

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA



TEMA
HISTORIA CLÍNICA

Para Obtener el Título de Segunda Especialidad en Odontopediatria

AUTOR:

AUTOR: C.D MARIELA FIGUEROA QUEVEDO

ASESORA:

CD, MG. GISSELA BRICEÑO VERGEL

Lima - Perú
2017

Este trabajo se lo dedico a Dios por guiarme en cada momento, por darme su bendición siempre, por permitirme formar una familia.

A mi esposo que supo tener confianza absoluta en mis decisiones, por no dejarme caer; se cierra una etapa difícil pero empieza la mejor y más deseada, hoy tenemos el mejor de los motivos.

HISTORIA CLINICA

INDICE

1. INTRODUCCION
2. ESTRUCTURA
 - 2.1 Fundamentos teóricos de la investigación
 - 2.1.1 Marco histórico
 - 2.1.1.1 Antecedentes
 - 2.1.2 Marco teórico
 - 2.1.2.1 Definición
 - 2.1.2.2 Importancia
 - 2.1.2.3 Funciones
 - 2.1.2.4 Objetivos
 - 2.1.2.5 Características principales
 - 2.1.2.6 Norma técnica de salud
 - 2.1.2.7 Consentimiento informado
 - 2.1.2.8 Consideraciones finales
3. HISTORIA CLINICA (Desarrollo)
 - 3.1 Anamnesis
 - 3.1.1 Filiación
 - 3.1.2 Antecedentes
 - 3.1.3 Enfermedad actual
 - 3.2 Examen clínico
 - 3.2.1 Examen clínico general
 - 3.2.2 Examen psíquico elemental
 - 3.2.3 Examen clínico regional
 - 3.2.3.1 Extraoral
 - 3.2.3.2 Intraoral
 - 3.2.3.3 Odontograma
 - 3.3 Diagnóstico presuntivo
 - 3.4 Exámenes complementarios
 - 3.5 Diagnóstico definitivo
 - 3.5.1 De salud general
 - 3.5.2 De salud estomatológico
 - 3.6 Tratamiento
4. CONCLUSIONES

5. RECOMENDACIONES

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

RESUMEN

La historia clínica en la actualidad representa un papel fundamental en la calidad de la atención odontológica, es la recopilación de los datos más importantes que brinda el paciente, a su vez comprende los datos del mismo, los antecedentes, los signos y síntomas de la enfermedad, el diagnóstico y finalmente el tratamiento elegido por el profesional.

La historia clínica es el resultado del trabajo del odontólogo, de la ejecución de la fase cognoscitiva de la relación odontólogo-paciente, el cual tendrá un análisis o síntesis, conocido como diagnóstico y tratamiento.

La historia clínica le permite al odontólogo realizar un seguimiento a través del tiempo, ya que este documento le brinda una perspectiva completa y general para lograr la mejor atención para el paciente.

Finalmente debemos tener claro que es un documento legal, individual, insustituible, privado y obligatorio de realizar, el cual tiene como funciones principales, mejorar la calidad de atención y ser objeto de docencia e investigación.

Palabras clave: historia clínica, signos, síntomas, diagnostico, enfermedad.

ABSTRACT

The medical history currently represents a fundamental role in the quality of dental care, it is the collection of the most important information provided by the patient since it contains the background, signs and symptoms of the disease, the diagnosis and finally the treatment chosen by the professional.

The clinical history is the result of the dentist's work, of the execution of the cognitive phase of the dentist-patient relationship, which will have an analysis or synthesis, known as diagnosis and treatment. The clinical history allows the dentist to follow up over time, as this document provides a complete and general perspective to achieve the best care for the patient. Finally, we must be clear that it is a legal document, individual, irreplaceable, private and mandatory to perform, which has as main functions, improve the quality of care and be the subject of teaching and research.

Key words: medical history, signs, symptoms, diagnosis, disease.

INTRODUCCION

El presente trabajo trata sobre historia clínica, la cual se define como el conjunto de documentos derivados de la relación odontólogo-paciente, este documento recopila la información principal del paciente, ese decir, sus datos, sus antecedentes, la exploración clínica, los exámenes complementarios, el diagnóstico y finalmente el tratamiento.

La historia clínica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médico-estomatológica y es vital en la interrelación en los diferentes niveles de atención, es el resultado del trabajo del odontólogo.

Dentro de las principales características de la historia clínica tenemos que es obligatoria, irremplazable, privada, objetiva, individual y que es un documento médico-legal.

Es necesario lograr tres objetivos principales, el primero es conocer la historia clínica, el segundo es conocer al paciente y finalmente establecer una relación adecuada con el paciente. A su vez adquiere un valor asistencial, docente, investigativo, administrativo, legal y de control de la calidad de la asistencia, trascendental.

El propósito de este trabajo es valorar la importancia de la historia clínica correctamente llenada, por su valor en el diagnóstico preciso, como herramienta del método clínico y como documento medico legal.

2. ESTRUCTURA

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION:

2.1.1 Marco Histórico:

2.1.1.1 ANTECEDENTES:

La historia clínica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médico-estomatológica y es vital en la interrelación entre los diferentes niveles de atención.¹

Se considera que un problema de salud es todo aquello que demanda una respuesta asistencial, o sea, lo que estimula la intervención del médico. Aunque este criterio innovador fue preliminarmente empleado en las historias clínicas hospitalarias, sus principios han servido como punto de partida para cambios mayores en las de los pacientes ambulatorios.¹

Inicialmente la historia clínica fue diseñada para que la información se obtuviera y orientara hacia el diagnóstico odontológico correcto, sin considerar los antecedentes sistémicos y locales, actualmente se sabe que esos factores nos podrían evitar importantes complicaciones al momento del tratamiento.

La historia clínica, es definida como el conjunto de documentos derivados de la relación médico/ paciente, que a partir de la segunda mitad del siglo XX se convirtió en el vínculo directo entre los pacientes y el hospital, en la atención primaria se le denomina historia de salud.² Además de los datos clínicos relacionados con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, ese expediente no se limita a contener una simple narración o exposición de hechos por parte del paciente, sino que incluye juicios, documentaciones, procedimientos, informaciones y consentimiento del paciente, basados en el principio de autonomía, en su reconocimiento y aceptación del estado de salud o enfermedad que presenta y en su participación en las toma de decisiones.¹¹

Desde 1969, cuando el Dr. Lawrence Weed introdujo la historia clínica orientada hacia problemas de salud (HCOP), motivado por encontrar una forma más eficiente de evaluarlos, se produjo un cambio sustancial en el modo de recolectar y valorar la información consignada, pues a partir de ahí se admitieron la visión integral y el concepto de «paciente contextualizado»; enfoque que ha permitido abordar de manera más completa los síntomas y situaciones que afectan a las personas.³

La historia clínica refleja el resultado del trabajo del médico, la ejecución de la fase cognoscitiva de la relación médico-paciente, el cual tendrá un análisis o síntesis, conocido como diagnóstico y tratamiento. En el marco de la revitalización del método clínico, la historia clínica debe ocupar el lugar que le ha correspondido siempre. No hay justificación para no reflejar con calidad la evaluación que se hace al paciente; no es admisible "no tener tiempo para escribir". La paciencia que mostraba Hipócrates para atender a sus enfermos debe ser imitada.³

El profesor cubano Raimundo Llanio considera la historia clínica como el documento básico en todas las etapas de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona que establece todas sus necesidades; también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.⁴

Toda la información que se obtiene con exactitud en la entrevista médica debe ser registrada en un documento llamado Historia Clínica, que adquiere un valor asistencial, docente, investigativo, administrativo, legal y de control de la calidad de la asistencia, trascendental.⁴

Este expediente no se limita a contener una simple narración o exposición de hechos; además de los datos clínicos relacionados con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación; también incluye juicios, documentaciones, procedimientos, informaciones y consentimiento de la persona enferma, basados en el principio de autonomía, en su reconocimiento y aceptación del estado de salud o enfermedad y en su participación en las tomas de decisiones.⁷

La relación médico-paciente ha sido, es y seguirá siendo el aspecto más sensible y humano de la medicina. Sin ella no podremos realizar un buen diagnóstico médico porque faltará el valor esencial de nuestra profesión su esencia completamente humana.⁵

2.1.2 Marco Teórico:

2.1.2.1 DEFINICION:

La historia clínica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médico-estomatológica y es vital en la interrelación entre los diferentes niveles de atención.

La historia clínica es el resultado del trabajo del odontólogo, de la ejecución de la fase cognoscitiva de la relación médico-paciente, el cual tendrá un análisis o síntesis, conocido como diagnóstico y tratamiento.⁵

2.1.2.2 IMPORTANCIA:

La elaboración de una buena historia clínica, sirve al profesional en salud para realizar un seguimiento riguroso a través del tiempo, que le brinda una perspectiva completa y general para la atención del individuo.⁶ Para ello, se requiere que el conocimiento sea organizado, movilizado, localizado y personalizado adecuadamente.

En la historia clínica es donde los conocimientos, la destreza y la experiencia del odontólogo son puestos a prueba y con más rigor.⁹ La información contenida en esta puede obtenerse por diferentes vías. La anamnesis constituye la recolección de la información de la entrevista médica y es la más poderosa herramienta diagnóstica del médico.

La historia clínica tradicional ha tenido casi siempre un carácter biológico, ya que descuida los aspectos psicológicos y sociales del paciente, los cuales quedan incluidos en el concepto o definición de entrevista médica. Es necesario lograr tres objetivos esenciales: conocer la historia clínica, a la persona durante el proceso y establecer con ella una relación positiva. Esta es la estrategia, pero la táctica (cómo hacerlo) deberá ser flexible con cada paciente.⁹ Se impone la capacidad del profesional de la salud de lograr establecer el contacto entre odontólogo y paciente, para conseguir que brinde toda la información necesaria. Esta es la base para lograr una buena comunicación.

El interrogatorio no concluye cuando se comienza a examinar al paciente, sino cuando se logra diagnosticar la enfermedad.

En la historia clínica es donde los conocimientos, la destreza y la experiencia del odontólogo se ve reflejada. La información contenida en esta puede obtenerse por diferentes vías, a través del método clínico y del trabajo semiológico. La anamnesis constituye la recolección de la información de la entrevista odontológica y es la más poderosa herramienta diagnóstica del odontólogo.

El interrogatorio no concluye cuando se comienza a examinar al paciente, sino cuando se logra diagnosticar qué padece.

El profesor cubano Llanio Navarro R, considera la HCM como el documento básico en todas las etapas de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona que establece todas sus necesidades; también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.⁷

El paciente, en ocasiones por desconocimiento, no brinda espontáneamente toda la información necesaria y el especialista debe tener el cuidado de investigar todas las circunstancias que se presentan alrededor de la enfermedad.

Durante el examen clínico, que incluye el examen general, regional, psíquico, intraoral, y radiológico, el especialista debe ser exhaustivo. Los síntomas referidos en la anamnesis se complementan con los signos encontrados durante el examen y se integran para llegar al diagnóstico y así tratar el problema de salud, todos estos datos se deben ver reflejados en la historia clínica.

2.1.2.3 FUNCIONES: ¹

Las funciones de la historia clínica son:

- Docencia e investigación.
- Epidemiología.
- Mejora continua de la calidad.
- Gestión y administración.
- Es instrumento médico legal.

2.1.2.4 OBJETIVOS: ⁸

Sus principales objetivos son:

- Conocer los antecedentes sistémicos y locales del paciente.
- Establecer una relación positiva con el paciente.

2.1.2.5 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES: ¹

1. Obligatoria:

Ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica (salvo en algunos casos de extrema urgencia y corto tiempo disponible), puesto que su ausencia es inexcusable.

2. Irreemplazable:

La escritura de la historia no puede ser reemplazada por la memoria del médico, por cuanto es lógico que no pueda recordar o conocer todos los detalles de cada paciente.

3. Individual:

La historia clínica estomatológica es única para cada paciente, por la importancia que declara y los beneficios que ocasiona. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, la cual comienza con el diagnóstico de su enfermedad. El diagnóstico es un proceso realizado a partir de un "cuadro clínico", destinado a definir la enfermedad.

El diagnóstico es un elemento fundamental en la cadena de actividades que implica una buena atención médica. Si es incorrecto, con mucha probabilidad llevará a conductas o decisiones erróneas, no exentas de riesgo.¹

4. Legal:

Una historia clínica ilegible y desordenada, perjudica tanto a médicos como a todo personal sanitario que intervenga en ella. El proceso asistencial y docente se dificulta, por los errores que puedan derivarse de una inadecuada interpretación de los datos. Como prueba documental, puede significar la absolución o la condena de quienes la confeccionen a conciencia o sin ella. Tiene un importante carácter docente, por lo que se impone al profesorado la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (alumnos, internos y residentes), así como de asumir sus errores, aquellos que no se hayan podido evitar.¹

Tiene implicaciones médico legales¹⁵ tanto como herramienta útil en el centro de salud donde se labora, como de orden judicial para el reconocimiento forense o arbitrajes penales.

En orden de importancia, las evidencias dentales solo son superadas por las huellas digitales y el ADN en el proceso de identificación. Todos los métodos de identificación usan el proceso básico de comparación de datos conocidos previos, con los establecidos en el momento de los hechos. La estomatología legal, dada la estabilidad de la evidencia dental, ha probado su valor en la identificación de víctimas carbonizadas, descompuestas, esqueletizadas, mutiladas y fragmentadas. En el caso de una víctima sin identificar, los estomatólogos comparan la evidencia encontrada en la autopsia o en el examen bucal con los registros, odontograma y radiografías preexistentes

5. Privada:

La historia clínica, el secreto médico y la confidencialidad e intimidad constituyen una triada y se relacionan recíprocamente. La historia clínica es considerada como el soporte documental biográfico de la asistencia médico-sanitaria-administrativa de un paciente. Es el documento más privado que existe de una persona.

Una de sus características es la seguridad de los datos, no solo del paciente, sino de los facultativos y personal sanitario que intervengan en el proceso asistencial. Por razones económicas y gerenciales, la historia clínica estomatológica, es el documento más importante para respaldar, por escrito, procedimientos practicados, complicaciones aparecidas, entre otras.

Debe caracterizarse por la confidencialidad de su contenido. Sobre la base de los consejos que dicta la prudencia, la revelación del secreto profesional podrá hacerse:

- Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
- A los familiares del enfermo, si la revelación ayuda al tratamiento.
- A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o personas mentalmente incapaces.
- A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley.
- A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, peligre la vida del cónyuge o de su descendencia.

6. Objetiva y veraz:

Se basa en hechos reales y describe las situaciones de salud como son y no como el médico quisiera que fueran, libre de especulaciones. Se aceptan únicamente las disquisiciones diagnósticas y los criterios de las juntas médicas.

2.1.2.6 NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA GESTION DE LA HISTORIA CLINICA:⁹

En peru existe esta norma establecida por el ministerio de salud la cual tiene como finalidad mejorar la calidad de atencion a los usuarios de los servicios de salud a traves de una adecuada gestion de las historias clinicas; asi como proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y lo establecimientos del sector salud.

Tiene como principales objetivos:

- Establecer las normas para el manejo, conservación y depuración de las historias clínicas, en las diferentes unidades productoras e servicios de los establecimientos del sector salud.
- Establecer y estandarizar el contenido básico a ser registrado en la historia clínica, teniendo en cuenta los diferentes tipos de atención, respetando los aspectos legales y administrativos.

Esta norma dispone que las atenciones de salud brindadas a los usuarios deben registrarse obligatoriamente en una historia clínica, debiendo consignarse: fecha, hora, nombre, firma y numero de colegiatura si correspondiera, del profesional que brinda la atención.

Los formatos que forman parte de la historia clínica, deben consignar los nombres y apellidos del paciente y numero de la historia, en lugar uniforme y de fácil visibilidad.

2.1.2.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO:¹⁰

El Consentimiento Informado es presentado a la comunidad odontológica por el Comité de Medidas Disciplinarias del Colegio Odontológico Regional de Lima y tiene como finalidad velar por el ejercicio de la profesión odontológica dentro de las normas de moralidad, honestidad y honorabilidad, basándose en el cumplimiento estricto del Código de Ética Profesional y Deontología, así como en las demás normas del Colegio Odontológico del Perú, que rigen las disciplinas con las que orientan y supervisan el ejercicio legal profesional.

Uno de los objetivos de este comité es deslindar responsabilidades de los profesionales que sean denunciados por alguna infracción a las normas éticas y legales de la institución.

Pensando en este objetivo, el Comité de Medidas Disciplinarias ha elaborado una propuesta de Consentimiento Informado, cuya versión original ha sido dictada por el Ministerio de

Salud. Este, es un instrumento de uso obligatorio por los cirujanos dentistas antes de realizar algún procedimiento o tratamiento en pacientes.

- ¿Qué es el consentimiento informado?

Es un documento médico legal mediante el cual el profesional de la salud da a conocer, en términos sencillos y claros, el diagnóstico del paciente, los detalles del tratamiento a realizar y las posibles y eventuales consecuencias que puedan originarse cuando el paciente no siga las instrucciones dadas por el cirujano dentista.

- ¿Por qué se crea el Consentimiento Informado?

Se crea por la necesidad de tener un documento escrito en donde el profesional y el paciente acuerdan la conveniencia de realizar un determinado tratamiento.

- ¿Para qué sirve el Consentimiento Informado?

Para evitar malentendidos y garantizar el cumplimiento del tratamiento propuesto.

- ¿A quiénes beneficia el Conocimiento Informado?

Al paciente porque le permite aclarar dudas e informarse de las consecuencias del procedimiento que se le practicará. Además, le servirá de garantía para el cumplimiento del tratamiento.

Al odontólogo porque es un documento que le permite poner en claro los alcances del tratamiento, evitando posteriores reclamos del paciente.

- ¿Por qué es importante el Consentimiento Informado?

Este documento, es parte de la historia clínica y es de carácter legal, por lo que garantiza la buena relación profesional – paciente en bien de la profesión odontológica.

2.1.2.8 CONSIDERACIONES FINALES:¹

La historia clínica «ideal» es aquella que abarca toda la vida del paciente a través de sus sucesivos encuentros con el sistema de salud y se origina en su primer contacto con el mecanismo sanitario, por lo que debería seguirle con carácter vitalicio.

Partiendo de lo anterior, se impone entonces no olvidar que, para conseguir la información indispensable sobre los pacientes, es preciso conocer:

- Estilos de comunicación personal, creencias y fortalezas; modelo familiar, relaciones conflictivas o de alianzas; triunfos, fracasos y prioridades; sensaciones de equilibrio y toma de decisiones, congruencia de sentimientos, conducta social y razones espirituales.

Finalmente, la informatización de la historia clínica en la atención primaria en Cuba es una de las asignaturas pendientes de la informática médica como disciplina.

3 HISTORIA CLINICA:

3.1 Anamnesis:

La anamnesis es la base fundamental e insustituible del diagnóstico. La anamnesis es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.¹¹

Debe ser amplia y concisa y requiere gran habilidad por parte del profesional que la realiza. El interrogatorio puede ser dirigido: mediante preguntas previamente valoradas, el dentista se dirige al paciente buscando respuestas concisas. Otro. Debemos pensar que un interrogatorio bien dirigido y desarrollado, tal como describiremos, permite establecer una presunción diagnóstica en un 90 % de los casos, que posteriormente se verá corroborada con la exploración y con las pruebas complementarias que se consideren oportunas.¹¹

El profesional debe crear un buen ambiente en el que el paciente se encuentre a gusto. Asimismo, el paciente no debe verse sometido a las prisas, ya que es importante que tenga tiempo para organizar las respuestas y ver que el profesional se preocupa realmente por su problema. Ésta es la razón por la que el interrogatorio debe iniciarse con el motivo de consulta, ya que no debemos olvidar que al paciente lo que más le interesa es su dolencia, siendo importante concederle valor desde el principio.¹²

Así pues, es importante tener y dominar una sistematización en la recogida de datos para no olvidar ningún detalle y que al mismo tiempo sirva para revisar la información que se requiera. Otro aspecto importante del interrogatorio del paciente es que éste tiene tendencia a explicar lo que otros facultativos dijeron sobre sus dolencias, pero el profesional debe tratar que el paciente le refiera los síntomas y no su interpretación. Del 50 al 75 % de los diagnósticos se hacen por el interrogatorio.¹²

3.1.1.- FILIACION:

En el primer contacto con el paciente se le solicitarán el nombre, la dirección, el teléfono de contacto y otros aspectos importantes desde el punto de vista administrativo. También deben registrarse la edad o mejor la fecha de nacimiento y el sexo de los pacientes, así como su lugar de origen o procedencia.¹²

1. Nombre del paciente

Nos permite identificar al paciente y a su vez crea una relación de confianza entre el paciente y el operador.

2. Edad

Nos permite ubicar al paciente de acuerdo a la etapa de crecimiento en la que se encuentra.¹³

PERIODOS DE CRECIMIENTO	
EMBRIONARIA	Hasta 8 – 12 semanas
FETAL	12 – 42 semanas
RECIEN NACIDO	Hasta 28 días
INFANTE	Hasta 3 años
PRE-ESCOLAR	Hasta 6 años
ESCOLAR	Hasta 12 años
ADOLESCENTE	Hasta 18 años

3. Sexo

Es importante porque existen afecciones exclusivas de cada sexo.

4. Domicilio

Nos orienta a identificar el estrato socioeconómico del que proviene el paciente.

5. Numero de hermanos y orden que ocupa

Permite clasificar al paciente de acuerdo a su posición en la familia y predecir su desarrollo afectivo emocional. A continuación, se presenta la clasificación de Adler ¹⁴ que es una clasificación realizada para determinar la posición del niño en la familia.

<p>CLASIFICACION DEL NIÑO DEACUERDO A SU POSICION EN LA FAMILIA</p>
<p>HIJO UNICO: Tiene tendencia a ser más consentido, pero también cabe la posibilidad de que tenga que enfrentarse solo a posibles abusos. Consignar la causa de porque es único, la edad de los padres, si es sobreprotegido y si está sometido a una disciplina muy complaciente o muy extrema. Pequeño tirano NO SIEMPRE.</p>
<p>EL PRIMER HIJO O HIJO MAYOR: Al principio recibe toda l atención y tienen muchas consideraciones hasta que llega el segundo hijo y lo destrona. Se le delegan responsabilidades con sus hermanos, los padres lo ven como modelo de perfección. Suelen ser más independientes y algunos se vuelven más retraídos.</p>
<p>EL SEGUNDO HIJO: Compite con el mayor para sobrepasarlo, unas veces lo consigue, pero otras se pasa la vida en esa competencia que no sirve de nada.</p>
<p>EL ULTIMO HIJO O MENOR: Suele ser el más mimado, aunque puede sentirse inferior al ser todos sus hermanos mayores. Depende de la diferencia de edad con sus hermanos y del entorno familiar.</p>
<p>EL UNICO O UNICA EN SU SEXO: El medio ara que el niño o niña sea conflictivo por la predominancia de objetos, puede tener características complejas desde el desarrollo psicosocial.</p>
<p>NIÑO ILEGITIMO: Su desarrollo psicosocial es complejo, generalmente crece en una rebeldía contenida.</p>
<p>NIÑO DESPLAZADO: Niños que escapan de escenarios de violencia para adaptarse en otros medios como refugiados en condiciones opuestas a las que habían crecido, las que provocan cambios radicales de la conducta.</p>

6. Informante:

Nos permite saber quién o quiénes son los responsables del cuidado del niño y de qué manera el niño se está viendo influenciado.

7. Motivo de la consulta:

Constituye la principal preocupación del paciente o de sus padres, por lo que es importante. Los datos de filiación más relevantes anotarlos 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.¹⁵ En las visitas urgentes el motivo de consulta suele ser un traumatismo, la aparición de 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.¹⁵

Consigna el motivo fundamental por el que el niño llega a nuestra consulta. Debemos tener muy en cuenta este punto porque está íntimamente ligado a la expectativa del paciente, muchas veces el niño llega a la consulta no para que realicen todo lo que necesita sino, por ejemplo, solo para que le solucionen el diente que presenta dolor.

8. Lugar de Procedencia:¹⁶

Por la existencia de enfermedades propias de cada región, ejemplo:

- Según el centro nacional de Epidemiología de Prevención y Centro de Enfermedades del Ministerio de Salud (MINSA) los departamentos con más alto porcentaje de tuberculosis son Ucayali, Loreto y Tacna. Y los 7 distritos de Lima con más alto porcentaje de Tuberculosis son San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, Santa Anita y Barranco.

3.1.2 ANTECEDENTES:

Antecedentes Prenatales:¹⁷

Las alteraciones que se pueden presentar en la etapa prenatal repercuten en el desarrollo y estadios de cada pieza dentaria motivo por el cual es importante saber la calcificación de las mismas y anexarlas con el antecedente prenatal.

Es importante saber si el paciente fue:

- Pre-término (Menor de 37 semanas)
- A término (Entre 37 y menor a 42 semanas)
- Post-término (Igual o mayor a 42 semanas)

Por ejemplo, los pacientes pre-termino tienen mayor predisposición a enfermedades periodontales.

También es importante conocer su peso al nacer, es decir, si fue:

- Bajo peso al nacer (peso inferior a 2500 gr)
- Muy bajo peso al nacer (peso inferior a 1500 gr)
- Pesos extremadamente bajo (peso inferior a 1000 gr)

Por ejemplo, los pacientes de bajo peso al nacer presentan: defectos en el esmalte.

Finalmente, otro dato importante a tener en cuenta es el tipo de parto, es decir, si fue:

- Eutócico (Por vía vaginal)
- Distócico (Cesárea)

Por ejemplo, los pacientes que nacen por parto distócico presentan mayor riesgo a deformaciones craneofaciales.

Antecedentes Natales:¹⁷

En este punto se interroga por qué tipo de lactancia tuvo, es decir, si fue:

- Materna (Tiene que ser exclusiva hasta los 6 meses)
- Artificial (No indicada antes de los seis meses)
- Mixta (Cuando hay complemento con leche artificial)
- A libre demanda (Cuando se da el amamantamiento según la necesidad del niño).

Y si utiliza algún edulcorante.

También se tiene en cuenta como es la higiene del paciente, si ya usa el cepillo, pasta dental o hilo dental y cuantas veces al día se realiza la higiene oral.

Es importante saber en qué mes inicio la erupción dentaria y si hay erupción precoz identificar que dientes son para así saber quiénes son los que están más expuestos a tener alguna enfermedad como caries dental.

Se realiza preguntas para saber si el paciente tiene experiencia previa realizándose algún tratamiento odontológico para tener una idea de que tan invasivos fueron los tratamientos que realizo y tener una idea de qué tipo de conducta adoptara el paciente.

Se interroga para saber si el paciente presenta algún tipo de alergia y si ese fuera el caso, apuntar a que medicamento exactamente el Paciente presento reacción alérgica.

En este punto también se interroga para saber si el paciente tiene sus vacunas completas. A continuación, observamos el cuadro de vacunación indicado por el ministerio de salud del Perú.¹⁸

RESOLUCION MINISTERIAL N° 070-2011/MINSA

ESQUEMA DE VACUNACION NACIONAL - ESNI MINSA - PERU 2011																		
Vacuna	RN	2 meses	4 meses	6 meses	7 meses	8 meses	1 año	15 meses	18 meses	2 años	3 años	4 años	10 años	20 años a +	MEF GEST.	Mayor de 60 años	Personal de salud	Población en riesgo
BCG	■																	
HvB	■													■	■	■	■	■
APO		■	■	■														
PENTAVALENTE		■	■	■														
NEUMOCOCCO		■	■				■											
INFLUENZA					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
ROTAVIRUS		■	■															
SRP							■					■						
AMA								■									■	■
DPT									■	■	■	■						
HPV													■					
dT													■	■	■	■	■	■
POBLACION EN RIESGO																		
BCG	■																	
HvB	■																	
IPV		■	■	■														
Pentavalente		■	■	■														
Neumococo		■	■				■											
Influenza		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Antecedentes personales:

Entre los antecedentes personales de interés sanitario, unos hacen referencia a las enfermedades padecidas por el paciente (antecedentes patológicos) y otros a los hábitos, las condiciones de vida, etc. (antecedentes no patológicos).¹⁹

Antecedentes patológicos:

Esta parte del interrogatorio debe recoger todos los problemas activos o inactivos, relacionados o no con la patología actual. En ocasiones es importante tener constancia del tipo de parto y de las afecciones durante el embarazo de la madre, situaciones que nos pueden informar sobre determinadas dolencias. Conviene también realizar una revisión de las enfermedades sufridas por cada uno de los sistemas corporales y de las que el enfermo presente en el momento de acudir a la consulta. Igualmente es importante conocer los tratamientos que el paciente haya seguido durante un tiempo prolongado o los que esté siguiendo en ese momento.¹⁷ Un aspecto que se debe considerar es la existencia de alergias a fármacos, antecedentes de asma bronquial y otras reacciones de hipersensibilidad sufridas.

Antecedentes no patológicos:

Las condiciones alimentarias y el modo de vida del paciente nos pueden informar sobre el nivel sociocultural. El ritmo y los hábitos alimentarios nos pueden orientar sobre el componente cariogénico de la dieta y sobre las necesidades de higiene bucal del paciente. No hay que olvidar que algunos alimentos pueden provocar estomatitis alérgicas. En los niños es fundamental el conocimiento del uso del biberón y del chupete, así como la succión del pulgar o el consumo proporcional de alimentos duros.¹⁷

Se ha de constatar la edad y el estado de salud de los padres, los hermanos, la pareja y los hijos, registrando las causas de su muerte en caso de haberse producido. Es útil trazar un pequeño árbol genealógico ilustrativo. También conviene registrar otras enfermedades, sobre todo hereditarias y contagiosas, que puedan constatarse en el resto de la familia carnal (abuelos, tíos, primos, sobrinos, nietos) o en personas que convivan con el paciente (posibles contagios de enfermedades infecciosas). Deben tenerse muy en cuenta enfermedades como hipertensión arterial (HTA), diabetes, cardiopatías, gota, alergias, reumatismos, anemias, cáncer y enfermedades mentales, las cuales pueden tener ciertos componentes familiares.

Las preguntas son formuladas al propio paciente o a otras personas encargadas del mismo para obtener datos útiles y elaborar información valiosa,²⁰ los antecedentes son muy importantes porque nos permiten tener ciertos cuidados al momento de la atención.

3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL:

Este apartado lo desarrolla el profesional en su ficha, donde viene a resumir el motivo de consulta, la historia de la enfermedad que ha conducido al paciente a la visita y todos los aspectos que, como resultado del interrogatorio y de la posterior exploración, permiten al dentista establecer uno o más diagnósticos y el plan de tratamiento adecuado a cada caso.⁸

3.2 Examen Clínico:

Una vez concluida la anamnesis, se procederá a realizar la exploración del paciente, anotando en la historia todos los datos obtenidos. Dependiendo de los datos registrados en el interrogatorio, en algunos pacientes es conveniente, antes de iniciar la exploración de la cabeza y el

determinar vitales, temperatura frecuencia frecuencia presión

Peso:

Es poder al momento

Edad	Peso	Talla
Recién nacido	3,4 kg	50,3 cm
3 meses	6,2 kg	60 cm
6 meses	8 kg	67 cm
9 meses	9,2 kg	72 cm
12 meses	10,2 kg	76 cm
15 meses	11,1 kg	79 cm
18 meses	11,8 kg	82,5 cm
2 años	12,9 kg	88 cm
3 años	15,1 kg	96,5 cm
4 años	16,07 kg	100,13 cm
5 años	18,03 kg	106,40 cm
6 años	19,91 kg	112,77 cm
7 años	22 kg	118,50 cm
8 años	23,56 kg	122,86 cm

suos signos como bucal, respiratoria, cardíaca y arterial.

importante para realizar la dosis de indicar los medicamentos.

Talla:

Con esta información manejamos el percentil peso talla y sabremos si esta adecuado.

Funciones vitales:

Aquí colocamos la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial y temperatura.

Temperatura:

- Valor normal: 37 °C
- Hipertermia: > 37-37,5 °C
- Hipotermia: < 36,5-37 °C

Para tomar la temperatura bucal, el paciente no debe haber ingerido alimentos ni bebidas fríos o calientes al menos desde 10 min antes. La temperatura rectal es 0,5 °C mayor que la bucal y ésta es unos 0,5 °C mayor que la axilar. El termómetro debe permanecer en la boca durante al menos 3 min. Algunas enfermedades debilitantes como el alcoholismo, las anemias, el hipotiroidismo o el SIDA pueden provocar hipotermia. Las infecciones víricas y bacterianas agudas, la inflamación, el ejercicio y el hipertiroidismo provocan hipertermia.²¹

TEMPERATURA	
EDAD	GRADOS (Cº)
Recién nacido	36.1 – 37.7
Lactante	37.2
Niños de 2 a 8 años	37.0
Adulto	36.0 – 37.0

Frecuencia respiratoria:

La exploración debe pasar inadvertida para el paciente, ya que, de lo contrario, puede modificar su ritmo respiratorio. Puede ser útil conocerlo ante la práctica de determinados tipos de anestesia (sedación con óxido nitroso).

Algunos fármacos y situaciones (ansiedad, alteraciones metabólicas) pueden modificar el ritmo respiratorio produciendo bradipnea (respiración lenta, que causa hipoventilación) o taquipnea (respiración rápida, que causa hiperventilación).²¹

FRECUENCIA RESPIRATORIA	
EDAD	FRECUENCIA
Lactante < 1 años	30 – 60
Niño de 1 a 3 años	24 – 40
Preescolar 4 a 5 años	22 – 34
Escolar 6 – 12 años	18 – 30
Adolescente 13 – 18 años	12 – 16

Frecuencia cardíaca:

La bradicardia (< 50 lat./min) es más frecuente en los ancianos y puede obedecer a tratamientos farmacológicos o a hipotiroidismo. La taquicardia (> 100 lat./min) acompaña a la fiebre, los procesos inflamatorios, la ansiedad, las cardiopatías, las anemias, las hemorragias graves, etc.²¹

FRECUENCIA CARDIACA			
Edad	Frecuencia despierto	Promedio	Frecuencia dormido
Recién nacido (3m)	85 – 205	140	80 – 160
Niños de 3m a 2a	100 – 190	130	75 – 160
Niños de 2a a 10a	60 – 140	80	60 – 90
Niños >10 años	60 – 100	75	50 – 90

Presión arterial:

No hay valores normales definitivos, pero se considera que, para un mismo individuo, su presión normal sería la determinable tras 60 min de reposo en posición supina. ²¹

PRESION ARTERIAL		
EDAD	PAS	PAD
Neonato (1 día)	60 A 75	31 A 50
Neonato (4 días)	67 a 83	37 A 53
Lactante (1 mes)	73 a 91	36 A 56
Lactante (3 meses)	78 a 100	44 A 64
Lactante (6 meses)	82 a 102	46 A 66
Lactante (1 año)	68 a 104	22 A 60
Niño (2 años)	71 a 105	27 A 65
Niños (7 años)	79 a 113	39 A 77
Adolescente 15 años	93 a 127	47 A 85

3.2.1 EXAMEN CLINICO GENERAL:

Ectoscopia:

Colocamos si el paciente está en buen estado de salud general (ABEG), regular estado de salud general (AREG), o mal estado de salud general (AMEG).

Piel:

Se tiene en cuenta los siguientes aspectos: humedad, textura, turgencia y color.

Anexos:

Se observa cabello y uñas.

Se observa también si hay presencia de lesiones cutáneas y si hay palidez.

TCSC:

Se observa cantidad, distribución y si hay algún edema.

Sistema Linfático:

Se observa si hay alguna adenopatía, se inspecciona la frente y el perfil.

3.2.2 EXAMEN PSIQUICO ELEMENTAL:

La clasificación más usada es la clasificación de Frankl²² que se divide en:

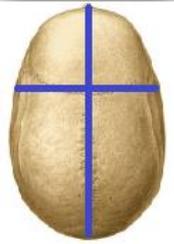
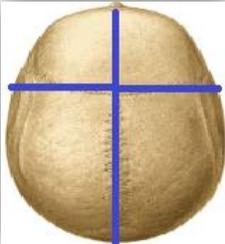
- Tipo 1 Definitivamente negativo. Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
- Tipo 2 Negativo. Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas, pero no pronunciadas.
- Tipo 3 Positivo. Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.
- Tipo 4 Definitivamente positivo. Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.

3.2.3 EXAMEN CLINICO REGIONAL:

3.2.3.1 EXTRAORAL:

Forma cráneo:

Las opciones son:

<p>Dolicocéfalo: La forma de la cabeza es más larga y angosta.</p>	
<p>Braquicéfalo: La forma de la cabeza es más ancha y redonda.</p>	

Mesocéfalo: La forma de la cabeza es simétrica.



Forma cara:

Las opciones son:

Dolicofacial: La forma de la cara es larga y angosta.



Braquifacial: La forma de la cara es ancha y redonda.



Mesofacial: La forma de la cara es simétrica.



Simetría facial:

Se evalúan ambos lados y se ve la armonía entre la hemicara derecha e izquierda.

Músculos faciales:

Acá se evalúan como están los músculos labiales, se palpan de forma leve cuando el paciente cierra levemente los labios y que la mandíbula este en posición postural.

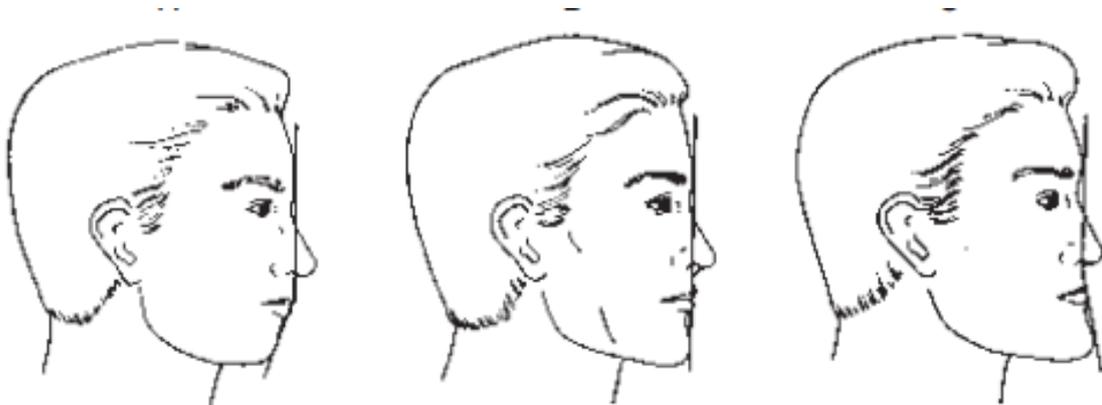
ATM:

Evaluar al momento de apertura y cierre, movimientos de lateralidad, dolor y sonidos.

Perfil anteroposterior:

Para determinar la forma de perfil se requiere ubicar tres puntos:

- 1) Gnation
- 2) Subnasal
- 3) Pogonion de tejidos blandos



CONVEXO

RECTO

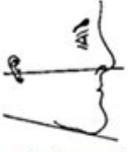
CONCAVO

Perfil vertical:

Se requiere primero ubicar dos planos:

- Plano de Camper
- Plano Submandibular

De acuerdo a esto el paciente podría ser:

<p>Normodivergente: Cuando los dos planos se unen ligeramente por detrás de la oreja.</p>	
<p>Hipodivergente: Cuando los dos planos se unen por detrás de la oreja.</p>	
<p>Hiperdivergente: Cuando los dos planos se unen por delante de la oreja.</p>	

Fonación:

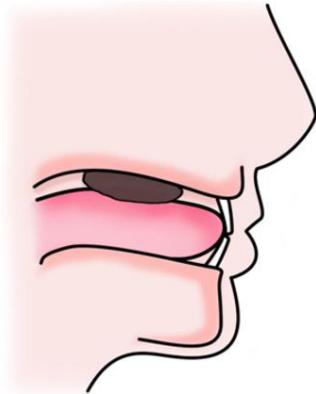
Se evalúa si el paciente presenta alguna dificultad para pronunciar algunas consonantes. Los problemas más comunes son:

- Omisión: Por ejemplo “too” por “todo”
- Sustitución: Por ejemplo “dojo” por “rojo”
- Distorsiones: Por ejemplo, cuando la “s” suena sucia

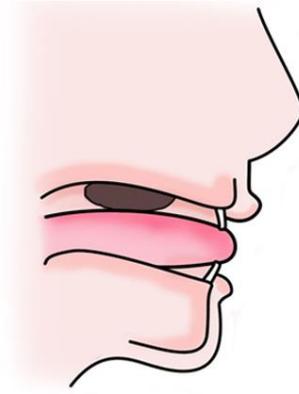
Deglución:

- Típica: La mandíbula se eleva, los dientes se juntan durante la deglución y los labios se tocan ligeramente, pero los músculos no se contraen.

- Atípica: Cuando se requiere de la contracción del musculo mentoniano para estabilizar la mandíbula, los dientes no se juntan.



DEGLUCION TIPICA



DEGLUCION ATIPICA

Hábitos:

Los principales síntomas que presentan los pacientes niños son:

- Succión digital
- Interposición lingual
- Respiración bucal
- Succión labial

Respiración:

- Respiradores bucales: Respiran con los labios separados. Las narinas no cambian su forma y tamaño.
- Respiradores nasales: Los labios se tocan ligeramente en posición de descanso. Las narinas se dilatan en la inspiración.

3.2.3.2 INTRAORAL:

Tejidos Blandos:

Labios:

En la exploración por zonas la primera estructura que abordaremos al empezar nuestra exploración serán los labios, que constituyen la puerta de entrada a la cavidad bucal. Veremos la forma de los labios y sus relaciones con las estructuras anatómicas vecinas. Observaremos su coloración y si ésta presenta alteraciones, ya sea a expensas de trastornos intrínsecos del propio organismo ya sea por depósito de sustancias externas.¹⁵ Si

existe algún tipo de lesión, anotaremos todas sus características, tipo, localización, forma, color, tamaño, número y distribución de las lesiones si son múltiples.

Vestíbulo:

Las mucosas bucales deben ser examinadas sistemáticamente, ya que son asiento de numerosas afecciones bien de etiología local, bien como manifestación de alguna enfermedad general. Debemos observar con atención el color y la presencia de depresiones o elevaciones.¹⁵

Se debe efectuar la retracción con el bajalenguas para observar el triángulo retromolar; debe hacerse de atrás hacia delante para no obstruir la visibilidad y la salida del conducto parotídeo o de Stenon.

Frenillos:

Los frenillos bucales son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o de ambos, cubiertas de una membrana mucosa situadas en la línea media y de origen congénito. Existen tres frenillos: labial superior, labial inferior y lingual. Los frenillos pueden tener una estructura fibrosa, fibromuscular o muscular.²³

Los frenillos deben observarse con atención para ver si son normales, cortos o hipertróficos. Hay que observar igualmente la inserción del frenillo medio labial superior, que puede ser apical, gingival o profunda, y que en ocasiones da lugar a un diastema interincisivo.²³



FRENILLO PATOLOGICO

Lengua:

Recordemos que la lengua es el órgano del gusto y que interviene en la masticación, deglución, succión y articulación de los sonidos. En ella podemos distinguir dos partes: una fija, la raíz de la lengua, y otra móvil, la lengua propiamente dicha. El cuerpo es la parte que más nos interesa, pues la raíz lingual será competencia del otorrinolaringólogo. La cara superior, también llamada dorso de la lengua, está en relación con la bóveda palatina; presenta las papilas fungiformes y filiformes y en su límite posterior la uve lingual, formada por las papilas caliciformes. Los bordes laterales están en contacto con las arcadas dentarias, lo que en ciertas condiciones puede dar lugar a una patología diversa.¹⁵

En la exploración vamos a seguir el esquema que hemos apuntado al explorar los labios. En primer lugar, procederemos a efectuar la inspección de las estructuras anatómicas con el fin de detectar posibles lesiones o variaciones de la normalidad en éstas. Debemos explorar la lengua primero en el interior y después en el exterior de la cavidad bucal, solicitando al paciente que la saque y fraccionándola con dos dedos después de haber envuelto su extremo con una gasa, para evitar que se nos escurra de entre los dedos. No hay que olvidar levantar la lengua hacia arriba para explorar adecuadamente el vientre de ésta y la región sublingual.

Hay que valorar la forma y el tamaño de la lengua, recordando siempre que es un órgano que puede presentar muchas variaciones de la normalidad, pero en ciertos casos estas variaciones no son tales, sino la expresión de ciertas alteraciones o características de algunos síndromes (por ejemplo, la macroglosia del síndrome de Down). En el caso de que hubiera algún tipo de lesión, al igual que hemos mencionado anteriormente en el labio, anotaremos todas sus características: tipo, localización, forma, color, tamaño, número y su distribución si hay varias. La palpación de la lengua será bidigital.¹⁵

Piso de boca:

El piso de boca constituido solo por tejidos blandos y carentes de planos de referencia ósea, representa una de las regiones más delicadas de la cavidad oral. Es en realidad un espacio que contiene a las glándulas salivales sublinguales, conducto excretor de la glándula submaxilar, así como elementos vasculares y nerviosos muy importantes.²⁴

Frenillo lingual:

Se define como un frenillo corto cuando restringe los movimientos de la lengua, esto se conoce como lengua atada. Se caracteriza por la extensión del frenillo desde la punta de la lengua hacia el piso de boca y el interior del tejido gingival de la lengua, limita los movimientos de la lengua y produce trastornos de lenguaje y amamantamiento.¹⁵



FRENILLO LINGUAL PATOLOGICO

Paladar duro:

Se observa directamente al levantar la cabeza del paciente; las prótesis o aparatos de ortopedia tienen que ser removidos, luego se debe palpar para buscar cambios de consistencia, torus palpable, úlceras traumáticas.²⁶

Paladar blando:

La lengua se debe deprimir con un bajalenguas o espejo para ver todo el paladar blando y la úvula, no se recomienda la palpación porque se puede provocar el reflejo de vómito en el paciente. La lesión común es el papiloma ocasionado por el VPH 6 y 11.²⁶

Orofaringe:

La exploración de la faringe informa sobre la existencia de agrandamiento o inflamación de la faringe o las criptas amigdalinas.

La lengua debe permanecer deprimida, cada tonsila debe tener el mismo tamaño; son rojas, brillantes y lisas, cualquier cambio debe ser monitoreado o enviado a interconsulta con un otorrinolaringólogo. El tejido linfoide es más evidente en la adolescencia y disminuye a través de los años. Si existe asimetría de las tonsilas no hay que tomarlo a la ligera porque se tiene que descartar linfoma o metástasis.²⁴

Encía:

El color gingival normal varía desde el rosa pálido hasta tonos más oscuros debidos a los distintos grados de pigmentación melánica y puede apartarse de éstos como resultados de la inflamación.²⁵

La forma se refiere por la localización y el contorno de los espacios interproximales gingivales, rigen la morfología de la encía interdental. La altura de la encía interdental varía según sea la ubicación del contacto proximal.²³

La superficie de la encía posee una textura similar a la cáscara de naranja es decir puntillada. La porción central de las papilas interdetales suele ser graneada, aunque los bordes marginales son lisos. Es menos prominente el puntilleo en las superficies linguales que en las vestibulares y falta en algunos sujetos. No existe en la infancia, aparece en niños alrededor de los cinco años de edad, aumenta hasta la edad adulta y suele desaparecer en el anciano. La textura superficial es consecuencia de la presencia y grado de queratinización del epitelio y al microscopio se observa que el puntilleo es producto de protuberancias redondeadas, la capa papilar del tejido conectivo se proyecta en las elevaciones.²⁴

La encía es de consistencia firme y resilente, se fija con firmeza al hueso subyacente, menos el margen libre móvil. La naturaleza colágena de la lámina propia y su proximidad al mucoperiostio del hueso alveolar determinan la firmeza de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen de la encía.²⁵

Durante el proceso de erupción, los epitelios de unión, bucal y reducido del esmalte sufren alteraciones y remodelación extensas, en tanto que se conserva al mismo tiempo la baja profundidad fisiológica del surco.²⁴

Tejidos duros:

El patrón normal de erupción dental es variable tanto en la dentición temporaria como en la permanente, observando mayores modificaciones en la cronología que en la secuencia, la cual sigue un orden más estricto de erupción.¹¹

Según Braskar, la cronología no se produce de una manera exacta, puesto que es modificada por factores diversos, tales como la herencia, el sexo, el desarrollo esquelético, la edad radicular, la edad cronológica, los factores ambientales, las extracciones prematuras de dientes primarios, la raza, el sexo, los condicionantes socioeconómicos y otros.¹¹

Tipo de dentición: En este punto tenemos dos opciones:

- Dentición decidua
- Dentición mixta
Primera fase: Cuando han erupcionado incisivos y primeras molares permanentes
Segunda fase: Cuando están erupcionando premolares y caninos
- Dentición permanente

Anomalías dentarias: Las ADMF se clasifican en anomalías:

- Dentofaciales I (de los tejidos blandos y de los maxilares).
- Anomalías dentofaciales II (de los dientes).
- Anomalías dentofaciales III (de las articulaciones temporomaxilares y de la oclusión), con criterios de alteraciones de espacio, volumen, forma, número, posición y dirección.^{11,27,28}

Las anomalías dentarias constituyen una desviación de la normalidad en la formación de los dientes, que puede ocurrir por condiciones locales o ser manifestación de alteraciones sistémicas. Se producen como consecuencia de alteraciones que afectan el proceso normal de la odontogénesis. Dependiendo de la etapa en la que ocurran, pueden verse comprometidas la dentición primaria, la permanente o ambas. El patrón de desarrollo está bien definido, por lo que es posible determinar, de acuerdo con las anomalías observadas, qué periodo fue afectado.

En cada una de las etapas de la odontogénesis intervienen diversos genes que actúan regulando el proceso. De acuerdo con la etapa y genes alterados, puede afectarse el número, tamaño, forma, estructura y color de algunos o la totalidad de los dientes. Lewis y Davis clasifican las anomalías dentarias de la siguiente forma:^{11,27,28}

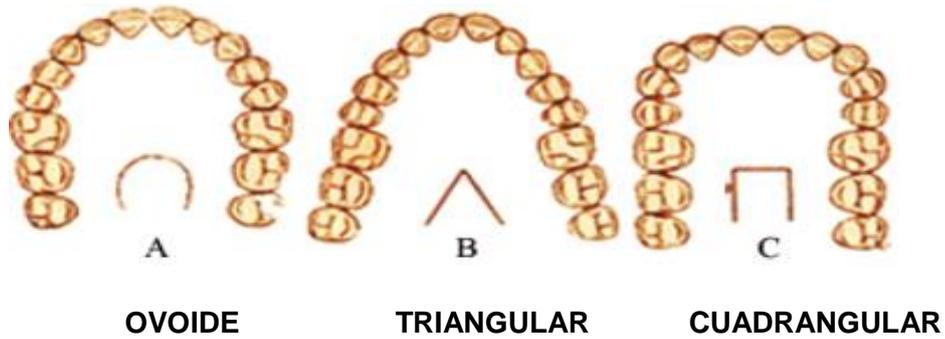
- I. De número,
- II. De forma,
- III. De estructura y textura,
- IV. De color,
- V. De erupción y exfoliación
- VI. De posición.

Arcos dentarios:

Forma:

Puede ser:

- Cuadrangular
- Ovoide
- Triangular



Tipo:

Puede ser:

- Tipo I: espaciado
- Tipo II: no espaciado

Oclusión:

En dentición mixta o permanente la relación molar puede ser:

<p>Clase I: Cuando la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye a nivel del surco vestibular de la primera molar inferior.²⁹</p>	
<p>Clase II: Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco vestibular de la primera molar inferior.²⁹</p>	

Clase III: Cuando la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye por detrás del surco vestibular de la primera molar inferior.²⁹



En dentición mixta o permanente la relación canina puede ser :

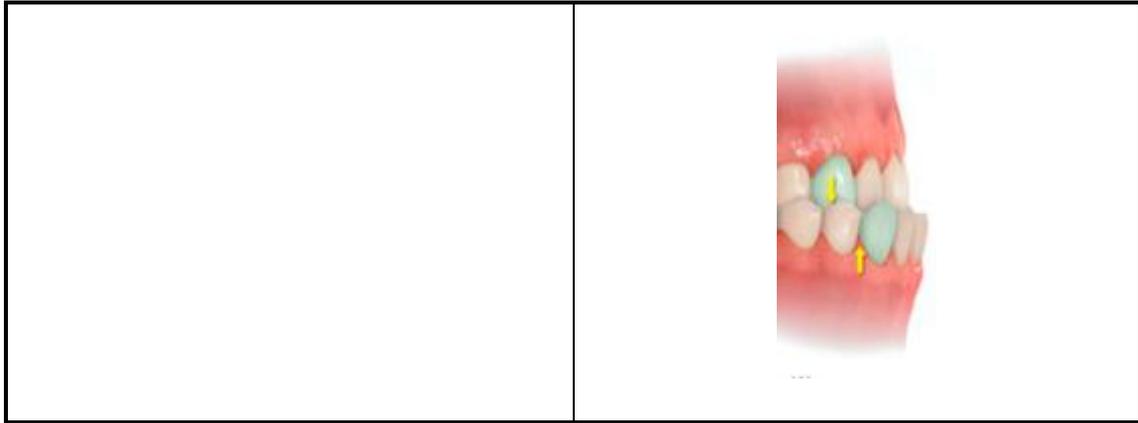
Clase I: Cuando la vertiente distal del canino superior coincide con la vertiente mesial del canino inferior.²⁹



Clase II: Cuando la vertiente del canino superior está por delante de la vertiente mesial del canino inferior.²⁹



Clase III: Cuando la vertiente distal del canino inferior está por delante de la vertiente mesial del canino inferior.²⁹



Overjet:

Puede medirse de tres maneras; clínicamente con una pequeña regla, se mide la distancia en sentido horizontal, del borde incisal del incisivo superior más protruido, al borde incisal del incisivo inferior más protruido en mm, en los modelos de estudio de la misma manera o cefalométricamente. La norma es de 2.5 mm.²⁹

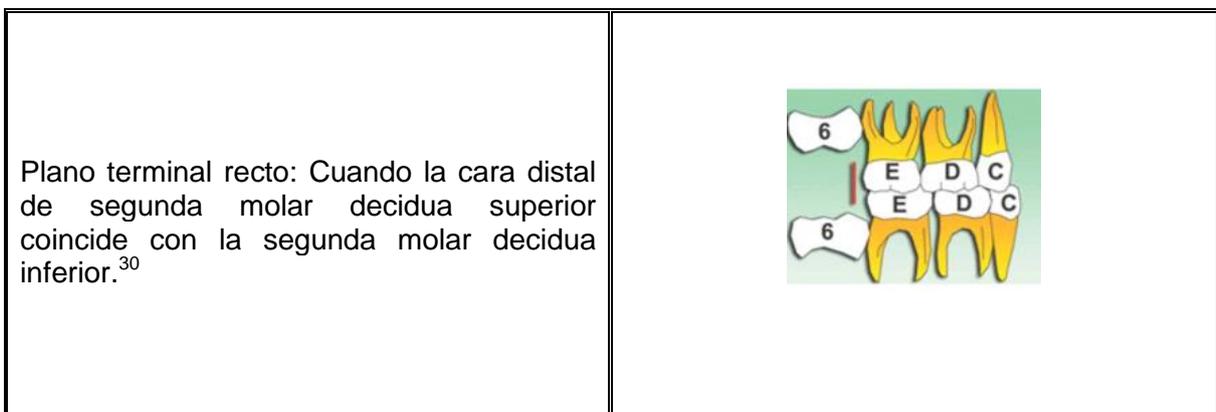
Overbite:

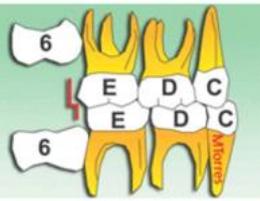
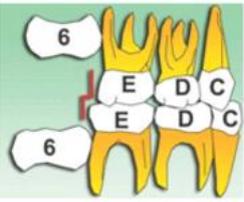
Igualmente se puede medir clínicamente, en modelos de estudio o cefalométricamente, la distancia en mm en sentido vertical de la cantidad que cubre el borde del incisivo central superior al incisivo central inferior. La norma es de 2.5 mm.²⁹

Línea media:

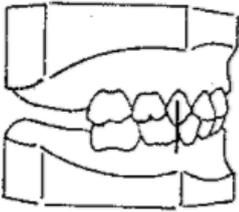
En este punto se observa si la línea media dental coincide con la línea media facial.

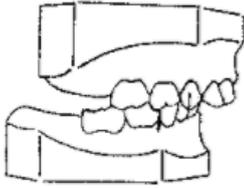
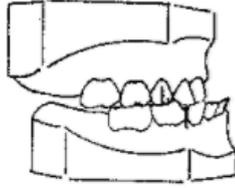
En dentición decidua puede ser:



<p>Escalón mesial: Cuando la cara distal del molar inferior está por delante de la cara distal del molar superior.³⁰</p>	
<p>Escalón distal: Cuando la cara distal del molar inferior está por detrás de la cara distal del molar superior.³⁰</p>	

En la dentición decidua la relación canina puede ser:

<p>Clase I: Cuando la vertiente distal del canino inferior coincide con la vertiente mesial del canino superior.³⁰</p>	
<p>Clase II: Cuando la vertiente distal del canino superior está por delante de la</p>	

vertiente mesial del canino inferior. ³⁰	
Clase III: Cuando la vertiente distal del canino inferior está por delante de la vertiente mesial del canino inferior. ³⁰	

3.2.3.3 ODONTOGRAMA:³³

Un odontograma es el esquema en el cual se observan todas las piezas dentarias, ahí se registra las necesidades, tratamientos y datos de importancia de cada pieza dentaria.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

1. El registro de los hallazgos será realizado a través de la siguiente nomenclatura:

- APARATO ORTODONTICO FIJO

Se dibujarán cuadrados con una cruz en su interior, a nivel de los ápices de las piezas dentarias que corresponden a los extremos del aparato ortodóntico, uniendo ambos cuadrados con una línea recta. El dibujo será en color azul cuando el aparato se encuentre en buen estado y en color rojo cuando se encuentre en mal estado. Se detallará en especificaciones el tipo de aparatología encontrada.



- APARATO ORTODONTICO REMOVIBLE

Se dibujará una línea en zigzag de color azul a la altura de los ápices de las piezas dentarias del maxilar en tratamiento y este debe ser de color rojo cuando el aparato se encuentre en mal estado. Se detallará en especificaciones el tipo de aparatología encontrada.



- CARIES

Se debe dibujar la lesión cariosa siguiendo su forma en las superficies dentarias comprometidas y será totalmente pintada con color rojo.



- CORONA DEFINITIVA

Se dibujará una circunferencia de color azul, que encierre la corona de la pieza dentaria que presenta este tratamiento. En el recuadro correspondiente se anotará las siglas del tipo de corona en letras mayúsculas y de color azul.

Corona Completa = CC (Sólo Coronas Metálicas)

Corona Fenestrada = CF

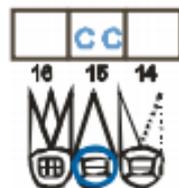
Corona Metal Cerámica = CMC (Corona metálica revestida con material estético)

Corona Parcial = 3/4, 4/5, 7/8 (Sólo corona parcial metálica)

Corona Veneer = CV (Corona metálica con frente estético)

Corona Jacket = CJ (Corona estética libre de metal)

En especificaciones se debe registrar el color del metal de la corona, dorada o plateada.



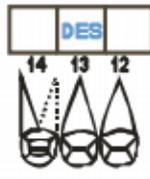
- CORONA TEMPORAL

Se dibujará una circunferencia de color rojo, que encierre la corona de la pieza dentaria que presente este tratamiento.



- DESGASTE OCLUSAL/INCISAL.

Se registrará con las letras “DES” en mayúsculas, de color azul, en el recuadro que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica.



- DIASTEMA

Se dibujará el signo del paréntesis invertido de color azul, entre las piezas dentarias que se presentan esta característica.



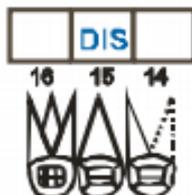
- DIENTE AUSENTE

Se dibujará un aspa de color azul sobre la figura de la pieza dentaria que no se observa.



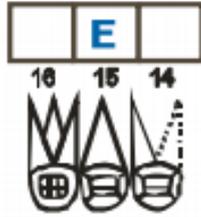
- DIENTE DISCROMICO

Se registrará con las letras “DIS” en mayúscula, de color azul, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica.



- DIENTE ECTOPICO

Se registrará con la letra "E" en mayúscula, de color azul, dentro del recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica.



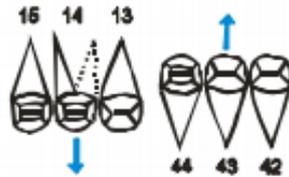
- DIENTE EN CLAVIJA

Se dibujará un triángulo de color azul circunscribiendo el número que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica.



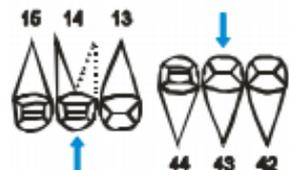
- DIENTE EXTRUIDO

Se dibujará una flecha de color azul, dirigida hacia el plano oclusal de la pieza dentaria que presenta esta característica.



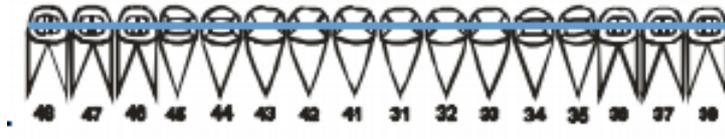
- DIENTE INTRUIDO

Se dibujará una flecha recta vertical de color azul, dirigida hacia el ápice de la pieza dentaria que presenta esta característica.



- EDENTULO TOTAL

Se dibujará una línea recta horizontal de color azul sobre las coronas de las piezas dentarias ausentes del maxilar edéntulo.



- FRACTURA

Se dibujará una línea recta de color rojo, en el sentido de la fractura sobre la figura de la corona y/o la raíz según sea el caso.



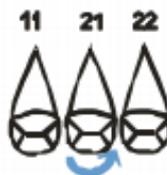
- GEMINACION/FUSIÓN

Se dibujará dos circunferencias interceptadas de color azul, encerrando los números que corresponden a las piezas dentarias que presentan estas características.



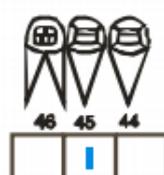
- GIROVERSION

Se dibujará, una flecha curva de color azul siguiendo el sentido de la giroversión, a nivel del plano oclusal.



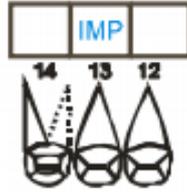
- IMPACTACIÓN:

Se registrará la letra "I" en mayúscula, de color azul, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica.



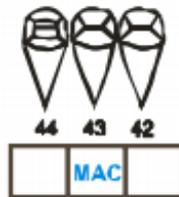
- IMPLANTE

Se registrará las letras “IMP” en mayúscula, de color azul, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria reemplazada.



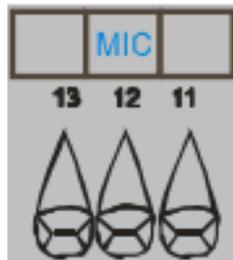
- MACRODONCIA

Se registrará con las letras “MAC” en mayúscula, de color azul, en el recuadro que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica.



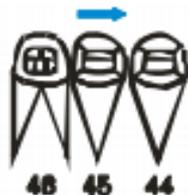
- MICRODONCIA

Se registrará con las letras “MIC” en mayúscula, de color azul, en el recuadro que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica.



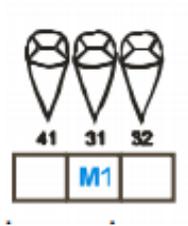
- MIGRACION

Se dibujará, una flecha recta horizontal de color azul siguiendo el sentido de la migración, a nivel del plano oclusal.



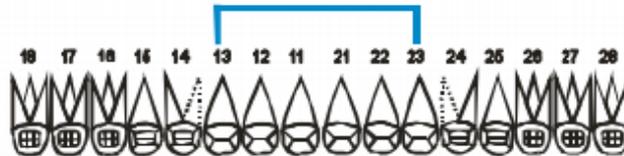
- MOVILIDAD

Se registrará en color azul, con la letra “M” en mayúscula, seguida del número arábigo que representará el grado de movilidad dentaria, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica. En especificaciones se anotará el tipo de clasificación utilizada.



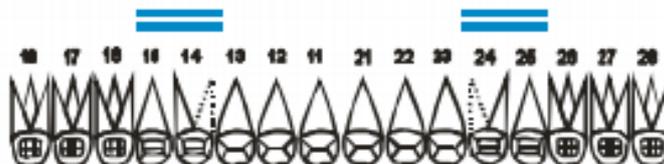
- PROTESIS FIJA

Se dibujará una línea recta horizontal de color azul que indica la extensión del puente, con líneas verticales sobre los pilares. Estará graficado a nivel de los ápices de las piezas dentarias comprometidas. Cuando la prótesis se encuentre en mal estado será dibujado en color rojo.



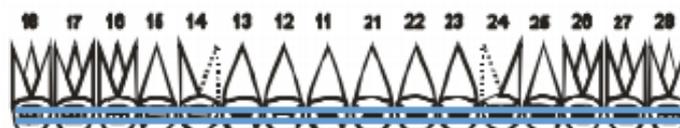
- PROTESIS REMOVIBLE

Se dibujará en color azul dos líneas horizontales paralelas a nivel de los ápices de las piezas dentarias reemplazadas. Si la prótesis está en mal estado se dibujará en color rojo. El tipo de material será registrado en el ítem de especificaciones.



- PROTESIS TOTAL

Se dibujará dos líneas rectas paralelas y horizontales de color azul sobre las coronas de las piezas dentarias del maxilar que presenta este tratamiento. Si la prótesis está en mal estado se dibujará en color rojo. El tipo de material será registrado en el ítem de especificaciones.



- REMANENTE RADICULAR

Se registrará con las letras "RR" mayúscula, de color rojo, sobre la raíz de la pieza dentaria correspondiente.



- RESTAURACIÓN:

Se debe dibujar la restauración siguiendo su forma en las superficies comprometidas y será totalmente pintado con color azul. En el recuadro correspondiente se anotará las siglas del tipo de material empleado, en letras mayúsculas y de color azul.

Amalgama = AM

Resina = R

Ionómero de Vidrio = IV

Incrustación Metálica = IM

Incrustación Estética = IE



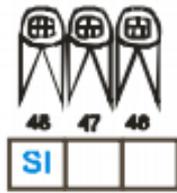
- RESTAURACIÓN TEMPORAL

Se debe dibujar en rojo el contorno de la restauración siguiendo su forma en las superficies comprometidas.



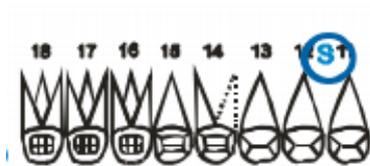
- SEMI-IMPACTACIÓN:

Se registrarán las letras "SI" en mayúscula, de color azul, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica.



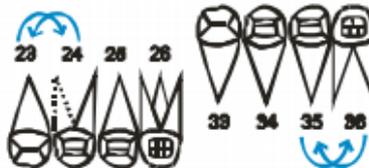
- SUPERNUMERARIO

Se registrará con la letra “S” mayúscula encerrada en una circunferencia de color azul, localizada entre los ápices de las piezas dentarias adyacentes al diente supernumerario.



- TRANSPOSICION

Se dibujará dos flechas curvas de color azul entrecruzadas, a la altura de los números de las piezas dentarias que presentan esta característica.



- TRATAMIENTO PULPAR

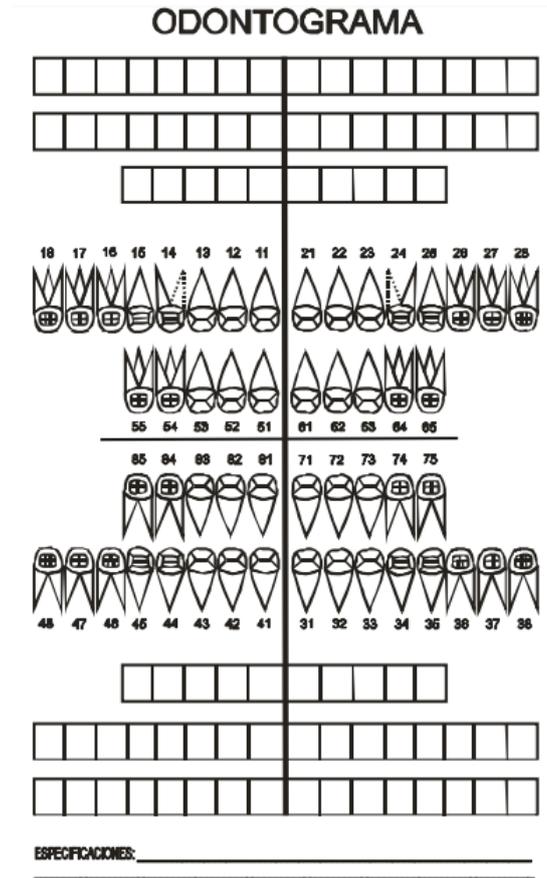
Se dibujará una línea recta vertical de color azul, en la representación gráfica de la raíz de la pieza dentaria que presenta este tratamiento. En el recuadro correspondiente se anotará las siglas del tipo de tratamiento pulpar, en letras mayúsculas y de color azul.

TC = Tratamiento de conductos.

PC = Pulpectomia.

PP = Pulpotomía.





3.3 Diagnóstico presuntivo:

- Diagnóstico de salud general
- Diagnóstico del estado estomatológico
 - De tejidos blandos
 - De tejidos duros
 - Oclusión

3.4 Exámenes complementarios:

Según el lugar donde se sitúe el soporte de la imagen, las proyecciones se clasificarán en intraorales (cuando la película va dentro de la boca) y extraorales (cuando la película va fuera de la boca). Cada uno de los diferentes tipos de proyecciones intraorales tienen sus propias indicaciones.¹⁵

Proyecciones intraorales:

Radiografía periapical:

Tiene como objetivo mostrar todas las piezas dentarias y un cierto territorio periapical, que desde el ápice se extiende 2-3 mm. Se considera la primera elección de estudio radiográfico del diente.¹⁵

Técnica paralela:

En esta se dispone la radiografía paralelamente con el plano del elemento dental que se va a radiografiar, mientras el haz de rayos X incide perpendicularmente a ambas estructuras mencionadas. Con esta técnica se logra una distorsión radiográfica menor, de manera que el tamaño radiográfico es muy fiel al real. Su realización es más fácil en la mandíbula que en el maxilar, sobre todo en los individuos cuya bóveda palatina es lo suficientemente baja como para dificultar la colocación de la placa radiográfica paralela por detrás del diente objeto de la radiografía. Para conseguir este paralelismo, la radiografía debe situarse alejada del diente en cuestión. Con el mismo fin existen unos posicionadores que además sirven de soporte para la propia radiografía e incluso logran alinear adecuadamente el haz central de rayos X con el diente y la placa.^{15,31}

Proyección de aleta de mordida:

Se realiza siempre que existan dientes antagonistas cuyas superficies masticatorias se sitúen en oclusión. Para su ejecución hay en el mercado una variedad de posicionadores, imprescindibles para efectuar correctamente la proyección. La incidencia del rayo es perpendicular a los dientes y a la radiografía, que se encuentran paralelos entre sí y prácticamente en contacto. La película incluye las coronas y los tercios superiores radiculares de los dientes superiores e inferiores y nunca las regiones apicales. La riqueza del detalle es grande, debido a la escasa zona de penumbra que produce esta proyección (por la proximidad de la placa con el objeto) y también a la incidencia del haz perpendicular, ofreciendo una mínima distorsión radiográfica. La excelente resolución de los contornos proporciona la mejor oportunidad para la detección de patología interproximal y permite demostrar cambios sutiles de la cortical alveolar y pérdidas pequeñas de nivel óseo en la enfermedad periodontal, aportando en general excelente información sobre toda la corona.¹⁵

Proyección oclusal:

Es también considerada una proyección intraoral, puesto que la radiografía se sitúa en el interior de la boca. El tamaño de esta placa (cuatro veces mayor que el formato estándar número) permite utilizarla como proyección extraoral, hasta el punto de que se recomienda para establecer el diagnóstico de lesión traumática del hueso nasal (entre otros). Dispuesta interoclusalmente, se hace incidir el haz de rayos sobre la cara radiosensible de la película. Si incide perpendicularmente, diremos que la proyección es ortoclusal; si lo hace oblicuamente, será llamada distoclusal. Su tamaño permite abarcar toda la arcada, superior o inferior, aunque con frecuencia nos limitamos a porciones de ésta, hemiarcadas, según la patología que se deba estudiar. Está indicada en la localización de estructuras. Nada más fácil que contar con dos ejes perpendiculares entre sí para tomar conciencia de la posición de un determinado punto en el espacio. Si la primera proyección ha sido una placa periapical, mediante la cual descubrimos y localizamos un determinado punto o estructura en sentido mesiodistal, es necesario tener otro «punto de vista» con otra proyección (la oclusal) que nos permita la localización de dicho punto en sentido vestibulobucal. También está indicada en la localización de dientes supernumerarios incluidos, raíces, cuerpos extraños, calcificaciones y quistes, y en la valoración de procesos de cierta extensión como osteomielitis, tumores y fracturas. La técnica de Clark también utiliza 2 radiografías para la localización de un determinado punto, pero aquí ambas son periapicales, sin cruzamiento perpendicular entre sus trayectorias. El problema de la dimensión vestibulobucal se resuelve a veces con una sola radiografía periapical. La nitidez de la estructura que se ha de localizar es la clave. Los objetos lejanos a la radiografía, vestibulizados, tienen poca definición de contornos, mientras que los de situación bucal, al estar próximos a la radiografía, se muestran nítidos.³²

Proyecciones extraorales:

Numerosos estudios han sido realizados con la película situada fuera de la cavidad bucal. De hecho, todos los no estrictamente odontológicos. Como la radiografía lateral de cráneo, así como las destinadas a la exploración de los senos paranasales, la llamada nasomentoplaca, la ortopantomografía, proyecciones desenfocadas para la rama horizontal de la mandíbula, y todas las que tienen como objetivo estudiar la ATM incorporando incluso las nuevas tecnologías de TC y RM.¹⁵

Radiografía lateral de cráneo:

Para realizar esta técnica la radiografía se sitúa justo al lado derecho o izquierdo de la cabeza del paciente, por encima del hombro, sujeta por algún soporte y paralela al plano sagital del cráneo. El haz central debe incidir sobre el conducto auditivo externo (CAE) y el tubo se dispone a 90 cm de la cabeza del paciente. La angulación vertical ha de ser 0°, y la energía requerida 70 kV y 30 mA. La línea interorbitaria se dispone perpendicular a la placa. La buena realización de esta proyección permite una superposición de las órbitas y de las alas mayores del esfenoides. Cuando esta proyección se efectúa para obtener medidas cefalométricas, debemos procurar obtener la menor distorsión radiográfica posible, distanciando el objeto del área focal un mínimo de 1,80 m. La cabeza del paciente debe quedar correctamente situada con la ayuda de un cefalóstato, que asegura el paralelismo del plano sagital medio craneal del paciente con la radiografía y la reproducción de dicha posición en posteriores exploraciones, como son los controles del tratamiento. Esta exploración debe ser capaz de reproducir muy distintas radiodensidades, capacidad que se conoce como latitud radiográfica de la película, que tiene que ser grande para estos estudios. Las densidades de los tejidos blandos (perfil cutáneo) deben figurar tan nítidamente como las estructuras óseas muy radiodensas; la radiografía se mostrará poco contrastada, pero con alta gama de grises.¹⁵

Radiografía panorámica:

Numata en 1933 y Paatero en 1948 fueron los precursores de esta exploración. La radiografía panorámica reproduce una imagen que nos informa sobre todas las estructuras que se sitúan en un determinado nivel vestibulolingual de la cavidad bucal. Lo que queda fuera de este pasillo de corte se reproducirá mal en la placa. Lo nítido corresponderá al pasillo de corte, principalmente los elementos dentales. Es una excelente exploración, que se realiza de manera cómoda y proporciona buena información general sobre la cavidad bucal. La resolución de los contornos no llega a ser como la de una radiografía intraoral, por lo que no es la mejor exploración para descartar patología de pequeños detalles. La extensión del área radiografiada, la simplicidad de la ejecución, el menor tiempo requerido, la menor dosis de irradiación recibida por el paciente (equivale a un 20 % de la necesaria para una radiografía seriada periapical completa o, dicho en otras palabras, corresponde a la irradiación de cuatro aletas de mordida) son características ventajosas de esta exploración. Entre los inconvenientes cabe señalar una menor calidad de la imagen respecto a la de las radiografías intraorales, magnificación del tamaño radiográfico con respecto al real y tendencia a la superposición bien de la columna cervical en la porción anterior de la cavidad bucal, bien de dientes entre sí, en particular en el área premolar. Se ha descrito que no es difícil que se produzca la sobre indicación en esta exploración.¹⁵

3.5 Diagnóstico definitivo:

- Diagnóstico de salud general
- Diagnóstico del estado estomatológico
 - De tejidos blandos
 - De tejidos duros
 - Oclusión
 - Riesgo de caries
 - Actividad de caries

- Conducta

3.6 Plan de tratamiento:

- Fase educativa
- Fase preventiva
- Fase curativa
- Fase rehabilitadora
- Fase de mantenimiento

FASE PREVENTIVA:

En esta fase se incluyen tratamientos como la motivación al paciente, la educación sobre higiene oral y profilaxis.

FASE PREVENTIVA:

Esta fase abarca todo tipo de fluorización y la aplicación de sellantes.

FASE CURATIVA:

En esta fase se realizan los tratamientos como restauraciones, tratamientos pulpares, exodoncias, apicogenesis, apicoformación, cirugías periodontales como por ejemplo un alisado radicular.

FASE REHABILITADORA:

Esta fase incluye los tratamientos de mantenedores de espacio (post- extracción) o coronas ya se de acero, celuloide, entre otros.

FASE DE MANTENIMIENTO:

Esta fase incluye los fluoruros tópicos y clorhexidina de acuerdo al riesgo del paciente, y también se especifica cada cuantos meses debe acudir el paciente a la consulta.

En este punto también se indica que interconsultas requiere el paciente.

3.7 Programación:

En este punto todo va a depender del profesional, depende de la conducta del paciente. Lo ideal es iniciar por el tratamiento menos invasivo hasta lograr la confianza del paciente y poder llegar al tratamiento mas invasivo.

4. CONCLUSIONES

- El odontólogo debe tener presente en todo momento que la historia clínica no solo es un documento necesario para realizar la atención, sino también, el apoyo fundamental necesario para lograr el diagnóstico.

- La historia clínica ayuda al odontólogo a conocer al paciente, a crear una relación de confianza con él, y principalmente a determinar qué tipo de tratamiento realizaremos.
- El examen clínico guarda una discreta relación con la identificación del diagnóstico.
- Debemos tener presente que aun la historia clínica tiene múltiples características, la más importante es que es un documento médico-legal.
- Es importante realizar una buena historia clínica, porque refleja el resultado del trabajo del odontólogo, el análisis, el diagnóstico y el tratamiento.
- Ese documento sirve para que el profesional pueda realizar un seguimiento a través del tiempo, de esta forma el profesional lograra tener una prospectiva general y completa para la adecuada atención del paciente.

5. RECOMENDACIONES:

- Es importante tener en cuenta los antecedentes de cada paciente, estos pueden evitar complicaciones importantes al momento del tratamiento.

- La historia clínica debe ser objetiva, concreta, y reflejando la verdad de cada episodio o antecedente en su totalidad.
- De la estructura de la historia clínica depende la confiabilidad del tratamiento.
- Antes de iniciar el tratamiento el consentimiento informado debe estar firmado.
- Debemos tener en cuenta que el interrogatorio no concluye con la finalización de la evaluación clínica, sino con la identificación del tratamiento.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Cuenca Garcell K, Rodriguez Linares M, Soto Cortes A, Penton Rodrigues O. The clinical dental history as tool in the clinical method and as medical-legal document.
- 1.- Alcaraz Agüero M, Napoles Roman Y, Chaveco Guerra I, Martinez Rondon M, Coello Agüero J. The medical record: a basic document for the medical staff. Policilino docente Armando Garcia Aspuru (Cuba). 2010
- 3.- Cantale R Carlos. Historia clínica orientada a problemas. Centro privado de medicina familiar. (USA) 2003
- 4.- Gonzales Rodriguez R, Cardentey Garcia J. The clinical medical record as a legal medical document.. Rev Med Electron 2015. Vol 37
- 5.- Diez Emiliano. El diagnostico medico, problema crucial en el siglo XXI. Universidad Autonoma del estado de Mexico Redalyc 2015. Version 2.2
- 6.- Sanchez Alarcon G, Tito Ramirez E. Manejo ético de la historia. REv Act Clin Med 2013. Vol 32
- 7.- Gonzales Rodriguez R, Cardentey Garcia J. La historia clínica médica como un documento medico legal. Articulo de opinión (CUBA)
- 8.- Monzon Wyngaard A. ¿ Historia clínica o ficha odontológica ? Un Análisis. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina (2003)
- 9.- Resolucion ministerial Nª 597 – 2006. Año 2006
- 10.- Colegio odontológico del Perú. Consentimiento informado 2015
- 11.- Rodriguez Garcia P, Rodriguez Pupo L. Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. Rev med gen integr 1999,15(4)
- 12.- Diaz Novas J, Gallego Machado B, Leon Gonzales A. El diagnostico medica: bases y procedimiento.Rev Cub medi gen integr 2006; 22
- 13.- Mendieta Elsa. Periodos y etapas del ciclo de vida del ser humano. 2013
- 14.- Oberst Ursula, Ibarz Virgili, Leon Ramon. La psicología individual de Alfred Adler y la psicosis de Oliver Brachfeld. Revista de Neuro psiquiatría 2004; 67: 31-44.
- 15.- Chimenos Kustner E. La historia clínica en odontología.Barcelona 1998.
- 16.- Ministerio de salud del PERU. Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Peru, 2015. Direccion General de Epidemiologia, 2016.
- 17.- Torres Ramos G. Manual de Odontopediatría UIGV. 2004.
- 18.- Esquema de vacunación nacional. Resolucion Ministerial Nª 070-2011/MINSA
- 19.- Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Colomb Cir. 2012;27:15-24.
- 20.- Grettchen Flores S. El antecedente personal patológico en la anamnesis. Rev costar salud publica 2014; 24
- 21.- Von Wichmann M. Frecuencia cardiaca y riesgo cardiovascular. Elsevier España 2010.
- 22.- Lopera Ossa MP, Cardeño Chaverra V, Muñetones Correa D, Serna Salazar E, Díaz Garavito MV, Bermúdez Reyes P. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. Revista Nacional de Odontología. 2013; 9(16).
- 23.- Gay Escoda C. Cirugia bucal. Ediciones Ergon, España 1999.

- 24.- Quispe Huarcaya M, Sobero Gaspar A, Gutierrez Ventura F. Evaluacion anatómica del piso de boca mediante resonancia magnética. Rev estomatol Herediana 2015. 25(4)
- 25.- Yañez Ocampo B. Características clínicas de la salud. Periodontología 2011, edición 10.
- 26.- Aldape BC. Exploración de cavidad bucal y variaciones de lo normal. Revista Mexicana de Odontología Clínica. 2008; 2(7)
- 27.- Podadera ZR, Resk A, Flores L, Ramírez MM. Caracterización de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de 6 a 12 años. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2013; 17(5)
- 28.- Bernal KK, Cárdenas MA. Anomalías dentarias de número y forma. Caso clínico. Medigraphic. 2014; 6(1): 9-14.
- 29.- Ugalde FJ. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Medigraphic 2007; 64(3): 97-109
- 30.- Obregón TC, Sosa Hp, Matos A, Diaz C. Orden y cronología de brote en dentición permanente. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2013; 17(5)
- 31.- Vásquez D, Errecaborde M, Estévez A, Osende N, Ramírez Mj, Carvajar E. Utilización de la técnica radiográfica de Fitzgerald como método de diagnóstico en implantología oral y periodoncia. Avance en odontoestomatología. 2009;25(4):203-208
- 32.- Da Silva O, Silva T, De Almeida A, Da Silva H, Fernández J. Identificación anatómica de estructuras del maxilar mediante 2 métodos de diagnóstico. Radiografía y tomografía computarizada. Estudio comparativo. Revista Española de Ortodoncia. 2005; 35:55-68
- 33.- Colegio odontológico del Perú. Norma técnica del Odontograma 2004.