



Universidad
Continental

Semiología General y Bucal

Guías de

Laboratorio



Visión

Ser una de las 10 mejores universidades privadas del Perú al año 2020, reconocidos por nuestra excelencia académica y vocación de servicio, líderes en formación integral, con perspectiva global; promoviendo la competitividad del país.

Misión

Somos una universidad privada, innovadora y comprometida con el desarrollo del Perú, que se dedica a formar personas competentes, íntegras y emprendedoras, con visión internacional; para que se conviertan en ciudadanos responsables e impulsen el desarrollo de sus comunidades, impartiendo experiencias de aprendizaje vivificantes e inspiradoras; y generando una alta valoración mutua entre todos los grupos de interés.



Índice

VISIÓN	2
MISIÓN	2
ÍNDICE	3
PRIMERA UNIDAD	4
Guía de práctica N° 1:	
Guía de práctica N° 2: Signos vitales	14
Guía de práctica N° 3: Signos vitales	20
Guía de práctica N° 4: Examen semiológico por sistemas: pulmonar y cardian	27
Guía de práctica N° 5: Examen semiológico por sistemas: Aparato digestivo	29
Guía de práctica N° 6: Dolor, distribución neuro anatómica del trigémino	31
SEGUNDA UNIDAD	
Guía de práctica N° 7: Historia clínica odontológica, odontograma y CIE 10	34
Guía de práctica N° 8: Examen clínico del segmento cabeza	37
TERCERA UNIDAD	
Guía de práctica N° 9: Examen clínico del segmento cabeza: ATM	40



Primera unidad

Guía de práctica N° 1

Sección :Docente: Armando Carrillo Fernández

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señalar las indicaciones necesarias que deberá tener en cuenta el estudiante para el uso del material

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Demostrar los procedimientos del examen físico general: Entrevista, anamnesis.

La Historia Clínica y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.

2. Fundamento Teórico

Por ello, es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las Historias Clínicas desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad las demandas cada vez más exigentes de los pacientes/usuarios y de los prestadores de servicios de salud (personal y establecimientos de salud). Más aún, si se tiene en cuenta la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, que revaloriza a los usuarios de los servicios de salud y los posiciona como eje de las organizaciones y de las prestaciones de salud.

1. Establecer las normas y procedimientos para la administración y gestión de la Historia Clínica a nivel del sector salud.
2. Estandarizar el contenido básico de la Historia Clínica para garantizar un apropiado registro de la atención de salud.

La historia médica o historia clínica del paciente también se la ha llamado anamnesis y consiste en un interrogatorio para recopilar una serie de datos acerca de:

- Causa de la Consulta (CC)
- Historia de la condición o Enfermedad Actual (HEA)
- Historia Médica Anterior (HMA)
- Historia Familiar (HF)
- Historia Social (HS)
- Revisión de Sistemas (RS)

Además de tener conocimientos se requiere estar familiarizado con las manifestaciones semiológicas de las enfermedades, y el profesional debe ser capaz de establecer una buena relación con el paciente que le permita obtener el máximo de información útil. Requiere de paciencia, tino, cierta capacidad psicológica para "ganarse" al paciente, y experiencia. El alumno de pregrado que recién empieza a examinar pacientes debe especialmente ser "paciente" y humilde ya que como todo lo que está aprendiendo poco a poco va a ir logrando el conocimiento, y la experiencia sobre distintas enfermedades para llegar a ser un buen diagnosticador y ojalá mejor tratante de sus USUARIOS.

Es muy importante la relación, tanto inicial como a lo largo del tratamiento, entre usuario-especialista ó dentista tratante, también puede ser con su médico tratante. Esta relación debe ser positiva, amistosa, ya que así se verá favorecida la posibilidad de obtener un buen diagnóstico y llevar a cabo el correcto tratamiento. Como en muchas relaciones interpersonales, esta puede ser "tirante" ó tensa y lógicamente en estos casos las posibilidades de éxito disminuyen considerablemente. En una buena relación con el



paciente además de buenos modales y simpatía, se requiere un verdadero interés del especialista por su paciente, y que considere a éste como una persona inteligente, digna y con una vida íntima y no como un simple objeto del que necesita un conocimiento y manipular ciertas variables para obtener un beneficio.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Tableta	de madera o plástico	1unidad
2	Guantes	Latex desartable	1unidad
3	Mascarilla	N 95	1unidad
4	Cofia	Descartable blanco	1unidad
5	Campos	Descartable	1unidad
6	Ganchos	Cocodrilo	2 unidad
7	Servilleta	Descartable	1 paquete
8	Vasos	Descartable	1 paquete
9	Suctores	Descartable	1 paquete

4. Indicaciones/instrucciones:

Con colaboración de tres personas, realizar juego de roles, para realizar un correcto llenado de historias clínicas.

5. Procedimientos:

El contenido mínimo de variables que deben estar incluidas en cada formato se especifica a continuación, adicionalmente las Direcciones Regionales de Salud pueden incluir otras variables, dependiendo de la realidad local y de sus necesidades. Cada Región de Salud estandarizará los formatos a ser utilizados en los establecimientos del ámbito de su jurisdicción, ajustando a sus requerimientos la diagramación y diseño de los mismos.

A. Formatos Básicos:

1. Formatos en Consulta Externa
2. Formatos en Emergencia
3. Formatos en Hospitalización
4. Ficha Familiar

1. FORMATOS EN CONSULTA EXTERNA:

La elaboración de la Historia Clínica de la consulta externa será diferenciada según el nivel de atención. Deberá reunir todos los datos relacionados a la atención médica del paciente, los hechos que justifican el tratamiento anotado en orden cronológico así como los resultados finales.

Las variaciones específicas del contenido de la Historia Clínica están relacionadas con el tipo de atención, según el profesional que realiza la atención, sea de medicina general o de atención especializada.

En los casos de atención obstétrica se usará la Historia Clínica-Perinatal. Básica

FORMATOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN

En la consulta externa, en el I Nivel de atención, se utilizarán los formatos por etapas de vida para los establecimientos de salud que tengan población asignada.

En los establecimientos de salud que únicamente cuenten con técnicos o auxiliares de enfermería, solo recogerán la información en relación a datos generales, antecedentes, seguimiento de riesgos, lista de problemas identificados y el plan de atención integral correspondiente según normatividad vigente, debiendo registrarse en los formatos por etapas de vida. Debe asimismo detallarse el nombre del personal que presta la atención.



6. Resultados

- 1.
.....
.....
- 2.
.....
.....
- 3.
.....
.....

7. Conclusiones

- 7.1.....
- 7.2.....
- 7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre, acompañante o cuidador.
- Antecedentes personales: antecedentes perinatales, patológicos, alimentación.
- Antecedentes familiares
- Esquema de vacunación
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo.
- Datos en el triaje: signos vitales, descarte de signos de alarma.
- Anamnesis: motivo de consulta, forma de inicio, tiempo de enfermedad.
- Preguntas sobre problemas frecuentes en la infancia.
- Evaluación sobre la alimentación actual.
- Examen físico
- Diagnóstico, incluyendo diagnóstico nutricional
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

La evolución, debe contener los siguientes puntos, que son los mismos para todos los formatos por etapas de vida:

- Fecha y hora
- Edad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre o acompañante o cuidador.
- Antecedentes personales: perinatales, crecimiento, desarrollo, vacunas, patológicos
- Antecedentes familiares
- Antecedentes psicosociales
- Salud sexual y reproductiva
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación u oficio, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, DNI del acompañante.
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Alergia a medicamentos
- Sexualidad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de seguimiento de factores de riesgo: diferenciada por sexo



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI y parentesco del familiar o cuidador responsable.
- Antecedentes personales y familiares
- Alergia a medicamentos
- Valoración geriátrica: valoración funcional, estado cognitivo, estado afectivo, estado socio-familiar.
- Categorías del adulto mayor
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de seguimiento de factores de riesgo

FORMATO DE CONSULTA EXTERNA EN EL II Y III NIVEL

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha y hora de la atención
- Número de Historia Clínica
- Nombre y apellidos del paciente
- Enfermedad Actual: Tiempo de enfermedad, motivo de consulta, síntomas y signos principales, funciones biológicas
- Antecedentes: personales y familiares
- Examen Físico: funciones vitales, examen general, examen regional
- Diagnóstico
 - Diagnóstico motivo de consulta o de daño, para lo cual se utilizará el CIE-10.
 - Dependiendo si se confirma el diagnóstico, será:
 - Diagnóstico presuntivo
 - Diagnóstico definitivo
 - Diagnóstico de discapacidad o estado funcional
 - Otros diagnósticos, según el caso lo requiera o corresponda:
 - Diagnóstico de riesgo.
 - Diagnóstico nutricional
 - Diagnóstico de Salud Mental.
 - Diagnóstico de causa externa de morbilidad
 - Otros
- Plan de Trabajo
- Exámenes de ayuda diagnóstica
- Procedimientos especiales
- Interconsultas
- Referencia a otro establecimiento
- Tratamiento
- Fecha de la próxima cita



- Nombre y apellido, número de colegiatura, firma y sello del Médico Tratante o del Profesional que realiza la atención

La evolución, debe contener los siguientes puntos:

- Fecha y hora de la evolución
- Síntomas y signos más importantes.
- Diagnóstico anterior
- Tratamiento recibido.
- Resultado del tratamiento.
- Evaluación.
- Diagnóstico y nuevo tratamiento.
- Próxima cita.

2. FORMATOS EN EMERGENCIA

Toda atención de emergencia debe ser registrada en la Historia Clínica, siendo responsabilidad del médico tratante, según lo establecido en el Decreto Supremo N° 016-2002/SA.

El Contenido mínimo del formato de atención es:

- Fecha y hora de atención.
- Filiación
- Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta
- Antecedentes
- Examen físico
- Exámenes auxiliares
- Diagnóstico presuntivo
- Plan de Trabajo
- Terapéutica y seguimiento
- Firma, sello del médico tratante

Debe incluirse también:

- Hoja de consentimiento informado de ser el caso
- Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso
- Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica

3. FORMATOS EN HOSPITALIZACIÓN

En los establecimientos de salud del primer nivel de atención que cuentan con servicios de internamiento, se utilizará la estructura del formato de hospitalización.

ANAMNESIS

En la anamnesis se consignan los siguientes datos:

- Fecha y hora de la atención.
- Enfermedad actual: síntomas y signos principales, forma de inicio, curso y relato de la enfermedad, funciones biológicas
- Antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos
- Antecedentes familiares

EXAMEN CLÍNICO:

Los datos deben anotarse de acuerdo con la siguiente secuencia:

Controles vitales

Examen general: aspecto general, examen de piel y faneras, tejido celular subcutáneo, sistema linfático, aparato locomotor.

Examen regional: cabeza, cuello, tórax y pulmones, mamas, aparato cardiovascular, abdomen, aparato genito urinario, sistema nervioso.

Si por alguna razón se omite una parte del examen físico, deberá anotarse el motivo por el cual no se realiza.

DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico(s) presuntivo(s) o de ingreso que deberá reflejar la condición del paciente en el momento de la admisión
- Diagnóstico(s) definitivo(s).
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura.



TRATAMIENTO

- Fecha y hora
- Indicaciones terapéuticas prescritas: dieta, cuidados de enfermería que sean considerados necesarios, medicamentos consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración.
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura

PLAN DE TRABAJO

- Exámenes auxiliares: laboratorio e imagenología
- Pruebas especiales
- Interconsultas
- Procedimientos médicos
- Procedimientos quirúrgicos

Debe registrarse la fecha y hora de solicitud y recepción del examen auxiliar, procedimiento o interconsulta.

EVOLUCIÓN

La frecuencia con que se escriben las notas de evolución es de al menos una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente. Deberá contener como mínimo:

- Fecha y hora.
- Apreciación subjetiva
- Apreciación objetiva
- Verificación del tratamiento y dieta
- Interpretación y comentario
- Decisiones
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico.

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO

- Nombre del establecimiento
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de Historia Clínica, Servicio, N° cama
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el ingreso, en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI
- El texto deberá expresar que el paciente o su representante legal autoriza la hospitalización o internamiento y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que se consideren oportunas y que no precisen de un consentimiento informado por escrito.
- Firma del paciente o su representante legal, huella digital si fuera analfabeto y DNI.
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico que indica el internamiento u hospitalización

EPICRISIS:

Debe ser preparado por el médico al egreso del paciente.

Debe resumir el cuadro clínico que presentó el paciente en la atención recibida.

Contiene la siguiente información:

Fecha y hora de ingreso.

Servicio.

Número de cama.

Diagnóstico de ingreso.

Resumen de la enfermedad actual, del examen físico, de los análisis, estudios e interconsultas realizadas y del tratamiento prescrito.

Procedimientos terapéuticos y procedimientos diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos
Complicaciones

Fecha del egreso, hora del egreso, estadía total.

Tipo de alta, condición de egreso, pronóstico al alta.

Diagnóstico de egreso: diagnóstico principal y secundarios con sus respectivos códigos

Información sobre mortalidad (si fuera el caso): indicar si se realizó necropsia y causas de muerte.

Nombres y Apellidos, firma, sello del médico consignando el número de su colegiatura.

EPICRISIS MATERNO PERINATAL

Contiene además de los datos descritos en la epicrisis general anterior:

- Información sobre el nacimiento y muerte fetal/perinatal si fuera el caso.



4. FICHA FAMILIAR

La primera hoja de la ficha familiar corresponde a la carátula de la carpeta familiar, esta contiene datos de identificación del establecimiento, el N° de ficha familiar y la dirección de la familia.

El contenido mínimo de la ficha es el siguiente:

- Dirección Regional de Salud
- Red/Microrred de Salud
- Establecimiento de salud
- N° de Ficha Familiar
- Dirección de la vivienda
- Calificación para el Seguro Integral de Salud (MINS)
- Tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud
- Idioma predominante
- Datos de las visitas domiciliarias: fecha, responsable resultado
- Datos de los integrantes del hogar: nombre y apellido, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, seguro médico, movimientos migratorios,
- Familiograma
- Riesgos familiares
- Datos para la definición de riesgo como grupo familiar
- Datos de vivienda y entorno
- Seguimiento de problemas identificados



Guía de práctica N° 2

Signos vitales

Sección :Docente: Armando carrillo fernández

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señalar las indicaciones necesarias que deberá tener en cuenta el estudiante para el uso del material

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Mostrar los procedimientos del examen físico general: anamnesis, signos vitales

2. Fundamento Teórico

Signos Vitales

Los Signos Vitales constituyen una herramienta valiosa como indicadores del reflejo del estado fisiológico de los órganos vitales (Cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. Los signos vitales normales cambian según la edad, el sexo, el peso, la tolerancia al ejercicio y la enfermedad.

La determinación de los signos vitales tiene particular importancia en los servicios de urgencia, donde llegan pacientes con gran variedad de cuadros clínicos, algunos en estado crítico.

Los cuatro principales signos vitales son:

1. Frecuencia cardíaca, que se mide por el pulso, en latidos/minuto.
2. Frecuencia respiratoria.
3. Tensión (presión) arterial.
4. Temperatura.

Signos vitales son aquellos que entregan información acerca de la vida del individuo, y son fundamentales, por lo tanto son los que primero se pierden cuando una persona fallece. Estos son:

- Presión arterial
- Pulso
- Temperatura
- Frecuencia respiratoria
- Peso y talla (pueden no ser considerados vitales, ya que se mantienen al fallecer, pero se investigan junto a los anteriores).

Presión arterial (PA)

La PA es la fuerza ejercida por la sangre por unidad de área de la pared arterial, durante cada ciclo cardíaco (Uribe). La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes en enfermedad coronaria, y debe detectarse tempranamente para dar al paciente un tratamiento eficaz y oportuno. Los valores normales para la PA según la Asociación Americana de Cardiología son:

Pulso

El pulso se refiere a la expansión rítmica de una arteria que puede percibirse con el dedo. Debe evaluarse después de un período de reposo de 3 a 5 minutos y se puede apreciar: amplitud, ritmo, elasticidad de la pared arterial y frecuencia (valor normal es 60 - 100 pulsaciones por minuto). Se puede evaluar las pulsaciones carotídeas (por delante del músculo esternocleidomastoideo), cayado aórtico (horquilla supraesternal) y aorta abdominal (región epigástrica). Para palpar el pulso arterial debe:

- utilizar pulpejos de los dedos índice, medio y anular
- colocarlos juntos en forma de una línea
- orientarlos en dirección al eje longitudinal de arteria a examinar
- variar la presión de palpación alternativamente.



Normalmente se cuentan las pulsaciones en 15 segundos y se multiplica por 4. Frecuencia normal en reposo es 60-100 pulsaciones / min. Puede observarse menos de 60 (bradicardia) en atletas, o por factores constitucionales, y más de 100 (taquicardia) por ejercicio o estrés.

Temperatura

La temperatura corporal varía de un paciente a otro y en un mismo individuo varía durante el día y la noche. Normalmente esta variación diaria es de 0.5° a 1.5° C, siendo mínima durante el reposo en la noche (36°C) y máxima hacia el mediodía y la tarde cuando hace más calor (37.5°C). Se puede medir a nivel axilar, pero es inexacta, oral y rectal (más fidedigna).

Frecuencia respiratoria

En un paciente en reposo y sin conciencia de estar respirando es de 12-16 resp/min. Normalmente debe ser regular, tranquila y la fase inspiratoria es más corta que la espiratoria.

Peso y talla

Los valores normales dependen de la edad, varían fundamentalmente en el niño hasta completar su desarrollo.

Examen Físico

Antes de realizar el examen físico debe haberse hecho la anamnesis, la cual va a aportar información para el diagnóstico, además de orientar sobre el área o región en la cual debe ponerse especial énfasis. Goic y col., sugieren evaluar:

- Posición en cama y de pie.
- Marcha o ambulación
- Facies y expresión de la fisonomía
- Psiquis o estado de conciencia
- Constitución y estado nutritivo
- Piel, fanerios y ganglios
- Pulso arterial y venoso
- Respiración
- Temperatura

Indudablemente que la evaluación del examen físico que realiza el cirujano dentista, en su práctica diaria, no es la misma que va a realizar un médico cirujano. Pero no está de más que el dentista evalúe algunos de los puntos anteriores y ante cualquier anomalía o alteración que sospeche le pregunte al paciente si está siendo examinado, si ha sido diagnosticado o está siendo tratado.

Frecuencia Cardíaca

CONCEPTO:

Es la sensación que se percibe al comprimir una arteria que descansa sobre un plano duro o resistente. Esta es una onda pulsátil, originada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias.

La onda pulsátil mencionada anteriormente representa el rendimiento del latido cardíaco, que es la cantidad de sangre que entra en las arterias con cada contracción ventricular y la adaptación de las arterias, o sea, su capacidad de contraerse y dilatarse.

La velocidad del pulso (latidos por minuto) corresponde a la frecuencia cardíaca, la cual varía con la edad, sexo, actividad física, estado emocional, fiebre, medicamentos y hemorragias.

VALORES NORMALES SEGÚN RANGO DE EDAD

RANGO DE EDAD	PULSACIONES POR MINUTO
Recién Nacido	120 – 170
Lactante Menor	120 – 160
Lactante Mayor	110 – 130
Niños de 2 a 4 años	100 – 120
Niños de 6 a 8 años	100 – 115
Adulto	60 – 80



ALTERACIONES DEL PULSO

- Taquicardia sinusal: frecuencia cardiaca que no sobrepasa los 160 latidos por minuto. Se debe al estímulo del automatismo sinusal por la excitación del simpático; se observa en la fiebre, hipertiroidismo, falla cardiaca y shock.
- Taquicardia paroxística: se inicia en forma súbita y la frecuencia está por encima de 160 latidos/min. Se manifiesta con dolor precordial, angustia y palpitaciones.
- Bradicardia sinusal: las pulsaciones oscilan entre 40 y 60 latidos/minuto. Se observa en pacientes con hipertensión endocraneana o con impregnación digitálica.
- Bradicardia por bloqueo auriculo-ventricular completo: se presenta con pulsaciones entre 30 y 35 latidos/minuto. Es producida por fenómenos asociados con la contracción de las aurículas y ventrículos y se manifiesta por estado sincopal.

Frecuencia Respiratoria

CONCEPTO:

- Es la medición del proceso mediante el cual se toma O2 del aire ambiente y se expulsa el CO2 (Anhídrido carbónico) del organismo. Este proceso se realiza a través de ciclos respiratorios comprende una fase de inspiración y otra de espiración.

VALORES NORMALES SEGÚN RANGO DE EDAD

RANGO DE EDAD	RESPIRACIONES POR MINUTO
Recién Nacido	30 – 80
Lactante Menor	20 – 40
Lactante Mayor	20 – 30
Niños de 2 a 4 años	20 – 30
Niños de 6 a 8 años	20 – 25
Adulto	15 – 20

ALTERACIONES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

- Bradipnea: es la lentitud en el ritmo respiratorio con una frecuencia inferior a 12 respiraciones por minuto. Se encuentra en pacientes con alteración neurológica o electrolítica, infección respiratoria o pleuritis.
- Taquipnea: frecuencia respiratoria persistente superior a 20 respiraciones por minuto; es una respiración superficial y rápida. Se observa en pacientes con dolor por fractura costal o pleuritis.
- Hiperpnea o hiperventilación: respiración profunda y rápida de frecuencia mayor a 20 respiraciones/minuto. Es producida por ansiedad, ejercicio, alteraciones metabólicas o del sistema nervioso central.
- Apnea: es la ausencia de movimientos respiratorios.
- Disnea: sensación subjetiva del paciente de dificultad o esfuerzo para respirar. Puede ser inspiratoria o espiratoria. La disnea inspiratoria se presenta por obstrucción parcial de la vía aérea superior y se acompaña de tirajes. La disnea espiratoria se asocia con estrechez de la luz de los bronquiolos y la espiración es prolongada como en los pacientes con asma bronquial y enfisema pulmonar.
- Tirajes: indican obstrucción a la inspiración; los músculos accesorios de la inspiración traccionan hacia arriba y atrás, aumentando el diámetro de la cavidad torácica
- Ortopnea: es la incapacidad de respirar cómodamente en posición de decúbito.
- Respiración de Kussmaul: respiración rápida (frecuencia mayor de 20 por minuto), profunda, suspirante y sin pausas. Se presenta en pacientes con insuficiencia renal y acidosis metabólica.
- Respiración de Cheyne-Stokes: hiperpnea que se combina con intervalos de apnea. En niños este patrón es normal. En adultos, se presenta en lesión bilateral de los hemisferios cerebrales, ganglios basales, bulbo, protuberancia y cerebelo.
- Respiración de Biot: se caracteriza por extremada irregularidad en la frecuencia, el ritmo y la profundidad de las respiraciones. Se presentan periodos de apnea. Se observa en meningitis y lesiones de protuberancia y bulbo.

Presión Arterial

CONCEPTO:

Es la presión creada por la contracción del ventrículo izquierdo, mantenido por la elasticidad de las arterias y reguladas por la resistencia de los vasos periférico al flujo de sangre. Existen dos tipos de medidas de presión: la presión sistólica, que es la presión de la sangre debida a la contracción de los ventrículos, es decir, la presión



máxima; y la presión diastólica, que es la presión que queda cuando los ventrículos se relajan; ésta es la presión mínima.

La P/A está determinada por el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica; por ello la PA refleja tanto el volumen de eyección de la sangre como la elasticidad de las paredes arteriales.

PRESIONES SANGUÍNEAS NORMALES

Edad	Presión sistólica (mmHg)	Presión diastólica (mmHg)
Lactante	60 – 90	30 – 62
2 años	78 – 112	48 – 78
8 años	85 – 114	52 – 85
12 años	95 – 135	58 – 88
Adulto	100 – 140	60 – 90

TAMAÑO DE LOS MANGUITOS DE PRESIÓN SANGUÍNEA

Edad	Ancho (cm)	Longitud (cm)
Recién nacido	2,5 – 4,0	5,0 – 10,0
Lactante	6,0 – 8,0	12,0 – 13,5
Niño	9,0 – 10,0	17,0 – 22,5
Adulto	12,0 – 13,0	2,0 – 23,5
Adulto, brazo grande	15,5	30,0
Adulto, muslo	18,0	36,0

ALTERACIONES DE PRESION ARTERIAL

- **Hipertensión Arterial:** se pueden presentar alzas fugaces de tensión arterial, resultado de diversas circunstancias como ejercicio físico y estados de dolor y ansiedad. La hipertensión está definida, por lo general, con base en la presión diastólica, puesto que es más estable que la presión sistólica, que responde a gran variedad de estímulos. El diagnóstico de hipertensión debe hacerse después de encontrar cifras tensionales altas (diastólica >90 mm Hg) en repetidos exámenes al paciente.
- **Hipotensión arterial:** las cifras tensionales sistólicas oscilan entre 90 y 110 mmHg; se considera disminución del gasto cardíaco en pacientes con hipovolemia, malnutrición y algunas enfermedades neurológicas. Algunos signos y síntomas son astenia, somnolencia, mareos y lipotimias.
- **Hipotensión postural:** disminución de la presión sistólica >15 mmHg y caída de la presión diastólica. Se caracteriza por mareo y síncope. Se diagnostica midiendo primero la presión sanguínea en decúbito supino y repitiendo la medición con el paciente de pie. El resultado normal es ligera o ninguna disminución de la presión sistólica y ligero incremento de la presión diastólica.

Temperatura

CONCEPTO:

- Es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida. El centro termorregulador está situado en el hipotálamo. Cuando la temperatura sobrepasa el nivel normal se activan mecanismos como vasodilatación, hiperventilación y sudoración que promueven la pérdida de calor. Si por el contrario, la temperatura cae por debajo del nivel normal se activan mecanismos como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que producen los escalofríos.



VALORES NORMALES SEGÚN RANGO DE EDAD

RANGO DE EDAD	GRADOS CENTIGRADOS (°C)
Recién Nacido	36,1 – 37,7
Lactante	37,2
Niños de 2 a 8 años	37,0
Adulto	36,0 – 37,0

ALTERACIONES DE LA TEMPERATURA

- **Pirexia o hipertermia:** temperatura por encima del límite superior normal. Se presenta aumento de la frecuencia cardíaca, escalofríos, piel pálida y fría y lechos ungueales cianóticos, por vasoconstricción.
- **Hipotermia:** temperatura corporal por debajo del límite inferior normal. Se puede presentar somnolencia e incluso coma, lo cual, favorece la inadecuada producción de calor y la aparición de hipotensión, disminución de la diuresis, desorientación, sensación de frío y piel pálida y fría.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Tableta	de madera o plástico	1 unidad
2	Guantes	Latex desartable	1 unidad
3	Mascarilla	N 95	1 unidad
4	Cofia	Descartable blanco	1 unidad
5	Campos	Descartable	1 unidad
6	Ganchos	Cocodrilo	2 unidad
7	Servilleta	Descartable	1 paquete
8	Vasos	Descartable	1 paquete
9	Suctores	Descartable	1 paquete
10	Termómetro	Digital/ vidrio	1 unidad
11	Tensiómetro	Digital/ clásico	1 unidad
12	Estetoscopio	Digital/ clásico	1 unidad

4. Indicaciones/instrucciones:

Con colaboración de tres personas, de preferencia familiares, realizar juego de roles, para realizar una correcta toma de funciones vitales.

5. Procedimientos:

La determinación de los signos vitales tiene particular importancia en los servicios de urgencia, donde llegan pacientes con gran variedad de cuadros clínicos, algunos en estado crítico.

Los cuatros principales signos vitales son:

1. Frecuencia cardíaca, que se mide por el pulso, en latidos/minuto.
2. Frecuencia respiratoria.
3. Tensión (presión) arterial.
4. Temperatura.

6. Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....



3.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

• <https://www.youtube.com/watch?v=5cOIYDZSyKU>



Guía de práctica N° 3

Signos vitales

Sección :Docente: Armando carrillo fernández

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señalar las indicaciones necesarias que deberá tener en cuenta el estudiante para el uso del material

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Interpretar los resultados del examen físico general: Técnicas de examen clínico.

2. Fundamento Teórico

Hoy en día es raro que el médico, y el dentista, antes de tratar y por lo tanto de haber diagnosticado un paciente, y habiendo analizado todas las características clínicas del enfermo soliciten exámenes complementarios. Los principales exámenes de laboratorio son:

Recuento completo de sangre

Tests para la hemostasis

Estudios de química sanguínea

Estudios serológicos

Estudios microbiológicos

Biopsia (histopatología)

Uno de los principales problemas con los exámenes de laboratorio, es saber cuál solicitar, y pedirlo en el momento indicado de modo que permitan ser de valiosa información para establecer el diagnóstico y así poder llegar a un tratamiento adecuado. Yo creo que hoy en día es imposible saberse los valores normales de todos los exámenes de laboratorio, cuando está aumentado o disminuído un examen, pero por lo menos debemos saber algunas alteraciones importantes y saber orientarnos en la búsqueda del diagnóstico. Algunos exámenes, como la biopsia, son muchas veces específicos en el diagnóstico, pero otros pueden darnos solamente alguna indicación o sugerencia, y es la evaluación en conjunto de los exámenes de laboratorio, los hallazgos físicos, el examen extra e intraoral, los que finalmente nos darán el diagnóstico definitivo.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Tableta	de madera o plástico	1 unidad
2	Guantes	Latex desartable	1 unidad
3	Mascarilla	N 95	1 unidad
4	Cofia	Descartable blanco	1 unidad
5	Campos	Descartable	1 unidad
6	Ganchos	Cocodrilo	2 unidad
7	Servilleta	Descartable	1 paquete
8	Vasos	Descartable	1 paquete
9	Suctores	Descartable	1 paquete
10	Análisis de laboratorio	Hemograma completo personal	1 unidad



4. Indicaciones/instrucciones:

Tomar las siguientes muestras y exponer los valores obtenidos en discusión de casos clínicos.

Traer su examen de Sangre completo.

Traer examen de Orina de un paciente externo.

5. Procedimientos:

Corroborar los valores e indicar las diferencias o similitudes de los resultados con los valores normales

6. Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....



SANGRE

	1 - Volumen Sanguíneo		2 - Caracteres Físicos	
Sangre		Media	Límites	
	Hombres	67.8 ml/kg	53-83 ml/kg.	
	Mujeres	62.3 ml/kg	50-75 ml/kg	
			Densidad - Sangre Total	
			Hombres	1052-1060
			Mujeres	1050-1056
			pH	7.36-7.44
Plasma	Hombres	34.2 ml/kg	25-43 ml/kg	
	Mujeres	36.6 ml/kg	28-45 ml/kg	
Hematíes	Hombres	26.9 ml/kg	20-36 ml/kg	
	Mujeres	24.7 ml/kg	19-31 ml/kg	
Volumen de sangre	por m2 de superficie corporal: 2.800-3.800 ml.		Sangre Total	4.7
			Suero	1.6
			Plasma	1.8

Serie roja

Hematíes (por mililitro cúbico)		
	Media	Media ± dos desvíos standard
Hombres	5.1	4.4-5.9 millones/mm ³
Mujeres	4.5	3.8-5.2 millones/mm ³
Niños	-	4.5-5.1 millones/mm ³

Hemograma

Hematocrito	Media	Media ± dos desviaciones standard
Hombres	46	36-52 ml/dl (%)
Mujeres	41	35-47 ml/dl (%)
Recién nacidos	-	49-54 ml/dl (%)
Niños (varía con la edad)	-	35-49 ml/dl (%)
Hemoglobina		
Hombres	15.5	13-20 g/dl
Mujeres	13.7	11-18 g/dl
Recién nacidos	-	16.5-19.5 g/dl
Niños	-	11.2-16.5 g/dl

Serie Blanca

Hemograma normal (según Schilling)		
Basófilos	Eosinófilos	Neutrófilos - 60 a 70 %



segment.	Linfocitos	Mielocitos Monocitos	Metamielocitos	Núcleo bastón	Núcleo
0-1	2 a 4	0	0-1	3-5	51 a 67
					21 a 35
					4-8

Número de células:		
Eritrocitos: Hombres	5.1	4.4-5.9 millones/mm ³
Mujeres	4.5	3.8-5.2 millones/mm ³
Niños	-	4.5-5.1 millones/mm ³
Leucocitos:		
Total	7.250	5.000-10.000/mm ³
Diferencial	Porcentaje	Valor absoluto
mielocitos	0	0/mm ³
Neutrófilos nuevos	3-5	150-400/mm ³
Neutrófilos segmentados	54-62	3.000-5.800/mm ³
Linfocitos	25-33	1.500-3.000/mm ³
Monocitos	3-7	285-500/mm ³
Eosinófilos	1-3	50-250/mm ³
Basófilos	0-0,75	15-50/mm ³
(Lactantes y niños poseen mayores números relativos de linfocitos y monocitos)		

Plaquetas:.....	150.000-350.000/mm ³
-----------------	---------------------------------

Valores Normales de los principales componentes químicos de la sangre

Acetilcolina.....0-0.003 mg/dl	Base Total, suero.....144-155 mEq/l	Mujeres.....35-85 mg/dl
Acetona, suero.....0.3-2.0 mg/dl	Bicarb.(CO ₂ comb.)55-75 vol;24-34 mEq/l	LDL colesterol.....hasta 190 mg/dl
Ácido ascórbico.....0.4-1.5 mg/dl	Bilirrubina total, suero.....0.3-1.0 mg/dl	Colina (libre en adul.)....0.2-3.1mg%
Ácido cítrico.....1-4 mg/dl	directa, suero.....0.1-0.3 mg/dl	Colinesterasa.....3.4-12.9 unidades
Ácido fólico, suero.....6-15 ng/dl	indirecta, suero.....0.2-0.7 mg/dl	Complemento, suero, hemolítico total (CH ₅₀).....150-250 U/ml
Ácidos grasos esterificados7-14 mEq/l	Bromuros, suero.....0	Cuerpos Cetónicos en forma de ácido beta hidroxibutírico.....0.3-0.9 mg%
Ácidos grasos, suero.....380-465 mg/dl	niveles tóxicos.....17 mEq/l; 150 mg/dl	Corticosteroides, plasma (Porter-Siber) (Media± 1SD)....13 ± 6 mcg/dl a las 8 hs
Ácidos grasos libres.....0.35-1.2 mEq/l	Bromo.....0.001-0.007 mg%	Cortisol (proteína fijadora competitiva)5-20 mcg/dl a las 8 hs.
Ácido láctico, sangre.....0.6-1.8 mEq/l	Bromosulfaleína(5 mg/kg de peso corporal ,IV) ..5% o menos de ref. desp.de 45 min.	Creatinina, suero.....1-1.5 mg/dl
Ácido málico.....0.1-0.9 mg/dl	Calcio ioniz.....2.3-2.8 mEq/l; 4.5-5.6 mg/dl	Creatinina.fosfoquinasa, suero: Mujeres.....5-25



		U/ml Hombres.....5-35 U/ml
Ácido pirúvico, suero..... 0-0.11 mEq/l	Calcio sérico(total)..4.5-5.5 mEq/l; 9-11mg/dl	Creatinina.....1-2 mg%
Ácido úrico, suero:	Carotenoides, suero.....50-300 mcg/dl	Deshidrogen.glicosa-6-fosfato...150-215 U/100 ml eritrocitos
Hombres.....2.5-8.0 mg/ml	Catalasa.....n°catalasa 19-31,Índ. cat.3.5-5.5	Deshidrogenasa hidroxibutírica 53-140UI
Mujeres.....1.5-5.0 mg/ml	Ceruloplasmina, suero.....27-37 mg/dl	Deshidrogen.láctica, suero..200-450U/ml
Albúmina, suero..... 3.5-5.5 g/dl	Cetonas, Total.....0.5-1.5 mg/dl	CO2 tenor plasmático al nivel del mar21-30 mEq/l; 50-70 vol %
Aldosterona.....7-79 mmcg%	Plomo, suero.....< 20 mcg/dl	CO2 Tensión en la sangre arterial (al nivel del mar).....35-45 mmHg
Aldolasa.....0-8 UI/l	Cloruros, suero(como Cl)..355-381 mg% o 98-106 mEq/l - (como ClNa)..550-650 mg%	Estaño.....hasta 0.01 mg%
Aluminio.....hasta 0.08 mg%	Cobre, suero.....114± 14 mcg/dl	Etanol, sangre:
Amilasa, suero (Somogy)..60-180 U/dl	Coef. Alb/Glob.....1.5-3.1 f	Intoxicación leve a mod...80-200 mg/dl
Aminoácidos.....5-8 mg%	Colest.Total, suero (Man Peters) 180-240mg/dl	Intoxicación aguda.....250-400 mg/dl
Amoníaco, sang. tot.venoso..30-70 mcg/dl	Ésteres, suero.....100-180 mg/dl	Intoxicación grave.....>400 mg/dl
Arsénico.....0.0-0.2 mg%	Colesterol, fracción éster del colesterol total, suero.....68-72%	Fenilalanina.....3-5 mg%
Barbitúricos, suero.....0	Edad (años) hasta 30 30-39 40-49 +50 Colesterol (mg/dl) h.270 h.280 h.290 h.300	Hierro, suero; Hombres y Mujeres (media±1SD).....107±31 mcg/dl
Nivel pot.fatal de fenobarbital: 8 mg/dl	HDL colesterol:	Hierro, capacidad fijadora, suero (media±1SD).....305±32 mcg/dl
Barbitúricos de acc. corta....3.5mg/dl	Hombres.....30-65 mg/dl	Saturación.....20-45%
Fibrinógeno.....200-400 mg%	Glucosa (ayuno)	Monóxido de Carbono, tenor sanguíneo.. síntom. con sat. de hemogl.>20%
Flúor.....0.01-0.04 mg%	Sangre (Nelson Somogy)...60-90 mg/dl	Mucoproteínas.....75-90 mg%
Fosfatasa ácida, suero:	Plasma.....75-105 mg	Nitrógeno no proteico, suero...15-35mg/dl
Método Bessey-Lowry.....0.10-0.63 U	Globulinas, suero.....2.0-3.0 g/dl	Nitrógeno uréico, sangre total..10-20 mg/dl
Método Bodansky.....0.5-2.0 U	Lípidos neutros.....50-350 mg%	5-nucleotidasa, sue...0.3-2.6 U Bodansky/dl
Método de Fishman-Lerner (sensible al tartrato).....<0.6 u/dl (hasta 0.15 dl)	17-hidroxicorticosteroides....19-38 mcg%	Osmolaridad, suero.....280-300 mOsm/Kg
Método de Gutman.....0.5-2.0 U	17 cetosteroides:	Oxígeno, saturación porcentual (niv. mar):
Método de King-Armstrong.....1.0-5.0 U	Masculinos.....40-150 mcg%	Sangre arterial.....97%
Método de Shinovara.....0.0-1.1 U	Femeninos.....38-130 mcg%	Sangre venoso, brazo.....60-85%
Unidades Internacionales.....0.2-1.8	Hemoglobina, sangre (nivel del mar):	Oxígeno tensión, sangre.....80-100 mmHg



Fosfatasa alcalina, suero:	Hombres.....14-18 g/dl	Oxígeno tenor:
Mét. Bessey Lowry..0.8-2.3 U(3.4-9.0 UI)	Mujeres.....12-16 g/dl	Sangre arterial (niv.mar)....17-21 vol.%
Mét. Bodarsky.....2.0-4.5 U (3.0-13.0 UI)	Histamina.....0.002-0.008 mg%	Sangre venosa, brazo (n. mar)..10-16 vol%
Mét. Gutman.....3.0-10.0 U	Inmunoglobulinas, suero:	Peptidasa.....2.5-7.5 U
Mét. King-Armstrong.5.0-13.0 U(10.0-20.0)	IgA.....90-450 mg/dl	pH sanguíneo.....7.38-7.44
Mét. Shinowara.....2.2-8.6 U	IgG.....800-1500 mg/dl	Potasio.....14-19 mg%; 3.5-5.2 mEq/l
Unidades Internacionales...21-91 UI/ l en incubación a 37°	IgM.....80-322 mg/dl	Proteínas, fracción suero:
Fosfolípidos, suero.....150-250 mEq/dl(como lecitina)	Indican.....0.026-0.085 mg%	Albúmina.....3.5-5.5 g/dl (50-60%)
Fósforo inorg., suero 1-1.5 mEq/l;3-4.5mg/dl	Índice Ictérico.....4-7 unidades	Globulina.....2.0-3.5 g/dl (40-50%)
Gases sanguíneos arteriales:	Iodo ligado a la proteína (PBI)..4.8 mcg%	alfa1.....0.2-0.4 g/dl (4.2-7.2%)
HCO ₃21-28 mEq/l	Lipasa, suero (Cherry Crandall).0.2-1.5ml	alfa2.....0.5-0.9 g/dl (6.8-12.0%)
pCO ₂35-45 mmHg	N/10 NaOH (límite superior del normal).. (>1.0 debe considerarse sospechoso	β.....0.6-1.1 g/dl (9.3-15.0%)
pH.....7.36-7.44	Lípidos Totales, suero..475-820 mg/dl	gamma.....0.7-1.7 g/dl (13.0-23.0%)
pO ₂80-100mmHg	Magnesio, suero.....1.5-2.5 mEq/l	Proteínas Totales, suero ...5.5-8.0 g/dl
Gastrina, suero.....40-150 pg/ml	Metahemoglobina.....0.03-0.13 mg%	Sales Biliares (en forma de glicolato de sodio.....313-333 mg%; 135-145 mEq/l
Salicilatos, plasma.....0	Transaminasa-glutámico-pirúvica, sérica.(TGP)...10-40 U Karmen/ml; 3-26UI/l	Vitaminas del complejo B, suero:
franja terapéutica.....20-25 mg/dl	Triglicéridos, suero.....50-150 mg/dl	B1(Tiamina)..7-8 mcg/dl; B2(riboflavina).. 0.6-0.8 mcg%;B6 (Piridoxina).0.6-0.8 mcg%
franja tóxica.....>30 mg/dl	Edad hasta 30 30-39 40-49 +50 años	B12 (cianocobalamina)...200-600 pg/ml
Sodio, suero313-334 mg%; 136-145 mEq/l	Triglicér. ~140 ~150 ~160 ~170 mg/dl	Ácido fólico.....0.27-0.80 mg%
Sulfatos (expresados en S).....15-40 mg%	Urea.....20-60 mcg%	Ácido Pantoténico....menos de 10 mmcg%
Transaminasa-glutámico-oxalacética sérica(TGO)..10-40 U Karmen/ml; 6-18UI/l	Vitamina A, suero.....50-100 mcg/dl	Niacina.....3-10 mcg% Zinc, suero.....120± 20 mcg/dl

Composición normal del plasma sanguíneo en electrolitos

Cationes	Valores Normales mg por ciento	Factores de conversión	Valor Normal mEq.
Sodio	313 a 333	0.435	136 a 145
Potasio	14 a 19	0.257	3.5 a 5.0
Calcio	9.0 a 10.5	0.5	4.5 a 5.3
Magnesio	1.4 a 2.4	0.833	1a2
Aniones	-	-	-



Bicarbonatos	58 a 62	0.455	26 a 28
Cloruros	349 a 371	0.286	100 a 106
Fosfatos	3.0 a 4.5	0.58	2 a 3
Sulfatos	1.6 a 2.4	0.625	1.0 a 1.5
Proteínas	6.5 a 8.0	2.43	16 a 19
La tasa en mEq. es obtenida mul	tiplicando el valor en miligramos	por ciento por el factor de conv	ersión.

Proteínas totales.....6 a 8 gramos %	Fraccionamiento electroforético de las proteínas plasmáticas
Albumina en el suero.....4.5 a 5.5 gramos %	Albumina.....58 %
Globulina en el suero.....1.5 a 3.0	Alfaglobulina.....14 %
Relación albumina/globulina.....1.5 a 3.1	Betaglobulina.....13 %
Fibrinógeno plasmático.....200 a 400 mg %	Gammaglobulina.....11 %
	Fibrinógeno.....4 %

Proteínas plasmáticas**Ferritina:**

- Mujeres 10-200 ng/ml
- Hombres 15-400 ng/ml

Fosfatasa ácida: < 11 mU/ml

Fosfatasa ácida prostática: < 4 mU/ml

Fosfatasa alcalina: 30-110 mU/ml

Fósforo (inorgánico): 3.4-4.5 mg/100 ml

Globulinas 2.0-3.0 g/100 ml

Glucosa (en ayunas):

- Normal 75-115 mg/100 ml
- Diabetes mellitus > 140 mg/100 ml

Glucosa Postprandial a las 2 h:

- Normal < 140 mg/100 ml
- Intolerancia 150-200 mg/100 ml
- Diabetes mellitus > 200 mg/100 ml.

Hierro: 50-150 ug/100 ml

Lípasa: < 2 U/ml

Lípidos totales: 450-1.000 mg/100 ml

Magnesio: 1.5-2.0 mEq/l

Osmolaridad: 280-295 mosmol/l

Plomo: < 20 ug/100 ml

Potasio: 3.5-5.0 mEq/l

Sodio: 135-145 mEq/l

Transaminasas (GOT) (ASAT): 5-32 mU/ml

Transaminasas (GPT) (ALAT): 7-33 mU/ml

Triglicéridos: 40-150 mg/100 ml

Urea: 20-40 mg/100 ml

Vitamina A: 0.15-0.6 ug/ml

Vitamina B12: 200-600 pg/ml

Zinc: 75-120 ug/100 ml

VALORES DE COLESTEROL TOTAL Y LDL-, HDL- COLESTEROL EN PLASMA**Colesterol Total**

Normal: < 200 mg/100 ml

Limite elevado: 200-240 mg/100 ml

Anormal: >240 mg/100 ml

LDL

Normal: < 130 mg/100 ml

Limite elevado: 130-159 mg/100 ml

Anormal: >160 mg/100 ml

HDL

Normal: > 35 mg/100ml

Limite elevado: 34- 25 mg/100 ml

Anormal: < 25 mg/100 ml



Guía de práctica N° 4

Examen semiológico por sistemas: Pulmonar, Cardíaco.

Sección :Docente: Armando carrillo fernández

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señalar las indicaciones necesarias que deberá tener en cuenta el estudiante para el uso del material

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Demostrar los procedimientos del examen físico general: Examen semiológico por sistemas: Pulmonar, Cardíaco.

2. Fundamento Teórico

Sistema Pulmonar

Su objetivo es mantener los niveles de O₂ y CO₂ en sangre dentro de unos márgenes estrechos que permitan la funcionalidad celular.

Además, la respiración debe integrarse con el sistema digestivo, la emisión de sonidos, la tos, etc.

El sistema está formado por unos centros respiratorios, que está distribuidos en varios grupos de neuronas integrados en el tronco del encéfalo o bulbo raquídeo.

Sistema Cardíaco: Anatomía del corazón

Las cuatro cavidades del corazón constituyen en realidad dos bombas separadas: un corazón derecho, que bombea sangre a los pulmones y un corazón izquierdo, que bombea sangre a los órganos periféricos. A su vez, cada uno de estos corazones es una bomba pulsátil de dos cavidades compuesta por una aurícula y un ventrículo. El ventrículo, a su vez, proporciona la principal fuerza que propulsa la sangre a través de los pulmones, en el caso del ventrículo derecho, o por la circulación general, en el caso del ventrículo izquierdo.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Tableta	de madera o plástico	1 unidad
2	Guantes	Latex desartable	1 unidad
3	Mascarilla	N 95	1 unidad
4	Cofia	Descartable blanco	1 unidad
5	Campos	Descartable	1 unidad
6	Ganchos	Cocodrilo	2 unidad
7	Servilleta	Descartable	1 paquete
8	Vasos	Descartable	1 paquete
9	Suctores	Descartable	1 paquete
10	Termómetro	Digital/ vidrio	1 unidad
11	Tensiómetro	Digital/ clásico	1 unidad
12	Estetoscopio	Digital/ clásico	1 unidad
13	Plumnones	Normal	06 colores
14	Alcohol	96°	1 frasco pequeño



4. Indicaciones/instrucciones:

- Aplica las técnicas básicas del examen físico.: inspección,auscultación, palpación, percusión

5. Procedimientos:

- Un compañero debe descubrirse el dorso, respetando su privacidad.
- El grupo debe ubicar los campos del examen físico humano, mediante el marcado en el cuerpo del colaborador.
- Aplica las técnicas básicas del examen físico.
- Identifica los principales puntos del examen cardio respiratorio.

6. Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

<https://www.youtube.com/watch?v=TNGAimGW314>

<https://www.youtube.com/watch?v=kfAZXK5FfOo>

<https://www.youtube.com/watch?v=SSEkd6Y3Bw0>



Guía de práctica N° 5

Examen semiológico por sistemas: Aparato digestivo

Sección :Docente: Armando carrillo Fernández

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señalar las indicaciones necesarias que deberá tener en cuenta el estudiante para el uso del material

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Demostrar los procedimientos del examen físico general: Examen semiológico por sistemas: Digestivo

2. Fundamento Teórico

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Tableta	de madera o plástico	1unidad
2	Guantes	Latex desartable	1unidad
3	Mascarilla	N 95	1unidad
4	Cofia	Descartable blanco	1unidad
5	Campos	Descartable	1unidad
6	Ganchos	Cocodrilo	2 unidad
7	Servilleta	Descartable	1 paquete
8	Vasos	Descartable	1 paquete
9	Suctores	Descartable	1 paquete
10	Termómetro	Digital/ vidrio	1unidad
11	Tensiómetro	Digital/ clásico	1unidad
12	Estetoscopio	Digital/ clásico	1unidad
13	Plumrones	Normal	06 colores
14	Alcohol	96°	1 frasco pequeño

4. Indicaciones/instrucciones:

- Aplica las técnicas básicas del examen físico.: inspección,auscultación, palpación, percusión

5. Procedimientos:

- Un compañero debe descubrirse el dorso, respetando su privacidad.
- El grupo debe ubicar los campos del examen físico humano, mediante el marcado en el cuerpo del colaborador.
- Aplica las técnicas básicas del examen físico.
- Identifica los principales puntos dolorosos del examen abdominal.



6. Resultados

1.

.....
.....
.....

2.

.....
.....
.....

3.

.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- <https://www.youtube.com/watch?v=9KQ7TpHlm2Y>
- <https://www.youtube.com/watch?v=ZRZsjEryRkE&t=30s>

Guía de práctica N° 6

Dolor, distribución neuro anatómica del trigémino

Sección :Docente: Armando carrillo Fernández

Fecha :/...../.....

Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señalar las indicaciones necesarias que deberá tener en cuenta el estudiante para el uso del material

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Reconocer las manifestaciones del Dolor, distribución neuro anatómica del trigémino

2. Fundamento Teórico

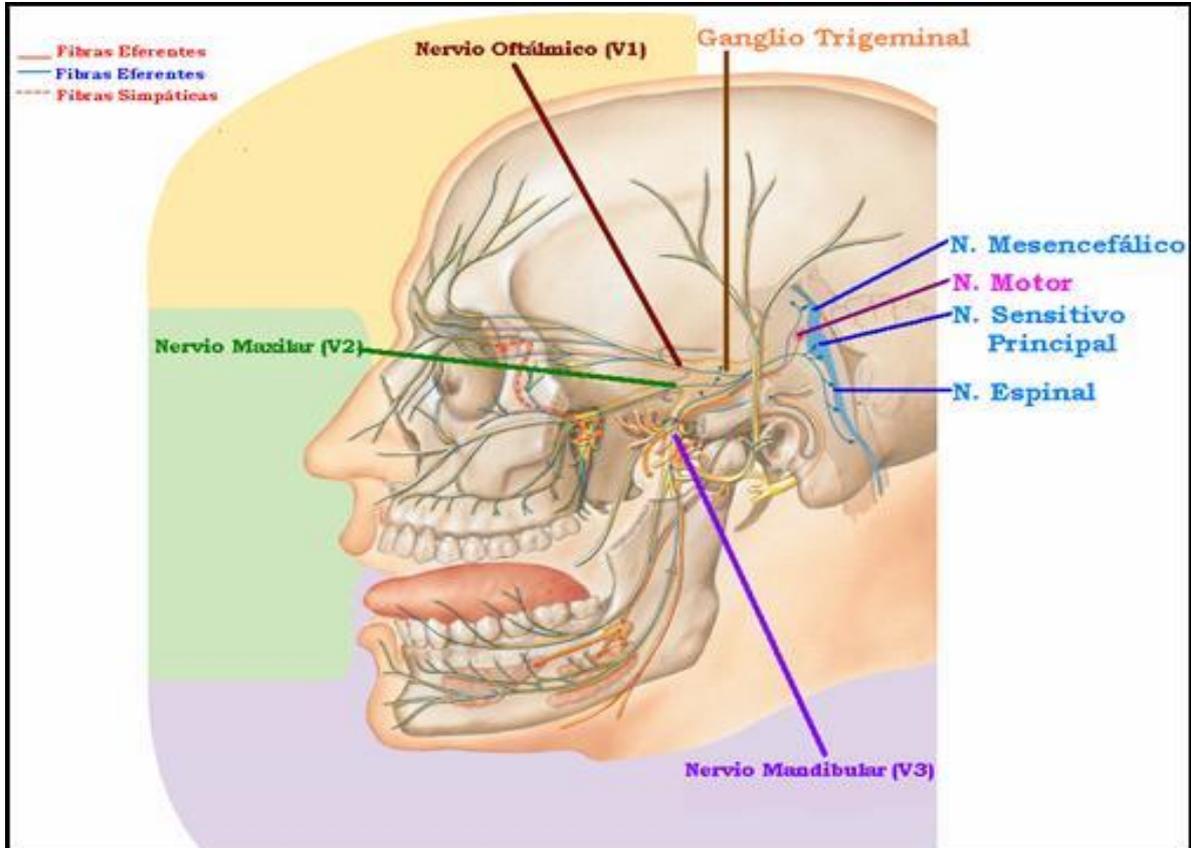
Síntoma más común de consulta.

Se acompaña de Ansiedad (deseo de terminar con sensación no placentera)

Dolor = Sensación + Emoción

Finalidad del dolor: Protección al organismo.

Siempre es subjetivo.





3. Equipos, Materiales y Reactivos

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Tableta	de madera o plástico	1unidad
2	Guantes	Latex desartable	1unidad
3	Mascarilla	N 95	1unidad
4	Cofia	Descartable blanco	1unidad
5	Campos	Descartable	1unidad
6	Ganchos	Cocodrilo	2 unidad
7	Servilleta	Descartable	1 paquete
8	Vasos	Descartable	1 paquete
9	Suctores	Descartable	1 paquete
10	Termómetro	Digital/ vidrio	1unidad
11	Tensiómetro	Digital/ clásico	1unidad
12	Estetoscopio	Digital/ clásico	1unidad
13	Plumnones	Normal	06 colores
14	Alcohol	96°	1 frasco pequeño
15	Cárpule	Con succión	1unidad
16	Agujas dentales	Todos los tamaños	1unidad
17	Anestesia tópica	Crema/spray	1unidad

4. Indicaciones/instrucciones:

Con apoyo de un compañero, realizar la técnica infiltrativa o troncular según el caso clínico que se le indicó.

5. Procedimientos:

Completar adecuadamente el cuestionario de saberes previos

Si usted obtuvo el pase del examen de saberes previos, ubicar al paciente, explicar el procedimiento a realizar, ejecutar las maniobras y técnicas adecuadas.

Se verificará el efecto de la anestesia en el paciente.

6. Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....



8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- <https://www.youtube.com/watch?v=IJv-ybjEeng&list=PLB3D9F38917DADF3D>
- <https://www.youtube.com/watch?v=vgh1KGV1bis>
- <https://www.youtube.com/watch?v=OrsEYc5NTCA>



SEGUNDA UNIDAD

Guía de práctica N° 7

Historia clínica odontológica, odontograma y CIE 10

Sección :Docente: Armando carrillo Fernández

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señalar las indicaciones necesarias que deberá tener en cuenta el estudiante para el uso del material

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Averigua y diferencia los principales partes de la Historia clínica odontológica, Odontograma y CIE 10.

2. Fundamento Teórico

La historia clínica es una valoración del estado médico que incluye un relato escrito o verbal de la patología que se va a tratar del paciente junto con un episodio biográfico médico del paciente. Normalmente está ordenada cronológicamente, y debe ser clara, legible, precisa, tener máxima fidelidad con lo explicado por el paciente.

Con este documento completo, expectante e imparcial que puede complementarse por un cuestionario, consentimiento informado y la ley de protección de datos firmado por el paciente nos aseguremos que los tratamientos de odontología que vamos a seguir a partir de ese momento se adecuan a las características del paciente.

La historia clínica es un documento vital tanto en el campo de la odontología. Tiene un papel principal como material de trabajo para los odontólogos que, a través de la comunicación con el paciente, recogen todos los datos necesarios para hacer una valoración anterior a la decisión en el plan de tratamiento, sea preventivo o curativo. La historia clínica contiene tres aspectos importantes: la anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

En la anamnesis se recogen los datos de filiación, los relacionados con la historia general anterior, y la actitud, conocimiento y comportamiento sobre la salud oral.

Después de la anamnesis se realiza una exploración física detenida y meticulosa que consta de la inspección del paciente por parte del dentista. Esta incluirá la exploración de partes blandos y tejidos óseos (labios, mejillas, amígdalas, pilares del paladar, lengua, suelo de la boca, paladar duro y blando, frenillos, encías), la exploración de la oclusión dentaria y hábitos negativos, la exploración dentaria correspondiente, que dónde se anotan los dientes presentes en la boca y las posibles caries que tengan.

A partir de ahí se realizan las pruebas complementarias de diagnóstico como la ortopantomografía que desembocarán hacia un tratamiento de odontología o no y finalmente se representará el juicio clínico final del caso.

Para que el examen sea completo y preciso el paciente debe colaborar con el odontólogo. Se trata de un cuestionario que va en beneficio del paciente ya que puede ayudarnos a prevenir una emergencia médica en el caso, por ejemplo, que el paciente sea alérgico a un medicamento.

Por último, debemos tener constancia que la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, por lo que interesa a ambas partes que éste se realice de forma correcta. También ayuda a entablar una relación personal con el paciente.

INDICACIONES/INSTRUCCIONES:

- 1) A continuación encontrará un listado general de los pasos para acceder a un diagnóstico integral del paciente que asiste a su primera consulta:
Si está viendo al paciente por 1a primera vez, se recomienda un registro de radiografías coronales a cualquier edad a partir de los 4 años. Realice diagnóstico radiográfico (Índice de Mejáre modificado) antes de sentar al paciente para guiarse en el diagnóstico visual.



2) Continúe con el diagnóstico visual:

1º, Valore índice de placa bacteriana (Silness & Loe modificado).

2º. Realice profilaxis dental.

3º Examine presencia de: - Caries Coronal Primaria, - Secundaria y - Radicular (criterios ICDAS y de actividad); - Defectos del Desarrollo del Esmalte y Lesiones no Cariosas del Tercio Cervical; y, - Fracturas Coronales. Consigne el índice ceo-d/COP-D.

Notas:

1.- La caries de la infancia temprana queda clasificada dentro de caries coronal primaria.

2.- La correlación entre los criterios visuales de caries y su profundidad histológica, unido a su estadio de progresión y a los hallazgos radiográficos, le permitirá tomar decisiones acertadas de tratamiento para cada situación específica.

3) Valore riesgo individual alto o bajo de caries, por datos del examen visual, anamnesis o cuestionario y examen. Esta clasificación, hace al paciente partícipe de su estado de salud oral, y le ayuda a usted a definir estrategia preventiva y periodicidad de citas preventivas.

4) Analice la información de los tres puntos anteriores para lograr un diagnóstico integral del estado de la dentición y riesgo individual de caries.

5) Prosiga a la Toma de Decisiones: - Según Riesgo de Caries del Paciente; - Según Diagnósticos Específicos. Tenga en cuenta al paciente como un ser integral, evaluando con el/ella el diagnóstico y las opciones de tratamiento.

PROCEDIMIENTOS ACTIVIDADES O TAREAS:

Examen Visual de Caries Coronal Primaria, Caries Secundaria y Caries Radicular según los Criterios ICDAS Modificado

Para la valoración de caries los dientes deben estar limpios de debris, placa y sustancia reveladora de placa en todas las superficies.

Los pasos generales para realizar este examen visual son:

- En este momento del examen los cálculos no deben ser removidos y la superficie dental cubierta por cálculo debe registrarse como sana a menos que haya signos de caries dental bajo el cálculo.

- Coloque rollos de algodón y eyector.

- Los criterios son descriptivos y están basados en la apariencia visual de cada superficie dental individual:

o Marque lo que observa y NO relacione este registro con ninguna consideración de tratamiento.

o En casos de duda, asigne el código menos severo.

o No ejerza presión retentiva del explorador en ningún momento. Use un explorador de punta redonda (ó púlala) para evitar daño de la estructura dental; páselo gentilmente a través de la superficie dental solo para ayudarse en la apreciación visual/táctil de cualquier cambio en contorno o cavitación.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Tableta	de madera o plástico	1unidad
2	Guantes	Latex desartable	1unidad
3	Mascarilla	N 95	1unidad
4	Cofia	Descartable blanco	1unidad
5	Campos	Descartable	1unidad
6	Ganchos	Cocodrilo	2 unidad
7	Servilleta	Descartable	1 paquete
8	Vasos	Descartable	1 paquete
9	Suctores	Descartable	1 paquete

4. Indicaciones/instrucciones:

Identificar y rellenar las partes de la historia clínica odontológica y emplea correctamente el CIE 10. Traer impreso las referencias bibliográficas

5. Procedimientos:

Completar correctamente el diagnóstico de la patología de la cavidad oral empleando el CIE10



Responder en un examen oral los códigos correctos del CIE 10

6. Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html
<http://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/Normas-tecnicas-del-Odontograma.pdf>
<http://www.cop.org.pe/historia-clinica>



Guía de práctica N° 8

Examen clínico del segmento cabeza

Sección :Docente: Armando carrillo Fernández

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señalar las indicaciones necesarias que deberá tener en cuenta el estudiante para el uso del material

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Realiza el examen clínico del segmento cabeza en los pacientes, realiza el examen clínico del segmento cuello y ganglios cervicales

2. Fundamento Teórico

Examen Extraoral

Además de evaluar el aspecto general del paciente, como camina, su higiene personal, al momento de ingresar para su examen inicial debemos evaluar su aspecto nutricional, hábitos, fics, cómo habla y escucha, estado mental, orientación y personalidad. Algunas de estas observaciones pueden servirnos para orientarnos en el diagnóstico.

El examen de cabeza y cuello debe iniciarse con una evaluación de la facies, por ejemplo determinar cambios en la simetría, que pueden ser causados por tumores, malformaciones o infecciones. El cuello debe ser palpado bilateralmente para determinar presencia de ganglios linfáticos, quistes u otras masas tumorales. La distensión de la vena yugular debe inspeccionarse y si se presenta puede indicar una falla cardíaca congestiva.

La facies varía de una persona a otra, y se puede evaluar por ella: estado anímico, posibles intoxicaciones (alcohol, drogadicción), ciertas enfermedades. En este último grupo presentan facies características enfermedades tales como: Addison (melanosis generalizada); acromegalia (prognatismo mandibular y rebordes supraorbitarios prominentes); Cushing (cara de luna, acné e hirsutismo); Esclerodermia (cara "de máscara", piel estirada, boca redondeada); estenosis mitral (ligera rubicundez cianótica de las mejillas sobre fondo pálido); lupus eritematoso (eritema facial en "mariposa" en ambas mejilla y nariz), Parkinson (cara inexpresiva, ojos fijos, casi sin parpadeo, saliva escurre por comisura); febril (ligeramente sudorosa, pómulos rosados y ojos brillantes); caquética (muy enflaquecida, piel sobre huesos muy marcados); adenoídea (nariz y cara estrechas, boca entreabierta, mentón retraído).

En el examen de la cara, el cirujano dentista puede y debe examinar: ojos, oídos y nariz que pueden dar información valiosa para algunas patologías sistémicas. Por ejemplo podemos observar exoftalmos en hipertiroidismo; edema periorbitario en problemas renales, o hipotiroidismo; cambio en color de la esclerótica en la osteogénesis imperfecta o alteraciones hepáticas; úlceras oculares o conjuntivitis, en pacientes con síndrome de Behcet o Stevens-Johnson.

El pelo, cuero cabelludo y la piel visible (piel de la cara, cuello y dorso de las manos) pueden ser evaluados por el cirujano dentista. Algunas lesiones cutáneas en estas zonas pueden ser advertidas por el dentista y derivar el paciente oportunamente, tales como carcinoma basocelular, melanoma, pediculosis u otras.

Examen Intraoral

Antes de dedicarnos al examen de los dientes, es necesario realizar una inspección sistemática de TODOS los tejidos bucales, incluyendo:

- Mucosa labial y de la mejilla, incluyendo fondo de vestíbulo
- Lengua (dorso, cara ventral y bordes)
- Piso de boca



- Paladar (duro y blando)
- Encía (superior, inferior, vestibular, lingual/palatina)
- Faringe (pilares amigdalinos).

Cualquier cambio de color, textura, contorno, y de la humedad normal debe ser evaluado y descrito en forma apropiada en la ficha del paciente. El dentista no tiene por qué examinar en forma exhaustiva la piel del paciente, órganos y sistemas, pero si tiene la obligación de realizar un examen completo de la mucosa bucal, encía, dientes y huesos maxilares. Al igual que un oftalmólogo u otro especialista en su campo, el que mejor puede evaluar la boca y todos los tejidos anexos a ella, el que mejor se ha preparado en la universidad para esto es el cirujano dentista, igual en ojos, el que mejor puede evaluar es el oftalmólogo, por lo tanto consideramos extremadamente lamentable no detectar en un examen clínico de la mucosa oral, lesiones que pueden preceder un cáncer de la boca (leucoplasia o eritroplasia), o lesiones que pueden indicar una infección grave como las alteraciones que aparecen en pacientes con SIDA, o alteraciones que pueden indicar alteraciones hematológicas graves.

Indudablemente que el examen a las encías no es el mismo el que va a realizar un periodoncista o un dentista general. El primero de ellos está muy preocupado de diversos parámetros, como nivel de inserción, nivel del hueso alveolar, presencia de sacos, depósitos blandos y/o duros, etc, pero el cirujano dentista que no va a realizar un tratamiento periodontal, por lo menos debe evaluar algunas alteraciones gingivales y en caso de presentarse derivar oportunamente el paciente para su evaluación y tratamiento periodontal. También el examen dentario que realiza un ortodoncista no es igual al que realiza un cirujano dentista general, pero este último debe saber reconocer alteraciones dentomaxilares y derivar oportunamente el paciente para su correcto tratamiento por parte del especialista. No pedimos que se las sepa todas, pedimos que reconozca, que sospeche, que diagnostique la presencia de alteraciones y que derive oportunamente al paciente.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Tableta	de madera o plástico	1unidad
2	Guantes	Latex desartable	1unidad
3	Mascarilla	N 95	1unidad
4	Cofia	Descartable blanco	1unidad
5	Campos	Descartable	1unidad
6	Ganchos	Cocodrilo	2 unidad
7	Servilleta	Descartable	1 paquete
8	Vasos	Descartable	1 paquete
9	Suctores	Descartable	1 paquete
10	Espejos bucales	Esterilizado	04
11	Espejos intra oral para fotografía	Esterilizado	Juego
12	Algodonero	Esterilizado	1unidad

4. Indicaciones/instrucciones:

Trabajo en parejas sobre desarrollo práctico de del examen clínico del segmento cabeza, el examen clínico del segmento cuello y ganglios cervicales.

Traer impreso las referencias bibliográficas del capítulo 07

5. Procedimientos:

Examinar cuidadosamente las siguientes áreas:

Cabeza: Tamaño, forma, bultos, depresiones y distribución de pelo

Ojos: Posición, visión de colores y agudeza visual.

Campos visuales.



- Párpados.
- Esclerótica y conjuntiva.
- Córnea y cristalino.
- Pupilas.
- Movimientos extraoculares.
- Nistagmo.
- Oídos: Oído externo.
 - Examen otoscópico
 - Prueba de audición.
- Nariz: Deformidades y orificios nasales
- Cuello: Músculos.
 - Gánglios
 - Tráquea
 - Tiroides
 - Distensión de la vena yugular.
- Axilas.

6. Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- <https://www.youtube.com/watch?v=L8GAM4YLqBY>



TERCERA UNIDAD

Guía de práctica N° 9

Examen clínico del segmento cabeza: ATM

Sección :Docente: Armando carrillo Fernández

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señalar las indicaciones necesarias que deberá tener en cuenta el estudiante para el uso del material

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

**Demuestra los procedimientos del examen físico de ATM
Registra modelos intra oral con Toma de impresión.**

2. Fundamento Teórico

Diagnóstico es dar nombre a una enfermedad, o sea diferenciar una enfermedad de otra. Existen distintos tipos de diagnóstico: clínico, radiológico, histopatológico, serológico, diferencial, y otros. En el estudio del diagnóstico de las enfermedades bucales distintas de caries, pulpopatías y enfermedades periodontales, que no consideramos para estos fines ya que son materias de cursos especiales en Odontología, debemos tener algunas consideraciones para establecer el diagnóstico, muchas de las cuales pueden aplicarse en caries, pulpopatías y enfermedades periodontales, pero ellas también tienen otros medios para establecer el correcto diagnóstico, como por ejemplo en la enfermedad periodontal el estudio de la profundidad del saco y todas esas consideraciones especiales se entregan en el curso, en este caso, de periodoncia. El diagnóstico es esencial en cualquier caso, que sea correcto y preciso antes de iniciar el tratamiento, y también oportuno, siendo ideal que se encuentre siempre la causa o etiología, ya que de esa forma y eliminando el factor causal, el paciente probablemente mejorará. En general podemos considerar que el cirujano dentista atiende dos tipos de pacientes, puede que a algunos no les guste esta idea, pero normalmente podemos encontrarlos con:

Pacientes con buena salud y "algún" problema bucal
Pacientes con compromiso sistémico y "algún" problema bucal
El primer tipo de pacientes quiere que le resuelvan su problema bucal y generalmente la historia médica no contribuye en forma importante con el diagnóstico. El paciente con compromiso sistémico necesita un tratamiento especial muchas veces, tiene una enfermedad sistémica importante, ha sido operado o tratado recientemente, o puede presentar manifestaciones orales de condiciones sistémicas que pueden ser complejas para llegar al diagnóstico. En estos casos la historia médica y otra serie de antecedentes, exámenes de laboratorio e interconsultas van a ser de utilidad para establecer el diagnóstico y tratar correctamente al paciente.

Las enfermedades en general tienen manifestaciones que pueden ser subjetivas y estos son los síntomas, o sea aquellas que son percibidas exclusivamente por el paciente y que sólo pueden ser descubiertas por el interrogatorio, tales como dolor, disfagia, palpitaciones, angustia. Signos se refiere a manifestaciones objetivas de la enfermedad, muchos escapan a la observación del paciente y son descubiertos en el examen físico, como ocurre con una mancha blanca en el borde de la lengua (leucoplasia). La búsqueda de los signos y síntomas se realiza con el examen físico, el interrogatorio o anamnesis y con la ayuda de exámenes complementarios. La interpretación de los hallazgos clínicos, o sea de signos y síntomas, debe ser realizada en forma prudente, ya que pueden ser producidos por una gran variedad de causas lo que hace más difícil la interpretación aislada y algo que ayuda mucho es la experiencia y el "ojo clínico".



3. Equipos, Materiales y Reactivos

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Tableta	de madera o plástico	1 unidad
2	Guantes	Latex desartable	1 unidad
3	Mascarilla	N 95	1 unidad
4	Cofia	Descartable blanco	1 unidad
5	Campos	Descartable	1 unidad
6	Ganchos	Cocodrilo	2 unidad
7	Servilleta	Descartable	1 paquete
8	Vasos	Descartable	1 paquete
9	Suctores	Descartable	1 paquete
10	Taza de goma	Mediana	1 unidad
11	Alginato	04	porciones
12	Cubetas	Tres tamaños	06 pares
13	Yeso piedra	Azul/amarillo	1 kilo
14	Espátula yeso	Plástico/metal	2 unidad
15	Articulador	Mata rata	1 unidad

4 Indicaciones/instrucciones:

Realizar el examen de ATM y realizar la toma de modelos y articular.

5. Procedimientos:

MANIOBRAS EN LA EXPLORACIÓN ARTICULAR

- *Maniobras de la inspección extraoral*
 - *Palpación lateral externa*
 - *Palpación intrameatal*
 - *Valoración manual de la movilidad*
 - *Auscultación de ruidos intraarticulares*
- *Maniobras de la inspección intraoral*
 - *Rango de movilidad:*
 - *Determinación del rango de apertura*
 - *Apertura forzada bidigital, «sensación final» o end feel*
 - *Evaluación de los movimientos de lateralidad*
 - *Evaluación del movimiento de propulsión*
 - *Observación de la trayectoria de apertura*
 - *Prueba del bajalengua de madera*

6. Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....



7. Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....