

Manual para la confección de la historia clínica

Atención Primaria de Salud en Estomatología



Manual para la confección de la historia clínica

Atención Primaria de Salud en Estomatología



La Habana, 2015

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Manual para la confección de la historia clínica en la atención primaria de salud en Estomatología/
Colectivo de autores.--La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2015.
36 p. (Estomatología).

1. Registros Médicos
2. Medicina Oral
3. Atención Primaria de Salud

WU 95

Edición y emplane: Ing. José Quesada Pantoja
Diseño interior y cubierta: Téc. Yisleidy Real Llufrío
Realización: A.C. Luciano Ortelio Sánchez Núñez

© Maritza Sosa Rosales, 2015
© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2015

ISBN 978-959-212-961-0

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23, No. 654 entre D y E, El Vedado
La Habana, 10400, Cuba
Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu
Página web: [http:// www.ecimed.sld.cu](http://www.ecimed.sld.cu)

AUTORES

Dr. José Rolando Alcolea Rodríguez

Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.
Máster en Salud Bucal Comunitaria. Máster en Educación Médica.
Profesor Asistente.

Dra. Zulema León Aragonese

Especialista de I Grado en Ortodoncia.
Máster en Atención a la Urgencia Estomatológica. Profesora Asistente.

Dra. Dianelys Leydis Pérez Cabrera

Especialista de I Grado en Estomatología General Integral y Ortodoncia.
Máster en Atención a la Urgencia Estomatológica. Profesora Asistente.

Dr. Alfredo Luis Reyes Fonseca

Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Asistente.

Dra. Maritza Rosales Chacón

Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesora Asistente.

Dra. Suyenni Laura Cabrera Zamora

Especialista de I Grado en Periodoncia. Profesora Asistente.

Lic. Ana María Coll Aguilera

Licenciada en Atención Estomatológica. Profesora Asistente.

COLABORADORES

Dra. Mariela García Jordán

Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.
Máster en Salud Pública. Profesora Asistente.

Dra. Maritza Sosa Rosales

Especialista de II Grado en Organización y Administración
de Servicios de Salud. Máster en Salud Pública. Profesora Auxiliar.

Dr. Michel Rojo Toledano

Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.
Máster en Atención a la Urgencia Estomatológica.
Profesor Auxiliar.

Dra. Martha Zurina Masó Galán

Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.
Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesora Auxiliar.

Dra. Mildres Maday Pausa Carmenate

Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.
Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesora Auxiliar.

Dr. Jorge Raúl Valdivié Provance

Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.
Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar.

Dr. Lorenzo Lima Álvarez

Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.
Máster en Atención a la Urgencia Estomatológica. Profesor Auxiliar.

Dr. Alexander Seguí Ulloa

Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.
Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar.

Dra. María Isabel Vertura

Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.
Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesora Auxiliar.

Dra. Marisol Franco Álvarez

Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.
Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesora Asistente.

Se agradece la contribución realizada por los grupos provinciales de Estomatología General Integral, los grupos nacionales del resto de las especialidades y directivos de la asistencia y la docencia de las provincias, así como estomatólogos, profesores, alumnos y residentes de la provincia Granma.



CONTENIDO

Conceptos/ 1

Historia clínica/ 1

Atención primaria en estomatología/ 2

Partes de la historia clínica en la atención primaria en estomatología/ 2

Consideraciones metodológicas para cada una de las partes de la historia clínica/ 3

1. Anamnesis (interrogatorio-entrevista médica)/ 3

1.1. Datos de identidad personal/ 4

1.2. Motivo de consulta/ 4

1.3. Historia de la enfermedad actual/ 4

1.4. Antecedentes patológicos/ 5

1.5. Hábitos/ 5

2. Examen físico/ 6

2.1. Examen extraoral/ 7

2.2. Examen intraoral/ 9

2.3. Dentigrama/ 12

2.4. Examen funcional (motor y sensitivo)/ 14

3. Diagnósticos/ 14

3.1. Diagnóstico epidemiológico/ 15

3.2. Diagnóstico clínico/ 18

4. Pronóstico/ 19

5. Plan de tratamiento integral/ 20

6. Evolución/ 22

Normas generales de redacción para tener en cuenta en la historia clínica/ 24

Consentimiento informado/ 25

Abreviaturas aceptadas para escribir en la historia clínica/ 26

CONCEPTOS

Historia clínica

Es el documento médico-legal considerado la guía metodológica para describir el estado de salud e identificar de forma priorizada los problemas de salud en cada persona con un enfoque bio-sico-social, constituye esta su función diagnóstica, además de permitir la planificación, ejecución y control de cada acción en el paciente destinada hacia el fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

La tríada tiempo, paciencia y buena relación médico-paciente, constituye un factor esencial para el cumplimiento del objetivo fundamental: confeccionar correctamente la historia clínica.

En la especialidad de Estomatología General Integral se confecciona una historia clínica a cada paciente, la que tiene una vigencia de un año, si el paciente acude antes de este periodo debe solo actualizarse o hacer una nueva después del año de realizada. A esta historia se le anexan cada una de las partes correspondientes a las especialidades por las que requiera el paciente transitar para su tratamiento, incluidos los resúmenes de las que se brinden en otras instituciones de salud, constituyendo la *historia clínica* un único documento que registra la historia de la salud y la enfermedad de las personas desde que nacen hasta que mueren.

La historia clínica individual de los pacientes pertenecientes al área de salud debe ser archivada mientras viva la persona y se actualiza en cada una de las visitas que realice posterior al año.

Las historias clínicas de la población que no reside en el área y que fue autorizada su atención, se archivarán según el “Manual de organización y procedimientos en registros médicos y estadísticas de salud”, vigente.

La historia clínica siempre debe estar en el archivo de la institución bajo la guarda y custodia de admisión y archivo, no entregándosele nunca a pacientes o familiares, ni extrayéndose de la unidad para otros fines como docentes o investigativos. Siempre debe estar preservada por contener datos confidenciales de los pacientes que bajo los preceptos de la ética médica le confían a los profesionales responsables de su atención.

Atención primaria en estomatología

Primer contacto con el subsistema de estomatología del paciente sano, sano con riesgo, enfermo o deficiente con discapacidad, constituye la puerta de entrada para la atención estomatológica. Esta debe brindarse en la propia comunidad donde reside la persona y tiene un carácter ambulatorio, consultorial o domiciliario. A las personas enfermas o deficientes con discapacidad se les garantiza la continuidad de la atención estomatológica secundaria o terciaria hasta la total curación o rehabilitación; en los sanos o sanos con riesgo se garantiza el cumplimiento de acciones de vigilancia epidemiológica para el control de los riesgos y la precauciones para mantener la salud a través de la promoción y educación para la salud y la prevención de las enfermedades.

Partes de la historia clínica en la atención primaria en estomatología

1. Anamnesis (interrogatorio-entrevista médica):
 - 1.1. Datos de identidad personal
 - 1.2. Motivo de consulta.
 - 1.3. Historia de la enfermedad actual.
 - 1.4. Antecedentes patológicos.
 - 1.5. Hábitos.
2. Examen físico:
 - 2.1. Examen extraoral.
 - 2.2. Examen intraoral.
 - 2.3. Dentigrama.
 - 2.4. Examen funcional (motor y sensitivo).
3. Diagnósticos:
 - 3.1. Diagnóstico epidemiológico.
 - 3.2. Diagnóstico clínico.
4. Pronóstico.
5. Plan de tratamiento integral.
6. Evolución.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS PARA CADA UNA DE LAS PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. Anamnesis (interrogatorio-entrevista médica)

Permite, como ningún otro método, penetrar en la interioridad del paciente, explorar sus intereses, motivaciones y sentimientos a partir de una conversación planificada o planeada de antemano en un clima psicológico positivo con este o un familiar, para orientar hacia la salud a la persona, constituye un excelente recurso de exploración al proporcionar datos que contribuyen al diagnóstico.

Reglas generales para su ejecución:

- Privacidad: esta le crea al paciente seguridad y confianza para exponer sus inquietudes.
- Ser amable, cortés, afectuoso y respetuoso con el paciente tratando de alcanzar la máxima comunicación para lograr el éxito.
- Llamar al paciente por su nombre, sonreírle, estrechar su mano afablemente, invitarlo a sentarse.
- Utilizar siempre un lenguaje claro y sencillo, orden y claridad de las preguntas, ser pertinentes, evitar preguntas que sus respuestas sean obvias, formular preguntas tales como: “¿En qué puedo ayudarle?”, “¿Por qué ha venido a verme?”, “¿Qué le ocurre?”.
- El relato del paciente nunca debe interrumpirse.
- Cuando el paciente haya terminado debe preguntársele: “¿Tiene usted algo más que agregar?”.
- Discreción y reserva, respeto a las posiciones sociales, religiosas, culturales y personales, a través de un trato educado y delicado para no herir el pudor ni crear situaciones embarazosas.
- En situaciones de emergencias graves, se realizan preguntas de máxima utilidad en el momento y acciones terapéuticas rápidas, luego se profundiza en el interrogatorio.

1.1. Datos de identidad personal

- Nombres y apellidos: permiten la identificación de la historia clínica, estos deben plasmarse de forma clara, evitando posibles confusiones, además de llamar al paciente por su nombre correcto es uno de los principales principios éticos de respeto a quienes se atienden.
- Edad (años cumplidos) y sexo (biológico): tienen importancia para la relación preferencial de muchas enfermedades. Considerar la orientación sexual de la persona, pues esto condiciona el trato y el comportamiento de algunas enfermedades. Tratar libres de prejuicios, respetando la decisión de cada persona.
- Escolaridad (nivel de escolaridad vencido): indicador que contribuye a conformar el perfil sociocultural del paciente, de interés para su asociación con enfermedades relacionadas con el nivel cultural, educacional y profesional del paciente, aunque esto no se corresponde en todos los casos con los estilos de vida y la cultura sanitaria.
- Dirección particular o procedencia: puede resultar valioso para el diagnóstico de trastornos relacionados con el perfil sociocultural, higiénico, epidemiológico y ambiental, además del seguimiento que se requiere ejecutar en determinadas enfermedades.

1.2. Motivo de consulta

Principal motivación personal del paciente sano o enfermo en la consulta. Se expresa con las propias palabras del paciente y entre comillas. Se puntualiza cuando el paciente acude por interés del Sistema Nacional de Salud, es decir, referido por su médico de familia o estomatólogo en su domicilio, por ejemplo:

- “Me duele un diente”.
- “Viene a revisarme”
- “Me citaron por la escuela”.
- “Programa de atención al menor de 19 años”.
- “Me mandó mi médico”.
- “Me citó el estomatólogo en la casa”.

1.3. Historia de la enfermedad actual

Descripción breve y concisa de la situación de salud que presenta el paciente ya sea en estados de salud para controlar factores de riesgo o de enfermedad para curar o rehabilitar. En resumen se escribe el motivo

de la consulta y los síntomas que refiere el paciente (cuando proceda), puntualizando las características más importantes de estos, por ejemplo:

- Paciente que acude para revisión periódica sin enfermedad aparente.
- Paciente que acude para su revisión, refiriendo obturaciones desplazadas.
- Paciente que acude para la revisión por presentar dolor en hemiarcada derecha inferior al ingerir alimentos fríos y calientes.
- Paciente que acude por presentar dolor. Describir el dolor, cómo aparece y cómo se comporta

1.4. Antecedentes patológicos

Se describen todos los que son importantes:

- Para el diagnóstico de determinada enfermedad bucal.
- Porque a partir de estos se requiere de estudios previos al tratamiento.
- Para evitar complicaciones en el tratamiento estomatológico.
- Porque requieran de cuidados especiales.

Se señalan utilizando estas siglas:

- Antecedentes personales (AP).
- Antecedentes familiares (AF).
- Antecedentes hemorrágicos (AH).
- Reacción a medicamentos (RM).

1.5. Hábitos

Se escriben todos los que sean importantes para un diagnóstico y tratamiento a seguir. Todos estos hábitos se señalan en el plan de tratamiento integral con las acciones a ejecutar para su eliminación:

- Hábitos higiénicos: forma y frecuencia del cepillado. Uso de otro medio auxiliar de la higiene bucal: hilo dental, cepillo rotatorio, enjuagues bucales y otros.
- Hábitos dietéticos (patrones alimentarios): si tuvo o no lactancia materna, durante qué tiempo, cuándo incorporo el biberón, uso del biberón, dieta cariogénica, resaltando frecuencia en la ingesta de alimentos ricos en azúcares y carbohidratos. Considerar la relevancia de estos en relación con la edad.
- Hábitos bucales deformantes: queilofagia, chupeteo del tete, succión digital, lengua protráctil, respiración bucal, bruxismo, mordedura de objetos, posturales inadecuados u otros de interés estomatológico.

- Hábitos nocivos: café (referirse a la cantidad y la temperatura), bebidas alcohólicas, cigarro y otras drogas (forma y experiencia de consumo: ocasional o frecuente).

2. Examen físico

Es la exploración que se le práctica a todo paciente con la finalidad de reconocer las alteraciones provocadas por la enfermedad valiéndose el examinador de sus órganos de los sentidos. Incluye el examen para la detección precoz del cáncer bucal siguiendo la metodología que aparece en el “Programa de atención estomatológica integral a la población”.

Métodos clásicos de exploración clínica:

- Inspección: es la apreciación por la vista del profesional de las estructuras anatómicas del paciente, se necesita una adecuada iluminación. Evitar la presencia de elementos que puedan interferir en la visibilidad de los tejidos como prótesis y saliva, esta última enmascara la realidad de la apariencia de lo que se examina, por lo que dientes y encías deben ser secadas antes de realizar la inspección.
- Palpación: apreciación manual o bimanual. Se realiza en la piel a mano desnuda, se utilizan guantes cuando esta pueda constituir un riesgo de contaminación para el profesional. En mucosas siempre se realiza con guantes. Este método permite evaluar en la zona explorada sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño y movimientos.
- Percusión: excelente método de diagnóstico en las afecciones que comprometen el ligamento periodontal. Se realiza golpeando suavemente el diente de forma vertical y horizontal, el instrumento generalmente utilizado para estos fines es el mango del espejo bucal. La respuesta dolorosa del paciente a la percusión vertical refiere generalmente un proceso periapical y la respuesta a la percusión horizontal refiere un diagnóstico que puede ser compatible con un proceso periodontal. Es recomendable utilizar como patrón primero un diente sano próximo al que se va a percutir para tener referencias de las respuestas del paciente y además como entrenamiento para que el paciente diferencie las sensaciones que experimenta en el diente enfermo.
- Auscultación: es el método menos usado en la estomatología. Es el aplicado para escuchar los ruidos de la articulación temporo man-

dibular enferma, mediante la utilización del oído del examinador con fines diagnósticos. Existen dos métodos de auscultación: la mediata o indirecta, cuando se utiliza estetoscopio y la inmediata o directa, cuando el sonido es directo al oído sin que se interpongan instrumentos.

Durante la realización del examen físico, cuando se considere necesario para el diagnóstico y posterior tratamiento, se utilizan los medios auxiliares de diagnóstico y se describen en la historia clínica los hallazgos más significativos:

- En el acápite de examen físico son discutidos y expuestos de forma detallada cuando el caso lo necesite para un diagnóstico durante el momento de la confección de la historia clínica.
- En el acápite de evolución son discutidos y expuestos cuando sean utilizados en otro momento de la atención estomatológica.

Algunos de los medios diagnósticos a emplear son:

- Radiografías u otras técnicas de la imagenología.
- Vitalómetros u otras pruebas de vitalidad dentaria.
- Modelos de estudio.
- Otras que se considere y disponga, incluidos estudios de hematología, microbiológicos, entre otros.

2.1. Examen extraoral

Como su nombre lo indica, se refiere a la parte del examen físico que no tiene en cuenta la boca, se hace énfasis en las estructuras de la cabeza y el cuello, con interés particular para la especialidad.

- Hábito externo: también llamado *constitución individual o corporal*, este puede ser:
 - Brevilínios o megaloespláncnicos: son de baja estatura, gruesos y corpulentos, cuello corto, tórax ancho y extremidades pequeñas.
 - Longilínios, microespláncnicos o asténicos: son altos, delgados, de cuello y tórax alargados, musculatura pobre y extremidades largas.
 - Normolínios, normoespláncnicos o esténicos: constituye el grupo intermedio con una conformación corporal armónica.
- Piel y mucosas: describir alteraciones relacionadas con coloración, humedad, aumentos de volumen, siempre valorando la relación de estas con la edad, el sexo y raza.

Se describen las lesiones de interés diagnóstico y terapéutico, se define la forma de la lesión, mancha, pápula, vesícula, vegetación, ampolla, placa, membrana, pústula, erosión, úlcera o fístula. De no utilizar la clasificación anterior de las lesiones, considerando que se acepta en este momento el término lesión al no constituir un diagnóstico por sí solo, se hace una detallada descripción de la lesión haciendo referencia a localización, límites (si compromete más de una localización), color, tamaño, base, consistencia, si es única o múltiple, si es dolorosa o no u otras características que puedan ser de interés clínico para el diagnóstico y futuro tratamiento, también se describe la pérdida de continuidad de los tejidos por traumatismo o como consecuencia de cirugía hipertrófica que demanda de tratamiento quirúrgico, además, se detallan las alteraciones maxilofaciales que se correspondan con trastornos de la oclusión relacionadas con músculos y huesos.

Examen facial

- De frente: se describe proporcionalidad, tipo de facies y forma de la cara (cuadrada, triangular o redondeada), si es simétrica bilateralmente o si existen desviaciones de las hemicaras a la derecha (dextromentonismo) o a la izquierda (levomentonismo).
- Tipo de perfil: puede ser recto, cóncavo o convexo. Para determinarlo se observa al paciente de lado para determinar la relación entre los puntos gnation blando, subnasal y pogonion blando. Para que el perfil sea recto estos puntos deben estar en línea recta. El punto pogonion blando es el más anterior en el contorno de la sínfisis del mentón en el tejido blando.
- Labios (parte externa): se describen alteraciones como son el labio superior corto, hipotónico, si el cierre bilabial es competente o no, si existe interposición del labio inferior al cierre, si se observa proquelia o retroquelia del labio inferior, si existe contracción del músculo borla del mentón al realizar la deglución u otras características que se consideren de importancia.
- Cadenas y grupos ganglionares del cuello y la cara: se realiza la exploración, primero las del lado izquierdo y luego las del derecho, se hace comparación entre ambas, detectando las posibles alteraciones de los ganglios linfáticos como cambios de su forma, tamaño, consistencia, sensibilidad y movilidad. Estos ofrecen una rica información compatible generalmente con el diagnóstico de un proceso morbozo iniciado en el complejo bucal:

- Cadenas ganglionares: submandibular, yugular interna, cervical transversa o supraclavicular y espinal accesoria.
 - Grupos ganglionares: genianos o faciales, buccinador, parotídeos, submentonianos o suprahiodeos, occipitales, mastoideos, yugular anterior y yuxtaviscerales (prefaringeos, pretiroideos y pretraqueal).
- Articulación temporo mandibular: describir ruidos, dolor a la palpación, dificultades funcionales a la apertura, cierre y lateralidad. El examen extraoral generalmente es sin alteraciones aparentes, por lo que si se aplica lo que plantea el resto de la historia clínica de solo señalar lo patológico queda este acápite habitualmente en blanco, por tanto, se recomienda describir lo observado aunque no existan alteraciones.

2.2. Examen intraoral

Como su nombre lo indica se refiere a la parte del examen físico de la boca, con énfasis en tejidos blandos, periodonto y dientes.

Examen bucal

Se describe todo lo que de interés se detecte a partir de este orden: labios (parte interna), carrillos, periodonto (encías y periodonto de inserción), paladar duro y blando, lengua, suelo de boca, orofaringe y termina con los dientes para lograr la continuidad con el dentígrama. Se debe identificar y describir todos los estados patológicos bucales, no confundiendo estos con formaciones normales como gránulos de Fordyce, prominencia de la emergencia de los conductos de las glándulas salivales o papilas prominentes de los conductos de Stenon (parótida) y de Wharton (submaxilar), glositis romboidal media, lengua fisurada, escrotal o cerebriiforme, venas prominentes del piso de la boca y de la lengua, glándula salival sublingual prominente, rugosidades del paladar, exóstosis óseas o torus palatinos y mandibulares que no se traumatizan ni interfieren en una futura rehabilitación y manchas melánicas en piel, mucosas o encías.

Labios, parte interna y carrillos

Se describen las alteraciones según lo planteado para las lesiones de piel y mucosas en el examen extraoral. Las lesiones que no son de interés terapéutico no se describen, cuando las lesiones son múltiples

y se tratan se pueden describir de forma agrupada teniendo en cuenta las características comunes, y además las inserciones frénicas.

Periodonto

Encías patológicas, describir inflamación, sangramiento, consistencia, punteado, tamaño, textura, contorno, fístulas, bolsas (mm), imprescindibles para el diagnóstico de periodontitis, migración gingival, apical u otros hallazgos de interés clínico. Cuando los hallazgos encontrados son considerados secuela de la enfermedad periodontal previamente tratada e inactiva no son de interés diagnóstico aunque se describen y se argumentan que son secuela de la referida enfermedad nosológica.

Paladar duro y blando, lengua móvil y fija, suelo de boca y orofaringe

Según lo planteado para lesiones de mucosas el examen extraoral.

Dientes

Tipo de dentición (temporal, mixta temprana, mixta tardía o permanente), presencia de placa dentobacteriana (abundante o escasa), cavidades patológicas, desplazamientos dentarios por traumatismos y hacia qué dirección, resto radicular, abrasiones dentarias o facetas de desgaste (especificar a qué nivel, dientes y si hay sensibilidad o compromiso pulpar), destrucción coronaria, dientes perdidos restituidos o no (describir rebordes residuales que atenten contra la futura rehabilitación), movilidad dentaria (especificar grado y diente), migraciones dentarias (especificar tipo de forma general), pérdida de la continuidad del esmalte y manchas (especificar localización, color, simetría, bilateralidad o no, cavidades o lisas, surcos, estrías y fosas profundas).

Relación de las arcadas en oclusión

En la dentición temporal y permanente (en dentición mixta ambas, siempre que sea posible) y en todas las edades, siempre que sea clasificable. Cuando a pesar de existir relación de oclusión adecuada, se observe una vestibuloversión se puede describir, nunca dejando de reflejar el resalte, se puede utilizar este término por no constituir por sí solo un diagnóstico.

En este momento se hace una valoración clínica del funcionamiento de la oclusión, con la intención de identificar la presencia de

interferencias oclusales (contactos prematuros, contactos exagerados o deslizamientos no fisiológicos de las arcadas), consideradas estas un factor de riesgo, su control temprano en la dentición temporal y mixta previene las mordidas cruzadas y la desviación de la mandíbula en sentido anteroposterior o transversal y en dentición permanente por su efecto al establecimiento de hábitos perjudiciales, trastornos a nivel de la articulación temporo mandibular, los dientes y el periodonto:

- Anteroposterior:
 - Resalte anterior (mm), en mordida cruzada en negativo o borde a borde que debe ser cero “0”.
 - Relación de caninos: neutroclusión, mesioclusión o distocclusión.
 - Relación de molares en dentición temporal: segundos molares temporales (escalón mesial, distal o plano terminal recto).
 - Relación de molares en dentición permanente: neutroclusión, mesioclusión o distocclusión.
- Transversal:
 - Describir las líneas media superior e inferior, si coinciden o hay desviación a la derecha o izquierda en relación con la línea media facial.
 - Resalte posterior: se especifica si está normal o si existe mordida cruzada o cubierta, unilateral o bilateral, así como los dientes afectados.
- Vertical:
 - Se refiere al sobrepase, este se describe “0” cuando sea borde a borde, tercio incisal, tercio medio o corona completa.
 - Describir rayos X si se realiza con fines diagnósticos en el momento que se describa la zona anatómica de interés radiográfico. Si no es posible en este momento, se refleja en el dentigrama cuando sea para un diente o grupo de estos, además, se indica en el plan de tratamiento y se evoluciona posteriormente.

En resumen, se describen todo los hallazgos de interés detectados, especificando la localización de signos o síntomas de interés, enfatizando en los que no aparecen en el dentigrama, por ejemplo: oligodontia, supernumerarios y suplementarios (localización y posición en la arcada, en caso de estar afectado o tratado por caries dental se describen los detalles), pérdida de solución de continuidad del esmalte, giroversión,

vestíbuloversión, linguoversión, apiñamiento dentario, diastema (generalizada o localizada), cambios de coloración, manchas intrínsecas o extrínsecas, presencia de fosas y fisuras profundas, dientes ectópicos, caries dental sin cavitación o detenida siempre que no este próxima a la brecha a rehabilitar y dientes con fracturas de esmalte que no necesita de tratamiento restaurador.

2.3. Dentigrama

Leyenda de colores

- Azul: tratamientos curativos o rehabilitadores realizados con anterioridad a la realización del dentigrama.
- Rojo: tratamientos curativos o rehabilitadores a realizar con posterioridad a la realización del dentigrama en dientes enfermos o ausentes.

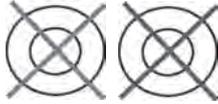
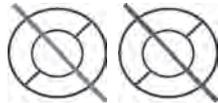
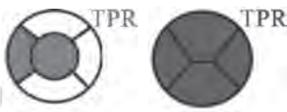
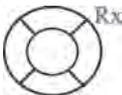
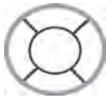
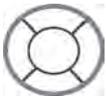
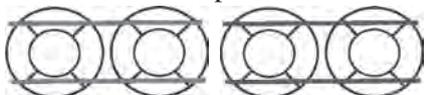
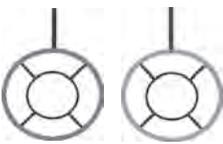
En todos los casos se define en el diente y según el color que corresponda las caras comprometidas, después que una cara está afectada o tratada se colorea completo en el dentigrama, la valoración clínica y terapéutica es lo que indica la extensión de una parte o la totalidad de la cara.

Leyenda de símbolos establecidos más utilizados

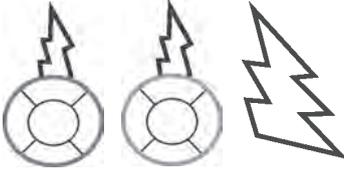
La bibliografía consultada y utilizada en Cuba por la docencia y la asistencia e internacionalmente coincide con la mayoría de las simbologías planteadas. Se incrementan otras a partir de la integración con otras especialidades, los nuevos tratamientos y el enfoque de la estomatología cubana, situaciones que imponen nuevos elementos a tener en cuenta en correspondencia con la especialidad:

- Caries dental: caras coloreadas en rojo (se marca según la localización y extensión de estas). De la misma manera se simboliza el sellado temporal, así como las caries detenidas cuando por sus características y localización tienen que ser tratadas, principalmente en dientes próximos a brechas por rehabilitar.
- Restauraciones realizadas: caras coloreadas en azul (se marca según la localización y extensión de estas).



- Restauraciones defectuosas: caras coloreadas en azul con un halo rojo. 
- Exodoncias: una cruz sobre el diente, la que se realiza en rojo y en azul en caso de que no sea posible rehabilitar. 
- Diente fracturado: línea que trata de describir la forma de la fractura dentaria y caras o estructuras dentarias comprometidas, en rojo por restaurar y en azul cuando esta restaurada. 
- Tratamientos pulporradiculares y pulpotomía: poner la sigla TPR o TP, según sea el caso en el cuadro sobre el diente a tratar. En rojo para el que se debe realizar o concluir y en azul cuando está concluido adecuadamente. 
- Indicación de rayos X: se marca encima del diente Rx en rojo. Cuando se realice se discute en la evolución. 
- Oligodoncia: círculo azul alrededor del diente previo diagnóstico radiográfico. 
- Diente retenido: círculo rojo, previo diagnóstico radiográfico. 
- Prótesis dental: dos líneas paralelas sobre los dientes perdidos, en rojo si no están restituidos o hay restitución, pero no rehabilitación adecuada, en azul para cuando están rehabilitados adecuadamente. 
- Rehabilitación con espiga: círculo en la corona con línea hacia la raíz. En rojo por realizar y en azul realizada. 
- Corona artificial realizada (corona funda o de acero inoxidable): doble círculo en azul, rodeando la corona del diente. 

- Implante dentario: círculo con espiral hacia la raíz, en rojo por realizar la rehabilitación definitiva y en azul la realizada. Si está solamente el implante sin la rehabilitación se pone solamente el espiral .



- Diente tratado: se pone una cruz (X) en el cuadro que se relaciona con cada diente cuando se concluye este, de ser parcial el tratamiento, como un sellado en un diente a restaurar se pone una diagonal (/), al concluir el tratamiento se pone la otra hasta conformar la cruz

2.4. Examen funcional (motor y sensitivo)

Constituye parte importante del examen que se lleva a cabo en forma sistemática y casi subconsciente, con el objetivo de evaluar la inervación nerviosa de las estructuras examinadas. Se debe tener en cuenta desde el interrogatorio hasta que concluya el examen físico:

- Se escucha hablar al paciente y se observan los movimientos de labios y de la mandíbula, de esta manera se detectan fácilmente las anomalías del lenguaje consecutivas a fisura palatina o anquiloglosia, laterognatismo mandibular u otros.
- En los carrillos y piso de la boca debe examinarse el flujo salival de las glándulas salivales mayores y el grado de humedad en general de la mucosa bucal, lo que expresa el grado de función de las diferentes glándulas salivales.
- Un aspecto funcional que debe examinarse es la motilidad de los labios, la lengua y el velo del paladar. Cualquier alteración de la motilidad de estos órganos puede indicar parálisis de nervios craneales o infiltración neoplásica.

3. Diagnósticos

Juicio médico de la enfermedad o lesión de un paciente basado en la valoración de sus síntomas y signos, una vez que se ha realizado la anamnesis y la exploración física, antes o después de obtener pruebas diagnósticas complementarias.

Es la base de la imposición de la terapéutica más correcta, por lo que *quien diagnostica bien tiene muchas posibilidades de tratar bien*.

Nunca deben ser planteados diagnósticos en otro acápite de la historia clínica, esto es considerado uno de los principales errores metodológicos, aunque también puede ser técnico a partir de no ser diagnosticado en el momento que corresponde y no ser tratado.

3.1. Diagnóstico epidemiológico

Este es el primero a realizar, refiriéndose a la clasificación epidemiológica, el que tiene como principio la valoración bio-sico-social del paciente y su relación con el ambiente, elemento imprescindible para la atención integral, los procesos de vigilancia y la solución definitiva de los problemas de salud de la persona.

Grupo I. Sano o aparentemente sano

Son las personas que después de haber sido examinadas clínicamente y conocer el medio en que viven y se desarrollan, no son portadoras de enfermedades agudas o crónicas en el aparato estomatognático, ni están sometidas a factores de riesgo biológicos, síquicos o sociales que puedan alterar su estado de salud bucal. Solo demanda de acciones educativas.

Se aceptan los pacientes con oligodoncia y supernumerios siempre que no alteren la oclusión armónica de los dientes ni existan factores de riesgo.

Grupo II. Sano con riesgos

Son las personas que clínicamente no son portadoras de ninguna enfermedad aguda o crónica en el aparato estomatognático al momento del examen clínico, pero están sometidas a la influencia de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, que pueden alterar su estado de salud bucal, solo demandan de acciones educativas, preventivas y vigilancia epidemiológica.

Se consideran, además de los factores de riesgos previstos para cada enfermedad, diagnósticos clínicos que no exigen de acciones curativas o rehabilitadoras como, por ejemplo, fluorosis dental, opacidad o hipoplasia, maloclusión con oclusión compensada, maloclusión que no es de interés del paciente el tratamiento, diente fracturado que involucra solo el esmalte, rehabilitado protésicamente y con todas las funciones recuperadas, intervenido quirúrgicamente por prognatismo o fractura

del macizo cráneo facial. Se consideran solo factores de riesgo estos cuando no requieran de tratamiento restaurador o rehabilitador, de lo contrario son una enfermedad o una discapacidad.

Grupo III. Enfermo

Son las personas que después de haber sido examinada clínicamente, portan una enfermedad crónica o aguda en el aparato estomatognático debidamente diagnosticada, por lo que demanda prioritariamente de acciones curativas.

Este grupo marca la prioridad de clasificación en todos los casos que demanden terapéuticas no rehabilitadoras de competencia para cualquier nivel de atención, puede tener implícito factores de riesgo o la deficiencia con discapacidad. Cuando se soluciona la enfermedad, el paciente transita hacia:

- El grupo II cuando los tratamientos no generan deficiencia con discapacidad.
- El grupo IV cuando los tratamientos generan deficiencia con discapacidad, hasta tanto estos sean solucionados, siempre que sea posible.

Grupo IV. Deficiente con discapacidad

Son las personas que en el momento del examen clínico son portadoras de una afección crónica en el aparato estomatognático que lesiona la actividad motora, psicológica y funcional, generando invalidez temporal o definitiva, siempre que requiera vigilancia de las secuelas o rehabilitación de esta.

Clasifican en este grupo las personas intervenidas por cáncer bucal o por labio y paladar fisurado, ausencia de un diente o más que mantiene la brecha, portadores de prótesis no funcionales o con inadaptación a esta, entre otras, siempre que no exista una enfermedad que necesite de una acción curativa. En estos casos cuando se logra rehabilitar adecuadamente el paciente pasa al grupo II.

Elementos a tener en cuenta para la aplicación de la clasificación epidemiológica:

- Grupo I. Sano o aparentemente sano: debe ser considerada la persona que aunque en un momento anterior e inclusive presente, tenga una desviación respecto a la normalidad y esta no constituya un factor de riesgo para su salud o una enfermedad, por ejemplo, persona con oligodoncia o dientes supernumerarios en los que no se ha comprometido la oclusión dentaria.

- Grupo II. Sano con riesgos: se incluyen todos los casos que sin antecedentes de enfermedad o que han sido curados o rehabilitados adecuadamente, por ejemplo:
 - Persona que presentaba una lesión premaligna, que se eliminó junto a los factores que la causaron, pero existen otros factores de riesgo.
 - Persona con obturaciones realizadas correctamente, que no presentan ningún diente perdido y su examen clínico bucal se encuentre sin alteraciones. En este caso la caries dental se eliminó, pero tiene el riesgo la obturación de fracturarse, caerse o recidivar la enfermedad ya que tiene antecedentes.
 - Persona que presentó una maloclusión y por indicaciones del tratamiento se le realicen extracciones e incluso todos los dientes no estén en una posición ideal, pero existe una oclusión compensada o armónica.
 - Persona con diente fracturado que involucra solo el esmalte y el resto del examen bucal clínico se encuentra normal, a pesar de ser un diagnóstico clínico se considera solo un factor de riesgo.
 - Persona que fue rehabilitada protésicamente, parcial o totalmente y no presenta ninguna otra lesión al examen clínico.
 - Persona que fue intervenida quirúrgicamente por un prognatismo o fractura de macizo cráneo facial, no perdiendo ningún diente en este accidente y su oclusión quedó compensada o armónica.
 - Persona con fluorosis dental, opacidad o hipoplasia, cuando la lesión no demanda de tratamientos curativos o rehabilitadores.
- Grupo III. Enfermo: se incluyen todos en los que se diagnostique alguna de las enfermedades bucales o relacionadas con el aparato estomatognático, que demande de acciones curativas, por ejemplo:
 - Caries dental.
 - Procesos pulpares y periapicales.
 - Enfermedad periodontal.
 - Lesiones de piel y mucosas.
 - Maloclusión.
 - Trastornos temporo mandibulares.
 - Bruxismo con efectos en el aparato estomatognático.
 - Otros que demanden acciones terapéuticas.
- Grupo IV. Deficiente con discapacidad: este grupo considera a pacientes con secuelas de su enfermedad aunque ya no esté presente o que necesiten tratamiento rehabilitador, por ejemplo:

- Persona intervenida por cáncer bucal.
- Personas intervenidas de labio y paladar fisurado.
- Personas rehabilitadas protésicamente, pero que muestran inadaptación a esta.
- Personas que necesitan rehabilitación protésica.

3.2. Diagnóstico clínico

Se realiza posterior al epidemiológico. Cuando es más de uno se realiza según la prioridad, considerando que esta se define por:

- Magnitud.
- Severidad o gravedad.
- Competencia del que realiza los diagnósticos, es decir, se tiene en cuenta el nivel de atención: primero los diagnósticos a solucionar en el primer nivel (primario), seguido de los de competencia del segundo nivel (secundario) y finalmente si fuera necesario los del tercer nivel (terciario).
- Posibilidades reales de solución del problema (factibilidad).

Ejemplos de diagnóstico clínico

- Relacionados con el diente:
 - Caries dental.
 - Diagnósticos de endodencia según clasificación (especificar diente).
 - Traumatismos dentarios según clasificación (especificar diente).
 - Discromía (especificar diente).
 - Fluorosis dental, opacidad o hipoplasia.
 - Bruxismo (cuando genere signos o síntomas).
 - Hiperestesia dentinal.
 - Maloclusión: se considera este diagnóstico cuando no existe una relación armónica entre los dientes y sus arcadas o el balance óseo y muscular no se corresponden con los patrones estéticos y funcionales. Cuando los movimientos dentarios favorecen una oclusión balanceada a pesar de no estar en la posición normal y hay un buen balance óseo y muscular no se consideran maloclusión. En el caso de la clase I con vestibuloversión y diastema se da el diagnóstico completo por ser competencia del primer nivel de atención.

- Disfunción masticatoria por desdentamiento total o parcial superior o inferior.
- Relacionados con el periodonto:
 - Gingivitis según clasificación.
 - Periodontitis, especificando cuál, siempre con la presencia de bolsas periodontales y la evidencia radiográfica en casos de que la clínica no sea evidente. Cuando es secuela de la enfermedad periodontal y está inactiva no se diagnostica. En los casos de pérdida ósea activa sin bolsa se debe valorar como posible diagnóstico la oclusión traumática.
 - Recesión periodontal cuando no hay evidencias inflamatorias a nivel del periodonto y existe migración apical de la encía que no se corresponde con el envejecimiento del periodonto.
 - Urgencias periodontales.
- Relacionados con los tejidos blandos:
 - En caso de lesiones de piel y mucosas que deben ser tratadas, se plantea el diagnóstico presuntivo, el que se debe referir como “lesión compatible con...” (señalar compatibilidad). Cuando a pesar del diagnóstico diferencial persiste más de un posible diagnóstico se pueden plantear dentro de este aquel que se considere prudente.
 - Síndrome adénico o adenitis, cuando hay evidencias inflamatorias en las cadenas ganglionares no asociadas a otro diagnóstico del que pueda ser cuadro clínico.
 - Heridas hipertróficas o queloides que deben ser tratadas.
- Relacionados con los músculos y la articulación temporo mandibular:
 - Trastorno temporo mandibular: incluye cualquier estado agudo o crónico, en el primer caso se considera prioridad de diagnóstico por ser una urgencia.
 - Dolor miofacial: en los casos de dolor en los músculos masticatorios no asociado a trastorno de la articulación temporo mandibular, fundamentalmente para microtraumas o macrotraumas que necesitan un tratamiento de urgencia.

4. Pronóstico

Juicio o conocimiento previo que se forma el estomatólogo respecto a los cambios que de forma integral se pueden sobrevenir durante la

evolución de los diagnósticos hasta la conclusión de la atención primaria y las discapacidades o deficiencias que puedan generar estos en el completo estado de bienestar físico mental y social. Se clasifica en:

- Favorable: cuando existen probabilidades de que la enfermedad tenga una buena evolución y no genere discapacidad o deficiencia.
- Desfavorable: cuando existen probabilidades de que la enfermedad no tenga una buena evolución o genere discapacidad o deficiencia.
- Reservado: cuando existen riesgos de que la enfermedad tenga una buena evolución o no genere discapacidad o deficiencia.

5. Plan de tratamiento integral

Aplicación de medidas técnicas encaminadas a la recuperación de la salud, es el principal objetivo de los profesionales los *tratamientos preventivos* (conjunto de medidas dirigidas a prevenir la aparición o la disminución de los daños generados por una enfermedad) y los *tratamientos conservadores* (utilización de terapias de eficacia conocida, facilitando la resolución del cuadro clínico con una menor gravedad y un mejor pronóstico), evitando, si es posible, *tratamientos agresivos o radicales* (tratamiento no conservador que opta por la terapia más agresiva).

El plan de tratamiento está íntimamente relacionado con el diagnóstico y se escribe según el algoritmo a seguir a partir de la prioridad establecida en los diagnósticos y en consideración por la que viene el paciente al servicio.

Ejemplos del plan de tratamiento integral:

- Actividades educativas (especificar temáticas de interés para el paciente).
- Remisión a consejería bucal y realización de control de cepillado y su eficacia, entre otros.
- Control de los factores de riesgo y hábitos: especificar los hábitos y riesgos, se incluyen todos los diagnósticos clínicos que no demanden acciones curativas, solo de medidas de control, principalmente preventivos, como sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones de flúor, entre otros.
- Se enuncian todos los que sean importantes por su repercusión para la salud bucal y que demanden acciones a seguir para su eliminación.

- Exodoncias (especificar los dientes).
- Restauraciones dentarias (especificar los dientes).
- Tratamiento pulporradicular (especificar los dientes).
- Pulpotomía (especificar los dientes).
- Recromía (especificar los dientes).
- Aplicación o indicación de medicina natural tradicional: especificar la técnica, siempre con una cronología coherente en el plan de tratamiento.
- Otros tratamientos a realizar: siempre especificar si es antibioticoterapia, vitaminoterapia, antifúngicos, astringentes, cáusticos, ácidos u otros que el paciente demande, estén disponibles en el servicio o accesibles y sea de competencia del profesional de asistencia.
- Tartrectomía: puede ubicarse y realizarse en cualquier momento del plan de tratamiento, debe realizarse tartrectomía previa solo cuando el caso lo indique.
- Chequeo del estado gingival o de lesiones en piel o mucosa, siempre después del tratamiento previsto particularmente para cada caso, con el objetivo de valorar la evolución antes del alta de atención primaria y en consideración a lo previsto para su remisión al segundo nivel.
- Vigilancia epidemiológica: se planifica en los diagnósticos que no constituyen enfermedad, pero que su condición de factor de riesgo se hace necesario una acción permanente, incluso después el alta de atención primaria, se debe especificar en el plan de tratamiento cuales son estas enfermedades. Determina la dispensarización del paciente para su seguimiento y control.
- Interconsultas con las especialidades: puede realizarse en cualquier momento a partir de las necesidades del paciente o la competencia del profesional con el caso, antes de remitir es aconsejable una interconsulta, es posible que el especialista del nivel a que se remite oriente conductas que facilitan la continuidad del tratamiento. Siempre que se realiza la interconsulta con el especialista este debe evolucionar la historia clínica de la atención primaria estomatológica.
- Alta de atención primaria: el paciente está de alta cuando se han solucionado todos los estados clínicos de competencia con el profesional de asistencia en el primer nivel de atención y se han modificado favorablemente los factores de riesgo previstos. Debe evaluarse el paciente que por su estado de salud requiere ser dispensarizado para su seguimiento y control.
- Remisión a la especialidad que se requiera.

6. Evolución

Parte de la historia clínica en la que se deja constancia de los procesos realizados y el cumplimiento de los tratamientos en función del cambio gradual o la transformación de una situación de salud inicial. Además de ser la vía para el chequeo riguroso del plan de tratamiento y las posibles aclaraciones en función de alguna modificación de este:

- Examen para la detección precoz del cáncer bucal: declarar cuando además de haber realizado el examen del complejo buco-maxilo-facial existe la intención de identificar la presencia de lesiones premalignas y malinas, siempre que sea reportado. De ser requerido la remisión del paciente y su consecuente dispensarización para seguimiento y control, exponerlo.
- Actividades educativas: describir las realizadas en cuanto a temática y técnica aplicada en el paciente, previa planificación. Debe ser objetivo de toda consulta.
- Tratamientos preventivos: se especifica el realizado y los resultados obtenidos en estos, así como su control posterior.
- Control de factores de riesgo y hábitos: se corresponde con las indicaciones que se realizan hasta la modificación de estos.
- Extracciones: se debe señalar el diente y la causa por la que se realiza la exodoncia, además, tipo, técnica y dosificación de la anestesia. Si ha existido complicación se describe. Se señalan las indicaciones posextracción dadas al paciente.
- Restauración: anotar diente, grado de las caries, caras que incluye la preparación cavitaria, materiales utilizados como base intermedia o sellado temporal y restauraciones definitivas, por ejemplo: 24 OD, caries de segundo grado, preparación de cavidad, base intermedia de poliacrilato y restauración definitiva de amalgama.
- Tartrectomía: se describe la técnica y los medicamentos utilizados en cada sesión que se realice.
- Tratamiento pulporradicular: se describe el diente a tratar, en cada sesión se escribe lo realizado, incluyendo los rayos X. Los datos más importantes como acceso cameral, extirpación pulpar, cavometría, última lima utilizada, solución irrigante, medicamento de cura y material de sellado. Además, reflejar en cada visita la evolución, principalmente si no es satisfactorio, por ejemplo: dolor, inflamación, fetidez, exudado intraconducto, entre otros.

- Pulpotomía: se describe el diente, acceso cameral, extirpación pulpar cameral, medicamento utilizado, si se deja una cura sedante o el medicamento específico como hidróxido de calcio o formocresol y material de sellado. Se señalan los rayos X utilizados.
- Tratamientos de urgencias: se refieren todos los procedimientos realizados al paciente según las normas establecidas, la evolución en las siguientes visitas y la orientación hacia la continuidad del tratamiento.
- Fitoterapia, apiterapia y homeopatía: se escribe tanto la aplicación por el estomatólogo como su indicación. Si se indica se debe plasmar el tipo de tratamiento, en caso de fitofármaco y apifármacos, explicar posología.
- Acupuntura y digitopuntura: se escribe la patología a tratar y los puntos seleccionados.
- Otras técnicas y tratamientos de medicina natural y tradicional: se describe su utilización, remisión o indicación al paciente.
- Indicación de medicamentos: siempre que se indique la administración de un medicamento se debe señalar el nombre genérico, dosis y la vía de administración, incluidos los de medicina natural y tradicional (fitofármacos, apifármacos y homeopáticos).
- Radiografías: todo rayo X evolutivo que se realiza aparece en el acápite de evolución escribiendo los datos de interés encontrados en este, si genera nuevos diagnósticos se tienen en cuenta como se da salida en el plan de tratamiento.
- Exámenes complementarios como tensión arterial, hemoglobina, glucemia, entre otros: se anota su indicación y se archiva en la historia clínica los resultados de estos.
- Próxima visita: se deja definido qué acciones del plan de tratamiento se cumplimentarán en la próxima consulta.
- Control de tratamiento anterior: a partir de la segunda consulta las evoluciones inician con el control de tratamiento anterior, en este aspecto de la evolución se chequea la evolución de los tratamientos, acciones educativas y preventivas realizadas hasta el momento con la finalidad de hacer cualquier corrección o tomar decisiones necesarias antes de la continuidad del tratamiento.
- Cada sesión de trabajo debe estar firmada y acuñada por el estomatólogo. En el caso de las actividades docentes debe estar el nombre y apellido del estudiante y el cuño y la firma del profesor.

NORMAS GENERALES DE REDACCIÓN PARA TENER EN CUENTA EN LA HISTORIA CLÍNICA

- Letra clara y legible, se escribe no solo para el que la confecciona, el paciente puede que necesite de otros profesionales, los que deben poder entender lo expuesto. Considerar que se está realizando un documento médico-legal que constituye una evidencia ante cualquier situación.
- Utilizar tinta, nunca lápiz.
- Cuando la información que aporta el caso es abundante y no son suficientes los espacios del modelo, utilizar una hoja anexa, nunca resumir tanto que luego no se entienda lo que se quiere plantear y mucho menos omitir información.
- En el momento de concluida la actividad o tratamiento señalado en el dentigrama, debe ponerse una cruz con pluma en el cuadro correspondiente al diente tratado.
- No usar abreviaturas, excepto las autorizadas.



PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Siempre que se le realice una historia clínica a los pacientes se le solicita su consentimiento para la ejecución de los tratamientos que requiere su enfermedad o su rehabilitación, así como para la realización de las pruebas diagnósticas que se consideren necesarias, que deben quedar archivado como parte de la historia clínica, con la firma del paciente.



ABREVIATURAS ACEPTADAS PARA ESCRIBIR EN LA HISTORIA CLÍNICA

HC: historia clínica.

Tto: tratamiento.

PTI: plan de tratamiento integral

TPR: tratamiento pulporradicular.

OMD: caras de los dientes.

MV, DV, P: conductos radiculares.

EPDCB: examen para la detención del cáncer bucal.

CPDB: control de placa dentobacteriana.

PV: próxima visita.

Ca(OH)₂: hidróxido de calcio químicamente puro.

OxZE: óxido de zinc eugenol.

E, V, G: canales energéticos.

CTA: control del tratamiento anterior.

FB: fisioterapia bucal.



ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

