento, la cual automáticamente le registra los procedimientos que requiere el paciente, ejemplo resina de fotocurado, exodoncia simple, entre otras.

Ubíquese en la parte superior izquierda de la pantalla en **Pago por**, abra la pestaña y elija **Sesión**.

Si lo requiere cambie el número de sesiones.

Dar click en **Siguiente paso**

Observe la copia de pantalla que sigue a continuación y le sirve como ejemplo:



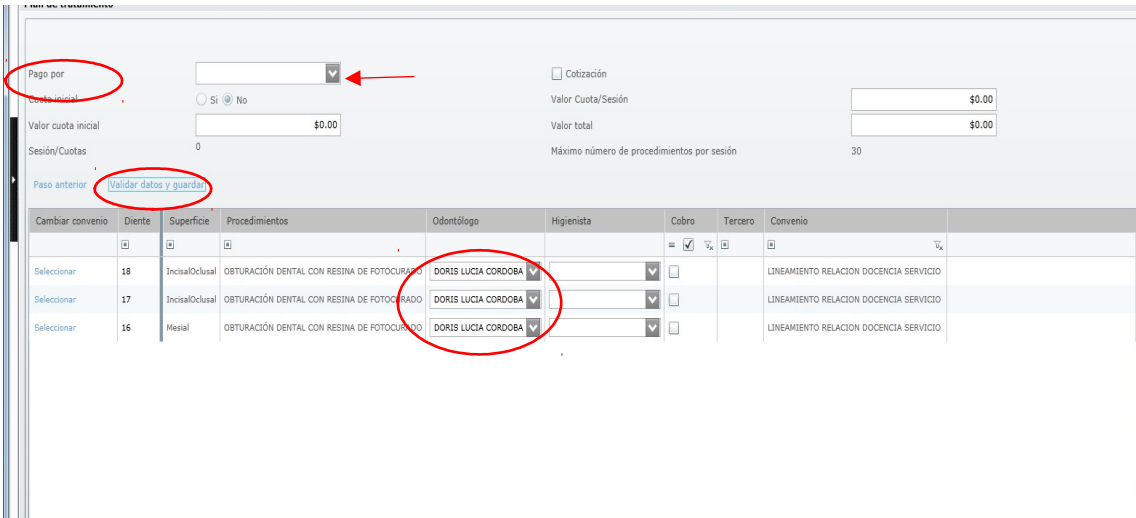
Cambiar convenio	Diente	Superficie	Procedimientos	Especialidad	Tipo de sesión	Sesión	No. Sesiones	Valor procedimiento	Valor paciente
Seleccionar	18	Incisal/Oclusal	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	ODONTOLOGIA	Tratamiento	1	1		
Seleccionar	17	Incisal/Oclusal	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	ODONTOLOGIA	Tratamiento	1	1		
Seleccionar	16	Mesial	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	ODONTOLOGIA	Tratamiento	1	1		

Aparece una nueva pantalla de plan de tratamiento la cual automáticamente incluye los procedimientos que requiere el paciente y también el tipo de convenio.

Proceda a registrar en **Pago por** abriendo la pestaña y elija **Sesión**

Ubíquese en la columna **Odontólogo** y abra las pestaña para que busque al docente correspondiente, se cuenta con un listado en el cual aparecen todos los docentes de clínica de las facultades de odontología de la Universidad, registrados con nombres y apellidos completos. Registre por cada procedimiento al docente a través de la pestaña.

Observe como ejemplo en la copia de la siguiente pantalla:



Pago por: [dropdown menu]

Cobro:  Cobtización

Valor Cuota/Sesión: \$0.00

Valor total: \$0.00

Máximo número de procedimientos por sesión: 30

Paso anterior: [Validar datos y guardar](#)

Cambiar convenio	Diente	Superficie	Procedimientos	Odontólogo	Higienista	Cobro	Tercero	Convenio
Seleccionar	18	Incisal/Oclusal	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	DORIS LUCIA CORDOBA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LINEAMIENTO RELACION DOCENCIA SERVICIO
Seleccionar	17	Incisal/Oclusal	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	DORIS LUCIA CORDOBA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LINEAMIENTO RELACION DOCENCIA SERVICIO
Seleccionar	16	Mesial	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	DORIS LUCIA CORDOBA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LINEAMIENTO RELACION DOCENCIA SERVICIO

- Una vez termina de registrar al docente desplace al indicador de mouse y dar click en **validar datos y guardar** , que lo encuentra al lado izquierdo de la pantalla en letras azules
- Inmediatamente aparece un cuadro con un mensaje Panacea el cual indica que aprueba el plan de tratamiento, dar click en **aceptar**
- Aparecerá un cuadro indicando el número de plan de tratamiento, dar click en **aceptar**.
- 
- **Posteriormente como todo procedimiento en la historia clínica electrónica ingrese a RIPS** y diligencie el respectivo rips para este procedimiento.

Además en Odontograma se encuentra:

- En la barra con título **Odontología** tiene además una ventana llamada **Ver tratamientos** que le permite visualizar el Odontograma registrado, para ingresar a visualizar al Odontograma diligenciado, previamente debe dar click en número de plan de tratamiento del paciente que le muestra en pantalla.
- En la barra Odontología también encuentra una ventana llamada **Evoluciones** la cual cuando se da click de ingreso lo lleva a la pantalla de Plan de tratamiento, dar click en número de plan de tratamiento, aparece en pantalla el plan de tratamiento, discriminado en columnas: Insumos, sesión, diente, superficie, procedimientos, realizado, legalizado, finalidad y observaciones.

evolucion

Sesión:

Insumos	Sesión	Diente	Superficie	Procedimientos	Realizado	Legalizado	Prestador	Finalidad	Observaciones
Bodega	1	18	Incisal/Oclusal	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DORIS LUCIA CORDOBA	Terapéutico	no
Bodega	1	17	Incisal/Oclusal	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bodega	1	16	Mesial	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DORIS LUCIA CORDOBA	Terapéutico	

A medida que se van realizando los procedimientos se da click en la fila correspondiente en la columna de realizado y posteriormente se lleva el indicador de mouse para dar click en guardar, aparece en pantalla un mensaje Panacea que le pregunta: Evolución de Odontograma guardado correctamente y debe dar click en **Aceptar** cuando se han realizado los procedimientos de cada cita o sesión.

Automáticamente aparece en pantalla el Odontograma de evolución registrado con un sombreado negro en los dientes que han recibido los procedimientos, como puede observar en la siguiente copia de pantalla a manera de ejemplo


DATOS DE IDENTIFICACION Y ANAMNESIS DEL PACIENTE | ANTECEDENTES | DATOS CLINICOS | RIPS | Gráficas | Adjuntos | Formatos | TablasCalculo | Odontograma | Ordenes

**Odontología** | Inicial | Plan de tratamiento | Evolución | Finalizar tratami | Ver tratamientos | Nuevo | Guardar

Usuario abandonado

Evolución

Deshacer  
 Lupa  
Ver imágenes  
Adjuntar imágenes  
Imprimir

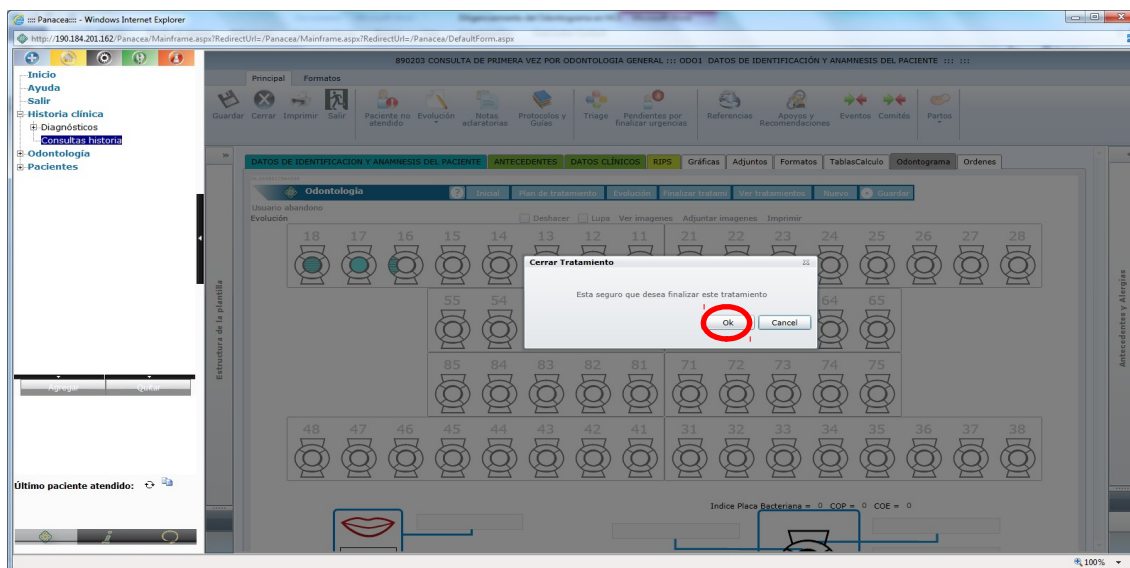


Odontograma

Cuando el tratamiento se ha ejecutado en su totalidad debe ir a la barra **Odontología** y dar click en **Finalizar tratamiento**, aparece en pantalla un aviso de **Cerrar Tratamiento**, el mensaje le pregunta Esta seguro que desea finalizar este tratamiento, cuenta con las opciones de **OK** o **Cancel** depende del caso para elegir la opción, para finalizar el tratamiento debe dar click en **OK**.

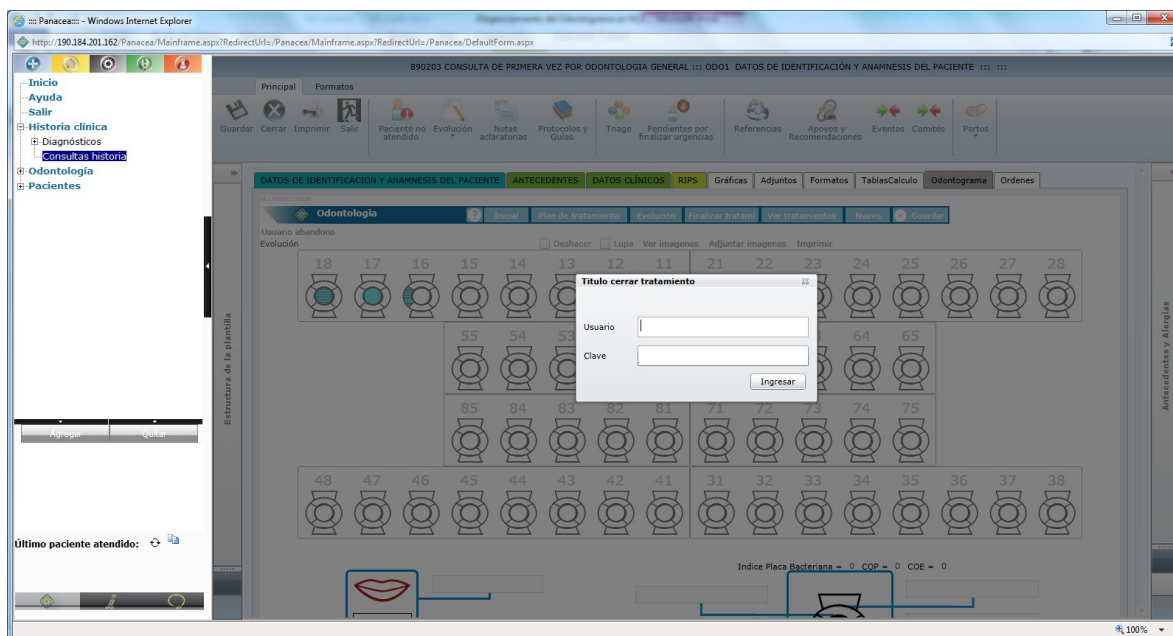


Observe la copia de la pantalla a manera de ejemplo.




Posteriormente aparece en pantalla un aviso llamado **Título cerrar tratamiento**, en el cual solicitan **Usuario y Clave del docente**, se procede a dar click en **Ingresar** y automáticamente queda guardado y terminado.

Observe a manera de ejemplo la copia de la siguiente pantalla:





Una vez termine de registrar el Odontograma y el plan de tratamiento, como también el rips correspondiente salga de la manera habitual a través del icono **SALIR**, haciendo click en el mismo.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02 Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código: Página:50



## Diligenciamiento de análisis de modelos

- Entrar en HC
  - Consulta de HC
  - BUSCAR AL PACIENTE
  - Clickear en el calendario y colocar la fecha más posterior para que lo busque
  - Cargar
  - Bajar con el cursor hasta encontrar la barra **atenciones**
  - Dar click en **consulta**
- 
- Ir a la barra hacia arriba a la derecha y dar click en el lápiz 
  - Despliega todas las plantillas: seleccionar ANALISIS DE MODELOS.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:51

Aparecerá una pantalla con los datos de identificación del paciente, seleccionar la pestaña de análisis estático en la barra superior.

## ARTICULADOR

**Marca:** diligenciar la casa comercial del articulador que se va a usar en el paciente.

**Modelo:** diligenciar la referencia del articulador que se va a usar.

**Posición del montaje:** encontrara dos opciones; seleccionar la opción de máxima intercuspidadòn.

- *Relación céntrica:* es aquella relación entre el cráneo y la mandíbula, determinada muscularmente, en la cual los cóndilos se encuentran en la posición más superior, anterior y medial de la cavidad glenoidea, en relación a la vertiente posterior de la eminencia temporal
- *Máxima intercuspidadòn:* relación máxilo-mandibular con el mayor número de contactos antagonistas, por lo que es una posición adquirida con el desarrollo de los dientes y la oclusión.

## ARTICULADOR ABIERTO

**Diastemas:** seleccionar si hay o no presencia de diastemas. Es un área de espacio entre dos o más dientes. El diastema más común puede observarse entre los dientes centrales superiores.

**Apiñamiento:** seleccionar si hay o no presencia. Es una alteración en la posición de los dientes.

**Espacios edentulos:** seleccionar si hay presencia o no. Espacios generados por la pérdida o agenesia de una pieza dentaria.

**Espacios no restaurables:** seleccionar si hay presencia o no. Es un espacio edentulo en donde por la migración de piezas adyacentes ya no es posible realizar ningún tipo de rehabilitación.


**Numero de dientes presentes:** diligenciar el número de dientes presentes en boca. Se tiene en cuenta los que están totalmente erupcionados.

**Forma de arcos:** seleccionar cuadrada. Triangular, oval

**Perdida de intergridad coronal:** diligenciar el número del diente. Ocasionada por caries, fractura o restauraciones defectuosas.

## POSICIÓN DENTAL

Se toma con relación a la línea media, observar si los dientes presentan Gresión, Versión, Rotación. Describir de acuerdo a las características observadas en la casilla correspondientes.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:52

- Rotación: mal posición de un diente que ha girado sobre su eje longitudinal, o ha sido desplazado mediante técnicas ortodónticas hasta su posición normal.
- Versión: movimiento de la corona dental, sin movimiento apical, cambia la inclinación de eje dentario. Tipo: vestibuloversión, linguoversión, palatoversión.
- Gresión: desplazamiento total del diente, manteniendo la inclinación dental original.
- Intrusión: movimiento del diente en bloque hacia el interior del hueso,
- extrusión: movimiento del diente en bloque hacia el exterior del hueso.

## **CURVAS DE COMPENSACIÓN**

*Curva de Spee*: línea imaginaria que va de distal de canino inferior pasa por las cúspides vestibulares y linguales hasta el último molar presente en boca

*Curva de Wilson*: es una curva frontal que va desde las cúspides vestibulares y linguales inferiores de premolares y molares de una hemiarco y continúan hasta las del lado contrario.

Se determinan en el maxilar inferior y sus causas pueden ser: intrusiones, extrusiones, pérdida dentaria, pérdidas coronarias significativas, malposiciones dentarias evidentes, restauraciones defectuosas en relación al plano Oclusal.

*Causas*: describir el porqué de la alteración

## **ARTICULADOR CERRADO**

**Deslizamiento en céntrica**: seleccionar sí o no


Aplicable para montaje en RC, se mide el deslizamiento desde posición de relación céntrica a máxima intercuspideación el promedio es de 1 a 2mm.

**Contactos prematuros**: diligenciar el número del diente involucrado. Es el primer contacto que aparece de pasar de relación céntrica a máxima intercuspideación.

**Sobremordida vertical**: sobrepaso de los dientes anteriores superiores a los dientes anteriores inferiores en sentido vertical, el promedio es de 2 a 3mm. **Diligenciar en milímetros**

**Sobremordida horizontal**: sobrepaso de los dientes anteriores superiores a los dientes anteriores inferiores en sentido horizontal, el promedio es de 2 a 3mm **Diligenciar en milímetros**

**Línea media interdientaria**: seleccionar normal o desviada según lo observado en el paciente. Debe coincidir que el frenillo labial superior con la línea media dentaria, en relación a esto se determina cual esta desviada.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código:
		Página:53

**Contacto de máxima intercuspidad:** diligenciar los dientes que se encuentran en contacto.

**Relación canina:** seleccionar la relación derecha o izquierda de acuerdo a las características del paciente. Se toma como referencia la vertiente mesial del canino superior.

- Clase I: la vertiente cuspidea mesial del canino superior entra en contacto con la vertiente distal del canino inferior.
- Clase II: el canino inferior esta hacia distal con respecto al canino superior
- Clase III: el canino inferior está más hacia mesial con respecto al canino superior.

**Relación molar:** seleccionar la relación derecha o izquierda de acuerdo a las características del paciente. Se toma como referencia la cúspide MV del primer molar superior.


- Clase I: cúspide MV del primer molar superior se encuentra en relación con el surco que separa la cúspide MV de la CV del primer molar inferior.
- Clase II: cúspide MV del primer molar superior ocluye en el área de contacto entre el segundo premolar y primer molar inferior.
- Clase III: cúspide MV del primer molar superior ocluye en el área de contacto entre primer y segundo molar inferior.

## ANALISIS DINAMICO

**Guías o cajas condilares:** diligenciar la medida de acuerdo a los registros de oclusión, lateralidad y registro bicondilo.

Son dos, derecha e izquierda y representan las estructuras craneales de la articulación temporomandibular. En ellas encontraremos un área que corresponde al techo de la cavidad glenoidea y vertiente distal de la eminencia articular, y otra perteneciente a la pared interna de dicha cavidad. Ambas son calibrables e individualizables, de modo que los movimientos verticales y horizontales que se generen en el articulador se estarán llevando a cabo de forma muy aproximada a como se da en la realidad. Para realizar la calibración, se requiere llevar a cabo una serie de registros de las relaciones interdentes del paciente en posiciones de máxima intercuspidad y lateralidad (derecha e izquierda) y protrusiva, los cuales una vez logrados son transferidos al articulador.

**Guía lateral:** diligenciar la medida de acuerdo a los registros de oclusión, lateralidad y registro bicondilo en milímetros. En el caso de la calibración de la parte correspondiente a la inclinación del techo de la cavidad glenoidea y vertiente distal de la eminencia articular, ésta se realiza tomando grados de inclinación como unidad de

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:54

medida. Tratándose de calibrar la parte que corresponde a la pared interna de la fosa articular, los registros que se toman de lateralidad nos darán el dato del grado de desplazamiento que los cóndilos de trabajo y de balance tienen respecto a la porción craneal, de tal modo que el dato resultante se obtiene utilizando milímetros como unidad de medida.

**Tipo de lateralidad:** seleccionar los movimientos que desarrolle la mandíbula en el paciente, derecha, izquierda o ambas. Se escriben los contactos del lado de trabajo y del lado de balanza.

**Función canina:** diligenciar los dientes que están en contacto durante el movimiento en el lado de trabajo.

En la función canina se realiza movimientos de lateralidad, los caninos son los únicos dientes que contactan, el lado de trabajo y balanza, deben presentar desoclusión posterior.

**Función de grupo:** diligenciar los dientes que están en contacto durante el movimiento en el lado trabajo.

Es cuando además del canino contactan otras piezas además del trabajo, ya sean dientes posteriores (función de grupo posterior), o dientes anteriores (función de grupo anterior).

**Presencia de guía anterior:** seleccionar sí o no hay presencia, en la casilla de **movimiento protrusivo** diligenciar los dientes que están involucrados durante la protrusión, y en la casilla de **contactos posteriores** diligenciar los dientes que están en contacto durante este movimiento, de lo contrario diligenciar no presenta.

Es cuando la mandíbula se desplaza a una posición propulsiva y se generan contactos dentarios anteriores adecuados, que desocluyen inmediatamente los dientes posteriores, los contactos deben ser bilaterales y simultáneos.


**Interferencias:** diligenciar los dientes que están en contacto durante los movimientos.

No aplicable: en esta casilla diligenciar si no presenta interferencias.

Son aquellos contactos posteriores que se dan durante cualquier movimiento excéntrico. (En movimiento de lateralidad y protrusión).

**Lateralidad derecha e izquierda:** diligenciar los dientes involucrados que están en contacto del lado de trabajo y balanza en este movimiento.

La mandíbula tiene la posibilidad de desarrollar movimientos laterales derechas e izquierdas, durante el movimiento lateral, el lado hacia donde se dirige la mandíbula se denomina lado de trabajo, o sea el lado que se aleja del plano medio sagital. El lado opuesto se denomina lado de no trabajo o de balanza, o sea el lado que se aproxima a

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código:
		Página:55

la línea media. Los contactos dentarios que ocurran durante este movimiento, tomaran los nombres de contactos dentarios en el lado de trabajo y no trabajo respectivamente.



**Diagnóstico de oclusión:** Diligenciar

**Al terminar de diligenciar:**

- Dar click en RIPS, se diligencia todos los datos del estudiante, causa externa se selecciona otra, finalidad de la consulta se selecciona no aplica, en diagnósticos, en buscar se diligencia nombre de diagnóstico (z12 examen odontológico o diagnóstico de acuerdo a la plantilla que se está realizando), se selecciona cualquiera, en tipo de rips y dar aceptar.
- Aparece el diagnóstico en tipo de rips se selecciona principal, en tipo principal se selecciona impresión diagnóstica y se da **guardar en la parte superior izquierda.**
- **Aparece un mensaje:** Sus cambios han sido guardados exitosamente en la base de datos, Dar aceptar.
- **Ir al botón principal ubicado en la esquina superior izquierda.**  
**Dar clic en el botón salir que aparece. En la esquina superior izquierda y dar clic en aceptar.**

## **DILIGENCIAMIENTO DE PLANTILLA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CARIES DENTAL**


- Entrar en HC
- Consulta de HC
- BUSCAR AL PACIENTE
- Dar click en el calendario y colocar la fecha más posterior para que lo busque
- Cargar
- Bajar con el cursor hasta encontrar la barra **atenciones**
- Dar click en **consulta**

- Ir a la barra hacia arriba a la derecha y dar click en el lápiz 
- Despliega todas las plantillas: SELECCIONAR  VALORACIÓN DEL RIESGO DE CARIES.
- Aparecerá una pantalla con los datos de identificación del paciente, seleccionar la pestaña VALORACIÓN DEL RIESGO DE CARIES.

**Índice de placa bacteriana:** diligenciar el valor y el puntaje de acuerdo a la siguiente información.

Se hace la estimación de la higiene mediante un índice que valora la presencia de placa según su grosor en unos dientes índice, sin utilizar revelador de placa.

Algunos puntos al tener en cuenta en el uso de este índice son:

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código:
		Página:56


- Está basado en el grosor de placa bacteriana y estos se relacionan con el tiempo que la placa ha permanecido en las superficies dentales sin ser removido.
- Para este índice NO se utiliza revelador de placa Utilice los dientes índice: 11 o 51, 23 o 63, 44 o 84 y los cuatro últimos molares presentes en cada cuadrante, consignando cual es en cada caso.
- Observe las superficies Vestibular, Lingual/Palatino, Mesial, Distal y en dientes posteriores además, Oclusal.
- Primero observe si en cualquiera de las superficies de los dientes índice el paciente presenta placa bacteriana detectable a simple vista por ser gruesa o pasar una sonda, en cuyo caso asigne un valor de 1 para ese diente a evaluar
- Si no encontró presencia de placa bacteriana, asigne un valor de 0 a ese diente.
- Para el puntaje consigne 0 = cuando exista buena higiene oral es decir cuando la suma del valor de los 7 dientes índice sea entre 0 y 1; 10 = regular higiene oral cuando la suma este entre 2 y 3 y cuando la suma sea mayor de 3, consigne un 20 = mala higiene oral.

**Retención de placa localizada o por compromiso sistémico:** Remítase a la historia médica y uso de medicamentos del paciente y / o pregunte si tiene algún compromiso sistémico relacionado con caries dental no controlado y / o uso de medicamentos que afecten la secreción salival produciendo hiposalivación, como síndrome de sjorgen, diabetes, hipertensión arterial, quimioterapia, radioterapia en cabeza y cuello, malnutrición, medicamentos antihipertensivos, afecciones renales, VIH positivo, adultez mayor etc. O, presencia de otras condiciones que puedan contribuir a mayor riesgo de caries, ejemplo: pobre visión, inhabilidad para moverse, discapacidad mental y / o física que dificulta la higiene oral, erupción de molares, malposiciones dentales, aparatología ortodóntica y / o protésica.

Consigne 0 = no retención de placa, cuando la paciente no muestra signos de enfermedades generales de importancia relacionados con caries dental ni aspectos localizados de retención consigne 10 = retención de placa, cuando tenga una enfermedad general que pueda influir directamente el proceso de caries o cuando necesite medicación continua que afecte la secreción salivar.

**Acceso a consulta en el último año:** Indague si el paciente accedió a servicio odontológico por lo menos una vez en el último año y cuál fue el motivo de la última consulta (prevención-operatoria ó urgencia).



	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:57

Consigne para el puntaje 0 = cuando el acceso adecuado a consulta haya sido menos de 1 año por motivos diferentes a urgencia, 10 acceso inadecuado a consulta cuando la cita fue hace más de una año pero por motivos de urgencia.

**Frecuencia Diaria de Consumo de Comidas / Bebidas:** No se encuentra el ítem en la pantalla desarrollarlo de forma manual.

Pregunte al paciente la frecuencia diaria de consumo de comidas y/o bebidas, incluyendo el consumo de cualquier refrigerio o bebida (excepto sin gas ni aditivos) entre comidas; consigne en el ítem correspondiente el número resultante. Se considera riesgo presente cuando el paciente tiene un consumo mayor a 7 veces al día. Consigne 0 = máximo 7 comidas al día, consigne 10 = más de 7 comidas al día incluyendo pasa bocas y bebidas.

**Uso diario de crema dental con flúor:** No se encuentra el ítem en la pantalla desarrollarlo de forma manual.

Estimación del flúor disponible en la cavidad oral. Se calcula a través de entrevista con el paciente.

- Consigne 0 = máximo uso de crema dental con flúor, cuando además del uso de fluoruro sistémico, medida de salud pública en Colombia, utiliza crema dental fluorada dos o más veces por día.
- Consigne 10 = uso diario infrecuente de crema dental con flúor, cuando el uso frecuente de crema dental fluorada no es de por lo menos dos veces por día.
- Consigne 20 = no uso diario de crema dental con fluor cuando el uso diario dental de crema dental fluorada es nulo.

**Total sector:** En estas casillas diligencie el puntaje total así:

Placa 1 = puntaje de índice de placa bacteriana

Desprotección 1 = puntaje de Uso diario de crema dental con flúor.


Acceso 1 = puntaje de acceso a consulta en el último año

Dieta 1 = Frecuencia Diaria de Consumo de Comidas/Bebidas

Riesgo total 1 = sumatoria de todos los campos.

**Experiencia de caries dental:** Se refiere a la experiencia de caries, incluyendo dientes con cavidades, obturaciones y/o dientes perdidos por caries. Para diligenciar este punto se tiene que calcular el ceo-d (índice de cariados, obturados y extraídos en dientes temporales).

Se observa si faltan dientes temporales o permanentes que deberían estar presentes y fueron extraídos (perdidos) por caries "e/P".

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:58

Luego se observa nuevamente y se cuenta el número de dientes temporales y/o permanentes cariados (con lesiones cavitacionales) "c/C".

Se cuenta el número de dientes temporales y/o permanentes que presenten obturaciones definitivas "o/O".

Finalmente se suma los valores e+c+o para obtener el ceo-d y de P+C+O para obtener el COP-D del paciente y se lo consigna en la casilla correspondiente.

Compare ese valor con la siguiente tabla, que muestra el ceo-d/COP-D nacional promedio con las edades que se tuvieron en cuenta, compare el dato de su paciente con la tabla, y la edad correspondiente y consignara así:

Un registro de 10 = normal para el grupo de edad, cuando el ceo-d/COP-D del paciente este entre un valor correspondiente al promedio + / - 2; registro de 0 mejor que normal cuando el ceo-d/COP-D este más de 2 números por debajo del ceo-d/COP-D promedio o si es = a 0, y un registro de 20 = peor que normal cuando este más de 2 números por encima del promedio o cuando existan 3 o más dientes con lesiones cavitacionales.

Edad	ceo-d + COP-D
5 – 12 años	3
15-19 años	5
20-29 años	8
30-39 años	12
40-54 años	16
55 y + años	19

Continúa con la siguiente pestaña de **valoración de riesgo de caries**: La cual debe seleccionar la información de acuerdo a la anamnesis y condiciones del paciente, recuerde seleccionar y llenar todas las casillas para que le permita guardar la actividad.


A continuación encontrara los pasos para realizar:

### **Índice de Placa Bacteriana Visible (Silness & Loe Modificado)**

Este índice pretende valorar la presencia de placa bacteriana (Tabla 2). Algunos puntos importantes a tener en cuenta en el uso de este índice son:

Está basado en el grosor de placa bacteriana y esto se relaciona con el tiempo que la placa ha permanecido en las superficies dentales sin ser removida.

Para este índice NO se utiliza revelador de placa - Observe la presencia de placa bacteriana según su grosor sobre la superficie - Utilice los dientes índice: 11 ó 51, 23 ó 63, 44 ó 84 y los cuatro últimos molares presentes en cada cuadrante, consignando

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:59

cual es en cada caso - Observe las superficies Vestibular, Lingual/Palatino, Mesial, Distal y en dientes posteriores además, Oclusal - Si en la superficie dental examinada existe evidencia de placa gruesa – aquella que es fácilmente notoria por ser de espesor considerable o, si al aplicar aire y/o pasar una sonda suavemente evidencia placa delgada: marque en la Tabla 2 el código "1"; si no hay placa: marque el código "0" - Si tiene dientes primarios, consigne el correspondiente - Si no está presente algún diente, examine el diente vecino hacia distal y si no hacia mesial. Nota: en menores de 3 años y en pacientes parcialmente edéntulos que no tengan el número de dientes necesarios para este examen, valore los dientes presentes.

Para calcular el resultado:

1. Se cuenta el número de superficies con placa (valores "1")
2. Se multiplica ese valor por 100
3. Se divide ese valor resultante por el número de superficies evaluadas (si estaban todos los dientes índice son 33 superficies)
4. Ese será el porcentaje de placa de su paciente

En la Tabla 3 encontrará el porcentaje correspondiente según el número de superficies evaluadas con código "1" (sólo sirve si se evaluaron 33 superficies; en caso contrario debe realizar el cálculo). –

La interpretación del Índice de Placa de su paciente se presenta en porcentaje, considerándose para esa fecha de examen:

- a. Higiene Oral Buena, cuando el resultado es de 0-15%
- b. Higiene Oral Regular, valores entre 16-30%
- c. Higiene Oral Deficiente, valores superiores a 30%. –

Consigne ese valor en la casilla correspondiente

Tabla 2. Registro de placa bacteriana visible de Silness y Løe modificado.

Indice de placa bacteriana de Silness & Løe modificado																																								
Diente	Ultimo molar 1er cuadrante					11 / 51					23 / 63					Ultimo molar 2º cuadrante					Ultimo molar 3er cuadrante					44 / 84					Ultimo molar 4º cuadrante									
	D	V	O	P	M	D	V	O	P	M	M	V	O	P	D	M	V	O	P	D	D	V	O	L	M	M	V	O	L	D	M	V	O	L	D					
Código																																								
Fecha: ___/___/___ día / mes / año																																								
No. de superficies examinadas (33): _____ Número de valores "1" encontrados: _____ Porcentaje de Placa: _____																																								
Higiene Oral: Buena (0-15%): ____ Regular (16-30%): ____ Deficiente (31-100%): ____																																								

Tabla 3. Porcentajes de Placa Bacteriana según el número de superficies encontradas con Código "1".

Porcentaje de Placa Bacteriana según número de superficies con Código "1"																	
No. de valores "1"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Porcentaje equivalente	0%	3%	6%	9%	12%	15%	18%	21%	24%	27%	30%	33%	36%	39%	42%	45%	48%
No. de valores "1"	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
Porcentaje equivalente	52%	55%	58%	61%	64%	67%	70%	73%	76%	79%	82%	85%	88%	91%	94%	97%	100%


**Al terminar de diligenciar:**

- Dar click en RIPS, se diligencia todos los datos del estudiante, causa externa se selecciona otra, finalidad de la consulta se selecciona no aplica, en diagnósticos, en buscar se diligencia nombre de diagnóstico (z012 examen odontológico o diagnóstico de acuerdo a la plantilla que se está realizando), se selecciona cualquiera, en tipo de rips y dar aceptar.
- Aparece el diagnóstico en tipo de rips se selecciona principal, en tipo principal se selecciona impresión diagnóstica y se da **guardar en la parte superior izquierda**.
- **Aparece un mensaje:** Sus cambios han sido guardados exitosamente en la base de datos, Dar aceptar.
- **Ir al botón principal ubicado en la esquina superior izquierda.**



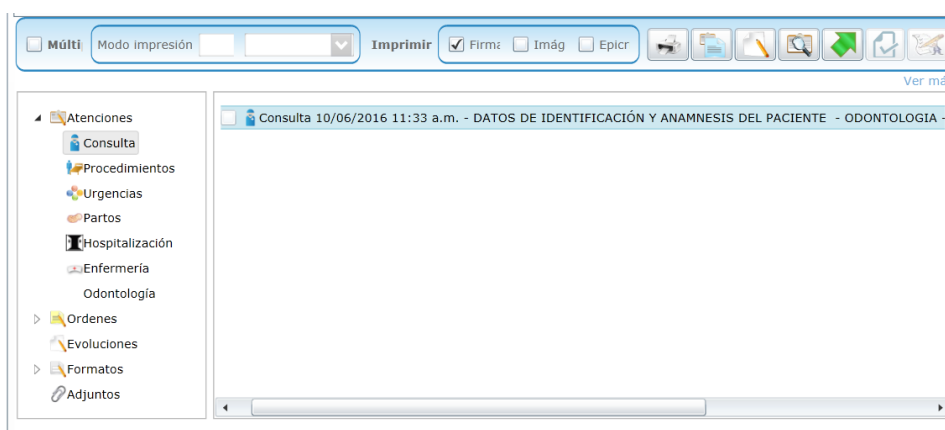
Dar clic en el botón salir que aparece. **En la esquina superior izquierda. Y dar clic en aceptar.**

**Diligenciamiento de Diagnostico, pronostico y plan de tratamiento.**

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:61

Seguir los siguientes pasos debido a que se debe iniciar y guardar como actividad nueva.

- Desde menú principal- en el módulo azul-Historia clínica-Consultas historia
- En el campo **BUSCAR** debe digitar el nombre o documento del paciente y dar click en la lupa y debe aparecer los datos de identificación del paciente creado
- Clickear en el calendario y colocar la fecha posterior a la que fue creado
- Click en Cargar
- Bajar con el cursor hasta encontrar la barra **atenciones**
- Dar click en **consulta**
- Seleccionar la información que parece en la parte derecha inferior de la pantalla




- Seleccionar el botón consulta de atención.
- Aparecen la barra para plantillas de datos de identificación y anamnesis, datos clínicos, rips, odontograma, entre otros.
- Dar click en **diagnóstico y plan de tratamiento.**

DIAGNÓSTICOS	
ASA	<input type="text"/>
SISTEMICOS	<input type="text"/>
FACIAL Y ESQUELETICO	<input type="text"/>
ESTOMATOLÓGICO	<input type="text"/>
ENDODONTICO	<input type="text"/>
PERIODONTAL	<input type="text"/>
ATM	<input type="text"/>
FUNCIONAL	<input type="text"/>

PRONÓSTICO	
INDIVIDUAL	<input type="text"/>
GENERAL	<input type="text"/>

PLAN DE TRATAMIENTO	
Fase Sistémica	<input type="text"/>
Fase de Urgencias:	<input type="text"/>
Fase Higiénica	<input type="text"/>
Ambientación Dental:	<input type="text"/>
Ambientación Periodontal:	<input type="text"/>
Fase correctiva Inicial	<input type="text"/>
Fase Correctiva final	<input type="text"/>
Fase Revaluativa:	<input type="text"/>
Fase de Mantenimiento:	<input type="text"/>

Después de diligenciar todas las plantillas de la historia clínica electrónica, se puede realizar el diagnóstico integral, el pronóstico y el plan de tratamiento integral.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:63

En esta plantilla encontrara primero los diagnosticos, pronostico y plan de tratamiento, tenga en cuenta la siguiente informacion para diligenciar.

## **DIAGNOSTICO**

El diagnostico se realizara teniendo en cuenta un orden para cada sistema.

## **SISTEMICO**

De acuerdo a la clasificación internacional del ASA.

ASA I: Paciente sano, sin enfermedad sistémica; No es necesario realizar modificaciones en el tratamiento. Luz verde para iniciar tto odontológico.

ASA II: Paciente con enfermedad sistemática leve. (HTA controlada (140-159/90-94mmHg), Anemia, DMNID controlada, Epilepsia controlada, Asma controlado, Hiper-hipo tiroidismo controlado, Mujer embarazada sana, Paciente alérgico a medicamentos, Paciente sano > 60 años, Obesidad Patológica.

ASA III: Paciente con enfermedad sistemática grave que limite sus actividades, pero no es incapacitante (Angina de pecho, Preinfarto > 6 meses, ACV > 6 meses, DMID controlada, ICC, EPOC, Asma no controlada, Epilepsia no controlada, Hiper-hipo tiroidismo sintomático, HTA 160-199/95-114 mm Hg). Riesgo mínimo en tto odontológico. Posibles modificaciones terapéuticas o consideraciones especiales como antibióticos profilácticos, técnicas de sedación, tiempo de duración de tratamiento e Interconsulta médica

ASA IV: Paciente con enfermedad incapacitante que represente un peligro constante para la vida. No está contraindicado el tratamiento odontológico, pero deben considerarse seriamente las modificaciones terapéuticas. (Angina de pecho inestable, IAM < 6 meses, ACV < 6 meses, HTA superior 200/115 mm Hg


ICC ó EPOC grave que requiera O2, Epilepsia incontrolada, DMID no controlada.

ASA V: Paciente moribundo que no sobrevivirá más de 24 horas. El riesgo es demasiado alto para permitir un cuidado electivo, solo urgencias en caso de infección o dolor, no se realizan tratamientos invasivo. Paciente moribundo, que no espera que sobreviva 24 horas con o sin intervención (Nefropatías terminales, Hepatopatías terminales, Cáncer terminal, Enfermedad infecciosa en fase terminal).

## **2. FACIAL O ESQUELETICO**

Tipo facial, perfil, asimetrías de acuerdo al análisis de tercios y hemicara. Anormalidades de crecimiento, posición y tamaño de maxilares, tipo de crecimiento como Prognatismo, Retrognatismo, Laterognatismo, Hiperplasia condilar, Elongación Hemimandibular, Microgenia, Macrogenia, labio y paladar Hendido, síndromes, Microsomia Hemifacial.

**ESQUELETICO O CRANEOFACIAL** (en pacientes con estudio y análisis de perfil y panorámica). Anormalidades de crecimiento, posición y tamaño de maxilares, tipo de crecimiento como Prognatismo, Retrognatismo, Laterognatismo, Hiperplasia condilar, Elongación Hemimandibular, Microgenia, Macrogenia, labio y paladar Hendido, síndromes, Microsomia Hemifacial.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:64

### 3. ESTOMATOLOGICO

Involucra todo tipo de lesión o alteración de tejidos blandos y duros como masas, tumoraciones, exostosis o Torus, leucoplasias (lesiones blanquecinas), eritoplacias (lesiones que muestran la mucosa enrojecida) inserción de frenillos, hiperplasias, atrofia alveolar, pólipos, úlceras, abscesos orofaciales, candidiasis oral etc.

### 4. ENDODONTICO

Anomalías pulpares y tratamientos endodónticos realizados y en proceso, trauma dentoalveolar.

### 5. PERIODONTAL

Enfermedad de los tejidos de sostén, gingivitis, periodontitis, Abscesos periodontales, furcas, movilidads patológicas, trauma oclusal.

### 6. DENTAL

- CARIES Tipo de caries y su ubicación según superficie y diente.
- ANOMALIAS DENTALES de número, tamaño de dientes, forma y estructura, situación de los terceros molares, dientes como restos radiculares.

### 7. OCLUSION

- Anomalías transversales, anteroposteriores (A-P), mordidas cruzadas, abiertas profundas.
- Clasificación molar y canina.
- Formas de arcos, anchos, longitud, pérdida de espacio.
- Malposiciones dentales como rotación, gresión, versión, apiñamiento y diastemas patológicos.
- Para dentición mixta: etapas del desarrollo de la oclusión, secuencia y cronología de la erupción, espacios del primate y ubicación.

### 8. ATM (Articulación Temporomandibular)

- No se anotaran hallazgos como ruidos.
- Desplazamientos del disco, perforación del disco.
- Sinovitis, Capsulitis, Anquilosis de la ATM, Retrodisquitis, osteoartritis, luxaciones, subluxaciones, etc.

### 9. FUNCIONAL


Hace referencia a la presencia de Hábitos orales, tipo de deglución, fonación masticación.

### PRONÓSTICO

Para el tenemos en cuenta el pronóstico individual por área para establecer un pronóstico general del paciente. Se consideran 4 grados de pronóstico

Bueno o favorable:



	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:65

Cuando se puede controlar el factor etiológico  
 Cuando hay soporte clínico y radiográfico  
 Cuando el paciente es colaborador  
 Cuando se puede eliminar la enfermedad

Regular:

Existen factores etiológicos que podrían exacerbar la enfermedad  
 Cuando hay lesión de furca  
 25 % de pérdida de NIC  
 Longitud radicular (soporte real del diente)  
 Posición del diente en la arcada  
 Importancia estratégica

Dudoso o Reservado:

Escasas posibilidades de eliminar la enfermedad  
 50% de pérdida de NIC  
 Lesión de furca difícil de mantener  
 Secuelas de enfermedad periodontal

Malo:


No es posible eliminar la enfermedad, ni restablecer la función  
 Los NIC no pueden mantener el diente  
 Diente no restaurable.

En plan de tratamiento tenga en cuenta que la plantilla se encuentra en desorden, recuerde que debe realizarlo de acuerdo a las fases que del plan de tratamiento que a continuación se mencionan:

### FASES DEL PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

Fase de Urgencias: Antes de realizar una urgencia es importante elaborar una historia clínica completa, no hacer procedimientos sin tener conocimiento de la salud general del paciente. Las manifestaciones externas deben coincidir con el reporte del paciente. En caso de dudas se deben solicitar los exámenes de laboratorio que se requieran.

Objetivos	Procedimientos
<b>Aliviar el dolor</b>	Instrumentar y/o drenar abscesos
<b>controlar la inflamación aguda</b>	Formular analgésicos, antiinflamatorios o antibióticos
<b>Recuperar comodidad y función (masticación y deglución)</b>	Eliminar cuerpos extraños
<b>Devolver función Oclusal y estética</b>	Elaboración de temporal, obturación provisional, reparar prótesis con motivo estético funcional.

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:66

**Corregir compromiso estético** Medicación con antibiótico y/o analgésico

**Manejo de trauma dentoalveolar** Ferulización, alivio de oclusión

Fase Sistémica: Se debe tener un completo conocimiento del estado general del paciente antes de iniciar una fase higiénica. Se deben reconocer las enfermedades que influyen o alteran el plan de tratamiento.

Objetivos	Procedimientos
<b>Revisión del estado de salud general del paciente y su incidencia en la salud periodontal</b>	Si existe compromiso sistémico analizar la situación antes de iniciar el tratamiento. Hacer interconsultas medicas requeridas
<b>Determinar factores de riesgo sistémicos</b>	Premedicación en caso de ser necesaria Determinar conducta según factores de riesgo.


Se realiza el manejo de la candidiasis oral:

Nistatina suspensión de 100.000 UI, Frasco de 60 mililitros hacer enjuagues con una cucharada (5mm) por un minuto y deglutir, repetir 4 veces al día por 10 días.

Desinfección de prótesis: en medio vaso de agua disolver ½ tapa de hipoclorito, dejar por 1 minuto y enjuagar con abundante agua y cepillar profundamente, realizar este procedimiento cada 15 a 20 días.

Fase higiénica:

<b>AMBIENTACION PERIODONTAL</b>	<b>Controlar el factor de riesgo local para obtener salud oral</b>	Se deben eliminar todos los focos infecciosos que tenga el paciente
	<b>Motivar al paciente para conseguir un tratamiento exitoso</b>	Explicar al paciente el origen, evolución, factores de riesgo Hacer control de placa Instrucciones sobre el uso de implementos de higiene oral <b>ES OBLIGATORIO EL USO DE ROTAFOLIO</b>
	<b>Instrucción en higiene oral</b>	1. Se hace cepillar al paciente 2. El estudiante observa la técnica de cepillado que el paciente realiza (no hace ninguna corrección en la técnica) 3. Realiza el control de placa bacteriana 4. Le muestra al paciente 5. Inicia la instrucción en higiene oral

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:67


		recomendando: técnica de cepillado, tipo de cepillo, crema, seda dental, enjuague y aditamentos de ayuda para higiene interdental (cepillo interproximal, enhebradores, horquetas), limpieza de prótesis
	<b>Eliminar placa bacteriana y calculo supra y subgingival</b>	Realizar raspaje y/o alisado radicular
	<b>Pulido coronal</b>	Se realiza profilaxis en caso de que el paciente lo requiera para eliminar pigmentaciones extrínsecas de los dientes. Se realiza con pasta profiláctica o se puede realizar una mezcla de piedra pómez con pasta profiláctica. Este paso, queda a consideración del docente
<b>AMBIENTACION DENTAL</b>	<b>Eliminar caries, obturaciones defectuosas y focos infecciosos</b>	Operatoria, endodoncia, temporales, retenedores intrarradiculares. Se pulen restauraciones desadaptadas retentivas de placa bacteriana
	<b>Interconsultas con otras especialidades</b>	Remitir a endodoncia, cirugía, patología o rehabilitación oral
	<b>Lograr estabilidad oclusal</b>	Alivio de oclusión, elaborar placas neuromiorrelajantes, ajuste oclusal, férulas para controlar movilidad dental
	<b>Eliminar dientes con mal pronostico</b>	Exodoncias mandatorias
	<b>Otros procedimientos</b>	Movimiento ortodontico menor.

Se realiza nuevamente el sondaje en la misma hoja donde se registró el periodontograma inicial en margen, bolsa y NIC 2, adicionalmente, se solicita en la coordinación de la clínica el formato de reevaluativo periodontal que incluye los siguientes ítems.

## I. EVALUACIÓN DE LA HIGIENE ORAL

### 1. Porcentaje de placa bacteriana

Inicial: corresponde al porcentaje de placa bacteriana del paciente al inicio del tratamiento o el porcentaje de placa de la última vez en que le realizaron el control de placa con la respectiva fecha

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:68

Control: corresponde al porcentaje de placa bacteriana del paciente al momento en que se realiza la reevaluación con la respectiva fecha

## 2. Observaciones

Se consignan las fallas del paciente en cuanto a la técnica de cepillado, la frecuencia, destrezas, habilidades, interés, uso de implementos de higiene oral.

## II. RESPUESTA TISULAR

1. *Signos de inflamación:* se consignan cambios a nivel de color, consistencia, aspecto de la encía, la posición del margen gingival, la presencia de exudado. Sino presenta signos de inflamación, se coloca en letra clara no presenta signos de inflamación

2. *Nueva inserción:* se **COMPARA** con el sondaje y los niveles de inserción clínica anteriores, se determina en que sitios se presentó la ganancia y/o pérdida de inserción, para determinar la nueva inserción se tiene en cuenta nuevamente la profundidad de bolsa y la posición del margen, si las bolsas disminuyeron se presenta ganancia en los niveles de inserción, si las bolsas aumentaron y se presentaron recesiones que antes no había, se presenta una pérdida de inserción. Sino presenta ni ganancia ni pérdida en los niveles de inserción, se escribe con letra clara los niveles de inserción se mantienen estables.

3. *Movilidad:* si presenta movilidad se escribe el diente y el grado de movilidad, sino presenta, se registra en letra clara no presenta, en el periodontograma se registra encima de la casilla, como se observa en el ejemplo:

Movilidad inicial

Movilidad en reevaluativo

				II			
I	II	III	--	I	II	III	--

4. *Hemorragia:* Después de realizar el sondaje se escribe los dientes en que se presentó hemorragia y se pinta en el periodontograma el punto de sangrado

## III. EVALUACIÓN DEL FACTOR PSICOLÓGICO


Se escribe la motivación del paciente, si está satisfecho con el tratamiento realizado hasta el momento, si ha notado cambios en tejidos blandos y duros.

## IV. DIAGNOSTICO ACTUAL

Se escribe el nuevo diagnóstico periodontal del paciente, teniendo en cuenta el sondaje de la reevaluación

## V. PLAN DE TRATAMIENTO

De acuerdo al diagnóstico periodontal se instaure un plan de tratamiento periodontal

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:69

Si en la fase higiénica se logró la salud periodontal y no requiere fase correctiva, se fijan los intervalos de mantenimiento. Si no se obtuvo un adecuado resultado, se determina la necesidad de fase correctiva quirúrgica y el mantenimiento será posterior a ella.


Correctiva: Todos los procedimientos de esta fase están encaminados a la corrección de los defectos creados a nivel dentario, periodontal y maxilofacial como consecuencia de caries y enfermedad periodontal o anomalías maxilofaciales. La cirugía periodontal permite estabilizar la inserción periodontal, mientras que los procedimientos restaurativos, ortodónticos y maxilofaciales contribuyen a la estabilización integral para alcanzar una verdadera salud oral.

Objetivos		Procedimientos
<b>Fase correctiva periodontal</b>	<b>Obtener por medio de cirugía la salud periodontal</b>	Tratamiento de: Procesos inflamatorios crónicos Cirugía mucogingival Terapia regenerativa Implantes Manejo de lesiones de furca Cirugía pre protésica
<b>Fase correctiva ortodóntica</b>	<b>Tratar anomalías maxilofaciales</b>	Cirugía maxilofacial Ortodoncia correctiva
<b>Fase correctiva a protésica</b>	<b>Dar estabilidad oclusal y armonía dental</b>	Hacer rehabilitación definitiva para dar estabilidad oclusal y periodontal Coronas completas Prótesis fija Prótesis removible Prótesis total Sobredentaduras Rehabilitación de implantes
<b>Corroborar la salud pulpar y estomatológica</b>		Realizar cirugía endodóntica y estomatológica en caso de ser necesario.

Fase Revaluativa: El objetivo de la reevaluación es observar la respuesta de los tejidos periodontales después de la terapia correctiva periodontal, ortodóntica y/o protésica

Fase De Mantenimiento: Las visitas de mantenimiento periódico forman la base de un programa de prevención a largo plazo. Al principio el intervalo entre las citas es de tres meses pero puede variar de acuerdo con las necesidades del paciente.


Objetivos	Procedimientos
<b>Mantener a los pacientes en un estado compatible con salud</b>	Supervisar cada una de las áreas que conciernen a la salud integral para lograr mantener al paciente sano

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>		Código:
		Página:70


<b>Prevenir la reincidencia de los factores de riesgo locales y sistémicos</b>	Revaluar el estado de salud general Ganancia o pérdida de inserción Profundidad de bolsa Sangrado al sondaje Movilidad Lesiones de furca Caries Estado de restauraciones Oclusión Estado pulpar Estado estomatológico Estabilidad craneofacial Control radiográfico
<b>Preservar salud gingival y periodontal lograda</b>	Revaluar interés del paciente por la terapia Evaluar control de placa Actitud frente al tratamiento Raspaje y alisado radicular Eliminar focos retentivos de placa
<b>Determinar el intervalo de citas dependiendo de la respuesta a las fases anteriores</b>	Considerará: Riesgo biológico: la presencia de enfermedades sistémicas Cantidad de placa bacteriana Cantidad de restauraciones
<p>Algunos estudios han demostrado que el mantenimiento sobre la base de controles cada 3 meses es suficiente para la mayoría de los pacientes, sin embargo, algunos pacientes pueden necesitar controles menos o más frecuentes</p> <p>Consideraciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el paciente controla placa bacteriana se citara cada 4 a 6 meses, hasta llegar a intervalos de 1 año</li> <li>- Si el paciente presenta compromiso sistémico (leucemia, diabetes, neutropenia, síndromes) y además presenta factores de riesgo como hábito de fumar, estrés, restauraciones extensas, se harán controles más seguidos.</li> <li>- En pacinetes con baja susceptibilidad a enfermedad periodontal la frecuencia de visitas se puede extender a 1 año y en pacientes con alta susceptibilidad a periodontitis, la frecuencia debe ser entre 3 y 4 meses para lograr disminuir la recurrencia de la enfermedad.</li> </ul>	

### Al terminar de diligenciar:

- Dar click en RIPS, se diligencia todos los datos del estudiante, causa externa se selecciona otra, finalidad de la consulta se selecciona no aplica, en diagnósticos, en buscar se diligencia nombre de diagnóstico (z012 examen odontológico o

	<b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b> <b>FACULTAD DE ODONTOLOGIA</b> <b>CLINICAS ODONTOLÓGICAS</b>	Versión: 02
		Fecha: 08/2016
	<b>INSTRUCTIVO HISTORIA CLINICA</b>	Código:
		Página:71

diagnóstico de acuerdo a la plantilla que se está realizando), se selecciona cualquiera, en tipo de rips y dar aceptar.

- Aparece el diagnóstico en tipo de rips se selecciona principal, en tipo principal se selecciona impresión diagnóstica y se da **guardar en la parte superior izquierda.**
- **Aparece un mensaje:** Sus cambios  han sido guardados exitosamente en la base de datos, Dar aceptar.
- **Ir al botón principal ubicado en la esquina superior izquierda.**

**Dar clic en el botón salir que aparece. En la esquina superior izquierda. Y dar clic en aceptar.**

## Bibliografía

- FUNDAMENTOS DE ODONTOLOGIA: PERIODONCIA. Facultad de Odontología. Pontifica Universidad Javeriana. Segunda edición. Pag. 254-259. 2007
- CEDIEL RICARDO. Semiología médica. Editorial Celsus. Tercera edición. Capítulo 1, 2, 3, 4 y 5. Colombia 1993.