

INTRODUCCIÓN

La Ciencia Odontológica se fundamenta en la preservación y restablecimiento de la salud bucal y su impacto en el estado del paciente en general, razón por la cual, este texto está diseñado para estudiantes y profesionales de la salud, en especial, para Odontología. Se orientó como apoyo al proceso de enseñanza-aprendizaje, desde una perspectiva teórico-práctica de la valoración del sistema estomatognático, para los cursos de semiología, oclusión y las clínicas de semiología y rehabilitación. Asimismo, coadyuva a la fundamentación conceptual, científica y de tendencias actuales en el área –acompañada de la ilustración secuencial correspondiente al diligenciamiento de la historia–, con la valoración respectiva (mediante los protocolos de las técnicas exploratorias), con el objeto de reforzar las competencias específicas praxiológicas de la profesión. Para ello, se hicieron libretos del paso a paso y de las maniobras a desarrollar en los procedimientos de: 1. la inspección y palpación de cada una de las estructuras; 2. la valoración de la funcionalidad de las fibras musculares; 3. la auscultación de las articulaciones temporomandibulares; 4. los rangos máximos de los movimientos mandibulares.

Una vez diseñados los libretos, se elaboraron fotografías clínicas, dibujos de las estructuras anatómicas y su relación con la sistematización del examen; se desarrollaron esquemas de metodologías aplicables para la indagación y detección del deterioro de las estructuras asociadas, se construyeron instrumentos para consignar la información desde la entrevista hasta la exploración; posteriormente se crearon árboles de ideas conducentes que direccionan datos derivados de la entrevista hacia el examen físico. Como resultado de lo anterior, se elaboraron tablas para consignar signos y síntomas asociados con las alteraciones del sistema craneomandibular.

El libro contiene cuatro capítulos. El primero expone los siguientes temas: el razonamiento diagnóstico, la realización de la historia clínica bajo las premisas del marco legal correspondiente y sus componentes (principios y características); pautas para la entrevista clínica (interrogatorio); la relación odontólogo-paciente y una guía de diligenciamiento para anamnesis, examen físico general y estomatológico.

El segundo capítulo plantea el diseño de la encuesta para identificar alteraciones del sistema craneomandibular (apoyado en la literatura científica de los instrumentos utilizados por varios autores en sus investigaciones), para asociar afecciones con diagnósticos diferenciales; los daños y las dolencias que pueden sufrir la región corporal examinada; las características de las condiciones posturales que podría estar adoptando el paciente, en los diversos escenarios en los que muchas personas están cotidianamente inmersas; la descripción de la sintomatología, las circunstancias que la intensifican o la disminuyen, la descripción de un método para que un paciente pueda referir y ubicar sus dolores, en un mapa de la cabeza, el cuello y la cara. Todos los datos anteriores se relacionan a través de esquemas simbólicos, para encauzar los diagnósticos.

El tercer capítulo cuenta con un esquema de la valoración del sistema craneomandibular, que incluye el componente muscular, con las técnicas y maniobras de palpación digital, manipulación funcional, pruebas de carga y de provocación de resistencia; la forma de cuantificar la sintomatología y las técnicas de punciones locales diagnósticas, aplicables a los músculos masetero, temporal, pterigoideo medial, pterigoideo lateral (inferior y superior), digástrico, esternocleidomastoideo y trapecio. Se incluyó el componente de los movimientos cervicales y mandibulares (teniendo en cuenta los criterios de simetría en la dirección del movimiento, presencia o ausencia de dolor, rangos de amplitud y la calidad del recorrido), y la valoración de la articulación temporomandibular con los métodos de auscultación, palpación lateral y posterior.

El capítulo cuarto presenta la descripción metódica del examen intraoral de las mucosas labiales, yugal, paladar duro, blando, orofaringe, lengua, piso de boca, tablas óseas, encías y de valoración dentaria.

Agradecemos a la Editorial de la Universidad del Magdalena por permitirnos divulgar este libro, resultado de la primera convocatoria interna para publicar obras con este Sello, la cual –como política institucional de fomento a la generación y apropiación de nuevo conocimiento, y de promoción a la lectura y la escritura en la comunidad académica Unimagdalena– vimos con buenos ojos, y consideramos que era una excelente oportunidad para estimular el quehacer docente e investigativo, y así contribuir con el acrecentamiento de la disciplina y los procesos de calidad en el saber odontológico, producto de muchas horas de estudio, esfuerzos y sacrificios; fruto de años de experiencia en el ejercicio profesoral y profesional, que fue construyéndose como una aventura, día a día, con la colaboración de estudiantes, a quienes también damos las gracias porque, de alguna u otra forma –ya sea directa o indirectamente– contribuyeron al crecimiento personal de las autoras. De manera especial a John Baleta, Pedro Sanguino, Camilo Romo, Jesualdo Maestre y Mabel Ordoñez.

Para finalizar, reconocemos el apoyo brindado por la Institución Universitaria Colegios de Colombia UNICOC, porque este proyecto ha podido llevarse a cabo con la ayuda proporcionada por esta entidad.

Las autoras

CAPÍTULO I

Historia clínica

Razonamiento diagnóstico

El acto odontológico se fundamenta en el reconocimiento científico, y este marca las pautas en la búsqueda del diagnóstico de las enfermedades, permitiendo establecer pronósticos y decisiones terapéuticas. Es por ello que la relevancia del diagnóstico va más allá del conocimiento científico, la recolección de información, el examen físico, la capacidad de comunicarse con los pacientes, el comportamiento del especialista y el éxito. En realidad está sujeto a las habilidades de los profesionales para realizar un correcto y audaz juicio desde una perspectiva crítica. Actualmente los errores para determinar la patología siguen siendo un elemento a considerar durante la realización de la historia, y aunque son muchos los avances tecnológicos y procedimentales que ayudan a soportar el trabajo, el recurso humano sigue siendo determinante en la ejecución de tratamientos. Esto se relaciona con la psicología cognitiva, la cual documenta científicamente dos mecanismos que los doctores implementan en la resolución de problemas para identificar la enfermedad: los métodos intuitivo y analítico.

El razonamiento intuitivo está basado en la experiencia de prácticas cotidianas previas, generalmente lo utilizan

conocedores con mayor experticia (Norman, Young & Brooks, 2007, p. 1141) y se caracteriza por la primera impresión y una respuesta rápida a la información (Eva, 2005, p. 12). Estos modelos parecen darse sin esfuerzo, no son el resultado de técnicas de pensamiento crítico, generalmente son influenciados por sentimientos como aquellos que Katheen, Baumeister y Loewenstein (citados por Kassirer 2010, p. 1120), refieren que están impulsados por la indecisión. Si bien es cierto, la impresión diagnóstica inicial se da a través del reconocimiento de hallazgos y signos recurrentes. Estos difieren cuando se presentan nuevas circunstancias que obligan a un desarrollo de análisis, y es entonces cuando esta pequeña experiencia analítica se convierte en un modo que hace prototipos automatizados, reiterativamente, cuando se enfrenta al mismo evento. Es decir, las situaciones repetidas llevan a la conversión de los procedimientos en modos mecanizados (Stanovich en 2005, citado por Kassirer 2010, p. 1120). Aunque el sistema puede generar respuestas valiosas y precisas, su rapidez y la ausencia de un método científico, orientado por el cálculo, puede desembocar en la comisión de errores mayores.

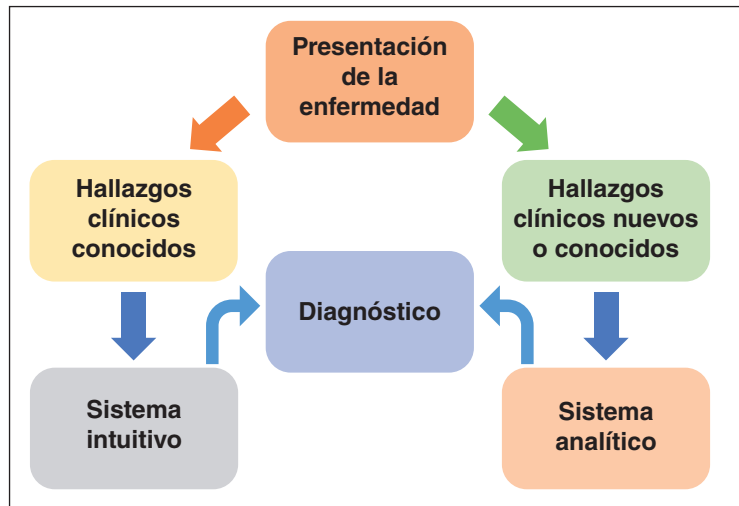
La evidencia sugiere que –en una elevada proporción– las condiciones clínicas más comunes son resueltas por el reconocimiento de patrones, y los casos más difíciles, por estrategias reflexivas; es decir, con el método analítico. En estos procesos, la resolución de problemas se hace de manera consciente más metódica y reflexiva, teniendo en cuenta las alternativas; requieren un compromiso cognitivo, son más pausados que el componente intuitivo y se fundamentan en la metodología científica (Stanovich, 2005, citado por Kassirer 2010 p. 1120).

Generalmente el uso del formato analítico funciona cuando los hallazgos de un paciente no coinciden con un cuadro odontológico común; este se caracteriza por planteamientos hipotético-deductivos, diagnósticos diferenciales y el análisis racional de la historia. El sistema analítico se basa en el razonamiento reflexivo sobre bases científicas, de allí que sea menos propenso a equivocaciones que el componente intuitivo, no obstante, su aplicación inicia cuando se observan cambios inusuales en el desarrollo de alguna enfermedad (ver figura 1).

Es importante resaltar que los procedimientos para emitir diagnóstico y toma de decisiones no coordina perfectamente en uno u otro modelo, y su interacción, tal vez, podría generar un enfoque útil para la práctica, disminuyendo de

esta forma la incertidumbre sobre elecciones seguras y eficaces, sin que exista la dicotomía entre los enfoques intuitivos y analíticos.

Figura 1. Decisión diagnóstica. Método intuitivo vs método analítico



En el curso del razonamiento se debe ser consciente del valor de los hallazgos (incluyendo los signos y síntomas), para tomar una decisión de diagnóstico adecuada. Es por ello, que la historia clínica se convierte en la herramienta fundamental para el profesional de la salud, permitiéndole documentar —con estricta reserva— los datos revelados por el paciente y las manifestaciones evidenciadas, de forma oportuna, clara, organizada, coherente, completa y fidedigna, a través de métodos semiológicos aplicados por el odontólogo, en cada etapa de su diligenciamiento. Los informes de los anexos por disciplina, las interconsultas, los resultados de los exámenes complementarios su interpretación y correlación médica; la evolución de los procedimientos practicados, con los respectivos materiales dentales utilizados y maniobras realizadas; las prescripciones de medicamentos, con las dosis, y su duración; la descripción del impacto en la resolución del problema y síntomas y la evaluación de la terapia instaurada (Guzmán y Arias, 2012, p. 15-24); la planificación de las actividades a realizar en la próxima cita, los eventos adversos, en caso de haber ocurrido durante el tratamiento; el reporte de prácticas no éticas, entre otras, son también información complementaria del desarrollo de la semiología de la historia clínica.

Que la historia clínica cuente con los elementos necesarios para su análisis y razonamiento científico, requerirá de la realización de un protocolo sistematizado y ordenado cronológicamente, que a su vez cuente con las características del método clínico, tanto para la anamnesis (motivo de consulta, historia de la enfermedad, descripción de síntomas etc.), como para el examen físico, a través de la creación de un formato preestablecido por cada profesional o cada institución prestadora de servicios. Para su operacionalización, se debe tener en cuenta que este documento tiene connotaciones médico-legales, científicas, técnicas e investigativas, siendo un requisito obligatorio e indispensable para la atención de los pacientes. En Colombia, su normatividad está enmarcada en la siguiente reglamentación:

- ▶ Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud. Establece normas para el manejo de la historia clínica.
- ▶ Resolución 3905 de junio de 1994. Confidencialidad de la historia clínica.
- ▶ Ley 594 de 2000. Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos.
- ▶ Resolución 839 de 23 marzo de 2017, modifica la Resolución 1995 de 1999 en manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final.

Relación odontólogo-paciente

Es importante establecer una conexión entre el profesional de la salud y la persona que solicita el servicio, que acredite la veracidad de la información suministrada, por lo que es necesario garantizar la conciencia, responsabilidad, precisión y humanización de la praxis de tal forma que se debe iniciar esta interacción con un contacto visual y la debida presentación, mostrando interés real en los asuntos que aquejan a nuestros consultantes; en condiciones de respeto, amabilidad y sinceridad de ambas partes, siendo importante la comunicación, tanto verbal, como la no verbal (ver tabla 1); instaurándose una transferencia positiva en dos direcciones, entre odontólogo y el enfermo (Fodor y Parra de la, 2007, p. 22). Por tanto, el clínico debe desarrollar la capacidad de indagar, escuchar, identificar, y comprender los datos suministrados.

La confianza es la base de la relación odontólogo–enfermo, es un factor importante para la realización de una buena historia. Es frecuente que –durante

el interrogatorio—las personas cuestionan la pertinencia de algunos aspectos generales como condiciones sistémicas (antecedentes patológicos), hábitos sexuales y/o vicios, entre otros, considerando que esta información es apropiada solo para el acto médico, y que los órganos dentarios no se correlacionan con el organismo, lo que obliga a explicarle la relevancia de cada aspecto, preguntado o evaluando dentro de la historia clínica; de allí que una buena relación entre el profesional y el consultante sea la clave para el suministro de la información.

Tabla 1. Pautas de interpretación del comportamiento no verbal

Lenguaje del clínico	Análisis del paciente
Sonrisa de bienvenida	Disposición de atención e impresión positiva
Respuesta al saludo	Respeto y cortesía
No contacto visual	Desinterés por la situación del paciente
Buena presentación	Confianza y credibilidad
Tono de voz grave y calmada	Imagen de seguridad en sí mismo y disposición de ayuda sin premura del tiempo.

Fuente: Elaboración de las autoras.

Características de la entrevista clínica

La entrevista es una herramienta fundamental para el acto clínico, porque permite la recolección de los datos. Representa la relación interpersonal paciente—odontólogo, y un espacio de comunicación por el que se facilitará la óptima evolución del tratamiento de la enfermedad.

De acuerdo al interés de los datos, esta puede realizarse de forma dirigida, semi-dirigida y libre, lo esencial es que garantice serobjetivo, precisa y reproducible. Es importante aclarar que en la entrevista debe existir una relación afectiva y reflexiva que aporte las condiciones ideales para su desarrollo (ver tabla 2), y cuya finalidad es evitar confusiones y valoraciones erradas.

Tabla 2. Recomendaciones antes de la entrevista clínica

Organizar los escenarios que faciliten la actividad
Controlar los entornos medioambientales, mejorando el confort
Minimizar el tiempo de espera
Iniciar el acto clínico dando la mano al saludar
Estar atento a gestos y sentimientos del paciente
No enjuiciar. Respetar valores y creencias
Utilizar preguntas abiertas y dirigidas, cuando sea necesario
Usar lenguaje sencillo, evite tecnicismo
Clarificar lo que sea difícil de entender para el paciente
Disminuya y controle las interrupciones

Fuente: Elaboración de las autoras.

Componentes de la historia clínica

Anamnesis o interrogatorio

La anamnesis, del griego «anamnois» —que significa recuerdo—, es la búsqueda de la información relacionada con la condiciones de salud del consultante, a través de la entrevista clínica, constituyéndose en una parte fundamental del diagnóstico.

El primer contacto con la persona que consulta, representa el acto más trascendente del proceso clínico e inicia desde su llegada a la consulta. Este debe realizarse en un ambiente cómodo, iluminado, confortable, que permita crear una atmósfera de confianza. Inicialmente es recomendable permitir el

relato libre concerniente al motivo de consulta e historia de la enfermedad actual, pero el clínico puede intervenir cuando considere que se debe complementar o aclarar la información suministrada (entrevista semi-dirigida). Posteriormente, se puede realizar un interrogatorio dirigido en relación con los antecedentes personales, que incluya la descripción de signos y síntomas de los diferentes aparatos y sistemas anátomo-fisiológicos.

Guía de diligenciamiento del interrogatorio

- Datos de identificación del paciente: diligenciar todos los ítems. Si es un menor, registrar nombre y teléfono del adulto responsable, estableciendo el parentesco. Importante no dejar espacios en blanco, no tachones, no enmendaduras, utilizar «no aplica» (n.a.) si es el caso.
- Motivo de consulta: precisar la razón que lo lleva a consultar. Debe redactarse con palabras textuales del consultado, entre “comillas”, en primera persona, de manera concisa, y/o cuando la persona haga uso de un lenguaje coloquial, colocar la interpretación técnica de lo que desea referenciar, sin comillas.
- Enfermedad actual: registrar en términos semiológicos adecuados (él, cuándo, cómo, dónde y porqué de la solicitud del paciente), debe tener relación con el motivo de consulta, y cuando esté relacionado con algún dolor se debe tener en cuenta la siguiente nemotecnia (I.L.I.D.I.C.E.F), donde: I: inicio, L: localización, I: irradiación, D: duración, I: intensidad, C: cronicidad, E: evolución y F: frecuencia.
- Antecedentes personales: diligenciar los ítems, teniendo en cuenta las fechas aproximadas, tipo de evento, manejo y evolución. Utilizar si aplica o si refiere antecedentes, y/o desconoce información en relación con los siguientes antecedentes:
 - Patológicos: reportar antecedentes individuales del paciente en todo lo relacionado con alteraciones sistémicas padecidas en épocas anteriores o actuales, incluyendo enfermedades propias de la infancia.
 - Quirúrgicos: anotar las cirugías a las que ha sido sometido, el diagnóstico por el que se realizó la misma, el tipo de anestesia, estancia hospitalaria y fecha.
 - Ginecobstétricas: fecha última menstruación (FUM), menarquía, antecedentes relacionados al ciclo menstrual, estados de embarazo, partos, abortos, (G.P.A.), métodos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.