

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León

Facultad de Odontología



Tesis para optar al Título de Cirujano-Dentista

Registro de historias clínicas de los pacientes atendidos por los alumnos del V
Curso en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología UNAN-
León entre Marzo-Junio de 2010.

Autor: Bra. Gabriela Alejandra Buitrago

Tutor: Dra. Ellia Morales

Asesoría: Dr. Róger Espinoza

Junio 2011

AGRADECIMIENTOS

A nuestro Creador por darme la luz y lo necesario para cumplir el sueño de finalizar la Carrera de Odontología, a mi madre por estar a mi lado y darme su incondicional apoyo, a mi hermana y toda mi familia. A Doña Yolanda de Jirón, a mi tutora Dra. Elbia Morales, a mis asesores Dr. Róger Espinoza y Dra. Tania Almendárez, a mis amigos, docentes, asistentes de clínica, pacientes y a todas las personas que de una u otra manera me ayudaron en el desarrollo de la carrera y en la realización de este trabajo monográfico.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Objetivos.....	3
Marco teórico.....	4
Diseño metodológico.....	32
Resultados.....	35
Discusión de resultados.....	43
Conclusiones.....	47
Recomendaciones.....	48
Bibliografía.....	49
Anexos.....	50

INTRODUCCIÓN

La historia odontopediátrica es una parte de la historia de la salud general del niño, la cual ayuda al odontólogo al conocimiento de la salud bucal del paciente. La historia clínica ha de recoger la dimensión evolutiva asociada con el desarrollo, la participación paterna en el cuidado de dicha salud y la propia intervención profesional, que forma parte de dicha experiencia. Una historia adecuada debe proporcionar información esencial acerca de las condiciones de salud bucal del niño, su familia, la razón de la visita, así como también sus aptitudes y prácticas de higiene bucal. Debe incluir un registro de la atención odontológica previa y todos los hechos relacionados con el paciente y sus padres respecto a ésta. Para la evaluación del paciente, la secuencia tradicional, que parte de la historia clínica y exploración para llegar a un diagnóstico continúa siendo el mejor enfoque.

La información base para establecer el diagnóstico sufre en la historia odontopediátrica alguna modificación al romperse la relación lineal paciente-odontólogo por otra naturaleza triangular constituida por el niño, sus padres y el odontólogo.¹

Antiguamente, cuando apenas había hospitales y el médico atendía individualmente todas las necesidades del paciente, sus historias clínicas eran como un cuaderno de notas donde se registraba los datos más importantes según su criterio. Cuando aparece la especialización, el trabajo en equipo y la medicina hospitalaria, la historia clínica pasó a ser responsabilidad compartida de un grupo de profesionales. Esto obligó a estructurar la información de manera coordinada. La historia clínica o expediente clínico es un documento médico legal, el cual surge en el contacto entre el equipo de salud y los usuarios a partir de la segunda mitad del siglo XX, siguiendo los modelos de atención primaria.²

Las clínicas de Odontopediatria de la Facultad de Odontología ubicadas en los años 70 en el Edificio Central de la UNAN-León contaba con una historia clínica para niños, según información verbal recogida con algunos profesores del Departamento de Odontología Preventiva y Social, en la que se incluían los datos generales del niño, los problemas que presentaba, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. Actualmente la Clínica se encuentra en el Complejo Docente de la Salud y se han incluido en la historia clínica los acápites de antecedentes obstétricos, hábitos de limpieza, hábitos de dieta, examen extraoral, examen oclusal, examen radiográfico, controles de placa y odontograma. La realización completa del registro de historia clínica es el primer paso del protocolo para la atención al niño y no en todos los casos se cumple correctamente.

Hazel Alvarado y Jessica Altamirano realizaron un estudio en el año 2009 sobre la frecuencia de

¹ Barbería Leache, Elena. et. al. Odontopediatria. 2^{da} ed. Barcelona. Masson. 2001.

² Disponible en historiamedical.com.ve/index_archivo/page762.html.

llenado de los expedientes de la clínica de Odontopediatría I de la UNAN-León.

Considerando que el registro completo y adecuado de la historia clínica es fundamental para establecer un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, se realizó este estudio para determinar si los estudiantes de la Clínica de Odontopediatría en el período comprendido entre marzo y junio de 2010 cumplieron con este requisito básico en la atención brindada a sus pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el registro de historias clínicas de los pacientes atendidos por alumnos del V año de Odontología en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la cantidad de historias clínicas registradas completamente.
- Establecer el registro de las historias clínicas por acápite.
- Determinar la presencia de radiografías de diagnóstico en los casos que fue necesario.
- Señalar qué cantidad de historias clínicas tienen presentación de caso clínico y firma de visto bueno del tutor correspondiente.

MARCO TEÓRICO

La teoría general de la Historia Clínica forma un sistema de conceptos normativos, teórico-prácticos, cuyo enlace lógico y significativo se necesita abordar como parte importante del ejercicio médico. La historia clínica es un documento médico cuyas aplicaciones son numerosas, imprescindibles para la asistencia, básico para la investigación, básica en epidemiología, puede servir para la divulgación, reviste importancia médico-legal y constituye un documento didáctico, mediante en que el maestro y alumno cultivan sus habilidades en el aspecto del razonamiento clínico y en el autoaprendizaje. Es el punto de partida del razonamiento médico, pues cada dato que se capta da lugar a interferencias que generan hipótesis, con modalidades de ratificación o rectificación.

Es imperativo ajustar y elaborar las historias clínicas dentro del método científico para que constituyan un documento que permita superación académica, por una parte, y contribuyan con eficacia a lograr o mejorar la salud del paciente, lo que repercutirá seguramente en los índices de costo-beneficio, por reducción de días de hospitalización, prescripciones más adecuadas, indicaciones precisas de ordenes de laboratorio y gabinete, así como la realización de intervenciones quirúrgicas o procedimientos de prevención y rehabilitación indispensables. Todo esto lleva implícito una labor educativa continua en médicos y estudiantes de medicina, así como en todo el personal que interviene en la atención de los pacientes, dignos de nuestro respeto, y que deben ser tratados con humanitarismo, con la mayor cortesía, metas que a veces vemos difíciles de alcanzar en un ejercicio médico cada vez más deshumanizado, pero no por ello dejan de marcar nuestra actuación frente al paciente.

En cada aplicación de la historia clínica resaltan ciertas características que conforman su estructura y le dan modalidades necesarias o específicas para cada uso determinado, de tal manera que proporcionen una utilidad óptima en las diversas ramas de la profesión médica. Esto es necesario y hay que estructurarla en un solo formato, que permita adaptarlo a ciertas características peculiares para un empleo especial, según el área médica a que se aplique.

En la enseñanza y el aprendizaje de la medicina, la historia clínica desempeña un papel importante, ya sea que su aplicación didáctica comience con su elaboración, o cuando ya esté terminada se aplique con fines de enseñanza; en este y en otros casos, van involucrados razonamientos, juicios o apreciaciones que deberán ser conocidos y puestos en evidencias por el maestro, con el objetivo de que el alumno se interese en el proceso de enseñanza-aprendizaje y a corto o largos plazos sea su propio mentor, cumpliendo así con la meta de autoaprendizaje.³

³ Cerecedo Cortina, Vicente. Historia Clínica: Metodología didáctica. 1^{era} ed. México D. F. Médica Panamericana. 2002.

La información contenida en la historia clínica permitirá:

1. La consulta integrada, de forma que en una búsqueda se pueden recuperar todos los datos de un mismo paciente, con independencia de su origen en el tiempo o de la Unidad o Servicio en el que se recogieron.
2. Su consulta coherente y ordenada, para lo cual todas las anotaciones que en ella se realicen contendrán la fecha, la identificación de la persona que la realiza, y la Unidad, Servicio o Centro sanitario al que pertenece.
3. Su consulta selectiva y diferenciada por episodios asistenciales que constituyan bloques homogéneos de información que contengan la totalidad de los datos que se han generado en una fracción determinada de tiempo, como consecuencia de un determinado motivo de asistencia sanitaria y bajo una modalidad asistencial concreta: asistencia en urgencias, hospitalización, consulta ambulatoria, hospital de día, etc.

Finalidad y uso de la historia clínica:

1. Garantizar y facilitar la asistencia sanitaria más adecuada y de mejor calidad al paciente y usuario. Es un instrumento cuya finalidad fundamental es ayudar a garantizar la mejor asistencia al paciente; por ello, todos los profesionales del Centro que están implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo deben tener acceso a la historia clínica y anotar en ella, en las hojas correspondientes, el resultado consecutivo a su aplicación.
2. Recoger todos los datos de interés sobre el estado de salud o de enfermedad de la persona que consulta o que recibe asistencia sanitaria.
3. Servir como fuente de información:
 - a) A todos los profesionales que componen el equipo asistencial del paciente para que conozcan en cualquier momento todas las incidencias ocurridas.
 - b) En el caso de que el paciente cambie de centro o de médico, la transmisión de la historia proporcionará al nuevo equipo asistencial todos los antecedentes clínicos.
 - c) Servir como fuente de información para extraer de ella los datos que permitan emitir certificaciones o informes sobre el estado sanitario del paciente, con fines diversos.
4. Otras aplicaciones:
 - a) Científicas (docencia, publicaciones, revisiones, etc.)
 - b) Planificación sanitaria y acreditación.
 - c) Control de calidad asistencial y evaluación.
 - d) Inspección.
 - e) Medio de prueba en la imprudencia profesional.⁴

⁴ Gisbert, Juan Antonio. Medicina Legal y Toxicología. 6^{ta} ed. Barcelona. Masson. 2004.

Tipos de Historia Clínica

1. Historia Clínica Hospitalaria Tradicional:

Es la historia clínica que todos conocemos y que figura como modelo tradicional en la mayoría de los hospitales.

La información se estructura en los siguientes apartados:

- a) Anamnesis y exploración clínica.
- b) Juicio clínico previo (o impresión diagnóstica).
- c) Evolución clínica.
- d) Pruebas complementarias y procedimientos diagnósticos.
- e) Procedimientos terapéuticos.
- f) Juicio diagnóstico.

Todos los datos llevan un ordenamiento cronológico.

2. Historia Clínica de Urgencias:

En algunos hospitales se les denomina así, pero es mejor la denominación de "Parte de Asistencia de Urgencias", ya que en realidad no constituye una auténtica Historia Clínica. Es el documento donde queda reflejada la asistencia prestada al paciente en urgencias y los resultados de las pruebas realizadas.

3. Historia Clínica por problemas. HCOP:

Propuesta por Weed L. L., en 1969, recoge la información en una lista de problemas.

- a) Datos iniciales: Anamnesis, exploración clínica y exploraciones complementarias.
- b) Lista de problemas: Inventario de los problemas (síntomas iniciales, diagnósticos previos) que se recogen a partir de los datos iniciales y que llevan un número de orden.
- c) Plan inicial: Descripción de diagnósticos y tratamientos para cada uno de los problemas.
- d) Evolución: Hoja de evolución de síntomas o problemas, sus diagnósticos finales y tratamiento.

Esta Historia Clínica implica, según sus defensores, mayor rigor en la recogida de datos, con mayor atención hacia el enfermo, y su estructura permite una rápida consulta, pero en realidad esta Historia Clínica exige una esforzada elaboración, lo que significa un gasto de tiempo para estructurarla. De ahí su escasa utilización en los hospitales.

4. Historia Clínica en Atención Primaria:

Es un tipo de Historia Clínica necesariamente diferente de la Historia Clínica Hospitalaria, más simple lógicamente por sus problemas de menor relevancia que los problemas de los pacientes que llegan a un hospital, pero que está justificando últimamente el gran interés que tiene para un seguimiento personal y familiar. En muchos casos esta Historia Clínica sigue la orientación de HCOP.

5. Historia Clínica Informatizada:

La informatización de la Historia Clínica ha sido concebida con la finalidad de hacer desaparecer de los hospitales la cultura del papel, es decir, para evitar por una parte las Historias Clínicas voluminosas debidas a sucesivos ingresos y revisiones, y que terminan siendo farragosas, complicadas de revisar, generalmente desordenadas y muchas veces confusas, y por otra parte, también para evitar estos archivos colosales que existen ya en la mayoría de los hospitales y cuyo crecimiento en progresión continua invade metros cúbicos hospitalarios, alternativamente asignables a otros fines.

6. Historia Clínica Sociosanitaria:

Es un elemento común para la comunicación entre el ámbito sanitario y el de los cuidados sociales. Esto es lo que aspira el Ministerio de Sanidad con el sistema RAI (*Residente Assessment Instrument*), una suerte de Historia Clínica Sociosanitaria especialmente útil para el seguimiento de pacientes de larga estancia, en convalecencia, con problemas de salud mental o en atención domiciliaria.⁵

Ya que la Odontopediatría es la especialidad que introduce al niño a la vida odontológica es importante colocar en lugar prioritario el acercamiento paciente/profesional así como la relación con los padres y, aquellos pueden estar ansiosos ante la expectativa del tratamiento a efectuarse en sus hijos. Además, el profesional deberá ser capaz de transmitir seguridad tanto al paciente como a los padres buscando adaptar al niño a la clínica odontológica introduciéndolo al tratamiento propiamente dicho, en forma agradable.

Desde el punto de vista legal, una vez que el Odontopediatra actúa en pacientes menores de 14 años sin poder legal para tomar decisiones propias, el odontólogo debe obtener de los padres o responsables legales desde la primera cita, independientemente del tipo de consulta, la firma de un consentimiento informado que lo autorice a efectuar la anamnesis, el examen clínico y radiográfico, además de otros posibles exámenes necesarios para obtener el diagnóstico correcto. Una vez realizado el diagnóstico y establecido el plan de tratamiento, los padres también deberán autorizarlo por escrito, antes de su ejecución. La omisión del consentimiento informado por escrito puede provocar sanciones penales para el profesional.

Además, cuando sea necesaria la utilización de métodos para el manejo del comportamiento, con los cuales los padres no estén familiarizados, tales como: contención mecánica, utilización de abridores de boca, control de voz, agentes sedativos, técnica de mano sobre boca y sedación con óxido nitroso, se debe informar a los responsables legales del paciente sobre dichos métodos,

⁵ Tejero Álvarez, Mercedes. Documentación clínica y archivo. 1^{era} ed. Madrid. Díaz de Santos. 2004.

explicando las ventajas y desventajas de su utilización permitiéndose así que tengan tiempo para reflexionar sobre su aplicación. En el caso de obtener el permiso por parte de los padres, el cirujano-odontólogo debe solicitar la firma de la autorización por escrito.

Las fichas utilizadas en Odontopediatría, donde se anotan los datos obtenidos durante la anamnesis, examen clínico y radiográfico deben archivar por su valor clínico y legal, además de servir como recurso para una eventual identificación de menores, en Odontología forense.

La anamnesis consiste en una serie de preguntas sobre la historia de vida y salud del paciente pediátrico para efectuar el mejor tratamiento odontológico posible. La entrevista debe realizarse con los padres o responsables legales, siendo indispensable que ellos brinden informaciones claras y precisas sobre el paciente. Durante la anamnesis es importante crear un ambiente adecuado para establecer vínculos de confianza entre el niño, padres y profesional, transmitiendo tranquilidad y seguridad, de modo que ellos relaten con comodidad sus inquietudes y síntomas. El relato, al inicio no debe ser interrumpido, pues la libertad y espontaneidad llevará al niño a proporcionar datos importantes no incluidos en las preguntas cortas y directas sobre todo acerca de su estado emocional. Se debe tener en cuenta la personalidad el paciente, así como su nivel intelectual y cultural, demostrando sincero interés por sus problemas, buscando establecer una comunicación de tipo interactivo y la confianza mutua.

Aunque la anamnesis puede conducirse por medio de un formulario de preguntas a ser contestado por los padres, su realización en forma oral por el odontólogo es una forma de contacto más conveniente y menos impersonal.

Las informaciones obtenidas de manera verbal deben ser anotadas por el propio profesional en historias clínicas debidamente completadas y firmadas por los padres o responsables del paciente. La anamnesis realizada de manera verbal exige habilidad psicológica, evitando frases sugestivas. Cuando las piezas dentales presentan severo deterioro, deben esperarse respuestas esquivas, imprecisas o incorrectas de los padres, debido al sentimiento de culpa. El niño siempre debe ser incluido en la plática pues sus informaciones son muchas veces más auténticas que las de los adultos.⁶

Datos de filiación

Son datos necesarios para facilitar la relación con el paciente. Además de los imprescindibles como el nombre y los apellidos, se precisan la dirección para enviar correspondencia, el teléfono de contacto por si hay que modificar alguna cita, el pediatra que atiende habitualmente al niño y la fecha de nacimiento de éste (que en el caso de los niños es más útil que la edad). Para estrechar la relación con el niño, es conveniente preguntar por el nombre o diminutivo con el que el niño es conocido en el ámbito familiar y por sus aficiones, deportes que practica, etc.

⁶ Bezerra da Silva, Léa Assed. Tratado de Odontopediatría. 1^{ra} ed. São Paulo. Amolca. 2005.

Motivo de la consulta: Constituye la preocupación del paciente o de sus padres, por lo que es importante conocerlo y anotarlo en la historia, precisando, según el tipo de problema expuesto, el momento en que apareció, su evolución y los remedios que se han aplicado hasta acudir a la consulta. Generalmente son los padres quienes lo exponen y puede consistir en una revisión rutinaria; una consulta sobre anomalías del recambio dentario, trastornos de la coloración dentaria, bruxismo, etc., y por último puede ser una urgencia. En las visitas urgentes el motivo de consulta suele ser un traumatismo, la aparición del dolor y la aparición de un cuadro inflamatorio, entre otros. En estos casos se procede en primer lugar a la exploración y se deja el interrogatorio rutinario para más tarde, una vez que los padres se han tranquilizado.

El motivo de la consulta orientará el interrogatorio para recoger en la historia clínica el mayor número de detalles que guarden relación con el problema expuesto, pero sin que ello vaya en detrimento del contenido general de la historia. El motivo de la consulta es sin duda el problema más importante para los padres y nuestra actitud será fundamental para ganarnos su confianza. En muchos casos no constituye el problema principal con vistas a establecer el plan de tratamiento, pero sí requiere una especial atención a la hora de exponer el caso a los padres.⁷

Historia médica prenatal y transnatal

La historia médica prenatal deberá incluir informaciones relacionadas al período de gestación, tales como duración, enfermedades maternas y medicamentos administrados durante el período.

En la historia médica transnatal, las informaciones obtenidas se relacionan con el tipo de parto, posibles complicaciones ocurridas durante o al tiempo posterior al mismo, condición del niño al nacer y el tipo de forma de amamantar adoptado. Estas informaciones son importantes ya que algunas alteraciones de los tejidos dentales; tales como anomalías de color, forma y estructura están relacionadas con la utilización de ciertos medicamentos, enfermedades virales o bacterianas y problemas metabólicos ocurridos durante el período de gestación o niñez. También pueden relacionarse con maniobras realizadas durante o posterior al parto, tales como intubación del bebé que en determinadas situaciones puede lesionar el germen dental temporal. Además, la utilización de fórceps durante el parto, puede ocasionar lesiones traumáticas en la zona de la articulación temporomandibular.

Historia médica postnatal

El conocimiento de la historia médica postnatal es de fundamental importancia para implementar un tratamiento odontológico seguro y eficiente, que a pesar de su brevedad debe incluir aspectos pasados y presentes. Las informaciones pueden obtenerse a través de un cuestionario estándar,

⁷ Chimenos Kustner, Eduardo. La historia clínica en Odontología. 1^{ra} ed. Barcelona. Masson. 2002.

que de ser necesario, se profundiza en determinados tópicos. Se debe investigar inicialmente si el niño está bajo supervisión médica y, en caso afirmativo, cuál es el tratamiento a seguir, el médico responsable y su teléfono. A continuación, se debe indagar sobre la medicación actual, tanto eventual como permanente, y las reacciones adversas o alérgicas a medicamentos. Estas informaciones ayudan a prevenir las interacciones medicamentosas para evitar posibles reacciones alérgicas riesgos para el niño.

El hecho de que el niño haya sido hospitalizado, sometido a anestesia general, transfusiones de sangre o intervenciones quirúrgicas con antelación, debe investigarse, pues puede haber traumatizado al niño desde el punto de vista psicológico. En estos casos el ambiente clínico odontológico puede desencadenar algún tipo de reacción negativa. Para terminar, todo problema sistémico, bien sea de naturaleza neurológica, cardiopatías congénitas o adquiridas, disturbios sanguíneos, afecciones pulmonares, renales y hepáticas, así como diabetes, fiebre reumática, sífilis, hepatitis e infección por VIH, entre otras, deben investigarse además del estilo de vida que contribuya a la enfermedad actual. Una forma sencilla para detectar la presencia de disturbios hemorrágicos es preguntando a los padres si el niño sangra mucho al herirse y, en caso afirmativo, una hematología completa deberá realizarse antes de someter al paciente a procedimientos invasivos tales como las extracciones dentales.

La medicación y los problemas sistémicos, muchas veces están relacionados con las alteraciones dentales. Este es el caso, por ejemplo, de niños que ingieren complementos con hierro para la anemia y como consecuencia presentan pigmentación transitoria de los dientes. Así, hay niños con determinadas alteraciones renales crónicas que presentan hipoplasias dentales y pacientes con hepatopatías graves tienen dientes con tonalidad verdosa.

La ocurrencia de enfermedades pediátricas, tales como varicela, parotiditis, tos ferina, rubéola, sarampión, difteria, poliomielitis y deshidratación, deben indagarse siempre ya que forman parte de la historia médica y pueden ocasionar problemas bucales. Cuando hay indicios de enfermedades sistémicas, agudas o crónicas, el odontólogo debe consultar al pediatra de cabecera del niño, para obtener información precisa sobre la condición actual del mismo, pronóstico del caso, medicamentos utilizados y la necesidad de medicación sistémica previa al tratamiento odontológico. Cuando el médico prescribe una medicación una copia siempre debe archivarse en el expediente del paciente.⁶

Historia dental

Debe revisar las experiencias pasadas relacionadas con los procedimientos odontológicos, incluyendo la clase de tratamiento dental que el niño ha recibido previamente, el tipo de medidas usadas en el control del dolor, el manejo de la conducta y la actitud del paciente hacia el tratamiento. Se debe indagar acá sobre los factores rutinarios que influyen en la salud oral del niño tales como actitudes hacia la higiene oral, dieta, presencia de hábitos nocivos, etc. La

historia dental también debe estar orientada a identificar explicaciones para condiciones raras tales como: caries rampante, atrición atípica, recesión gingival, etc.⁸

La historia dental debe ser completa. Muchos padres no prestan atención a la evolución dental de su hijo después de la erupción del primer diente. Una historia dental debe cubrir, como mínimo, los problemas y el cuidado pasado, experiencia con fluoruros, hábitos actuales de higiene bucal, y un perfil del desarrollo y la erupción. Conviene escribir y revisar los antecedentes con los padres, para hacer las aclaraciones necesarias antes de examinar al paciente. Una técnica útil consiste en usar una lista impresa de comprobación general para obtener la historia, y separar la información importante en una sección de resumen de fácil acceso, donde se consideren los datos más importantes.⁹

Dieta

Al recibir el registro de la dieta el odontólogo, paciente y acompañante analizan el registro y pueden reconocer los alimentos y bebidas azucaradas. El efecto de los azúcares sobre la producción de ácido en el biofilm, se explica con palabras sencillas y entendibles para el paciente. Enseguida, se debe anotar el número de ingestiones de azúcar al día, proponiendo reducir la frecuencia en la ingestión de alimentos durante el día o en las horas de sueño, para ayudar en la reducción y control del desafío cariogénico. El consejo dietético incluye información sobre la ingesta de azúcar sólo durante las comidas principales y el reemplazo, por ejemplo, de los alimentos azucarados por verduras, frutas y legumbres. Los cambios en la dieta no son necesarios en pacientes con caries inactivas. Al mismo tiempo se concientiza al niño y su familia sobre la importancia en reducir el consumo de azúcar en el caso de que la higiene bucal se realice en forma negligente. El consumo de azúcar junto a las comidas apenas un día a la semana es una alternativa razonable.⁶

Examen clínico

Comprende seis secciones principales: evaluación de la conducta, apreciación general y exámenes físicos y radiográficos de cabeza, cuello, faciales e intrabucales. La evaluación general y el examen efectuado en el consultorio brindan dos oportunidades para observar el comportamiento y efectuar una valoración inicial de la capacidad posible para cooperación.

Evaluación de la conducta: La evaluación general y el examen efectuado en el consultorio brindan dos oportunidades para observar el comportamiento y efectuar una valoración inicial de la capacidad posible para cooperación.

⁸ Cárdenas Jaramillo, Darío. Odontología Pediátrica. 3^{ra} ed. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas. 2003.

⁹ Pinkham J. R. Odontología Pediátrica. 2^{da} ed. México. Interamericana Mc Graw-Hill. 1996.

Apreciación general: Aquí se presta atención al estado físico y al comportamiento. Entre los datos clásicos de estos aspectos están el modo de andar, la talla y la presencia de signos y síntomas evidentes de enfermedad. El niño normal de tres a seis años de edad camina bien, presenta coordinación adecuada en labores sencillas, es agradable y su aspecto revela buena salud física. El odontólogo debe incorporar estos parámetros a nivel mental en un perfil de evaluación del paciente. La apreciación general se realiza en la sala de espera, o en un medio similar no atemorizante. Debe ir seguida de la aclaración de cualquier dato anormal y el análisis de los problemas posibles de conducta, con los padres.

Los signos vitales poseen una función doble en la valoración general. En primer lugar, identifican anomalías; en segundo, constituyen una función médico-legal que aporta información inicial sobre la salud en situaciones urgentes. Cuando el niño se encuentra intranquilo o ansioso, los signos vitales pueden alterarse. Es posible posponer el registro de signos como la presión arterial, el pulso y la respiración, hasta que el niño se acostumbre al ambiente, pero es necesario obtenerlo antes de administrarle medicamento alguno. También se debe cuantificar el peso, y registrarlo en un sitio muy visible en el expediente, con el propósito de usarlo en una urgencia. También ha de registrarse la talla, la cual, junto con el peso, constituye el índice del desarrollo físico.

Examen de cabeza y cuello: El examen del niño exige prestar atención a los datos clínicos y a la conducta del paciente en el consultorio dental. En otras palabras, no es posible separar el producto (datos dentales) del método (conducta) del examen. El examen proporciona un medio un poco atemorizante para el desarrollo de los acuerdos conductuales entre el dentista y el paciente.

El método comienza con una orientación acerca de lo que va a suceder. La técnica de decir, mostrar y hacer, la cual abarca la explicación, demostración y conclusión de una maniobra, es casi siempre la manera de manejar el proceso diagnóstico. Es necesario alentar las respuestas del niño, sean positivas o negativas. También se le debe prevenir y apoyar antes de hacer cambios de posición o empezar la manipulación intrabucal.

La presencia de los padres siempre es motivo de controversia; es posible alentar la participación paterna inicial con el objeto de facilitar la transición a una relación más directa entre el odontólogo y el niño. Esto es más importante para los menores de tres años de edad, pero lo es menos para los niños en edad escolar. Cada paciente reacciona de manera distinta a la presencia de los padres en el consultorio, y el dentista ha de evaluar el beneficio de tal situación, para la relación incipiente del dentista con el paciente. Es prerrogativa de los padres estar presentes durante el examen y el tratamiento, pero lo es del profesional la decisión de no tratar al paciente en estas circunstancias.

El examen debe incluir una evaluación de cabeza y cuello. Es muy importante la palpación, para identificar la presencia de ganglios linfáticos fijos e identificar la presencia de ganglios linfáticos fijos y agrandados, u otras tumefacciones. Muchos niños presentan tumefacciones, las cuales, sin embargo, a menudo son móviles y se limitan a la porción facial inferior y mandibular, lo cual sugiere infecciones menores. Los nódulos en la región claviclar y las zonas occipitales son más raros, y quizá indiquen padecimientos mas graves. En esta sección del examen es fundamental evaluar la forma y la función. Es necesario valorar los nervios craneales, la fonación y la función mandibular. Sin embargo, no es preciso realizar un examen completo de los nervios craneales, pues con la observación atenta de la función sensorimotora, así como de las reacciones del paciente, es posible describir en gran medida el estado nervioso. En ocasiones se emplea la conversación normal para reconocer alteraciones excesivas del habla. Mientras se palpan las estructuras craneofaciales, el odontólogo debe platicar con el niño y observar sus reacciones. Si le pide que abra la boca y muestre la máxima apertura y máxima intercuspidación podrá realizar tareas simples. Es necesario estudiar movimientos mandibulares en cuanto a desviación y restricción de los arcos de movimiento. También se debe pedir que mueva la mandíbula de un lado a otro y que la ponga en protrusión; la restricción en estos movimientos permite identificar problemas morfológicos y funcionales que sean resultado del desarrollo o de traumatismos.

Las respuestas verbales también sirven como señales conductuales de la adaptación del paciente. La cooperación, la comunicación no verbal y las reacciones fisiológicas del niño, sugieren a menudo un deterioro conductual. Dado que no es atemorizante, el lugar del examen brinda una buena oportunidad para fomentar la cooperación. En el examen manual se consideran las variaciones físicas, así como la resistencia y la movilidad de estructuras. El componente visual del proceso ha de abarcar los cambios de color, la asimetría y reacciones fisiológicas notables, como sudoración o resequedad.⁹

Tipo craneal: Indica la forma del cráneo comparando su amplitud transversal (máxima distancia biparietal) con su longitud antero-posterior (máxima distancia frontal-occipital), tomadas de manera recta. Se puede encontrar un cráneo alargado y estrecho horizontalmente (dolicocefálico), un cráneo con una forma amplia y redondeada (braquicefálico), o con un cráneo con proporciones similares entre ancho y largo (mesocefálico). Según el resultado, se puede establecer:

Dolicocefálico: hasta 75.9%

Mesocefálico: hasta 76 y 80.9%

Braquicefálico: hasta 81 y 85.4%

El aspecto exterior del cráneo ayuda a descubrir alteraciones en el crecimiento y desarrollo, anomalías congénitas, alteraciones locales o de origen sistémico. El tamaño y contorno del

cráneo es variable dentro de los límites normales. El índice cefálico es de especial interés.¹⁰

Examen facial: Es necesario realizar un examen facial sistemático, para asegurar una evaluación detallada y completa de la información pertinente. El examen sistemático de la cara es parte de la evaluación ortodóncica completa, la cual describe las relaciones esqueléticas y dentales en tres planos espaciales: anteroposterior, vertical y transversal.

En primer lugar, se valora el perfil facial en los planos espaciales anteroposterior y vertical. En teoría, el perfil de tejido blando refleja la relación esquelética fundamental. Para iniciar el examen, el paciente debe sentarse en posición erecta y ver hacia un punto distante. Se identifican tres puntos en la cara: el puente nasal, la base del labio superior y el mentón. Los segmentos lineales conectan los tres puntos, y estos forman un ángulo cuyo perfil es recto, convexo o cóncavo. En niños de 3 a 6 años de edad, un perfil bien balanceado es ligeramente convexo. Cuando es muy convexo o cóncavo, el clínico debe tratar de establecer cual componente esquelético o dental interviene en el problema. Es posible lograrlo al extender una línea vertical de referencia a partir del puente nasal y registrar donde se localizan otros puntos del tejido blando en relación con la línea de referencia. Cuando el maxilar se orienta de manera adecuada en relación con otras estructuras esqueléticas, la base del labio superior queda sobre o un poco anterior a la línea vertical. El tejido blando del mentón se localiza en o un poco por detrás de la línea de referencia, si la mandíbula posee un tamaño adecuado y se encuentra en posición correcta. Al encontrarse el maxilar muy por delante de la línea vertical de referencia, se dice que el paciente presenta una protrusión maxilar. Si la maxila está muy por detrás de la línea, el paciente presenta una retrusión maxilar; la posición de la mandíbula se describe de la misma manera.

Un perfil bien equilibrado en la dimensión anteroposterior presenta una relación esquelética fundamental denominada de clase I. Se emplea esta terminología porque la mayor parte de las relaciones esqueléticas de clase I muestran, además, relaciones dentales de clase I de Angle. Cuando el maxilar se encuentra por enfrente de la línea, o la mandíbula se ubica detrás de esta, se describe el perfil como convexo y la relación esquelética es de clase II. Las relaciones esqueléticas de clase II rara vez surgen de un solo maxilar, y a menudo, resultan de una mezcla de protrusión maxilar y retrusión mandibular. Si el maxilar se ubica detrás de la línea o la mandíbula frente a ella, se describe el perfil como cóncavo, y el paciente está en una relación esquelética de clase III. Una vez más, ambos maxilares intervienen en la displasia esquelética. Las relaciones esqueléticas de clase II y III muestran a menudo relaciones dentales de clase II y III de Angle, respectivamente. En la sección siguiente se describe la clasificación dental según Angle.

¹⁰ Botero, Paola María. Manual para la realización de la Historia Clínica Odontológica del escolar. 1^{era} ed. Medellín. Universidad Cooperativa de Colombia. 2007.

Se analizan las dimensiones faciales transversales para descartar asimetría facial, la cual se valora mejor con el paciente recostado en el sillón y el odontólogo sentado en la posición de las 12 horas. Se retira el pelo de la cara, y se estira un tramo de hilo dental hacia abajo, por la mitad de la porción facial superior, a fin de poder juzgar la simetría de la parte inferior de la cara. Todas las caras presentan un grado menor de asimetría, pero la asimetría intensa no es normal. Por lo general esta asimetría se manifiesta en el tercio facial inferior; sin embargo, es muy rara en la parte superior de la cara. En este grupo de edad una desviación del punto medio de la mandíbula hacia un lado u otro puede representar una asimetría verdadera, pero más a menudo señala una desviación mandibular y una mordida cruzada posterior. Durante la evaluación de la dimensión transversal, es necesario revisar y comparar la línea media dental de cada arco en el plano sagital medio. También es necesario examinar entre sí las líneas medias dentales en una relación y oclusión céntricas. Las desviaciones o la ubicación asimétrica de ojos, oídos o nariz, pueden indicar sinostosis craneal, un síndrome no diagnosticado, o un traumatismo grave. Se requiere enviar al paciente con estas características a una evaluación completa, con profesionales adecuados.

Examen intrabucal: El instrumental para el examen intrabucal incluye espejo, explorador, una gasa y sonda periodontal. Otros materiales que pueden requerirse son: solución reveladora, hilo dental y cepillo, y una cureta. El examen intrabucal comienza con un recorrido alrededor de la boca; se observa su arquitectura general y función. Antes de colocar instrumentos en ella se requiere tratar de identificar con los dedos, anomalías de tejidos blandos. Los pacientes de este grupo etario a menudo permiten una inspección bucal de "nomas con los dedos", y el odontólogo puede aprovechar la oportunidad para obtener su cooperación para el uso del espejo y el explorador. El espejo debe ser el primer instrumento introducido; el niño suele aceptarlo sin problemas, por estar familiarizado con él.

Los niños pequeños en ocasiones no cooperan; en tal caso debe tomarse pronto una decisión acerca del control de la conducta. Es posible emplear la ayuda de los padres con el objeto de lograr un examen de la cavidad bucal. El uso de restricción física por el odontólogo, sin consentimiento de los padres, es riesgoso y no se recomienda.⁹

Exploración de los tejidos blandos: La exploración de la mucosa oral se realiza a partir del interior de los labios y continuando por la mucosa de los carrillos y los surcos alveolares; incluye su inspección y palpación para comprobar la existencia de cambios de coloración en su superficie, áreas inflamadas, ulceraciones, fístulas, mordeduras, etc.; la existencia de abultamientos y tumefacciones puede ponerse de manifiesto colocando el índice a nivel vestibular y palpando bidigitalmente a nivel de los carrillos.

La orofaringe debe ser inspeccionada para comprobar si su coloración es normal y si el tamaño

de las amígdalas es el apropiado o presenta signos de inflamación o hipertrofia amigdal, que pueden repercutir en la posición de la lengua (baja y adelantada). La exploración del paladar abarca tanto el paladar duro como el blando e incluye su inspección, palpación y valoración funcional (IX par craneal); comprobaremos su normalidad valorando su forma, integridad y la ausencia de lesiones. La importancia de la lengua en el desarrollo de estructuras orofaciales como las arcadas dentarias, el paladar y el área premaxilar hace que en su exploración debamos tener en cuenta no sólo su forma, volumen y posición en reposo, sino que además hayamos de estudiar su función, valorando sus movimientos y el control de éstos, así como la posición durante la deglución y la fonación: alta o baja, anterior o posterior. Durante la inspección debe presentar una coloración normal, sonrosada y con ausencia de lesiones.

Las encías por su inmediata relación con los dientes son frecuente asiento de inflamaciones vestibulares, origen, en ocasiones, de trayectos fistulosos por patología pulpar o periodontal; también en ellas pueden localizarse lesiones inflamatorias, herpéticas, aftosas o de otra naturaleza, pueden sufrir aumentos de volumen (hipertrofia), localizados o generalizados, de origen infeccioso o medicamentoso, así como recesiones por patología interradicular, inserción de frenillos, etc.

La exploración de los frenillos pondrá de manifiesto su relación con los dientes y la encía adherida especialmente en la región anterior y en ocasiones asociados con la presencia de defectos mucogingivales (incisivos inferiores) o diastemas (incisivos centrales maxilares). También pueden ser asiento de úlceras traumáticas. La exploración debe centrarse fundamentalmente en los labiales superior e inferior y en el lingual. Al explorar los frenillos labiales, comprobaremos su tamaño normal, corto, hipertrófico, así como su inserción apical, gingival o profunda, mediante la tracción suave y observando la isquemia en el periodonto; también se ha de verificar el grado de movilidad y el tamaño del frenillo lingual mediante una cuidadosa tracción de la lengua.

La exploración ha de extenderse a las glándulas salivares: parótidas y submaxilares. La exploración comprende la inspección y la palpación de éstas y la desembocadura de los conductos salivares para descartar la presencia de la patología más común: inflamatoria y cálculos. La saliva ha de ser examinada en cantidad y densidad, exploración que ha de ser más exhaustiva si la patología así lo aconseja.

Exploración dentaria: Una parte importante de la exploración intraoral en el niño se centra en los dientes. La exploración dentaria es uno de los apartados de la exploración intraoral que puede estar más afectado por la naturaleza en continuo cambio del niño. El odontólogo debe estar preparado para reconocer las características de normalidad de cada una de las etapas por las que pasa la dentición del niño y recordar que determinadas condiciones anómalas pueden ser pasajeras, y no debe interferirse en lo que puede ser un desarrollo dentario normal. Por ello, uno

de los primeros objetivos que hemos de lograr tras una primera evaluación dentaria es establecer la etapa de desarrollo dentario del niño, su edad dental.

La exploración de los dientes debe reunir también una sistemática en la que primero hemos de considerar cada diente de manera individual, de forma que cada uno debe ser contado e identificado individualmente, para posteriormente, considerarlos integrados dentro de cada arcada y por último en su relación interarcadas. De este modo es posible llevar a cabo una evaluación dentaria que detecte tanto problemas individuales como generalizados, de oclusión e higiene.

Con los condicionantes que puede imponer la propia colaboración del niño, la exploración dentaria ha de llevarse a cabo bajo buenas condiciones de luz y secando previamente los dientes que deban examinarse; la exploración se realizará con espejo y sonda exploradora (no. 40 de OMS), controlando manualmente la cabeza del niño, al que le habremos explicado con antelación en un lenguaje que comprenda su finalidad (contar sus dientes, etc.).

Emplearemos las maniobras básicas exploratorias de inspección y palpación de cada uno de los dientes, a las que de modo habitual suele añadirse la percusión ante la sospecha de patología, en la que pueda resultar de utilidad, como la anquilosis, de presentación relativamente frecuente en dentición temporal.

Se debe establecer una práctica rutinaria para la exploración y los datos obtenidos en ella deben ser registrados en unos diagramas dentarios, de forma que gráficamente y de la manera más fiel se puedan representar las condiciones halladas, todo ello en un lenguaje que sea de uso universal y con una simbología fácil de interpretar.

La exploración dentaria individual ha de atender a las variaciones en número, forma y tamaño, color y estructura superficial. Por uno de los motivos que ya hemos descrito, al iniciar la exploración ha de contarse el número de dientes presentes e identificar los primarios de los permanentes; con ello determinamos clínicamente el grado de desarrollo dental, la edad dental del niño. Los dientes presentes han de ser recogidos en los diagramas, con el fin de que este registro inicial pueda servir como elemento de comparación en sucesivas visitas. Al mismo tiempo pueden detectarse alteraciones en el número de dientes, a expensas de una confirmación radiográfica; la ausencia congénita de dientes temporales es poco frecuente y generalmente afecta a los incisivos laterales maxilares, mientras que la agenesia de dientes permanentes, más común, afecta por lo general a los segundos premolares mandibulares; un número de dientes en exceso, dientes supernumerarios, también es más frecuente en dentición permanente y su localización más común es entre las raíces de los incisivos centrales maxilares (mesiodens). En el caso de la dentición temporal, su localización a nivel incisivo y su gran semejanza con los dientes de la serie normal, dientes denominados suplementarios, hace que con frecuencia pasen desapercibidos en la exploración clínica. Establecidos los dientes presentes, hay que observar las variaciones en su forma y tamaño.⁹

Evaluación de la higiene dental y la salud gingival: Antes de finalizar la exploración dental hay que evaluar la higiene bucal y salud gingival del paciente, su habilidad y destreza para el cepillado y uso de la seda dental. Ello contribuirá a hacer un planteamiento preventivo realista. En la historia clínica se reflejara el patrón de cuidado personal, mientras el examen clínico pondrá de manifiesto su efectividad en general y la probable existencia de zonas en las que la higiene sea más deficiente, al tiempo que al observar al niño durante el cepillado podemos determinar si están en relación con una falta de destreza.¹

Evaluación oclusal: Otra parte del examen intrabucal es el análisis sistemático de la oclusión en tres planos espaciales. Además, cada arcada dentaria se estudia por separado, para describir la forma y simetría del arco, el espaciamiento y apiñamiento, así como la presencia o ausencia de dientes. El análisis de la arcada se efectúa mejor en los modelos diagnósticos de estudio; sin embargo, por lo general no está indicado obtenerlos en este grupo etario, excepto cuando existe cierta necesidad de aclarar los datos o cuando se contempla un movimiento dental.

Alineación: La clasificación de las arcadas dentales incluye las de forma de U y las de forma de V. Casi siempre, el arco mandibular presenta una forma de U, en cambio, el superior puede tener cualquiera de los dos. El arco dental ha de ser simétrico en las dimensiones anteroposterior y transversa. Se comparan los dientes individuales con sus antagonistas, a fin de establecer si hay una simetría anteroposterior y transversa.

Dimensión anteroposterior: Después de examinar la simetría, el espaciamiento y la cantidad de dientes en los arcos superior o inferior, se analizan en conjunto. En la dimensión anteroposterior se establecen las relaciones de los molares y los caninos y se comparan con la clasificación esquelética. En la dentición primaria, la relación de los molares recibe el nombre de plano terminal recto, escalón mesial o escalón distal. Los caninos primarios se clasifican como clase I, clase II, clase III, o cúspide con cúspide. Estas clasificaciones dentales reflejan a menudo la clasificación esquelética.

Las relaciones de los molares primarios, determinadas por las superficies distales de los segundos molares primarios, ameritan atención no solo porque describen la relación de los dientes inferiores con los superiores, sino también porque estas superficies guían a los molares permanentes hacia la oclusión y determinan sus relaciones. El registro de estas relaciones permite seguir los efectos del crecimiento o del tratamiento.

La sobremordida horizontal o traslape horizontal de los incisivos superiores e inferiores, se mide en milímetros. Puede ser más útil hacerlo en términos de ideal, excesivo o deficiente, en lugar de la medición milimétrica. La posición incisiva debe describirse como normal, protrusiva, cuando hay inclinación vestibular, o retrusiva, si su inclinación vertical es excesiva.

Relación transversa: La relación transversa de las arcadas se examina para valorar diferencias de la línea media y las mordidas cruzadas posteriores. Se compara la línea media de un arco con la otra y el plano sagital medio. En la dentición primaria temprana no es frecuente observar una diferencia excesiva de la línea media, y el clínico ha de sospechar una desviación mandibular; la presencia de esta suele señalar una mordida cruzada posterior. Cuando se identifica una mordida cruzada posterior, el profesional debe intentar establecer su causa.

Dimensión vertical: La sobremordida vertical con traslape vertical de los incisivos primarios, se mide y se registra en milímetros, o como porcentaje de la longitud total de la corona del incisivo inferior, y es de 2 mm en la dentición primaria. La mordida profunda corresponde a un traslape vertical completo o casi completo de los incisivos primarios.

La mordida abierta anterior, o ausencia de traslape vertical, señala a menudo un hábito de succión en este grupo de edad. Cuando el paciente y sus padres niegan la existencia de un hábito de succión, se requieren más investigaciones acerca de la causa de la mordida abierta. La maloclusión esquelética, la fractura condilar y las enfermedades degenerativas, como la artritis reumatoide juvenil, pueden causar una mordida abierta, que es forzoso investigar.⁹

Hábitos

Actos bucales no compulsivos: Los niños experimentan continuas modificaciones de conductas que le permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de halagos y en ciertos casos amenazan de castigo fuertes.

El moldeado sutil u no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de los padres, de sus compañeros de juegos y de clase. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar de este, se denominan no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

Hábitos bucales compulsivos: Generalmente, se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retrae hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción

que ansía.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiados rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión el momento de la alimentación, y asimismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.¹¹

Hábitos con los dedos pulgar e índice: Éstos conforman la mayor parte de los hábitos bucales; a menudo se pregunta a los odontólogos sobre los problemas que estos hábitos pueden producir. Un hábito digital puede causar diversos cambios dentales, lo cual depende de su intensidad, duración y frecuencia. La primera es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión. La duración se refiere a la cantidad de tiempo que se dedica a la succión de un dedo; la frecuencia es el número de veces que se realiza el hábito durante el día. La duración tiene la función más crítica en los movimientos dentales producidos por un hábito digital.⁷

Succión labial: Puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábito por lo general se presenta en la edad escolar cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono. El odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

Empuje lingual: En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual. Sin embargo, no ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, o si esta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. Como el empuje afecta solo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado, de hecho, puede ser fortalecido. Al igual que con la succión del pulgar el empuje lingual produce protusión e inclinación labial de los maxilares superiores aunque en el último hábito puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada.

Empuje del frenillo: Un hábito observado raras veces es el del empuje de frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia. El niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en cierta posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse un hábito que desplace las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales; este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

Mordeduras de uñas: Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el de

¹¹ Finn, Sidney. Odontología Pediátrica. 4^{ta} ed. Interamericana. 1982.

morderse las uñas. Frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar al del morderse las uñas. En un estudio de las fuerzas armadas, se ha observado que aproximadamente 80 por 100 de todos los individuos, se muerden o se han mordido las uñas. Este no es un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores.

Respiración por la boca: En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías: 1) por obstrucción, 2) por hábito, 3) por anatomía. Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. El niño que respira continuamente por la boca y lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo. . El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo y tener que realizar enormes esfuerzos.

Bruxismo: Otro hábito observado en los niños es el bruxismo, o frotarse los dientes entre sí. Este generalmente es un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto. Las causas exactas del bruxismo permanecen en la obscuridad. Tal vez tenga una causa emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos como succión del pulgar o morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.¹¹

Examen radiográfico

En Odontopediatría, el examen radiográfico provee información para evaluar el desarrollo del complejo dento-máxilo-facial y como recurso auxiliar en la detección de lesiones de caries; alteraciones de erupción y del desarrollo dental (cronología de la erupción); problemas metabólicos; las alteraciones del patrón del trabeculado óseo y señales de enfermedades periodontal, que son indicios de anormalidades sistémicas y anomalías dentales que pueden estar asociadas con alteraciones genéticas. Además, contribuye a evaluar la dentición decidua y grado de desarrollo calcificación de la dentición permanente.

El diagnóstico precoz en la consulta y el manejo adecuado del niño, previene o evita la sensibilidad dolorosa que provoca tensión emocional y hace recordar experiencias anteriores desagradables.

Radiografías Intrabucales: La técnica radiográfica intrabucal tiene como objetivo diagnosticar lesiones de caries, nódulos de calcificación pulpar, fracturas coronarias y radiculares, absorciones de la cresta ósea, lesiones óseas y anomalías dentales. En relación al elemento dental se indica para verificar el tamaño, forma, número de raíces y conductos radiculares. También

contribuye a demostrar las lesiones de caries bajo las restauraciones, observar la extensión de lesión cariosa y su proximidad con la cámara pulpar y permite evidenciar los materiales protectores pulpares en la cavidad. En relación a la cresta ósea, ayuda a verificar la presencia del triángulo interdental, y a evidenciar alteraciones de la radiopacidad del septo, delineamiento de la cortical ósea, reabsorción horizontal o angular de la cresta y participación de la bifurcación radicular. Por otra parte es útil para la evaluación y control de conductas de tratamiento.

Técnica de la Bisectriz: Al utilizar la técnica de la bisectriz se debe obedecer la "Regla CIEZINSK". El rayo central del haz de radiación incide de modo perpendicular en la bisectriz del ángulo formado por la película y el eje axial del diente. En cuanto al tiempo de exposición se deben seguir las recomendaciones de los fabricantes del aparato de rayos X vinculadas con el tipo de sensibilidad de la película.

Técnica del Paralelismo: Para la utilización de la Técnica del Paralelismo es necesario obedecer dos reglas del "Principio de las Incidencias Perpendiculares":

- a) El diente y la película deben estar paralelos entre sí; y
- b) El rayo central, del haz de radiación debe incidir de manera perpendicular en el eje axial del diente y la película.

Para obtener esta disposición, se necesita un cilindro localizador que permita una distancia foco-película de 40 cm. Se recomienda seguir las orientaciones del fabricante en relación al tiempo de exposición.

Técnica Interproximal: Esta técnica radiográfica es más utilizada para la región posterior (molares y premolares) y, eventualmente para la región anterior, podrá ser modificada en función de la edad y colaboración del niño. Se indica para evaluar coronas dentales y crestas alveolares detectar lesiones de caries ocultas y debajo de las restauraciones; diagnosticar lesiones de caries interproximales, sobre todo en la etapa inicial cuando presentan pequeña imagen radiolúcida en la región del esmalte o es de difícil detección debido a la proximidad de las caras proximales de los dientes contiguos; evaluar la adaptación interproximal de las restauraciones y su punto de contacto; detectar la presencia del puente de dentina y el formato, amplitud y proximidad del techo de la cámara pulpar. En la dentición mixta es de gran ayuda para evaluarla posición de la corona del diente temporal y permanente.

Técnica Oclusal: En caso de requerirse información adicional sobre el complejo dento-máxilo-facial, que eventualmente no se obtienen con las técnicas radiográficas de la Bisectriz, del Paralelismo o Interproximal, en función de la amplitud del área analizada, se aconseja la Técnica Radiográfica Oclusal en la región de los maxilares superior e inferior. Además, en niños que presentan hiperactividad, edad precoz o que no permiten la radiografía intrabucal, el procedimiento indicado es utilizar la incidencia oclusal. En función de las estructuras óseas de la

región de los maxilares, es fundamental seguir las recomendaciones del fabricante del aparato de rayos X y de la película, dirigiendo de manera correcta la incidencia del rayo central y sus angulaciones. Se puede utilizar la película periapical (3,1 x 409 cm), en vez de la película oclusal sujetándola por medio de la oclusión dental en el interior de la cavidad bucal; se indica por su facilidad operacional y manejo fácil en los niños muy pequeños. Las ventajas de esta técnica son la sencillez de su manejo y estabilización de la película (retenida por mordida), no requiere presión digital, disminuye el tiempo de permanencia del niño evitando problemas de comportamiento, además se visualiza en conjunto ambos maxilares (dientes y estructuras de óseas). Sin embargo, como desventaja se destaca que esta técnica no permite visualizar bien las restauraciones; interpretar lesiones de las coronas; detectar lesiones de caries en las caras interproximales y delimitar y visualizar con precisión la lesión periapical en sus estadios iniciales.

Radiografías Extrabucales: La Técnica Extrabucal es fácil de ejecutar y bien aceptada por el niño, pues a diferencia de la película intrabucal no causa incomodidad. La película oclusal o periapical puede ser utilizada como película extrabucal para la radiografía lateral de nariz.

Uno de los ejemplos de radiografía extrabucal es la Radiografía Ortopantomográfica (panorámica) que se basa en el principio de la laminografía en superficie curva, en la cual las estructuras anatómicas son registradas en un plano seleccionado por un eje de rotación. Las partes que no están próximas a ese eje interfieren en la imagen y, luego del procesamiento radiográfico presentan aspectos borrosos. Por eso, la imagen no es de gran nitidez hecho que impide su interpretación más minuciosa; también existe un pequeño grado de distorsión de la imagen, que influencia en la definición o el detalle, proporcionando variaciones en la forma y tamaño de los dientes y estructuras óseas. Su desventaja es el tiempo de ejecución de la técnica, ya que son necesarios 13 a 16 segundos en los cuales el niño deberá quedar inmóvil.

Indicaciones de las técnicas radiográficas: Frecuentemente no existe consenso entre los odontólogos en relación con la mejor técnica a emplear en Odontopediatría sin embargo, como elemento de ponderación inicial y durante la formación profesional en el pre-grado se ha establecido como criterio la edad, ya que todos los diferentes tipos de películas utilizadas en Odontología pueden indicarse en Odontopediatría. Las técnicas radiográficas pueden clasificarse en dos grupos según la edad del niño, denominadas de preescolar y escolar. De igual manera, esos grupos también se dividen en niños menores de 6 años (dentición temporal) y mayores de 6 años (denticiones mixta y permanente).

El examen radiográfico completo de la cavidad bucal del niño busca obtener información sobre la dentadura, estructuras de soporte y óseas adyacentes. Los factores predominantes que orientan la definición del número de radiografías, los tipos de película a utilizarse y los métodos más adecuados dependen del tamaño de la cavidad bucal y grado de cooperación del niño. La mayor

cantidad de películas no implica necesariamente mayor información para el diagnóstico.

La radiografía de toda la cavidad bucal puede generar incomodidad y menor cooperación del niño. Está contraindicada en pacientes muy nerviosos o con algún defecto físico en las manos, ya que no pueden posicionar la película en su ubicación ideal, así como en pacientes que presenten náuseas con el simple contacto de la película con el interior de la cavidad bucal.

También, en relación con el estudio radiográfico completo, se recomienda la Técnica de la Bisectriz o de Paralelismo sin embargo, debido a la mayor cantidad de películas utilizadas, se invierte más tiempo para su realización y procesamiento, exigiendo además mayor tiempo con el niño y mayor exposición a los rayos X. La cavidad bucal pequeña y el paladar poco profundo predisponen al posicionamiento incorrecto de la película, haciéndose necesarias repetidas exposiciones para obtener radiografías de buena calidad para el correcto diagnóstico, pues muchas veces el área cubierta por la película es determinada por la cooperación del niño.

Examen radiográfico completo

Dentición temporal: Durante la realización del examen radiográfico en los niños con dentición temporal, la radiografía más cómoda para el niño debe preceder a las demás, y las regiones anteriores deben ser radiografiadas en primer lugar. En la región posterior, si el deslizamiento de la película sobre la mucosa provoca náuseas, no debe realizarse. Si persisten los síntomas se aconseja la utilización cuidadosa de un anestésico tópico sobre la mucosa.

En el caso de niños en edad precoz (3 a 6 años), con dentición temporal, el examen radiográfico completo debe constar como máximo de 8 radiografías y se realizará de la siguiente manera:

- 2 periapicales de la región anterior (inferior y superior)
- 4 periapicales de la región posterior (inferior y superior/lados derecho e izquierdo)
- 2 interproximales (si hay contacto entre los dientes posteriores).

El niño menor de 3 años de edad, no colaborador debe estar acompañado de un familiar para que él mantenga la película en posición. Es válido recordar de nuevo que niño y acompañante deben estar debidamente protegidos con vestimentas de plomo. En los dientes anteriores, se indica la técnica periapical modificada (oclusal) con película periapical (13 ,1x 4,09 cm). En el caso de bebés, el examen radiográfico se realizará sólo en las áreas de interés, debido a que la dificultad de su realización proporciona radiografías sin calidad y de difícil interpretación, por lo tanto, de valor limitado.

Dentición mixta: En el caso de niños mayores de 6 años de edad, en etapa de dentición mixta, el examen radiográfico deberá constar de:

- 4 periapicales de la región posterior (superior e inferior, lados derecho e izquierdo)
- 2 periapicales de la región de incisivos (superior e inferior)

- 4 periapicales de la región de caninos
- 2 interproximales.

Dentición Permanente: En los pacientes adolescentes, con dentición permanente establecida o en fase de erupción, se indica el examen radiográfico completo de la siguiente manera:

14 radiografías periapicales no. 2 e interproximales:

- 3 películas: 1 de la región de incisivos centrales superiores y 2 de la región de incisivos laterales y caninos superiores (derecho e izquierdo)
- 3 películas: 1 de la región de incisivos centrales inferiores y 2 de la región de incisivos laterales y caninos inferiores (derecho e izquierdo)
- 4 películas: 1 de cada región de premolares (derecho e izquierdo, superior e inferior)
- 4 películas: 1 de cada región de molares (derecho e izquierdo, superior e inferior)
- 2 películas interproximales de la región de molares (derecho e izquierdo).

En las citas posteriores del paciente, es interesante radiografiar sólo las áreas de interés, es decir, las que presenten nuevas patologías o que necesitan de control para los tratamientos efectuados. El odontólogo debe en forma racional combinar adecuadamente los tipos de películas y técnicas radiográficas.

Consideraciones finales: El examen radiográfico es fundamental e indispensable como método auxiliar de diagnóstico, y debe analizarse junto con la anamnesis, examen clínico y en algunos casos, con los exámenes de laboratorio. En la primera consulta se recomienda el examen radiográfico completo. En las citas subsiguientes de control, se indican sólo las radiografías necesarias para la vigilancia del tratamiento ya realizado.⁶

Modelos diagnósticos

Los modelos son fundamentales en la planificación del tratamiento ortodóncico o las restauraciones complejas y, en general, como método de registro.¹²

Lista de problemas

Una lista de problemas quizá resulte mejor que una serie de diagnósticos, ya que la primera supone la realización de un tratamiento. Se requiere sintetizar toda la información; las partes prácticas del proceso consideran lo siguiente:

1. Existencia de un estado anormal.
2. Establecimiento de la causa.
3. Alternativas u opciones para corregir el problema.
4. Beneficios previstos, inmediatos y a largo plazo.
5. Problemas o requerimientos para realizar el tratamiento.

¹² Cameron, Angus. Manual de Odontología Pediátrica. 1^{era} ed. Madrid. Mosby. 1998.

Una consideración básica es identificar cualquier estado anormal, como caries o una pulpa no vital. La lista de dificultades ayuda a separar las anomalías, que requieren tratamiento, y aquellas que se reconocen pero no se tratan.⁹

Control de placa

Evaluación de la presencia de placa de índice O'Leary: La ficha utilizada permite la comparación de tres evaluaciones sucesivas de placa y sangrado. En esta ficha cada diente está dividido en 4 sectores, que corresponden a sus caras mesial, vestibular, distal y lingual. Una vez que el paciente recibe el compuesto revelante, se anotan los resultados. Las caras mesial y distal se revisan dos veces: una durante la evaluación de las caras vestibulares y una segunda vez cuando se evalúe la cara lingual. El puntaje final se determina contando el número total de caras con placa, dividiendo este número por la cantidad total de caras presentes en la boca y multiplicando por 100. Este puntaje cuando se compara con otros obtenidos anteriormente, provee un método para que el paciente reconozca su evolución.¹³

Odontograma

Un buen odontograma nos provee no sólo con la información de las patologías de tejidos duros sino también con la indicación del tratamiento requerido. Al hacer el examen de detección de caries dental es necesario tener en cuenta varios parámetros para hacer un adecuado diagnóstico. En primer lugar, los dientes deben estar limpios (previa profilaxis) y secos, además, se debe tener una excelente iluminación que nos permita ver cambios en la translucidez, brillo o textura del esmalte, lo cual muchas veces indica la presencia de caries dental sin que haya cavitación. Esto nos indica que el uso del explorador como medida de detección de caries dental, no es el único ni el mejor método para hacer este diagnóstico. Además, para examinar la superficie proximal, es conveniente separar los dientes y secar muy bien, especialmente para detectar la mancha blanca (1er. indicio clínico de caries dental).⁸

Diagnóstico

Los hallazgos patológicos encontrados en la historia y la exploración serán completados y matizados por el resto de los registros, de modo que en esta fase se emitirá el diagnóstico del problema o los problemas existentes jerarquizando su orden de importancia y decidiendo si alguno de ellos debe ser remitido a otro facultativo.¹

Pronóstico

Es necesario recordar, antes de llevar a cabo un plan de tratamiento, el pronóstico del caso. El pronóstico puede variar desde excelente (la enfermedad puede ser eliminada, se restaura la forma

¹³ Katz. Odontología preventiva en acción. 3^{ra} ed. Médica Panamericana. 1991.

y función y se evita la recidiva) hasta pobre (la dolencia sólo se puede controlar temporalmente).⁸

Plan de tratamiento

En la actualidad, el plan de tratamiento incluye el tratamiento de los problemas diagnosticados, la elaboración de un programa preventivo integral e individualizado para prevenir problemas futuros y asegurar al niño condiciones de salud bucal. El plan de tratamiento se divide en fases o etapas, a demás obedece a un cronograma de actividades previstas, detallando los tipos de tratamientos específicos a ejecutar y los materiales a emplear.

La primera etapa del plan de tratamiento es la adecuación del medio bucal, que incluye sugerencias nutricionales, educación para la higiene bucal, profilaxis profesional, aplicación de flúor y antimicrobianos para pacientes con alto riesgo/actividad de caries. En niños que padecen lesiones cariosas con cavidades abiertas, problemas de origen endodóntico y raíces residuales, esta etapa debe incluir, de acuerdo con las necesidades del paciente, la excavación y cierre provisional de todas las cavidades, realización del tratamiento endodóntico de emergencia, extracción de raíces residuales y remoción de las iatrogenias, tales como excesos en las restauraciones. El objetivo en esta etapa es controlar la actividad cariogénica y la enfermedad periodontal, reduciendo la microbiota bucal y condicionando al niño desde el punto de vista psicológico para recibir tratamientos ulteriores.

A continuación, se planifican las etapas para los tratamientos endodóntico, quirúrgicos y restauradores propiamente dichos, para que en orden de importancia, se combatan los procesos infecciosos y se promueva la recuperación funcional y estética. No obstante en determinadas situaciones, las intervenciones quirúrgicas se postergarán, para evitar el posible trauma psicológico que luego dificulte proseguir con el tratamiento. Luego de adecuar el medio bucal, para controlar los agentes etiológicos de la enfermedad cariosa y periodontal, se inicia el tratamiento restaurador. La urgencia de dicho tratamiento, depende de su importancia estratégica para el desarrollo de la dentición. El orden de prioridades debe ser el siguiente: molares permanentes, segundos molares temporales, caninos temporales, primeros molares temporales e incisivos temporales. Debe resaltarse que de necesitarse la extracción temprana de dientes temporales, el profesional debe decidir de manera inmediata si emplear el mantenedor de espacio antes de concluir la fase restauradora del tratamiento, o si refiere el paciente al Ortodoncista.

Para planificar el intervalo de tiempo adecuado entre las consultas para control, se determina el riesgo de caries del paciente, considerando el estado de su dentición, número y extensión de las restauraciones, higiene bucal y alimentación, edad del niño, estadio de desarrollo de la dentición, así como el grado de cooperación, comprensión y concientización del niño y sus padres. A grosso modo, de acuerdo al riesgo individual para desarrollar caries, los pacientes con riesgo

bajo y moderado los controles deben ser semestrales, para pacientes de alto riesgo, deben ser trimestrales, y dependiendo del caso, en intervalos aún menores.

El plan de tratamiento individualizado es la base para la recuperar y mantener la salud bucal del niño.⁶

Presentación del Plan de tratamiento a los padres

Antes de iniciar el tratamiento que previamente hemos planificado se debe, y es obligatorio, presentar el plan de tratamiento a los padres, pues se pone en juego un principio fundamental: el paciente y sus padres tienen el derecho a controlar el tratamiento que van a recibir.

Estos principios reflejan el punto de vista actual sobre la autonomía del paciente en lo que se refiere a la necesidad y conveniencia de las decisiones asistenciales y difiere notablemente de las normas que existían no hace muchos años, cuando se daba por hecho que el clínico no solo debía atender al paciente lo mejor posible, sino también decidir cuál era el tipo de tratamiento ideal.

Actualmente, el consentimiento informado implica que los padres han recibido la información completa acerca de la patología que presenta su hijo y las posibilidades terapéuticas existentes.

La presentación del plan de tratamiento a los padres debe reunir los siguientes requisitos:

- Debe ser breve, completo y específico. Deberán evitarse las generalidades.
- Debe utilizarse un lenguaje sencillo, y nos aseguraremos que han entendido lo que se les ha explicado.
- Empezaremos con una breve descripción del diagnóstico, de tal forma que ofrezcamos una visión general del estado de salud bucodental.
- Después pasaremos a describir cada uno de los problemas por orden de prioridad.
- Preguntaremos a los padres si están de acuerdo con el orden de prioridad.
- Posteriormente explicaremos las posibilidades de tratamiento para cada uno de los problemas y las que a nuestro juicio son las más adecuadas, las técnicas y aparatología que se va a utilizar, el tiempo que emplearemos (debe calcularse el tiempo de acuerdo con el número de cuadrantes afectados, la gravedad y la complejidad del caso. Prever siempre un tiempo mayor del requerido, indicando también el tiempo destinado al mantenimiento de la salud). Se informará detalladamente sobre las implicaciones de la no realización del tratamiento.
- Ante la frecuente pregunta ¿le molestará el tratamiento?, explicar que la incomodidad éste será mayor cuanto más complejo sea, pero menor que las consecuencias que traería si no se realizara.
- Informaremos sobre las ventajas y los riesgos del tratamiento, complicaciones que pueden surgir y cómo podrían resolverse o aliviarse.
- Finalizaremos informando sobre el número aproximado de visitas, la necesidad de

puntualidad y el cumplimiento de citas concertadas, así como el plan de visitas periódicas de revisión.

Consentimiento informado

La asistencia sanitaria ha evolucionado desde el punto un paternalismo terapéutico, en el que el médico y el profesional sanitario determinaba lo que era mejor para el paciente, sin su colaboración, hasta el momento actual, en donde cualquier actuación terapéutica gravita sobre el eje del consentimiento informado.

El consentimiento informado es, ante todo, una necesidad ética, ya que los pacientes y sus familiares o allegados se les debe facilitar información, verbalmente y por escrito, pero siempre en términos comprensibles, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y posibles alternativas de tratamiento, teniendo derecho el paciente a la libre elección entre las opciones que le presenta el responsable facultativo.

El consentimiento precisa de una información previa, y el documento debe ser un medio más para facilitar la información. Esta información debe darla el odontólogo (quien firma el documento) y no debe hacerlo el personal auxiliar.

El consentimiento debe darlo el paciente que va a recibir la intervención. Como norma general, sólo cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones deberán realizarlo sus familiares o allegados. Por tanto, en Odontopediatría, el consentimiento informado lo deben firmar siempre los padres, tutores o representantes legales del paciente, pero cuando el niño (paciente) tenga suficiente juicio se debe pedir que también lo firme.¹⁴

Registro de los hallazgos

Registrar los datos con precisión es tan importante como practicar una exploración cuidadosa.

Hay dos tipos de registros:

1. El registro de los hallazgos realizados durante la exploración del niño.
2. El registro del tratamiento seguido durante las posteriores visitas.

El registro de los hallazgos realizados durante la exploración del niño constituye la base para la formulación de un plan terapéutico en cada caso concreto. Con este fin se han diseñado varios impresos diferentes. Los datos recogidos en esos impresos pueden variar considerablemente, pero es fundamental que cada sistema de servicio dental diseñe un protocolo uniforme que permita transferir la información de una clínica a otra. También es importante el poder leer y comprender los registros efectuados por el dentista que ha tratado al paciente con anterioridad.

¹⁴ Boj, J R. Odontopediatría. 1^{era} ed. Barcelona. Masson. 2005.

Una de las características de un servicio sistemático de Odontopediatría es la evaluación de sus propios efectos basándose en datos epidemiológicos. Estos datos pueden ser recogidos en revisiones epidemiológicas planificadas especialmente con ese fin, pero también pueden utilizarse los datos obtenidos de ordinario en el servicio dental infantil. Si se elige esta segunda opción, hay que crear impresos de registro que sirvan para recoger los datos necesarios con objeto de planificar el tratamiento de cada paciente en concreto, así como todos aquellos otros utilizados para evaluar el efecto del servicio. Debido a la gran cantidad de información que se obtiene de esta forma, se han creado impresos computarizados.

Independientemente de los registros empleados, durante la exploración del niño hay que recoger todos los hallazgos pertinentes. Las radiografías deben montarse y marcarse con los datos de identificación del paciente y la fecha de exposición. Es preferible usar bolsitas que protejan las radiografías por los dos lados y que permitan montar y remontar las películas sin estropearla. En las exposiciones extraorales puede resultar útil registrar los datos de la exposición para sucesivas ocasiones.

En cada visita del paciente hay que tomar un registro completo de todos los procedimientos terapéuticos practicados. La información debe recogerse de tal modo que permita la evaluación de cualquier tratamiento anterior. El registro continuo y cuidadoso de todos los hallazgos, y de todos los tratamientos y procedimientos importantes a que se somete al paciente, constituye una importante información para el dentista que va a tratar al niño en el futuro. Así, es conveniente registrar en cada visita la reacción del paciente pediátrico a la administración de la anestesia local o la anestesia con óxido nítrico. También es conveniente reseñar si ha habido falta de cooperación, así como las reacciones del niño y de sus padres, preferiblemente en términos objetivos, a fin de comparar estos datos con los de futuras visitas. Son importantes los registros de tratamiento en la reevaluación de las terapéuticas anteriores y en la valoración de la respuesta del paciente y de sus padres a los procedimientos preventivos y restauradores previos.

Evaluación epicrítica

El enfoque sistemático de la Odontopediatría requiere un seguimiento regular, a fin de valorar el efecto de los servicios preventivos y terapéuticos prestados con anterioridad a cada paciente.

En ocasiones hay que modificar los diagnósticos iniciales. Por otra parte, ciertos factores esenciales, como las reacciones del niño y de sus padres a las recomendaciones dietéticas y a las instrucciones sobre higiene oral, cambian en ocasiones de una visita a otra; esos cambios, a su vez, pueden condicionar una modificación del plan terapéutico. Una buena relación entre el niño, sus padres y el equipo dental y un registro sistemático de toda la información importante son requisitos fundamentales para este tipo de evaluación epicrítica.¹⁵

¹⁵ Benght O. Maghsson. Odontopediatría: Enfoque sistemático. 1^{era} ed. Barcelona. Salvat.1985.

A continuación se expresan los resultados obtenidos en un estudio similar a este pero del año 2009:

Frecuencia del llenado de los expedientes clínicos, de la clínica de Odontopediatría I, de la UNAN-LEÓN, en el primer semestre del año 2009

Expediente Clínico	Frecuencia	Porcentaje
Completo	53	35%
Incompleto	97	65%
Total	150	100%

Frecuencia del llenado adecuado de los expedientes clínicos, por área, de Clínica de Odontopediatría I, de la UNAN-LEÓN, en el primer semestre del año 2009

Partes de los expedientes	Frecuencia Adecuado	N	%	Frecuencia inadecuado	N	%
Carpeta	150		100	0		0
Instrucciones para los pacientes	150		100	0		0
Datos generales	139		93	11		7
Antecedentes obstétricos	146		97	4		3
Antecedentes médico-personales	89		59	61		41
Antecedentes odontológicos	136		91	14		9
Alimentación	109		73	41		27
Examen clínico	87		58	63		42
Examen oclusal	109		73	41		27
Lista de problemas y diagnóstico	115		77	35		23
Estudio radiográfico	80		53	70		47
Modelo de estudio	140		93	10		7
Control de placa dentobacteriana	87		58	63		42
Odontograma	89		59	61		41
Record de tratamiento en tabla	150		100	0		0
Plan de tratamiento	109		73	41		27
Diagnóstico y pronóstico	115		77	35		23
Record de tratamiento	150		100	0		0
Hoja de distribución de materiales	150		100	0		0

16

¹⁶ Altamirano, Jessica y Alvarado Hazel. Frecuencia de llenado de expedientes clínicos y factores que interfieren en el llenado adecuado de los expedientes de la Clínica de Odontopediatría I de la UNAN-León en el primer semestre del año 2009. (Tesis para optar al título de Cirujano-dentista). León. 2010.

DISEÑO METODOLÓGICO:

- I. **Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.

- II. **Área de estudio:** Clínica de Odontopediatría, que se encuentra en el Edificio Ayapal de la Facultad de Odontología ubicada en el Complejo Docente de la Salud, en la Ciudad de León, Nicaragua; la cual cuenta con 16 unidades dentales, áreas de radiología, laboratorio, esterilización, cepillado y control de placa, proveeduría, archivo y un aula de clase.

Criterios de inclusión: Historias clínicas de pacientes que recibieron algún tipo de tratamiento por parte de los alumnos del V año 2010.

- III. **Población de estudio:** 289 historias clínicas de los pacientes atendidos en el periodo comprendido entre marzo y junio 2010, de los cuales se excluyeron 46 historias clínicas por no haber recibido tratamiento alguno por los estudiantes y 9 historias clínicas que no fueron encontradas en el archivo al momento de la recolección de datos, quedando como población 234 historias clínicas de pacientes que si recibieron algún tipo de tratamiento por los alumnos del V curso 2010.

- IV. **Instrumento y método de recolección de la información:** Se solicitó permiso al Director de la Clínica de Ayapal para que autorizara la revisión de las historias clínicas. En el archivo de la Clínica los expedientes están organizados en carpetas de acuerdo al número y nombre del estudiante encargado del caso. En la cubierta de cada historia clínica se anota el número de caso, nombre y apellido del paciente. Se procedió a revisar las historias clínicas del archivo de 10 en 10 hasta completar las 234. En cada una de las historias clínicas se revisó el registro de cada uno de los acápites que estaban siendo analizados, para la cual se contó con la ayuda de un formulario de recolección de datos, en el cual se iban plasmando si se habían registrado los acápites datos generales, antecedentes obstétricos, antecedentes médico-personales, antecedentes odontológicos, alimentación, examen clínico, oclusión, hábitos, estudio radiográfico, lista de problemas, diagnóstico, control de placa dentobacteriana, odontograma, pronóstico, plan de tratamiento, récord de tratamiento y se verificó la presencia de radiografías que estaban anotadas en el expediente y la presentación de casos clínicos.

Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Indicador	Valor
Registro de historia clínica.	Respuesta a todos los acápites del formato de la historia clínica	-Información encontrada en el espacio designado para la respuesta de todos los acápites de la historia clínica. -Ausencia de información en acápites del formato de la historia clínica.	-Completa -Incompleta
Registro de cada uno de los acápites de la historia clínica.	Respuesta a cada una de los acápites del formato de la historia clínica	-Información encontrada en el espacio designado para la respuesta de todas de las partes de cada uno de los acápites del formato de la historia clínica. - Ausencia de información en una o más partes de cada uno de los acápites del formato de la historia clínica.	-Completo -Incompleto
Presencia de radiografías de diagnóstico.	Presencia en la historia clínica de un registro radiográfico del estado dental del paciente.	-Radiografías adjuntas al expediente clínico. -Ausencia de radiografías en expediente clínico.	-Si -No
Presentación de caso clínico.	Análisis de la información por escrito, descripción del diagnóstico, pronóstico, propuesta de plan de tratamiento y número de visitas necesarias para completarlo.	-Presentación de caso clínico adjunta a la historia clínica. -Ausencia de presentación de caso clínico adjunta a la historia clínica.	-Si -No

Firma de visto bueno del tutor correspondiente	Firma del tutor que ha corroborado que los acápite control de placa, odontograma, diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y record se tratamiento han sido llenados correcta y completamente.	-Firma del tutor en el expediente. -Ausencia de firma del tutor en el expediente.	-Si -No
---	--	--	----------------

Los resultados se presentarán por medio de tablas y para su análisis se expresará en porcentajes.

RESULTADOS

Tabla no. 1: Registro de historias clínicas en pacientes atendidos por los alumnos del V curso en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León en el periodo comprendido entre marzo y junio 2010.

Historia clínica	N	%
Completa	5	2%
Incompleta	229	98%
Total	234	100%

Fuente: Secundaria (Archivo de expedientes clínicos de Clínica de Odontopediatría en el período comprendido entre marzo y junio de 2010).

En la tabla 1 se observó el porcentaje de registro completo e incompleto de historias clínicas que de 234 historias clínicas, el 2% fueron registradas completamente, por tanto el otro porcentaje fue registrado incompletamente.

Tabla no. 2: Registro de historias clínicas por acápite en pacientes atendidos por los alumnos del V curso en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León en el periodo comprendido entre marzo y junio 2010.

Acápites	Información completa		Información incompleta	
	N	%	N	%
Datos generales	19	8%	215	92%
Antecedentes obstétricos	187	80%	47	20%
Antecedentes médico-personales	181	77%	53	23%
Antecedentes odontológicos	192	82%	42	18%
Alimentación	199	85%	35	15%

Fuente: Secundaria (Archivo de expedientes clínicos de Clínica de Odontopediatría en el período comprendido entre marzo y junio de 2010).

La tabla 2 muestra un análisis del registro de historias clínicas, considerando cada uno de los acápite, algunos fueron llenados en mayor porcentaje que otros como es el caso de los datos de alimentación, se observó que del total de historias clínicas estudiadas el 98% tiene incompleto el acápite de datos generales, mejorando el registro completo en un 80%, 77%, 82% y 85% de acuerdo a la secuencia en antecedentes obstétricos, antecedentes médico-personales, antecedentes odontológicos y alimentación respectivamente.

Tabla no. 3: Registro de historias clínicas por acápite en pacientes atendidos por los alumnos del V curso en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León en el periodo comprendido entre marzo y junio 2010.

Acápite	Información completa		Información incompleta	
	N	%	N	%
Examen clínico	39	17%	195	83%
Oclusión	138	59%	96	41%
Hábitos	191	82%	43	18%
Estudio radiográfico	159	68%	75	32%

Fuente: Secundaria (Archivo de expedientes clínicos de Clínica de Odontopediatría en el período comprendido entre marzo y junio de 2010).

En la tabla 3 se muestra un análisis del registro de historias clínicas, considerando cada uno de los acápite, es notorio la poca información completa en el área de examen clínico, se observó que en las historias clínicas estudiadas el registro del acápite examen clínico es incompleto en un 83% y que el registro completo aumentó en hábitos, estudio radiográfico y oclusión con 82%, 68% y 59% respectivamente.

Tabla no. 4: Registro de historias clínicas por acápite en pacientes atendidos por los alumnos del V curso en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León en el periodo comprendido entre marzo y junio 2010.

Acápite	Información completa		Información incompleta	
	N	%	N	%
Lista de problemas	197	84%	37	16%
Diagnóstico	195	83%	39	17%
Control de placa dentobacteriana	24	10%	210	90%
Odontograma	224	96%	10	4%

Fuente: Secundaria (Archivo de expedientes clínicos de Clínica de Odontopediatría en el período comprendido entre marzo y junio de 2010).

La tabla 4 muestra un análisis del registro de historias clínicas, considerando cada uno de los acápite, encontrando un porcentaje bajo en el registro de control de placa dentobacteriana, se observó que el registro completo en los acápite odontograma, lista de problemas y diagnóstico es alto con un 96%, 84% y 83% respectivamente, pero, en el acápite de control de placa bacteriana la información fue incompleta en el 90% de las 234 historias clínicas que fueron incluidas en este estudio.

Tabla no. 5: Registro de historias clínicas por acápite en pacientes atendidos por los alumnos del V curso en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León en el periodo comprendido entre marzo y junio 2010.

Acápite	Información completa		Información incompleta	
	N	%	N	%
Pronóstico	150	64%	84	36%
Plan de tratamiento	178	76%	56	24%
Récord de tratamiento	211	90%	23	10%

Fuente: Secundaria (Archivo de expedientes clínicos de Clínica de Odontopediatría en el período comprendido entre marzo y junio de 2010).

Se observó en la tabla 5 un porcentaje superior al 60% en los acápite de pronóstico, plan y récord de tratamiento, que el 64% de las historias clínicas estudiadas tienen el acápite pronóstico registrado completamente, el 76% tiene registrado completamente el acápite de plan de tratamiento y el registro completo fue excelente en récord de tratamiento con un 90%.

Tabla no. 6: Presencia de radiografías de diagnóstico en casos de pacientes en que fue necesario atendidos por los alumnos del V curso en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León en el periodo comprendido entre marzo y junio 2010.

Presencia de radiografías	N	%
Si	27	19%
No	114	81%
Total	141	100%

Fuente: Secundaria (Archivo de expedientes clínicos de Clínica de Odontopediatría en el período comprendido entre marzo y junio de 2010).

En la tabla 6 se observa que de los 141 casos que ameritaron radiografías de diagnóstico el 81% de las historias clínicas no presentó adjunto el set radiográfico.

Tabla no. 7: Presentación de caso adjunta a la historia clínica de los pacientes atendidos por los alumnos del V curso en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León en el periodo comprendido entre marzo y junio 2010.

Presentación de caso adjunta a la historia clínica	N	%
Si	61	26%
No	173	74%
Total	234	100%

Fuente: Secundaria (Archivo de expedientes clínicos de Clínica de Odontopediatría en el período comprendido entre marzo y junio de 2010).

En la tabla 7 se observó que el mayor porcentaje no adjuntó la presentación de caso, el 26% de las historias clínicas tenían adjunta la presentación de caso y el 74% no lo adjuntó.

Tabla no. 8: Firma de visto bueno del tutor correspondiente en los acápite control de placa, odontograma, diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, y récord de tratamiento en la historia clínica de los pacientes atendidos por los alumnos del V curso en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León en el periodo comprendido entre marzo y junio 2010.

Visto bueno presente	Si		No	
	N	%	N	%
Control de placa	26	11%	208	89%
Odontograma	141	60%	93	40%
Diagnóstico	72	31%	162	69%
Pronóstico	72	31%	162	69%
Plan de tratamiento	86	37%	148	63%
Récord de tratamiento	201	86%	33	14%

Fuente: Secundaria (Archivo de expedientes clínicos de Clínica de Odontopediatría en el período comprendido entre marzo y junio de 2010).

En la tabla 8 se observó que de las 234 historias clínicas que fueron estudiadas, el control de placa, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento presenta el visto bueno del tutor en el 11%, 31%, 31% y 37% respectivamente y que el 60% y 86% si lo presenta en los acápite odontograma y récord de tratamiento respectivamente.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El registro general de historias clínicas de pacientes atendidos por los alumnos del V curso en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León fue menor en relación a los resultados obtenidos en un estudio similar realizado en el primer semestre del año 2009, ya que en el periodo comprendido entre marzo y junio del 2010 el 2% de las historias clínicas fueron registradas completamente y un 98% tuvo un registro incompleto, este resultado indica que no se está cumpliendo con el compromiso del registro de la historia clínica ya que cada una de las respuestas pedidas tienen una función importante para el reconocimiento del estado oral del paciente, así como de la salud general asociada, ya que existen muchas situaciones en las cuales la salud oral afecta la salud general y viceversa. Además el examen oral nos da las bases para el diagnóstico y el pronóstico que va a determinar los requerimientos inmediatos y a largo plazo, ya sean de naturaleza preventiva-correctiva o restauradora, de los pacientes que acuden a la clínica. El estudio realizado en el año 2009 reveló que el registro de datos de historias clínicas fue de 35% completo y 65% incompleto.

El acápite de datos generales presentó un registro completo en el 8% de los casos y el 92% omitió alguna información, en la mayoría de casos estaban ausentes los datos de estatura y peso. Es importante señalar que estos resultados pueden deberse a la ausencia de una pesa en la clínica y a la falta de costumbre de los estudiantes para medir la estatura de los pacientes. La estatura y peso son datos importantes para determinar el índice de desarrollo físico, y es vital registrar estos datos, ya que es imprescindible para poder prescribir un medicamento en los casos que sea necesario.

Al estudiar el acápite de antecedentes obstétricos se encontró que el 80% fue registrado completamente, comparado con los expedientes del 2009 el registro fue menor ya que en ese año el 93% fue llenado completamente. El 77% de las historias clínicas registraron completamente los antecedentes médico-personales del paciente, en éste último acápite el registro de historias clínicas superó el 59% de llenado de los expedientes del año 2009, 82% registró completamente los antecedentes odontológicos del paciente contra un 91% de registro en el año 2009. Es inaceptable la omisión de información en estos acápites ya que las alteraciones presentes en boca podrían estar íntimamente relacionadas a las situaciones ocurridas en los periodos pre, trans y postnatal.

En el acápite de alimentación el 85% de las historias clínicas reflejaban la información de los hábitos alimenticios adquiridos por el paciente y en un 18% se ausentó información tal como qué acostumbra a comer el paciente, consumo de dulces y goma de mascar e informes acerca de cambios sugeridos en la dieta, en el año 2009 solamente el 9% omitió este tipo de información en este acápite.

El registro de examen clínico de los pacientes atendidos por los alumnos del V curso de 2010 fue en el 83% de los casos incompleto, la información omitida se relacionaba con número de dientes, ausencias congénitas, supernumerarios, piezas extraídas, secuencia de erupción, abrasión y facetas de desgaste, coloración y decoloraciones, en el año 2009 se llenó completo un 58% del acápite de examen clínico.

El examen oclusal fue registrado en el 59% de los casos y el 41% fue registrado de manera incompleta, a diferencia del llenado de este mismo acápite en el año 2009 en donde solamente el 27% falló en el llenado completo. Generalmente se omitió información del tipo de perfil y sobrepase vertical.

El 85% de las historias clínicas registraron información completa de hábitos, en el 15% no hubo información acerca de si se presentó un hábito y su tipo, frecuencia y duración.

El 68% registró en la historia clínica la necesidad o no de tomar radiografías, en el caso de si haber tomado radiografías se anotó el número, tipo de radiografías y sus observaciones en corona, raíz y estructuras de soporte dental.

El 84% de las historias clínicas presentaron registro de la lista de problemas de los pacientes, en el año 2009 los resultados respecto a éste a acápite fueron menores ya que solo el 77% de las historias tenían este registro, esta lista y un adecuado análisis de la información recopilada definen las causas y factores que interfieren en el desarrollo de las anomalías presentes en el paciente y establece las necesidades de tratamiento.

En la ficha de control de placa un 90% de las historias incluidas en el estudio no presentaron completo el registro de las 3 evaluaciones del índice de placa en las superficies dentales (al inicio, mitad y al finalizar el tratamiento), siendo este método tan importante en la evolución y motivación de los pacientes para el uso de medidas que lleven a conseguir niveles adecuados de higiene oral. En el año 2009 el 58% de las historias presentaron registro de los controles de placa. La mayoría de los casos presentaban registro de índice de placa solamente al inicio del tratamiento.

El 96% de las 234 historias estudiadas presentó registro de odontograma, este resultado es muy positivo porque este esquema facilita la identificación rápida y ordenada de las condiciones de la boca del paciente antes de la intervención del clínico, las necesidades de tratamiento y su estado al finalizar el plan de atención. En el año 2009 el 59% de los casos registraron en el expediente clínico este acápite.

El 83% de las historias clínicas registradas por los alumnos del V curso en el periodo de marzo a junio 2010 presentaron diagnóstico del estado bucal del paciente, es necesario el registro de esta

información en la historia clínica porque define y controla la capacidad del operador de interpretar todos los datos recogidos en la anamnesis y examen clínico, y hace una jerarquía ordenada de los problemas presentados por el paciente, además de determinar si el clínico tiene la capacidad de tratar todos los problemas o el paciente tendrá que ser remitido donde un especialista.

El 64% de las historias clínicas presentó un pronóstico. En este acápite se prevé los pro y contra de las alternativas de tratamiento para eliminar los problemas presentes en el paciente.

De las 234 historias clínicas incluidas en este estudio el 76% de ellas registró el plan de tratamiento completo, el restante 24% omitió una o más de las cinco fases del plan de tratamiento, este acápite es de gran importancia porque ordena secuencialmente y establece correctamente las prioridades, anticipa los materiales e instrumentos necesarios para cada cita; racionalizando el tiempo de trabajo y disminuyendo el desgaste físico y emocional del paciente y del operador. En el año 2009 el 73% de los expedientes presentó el plan de tratamiento.

El 90% de los casos estudiados registró en la historia clínica el récord de tratamiento, este dato es muy positivo porque muestra que los alumnos anotaban el servicio suministrado, complicaciones sucedidas, o condición que impidió el desarrollo de la actividad establecida para realizar al paciente en cada sesión. El 100% de las historias clínicas del año 2009 llenadas en el primer semestre presentaron el récord de tratamiento completo.

De las historia clínicas estudiadas para esta investigación se encontró que 141 de los casos ameritaron toma del set radiográfico de diagnóstico, del cual solamente el 19% de los expedientes presentaron adjunto las radiografías. El restante 81% omitió este medio de información tan importante para el diagnóstico y comparaciones pre y post tratamiento. Es importante señalar que estos resultados pueden deberse a que en la clínica se entregó las radiografías pre y posoperatorias de los tratamientos pulpares al Profesor Principal, sin embargo en la mayoría de los casos hubo ausencia de todas las radiografías tomadas.

El 26% de los expedientes clínicos registró la presentación de caso, la cual es necesaria para poder transmitir toda la información del paciente recogida en la anamnesis, examen clínico y radiográfico al tutor y que éste corrobore los diagnósticos, pronóstico y autorice el plan de tratamiento para asegurar que el servicio suministrado sea el adecuado.

De las 234 historias clínicas estudiadas, los tutores firmaron el visto bueno de récord de tratamiento, odontograma, plan de tratamiento, diagnóstico- pronóstico y control de placa en el 86%, 60%, 37%, 31% y 11% respectivamente; esto nos refleja que puede haber más atención por parte de los tutores a odontograma y récord de tratamiento que son los acápites en que se controla la información respecto a los servicios suministrados y esto puede deberse al interés del

cumplimiento de los requisitos mínimos para aprobar la asignatura de Clínica de Odontopediatría.

CONCLUSIONES

- El registro de historia clínica en general de los pacientes atendidos por alumnos del V curso del año 2010 no fue completo, hubo acápite que son registrados en gran medida y otros en los que se omitió información.
- Se prestó más importancia a los acápite relacionados al cumplimiento de requisitos y mecanismo de evaluación de la asignatura Clínica de Odontopediatría.
- En la mayoría de los expedientes clínicos no se adjuntaron las radiografías de diagnóstico, siendo éstas importantes en aspectos médicos, legales y asistenciales; y para evaluaciones post-operatorias.
- Los acápite odontograma y récord de tratamiento tuvieron un alto porcentaje de firma de visto bueno, y un menor registro de firmas a los acápite como diagnóstico y pronóstico que son vitales para la atención integral de los pacientes atendidos en la clínica.

RECOMENDACIONES

A los docentes:

- Explicar y hacer conciencia a los estudiantes de la importancia de realizar un registro adecuado y completo de cada uno de los elementos que integran la historia clínica odontopediátrica.
- Corroborar el cumplimiento del protocolo de atención: registro de historia clínica, interpretación de datos, presentación de caso y autorización del plan de tratamiento.
- Incluir en el plan de evaluación de los estudiantes el registro de la historia clínica, defensa de caso y servicios suministrados.
- Notificar a la dirección de clínicas la necesidad de una pesa para los niños, ya que el dato es requerido en el formato de historia clínica y no todos los padres o acompañantes del paciente manejan esa información.

A los estudiantes:

- Manejar los conocimientos necesarios para realizar un correcto registro de la historia clínica odontopediátrica.
- Cumplir con el registro de historias clínicas completas y evitar la omisión de información para conseguir historias clínicas registradas completamente.
- Adjuntar el set radiográfico de diagnóstico a la historia clínica.
- Devolver la historia clínica al archivo de la clínica para evitar pérdida y confusión de expedientes.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Barbería Leache, Elena. et. al. Odontopediatría. 2^{da} ed. Barcelona. Masson. 2001.
- ² Disponible en historiamedical.com.ve/index_archivo/page762.html.
- ³ Cerecedo Cortina, Vicente. Historia Clínica: Metodología didáctica. 1^{era} ed. México D. F. Médica Panamericana. 2002.
- ⁴ Gisbert, Juan Antonio. Medicina Legal y Toxicología. 6^{ta} ed. Barcelona. Masson. 2004.
- ⁵ Tejero Álvarez, Mercedes. Documentación clínica y archivo. 1^{era} ed. Madrid. Díaz de Santos. 2004.
- ⁶ Bezerra da Silva, Léa Assed. Tratado de Odontopediatría. 1^{ra} ed. São Paulo. Amolca. 2005.
- ⁷ Chimenos Kustner, Eduardo. La historia clínica en Odontología. 1^{ra} ed. Barcelona. Masson. 2002.
- ⁸ Cárdenas Jaramillo, Darío. Odontología Pediátrica. 3^{ra} ed. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas. 2003.
- ⁹ Pinkham J. R. Odontología Pediátrica. 2^{da} ed. México. Interamericana Mc Graw-Hill. 1996.
- ¹⁰ Botero, Paola María. Manual para la realización de la Historia Clínica Odontológica del escolar. 1^{era} ed. Medellín. Universidad Cooperativa de Colombia. 2007.
- ¹¹ Finn, Sidney. Odontología Pediátrica. 4^{ta} ed. Interamericana. 1982.
- ¹² Cameron, Angus. Manual de Odontología Pediátrica. 1^{era} ed. Madrid. Mosby. 1998.
- ¹³ Katz. Odontología preventiva en acción. 3^{ra} ed. Médica Panamericana. 1991.
- ¹⁴ Boj, J R. Odontopediatría. 1^{era} ed. Barcelona. Masson. 2005.
- ¹⁵ Benght O. Maghusson. Odontopediatría: Enfoque sistemático. 1^{era} ed. Barcelona. Salvat. 1985.
- ¹⁶ Altamirano, Jessica y Alvarado Hazel. Frecuencia de llenado de expedientes clínicos y factores que interfieren en el llenado adecuado de los expedientes de la Clínica de Odontopediatría I de la UNAN-León en el primer semestre del año 2009. (Tesis para optar al título de Cirujano-dentista). León. 2010.

ANEXOS

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León

Registro de la historia clínica de los pacientes atendidos por los alumnos de odontología de V curso en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León en el periodo comprendido entre marzo y junio de 2010.

Formulario:

Expediente #

Acápite	Información completa	Información incompleta	
Datos generales			
Antecedentes obstétricos			
Antecedentes médico-personales			
Antecedentes odontológicos			
Alimentación			
Examen clínico			
Oclusión			
Hábitos			
Estudio radiográfico			
Lista de problemas			VoBo del tutor
Control de placa dentobacteriana			Si__ No__
Odontograma			Si__ No__
Diagnóstico			Si__ No__
Pronóstico			Si__ No__
Plan de tratamiento			Si__ No__
Record de tratamiento			Si__ No__
Radiografías adjuntas	Si	No	
Presentación de caso adjunta	Si	No	

Observaciones:

Tabla no. 1: Llenado de historias clínicas.

Historia clínica	N	%
Completa		
Incompleta		
Total		

Tabla no. 2: Llenado de la historia clínica por acápite.

Acápite	Información completa		Información incompleta	
	N	%	N	%
Datos generales				
Antecedentes obstétricos				
Antecedentes médico-personales				
Antecedentes odontológicos				
Alimentación				

Tabla no. 3: Llenado de la historia clínica por acápite.

Acápite	Información completa		Información incompleta	
	N	%	N	%
Examen clínico				
Oclusión				
Plano transversal				
Plano vertical				
Hábitos				
Estudio radiográfico				

Tabla no. 4: Llenado de la historia clínica por acápite.

Acápite	Información completa		Información incompleta	
	N	%	N	%
Modelos de estudio				
Lista de problemas				
Control de placa dentobacteriana				
Odontograma				

Tabla no. 5: Llenado de la historia clínica por acápite.

Acápite	Información completa		Información incompleta	
	N	%	N	%
Diagnóstico				
Pronóstico				
Plan de tratamiento				
Récord de tratamiento				

Tabla no. 6: Presencia de radiografías de diagnóstico en los casos que fue necesario.

Presencia de radiografías	N	%
Si		
No		
Total		

Tabla no. 7: Presentación de caso adjunta a la historia clínica de los pacientes atendidos por los alumnos del V curso en la Clínica de Odontopediatría de la UNAN-León en el periodo comprendido entre marzo y junio 2010.

Presentación de caso adjunta a la historia clínica	N	%
Si		
No		
Total		

Tabla no. 8: Presencia del VoBo del tutor correspondiente.

VoBo presente	Si		No	
	N	%	N	%
Control de placa				
Odontograma				
Diagnóstico				
Pronóstico				
Plan de tratamiento				
Récord de tratamiento				



Edificio Ayapal
Clínica de Odontopediatría

Archivo de Clínica de
Odontopediatría



Gabriela Buitrago
Celebración del día del niño
2010