

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

CÁTEDRA
Medicina Interna

ASIGNATURA:

**MEDICINA INTERNA EN LA PRÁCTICA DE LA
ODONTOLOGÍA**

GUÍA DE TRABAJOS PRÁCTICOS

Autor: Prof. Tit. Liliana Noemí Nicolosi

2019

OBJETIVOS

Al finalizar el curso el alumno será capaz de:

- Confeccionar y evaluar una historia clínica odontológica en pacientes con riesgo médico.
- Realizar el examen físico básico en pacientes con riesgo médico: determinación de pulso y presión arterial.
- Realizar el examen físico de cabeza, cuello, cavidad bucal y estructuras conexas, mucosas, tejidos gingivoperiodontales y dentarios, con la finalidad de identificar el estado de salud y enfermedad.
- Reconocer y estratificar el riesgo médico de un paciente mediante el score ASA.
- Realizar las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica

1) PULSO Y PRESIÓN ARTERIAL

El pulso y la presión arterial constituyen las expresiones en las morfologías y las presiones de las arterias, debidas a la distensión de sus paredes por la onda de presión que produce en la aorta la eyección sistólica del ventrículo izquierdo.

A) PULSO ARTERIAL:

Es una onda determinada por la distensión súbita de las paredes de la aorta originada por la sístole ventricular, que se propaga a lo largo de la pared de las arterias gracias a su elasticidad.

Características o propiedades del pulso: frecuencia – amplitud - regularidad – igualdad – carácter o tensión.

- Frecuencia: es el número de pulsaciones por minuto. Se determina contando los latidos que se perciben en 15 segundos y multiplicándolos por cuatro. Cuando el pulso es muy irregular ha de efectuarse la cuenta en un minuto. La frecuencia varía con la edad. La frecuencia de pulso normal en un paciente adulto es de 60 – 100 latidos por minuto (lpm).
- Amplitud: es la sensación de levantamiento que produce la onda de pulso al dedo que lo explora
- Igualdad: propiedad de la onda de pulso que consiste en que las distintas ondas de pulso tienen la misma amplitud
- Regularidad: corresponde al intervalo que media entre las diferentes ondas de pulso. El pulso es regular cuando este intervalo es constante o igual e irregular cuando es variable
- Carácter, tensión o dureza: es la sensación de resistencia que percibe el dedo al comprimir ligeramente la arteria examinada

SEMIOTECNIA DEL PULSO ARTERIAL

El examen del pulso puede hacerse mediante inspección y palpación.

La inspección permite evaluar algunas alteraciones del pulso (ejemplo: trastornos del ritmo, baile arterial); el método palpatorio permite obtener información acerca de las distintas propiedades o características del pulso.

Pulso arterial carotídeo: se examina mediante la palpación de la arteria carótida con los dedos índice y medio de la mano más hábil, a nivel del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, a la altura de la parte superior del cartílago cricoides. Se deslizan los dedos en el hueco que queda entre el cartílago y el músculo. Desplazando a éste ligeramente hacia atrás, se perciben las ondas del pulso carotídeo y se evalúan sus características.

Debido a que las arterias carótidas se encuentran cercanas al corazón, tienen grueso calibre y se ubican en el cuello son de más fácil acceso en situaciones de compromiso hemodinámico del paciente (ejemplo: hipotensión arterial significativa).

Pulso arterial radial: se examina clásicamente sobre la arteria radial derecha. El examinador, ubicado a la derecha del paciente, comprime la arteria radial sobre los planos profundos por fuera de los tendones flexores de la mano, con el pulpejo de los dedos índice, mayor y anular (de la mano más hábil), mientras que el pulgar apoya en pinza sobre el dorso de la muñeca. La fuerza de compresión debe ser regulada para obtener la mayor amplitud del pulso. Se perciben las ondas del pulso y se evalúan sus características

B) PRESIÓN ARTERIAL:

Es la tensión de las paredes de las arterias debida a la presión que ejerce sobre ellas la sangre que circula en cada uno de los circuitos, mayor y menor, con una presión media decreciente desde el ventrículo izquierdo hacia las aurículas. La determinación de la presión en los distintos sectores de los dos circuitos es sumamente útil en circunstancias especiales. La determinación de la presión arterial (PA) en la circulación mayor puede hacerse fácilmente con los métodos clínicos. La PA varía a lo largo del ciclo cardíaco; se mide en mm Hg.

- Presión arterial sistólica (PAS) o máxima: corresponde al valor de presión máximo que se alcanza durante el período de expulsión sistólica
- Presión arterial diastólica (PAD) o mínima: valor mínimo o menor de presión que se alcanza durante el período diastólico
- Presión de pulso o presión diferencial: diferencia numérica entre los valores de la presión sistólica y diastólica.

El examen debe realizarse con un esfigmomanómetro validado. Actualmente se utilizan los tensiómetros aneroides y electrónicos, de fácil aplicación, sensibles y confiables. Todos los equipos que se utilizan para la medición de la presión arterial deben ser debidamente certificados, debiendo ser controlados y eventualmente calibrados, periódicamente.

A continuación se resumen las normas y recomendaciones internacionales actualizadas para su determinación.

SEMIOTECNIA DE LA DETERMINACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

El paciente debe estar sentado en reposo durante al menos cinco minutos antes de tomarle la presión; en posición erguida con el brazo desnudo y apoyado a la altura del corazón con la mano en pronación para relajar el brazo, la espalda apoyada en el respaldo del asiento. El manguito o brazaletes del tensiómetro debe colocarse centrado sobre la arteria humeral, con 2 o 3 cm libres encima del pliegue de flexión del codo y ajustarse. El ancho del manguito debe ser mayor que el diámetro del brazo o cubrir el 40% de su perímetro, y su largo debe cubrir el 80% de ese perímetro. Algunos pacientes

de mayor tamaño requerirán el uso de un manguito más grande y de menor tamaño en el caso de tratarse de un paciente pequeño. Si el tamaño del manguito no es el adecuado las mediciones pueden ser erróneas. Estas recomendaciones son válidas para los tensiómetros aneroides y electrónicos.

Para la determinación de la presión arterial mediante un tensiómetro aneroides el operador debe estar en posición cómoda, con las agujas del manómetro a la altura de sus ojos para evitar el error de parelaje.

Inicialmente se determina la PAS por palpación del pulso radial. A tal efecto se insufla el manguito rápidamente, a una velocidad constante, observando permanentemente la angulación de la aguja. La desaparición de la onda de pulso indica el nivel de PAS. A continuación se insufla el manguito 20-30 mm Hg por encima del nivel de la PAS determinada por palpación y se ubica la campana del estetoscopio en la fosa humeral (sobre la arteria humeral). Seguidamente se desinfla lentamente el manguito (velocidad de 2-3 mm Hg por segundo) auscultando y observando permanentemente la angulación de la aguja.

La PAS coincide con el primero de los ruidos sucesivos auscultados (ruidos de Korotkoff: fase I) y la PAD con la desaparición de los ruidos (por convención se utiliza el valor del último ruido auscultado: fase V de los ruidos de Korotkoff). La auscultación debe continuar hasta que la presión en el manguito haya descendido 10-20 mmHg por debajo del último ruido auscultado a modo de confirmar su desaparición.

Posteriormente se desinfla el manguito rápidamente y de forma completa.

En los casos en que fuera necesario repetir la toma de presión, se recomienda esperar dos minutos entre ambas mediciones.

En algunas circunstancias especiales puede estar ausente la fase V, persistiendo la auscultación atenuada de los ruidos (fase IV) siendo entonces ése el valor de registro de PAD.

Para la determinación de la presión arterial mediante tensiómetro digital se deberán seguir las indicaciones del fabricante para su utilización. Dada la variabilidad de la presión arterial y la sensibilidad de estos equipos, se recomienda efectuar dos mediciones, con intervalo de dos minutos, promediando los valores.

No se recomienda la utilización de los tensiómetros digitales de muñeca debido a que su baja precisión los hace poco confiables.

En la actualidad se consideran valores de presión arterial normal para un paciente adulto (mayor de 18 años) cifras menores de 120/80 mm Hg.

2) EXAMEN DE LA CABEZA

La cabeza comprende el cráneo y la cara.

ERGONOMIA

Posición del operador: en todos los casos el operador se ubicará de pie, por delante del paciente.

Posición del paciente: el paciente se encontrará sentado, con la espalda recta (90°- 110°).

SEMIOTECNIA

Semiología del cráneo: comprende el estudio de la configuración externa y los elementos que lo recubren, así como la forma y el tamaño.

Debe observarse:

- Cuero cabelludo
- Pelos
- Glándulas anexas

Semiología de la cara: comprende la exploración física de la facies

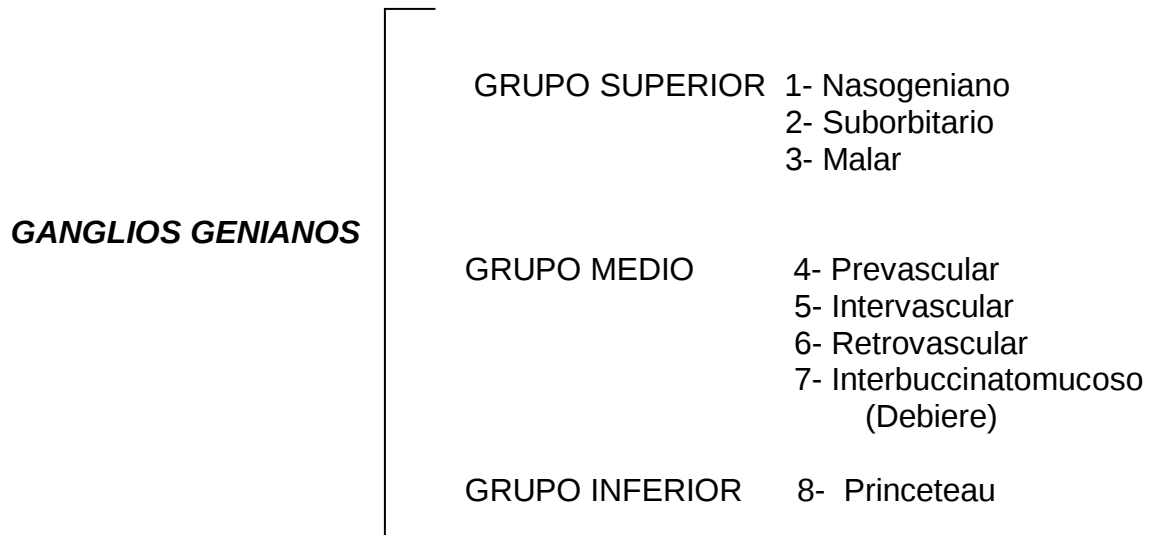
Debe evaluarse:

- Coloración de la piel
- Pelos
- Glándulas sebáceas y sudoríparas
- Músculos
- Tejido adiposo

3) CADENAS GANGLIONARES - GANGLIOS CERVICOFACIALES

A) CLASIFICACIÓN

CIRCULO GANGLIONAR PERICERVICAL



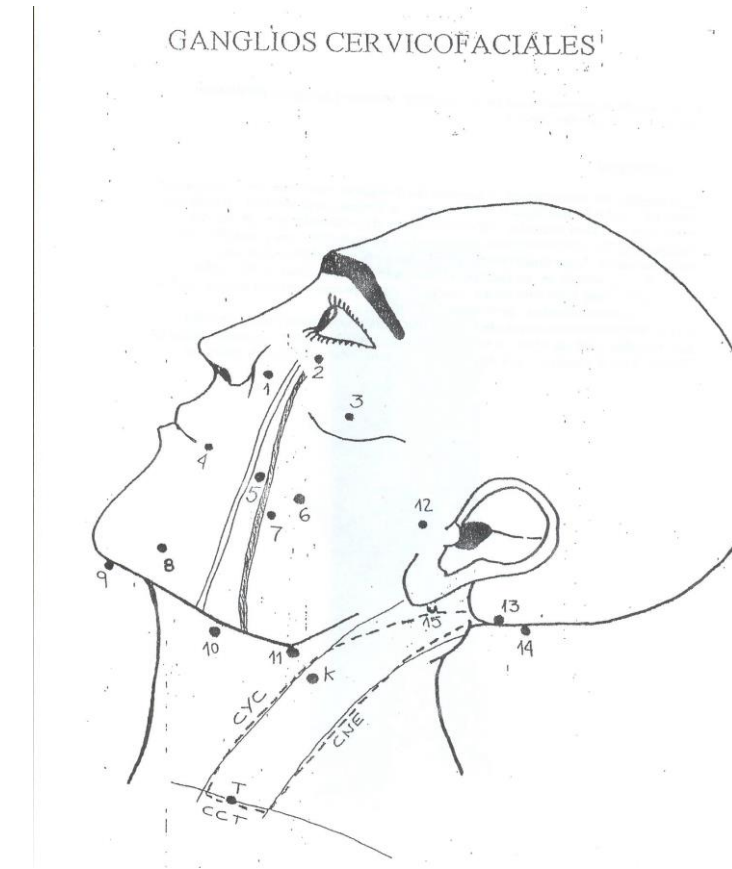
- 9- Submentonianos
- 10-Submaxilar.
- 11- Chassaignac
- 12- Preauriculares
- 13- Mastoideos
- 14- Occipitales
- 15- Parotídeos.

CADENAS GANGLIONARES DEL CUELLO

Cadena del nervio espinal

Cadena yugulocarotídea (Ganglio de Kütner)

Cadena de la arteria cervical transversa (Ganglio de Troissier)



B) ERGONOMIA

Posición del operador: en todos los casos el operador se ubicará de pie, por delante del paciente y a la derecha del paciente (menos cuarto de las manecillas del reloj).

Posición del paciente: el paciente se encontrará sentado, con la espalda recta (90° - 110°) en todas las inspecciones.

C) SEMIOTECNIA GANGLIONAR

La semiotecnia ganglionar se basa fundamentalmente en la palpación e inspección.

Inspección: se observa simetría, coloración, presencia de lesiones planas, elevadas o deprimidas.

Palpación: se realiza con las yemas de los dedos de una mano, mientras que con la otra se mantiene fija la cabeza del paciente.

Evaluar: localización, tamaño, consistencia, movilidad, adherencia a planos profundos, uni o bilateralidad, número y compromiso del grupo ganglionar.

1- Cadena Ganglionar Pericervical:

- **Grupo Geniano:**

Ubicación: este grupo se encuentra intercalado en el trayecto de los linfáticos que acompañan a la arteria y a la vena facial.

Se dividen en tres zonas:

- 1- ZONA DEL MAXILAR SUPERIOR: integrada por los ganglios: **nasogeniano, suborbitario y malar.**

Palpación: extrabucal. Se realiza con los dedos índice y medio de una mano.

- 2- ZONA INTERMEDIA: integrada por los ganglios:

Prevasculares: ubicados por delante de la arteria facial.

Intervasculares o intermedios: situados entre ambos vasos.

Retrovasculares: localizados por detrás de la vena facial. En esta zona puede encontrarse en forma inconstante el ganglio interbuccinatomucoso de Debiere, ubicado entre el músculo buccinador y la mucosa yugal. Se palpa con el dedo pulgar (hace plano duro) exobucal y el índice endobucal.

Palpación: exo – endobucal. Bidigital utilizando los dedos pulgar (endobucal) e índice. Se intenta deslizar el ganglio entre ambos dedos.

- 3- ZONA DEL MAXILAR INFERIOR: situada en el borde inferior de la mandíbula, integrada por el ganglio de Princetau.

Palpación: extrabucal, bidigital. Se realiza con los dedos índice y medio.

- **Ganglios Submentonianos:**

Ubicación: entre los vientres anteriores de los digástricos.

Palpación: exobucal. Se realiza con la cabeza del paciente inclinada hacia el lado a explorar, con el dedo pulgar apoyado sobre la cara externa de la mandíbula, mientras que con los dedos índices, medio, anular y meñique se llevan los ganglios hacia ella.

- **Ganglios Submaxilares:**

Ubicación: dentro del triángulo digástrico, cerca de la glándula submaxilar, a lo largo de la cara inferior de la mandíbula.

Palpación: exobucal. Se realiza con la cabeza del paciente inclinada hacia el lado a explorar, con el dedo pulgar apoyado sobre la basal mandibular, mientras que con los dedos índices, medio, anular y meñique se llevan los ganglios hacia ella.

- **Ganglio de Chassaignac:**

Ubicación: dentro del ángulo mandibular.

Palpación: exobucal. Se realiza con la cabeza del paciente inclinada hacia el lado a explorar, con el dedo índice y medio por dentro del ángulo mandibular.

- **Ganglios Preauriculares:**

Ubicación: se encuentran por delante de la oreja.

Palpación: extrabucal. En forma bidigital, con los dedos índice y medio.

- **Ganglios Mastoideos:**
Ubicación: sobre la apófisis mastoides.
Palpación: extrabucal. En forma bidigital, con los dedos índice y medio.
- **Ganglios Occipitales:**
Ubicación: región posterior del cuello o nuca.
Palpación: extrabucal. Se palpa con cuatro dedos; índice, medio, anular y meñique de ambas manos, aplicadas simultáneamente sobre el hueso occipital.
- **Ganglios Parotídeos:**
Ubicación: se encuentran en el canal parotídeo.
Palpación: extrabucal. En forma bidigital, con los dedos índice y medio.

2- Cadenas Ganglionares del Cuello:

- **Cadena Ganglionar del Nervio Espinal:**
Ubicación: a nivel del borde posterior del esternocleidomastoideo
Palpación: exobucal. Se le indica al paciente que dirija la cabeza hacia el lado contrario al que se va a palpar, a fines de ubicar el músculo esternocleidomastoideo. A continuación se colocan los dedos índices, medio, anular y meñique, entre el borde posterior del mencionado músculo y el borde anterior del trapecio.
- **Cadena Ganglionar Yugulocarotídea:**
Ubicación: a nivel del borde anterior del esternocleidomastoideo.
Palpación: se palpa en el borde anterior del mencionado músculo.
- **Cadena Ganglionar de la Arteria Cervical Transversa:**
Ubicación: fosa supraclavicular.
Palpación: se palpa bidigitalmente, lateralizando la cabeza del paciente y haciendo llevar el hombro hacia adelante y arriba.

4- SEMIOTECNIA DE LOS MÚSCULOS

Uno de los métodos clínicos para detectar el dolor muscular es la palpación. Es conveniente recordar los puntos de inserción de los mismos.

PTERIGOIDEO EXTERNO (palpación endobucal): se lleva el dedo índice hasta el fondo del surco hamular por detrás de la tuberosidad del maxilar superior y el pulpejo del dedo, desplazando en profundidad para lo cual el paciente debe tener la boca semi - cerrada.

PTERIGODEO INTERNO (palpación endo-exobucal): se palpa la porción inferior del músculo. Se inclina la cabeza del paciente hacia el lado a palpar, se lleva el dedo índice hasta la cara interna del gonion por el piso de boca. Exobucalmente se lleva el dedo índice y mayor de la otra mano introduciendo ambos dedos debajo del borde mandibular, haciendo presión.

TEMPORAL (palpación exobucal) Haz anterior: se recorre con todos los dedos (exceptuando al pulgar) la fosa temporal, palpando las fibras anteriores, medias y posteriores.

TENDON DEL TEMPORAL (palpación endobucal): se lleva el dedo índice, con el pulpejo hacia el carrillo buscando el borde anterior de la rama ascendente por detrás del trígono retromolar, se indica al paciente que abra la boca desplazando la apófisis coronoides y se procede a palpar el tendón que se inserta en ella.

MASETERO (palpación exo-endobucal): se pide al paciente que cierre la boca y apriete y afloje los dientes, para que el músculo haga prominencia. Se toma la masa muscular con una mano; al mismo tiempo, se ubica el dedo índice de la mano opuesta dentro de la cavidad bucal, recorriendo el borde anterior del músculo.

ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO (palpación exobucal, bidigital): se le indica al paciente que gire la cabeza hacia el lado contrario al que se va a palpar. Se toma la masa muscular con los dedos pulgar e índice y se recorre en toda su extensión.

VIENTRE POSTERIOR DEL DIGÁSTRICO (palpación exobucal, bidigital): se flexiona la cabeza hacia el lado opuesto a la palpación y a la altura de la apófisis mastoides se investiga con los dedos índice y mayor.

MÚSCULOS OCCIPITALES DEL CUELLO (palpación exobucal, bimanual): en extensión, con las dos manos se recorre toda la nuca en busca de puntos dolorosos.

5) EXAMEN BÁSICO DE ATM

SEMIOTECNIA

Para el estudio de la ATM se utiliza la auscultación (con estetoscopio a nivel de la articulación) y la palpación para determinar la presencia de ruidos articulares (crepitación o chasquidos); así como también alteraciones oclusales que puedan provocar patología articular

- **Palpación Preauricular de ATM:** el operador se ubica de frente al paciente colocando los dedos índice y medio (bidigital) a nivel del tragus de ambos lados. Se le indica al paciente que realice movimientos de apertura y cierre mandibular detectando la presencia de desviaciones y ruidos articulares.
- **Palpación de la ATM a través del conducto auditivo:** el operador se ubica de frente al paciente colocando los dedos meñiques dentro del conducto auditivo de ambos lados. Se le indica al paciente que realice movimientos de apertura y cierre mandibular detectando la presencia de desviaciones y ruidos articulares.
- **Medida de la Apertura Bucal:** se pide al paciente que abra la boca, se mide con regla de borde incisal superior a borde incisal inferior. Medida: 35-45 mm, en hombres puede alcanzar hasta 50 mm.
- **Lateralidad derecha:** se pide al paciente que lateralice la mandíbula hacia el lado derecho, se mide desde línea interincisiva superior hasta línea interincisiva inferior. Medida: 7-10 mm
- **Lateralidad izquierda:** se pide al paciente que lateralice la mandíbula hacia el lado izquierdo, se mide desde línea interincisiva superior hasta línea interincisiva inferior. Medida: 7-10 mm
- **Protrusión:** se pide al paciente que protruya la mandíbula. Se mide desde borde incisal superior al borde incisal inferior. No debe existir contacto en piezas posteriores. Medida: 7-10 mm

6) EXAMEN DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

LOCALIZACIÓN Y SEMIOTECNIA:

- **Parótida:**

Ubicación: zona anterolateral del cuello. En condiciones de normalidad no llena la depresión (surco parotídeo) que existe detrás del borde posterior de la rama del maxilar inferior y delante del lóbulo de la oreja.

Palpación: en condiciones normales no se palpa.

Exploración: comienza con la inspección de la zona (presencia de abultamientos, asimetrías, coloración de la piel de la región y levantamiento del lóbulo de la oreja. Si existiera alguna alteración el examen se debe completar con la palpación, recorriendo la zona con todos los dedos ambos lados para evaluar su superficie, límites, consistencia y sensibilidad.

Evaluación de la permeabilidad del orificio excretor del conducto de Stensen (ubicado en la mucosa yugal a nivel del primer molar superior): se pide al paciente que abra la boca, se seca la zona con una gasa y se observa la excreción salival espontánea o inducida por compresión glandular o por sustancias que la estimulan (ejemplo: ácidos).

- **Submaxilar:**

Ubicación: en la celda submaxilar cuyos límites son: vientre anterior y posterior del digástrico y borde inferior del cuerpo mandibular. En condiciones de normalidad no hace relieve, pero si aumenta de volumen en forma franca se hace evidente por debajo del ángulo de la mandíbula.

Palpación: es endo-exobucal y exobucal. En la primera se coloca una mano por debajo del borde inferior de la mandíbula haciendo plano duro y con el dedo índice de la otra mano se localiza la glándula en el piso de boca a nivel del segundo molar inferior hacia la línea media (endobucal) La exobucal: se inclina la cabeza del paciente hacia el lado que se va a palpar y con los dedos índice, medio y anular de una mano se palpa la glándula (hacia la línea media) a nivel de la región submentoniana. Al igual que la parótida, se la puede estimular para evaluar la permeabilidad de su conducto excretor (conducto de Wharton) ubicado a cada lado del frenillo lingual a nivel del piso de boca.

- **Sublingual:**

Ubicación: se encuentra en un espacio cuadrangular delimitado por: la fosita sublingual (pared externa), la lengua (pared interna), músculo milohiideo (pared inferior) y mucosa del piso de boca (pared superior).

Palpación: (endo-exobucal) en normalidad se palpa a nivel de las carúnculas sublinguales en el piso de boca con el dedo índice de una mano y haciendo plano duro con la otra mano a nivel submandibular. Esta glándula es, en realidad el resultado del agrupamiento de varias glándulas, cada una de las cuales tiene su propio conducto excretor (10 a 30), denominados conductos de Walter. Estos desembocan en forma de papilas ubicadas a lo largo de las carúnculas sublinguales. Uno de ellos, el más voluminoso y a veces único, es el conducto de Rivinus o de Bartholino, que desemboca por fuera del conducto de Wharton.

7) EXAMEN DEL CUELLO

El cuello es la región anatómica que se interpone entre la cabeza y el tórax.

Se divide en dos grandes regiones: región anterolateral y región posterior.

Región anterolateral: se extiende hacia delante de los bordes anteriores de ambos trapecios. El músculo esternocleidomastoideo (ECM) la divide en:

- Zona anterior: por delante del surco del ECM derecho e izquierdo. A su vez, el hueso hioides separa una zona anterior suprahiodea y una zona anterior infrahiodea.
- Zona lateral: se ubica por detrás del surco del ECM y esta constituida por tres porciones: parotídea, carotídea y supraclavicular.

Región posterior: corresponde a la nuca y se extiende a ambos bordes anteriores del trapecio.

ERGONOMIA

El examen del cuello debe efectuarse con el paciente sentado, frente al profesional, con la cabeza erguida y bien centrada, descubierta la región hasta la zona clavicular. Esta posición sufre variaciones de acuerdo a las diferentes estructuras a palpar.

SEMIOTECNIA

El examen del cuello es relevante por los diversos órganos contenidos en él: glándulas salivales, glándula tiroides, faringe, laringe, tráquea, esófago cervical, paquete vasculonervioso y ganglios. Se evalúa mediante inspección, palpación y auscultación.

Los signos y síntomas del cuello dependerán de la estructura u órgano comprometido.

Se debe observar: piel, forma, simetría, posición y movilidad espontánea

Estructuras a examinar:

- Arterias y venas
- Tráquea: se encuentra en la línea media y adelante
- Glándula tiroides: ubicada en la región anterolateral, por delante del eje laringotraqueal y por debajo del cartílago cricoides. En normalidad no se evidencia. Durante la deglución se produce un descenso. Para su exploración el operador se ubica por detrás del paciente, rodea con ambas manos el cuello del sujeto, con los dos pulgares apoyados en la nuca y los dedos restantes dirigidos hacia delante para palpar los dos lóbulos.
- Ganglios: ver contenidos en el capítulo correspondiente a la cadena ganglionar del cuello.

8) EXAMEN DE CAVIDAD BUCAL

ERGONOMIA

Posición del operador: en todos los casos el operador se ubicará de pie, por delante y a la derecha del paciente (menos cuarto de las manecillas del reloj).

Posición del paciente: el paciente deberá estar sentado, con la espalda recta (90°- 110°) en todas las inspecciones exceptuando la exploración del paladar duro posterior y el paladar blando donde el respaldo se reclinará a 120°

SEMIOTECNIA

Para el examen de la cavidad bucal la exploración seguirá el siguiente orden:

- 1° Labios (piel, semimucosa y mucosa labial)
- 2° Mucosa yugal.
- 3° Paladar duro anterior y posterior y, blando
- 4° Istmo de las fauces
- 5° Lengua
- 6° Piso de boca

1- Labios:

1.1 Revestimiento cutáneo (piel): se examina con la boca cerrada. Observar: forma, tamaño, color y textura.

Sus límites son: base de la nariz, surco nasogeniano, línea que baja desde la pupila y pasa a medio cm. por fuera de las comisuras y el surco mentolabial.

1.2 Borde libre (semimucosa): se evalúa por medio de la inspección y palpación digital (pulgar e índice)

1.3 Mucosa: para evaluar la mucosa, se evierten ambos labios con los dedos pulgar por dentro e índice por fuera, en forma bimanual (técnica bimanual y digital).

Para evaluar la secreción de las glándulas salivales accesorias se debe secar la mucosa con gasa estéril.

Observar:

- Textura y humedad
- Líneas de Klein
- Granulaciones
- Frenillos y bridas
- Fondo de surco
- Mucosa alveolar
- Encía libre insertada
- Secreción de las glándulas salivales accesorias

2 – Mucosa yugal:

En normalidad presenta color rosado y aspecto liso.

2.1 Mucosa yugal anterior o retrocomisural:

Se inspecciona evertiendo el carrillo con los dedos índice y pulgar de ambas manos.

Técnica bidigital y bimanual.

2.2 Mucosa yugal posterior

Se inspecciona examinando en forma directa empleando el espejo bucal para separar carrillos.

Observar: ubicación y características de los orificios de salida de los conductos de Stensen y la línea alba bucalis o interoclusal.

En la mucosa yugal se puede palpar el borde anterior del músculo masetero, la arteria facial y la bola adiposa de Bichat, ubicada en el borde anterior del masetero y el trayecto del conducto de Stensen.

3- Paladar:

En condiciones normales su color es rosa más pálido que el resto, presenta una mucosa firme paraqueratinizada adherida al hueso subyacente.

3.1. A) *Paladar duro anterior*: se examina en forma indirecta, con el espejo bucal.

Observar: Papila interincisiva

Rugas palatinas

Rafe medio (torus palatino)

3.1.B) *Paladar duro posterior*: se examina por visión directa

Observar: foveólas palatinas

3.2 Paladar blando

En normalidad se presenta como una mucosa delgada y lisa de color rosado, no queratinizada. Contiene gran cantidad de glándulas salivales menores.

Se examina por visión directa. Se solicita al paciente que pronuncie el término “ah” o se induce al reflejo nauseoso.

4- Istmo de las fauces:

Comunica la cavidad bucal con la faringe

Observar: Forma

Tamaño

Movilidad de la úvula

Aspecto

Tamaño de las amígdalas

Se examina por visión directa. Se solicita al paciente que pronuncie el término “ah” o se induce al reflejo nauseoso.

5- Lengua:

Se examina en reposo y en movimiento

- En reposo: mediante la observación directa y en extensión. Para la extensión: se sujeta la punta de la lengua con una gasa para observar la cara dorsal, la base y los bordes.
- En movimiento (movilidad activa): solicitando al paciente que realice movimientos hacia fuera, arriba y a los laterales, analizando también la punta.

5.1 Cara dorsal:

En normalidad se observa:

- Papilas filiformes, fungiformes, foliadas y caliciformes.
- Foramen caecum o agujero ciego (en el vértice de la V lingual, vestigio del conducto tirogloso)
- Amígdala lingual (ubicada en el borde lingual más posterior): para su observación la lengua se tracciona hacia los lados.

5.2 Cara ventral:

Para su inspección se le pide al paciente que toque el paladar, por detrás de los incisivos superiores, con la punta de la lengua.

Observar:

- Venas raninas
- Frenillo
- Glándulas linguales anteriores de Wharton (cerca de la punta), sus conductos excretores se abren en pequeñas protuberancias en los pliegues fimbriados.

6- Piso de la boca:

En normalidad presenta mucosa fina y deslizante.

Observar:

- Carúnculas sublinguales (a ambos lados del frenillo)
- Pliegues sublinguales (presentan las desembocaduras de los conductos salivales)

La palpación es endobucal, exobucal y bimanual. Consiste en colocar el dedo índice de una mano dentro de la boca (endobucal) y la mano contraria, exobucal haciendo plano mandibular.

Se debe palpar:

- Cara interna de la mandíbula
- Línea oblicua interna
- Torus mandibular
- Apófisis geni
- Glándulas y ganglios submaxilares

9) EVALUACION DEL RIESGO MÉDICO

La determinación del Riesgo Médico se realiza previamente a la toma de decisión del plan de tratamiento odontológico adecuado a la situación clínica del paciente. Un tratamiento adecuado implica el conocimiento del “estado general” del paciente basándose en la información obtenida mediante la realización de la Historia Clínica (interrogatorio y examen físico). Es importante tener en cuenta que es frecuente el padecimiento de enfermedades sistémicas y que éstas pueden influir, complicar o contraindicar determinado tratamiento. La evaluación del Riesgo Médico tiene implicaciones clínicas, quirúrgicas, económicas y legales.

Una de las formas de evaluar el “estado general” es la utilización del Score ASA (American Society of Anesthesiology). Este sistema de clasificación permite estimar – si bien no predice mortalidad - el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.

SISTEMA DE CLASIFICACION ASA

CLASE I	Paciente sano.
CLASE II	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada o no incapacitante. Ejemplos: hipertensión arterial controlada, fumador, bebedor social de alcohol, embarazo, diabetes mellitus con control metabólico, enfermedad pulmonar leve, hipotiroidismo controlado, entre otros.
CLASE III	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Ejemplos: diabetes mellitus o HTA no controlada, insuficiencia cardíaca o respiratoria moderada a severa, obesidad mórbida, hepatitis activa, dependencia o abuso de alcohol, marcapasos implantado, nefropatía terminal en plan de diálisis establecida, historia de infarto de miocardio, ACV, AIT, o colocación de stents, de mayor de tres meses de evolución.
CLASE IV	Paciente con enfermedad sistémica grave o incapacitante, que constituye además una amenaza constante para la vida. Ejemplos: insuficiencia renal, cardíaca o respiratoria severas descompensadas, disfunción valvular severa, accidentes vasculares agudos: infarto de miocardio, AIT y ACV recientes (< 3 meses) o en curso.
CLASE V	Paciente moribundo, en estado terminal. Expectativa de vida menor de 24 horas con o sin tratamiento quirúrgico. Ejemplos: ruptura de aneurisma de aorta torácico o abdominal, tromboembolismo pulmonar, trauma masivo, hemorragia intracraneal con efecto de masa, falla multiorgánica.
CLASE VI	Paciente con muerte cerebral declarada cuyos órganos serán removidos para donación.

Modificado: ASA PHYSICAL STATUS CLASSIFICATION SYSTEM. Last approved by the ASA House of Delegates on October 15, 2014

10) REANIMACIÓN CARDIORRESPIRATORIA BÁSICA

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en nuestro país en el mundo. La evidencia científica indica que el entrenamiento en Reanimación Cardiorrespiratoria (RCP) otorga el conocimiento necesario para reconocer los síntomas de un ataque cardíaco o cardiovascular, como así también la confianza y destreza para enfrentar esas situaciones y otras tales como la asfixia por sofocación, electrocución, inmersión, obstrucción de la vía aérea.

SÍNTOMAS A RECONOCER

- Dolor u opresión en el centro del pecho
- Dificultad para respirar
- Dolor irradiado a los brazos
- Dolor en el cuello y la mandíbula
- Piel sudorosa y fría
- Sensación de muerte inminente

SEÑALES DE ADVERTENCIA DE PARO CARDÍACO

- Pérdida repentina de la capacidad de respuesta
- NO respira o NO respira normalmente

La víctima no responde al estimular la respuesta y no tiene una respiración normal al inclinar la cabeza hacia arriba y comprobar por lo menos durante cinco segundos.

Si estos síntomas de un paro cardíaco están presentes, llame al 107 o pida que llamen al 107 o al número de emergencia local y trate de obtener un DEA (desfibrilador automático) -si está disponible- y comenzar inmediatamente la RCP.

Guías de la Asociación Americana de Cardiología (AHA) 2015 para RCP y ACE (atención de emergencia cardiovascular).

CADENA DE SUPERVIVENCIA EXTRAHOSPITALARIA

- 1- Reconocimiento inmediato del paro cardíaco y activación del SEM (Servicio de Emergencia Médica)
- 2- RCP BASICA precoz: compresiones torácicas
- 3- Desfibrilación rápida (en el caso de tener disponible un Desfibrilador Automático DEA)

4- Apoyo Vital Avanzado efectivo

5- Cuidados integrales pos paro cardíaco

Los ítems 4 y 5 corresponden a la atención vital avanzada (a cargo del equipo de emergencia)



Fuente: <http://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>

RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE Y LOS PRINCIPALES CAMBIOS REALIZADOS EN LAS NUEVAS RECOMENDACIONES 2017

- Mayores precisiones para reconocer y activar inmediatamente el SEM (sistema de emergencia médica) según los signos de falta de respuesta y comenzar RCP si la víctima no responde y no respira o la respiración no es normal
- Sigue resaltando la importancia de la RCP de alta calidad: compresión torácica fuerte y rápida, permitir el recoil del tórax y minimizar las interrupciones.
- La frecuencia de compresiones torácicas debe ser entre 100 y 120 cpm
- La profundidad de las compresiones para adultos, debe ser entre 5 - 6 cm. y en niños alrededor de 4 cm.

RCP BÁSICA EN ADULTOS

Algoritmo:

Verifique la seguridad del lugar. Establezca que la persona no responda (verificar estado de inconciencia) y PIDA AYUDA. Colóquelo sobre una superficie horizontal y firme

Solicite (comprometa) a alguna persona cercana que llame al número de emergencias local, indicando las siguientes situaciones:

1. Número de teléfono desde el que se llama
2. Lugar
3. Qué ocurre (características del evento)
4. Número de personas involucradas
5. No colgar hasta que el operador de emergencias lo indique

**C A B D primario NO responde
En adultos, niños y lactantes**

C: CIRCULACIÓN
A: VÍA ÁREA
B: VENTILACIÓN
D: DESFIBRILACIÓN

“C” circulación:

SI NO HAY SIGNOS DE RESPUESTA, Inicie RCP

NO responde, NO respira o la respiración es dificultosa.

Tome el pulso carotídeo: No demorar más de 10 segundos en identificar el pulso. Si no lo percibe, INICIE RCP inmediatamente.

SI NO HAY SIGNOS DE RESPUESTA: Comience compresiones torácicas
INICIAR RCP básica HASTA OBTENER UN DESFIBRILADOR O UN DEA.

Ubique las manos en el lugar correcto: en el centro del tórax, encima del esternón, dos traveses de dedo por encima del apéndice xifoides.

• **Realizar 30 Compresiones Torácicas**

A “abrir” la vía aérea: inclinación de la cabeza y elevación del mentón (si se sospecha traumatismo: tracción mandibular)

B “buena” ventilación: si la persona no respira, ocluya las fosas nasales y realice dos (2) ventilaciones con dispositivo de protección para la vía aérea (barrera, máscara unidireccional, entre otros dispositivos) observando que el tórax se eleve.

Alterne 30 compresiones rápidas con 2 ventilaciones hasta que llegue la emergencia, disponga de un DEA o la persona se recupere.

RCP BÁSICA EN LACTANTES Y NIÑOS

Algoritmo:

Se mantiene el mismo algoritmo que para la víctima adulta.

C A B D primario NO responde

Verifique la seguridad del lugar. Establezca que la persona no responda (verificar estado de inconciencia) y PIDA AYUDA. Colóquelo sobre una superficie horizontal y firme o coloque al bebé boca arriba sobre su antebrazo.

Solicite (comprometa) a alguna persona cercana que llame al número de emergencias local, indicando las siguientes situaciones:

6. Número de teléfono desde el que se llama
7. Lugar
8. Qué ocurre (características del evento)
9. Número de personas involucradas
10. No colgar hasta que el operador de emergencias lo indique

C “circulación”: SI NO HAY SIGNOS DE RESPUESTA, Inicie RCP

NO responde, NO respira o la respiración es dificultosa

SI NO HAY SIGNOS DE RESPUESTA, Inicie RCP

NO responde, NO respira o la respiración es dificultosa

Tome el pulso carotídeo: No demorar más de 10 segundos en identificar el pulso. Si no lo percibe, INICIE RCP inmediatamente

SI NO HAY SIGNOS DE RESPUESTA: Comience compresiones torácicas
INICIAR RCP básica HASTA OBTENER UN DESFIBRILADOR O UN DEA.

Ubique los dedos (anular e índice) en el lugar correcto: en el centro del tórax, encima del esternón, dos traveses de dedo por encima del apéndice xifoides.

A “abrir” la vía aérea: Inclinação de la cabeza y elevación del mentón (si se sospecha traumatismo: tracción mandibular)

B “buena” ventilación: si el bebé no respira o respira dificultosamente, si no hay signos de respuesta, realice dos (2) ventilaciones, observando que el tórax se eleve.

Un solo reanimador: alterne 30 compresiones rápidas con 2 ventilaciones hasta que disponga de un desfibrilador o DEA, llegue la emergencia o el lactante o el niño se recupere.

Dos reanimadores profesionales de la salud: alterne 15 compresiones rápidas con 2 ventilaciones hasta que disponga de un desfibrilador o DEA, llegue la emergencia o el lactante o el niño se recupere.

BIBLIOGRAFÍA

Los artículos del *Journal of the American Dental Association*. (JADA; J. Am. Dent. Assoc.) pueden consultarse en la Hemeroteca (hay un ejemplar por número) o en línea desde cualquier computadora dentro de la red de la UBA: <http://jada.ada.org/>

- Giglio, Máximo J. – Nicolosi, Liliana N. *Semiología en la Práctica Odontológica*. Santiago de Chile: McGraw-Hill Interamericana, 2000
- Grispan, David. *Enfermedades de la Boca: semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal*. 1a. ed. --Buenos Aires: Mundi 1970 – 1991. vol 1
- Little, James W, Falace Donald A. , Rodhus NL. *Dental Management of the Medically Compromised Patient*. 7ma. Edición. St. Louis: Mosby 2007
- Sanguinetti, Carlos A.- Sanguinetti, Lucio V. *Semiología, Semiología y Medicina Interna*. 3a. ed. Paidós 2000.
- Little, James W, Falace Donald A., Rodhus, Nelson L. *Tratamiento odontológico en pacientes bajo tratamiento médico*. Versión en español de la 5ª ed. en inglés. – Madrid: Harcourt, c1998.
- The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure". The JNC report. Washington, D.C. United States Department of Health and Human Services. National High Blood Pressure Education Programme, 2004.
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm>
- Saklad, Meyer. *Grading of Patients for Surgical Procedures*. En: *Anesthesiology*. 2 (3): 281-284, May 1941.
<http://journals.lww.com/anesthesiology/toc/1941/0500#-1736264>
- American Society of Anesthesiologists. ASA PHYSICAL STATUS CLASSIFICATION SYSTEM. Last approved by the ASA House of Delegates on October 15, 2014. <http://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>
- American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency cardiovascular Care. –*Circulation*. 2005; 112:IV-1-IV-5
http://circ.ahajournals.org/content/vol112/24_suppl/

- Resucitación Cardiopulmonar Básica. Fundación Cardiológica Argentina. Maniobras de RCP para víctimas adultas. www.fundacioncardiologica.org/rcpbasicaadulto.htm
- 2015 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science <http://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>
- Aspectos destacados de las actualizaciones detalladas de la American Heart Association de 2017 sobre soporte vital básico para adultos y pediátrico y calidad de la reanimación cardiopulmonary. https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2017/12/2017-Focused-Updates_Highlights_ESXM.pdf
- Okenson Jeffrey. Tratamiento de Oclusion y de afecciones temporomandibulares. 6° edicion. Ed. Elsevier Mosby 2008.
- O'Briena E, Atkinsb N, Stergiouc G, Karpettasc N, Paratid G, Asmare R, Imaif Y, Wangg J, Mengdenh T and Shennani A. European Society of Hypertension International Protocol revision 2010 for the validation of blood pressure measuring devices in adults; on behalf of the Working Group on Blood Pressure Monitoring of the European Society of Hypertension. Blood Pressure Monitoring 2010, Vol 15 No 1 http://www.bhsoc.org/files/4013/4311/9267/ESH_validation_protocol_-_20101.pdf
- Stergioua G, Karpettasa N, Atkins N and O'Brienc E. European Society of Hypertension International Protocol for the validation of blood pressure monitors: a critical review of its application and rationale for revisión. Blood Pressure Monitoring 2010, Vol 15 No 1 <http://www.eoinobrien.org/wp-content/uploads/2008/08/ESH-IP-Critical-Review.pdf>

ANEXO

LISTAS DE COTEJO **PARA EVALUACION DE DESTREZA**

- DETERMINACIÓN DEL PULSO CAROTÍDEO
- DETERMINACIÓN DEL PULSO RADIAL
- DETERMINACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL
- SEMIOTECNIA DE LAS CADENAS GANGLIONARES
- SEMIOTECNIA DE LOS MÚSCULOS
- EXAMEN BASICO DE LA ATM
- EXAMEN DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES
- EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL
- ALGORITMO REANIMACIÓN CARDIORRESPIRATORIA (RCP)

Autores colaboradores en la realización de las listas de cotejo:

Alisio, Ana - Armada, Mariana - Caraballo, Juan - Lama, Anabel - Pascual, Verónica - Rodríguez, Daniel.

Actualización 2016: Monod, Soledad - Pompeo, Mónica - Rubio, María del Carmen - Rudzinski Jesica.

LISTA DE COTEJO

Apellido y nombre del Alumno:

Fecha: ___/___/___

Situación: **DETERMINACIÓN DEL PULSO CAROTÍDEO**

Objetivo General: que el alumno sea capaz de realizar correctamente las maniobras para la toma de pulso carotídeo.

Conductas a observar (marcar con una cruz la opción correcta)	Si	No
1. Posición de paciente en el sillón		
2. Condiciones del paciente para la toma del pulso: citar		
3. Localización del sitio de toma		
4. Ubicación de los dedos (índice y medio)		
5. Tiempo de Toma de pulso		
6. Características del Pulso: describir		
7. Valores Normales: citar		

Situación: **DETERMINACIÓN DEL PULSO RADIAL**

Objetivo General: que el alumno sea capaz de realizar correctamente las maniobras para la toma de pulso radial.

Conductas a observar (marcar con una cruz la opción correcta)	Si	No
1. Posición de paciente en el sillón		
2. Condiciones del paciente para la toma del pulso: citar		
3. Localización del sitio de toma		
4. Ubicación de los dedos (índice, anular y medio)		
5. Tiempo de Toma de pulso		

6. Características del Pulso: describir		
7. Valores Normales: citar		

Apellido y nombre del Observador:

LISTA DE COTEJO

Apellido y nombre del Alumno:

Fecha: __/__/__

Situación: **DETERMINACIÓN DE LA PRESION ARTERIAL**

Objetivo General: que el alumno sea capaz de realizar correctamente las maniobras de toma de la Presión Arterial

Conductas a observar : (marcar con una cruz la opción correcta)	Si	No
1. Condiciones del paciente para la toma de la Presión: citar		
2. Posición del Paciente en el sillón odontológico		
3. Ubicación del manguito del tensiómetro en el brazo del paciente		
4. Toma del Pulso Radial		
5. Insuflación del manguito hasta perder pulso radial		
6. Detección de Presión Sistólica por método palpatorio (con tensiómetro aneroides)		
7. Insufla 20- 30 mmHg por encima de nivel de presión determinada por palpación		
8. Localización del pulso humeral		
9. Ubicación de la campana del estetoscopio		
10. Desinsufla lentamente percibiendo los ruidos		
11. Detección de Presión Sistólica y Diastólica mediante auscultación		
12. Valores Normales de Presión Arterial: menciona		

Apellido y nombre del Observador:

LISTA DE COTEJO

Apellido y nombre del alumno:

Fecha: __/__/__

Situación: **SEMIOTECNIA DE LAS CADENAS GANGLIONARES.**

Objetivo general: que el alumno sea capaz de clasificar, identificar, localizar y palpar los diferentes grupos ganglionares correspondientes a la zona de cabeza y cuello.

Conductas a observar (marcar con una cruz la opción correcta)	SI	NO
1- Coloca al paciente en posición adecuada		
2- Clasifica las dos cadenas ganglionares de la cabeza y cuello		
3- Localiza correctamente al grupo geniano superior		
4- Palpa correctamente al ganglio nasogeniano		
5- Palpa correctamente al ganglio suborbitario		
6- Palpa correctamente al ganglio malar		
7- Localiza correctamente al grupo geniano medio		
8- Palpa correctamente al ganglio prevascular		
9- Palpa correctamente al ganglio intervascular		
10- Palpa correctamente al ganglio retrovascular		
11- Palpa correctamente al ganglio interbuccinatomucoso de Debiere		
12- Localiza correctamente al grupo geniano inferior		
13- Palpa correctamente al ganglio de Princeteau		
14- Localiza correctamente al grupo submentoniano		
15- Palpa correctamente los ganglios submentonianos		
16- Localiza correctamente al grupo submaxilar		
17- Palpa correctamente los ganglios submaxilares		
18- Localiza correctamente al ganglio de Chassaignac		
19- Palpa correctamente al ganglio de Chassaignac		
20- Localiza correctamente los ganglios preauriculares		
21- Palpa correctamente los ganglios preauriculares		
22- Localiza correctamente los ganglios parotídeos		
23- Palpa correctamente los ganglios parotídeos		
24- Localiza correctamente los ganglios mastoideo		
25- Palpa correctamente los ganglios mastoideos		
26- Localiza correctamente los ganglios occipitales		
27- Palpa correctamente los ganglios occipitales		
28- Localiza correctamente la cadena yugulocarotídea		
29- Palpa correctamente la cadena yugulocarotídea		
30- Localiza correctamente al ganglio de Kütner		
31- Palpa correctamente al ganglio de Kütner		
32- Localiza correctamente la cadena del nervio espinal		
33- Palpa correctamente la cadena del nervio espinal		

34- Localiza correctamente la cadena de la arteria cervical transversa		
35- Palpa correctamente la cadena de la arteria cervical transversa		
36- Localiza correctamente al ganglio de Troissier		
37- Palpa correctamente al ganglio de Troissier.		

Apellido y nombre del observador:

LISTA DE COTEJO

Apellido y nombre del alumno:

Fecha: __/__/__

Situación: **SEMIOTECNIA DE LOS MÚSCULOS**

Objetivo general: que el alumno sea capaz de realizar correctamente las maniobras para la palpación muscular y la detección del dolor muscular.

Conductas a observar (marcar con una cruz la opción correcta): SI NO

MUSCULO OCCIPITAL		
1- Coloca al paciente en posición adecuada		
2- Ubicación del alumno durante la palpación		
3- Conoce las inserciones del músculo		
4- Localiza las inserciones del músculo		
5- Realiza correctamente la palpación		

MUSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO		
6- Coloca al paciente en posición adecuada		
7- Ubicación del alumno durante la palpación		
8- Conoce las inserciones del músculo		
9- Localiza las inserciones del músculo		
10- Realiza correctamente la palpación		

VIENTRE POSTERIOR DEL DIGASTRICO		
11- Coloca al paciente en posición adecuada		
12- Ubicación del alumno durante la palpación		
13- Conoce las inserciones del músculo		
14- Localiza las inserciones del músculo		
15- Realiza correctamente la palpación		

MASETERO		
16- Coloca al paciente en posición adecuada		
17- Ubicación del alumno durante la palpación		
18- Conoce las inserciones del músculo		
19- Localiza las inserciones del músculo		
20- Realiza correctamente la palpación		

PTERIGOIDEO INTERNO		
21- Coloca al paciente en posición adecuada		
22- Ubicación del alumno durante la palpación		
23- Conoce las inserciones del músculo		
24- Localiza las inserciones del músculo		
25- Realiza correctamente la palpación		

Apellido y nombre del Observador:

	SI	NO
TEMPORAL		
26- Coloca al paciente en posición adecuada		
27- Ubicación del alumno durante la palpación		
28- Conoce las inserciones del músculo		
29- Localiza las inserciones del músculo		
30- Realiza correctamente la palpación		
TENDON DEL TEMPORAL		
31- Coloca al paciente en posición adecuada		
32- Ubicación del alumno durante la palpación		
33- Conoce las inserciones del músculo		
34- Localiza las inserciones del músculo		
35- Realiza correctamente la palpación		
PTERIGOIDEO EXTERNO		
36- Coloca al paciente en posición adecuada		
37- Ubicación del alumno durante la palpación		
38- Conoce las inserciones del músculo		
39- Localiza las inserciones del músculo		
40- Realiza correctamente la palpación		

Apellido y nombre del observador:

LISTA DE COTEJO

Apellido y nombre del alumno:

Fecha: __/__/__

Situación: **EXAMEN BÁSICO DE LA ATM**

Objetivo general: que el alumno sea capaz de realizar correctamente el examen básico de ATM

Conductas a observar (marcar con una cruz la opción correcta):	SI	NO
1- Conoce los métodos clínicos de estudio de la ATM		
2- Coloca al paciente en la posición correcta		
3- Realiza en forma correcta la palpación preauricular		
4- Realiza en forma correcta la palpación de la ATM a través del conducto auditivo		
5- Realiza en forma correcta la medición de la apertura bucal		
6- Conoce la medida normal de la apertura bucal (35 - 50 mm)		
7- Mide en forma correcta la lateralidad derecha		
8- Conoce el valor normal de la lateralidad derecha (7 - 10 mm.)		
9- Mide en forma correcta la lateralidad izquierda		
10- Conoce el valor normal de la lateralidad izquierda (7 - 10 mm.)		
11- Mide en forma correcta la protrusión (7 - 10 mm.)		

Apellido y nombre del observador

LISTA DE COTEJO

Apellido y nombre del alumno:

Fecha: __/__/__

Situación: **EXAMEN DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES**

Objetivo general: que el alumno sea capaz de clasificar, identificar, localizar y palpar las glándulas salivales

Conductas a observar (marcar con una cruz la opción correcta):	SI	NO
1- Coloca al paciente en posición adecuada para la palpación de la glándula submaxilar.		
2- El alumno se ubica correctamente para realizar la maniobra de palpación de la glándula submaxilar.		
3- Realiza correctamente la palpación exobucal de la glándula submaxilar		
4- Realiza correctamente la palpación exo-endobucal de la glándula submaxilar.		
5- Reconoce el sitio topográfico donde desemboca el conducto de Warthon.		
6- Realiza correctamente la palpación del conducto de Warthon.		
7- Coloca al paciente en posición adecuada para la palpación de la glándula sublingual.		
8- El alumno se ubica correctamente para realizar la maniobra de palpación de la glándula sublingual.		
9- Realiza correctamente la palpación de la glándula sublingual		
10- Coloca al paciente en posición adecuada para la palpación de la glándula parótida.		
11- El alumno se ubica correctamente para realizar la maniobra de palpación de la glándula parótida.		
11- Realiza correctamente la palpación de la glándula parótida		
12- Reconoce el sitio topográfico donde desemboca el conducto de Stenon.		
13- Realiza correctamente la palpación del conducto de Stenon.		

Apellido y nombre del observador:

LISTA DE COTEJO

Apellido y nombre del alumno:

Fecha: __/__/__

Situación: **EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL**

Objetivo general: Que el alumno sea capaz de realizar la semiotecnia de la cavidad bucal y reconocer los accidentes topográficos del mismo.

Conductas a observar (marcar con una cruz la opción correcta):	SI	NO
1- Coloca al paciente en posición adecuada para realizar la inspección de la cavidad bucal		
2- El alumno se ubica correctamente para realizar la inspección de la cavidad bucal		
3- Conoce la secuencia a seguir para realizar el examen de la cavidad bucal		

LABIO:		
4- Examina en forma correcta la piel, semimucosa, mucosa, y encía del sector anterior de los labios.		
5- Reconoce la anatomía del sector labial		

MUCOSA YUGAL:		
6- Examina correctamente mucosa yugal y encía del sector posterior		
7- Reconoce la anatomía de la zona		

PALADAR		
8- Examina correctamente la zona		
9- Sabe observar los accidentes anatómicos del sector		

LENGUA		
10- Conoce los métodos semiológicos para su evaluación		
11- Reconoce los elementos anatómicos de la cara dorsal		
12- Reconoce los elementos anatómicos de la cara ventral		

PISO DE LA BOCA		
13- Examina en forma correcta el piso de la boca		
14- Reconoce los elementos anatómicos del piso de la boca		

Apellido y nombre del observador:

LISTA DE COTEJO

Apellido y nombre del Alumno:

Fecha: __/__/__

Situación: **REANIMACION CARDIORRESPIRATORIA (RCP)**

Objetivo General: que el alumno sea capaz de realizar el algoritmo de las maniobras de RCP correctamente para mantener el sostén vital básico

Conductas a observar (marcar con una cruz la opción correcta)	SI	NO
1. Verifica la seguridad del lugar		
2. Verifica si el paciente responde a los estímulos: signos de respuesta		
3. Paciente no responde: llama al servicio de Emergencia		
4. Solicita desfibrilador automático espontáneo (DEA), según disponibilidad		
5. Ubica al paciente sobre superficie segura (decúbito dorsal)		
6. C: circulación si no hay signos de respuesta inicia compresión torácica. Puede tomar el pulso carotídeo: no demorar más de 10 seg si no lo percibe inicia RCP.		
7. Ubicación de las manos y el cuerpo del operador para realizar masaje cardíaco.		
8. Realiza 30 compresiones cardíacas externas rápidas y fuertes		
9. A: apertura de la vía aérea. Inclinação de la cabeza y elevación del mentón (si se sospecha traumatismo: tracción mandibular)		
10. B: ventilación. Realización de 2 ventilaciones (con dispositivo de protección respiratoria: barrera, máscara unidireccional u otros dispositivos)		
11. Algoritmo: un solo reanimador víctima adulto, niño o lactante 30:2 Niño o lactante dos reanimadores profesionales de la salud: 15:2		
12. Continuar hasta el obtener un desfibrilador o DEA, llegue la emergencia o la víctima se recupere		