

TOCa  
0048

**ANÁLISIS DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LAS PATOLOGÍAS, AFTAS Y HERPES  
SIMPLE I EN LAS CLÍNICAS DE ODONTOPEDIATRÍA DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO  
COLOMBIANO SEDE SANTIAGO DE CALI DURANTE EL AÑO 2002**

**JENIFFER BELALCÁZAR CARDONA  
SANDRA MILENA CUETIA ZÚÑIGA  
MARIBEL ENRÍQUEZ CALVACHE  
MARÍA ALEJANDRA HURTADO MORALES  
MARÍA CLAUDIA GRAJALES SEKULITS**

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de  
Odontólogo General**

**Dra. LINA MARÍA DELGADO  
Odontopediatra  
Asesora Científica**

**Dra. Paula Bermúdez  
Asesora Metodológica**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA  
SANTIAGO DE CALI**

**2002 - II**

A Dios, por darnos la vida.

A nuestros padres por su gran amor, confianza e innumerables esfuerzos.

A nuestros hermanos por su apoyo.

A nuestros demás familiares y amigos por su incondicional presencia.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Colegio Universitario Colombiano por brindarnos la oportunidad de prepararnos para la vida y a todos los docentes por ser pilares en nuestra formación; en especial a las doctoras, Blanca Lucía Acosta, Paula Bermúdez y Lina María Delgado, quienes contribuyeron notablemente con su enseñanza y ejemplo a la realización de este trabajo.

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2 JUSTIFICACIÓN	17
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 Objetivo general	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1 RESOLUCIÓN No. 1995 DE 1999	19
2.1.1 Normas para el manejo de la historia clínica	19
2.1.2 Obligatoriedad del registro	19
2.2 REGISTROS DE SALUD E HISTORIA CLÍNICA	20
2.2.1 Estructura de la historia clínica	21
2.2.2 Tipos de historia clínica	22
2.2.3 Contenido de la historia clínica	22
2.2.4 Historias clínicas especializadas	26
2.2.5 Descripción de la carpeta de la historia clínica	26
2.2.6 Objetivos y evaluación de la historia clínica	27
2.2.7 Usos de la historia clínica	27
2.2.8 La historia clínica contiene	28
2.2.9 Evaluación cuantitativa de la historia clínica	28
2.2.10 Evaluación cualitativa de la historia clínica	28
2.3 LESIONES CARACTERIZABLES EN LA CAVIDAD BUCAL	29

<b>2.4 ÚLCERAS</b>	<b>31</b>
2.4.1 Clasificación	32
2.4.2 Úlcera traumática	33
2.4.3 Úlcera oral recurrente (afta)	35
2.4.3.1 Características clínicas	37
2.4.3.2 Afta menor	37
2.4.3.3 Afta mayor	38
2.4.3.4 Úlceras herpetiformes	40
2.4.3.5 Etapas de la formación de las aftas	41
2.4.3.6 Tratamiento	42
2.4.3.7 Valoración	43
<b>2.5 HERPES SIMPLE</b>	<b>45</b>
2.5.1 Infección por herpes virus	45
<b>2.6 GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA</b>	<b>46</b>
<b>2.7 HERPES ZOSTER</b>	<b>47</b>
2.7.1 Transmisión	50
2.7.2 Consideraciones generales del virus herpes simple y varicela zoster	50
2.7.3 Tratamiento	53
2.7.3.1 Tratamiento de la neuralgia postherpética	55
2.7.4 Prevención	56
2.7.4.1 Prevención de la neuralgia postherpética	57
2.7.5 Medicamentos, vitaminas y minerales para el tratamiento o prevención de las infecciones de herpes	59
2.7.6 Productos y procedimientos que se deben evitar	59
2.7.7 Profilaxis	59
<b>3. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>60</b>
3.1 HIPÓTESIS	60

<b>3.2 TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>60</b>
3.2.1 Método	60
3.2.2 Técnica	60
<b>3.3 UNIVERSO</b>	<b>60</b>
<b>3.4 POBLACIÓN</b>	<b>60</b>
<b>3.5 MUESTRA</b>	<b>60</b>
<b>3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>	<b>61</b>
3.6.1 Criterios de inclusión	61
3.6.2 Criterios de exclusión	61
3.6.3 Criterios de discontinuación o retiro	61
<b>3.7 VARIABLES</b>	<b>61</b>
3.7.1 Características a medir	62
<b>3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>62</b>
3.8.1 Instructivo	63
<b>3.9 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO - PRUEBA PILOTO</b>	<b>64</b>
<b>3.10 CONSIDERACIONES ETICAS</b>	<b>65</b>
3.10.1 Declaración de Helsinki	65
3.10.1.1 Principios fundamentales	65
3.10.1.2 Investigación odontológica asociada a la asistencia profesional (investigación clínica)	66
3.10.2 Resolución No. 008430 de 1993 (Octubre 4 de 1993)	67
3.10.2.1 Título II	67
3.10.2.2 Título III	68
<b>3.11 RECURSOS</b>	<b>69</b>
3.11.1 Recursos humanos	69
3.11.2 Recursos físicos	70
3.11.3 Recursos financieros	70

<b>3.12 CRONOGRAMA</b>	<b>71</b>
<b>4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES</b>	<b>72</b>
<b>4.1 RESULTADOS</b>	<b>72</b>
<b>4.2 CONCLUSIONES</b>	<b>76</b>
<b>5. DISCUSIÓN</b>	<b>77</b>
<b>6. RECOMENDACIONES</b>	<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>82</b>

## LISTA DE TABLAS

	pág.
<b>Tabla 1. Variables</b>	<b>61</b>
<b>Tabla 2. Recursos humanos</b>	<b>69</b>
<b>Tabla 3. Recursos físicos</b>	<b>70</b>
<b>Tabla 4. Recursos financieros</b>	<b>70</b>
<b>Tabla 5. Cronograma</b>	<b>71</b>

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
<b>Figura 1. Observación de lesiones en tejido blando</b>	<b>72</b>
<b>Figura 2. Clasificación de las lesiones</b>	<b>72</b>
<b>Figura 3. Definición correcta de afta</b>	<b>73</b>
<b>Figura 4. Manejo de aftas</b>	<b>73</b>
<b>Figura 5. Definición correcta de gingivostomatitis herpética</b>	<b>74</b>
<b>Figura 6. Manejo de gingivostomatitis herpética</b>	<b>74</b>
<b>Figura 7. Necesidad de realizar controles a los tejidos blandos</b>	<b>75</b>
<b>Figura 8. Anexo de lesiones tipo aftas y gingivostomatitis herpética a la historia clínica</b>	<b>75</b>
<b>Figura 9. Omisión de las lesiones de tejidos blandos en la historia clínica</b>	<b>76</b>
<b>Figura 10. Necesidad de incluir diagnóstico de lesiones de tejidos blandos en la historia clínica</b>	<b>76</b>

## GLOSARIO

**AMPOLLA:** elevación de la epidermis en forma de pequeño saco relleno de líquido seroso. Afección que al romperse da lugar a una úlcera.

**ANTÍGENO:** sustancia; generalmente una proteína compleja o un polisacárido que introducido en un organismo provoca la formación de un anticuerpo específico capaz de neutralizarlo.

**BIOPSIA:** examen microscópico de un fragmento cortado de un órgano vivo.

**CANDIDIASIS:** enfermedad infecciosa de la piel y de las mucosas, ocasionada por el hongo *Candida albicans*.

**EDEMA:** aumento anormal generalmente por retención del líquido contenido en los intersticios de los tejidos, en especial del subcutáneo y submucoso.

**ERITEMA:** lesión de la piel consistente en un enrojecimiento mal limitado, que desaparece al ejercer presión sobre el mismo.

**ESTOMATITIS:** inflamación aguda o crónica de la mucosa de la boca.

**GLOSITIS:** inflamación aguda o crónica de la lengua, en especial de su capa mucosa.

**HERPES:** Enfermedad de la piel causada por un virus caracterizado por la aparición de vesículas transparentes.

**HIPERESTESIA:** aumento o exageración de la sensibilidad general o de la especial.

**LINFOADENOPATÍA:** inflamación de ganglios.

**NEOPLASIA:** cáncer.

**NÓDULO:** lesión elemental, salida de la piel que toma una saliente.

**PÁPULA:** lesión inespecífica de la piel consistente en una pequeña elevación rojiza, circunscrita y cuya curación no deja ninguna cicatriz.

**PARESIA:** parálisis incompleta.

**QUEILITIS.** Inflamación aguda o crónica de los labios.

**ÚLCERA:** solución de continuidad con pérdida de sustancia de la piel o una mucosa, ocasionada por la necrosis.

**VERRUGAS:** pequeñas formas de la piel con superficie irregular. Están constituidas por excesivo desarrollo de las papilas de la dermis.

**VESÍCULA:** lesión en la piel en forma de pequeña bolsa que contiene líquido claro.

## RESUMEN

Se analizó el proceso de diagnóstico de aftas y herpes simple I en las clínicas de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Santiago de Cali.

Se presentó un estudio para la realización de una reforma a la Historia Clínica de Odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano Sede Santiago de Cali, cuyas bases fueron el no contar con una evaluación completa para el diagnóstico de las lesiones orales de tejido blando.

Se realizó una encuesta a 134 estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano que cursan la Clínica de Odontopediatría para indagar sobre sus conocimientos acerca de aftas y herpes simple I, lesiones que en literatura son las más frecuentes en pacientes pediátricos.

Según los resultados de la encuesta, la mayoría de los estudiantes no manejan adecuadamente estas lesiones y además, si se encuentran con ellas no las incluyen en la Historia Clínica ya que ésta no los obliga a hacerlo.

El 79,1% de los estudiantes creen necesario realizar una reforma a la Historia Clínica que guíe un examen clínico más detallado para obtener un correcto diagnóstico de las lesiones de tejido blando.

El grupo investigador reformó el formato existente y lo pone a disposición de la comunidad académica.

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación se realizó con el fin de llegar a una correcta valoración de tejidos blandos para que el estudiante no pase por alto este tipo de lesiones y realice un examen completo tanto intraoral como extraoralmente, ya que según la experiencia clínica del grupo investigador, no se estaba evaluando al paciente de una manera integral y, por consiguiente, no se daba importancia a determinadas manifestaciones que presentaban los pacientes en consulta, teniendo en cuenta que la aftas, herpes simple I y la gingivostomatitis herpética, son lesiones muy frecuentes en cavidad oral.

Con este trabajo se buscó ampliar el diagnóstico de las lesiones de tejidos blandos (sistema bucal) en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano, sede Cali.

## **1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

¿Se realiza de forma adecuada y completa la valoración de tejidos blandos en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali?

### **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Afrontar un trabajo de investigación refiere un amplio compromiso para llegar a una óptima respuesta, mucho más cuando se aborda la salud de los seres humanos y en especial de niños.

Es satisfactorio que este trabajo en esta ocasión tenga un enfoque frente a la consecución de un conocimiento más detallado de los pacientes niños en la clínica. Éstos pueden presentar lesiones ulcerativas en la mucosa oral, resultado del discurrimiento de los tejidos blandos con aumento de volumen deformando los contornos anatómicos normales.

Es por eso importante hacer un seguimiento o control clínico en ellos, diagnosticándose su regularidad en aparición y desaparición, color, forma, si producen dolor o son asintomáticos.

De igual manera, ejercer control en los niños desde su hogar involucrando a los padres para generarles interés en el cuidado adecuado de este tipo de lesiones, y con mayor razón, concientizar a los estudiantes de la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano de la importancia de realizar una completa historia clínica y una verdadera valoración de los tejidos blandos, sin obviar ninguna alteración o manifestación por insignificante que parezca.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Analizar el proceso de diagnóstico de aftas y herpes simple I en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Determinar la situación actual del proceso de diagnóstico de las patologías aftas y herpes simple I en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano, sede Cali.
- Confrontar la situación del proceso de diagnóstico actual con la situación ideal.
- Proponer una reforma al formato de la historia clínica de odontopediatría que facilite el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las lesiones de tejidos blandos en cavidad oral.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 RESOLUCIÓN No. 1995 DE 1999**

#### **2.1.1 Normas para el manejo de la historia clínica**

"La historia clínica es un documento legal, privado e intransferible; es un registro cronológico del estado de salud del usuario, procedimientos médicos realizados, enfermedad o tratamiento actual".

La historia clínica debe ser integral y mirar al paciente como un todo relacionándolo en todos sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, debe llevar una secuencialidad sobre los servicios prestados al usuario.

La racionalidad científica es la aplicación de criterios científicos en la atención del usuario y el manejo del diagnóstico y plan de tratamiento. La historia clínica debe estar disponible en el momento en que se necesite, teniendo en cuenta las imposiciones legales y debe llevar un registro oportuno sobre la prestación del servicio.<sup>1</sup>

#### **2.1.2 Obligatoriedad del registro**

Todo el personal en salud debe llevar un registro de sus observaciones, decisiones y procedimientos durante la atención a un usuario. La historia clínica debe estar con letra legible, no llevar tachones, ni enmendaduras, espacios en blanco, ni utilizar siglas y se debe firmar cada actividad.

Son componentes de la historia clínica la identificación del usuario, datos personales: nombres completos, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, estado civil, etc.

Se debe anexar documentos de sustento legal técnico y científico tales como intervenciones quirúrgicas, autorizaciones para necropsia, declaración de retiro voluntario, entre otros<sup>2</sup>.

## 2.2 REGISTROS DE SALUD E HISTORIA CLÍNICA

Los registros cumplen con el propósito de brindar información para el sistema y subsistema de atención de salud de las personas y para el sistema y subsistema de información en salud.

- Sirven como instrumento para planificar la atención de los usuarios.
- Proporcionan un medio de comunicación entre el personal de salud sobre el usuario.
- Dan evidencia sobre el curso de la enfermedad y el tratamiento del usuario.
- Sirven de base para la revisión y el estudio de la calidad y atención prestada.
- Informan sobre la utilización de recursos.
- Brindan información para la investigación.
- Protegen los intereses del usuario, del establecimiento de salud, entre otros.

El contenido general de un registro de salud debe brindar información demográfica, socioeconómica y ambiental, hechos y hallazgos sobre la salud del usuario y acciones realizadas en la prestación del servicio.

Los registros son:

*Tipo y descripción:*

- Tarjeta familiar: identificación familiar, características de la vivienda, datos del saneamiento ambiental, características socioeconómicas, control de vacunas, control de crecimiento y desarrollo.
- Registros de salud odontológica: identificación del usuario, antecedentes clínicos, hábitos de higiene oral, examen físico, dental, periodontal, diagnóstico y tratamiento.
- Planificación familiar: para controlar la salud de la mujer en etapa reproductiva.

- Hoja de referencia: cumple 3 funciones:
  - Solicitar o autorizar una consulta o tratamiento para el paciente.
  - Dar información del paciente a otra institución sobre su diagnóstico y tratamiento.
  - Obtener información sobre tratamientos recibidos en otra institución.
  
- Otros registros individuales: de la embarazada y el niño:
  - Anamnesis y examen físico.
  - Notas de evolución.
  - Notas de enfermería.
  - Tratamiento.
  - Historia perinatal: incluye el historial del embarazo y la atención del niño después del parto.
  - Hoja del parto y evolución cronológica.
  - Laboratorio.
  - Otros.

*Historia familiar: características*

Como registro médico resulta funcional en programas de salud característicos del primer nivel de atención. Es un medio importante para conocer las condiciones ambientales, sociales, patológicas y hereditarias de la familia como conjunto.<sup>3</sup>

**2.2.1 Estructura de la historia clínica**

La historia clínica es un conjunto de formularios narrativos, gráficos y de ambos estilos en los cuales se registran en forma detallada y ordenada las observaciones y hallazgos relacionados con la salud de una persona.

Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el tratamiento de los problemas de salud y justifican la evaluación y resultados del tratamiento aplicado.

### **2.2.2 Tipos de historia clínica**

- *Orientada a la fuente de información:* es la historia clínica de manejo tradicional. En ésta los formularios se organizan en primer lugar según la fuente que los produce, ejemplo, notas de evolución, órdenes médicas, laboratorios, rayos X, etc. y dentro de cada uno de estos grupos según orden cronológico.
- *Orientada a los problemas:* es un sistema de estructurar la documentación de la historia clínica en forma sistemática y lógica. La premisa básica del sistema es que los problemas de salud del paciente deben ser el punto central de la historia clínica.<sup>4</sup>

### **2.2.3 Contenido de la historia clínica**

#### *Formularios básicos de la historia clínica*

- **Identificación del paciente:** Debe contener los datos personales del paciente.
- **Ingreso y egreso del paciente:** Describir la hospitalización para fines administrativos, estadísticos, de servicio social, etc. Tiene una sección de diagnósticos presuntivos, definitivos, complicaciones, operaciones realizadas, tratamientos.
- **Epicrisis:** Es un resumen de la enfermedad actual, del examen físico, de pruebas de laboratorio.
- **Anamnesis:** Va la queja principal del paciente, los antecedentes de salud, familiares y de sus enfermedades anteriores.
- **Examen físico:** De cada sistema según el padecimiento del enfermo y la especialidad médica.
- **Ordenes médicas:** Son el registro de las indicaciones dadas por el médico.

- **Notas de evolución:** Van los resultados del tratamiento, cambios en los padecimientos, hallazgos físicos y de laboratorio.
- **Notas de enfermería:** Registro de las observaciones y atenciones prestadas al paciente por la enfermería.
- **Medicamentos:** Los que se administran durante la hospitalización del paciente, fecha en que se descontinúan, las horas en que se administran.
- **Gráficas de signos vitales:** Se hacen tan pronto se interna el paciente, se le debe tomar el pulso, temperatura, respiración, tensión arterial.
- **Análisis de laboratorio:** Cualquier prueba solicitada por el médico al laboratorio.
- **Historia de consulta externa:** La información de esta historia es registrada en el servicio de consulta externa. Debe reunir datos relacionados a la atención médica del paciente, hechos que justifican el tratamiento anotado en orden cronológico y los resultados finales.

#### *Formularios especiales*

- **Informe de interconsulta:** Se solicita cuando se desea opinión de un colega. Cuando no se cuenta con un formulario separado para la solicitud, el pedido deberá anotarse en las órdenes médicas y notas de evolución.
- **Informe de operación (informe quirúrgico):** Es elaborado por el cirujano. Incluye servicio, diagnósticos, nombre de la operación, del cirujano y de sus asistentes, fecha, hora, hallazgos de la exploración, técnica, tejido u órgano extirpado, estado del paciente, sondas colocadas, si se envió material a anatomía patológica, fecha y firma.

- Anestesia: Anestesia administrada por el anesestesiólogo, diagnóstico post-operatorio, técnica utilizada, duración de la anestesia, signos vitales.
- Recuperación: Registra la información sobre el paciente post-operatorio y detalles de su condición mientras permanece en recuperación.
- Anatomopatología: Este informe se produce cuando se envían al laboratorio patológico muestras de cualquier tejido que haya sido extirpado, para que sean analizadas. Dichas muestras se acompañan de un breve resumen clínico de la enfermedad con el diagnóstico final del cirujano.
- Radiología: Informe producido luego de tomada la radiografía al paciente por solicitud médica. Es interpretada por el médico radiólogo quien escribe su informe para incluirlo en la historia clínica.
- Radioterapia: Informe del tratamiento realizado con sustancias radioactivas realizado por el especialista de medicina nuclear.
- Electrocardiografía: Informe en el que se registra la interpretación del electrocardiograma, o sea, el trazado gráfico de la acción del corazón.
- Electroencefalografía: Informe elaborado por el neurólogo donde se interpreta el registro gráfico de los fenómenos eléctricos que se detectan en el encéfalo.
- Protocolo de autopsia: Informe hecho por el patólogo cuando se desea aclarar el diagnóstico final de un paciente fallecido.

- Informe de fisioterapia: Incluye los detalles sobre las pruebas realizadas al paciente, tratamientos aplicados y resultados obtenidos.
- Servicio social: Aparece en la historia clínica cuando el médico u otro funcionario del hospital solicita al trabajador social un estudio médico-social relativo al paciente y su ambiente familiar por tener relación con la enfermedad. El asistente social anota las conclusiones sobre el caso y da recomendaciones para su resolución o mejoramiento.
- Historia obstétrica: estos formularios registran la atención perinatal. Se componen de: prenatal, parto, puerperio e informe del recién nacido (identificación, registro de nacimiento –examen físico y evolución- y notas de enfermería).
- Transfusión: Información completa y exacta relativa a la transfusión de sangre.
- Urgencia: se archiva por separado en forma cronológica en el servicio de urgencias o en la historia clínica. Contiene la identificación y condición del paciente, disposición y recomendaciones. La información deberá ser lo más completa posible.

Existen formularios especiales que sirven para autorizar al hospital a practicar los procedimientos que sean necesarios para el tratamiento de un paciente y para establecer o aclarar un diagnóstico.

Los tipos de autorizaciones más frecuentes son:

- Autorización para tratamiento.
- Autorización para intervención quirúrgica.
- Autorización para autopsia.
- Autorización para la aplicación de radioterapia.
- Exoneración de responsabilidad para aborto.

- Exoneración de responsabilidad por salida exigida.
- Retiro de menores.<sup>5</sup>

#### **2.2.4 Historias clínicas especializadas**

Son formularios especializados conformados en historias clínicas que se organizan para dar respuesta al registro de ciertos episodios de salud de las personas que requieren cuidados especiales.

La historia debe ser producto de las necesidades y la creación en cada país de un conjunto de formularios que documentan el nuevo concepto de atención feto-materno-neonatal de acuerdo con el nivel de preparación de las personas que prestan la atención en todos los niveles del sistema de salud.<sup>6</sup>

#### **2.2.5 Descripción de la carpeta de la historia clínica**

- Ésta protege los formularios de desgaste natural por la manipulación de los documentos.
- En caso de guardar información como información psiquiátrica debe informarse de dicha situación.
- Todas las anotaciones en la historia clínica deben ser firmadas y fechadas.
- El médico u odontólogo es el único responsable de la historia clínica.
- La historia clínica debe tener la información adecuada para que las personas que colaboran en el cuidado del paciente tengan conocimiento concreto.
- Los símbolos y abreviaturas pueden utilizarse cuando han sido aprobados por el comité médico y deben tener un significado.
- Historia clínica completa, ordenada y firmada.
- Determinar en qué momento se realiza una historia clínica.
- Divulgación autorizada por el paciente legalmente.<sup>7</sup>

### **2.2.6 Objetivos y evaluación de la historia clínica**

Uno de los objetivos más importantes de las historias clínicas es proporcionar al sistema de registros médicos, datos claros y completos para facilitar la atención médica y de salud del paciente, aplicando las técnicas de evaluación cuantitativa siguiendo las normas del establecimiento de salud para esta actividad.

La evaluación de las historias clínicas consiste en asegurar que éstas contengan datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento recibido, y los resultados finales; además, que todas las opiniones del personal que interviene en su llenado estén bien fundamentadas y carezcan de errores y discrepancias.<sup>8</sup>

### **2.2.7 Usos de la historia clínica**

- Para atención del paciente: importante tanto para el cuidado eficaz del padecimiento actual, como en las futuras atenciones.
- Docencia: es valiosa para la formación del personal médico y para medir la capacidad de aprendizaje del estudiante.
- Investigación: ayudan en el estudio de casos de enfermedades específicas o tratamientos especiales aportando mejoramiento y avance a la ciencia médica.
- Evaluación de la atención médica y rendimiento de los recursos: para evaluar la atención médica prestada y el rendimiento del personal y otros recursos como medicamentos.
- Aspectos legales: en caso de intervención judicial, en informes de la descripción y extensión de lesiones, el tratamiento dado y los resultados.<sup>9</sup>

### **2.2.8 La historia clínica contiene**

- Uso personal: Se requiere obtener la autorización del paciente para divulgar información de ésta; por ejemplo, para agentes de seguros, abogados, etc.
- Uso impersonal: Se usa para estudios, investigaciones, docencia. No es necesaria la identificación del paciente.<sup>10</sup>

### **2.2.9 Evaluación cuantitativa de la historia clínica**

Es una actividad de evaluación técnica, lo que asegura una historia completa, correcta y oportuna. Para lograrlo es necesario el diseño de la hoja de análisis donde se incluyan todos los aspectos de acuerdo con las normas institucionales.<sup>11</sup>

### **2.2.10 Evaluación cualitativa de la historia clínica**

Persigue el objetivo de garantizar que la historia clínica tenga suficiente información en calidad y cantidad sobre la atención recibida por un paciente. Esto implica evaluar la calidad de anotaciones basadas en las normas establecidas por el cuerpo médico; para desarrollar esta actividad el instituto de salud debe organizar un comité de historias clínicas. El cuerpo médico tiene el deber de velar por la atención que se le brinde al paciente.<sup>12</sup>

### **2.2.11 Funciones del comité de historias clínicas**

- Aprobar uso y cambio de formularios de historia clínica.
- Recomendar normas sobre contenido y llenado de historia clínica.
- Archivar, catalogar y conservar correctamente las historias clínicas.
- Servir de enlace entre el departamento de registros médicos, estadística y el cuerpo médico.
- Revisar y vigilar que las normas se estén cumpliendo.
- Evaluar la calidad de información de las historias clínicas.<sup>13</sup>

### **2.3 LESIONES CARACTERIZABLES EN LA CAVIDAD BUCAL**

El odontólogo es en muchas ocasiones el primero en explorar, diagnosticar y tratar estos procesos caracterizables de sus pacientes. Estas alteraciones diversas comprenden una serie de lesiones, las más o menos frecuentes, con características histológicas variadas pero con discordancia en los términos usados por diferentes autores.<sup>14</sup>

El odontólogo debe estar preparado para el manejo de diversas enfermedades y lesiones de la mucosa oral.

Normalmente no se recibe suficiente entrenamiento en el diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías; debido a esto, dichos problemas pueden pasar inadvertidos y no ser tratados, conllevando a la disminución en la calidad de vida de los pacientes.

Para llegar a un buen diagnóstico el odontólogo deberá realizar una revisión completa de la historia médica, dental y social del paciente y tomar nota de todos los medicamentos que han sido usados, realizar un examen completo intraoral y extraoral. Todos los hallazgos anormales deberán ser evaluados y apuntados con el análisis de los datos.

Los factores más importantes a tener en cuenta para el diagnóstico diferencial son la historia clínica de la lesión, la apariencia clínica, ubicación y síntomas.<sup>15</sup>

La cavidad oral puede presentar lesiones muy variadas, tanto por enfermedades primarias de la boca como por manifestaciones de enfermedades sistémicas.

En el examen de la cavidad oral se deben evaluar las características y el tiempo de evolución de las lesiones, la presencia de manifestaciones en otros sitios, teniendo en cuenta el tipo de

huésped. Se debe considerar que el examen minucioso de la boca puede revelar lesiones de enfermedades sistémicas que por su accesibilidad para la biopsia, pueden ser de gran valor diagnóstico.

Las lesiones orales se pueden agrupar de la siguiente manera:

- Las que producen cambio de coloración en la cavidad oral: blancas y rojas.
- Lesiones que tienen contenido líquido: vesículas y ampollas.
- Úlceras.
- Protrusiones: pápulas, nódulos, tubérculos, lesiones vegetantes, verrugas.
- Lesiones destructivas.
- Lesiones frecuentes en pediatría.
- Periodontitis.

La patología bucal en los niños suele tener una presentación habitualmente diferente de la de los adultos y esas diferencias son importantes para el diagnóstico.

Existen enfermedades propias de la mucosa bucal y manifestaciones de enfermedades sistémicas.

Las más frecuentes de acuerdo a su etiología son:

- Infecciones bacterianas: procesos odontogénicos y periodontales, sífilis, tuberculosis, impétigos.
- Infecciones micóticas: candidiasis
- Lesiones ulcerosas y ampollares: ulceraciones aftosas recidivantes, eritema multiforme, epidermiosis ampollar, ulceraciones neutropénicas.<sup>16</sup>

El cáncer de la boca es un tumor maligno frecuente, dentro de un grupo que comprende la región de las cavidades de la cabeza, cuello y de las glándulas salivares. Se estima que el número de

casos nuevos de cáncer de la boca en todo el mundo excede los 300.000 por año. De estas consideraciones surge la necesidad de mejorar las estrategias de prevención, así como los tratamientos de la etapa pre-maligna, conocida con el nombre de leucoplaquia.

La leucoplaquia no es cáncer persé. Es una lesión que indica un riesgo aumentado de desarrollar cáncer en algún lugar de la boca. Un serio problema es la falta de indicadores precisos del riesgo de transformación maligna de la placa.

Un trabajo reciente, publicado por un grupo de investigadores noruegos en una prestigiosa revista médica norteamericana mostró una biopsia de la placa (una intervención sencilla). Es posible procesar el material y analizar el contenido de ADN en la placa. Las placas con elevado contenido de ADN tienen un riesgo elevado de transformación maligna 84%, en tanto que las placas con contenido normal de ADN sólo desarrollaron cáncer en 3% de los casos.<sup>17</sup>

## **2.4 ÚLCERAS**

Una úlcera es una solución de continuidad de la superficie epitelial que llega a comprometer todos los estratos epiteliales. Éstas presentan dificultad en el diagnóstico diferencial. Muchas causas pueden dar como resultado una úlcera en la mucosa, por ello es importante averiguar por la historia de la lesión, su asociación con otros procesos locales o sistémicos de la enfermedad y la apariencia clínica de ella. También se puede recurrir a exámenes complementarios: hemograma, hierro sérico, citología, biopsia y serología.<sup>18</sup>

La mucositis es una inflamación de las mucosas que conduce a una ulceración y rotura de la integridad de las mismas y que afecta a todo el tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano. Cuando se refiere únicamente a la mucosa bucal se denomina estomatitis.

Para lograr un mejor control de la mucositis se debe realizar:

- Una detallada información de las medidas higiénicas-profilácticas que debe seguir el paciente.
- Cuidadosa observación del paciente.
- Un seguimiento de la evolución de su mucositis.
- Información en todo momento de las medidas a adoptar según su estado.

También se requiere destacar que el gran desconocimiento que existe por parte de la mayoría de los pacientes, hace que éstos no relacionen la aparición de pequeñas llagas en la boca y la toxicidad de determinados citostáticos. Por ello, es muy importante que el paciente reciba información y tratamientos adecuados para evitar un empeoramiento de su estado general.<sup>19</sup>

#### **2.4.1 Clasificación**

Si anteceden o no a una lesión previa:

- Úlcera primaria: Aparece como tal sin otra lesión como antecesora; ejemplo: úlcera traumática, afta.
- Úlcera secundaria: Resulta del rompimiento de una vesícula, dejando un área ya sea erosionada o francamente ulcerada. Ejemplo: herpes, pénfigo, penfigoide.

Según su etiología: Esta clasificación es más sutil, ya que plantea la causa de la lesión y por ende, orienta el tratamiento. Así, se tienen:

- Úlcera traumática. Radiaciones, sustancias caústicas, medicamentos, quemaduras, galvanismo, prótesis mal ajustada, cepillado violento, inyección de líquidos a presión (úlcera trófica), úlcera pterigoide y enfermedad de Riga-Fede.
- Neoplásica: Ca. espinocelular, adenocarcinoma, sarcoma, linfoma metástasis (raro observar úlcera en un tumor benigno), pero en boca puede ser por los dientes antagonistas.

- Infecciosa: Gingivitis ulceronecrótica, sífilis, TBC., gingivostomatitis herpética primaria y herpes recurrente intraoral, herpes-zoster, varicela, herpangina, mononucleosis, candidiasis, blasomicosis, histoplasmosiscancrum oris, etc.
- Inmunológica: liquen plano erosivo, ulceración recurrente oral, pénfigo, penfigoide, eritema multiforme, síndrome de Behcet, síndrome de Reiter, granuloma letal de la línea media.
- Manifestación de enfermedad general: Déficit de ácido fólico, hierro y vitamina B12, leucemia aguda, diabetes, agranulocitosis.<sup>20</sup>

#### **2.4.2 Úlcera traumática**

Causada por un trauma, mordedura de mejilla o labio, irritación por prótesis, cepillado inadecuado, borde filoso de una pieza fracturada o cariada, e incluso, a través de irritantes externos (medicamentos, ácidos, álcalis).

La injuria por rollo de algodón es iatrogénica y se produce al retirar rápido el algodón desde la mucosa.

Sitios más frecuentes de localización: borde lateral de la lengua, usualmente por mordida; cara interna de la mejilla; labios y ocasionalmente paladar. La mayor parte de las veces la curación de estas lesiones es rápida aunque existen lesiones que persisten largo tiempo sin cicatrizar.

Una lesión muy particular es la que se produce al inyectar con gran presión y en gran cantidad anestésica local en el paladar duro. Al cabo de unos días aparece una úlcera de bordes irregulares y fondo cubierto por una úlcera trófica y es producida por una vasoconstricción externa del volumen arterial de la zona que conduce a severa isquemia y necrosis tisular.

En algunos niños que nacen con un diente natal o neonatal, generalmente incisivo central inferior, se produce una lesión ulcerativa de la punta y el vientre lingual a consecuencia del roce producido por la succión durante el amantamiento. Esta lesión se conoce como Riya-Fede y regresa al eliminar las piezas presentes. La lesión lingual puede dejar algunas secuelas al cicatrizar.

Otra lesión que se cree de origen traumático y producida en el recién nacido, es la úlcera pterigoidea la cual aparece en la zona del pilar anterior y paladar blando del niño y es producida como consecuencia de una anoxia temporal en el momento del parto o quizás por la gasa que se usa para limpiar la boca del niño recién nacido. La lesión desaparece en pocos días sin dejar secuelas.

Las lesiones autoinducidas son aquellas producidas sobre la base de un hábito e incluyen morderse el labio, morderse la mejilla, traumas gingivales inconscientes, etc.

Estas lesiones por hábito de mordida se han denominado pathonimiamucosae oris. Dentro de este grupo están aquellas lesiones producidas durante un ataque de epilepsia, siendo la lengua y los labios los sitios más afectados durante la crisis.

Los agentes externos tales como medicamentos (aspirinas), ácidos, álcalis, enjuagatorios en soluciones alcohólicas, también producen lesiones ulcerativas o al menos erosiones cuando son aplicadas directamente sobre la mucosa. Muchos producen una necrosis epitelial que clínicamente aparece como una lesión plana, de bordes irregulares y cubierta por una malla de epitelio necrótico que al ser removido con algodón deja una superficie sangrante.

La aspirina es el agente que con más frecuencia produce estas lesiones al ser colocada en la mucosa adyacente a una pieza con pulpalgia severa. Los ácidos y álcalis actúan también directamente sobre el epitelio al ser ingeridos con fines suicidas.

La úlcera traumática causada por irritación protésica se desarrolla pocos días después de la inserción de prótesis nuevas mal confeccionadas, con sobrepresión en alguna zona o presencia de espículas óseas bajo la prótesis. Su tamaño varía según la zona y son dolorosas, irregulares, usualmente cubiertas por una delgada membrana gris necrótica y rodeadas por un halo inflamatorio. Si no se hace con prontitud el tratamiento, el tejido circundante prolifera como reacción a la injuria formando epulis fisurados.

El tratamiento para la úlcera traumática consiste en: aliviar flancos, eliminación de bordes filosos de piezas, de la condición sicógena, etc.

Controlar al paciente y si al cabo de dos semanas luego de eliminado el agente asomado con la úlcera, éste persiste, sería altamente aconsejable tomar biopsia.<sup>21</sup>

Un estudio realizado para comprobar la efectividad del propóleo en afecciones bucales demostró, que al utilizarlo en las úlceras bucales, los pacientes presentaron disminución del dolor y cicatrización más rápida que en el grupo donde se aplicó el bálsamo de Shostakovski. Los efectos antimicrobianos hemostáticos y antiinflamatorios del propóleo favorecieron una recuperación más rápida y mejor de los tejidos en el postoperatorio de los pacientes intervenidos quirúrgicamente que los obtenidos en el grupo de control.<sup>22</sup>

#### **2.4.3 Úlcera oral recurrente (afta)**

Son úlceras que aparecen sobre cualquier superficie de la mucosa de la boca. Sus localizaciones más frecuentes son, en orden decreciente: la mucosa oral y labial, los bordes de la lengua, los surcos bucales y linguales y el paladar blando, pero no sobre la encía.

Su etiología es desconocida, aunque podría estar relacionada con una reacción inmunológica frente a antígenos capsulares de bacterias comunes en la flora bucal (*streptococcus mitis*, *streptococcus mutans*). Posiblemente existan ciertas predisposiciones genéticas.<sup>23</sup>

La mayoría de pacientes que presentan aftas son en general sanos, pero a veces se asoma esta lesión con algunas condiciones generales tales como la enfermedad de Behcet, neutropenia cíclica, síndrome de faringitis y fiebre periódica, déficit nutricionales, alteraciones gastrointestinales tales como colitis ulcerativa, enfermedades de Crohn y en algunas inmunodeficiencias incluyendo SIDA.

Algunos pacientes con aftas correlacionan la presencia de las úlceras con algunos alimentos, pero aún no está demostrado, y raramente cambios en la dieta alimenticia producen algún beneficio.

En algunas mujeres se ha observado que las aftas tienen un ciclo relacionado con la fase lútea del ciclo menstrual, presumiblemente asociado con los cambios en los niveles de progestágenos.

Existen factores locales que predisponen a la aparición de las aftas tales como trauma y en algunas personas predispuestas a la aparición de estas lesiones, un trauma mínimo puede desencadenar la lesión, en una mucosa no queratinizada, y esto se relaciona también con la menor frecuencia de aftas que ocurre en fumadores y la ausencia casi completa de úlceras en la mucosa oral queratinizada.

Las lesiones de las estomatitis aftosas son autolimitadas durante una a dos semanas y se resuelven solas sin dejar cicatriz. Algunos pacientes sufren episodios seguidos de aftas, otros desarrollan brotes entre dos y cuatro veces al año.

Clínicamente, un paciente puede padecer úlceras únicas o múltiples y pueden ser de pequeño y gran tamaño; pueden tener un curso crónico de varias semanas de duración acompañadas de adenopatías inflamatorias las cuales tardan más en curar y generalmente dejan una cicatriz residual.

La estomatitis aftosa recidivante puede ser simple o compleja. Según su presentación clínica, las simples son pocas lesiones que permanecen entre una y dos semanas y baja tendencia a la recidiva; las complejas son lesiones más numerosas de forma continua, dolorosa y comprometen región genital y perianal.<sup>24</sup>

#### **2.4.3.1 Características clínicas**

Estas lesiones se caracterizan por la recurrencia de una o más úlceras dolorosas, redondeadas, que van desde 1 a 5 mm de diámetro. Generalmente se inician en la niñez o adolescencia y persisten varios años.

Las úlceras recurrentes pueden clasificarse, de acuerdo a Lehner, en afta menor, afta mayor y úlceras herpetiformes. La asociación con lesiones extraorales de cualquiera de las variedades anteriores, en la cual se observa compromiso de mucosa genital, piel, y a veces articulaciones y alteraciones neurológicas, se denomina síndrome de Behcet.<sup>25</sup>

#### **2.4.3.2 Afta menor**

Es la más común de las úlceras orales recurrentes. Se caracteriza por la presencia de una a cinco úlceras redondeadas u ovaladas de más de 10 mm de diámetro con una pseudomembrana blanco-grisácea y rodeada por un halo eritematoso.

Generalmente se presenta en cara interna del labio, mejilla y piso de boca y excepcionalmente puede encontrarse en la encía o en el dorso de la lengua. Estas lesiones sanan dentro de diez a catorce días sin dejar cicatriz. Durante mucho tiempo se le denominó afta de Mikulicz que se confundió con afta mayor. Esta variedad es un poco más frecuente en mujeres. Muchas veces antes de presentarse existe una fase prodrómica caracterizada por parestesia en el sitio que posteriormente aparece.<sup>26</sup>

En un estudio realizado en 60 pacientes con estomatitis aftosa recidivante en el cual se analizaron las características clínicas y determinaciones analíticas sanguíneas, se observó un descenso en los valores de hierro en pacientes con aftas menores sin llegar en la mayoría de los casos a estado de anemia; también se observó un descenso de vitamina B12 y ácido fólico.

Los resultados señalaron que los pacientes presentaban de una a tres lesiones de brote los cuales no eran continuos, éstos estaban separados por periodos prolongados y las lesiones más frecuentes se presentaron en la mucosa de revestimiento exclusivamente.<sup>27</sup>

#### **2.4.3.3 Afta mayor**

Son úlceras dolorosas, pero menos frecuentes que el afta menor. El paciente generalmente tiene una a diez úlceras que miden entre 10-30 mm y también recidivan con frecuencia, afectando especialmente el paladar blando, mejilla, cara interna del labio, pudiendo demorar hasta seis semanas en sanar y dejando una cicatriz, lo que no sucede con el afta menor. A diferencia del afta menor, es más grande, tiene aspecto crateriforme, y tendencia a presentar bordes levantados, y al igual que el afta menor, tiene un exudado fibrinoso amarillento-grisáceo y una periferia rojiza.

Inicialmente se le conoció con el nombre de periadenitis mucosa necrótica recurrente, también con el epónimo, afta de Sutton.<sup>28</sup>

La aftosis crónica recidivante es una entidad nasalógica incluida dentro del grupo de las estomatitis de etiología no infecciosa.

Las aftas orales representan una función muy frecuente y casi la mitad de la población las padece en algún momento de su vida.

La estomatitis aftosa recidivante es una enfermedad crónica común definida por la aparición de una ulceración de la mucosa oral no queratinizada, también conocida como úlceras gangrenosas o úlceras aftosas.<sup>29</sup>

Se estudiaron 119 pacientes con manifestaciones clínicas de aftas recidivantes. Se consideraron como parámetros el tamaño de las lesiones: de 0.5 a 1 cm aftas menores, tamaño superior a 1 cm aftas mayores, aquellos cuadros de lesiones erosivas múltiples y pequeñas aftas herpetiformes.

A los pacientes que concurrían con este último cuadro clínico se les solicitaba serología, detección directa y cultivo para el virus del herpes simple. Se evaluó el tiempo de duración de las mismas, momento inicial de la patología y la localización.

Las aftas bucales en las cuales el factor traumático es el desencadenante de gran importancia (bordes cortantes, prótesis) constituyen un signo de diagnóstico donde es vital la evaluación del estado general del paciente ya que serían la expresión clínica de múltiples desórdenes.<sup>30</sup>

Un joven con diagnóstico de enfermedad de Behcet, enfermedad caracterizada por la triada clásica de aftas orales, úlceras genitales y uvertis de carácter recidivante diagnosticado en consulta de atención primaria: varón de 26 años de edad consulta por odinofagia y lesiones genitales.

Exploración física: paciente nervioso con buen estado general, afebril con tensión arterial normal, en la faringe importante inflamación, con lesiones aftosas de fondo blanquecino, dolorosas al tacto, en úvula, pilares amigdalares, mucosa geniana y paredes posteriores faringeadas.

El paciente fue remitido a la consulta de reumatología con sospecha diagnóstica de EB por cumplir un criterio mayor (aftas orales recidivantes) y dos menores (pseudofoliculitis y úlceras genitales), donde se confirma el diagnóstico.

La EB es una vasculitis sistémica recurrente, polisintomática con un curso clínico y de causa desconocida; tiene una distribución mundial.

Respecto a las manifestaciones clínicas, las úlceras orales o aftosis oral son con frecuencia el primer síntoma (64 a 71%) y constituyen una clave de diagnóstica; se localizan en cualquier parte de la mucosa oral, con preferencia en los labios, lengua, encía y paredes bucales, son dolorosas, pequeñas y bien delimitadas, suelen durar de siete a diez días, curan sin cicatriz y reaparecen a intervalos variables, ocurren en el 100% de los casos.<sup>31</sup>

A una consulta se presentó un hombre blanco de 35 años de edad con un peso de 45 libras el cual no podía alimentarse bien por la presencia de dolorosas úlceras en su boca, además de presentar úlceras en el escroto.

Al principio se le diagnosticó como un síndrome de Reiter. En el transcurso de su ingreso se constató la presencia de foliculitis en la piel de miembros superiores, tórax y cara, e iridionconjuntivitis bilateral. En los rayos X se observó aumentos de las partes blandas de la articulación comprometida.

Luego se le diagnosticó el síndrome de Behcet por presentar los cuatro criterios mayores de este síndrome en algún momento de la evolución de la enfermedad: aftas orales, lesión cutánea y ocular, y úlceras genitales. El origen de esta enfermedad es desconocido. El sustrato esencial de la lesión anatómica del Behcet es la inflamación vascular presente en todas las lesiones ulcerosas.<sup>32</sup>

#### **2.4.3.4 Úlceras herpetiformes**

Frecuencia similar al afta mayor. Se caracteriza por la presencia de 100 úlceras pequeñas, que pueden afectar de preferencia la mucosa de revestimiento. Inicia como pequeñas úlceras que pueden ir aumentando de tamaño y coalesciéndose entre ellas. Puede haber permanencia de las úlceras en cavidad oral, pero generalmente sanan a los catorce días. A veces puede haber disfagia, y al igual que el afta mayor, podría haber pérdida de peso por dificultad para alimentarse.<sup>33</sup>

La enfermedad gingival aguda, es una infección producida por el virus del herpes simple; esta enfermedad se da en niños de dos a seis años de edad, donde se presentan características de fiebre, malestar, linfadenopatía y úlceras en la encía y otras partes de la mucosa; se observan vesículas amarillentas o blancas llenas de líquido que se rompe y forman las úlceras dolorosas de 1 a 3 mm de diámetro cubiertas por una membrana blanco grisácea y son circunscritas por un halo rojo en todas partes de la boca. El virus se mantiene en los nervios sensoriales y puede reaparecer posteriormente como herpes labial recurrente.<sup>34</sup>

El lupus eritematoso es una enfermedad crónica del tejido conjuntivo; cuando el lupus eritematoso afecta otros órganos se denomina LE sistémico.

Paciente varón de 36 años: durante 20 días presentaba una lesión en el paladar no definida, con un fondo sucio y amarillento, indolora, lengua depapilada y eritema escamoso en alas de mariposa en la región malar.

Días después el paciente presenta una evolución grave con diseminación de la enfermedad afectando numerosos órganos, desarrollando así, una fibrosis pulmonar, pericarditis, insuficiencia renal, miopatía y hepatitis crónica. A pesar del tratamiento el paciente falleció cuatro meses después.

Ninguna de las manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico es suficiente para establecer su diagnóstico, por lo tanto el paciente debe presentar cuatro o más criterios que identifican la enfermedad y diferenciarla de otras patologías.<sup>35</sup>

#### **2.4.3.5 Etapas de la formación de las aftas**

- Estado premonitorio (hasta 24 horas). Sensación de picazón, tirantez, hiperestesia, urente, aspereza en la mucosa en el sitio donde aparecerá la lesión. No necesariamente se observará alguna lesión clínica.

- Estado preulcerativo (18 horas hasta 3 días). Pequeña zona localizada de eritema, que puede ser una mácula o un pápula, levemente indurada, única o varias de 1 a 2 mm. Gradualmente la mucosa se irá rompiendo y formándose un eritema a su alrededor. El dolor en esta etapa es por lo general moderado, pero varía entre cada paciente.
- Estado ulcerativo (1 a 16 días). La superficie de la lesión se ha necrosado, ha perdido epitelio y es reemplazada por una pseudomembrana amarillo-grisácea, con pequeños puntos rojizos hemorrágicos, de menos de un 1mm y con un halo rojizo en la periferia. Esta úlcera al principio es pequeña, pero va a ir creciendo hasta alcanzar su máximo a los cuatro a seis días, y varias úlceras pueden coalescer formando una más grande, tienen un alivio, al parecer cuando la lesión ha llegado a su mayor tamaño y es cubierta por una capa de fibrina o escara, y que si no se altera puede ayudar a que cicatrice pronto.
- Estado de cicatrización (4 a 35 días). Generalmente antes de 21 días, la mayoría de pacientes habrán sanado sin formación de cicatriz.<sup>36</sup>

#### **2.4.3.6 Tratamiento**

No hay tratamiento específico para la mayoría de pacientes; sólo ofrece beneficios paliativos.

- El tratamiento más utilizado es la violeta de genciana la cual disminuye el dolor sin disminuir la duración de las úlceras.
- Pacientes en los cuales el afta se relaciona con una enfermedad sistémica, remitirlos al médico especialista.
- Aftas relacionadas con alimentos: dieta restrictiva, suprimir cereales (trigo y centeno), frutas, uso de la pasta de dientes, cosméticos y similares (incluso algunos sugieren suprimir perfumes), posteriormente ir incluyéndolos de uno a uno.

- Pacientes con déficit de ácido fólico, vitamina B12, B1, B6, o de hierro: administrar las sustancias disminuidas y se obtendrá mejoría y desaparición de las úlceras.
- Enjuagatorios tales como los que tienen gluconato de clorhexidina reducen la duración de las úlceras pero no previenen las recurrencias. En úlceras herpetiformes se ha indicado el empleo de tetraciclina, en enjuagatorio, el cual alivia los síntomas, hay menos duración de la úlceras, pero no previene la recurrencia.
- Corticoides tópicos: hidrocortisona, o triamcinolona, los cuales reducen los síntomas y ocasionan inmunosupresión importante, por la poca absorción que tienen desde la mucosa bucal, pero las úlceras recurren. Si con el tratamiento tópico el paciente no mejora, entonces utiliza la vía sistémica. Se ha utilizado con buenos resultados, betametasona 0.05% en orabase, c.s.p 25 gr. También puede utilizarse triamcinolona 0.1 en orabase, c.s.p 25 gr, especialmente esta última para afta mayor.
- Inmunoestimuladores: especialmente levamisole pero no se han demostrado aún las mejorías ni los efectos adversos.
- En diversas publicaciones se ha señalado que algunos pacientes mejoran con talidomida, factor de transferencia, colchicina, dapsone, pero no se tiene experiencia de su uso y la mayoría no están dispuestos en el medio.

#### **2.4.3.7 Valoración**

La mayor parte de los casos de estomatitis aftosa son de carácter limitado. Sin embargo, la coexistencia de enfermedades sistémicas en el paciente, así como la presentación de cuadros generalizados y/o la aparición de signos o síntomas intensos o confusos, indican la conveniencia de consulta médica urgente.<sup>37</sup>

En los servicios de patología se han incrementado las biopsias de lesiones orales de pacientes pediátricos.

Las infecciones por herpes o úlceras aftosas son diagnosticadas basándose solamente en aspectos clínicos.<sup>38</sup>

En un estudio realizado en Cuba, en 50 pacientes mayores de 16 años para detectar la posible relación existente entre la giardiasis y la aparición de las manifestaciones bucales, se estudiaron pacientes de ambos sexos con el diagnóstico de giardia lamblia, la cual es una infección del intestino delgado.

Esta enfermedad se observa más frecuentemente en niños, su transmisión es por contacto fecal del agua y por la transferencia de la mano a la boca de quistes de heces de individuos infectados.

Existió una relación directa entre las manifestaciones bucales y el parásito, pues éstos desaparecieron en el 98% de los casos después del tratamiento antiparasitario específico.

Las manifestaciones bucales encontradas fueron: aftas, glositis y queilitis.<sup>39</sup>

En un estudio realizado en 30 pacientes con diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente, 25 con fase aguda de la enfermedad, 15 en fase de remisión, en edades de 20 a 60 años y como muestra aleatoria e independiente 14 individuos sanos con las mismas edades.

A todos se les tomaron muestras de saliva y de suero. En la investigación se observó predominio en el sexo femenino. Las moléculas de adhesión se encuentran en saliva y actúan en procesos inflamatorios a veces útiles para eliminar agentes patógenos, otros a veces no tan útiles sino nocivos.

Cuando se presenta inflamación, hay un proceso de agrupación de células inflamatorias que se logra por las moléculas de adhesión sobre la superficie, pero estas células una vez se posicionan en la piel o las mucosas, producen erosiones y úlceras por esto pueden ser causa de la estomatitis aftosa recurrente.

Del grupo de pacientes sanos las concentraciones en saliva de ICAM-1 fueron muy bajas. La estomatitis aftosa recurrente se relaciona con otras infecciones virales, como el virus del Epstein Barr y citomegalovirus los cuales estimulan y predisponen al desarrollo del proceso.<sup>40</sup>

## **2.5 HERPES SIMPLE**

Virus que puede producir infección; afecta al hombre, plantas, animales e incluso bacterias. Al penetrar al organismo necesita alojamiento intracelular debido a su incapacidad para proliferar sin la asistencia de los mecanismos biosintéticos de las células vivas, por lo que se le considera como parásito intracelular.

Las técnicas básicas de laboratorio usadas para el diagnóstico del virus son:

- Aislamiento e identificación del virus.
- Métodos microscópicos.
- Métodos inmunológicos serológicos.

### **2.5.1 Infección por herpes virus**

Se conocen más de 50 virus del tipo herpes, y los más importantes son: herpes simple tipo 1, tipo 2 (VHS1, VHS2), virus varicela zoster (VZ), virus citomegalovirus y virus Epstein Barr (EB).<sup>41</sup>

Estos virus provocan infección subclínica primaria con sintomatología. Cada uno tiende a persistir en un estado de latencia para el resto de la vida del individuo que se ve afectado.

Las infecciones, sean primarias o recurrentes (secundarias), pueden conducir al establecimiento prolongado de los virus y a su diseminación mediante contacto.

Los virus herpes simple tipo 1 y tipo 2 (HVS1 y HVS2) poseen propiedades distintas entre sí. El HVS1 ataca con mayor frecuencia la mucosa bucal y faringea, pero también puede producir meningocefalitis y cierto tipo de dermatitis en la mitad superior del cuerpo, mientras que el HVS2 es el responsable de afecciones en genitales y de infecciones en el neonato.

Las manifestaciones clínicas primarias del herpes simple tipo 1 más comunes son la gingivoestomatitis herpética primaria y en su forma secundaria, el herpes labial recurrente. Una vez que el individuo ha sido afectado por HSV, desarrolla inmunidad permanente.<sup>42</sup>

## **2.6 GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA**

Es la manifestación clínica más común del herpes simple en su forma primaria. La enfermedad es contagiosa, casi todos los individuos expuestos a ella son inmunes o padecen manifestaciones subclínicas con fiebres transitorias.

La enfermedad tiene un periodo clínico de aproximadamente 10 a 14 días; cura sin dejar cicatriz intrabucalmente. El diagnóstico diferencial debe incluir gúrrua, estomatitis aftosa y eritema multiforme.

El tratamiento requiere de terapia y apoyo. Para gingivoestomatitis herpética primaria se aconseja realizar enjuagues, dieta blanda, ingesta de líquidos, reposo y analgésicos. El uso de aciclovir se prescribe en pacientes que presentan alteraciones inmunodeficientes. El uso profiláctico de este medicamento puede prevenir recurrencias.<sup>43</sup>

## 2.7 HERPES ZOSTER

Herpes es el nombre de una familia de virus. El virus herpes causa diferentes infecciones y enfermedades en muchas personas, sin importar que ellas tengan o no el virus VIH. Los virus pueden causar úlceras, ampollas, úlceras genitales, varicela y herpes zoster; citomegalovirus (CMV) es otro tipo de herpes que puede causar serias enfermedades a las personas que tienen SIDA.

El herpes zoster es una enfermedad muy dolorosa causada por el mismo herpes que causa la varicela (el virus varicela-zoster). La varicela es la infección primaria y la recurrencia de la infección ocasiona el herpes zoster que se presenta más localizado. Esta reactivación del virus ocurre más frecuentemente en las personas con sistemas inmunes dañado. Esto incluye personas con la enfermedad de VIH y cualquier persona con mas de 50 años. El herpes zoster no es una de las infecciones indicativas del SIDA.

Las erupciones del herpes zoster empiezan con picazón, entumecimiento, hormigueo o dolor severo en forma de un cinturón en el pecho, la espalda o alrededor de la nariz y los ojos. En casos raros puede infectar los nervios faciales o de los ojos. Éste puede causar erupciones alrededor de la boca, cara, cuello y el casco, adentro y alrededor de las orejas o en la punta de la nariz.

Estas erupciones casi siempre están en un solo lado del cuerpo. Una semana después aparece un salpullido en el área superficial relacionada al nervio inflamado, el cual se rompe y se encostra; si éste se rasca se puede desarrollar una infección en la piel. Ésta puede necesitar tratamiento con antibiótico y puede causar cicatrices.

En la mayoría de los casos el salpullido sana dentro de algunas semanas pero en algunos casos el dolor severo puede continuar durante varios meses o años. Esta condición se llama la neuralgia

post-herpética la cual se define como dolor en el curso de un trayecto nervioso que persiste por más de un mes después de desaparecida la erupción característica del herpes zoster.<sup>44</sup>

En un estudio realizado en Islandia en 457 pacientes diagnosticados con herpes zoster se observó la mayor incidencia de herpes zoster en la población joven con mayor prevalencia en las mujeres. El herpes se encontró asociado a diabetes, enfermedades malignas y a pacientes con VIH.

La neuralgia post-herpética se observó en la mayoría de los pacientes estudiados presentándose principalmente en la población de mayor edad.<sup>45</sup>

Según Sigurdsson y cols., el virus zoster produce un dolor severo, lancinante, de distribución radicular y acompañado de rash. El dolor se asocia con picor y disestesias. En el dermatoma afectado, la sensibilidad puede estar disminuida, aunque la piel es muy sensible a la palpación. Cualquier nivel del neuroeje puede estar afectado. El tórax es el sitio más común, seguido por la cara. Las lesiones faciales normalmente están presentes en la división oftálmica del trigémino y frecuentemente se acompaña por queratitis, que es una causa potencial de ceguera si no reconoce y trata rápidamente.

Los pacientes afectados de zóster oftálmico requieren un examen oftalmológico por lámpara de hendidura, particularmente si las lesiones superficiales se extienden a la nariz (signo de Hutchinson).

Cuando se localiza en el maxilar y en las divisiones mandibulares del nervio del trigémino puede asociarse con osteonecrosis y exfoliación espontánea de dientes en los adultos y niños. Cuando se afecta el facial, cursa con afectación motora en el lado afecto, junto con rash en el pabellón auditivo externo ipsilateral (herpes ótico) o en el paladar duro. En el momento del diagnóstico se han de buscar vesículas en estas localizaciones. El zoster ótico y la debilidad facial periférica constituyen

el síndrome de Ramsay Hunt. Según varios autores, la recuperación completa es menos frecuente que en la parálisis ideopática de Bell.

El virus zoster también puede acompañarse por oftalmoplegia, neuritis óptica, o ambos. Las parálisis de nervios craneales inferiores ocurren con menos frecuencia. La neuropatía craneal ocurre a menudo semanas después de que el zoster agudo se ha desarrollado. Si la neuropatía craneal coexistente sugiere la clínica de un infarto cerebral.

El rash normalmente desarrolla costra en diez días, pero la curación completa puede tardar un mes. El rash se acompaña de dolor que a menudo precede la erupción y puede continuar durante semanas o meses. La neuralgia postherpética se define como dolor que persiste más allá de un mes. En una serie de pacientes con el zoster, la incidencia de sobreinfección era de 2.3%, la incidencia de complicaciones oculares era de 1.6%, la incidencia de neuropatía motora, de 0.9%, la incidencia de meningitis, de 0.5%, y la incidencia de zoster ótico era de 0.2%. Otras complicaciones menos comunes de los zoster incluyen angiitis granulomatosa de las arterias cerebrales, meningoencefalitis y mielitis.

Los niños infectados con HIV que desarrollan la varicela tienen un riesgo alto de desarrollar el zoster poco después de la varicela y también la forma recurrente o progresiva. La varicela recurrente se define como nuevos episodios de lesiones superficiales diseminadas en ausencia de exposición el debut se sitúa por lo menos una después del ataque anterior.

Aproximadamente el 30% de los varones seropositivos tienen por lo menos una vez el zoster dentro de los 12 años posteriores al diagnóstico de HIV. El riesgo para padecer zoster en los hombres con la infección de HIV aumenta 20 veces con respecto a los hombres seronegativos de sus mismas características. Nuevos ataques son comunes en las personas inmunocompetentes; sin embargo, la proporción de segundos ataques está por debajo del 5%.

El zoster cervical se asocia ocasionalmente con paresia en la extremidad superior y a menudo con parálisis del diafragma. Los zoster de localización lumbosacra se pueden acompañar por debilidad de la pierna y alteraciones vesicales e intestinales.<sup>46</sup>

### **2.7.1 Transmisión**

El herpes zoster ocurre sólo después de haber padecido la varicela. Si alguien que ya ha tenido la varicela tiene contacto con el fluido de las ampollas, no desarrollará herpes zoster a diferencia de aquellos que no hayan tenido varicela.<sup>47</sup>

### **2.7.2 Consideraciones generales del virus herpes simple y varicela zoster**

Los virus son los microorganismos más pequeños que pueden producir infección. En algunas infecciones virales la célula infectada no muere, permitiendo la división celular y la infección de otras células en forma crónica.

Las infecciones virales no citotóxicas son aquellas en que el virus se relaciona con la formación de neoplasias, así el virus se incorpora al ADN celular produciéndose la transformación de ella en una célula neoplásica.

Técnicas de laboratorio para diagnóstico del virus:

- Aislamiento e identificación del virus; por inoculación en cultivo de tejido, esta prueba es la más segura para comprobar la presencia del virus.
- Métodos microscópicos; implica el examen microscópico de células y líquidos corporales para ver los cambios de ellas.
- Métodos inmunológicos serológicos; se realiza en suero agudo y suero comprobatorio.

Se encontraron varios tipos de virus con características similares. Este grupo se conoce como herpes virus hominis, los más importantes son:

- Virus herpes simple.
- Virus de la varicela zoster
- Virus citomegalovirus
- Virus Epstein Barr<sup>48</sup>

El virus varicela zoster es un virus exclusivamente humano que causa la varicela, se queda latente en las raíces nerviosas craneales y en los ganglios dorsales, y frecuentemente se reactiva décadas después para producir los brotes de neuralgia postherpética.

Los humanos se infectan con el virus varicela zoster cuando el virus entra en contacto con la mucosa del tracto respiratorio superior o la conjuntiva. El virus se disemina a lo largo del torrente sanguíneo hasta las células mononucleares de la piel, causando el rash generalizado de la varicela. El periodo medio de incubación para la varicela es de catorce días casi todos los casos ocurren diez a veinte días después de la exposición. Se infectan otros órganos, incluso el sistema nervioso central. El virus infecta y se queda latente en las raíces dorsales y los ganglios de los nervios craneales.

En el periodo de latencia que sigue a la infección aguda, el virus permanece en una forma no infecciosa que se puede reactivar en un momento dado. La frecuencia de estos periodos de reactivación puede aumentar con la edad o la inmunosupresión. Los mecanismos que subyacen a la reactivación son desconocidos.

Muchos investigadores han hecho grandes esfuerzos para caracterizar el virus durante la latencia, porque entender este estado es esencial para predecir o prevenir las complicaciones del

neurológicas producidas por la reactivación del virus. La mayoría de los estudios indican que las neuronas son el sitio primario de localización del virus latente, si no el más importante.

A pesar de que se dispone de una cantidad considerable de información sobre el estado físico de virus varicela zoster en los ganglios latentes, no se ha podido aprovechar de esta información para tratar la enfermedad humana. Millones de niños en todo el mundo han recibido la vacuna atenuada viva contra el virus del varicela zoster. Sin embargo, el virus en la vacuna se administra en estado latente y se puede reactivar. Por ello, no es previsible que se extienda el uso de una vacuna contra el virus del varicela zoster. No obstante, los ensayos de una vacuna para estimular la inmunidad en la edad madura ya están en marcha.

Complicaciones: En Estados Unidos se diagnostican más de 300.000 casos de zoster al año, principalmente en ancianos y pacientes inmunodeprimidos.

Un paciente que contrae la varicela a la edad de un año tiene más posibilidades de desarrollar el zoster antes de cumplir los 60. El zoster frecuentemente se desarrolla ocho a diez veces después de los 60 años de edad que antes. La incidencia de zoster recurrente en los pacientes inmunocompetentes es menor del 5%.<sup>49</sup>

En un estudio realizado se tomó una muestra de 90 pacientes seropositivos al VIH, y SIDA en afecciones por herpes simple y varicela zoster.

La mayor incidencia presentada fue del herpes simple. Se analizó la función de la enfermera en la atención a pacientes seropositivos al VIH y SIDA con afecciones por herpes y varicela zoster por un periodo de dos años y se concluyó que la enfermera desempeña un papel importante en la atención de estos pacientes. Se comprueba la eficacia de sus cuidados y se hace énfasis en la importancia del cumplimiento de las medidas de bioseguridad en estos pacientes.<sup>50</sup>

En un estudio realizado en 150 pacientes con herpes labial los cuales fueron tratados con láser infrarrojo de arsenurio de galio y aluminio para demostrar su eficacia, en los resultados obtenidos se observó la efectividad del tratamiento con láser de baja potencia en pequeñas dosis. Al mismo tiempo se logró un considerable ahorro en medicamentos de uso habitual para dicha afección.

La recuperación de la mucosa del labio se observa a partir del segundo día de evolución citológica, así como al tercer y cuarto día de la valoración clínica.<sup>51</sup>

### **2.7.3 Tratamiento**

Existen muchas revisiones sobre el tratamiento del zoster agudo y la neuralgia postherpética, aunque no hay ninguna pauta establecida. El tratamiento analgésico inicial suele consistir en paracetamol y 30 a 60 mg de codeína cada seis horas (si hay dolor); inicialmente deben evitarse los narcóticos más potentes.

En el sujeto inmunocompetente, el objetivo primario del tratamiento es reducir el dolor agudo y la neuralgia postherpética. El dolor agudo del zoster se puede tratar con analgésicos débiles como el paracetamol. El dolor moderado y severo justifica el uso de narcóticos de vida media suficiente para permitir un alivio sostenido. El riesgo para el dolor agudo en la neuralgia postherpética aumenta con la edad. La mayoría de las personas de menos de 50 años de edad no experimenta dolor sustancial, por lo que normalmente no requieren narcóticos a menos que presenten zoster oftálmico.

Después de los 50 años, aumenta el riesgo de dolor prolongado, por lo que se hace necesario el tratamiento de todos los pacientes dentro de los tres primeros días. Aunque los ensayos clínicos muestran que el tratamiento dentro de las primeras 72 horas es beneficioso, podría ser prudente tratar a personas que presenten nuevas lesiones vesiculares fuera de este periodo.

Para enfermos inmunocomprometidos, no hay datos publicados que demuestren que el aciclovir oral, valaciclovir, o famciclovir sea superior al placebo. El aciclovir intravenoso ha mostrado prevenir la progresión de la enfermedad en los pacientes con alto riesgo de diseminación. Sin embargo, para personas ligera a moderadamente inmunocomprometidas, valaciclovir o famciclovir oral (con observación cuidadosa) pueden ser alternativas aceptables al tratamiento intravenoso.

Algunos autores recomiendan famciclovir o aciclovir oral durante siete días si se han desarrollado lesiones dermatológicas dentro de la semana anterior. Los pacientes con zoster oftálmico deben recibir antivirales durante, por lo menos, siete días.

Recientemente se ha postulado la eficacia del tratamiento precoz con aciclovir y valaciclovir en el dolor asociado al zoster. Aciclovir acortó significativamente el tiempo de resolución sintomática, comparada con placebo, aunque valaciclovir era superior al aciclovir en este aspecto, incluso cuando el tratamiento fue retrasado hasta 72 horas después del inicio del dolor.

En los ensayos clínicos controlados, el uso de la lidocaína tópica, de gabapentina y de sistemas de liberación controlada de oxicodona, se han mostrado superiores a placebo en el manejo del dolor en pacientes afectados de neuralgia postherpética, en comparación con placebo. También se ha demostrado recientemente que la nortriptilina proporciona eficacia analgésica similar a amitriptilina, pero que aquélla se tolera mejor.

Los autores reconocen que es arriesgado sugerir un algoritmo terapéutico en esta enfermedad, pero sugieren que podría comenzarse por parche de lidocaína, gabapentina (100 a 300 mg/8h hasta dosis de 3600/d en la terapia de mantenimiento) o sistemas de liberación controlada de oxicodona. Igualmente, consideran a la nortriptilina como el antidepresivo de elección para el tratamiento de la neuralgia postherpética, reservando desipramina si el paciente experimenta mucha sedación.<sup>52</sup>

### **2.7.3.1 Tratamiento de la neuralgia postherpética**

Como en el caso del zoster, la neuralgia postherpética no tiene ningún tratamiento aceptado. El dolor crónico produce intenso sufrimiento y cambios en el estilo de vida, sobre todo en el anciano. Se han probado más de 40 fármacos, antisépticos, y técnicas quirúrgicas, todas ellas con éxito limitado, éstos incluyen aspirina, hormonas, narcóticos, vitaminas, inmunoglobulinas, radioterapia, y bloqueo nervioso o excisión.

Los antidepresivos tricíclicos, como amitriptilina o nortriptilina (25 a 75 mg/día), la carbamazepina (400 a 1200 mg/día) o la fenitoina (300 a 400 mg/día) alivian el dolor en algunos pacientes. Un caso aislado describe mejoría en un paciente tratado con gabapentina (300 mg/8 h). Después de que la neuralgia postherpética se ha establecido, es difícil de tratar. Dos ensayos controlados confirman que dosis bajas de antidepresivos tricíclico alivian la sintomatología, incluso la neuralgia postherpética. En un reciente ensayo clínico controlado con placebo se documentó alivio sustancial del dolor cuando se asoció gabapentin. Carbamazepina también alivia el dolor lancinante, la lidocaina tópica proporciona alivio local transitorio.

El estímulo eléctrico transcutáneo y la acupuntura pueden aliviar el dolor crónico en algunos pacientes. Los narcóticos pueden ser beneficiosos y generalmente se infrutilizan. Dado que la neuralgia postherpética es predominantemente un problema de personas mayores, la opción terapéutica se complica con las condiciones médicas del paciente, las interacciones con otras medicaciones, y la debilidad subyacente de algunos los pacientes.

Algunos médicos administran una pauta corta de esteroides (por ejemplo, prednisona a dosis de 40 a 60 mg/día durante tres a cinco días y a veces más largo) para reducir la inflamación que puede estar contribuyendo a que se produzca más dolor. La infusión hipodérmica de ketamina reduce los síntomas de neuralgia postherpética pero se asocia con efectos secundarios muy importantes. La aspirina tópica en cloroformo alivia el dolor del zoster y de la neuralgia postherpética. El desarrollo

de agentes anestésicos diseñados para el uso tópico en la neuralgia postherpética es una área importante de investigación.

Las pautas de corticosteroides sistémicas aumentan la morbilidad incluso en los pacientes inmunocompetentes, sobre todo cuando son administradas durante el periodo de incubación de varicela. Aunque las dosis de prednisona oral de menos de 2 mg/kg/d de peso en general se consideran seguras, recientes datos sugieren que dosificaciones aun menores pueden predisponer a los pacientes al riesgo aumentado de varicela. La beclometasona oral se ha asociado a varicela severa.<sup>53</sup>

#### **2.7.4 Prevención**

- Tomar pequeñas dosis de acyclovir puede prevenir la reactivación de viejas infecciones de herpes, pero el uso casual de acyclovir puede producir un virus de herpes resistente a la droga.
- Para prevenir el contagio de las infecciones de herpes a otras partes de su cuerpo, hay que evitar rascarse o irritar las ampollas y ver a un doctor tan pronto se note la erupción.
- Si nunca se ha tenido viruela, evitar el contacto con alguna que tenga herpes zoster.

Actualmente no hay ninguna manera de predecir una erupción del herpes zoster y no hay ningún medicamento aprobado para prevenirlo.

Sin embargo, los investigadores han mostrado que dándoles a las personas de edad avanzada una forma más fuerte de vacuna de varicela que se usa para los niños puede aumentar el tipo de inmunidad necesitada para bloquear el virus.

Los investigadores esperan mostrar que este aumento de inmunidad reducirá el riesgo de un brote del herpes zoster.<sup>54</sup>

#### **2.7.4.1 Prevención de la neuralgia postherpética**

Se han utilizado muchos agentes para tratar la neuralgia postherpética, yendo de las vitaminas de B hasta veneno de serpiente. La interpretación de los datos está limitada por la escasa sistematización de factores como la edad de los pacientes, la duración y severidad de dolor. Sólo recientemente se han incluido estándares de valoración de la severidad de dolor con el uso de los métodos establecidos, como las escalas analógico-visuales.

La mayoría de las complicaciones se manifiestan en forma de neuralgia postherpética, que es dolor que persiste más de seis semanas después del desarrollo del rash. La neuralgia postherpética es ligeramente más frecuente en las mujeres que en los hombres, y ocurre después del zoster en una distribución del trigeminal.

La edad es el factor más importante para predecir la recurrencia. La neuralgia postherpética no suele presentarse antes de los 50 años de edad en sujetos inmunocompetentes. Por consiguiente, estos pacientes no necesitan terapia antiviral para prevenir las secuelas. Tras los 60 años, más del 40% de los pacientes padecerá la enfermedad.

Los ensayos clínicos con antivirales para la prevención de la neuralgia postherpética no han mostrado eficacia después de seis meses de tratamiento. Sin embargo, aciclovir (800 mg cinco veces/día) o famciclovir (500 mg tres veces/día) se utilizan de manera empírica en los pacientes con zoster mayores de 60 años de edad durante siete a diez días, además de la medicación analgésica.

La mayoría de los estudios se han realizado con antivirales, esteroides, o ambos. Se ha empleado aciclovir (7 o 21 días, con o sin prednisona) en un ensayo aleatorizado, doble ciego, amantadina (un agonista de la dopamina, en otro ensayo controlado), el monofosfato de adenosina (parenteral otro estudio controlado), y levodopa oral y benserazide vs placebo (en un estudio doble-ciego).

Aunque algunos de estos ensayos demostraron eficacia para prevenir la neuralgia postherpética, han mostrado efectos secundarios potenciales, el tamaño de las muestras eran pequeñas, y se daba una incidencia anormalmente alta de neuralgia postherpética en los grupos control.

Los esteroides empleados en la prevención de la neuralgia postherpética incluyen triamcinolona oral, prednisolona (40 mg/d) y prednisolona con o sin aciclovir. No se ha observado ninguna diferencia entre estas pautas de tratamiento. Se necesitan estudios extensos con un número mayor de pacientes para evaluar la eficacia de los esteroides en la prevención de la neuralgia postherpética.

Otros estudios están en marcha para determinar si administrando en vivo la vacuna de Oka a las personas mayores se puede aumentar la inmunidad específica al virus varicela zóster y puede modificar el curso del zoster. Esta hipótesis se basa en la asunción de que repetir la exposición al virus, a través de la exposición, a los niños con varicela o a través de la reactivación subclínica se estimula la inmunidad específica al virus y se reducen la probabilidad del zoster. La observación que la mayoría de las personas sólo desarrolla una vez el zoster, como máximo, sugiere que un episodio de zoster puede reforzar la respuesta inmune a niveles suficientes como para prevenir las recurrencias. Los niños inmunocomprometidos que reciben más de una dosis de vacuna o reciben exposiciones a varicela en casa después de la vacunación, tienen una incidencia más baja de zoster que los niños que recibieron sólo una dosis de vacuna o que no han estado expuestos. Este hallazgo sugiere que el estímulo inmunológico pueda reducir el zoster. Después de una sola dosis de vacuna Oka, la inmunidad celular al virus aumenta a un nivel similar al de un episodio de zoster in vitro, aunque la correlación inmunológica de protección del zoster subsecuente no es conocida. La vida media de respuesta inmunológica inducida a cuatro y cinco años sugiere que una dosis de vacuna tiene un efecto inmunológico a largo plazo que puede reducir la proporción de reactivación de virus de varicela zoster.<sup>55</sup>

### **2.7.5 Medicamentos, vitaminas y minerales para el tratamiento o prevención de las infecciones de herpes**

Acyclovir (también llamado Zovirax) está disponible en forma de pastillas, ungüento o inyecciones. Los efectos secundarios son raros, principalmente náuseas y dolor de cabeza.

Valacyclovir (también llamado Valtrex) y Famciclovir (también llamado Famvir). Efectos secundarios: dolor de cabeza, náuseas y vómito.

Zinc y vitamina C y E son considerados como reforzadores de la respuesta de inmunidad contra los virus herpes.

Extracto de aloe vera es considerado como un promotor del proceso de curación y puede tener efectos antivirales. Carrisyn es la marca de una versión que se puede tomar oralmente.

Lycine: algunas personas han tenido experiencias positivas en el tratamiento o prevención del herpes, especialmente las úlceras, cuando se dan tomas de 500 mg de este aminoácido tres veces por día.<sup>56</sup>

### **2.7.6 Productos y procedimientos que se deben evitar**

- Ungüentos y cremas que contengan cortisona o antibióticos.
- Nohoxynol-q aplicado a úlceras.
- Tratamientos de luz y tinturas rojas.
- Idoxuridine (IDV, stoxil, herpes-d) aplicado a úlceras.
- Luz ultravioleta (incluyendo luz solar y las cremas para broncearse).

### **2.7.7 Profilaxis**

El único producto autorizado para la profilaxis postexposición de la varicela es la globulina varicela zoster, que a largo plazo puede reducir la proporción de reactivación del virus de varicela zoster.<sup>57</sup>

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 HIPÓTESIS**

Las lesiones ulcerosas en los niños se presentan frecuentemente prestándoseles poca atención en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali.

#### **3.2 TIPO DE ESTUDIO**

Exploratorio.

##### **3.2.1 Método**

Inductivo y de síntesis.

##### **3.2.2 Técnica**

Observatoria.

#### **3.3 UNIVERSO**

Estudiantes de la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali.

#### **3.4 POBLACIÓN**

Estudiantes de la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali, de séptimo y octavo semestre.

#### **3.5 MUESTRA**

Se hizo seguimiento a aproximadamente a 80 estudiantes, muestra aleatoria estratificada proporcional con un error del 0.06 en 134 estudiantes.

### 3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### 3.6.1 Criterios de inclusión

3.6.1.1 Estudiantes de la clínica de Odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali.

3.6.1.2 Estudiantes de ambos sexos sin importar su edad.

#### 3.6.2 Criterios de exclusión

3.6.2.1 Estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali, que no se encuentran cursando la clínica de odontopediatría.

3.6.2.2 Docentes de la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano.

#### 3.6.3 Criterios de discontinuación o retiro

4.6.3.1 Falta de colaboración de los alumnos para realizar la encuesta.

### 3.7 VARIABLES

**Tabla 1. Variables**

Nombre	Definición	Cualitativa		Cuantitativa		Categorías	Medición
		Discreta	Continua	Discreta	Continua		
P1 Género	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer				X	1. Femenino ___ 2. Masculino ___	
P2 Tipo de lesiones encontradas en tejidos blandos de la cavidad oral	Afta: Es una úlcera en mucosa bucal. Herpes: Lesiones vesiculares múltiples.			X		Sí (incluye aftas y herpes) ___ No (no incluye aftas y herpes) ___	
P3 Conocimiento de lesiones ulcerativas por parte del estudiante	Lesión discontinua de la superficie epitelial de la mucosa bucal			X		Sí ___ No ___	
P4 Frecuencia de lesiones ulcerativas	Lesiones ulcerativas que usualmente se encuentran en la clínica de odontopediatría del C.O.C.			X		Sí ___ No ___	%

### 3.7.1 Características a medir

- Prevalencia de las lesiones.
- Capacidad de los estudiantes para diagnosticar lesiones ulcerativas.

### 3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Código \_\_\_\_\_ Semestre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. ¿Ha observado lesiones de tejido blando? SÍ  NO

a. ¿Cuales lesiones orales de tejido blando cree usted son mas frecuentes, según su experiencia clínica? \_\_\_\_\_

b. ¿Ha evaluado el tiempo de evolución? SÍ  NO

c. ¿En cuanto tiempo se ha resuelto? (días) \_\_\_\_\_

2. ¿Qué es un afta?

a. Es una úlcera

b. Lesión purulenta

c. Lesión descamativa

d. Otra

e. No sabe

¿Cómo la maneja? \_\_\_\_\_

¿En qué pacientes predomina? Hombres  Mujeres

3. ¿Qué es gingivoestomatitis herpética?

a. Inflamación de la mucosa gástrica

b. Lesiones vesiculares múltiples

c. Inflamación gingival producida por herpes

d. Otra

e. No sabe

¿Cómo la maneja? \_\_\_\_\_

¿En qué pacientes predomina? Hombres  Mujeres

4. ¿Cree que es necesario realizar controles a las lesiones de tejidos orales? SÍ  NO

5. ¿Cuando se ha encontrado con lesiones como aftas y gingivostomatitis herpética las ha anexado a la historia clínica? SÍ  NO

6. ¿Cree que las lesiones orales de tejido blando en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano se pasan por alto? SÍ  NO

7. ¿Cree usted que es importante crear un anexo dentro de la historia clínica para el diagnóstico de las lesiones orales de tejido blando? SÍ  NO

### 3.8.1 Instructivo

Se realizó un estudio de recolección de datos a 134 estudiantes mediante una encuesta que constataba de 7 preguntas y sus subdivisiones.

Inicialmente se diligenció el código del estudiante encuestado, el semestre al que pertenece y la fecha en la que se realizó la encuesta.

En la primera pregunta, ¿ha observado lesiones de tejido blando?, tenía dos opciones SÍ y NO y se marcaba con una X según el caso. De ésta se derivan tres preguntas:

- a. ¿Cuales lesiones orales de tejido blando cree usted son mas frecuentes, según su experiencia clínica?, esta es una pregunta abierta.
- b. ¿Ha evaluado el tiempo de evolución?, con opciones de SÍ y NO para marcar con una X.
- c. ¿En cuanto tiempo se ha resuelto? (días), para que el estudiante respondiera de manera abierta.

La segunda pregunta era de selección múltiple y se preguntó si sabían definir Afta; las opciones fueron:

- a. Es una úlcera
- b. Lesión purulenta
- c. Lesión descamativa
- d. Otra
- e. No sabe

Seguidamente se preguntó cómo la manejaban, para que el estudiante respondiera según su criterio. También incluye, en qué pacientes predomina, con opciones que corresponden al sexo, hombre o mujer.

En la tercera pregunta se pidió la definición de gingivostomatitis herpética dando como opciones:

- a. Inflamación de la mucosa gástrica
- b. Lesiones vesiculares múltiples
- c. Inflamación gingival producida por herpes
- d. Otra
- e. No sabe

Se preguntó el manejo que el estudiante le daba a este tipo de lesión a manera de pregunta abierta y en qué pacientes predomina según el sexo, hombre o mujer.

La cuarta, quinta, sexta y séptima pregunta constaban de dos opciones para responder Sí y NO, interrogando:

¿Cree que es necesario realizar controles a las lesiones de tejidos orales?

¿Cuando se ha encontrado con lesiones como aftas y gingivostomatitis herpética las ha anexado a la historia clínica?

¿Cree que las lesiones orales de tejido blando en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano se pasan por alto?

¿Cree usted que es importante crear un anexo dentro de la historia clínica para el diagnóstico de las lesiones orales de tejido blando?

### 3.9 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO - PRUEBA PILOTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Ha observado lesiones de T.B.	Lesiones más frecuentes con aftas	Ha evaluado tiempo de evolución	En cuánto tiempo se han resuelto	Sabe definir afta	Sabe manejar un afta	En qué sexo predominan las aftas	Sabe definir Gingivoest. Herp.	Sabe manejar Gingivoest. Herp.	Sexo predomina Gingivoest.Herp.	Necesidad control tejidos orales	Aftas Gingivoest. Herp. H.C.	Ignora L.O.T.B Clínicas C.O.C.	Anexo H.C. Dx L.O. Tejidos B.
1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1
2	2	4	4	4	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
3	1	1	2	4	1	9	9	2	2	3	1	2	1	1
4	1	1	2	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	2	9	1	2	9	1	1	2	1	1
6	1	2	2	4	2	9	9	2	9	9	1	2	1	1
7	1	2	2	4	1	2	9	2	1	9	1	1	2	1
8	2	4	4	4	2	9	1	2	9	1	1	2	1	1
9	2	4	4	4	1	9	2	1	9	2	1	1	1	1
10	1	1	2	4	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1
11	1	2	2	4	1	1	1	1	2	9	1	1	1	1
12	2	4	4	4	1	1	2	2	9	1	1	2	2	2
13	1	2	2	4	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1
14	2	4	4	4	1	1	2	2	9	1	1	2	2	2
15	1	1	2	4	1	1	2	2	2	8	1	1	2	2
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	2	9	2	1	2	1	1
18	1	1	2	4	1	1	1	2	9	9	1	2	2	1
19	1	2	2	4	1	2	8	1	2	2	1	2	1	1
20	1	1	1	1	2	9	1	2	1	1	1	2	1	1
21	1	1	1	9	1	9	2	2	1	2	1	1	2	2
22	1	1	1	1	2	9	1	1	2	1	1	2	1	1
23	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1
24	1	2	2	4	1	9	3	2	1	3	1	1	1	1
25	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	2	4	4	4	1	2	9	1	2	9	1	2	1	1
27	1	1	2	4	1	2	3	2	2	3	1	2	1	1
28	1	1	2	4	1	2	1	2	2	9	1	2	1	1
29	2	4	4	4	1	9	1	2	9	1	1	1	2	2
30	1	1	1	1	2	2	3	1	2	3	1	1	1	1
31	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1
32	1	1	2	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1
34	1	1	2	4	1	2	1	2	2	9	1	2	1	1
35	1	1	2	4	2	9	2	2	2	9	1	1	1	1
36	1	2	2	4	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1
37	1	2	2	4	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1
38	1	1	1	1	1	9	2	2	2	2	1	1	1	1
39	1	2	2	4	1	9	2	1	2	2	1	1	1	1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Ha observado lesiones de T.B.	Lesiones más frecuentes con aftas	Ha evaluado tiempo de evolución	En cuánto tiempo se han resuelto	Sabe definir afta	Sabe manejar un afta	En qué sexo predominan las aftas	Sabe definir Gingivoest. Herp.	Sabe manejar Gingivoest. Herp.	Sexo predomina Gingivoest.Herp.	Necesidad control tejidos orales	Aftas Gingivoest. Herp. H.C.	Ignora L.O.T.B Clínicas C.O.C.	Anexo H.C. Dx L.O. Tejidos B.
40	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1
41	1	1	2	4	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1
42	1	1	2	4	2	9	9	2	9	9	1	1	1	1
43	1	1	2	4	1	9	9	2	9	9	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	9	9	2	9	9	1		2	1
45	1	1	1	1	1	9	2	2	9	1	1	1	2	2
46	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2
47	2	4	4	4	1	1	9	1	9	9	1	9	2	1
48	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
49	1	1	2	4	1	2	9	2	2	9	1	9	2	2
50	1	1	1	1	1	1	2	2	9	9	1	1	1	1
51	2	4	4	4	1	1	1	1	2	9	1	9	2	2
52	2	4	4	4	1	9	9	2	1	9	1	1	2	1
53	1	1	1	1	1	9	9	2	1	9	1	1	2	1
54	1	2	2	4	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1
55	1	1	1	1	1	1	2	1	1	9	1	1	1	1
56	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1
57	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2
58	1	1	2	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
59	1	1	1	1	1	2	3	2	1	3	1	1	2	1
60	1	2	2	4	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1
61	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1
62	1	1	1	9	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1
63	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
64	2	4	4	4	2	9	9	2	9	9	1	1	1	1
65	1	1	2	4	2	2	1	1	2	9	1	2	1	1
66	1	2	2	4	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
67	1	1	2	4	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
68	1	1	2	4	2	2	3	2	2	9	1	2	1	1
69	1	1	2	4	1	2	2	1	2	9	1	1	1	2
70	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
71	1	1	2	4	1	2	9	2	2	9	2	2	2	2
72	1	1	2	4	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1
73	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1
74	1	2	2	4	1	1	3	2	2	9	1	2	1	2
75	1	1	1	1	1	2	9	1	2	9	1	2	1	2
76	1	1	2	4	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2
77	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1
78	1	1	1	1	2	2	9	2	2	9	1	2	1	1
79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
80	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1
81	1	1	2	4	1	2	9	2	2	9	1	1	1	2

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Ha observado lesiones de T.B.	Lesiones más frecuentes con aftas	Ha evaluado tiempo de evolución	En cuánto tiempo se han resuelto	Sabe definir afta	Sabe manejar un afta	En qué sexo predominan las aftas	Sabe definir Gingivost. Herp.	Sabe manejar Gingivost. Herp.	Sexo predomina Gingivost. Herp.	Necesidad control tejidos orales	Aftas Gingivost. Herp. H.C.	Ignora L.O.T.B Clinicas C.O.C.	Anexo H.C. Dx L.O. Tejidos B.
82	1	1	2	4	1	2	1	1	2	9	1	2	1	2
83	1	2	2	4	2	1	1	1	2	9	1	2	1	1
84	1	1	2	4	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1
85	1	1	2	4	1	2	2	2	9	1	1	2	1	1
86	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
87	1	1	2	4	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
88	1	1	2	4	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1
89	1	1	2	4	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1
90	1	1	2	4	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1
91	2	4	4	4	2	2	1	2	9	2	2	2	2	1
92	1	1	2	4	1	2	3	2	2	3	1	2	1	1
93	1	1	2	4	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
94	1	2	2	4	1	2	3	2	2	3	1	1	2	1
95	1	1	2	4	1	2	3	2	2	3	1	2	1	1
96	1	1	2	4	1	1	3	2	2	3	1	2	1	1
97	1	1	2	4	1	2	3	2	2	3	1	1	1	1
98	1	2	1	9	1	1	3	1	2	3	1	1	1	1
99	1	1	2	4	1	1	2	2	2	3	1	2	2	1
100	9	9	9	9	9	9	9	1	9	9	1	2	1	1
101	1	1	2	4	2	9	2	2	9	2	1	2	1	2
102	1	1	1	1	1	2	1	1	9	2	1	2	1	1
103	1	4	4	4	1	2	2	2	2	9	1	2	2	1
104	1	1	2	4	2	2	9	1	9	9	2	2	1	2
105	1	1	2	4	1	1	9	2	9	9	2	2	2	2
106	1	2	2	4	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1
107	1	1	9	9	9	9	9	9	9	9	1	1	1	1
108	1	2	9	9	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
109	1	2	2	4	1	1	1	2	2	9	2	2	1	2
110	2	4	4	4	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2
111	1	1	2	4	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2
112	2	4	4	4	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2
113	2	4	4	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
114	2	4	4	4	2	2	9	1	2	9	1	1	1	1
115	1	2	2	4	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1
116	1	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1
117	1	2	2	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
118	1	2	2	4	2	1	2	1	2	9	2	2	2	1
119	1	1	2	4	1	9	2	2	1	2	1	2	1	1
120	1	1	2	4	1	9	2	2	1	2	1	2	1	2
121	1	1	1	9	1	1	1	1	9	2	1	2	1	2
122	1	1	2	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1
123	1	1	2	4	1	2	1	9	2	9	2	2	2	1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Ha observado lesiones de T.B.	Lesiones más frecuentes con aftas	Ha evaluado tiempo de evolución	En cuánto tiempo se han resuelto	Sabe definir afta	Sabe manejar un afta	En qué sexo predominan las aftas	Sabe definir Gingivoest. Herp.	Sabe manejar Gingivoest. Herp.	Sexo predomina Gingivoest.Herp.	Necesidad control tejidos orales	Aftas Gingivoest. Herp. H.C.	Ignora L.O.T.B Clinicas C.O.C.	Anexo H.C. Dx L.O. Tejidos B.
124	1	1	2	4	1	2	9	2	2	2	1	1	1	1
125	2	4	4	4	2	9	9	9	9	9	9	9	9	9
126	1	2	2	4	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1
127	1	1	1	2	1	1	2	1	2	9	2	1	1	1
128	1	1	2	4	2	2	9	1	2	9	2	1	2	1
129	1	1	9	9	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1
130	2	4	4	4	1	9	9	1	9	9	2	2	1	1
131	1	1	2	4	2	1	9	1	1	9	1	1	1	2
132	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
133	1	1	2	4	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1
134	1	2	9	9	1	2	9	1	2	9	1	1	2	1

### **3.10 CONSIDERACIONES ETICAS**

#### **3.10.1 Declaración de Helsinki**

En esta tesis de grado se estableció una investigación odontológica, dirigida a pacientes niños del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali, realizada por cinco estudiantes de décimo semestre de odontología de dicho establecimiento, bajo vigilancia y tutoría de la doctora Lina Delgado, odontóloga y docente del Colegio Odontológico Colombiano en la clínica de odontopediatría y asesoría de la doctora Paula Bermúdez.

##### **3.10.1.1 Principios fundamentales**

- Sólo será lícito llevar a cabo trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos cuando la importancia del objetivo a alcanzar esté en proporción o sea mayor que los riesgos que implica.
- Antes de realizar un trabajo de investigación odontológica con sujetos humanos, se deberá evaluar los riesgos previsibles y los beneficios para el sujeto o para otros. El interés del sujeto debe prevalecer por encima de los intereses de la ciencia y la sociedad.
- Debe respetarse siempre el derecho de cada individuo participante en la investigación a salvaguardar su integridad personal. Habrán de adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad del sujeto y para reducir al mínimo las repercusiones del estudio sobre la integridad física y mental del sujeto, como su personalidad.
- En la publicación de los resultados de sus investigaciones, el odontólogo deberá respetar siempre la exactitud de los resultados. Los informes sobre los experimentos cuya práctica no se haya ajustado a los principios expuestos en la presente declaración no deberá aceptarse para su publicación.

- En todo trabajo de investigación sobre seres humanos, se informará debidamente al sujeto de los objetivos, los métodos, los beneficios previstos y los posibles riesgos, así como las de las incomodidades que este pueda acarrear. Habrá de informarse al sujeto de que, si lo desea, puede abstenerse de participar en el estudio y de que es libre de retirar su consentimiento de participación en cualquier momento. El odontólogo deberá obtener, de ser posible por escrito, el consentimiento del sujeto otorgado libremente.
- Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el odontólogo habrá de obrar con particular precaución si el sujeto se encuentra en una relación de dependencia respecto de él o puede consentir por coacción en este caso, el consentimiento del paciente lo deberá obtener un odontólogo que no participe en la investigación y que sea independiente por completo de esa relación oficial.
- En caso de incapacidad legal del paciente, se solicita la autorización de su tutor o representante legal de conformidad con la legislación nacional. En caso de incapacidad física o mental que hiciera imposible obtener el consentimiento o cuando el sujeto sea menor de edad, el permiso del pariente responsable suplirá al del enfermo de conformidad con la legislación nacional.

#### **3.10.1.2 Investigación odontológica asociada a la asistencia profesional (investigación clínica)**

- En el curso del tratamiento de un enfermo, el odontólogo debe estar en libertad de recurrir a una nueva medida diagnóstica o terapéutica si, a su juicio, éste ofrece fundadas esperanzas de salvar la vida, de restablecer la salud o aliviar el sufrimiento del paciente.
- Habrá de sopesarse los beneficios potenciales, los riesgos y las molestias que puede reportar todo nuevo método en comparación con las ventajas de los mejores métodos de diagnóstico y terapéuticos usados en este momento

- La negativa del paciente a participar en un estudio jamás deberá afectar la relación odontólogo-paciente. Si el odontólogo estima indispensable no obtener el consentimiento informado, deberá exponer las razones concretas de ello en el protocolo experimental que examinará el comité independiente.

### **3.10.2 Resolución No. 008430 de 1993 (Octubre 4 de 1993)**

Por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

El Ministro de Salud en ejercicio de sus atribuciones legales en especial las conferidas por el decreto 2164 de 1992 y la ley 10 de 1990. Resuelve:

#### **3.10.2.1 Título II**

De la investigación en seres humanos

##### Capítulo I

De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

Artículo 11: La investigación a realizar es una investigación sin riesgo porque emplea técnicas y métodos de investigación sin intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas o psicológicas de las personas que participan en el estudio.

Artículo 14: El consentimiento informado es el acuerdo por escrito en el cual el sujeto de la investigación autoriza su participación en la investigación teniendo en cuenta los procedimientos, beneficios y riesgos.

Artículo 16:

Parágrafo primero: En esta investigación la institución investigadora mediante consentimiento informado autorizará que éste se obtenga sin formularse por escrito.

Parágrafo segundo: La investigación se realizará independiente de la relación investigador-sujeto, por lo cual si hay algún tipo de subordinación del sujeto del investigador hacia el investigador éste deberá ser obtenido por otro miembro del equipo.

## Capítulo II

### De la investigación en comunidades

Artículo 21: En esta investigación se ofrece protección a los individuos y se asegura la obtención de resultados acordes con lineamientos establecidos para el desarrollo de dichos modelos.

## Capítulo V

### De las investigaciones en grupos subordinados

Artículo 45: La investigación va a ser enfocada en el grupo subordinado (estudiantes) en los que el consentimiento informado es influenciado por alguna autoridad.

Artículo 46: Los estudiantes en el Comité de Ética deberán participar uno o más miembros de la población de estudio para representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:

- a. La participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio no afecte su situación escolar.
- b. Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes.
- c. La institución investigadora y los patrocinadores se responsabilizan del tratamiento médico, daños ocasionados e indemnización por consecuencias perjudiciales de la investigación.

### **3.10.2.2 Título III**

De la investigación de nuevos recursos profilácticos de diagnóstico terapéutico y de rehabilitación.

## Capítulo I

### Disposiciones generales

#### Artículo 52: Obligaciones a cumplir:

- a. El investigador principal informara al Comité de Ética en la investigación de la institución investigadora, todo efecto adverso relacionado con la investigación.
- b. El director de la institución investigadora informara al Comité de Ética en investigación de la presencia de cualquier efecto adverso dentro de máximo 15 días hábiles siguientes a su presentación
- c. El Comité de Ética en investigación suspenderá o cancelará la investigación ante la presencia de un efecto adverso que sea impedimento desde el punto de vista ético-técnico para continuar el estudio.
- d. La institución investigadora rendirá al Comité de Ética en investigación y el Ministerio de Salud cuando se requiera, un informe dentro de los 15 días hábiles siguientes a la suspensión de la investigación que especifique el efecto advertido, medidas adoptadas y secuelas producidas.

### 3.11 RECURSOS

#### 3.11.1 Recursos humanos

Tabla 2. Recursos humanos

Personal	Tiempo	Valor/hora	TOTAL
Jennifer Belalcázar – Investigadora	68 horas	\$ 2.600	\$176.800
Alejandra Hurtado – Investigadora	68 horas	\$ 2.600	\$176.800
Sandra Cuetia – Investigadora	68 horas	\$ 2.600	\$176.800
Maribel Enríquez – Investigadora	68 horas	\$ 2.600	\$176.800
María Claudia Grajales – Investigadora	68 horas	\$ 2.600	\$176.800
Dra. Lina Delgado - Docente Tutora	10 horas	\$18.000	\$180.000
Dra. Paula Bermúdez - Asesora metodológica	11.5 horas	\$18.000	\$207.000
Estadístico Sr. Hugo Hurtado	5 horas	\$18.000	\$ 90.000
Subtotal			\$1.361.000

### 3.11.2 Recursos físicos

**Tabla 3. Recursos físicos**

	<b>Descripción</b>	<b>Valor/unit</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Total</b>
Papelería	Resmas de 100	\$8.000	2	\$16.000
Fotocopias	Hojas	\$50	300	\$15.000
Transporte	Viajes	\$800	77	\$61.600
Refrigerio	Refrigerios	\$2.000	119	\$238.000
Internet	Consultas	\$20.000	7	\$14.000
Computador serv.	Hojas	\$3.600	100	\$360.000
Biblioteca	Consultas	\$2.000	14	\$28.000
Lapiceros	Lapiceros	\$1.000	14	\$14.000
Transcripción trabajo	Hojas	\$750	90	\$67.500
Subtotal				\$814.100

### 3.11.3 Recursos financieros

**Tabla 4. Recursos financieros**

<b>Recursos</b>	<b>Valor Total</b>
Humanos	\$1.361.000
Físicos	\$814.100
Subtotal	\$2.175.000
Imprevistos 5%	\$108.755
<b>TOTAL</b>	<b>\$2.283.855</b>

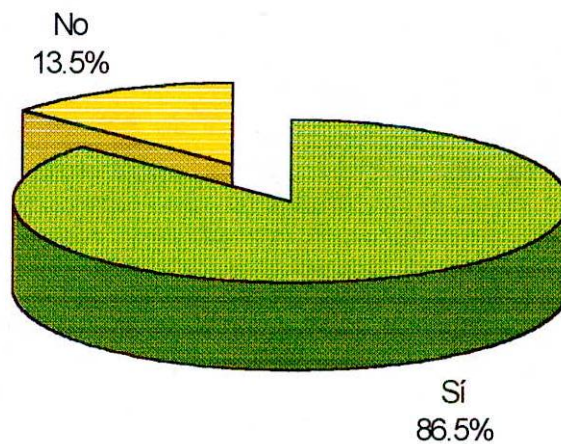


## 4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

### 4.1 RESULTADOS

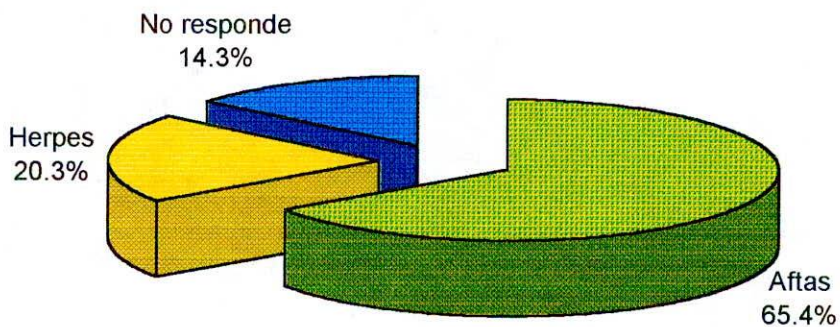
Al analizar el resultado de las respuestas de las encuestas se comprobó que el 86,5% de los estudiantes han observado lesiones de tejido blando y un 13,5% no las han observado.

**Figura 1. Observación de lesiones en tejido blando**



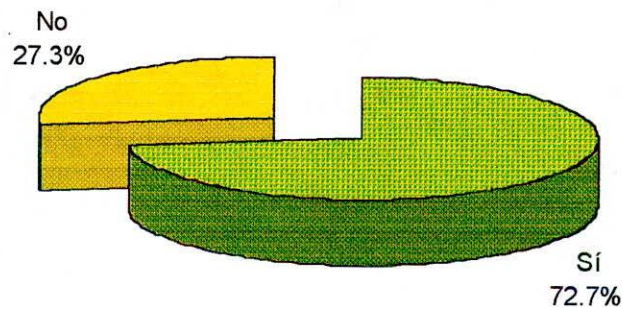
Con relación a la clasificación sobre lesiones más frecuentes con aftas un 65,4% de los estudiantes encontró lesiones con aftas y herpes y un 20,3% no las encontró, no respondieron un 14,3%. Del total de personas que diagnosticaron aftas el 31% evaluó su tiempo de evolución, y un 54,3% no las evaluó; no respondieron 14,7%.

**Figura 2. Clasificación de las lesiones**

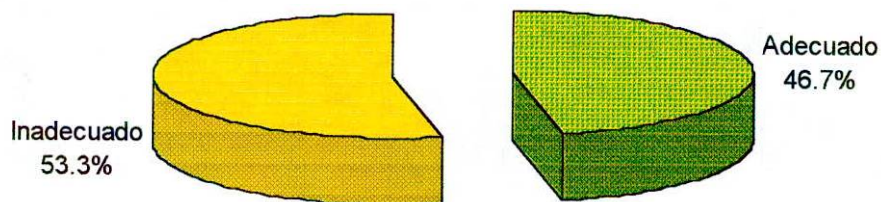


Evaluando el conocimiento de los estudiantes acerca de la definición de afta, un 72,7% la supo definir y un 27,3% no la logro definir. Al interrogar sobre el manejo que le daban a la lesión un 46,7% de los estudiantes la manejaban adecuadamente y un 53,3% no la sabían manejar.

**Figura 3. Definición correcta de afta**



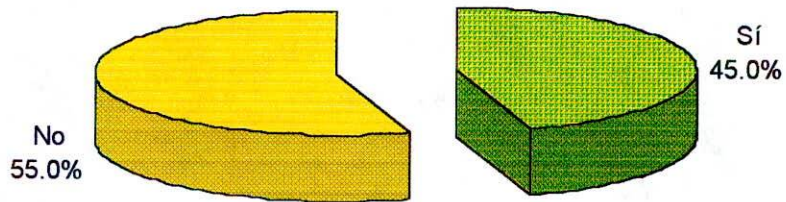
**Figura 4. Manejo de aftas**



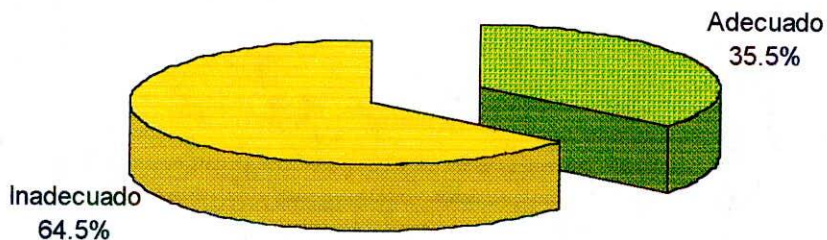
Según los estudiantes las lesiones tipo aftas se presentan con igual frecuencia en ambos sexos, un 43,9% en hombres y en 43,9% en mujeres. En ambos sexos 11,2% y no saben 0,9%.

Al indagar sobre el conocimiento de los estudiantes acerca de la gingivoestomatitis herpética, se encontró que la sabían definir el 45% y el 55% no la sabían definir. El 35,5% la saben manejar frente a un 64,5% que no la saben manejar.

**Figura 5. Definición correcta de gingivoestomatitis herpética**



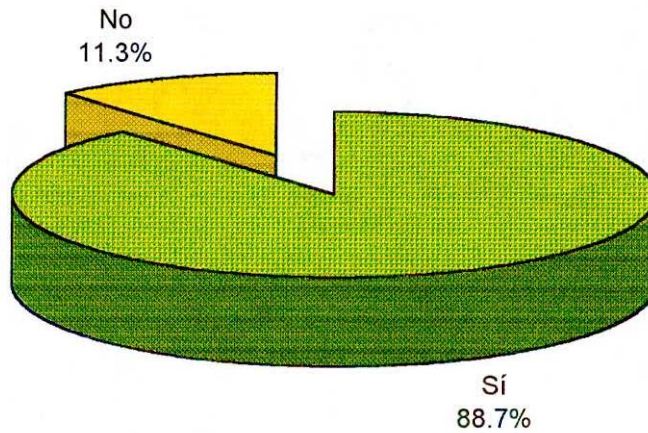
**Figura 6. Manejo de gingivoestomatitis herpética**



Los estudiantes respondieron que la gingivoestomatitis herpética es más frecuente en mujeres presentándose en un 50% frente a un 35,6% en hombres. En ambos sexos un 13,3% y no saben 1,1%.

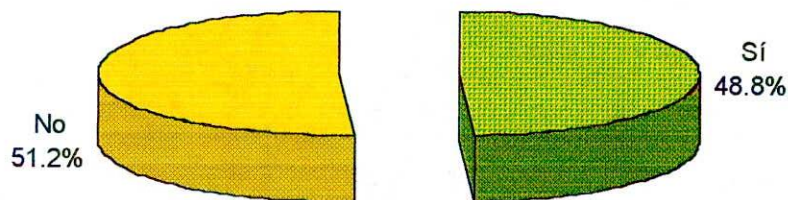
Se preguntó a los estudiantes sobre si hay necesidad de realizar controles a los tejidos blandos en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali; un 88,7% respondió que sí hay necesidad y un 11,3% respondió que no.

**Figura 7. Necesidad de realizar controles a los tejidos blandos**



De los estudiantes encuestados un 48,8% han anexado las lesiones tipo aftas y gingivoestomatitis herpética a la historia clínica y un 51,2% no las ha anexado.

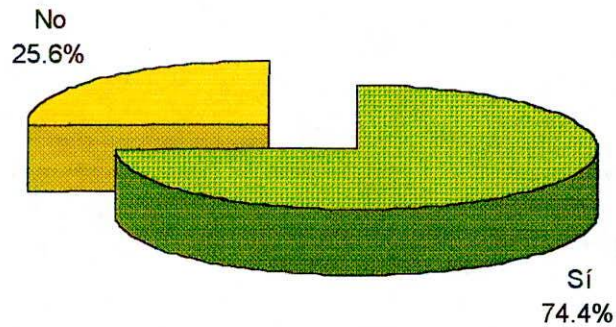
**Figura 8. Anexo de lesiones tipo aftas y gingivoestomatitis herpética a la historia clínica**



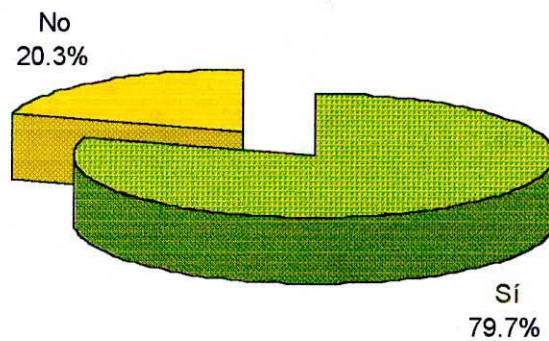
El 74,4% de los estudiantes pasan por alto las lesiones de tejido blandos en la clínicas de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali y el 25,6% no las pasan por alto.

Al considerar la necesidad de crear una reforma a la historia clínica de odontopediatría para el diagnóstico de lesiones de tejidos blandos, los estudiantes respondieron sí un 79,7% y no un 20,3%.

**Figura 9. Omisión de las lesiones de tejido blando en la historia clínica**



**Figura 10. Necesidad de incluir diagnóstico de lesiones de tejidos blandos en la historia clínica**



#### **4.2 CONCLUSIONES**

Se logró determinar el proceso de diagnóstico de las lesiones aftas y herpes simple I en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali.

Se comparó la situación del proceso de diagnóstico dado por los estudiantes actualmente frente a la situación de diagnóstico ideal.

Fue posible crear una reforma al formato de la historia clínica de odontopediatría para facilitar el diagnóstico oportuno y tratamiento ideal de las lesiones de tejidos blandos en cavidad oral.

## 5. DISCUSIÓN

La cavidad oral puede presentar lesiones muy variadas tanto por enfermedades primarias de la boca como por manifestaciones de enfermedades sistémicas.

De acuerdo a lo revisado en la literatura se comprobó que la mitad de la población ha sufrido de aftas en la cavidad oral en alguna etapa de su vida, sin presentar ninguna predilección por sexo. Con base en lo anterior, se encontró que en las clínicas de odontopediatría los estudiantes hallaron con alta frecuencia lesiones como aftas y herpes.

El formato de historia clínica manejado en odontopediatría no facilita al estudiante a la realización de un diagnóstico completo del estado de salud bucodental en pacientes niños, pasando por alto las normas establecidas por la resolución No. 1995 de 1999 y, al no encontrar un lugar en la historia clínica, estas lesiones son inadvertidas por los estudiantes.

Por tal motivo, el grupo de investigadores evaluó el formato manejado actualmente con miras a una reforma; para esto se realizó una encuesta de 14 preguntas en la cual se manejó un protocolo que incluyó: enfermedades más frecuentes en cavidad oral, evolución en el tiempo, atención recibida y un aspecto importante a destacar fue la necesidad crear una reforma a la historia clínica de odontopediatría para el diagnóstico de lesiones de tejidos blandos. Un 79.1% de los estudiantes está de acuerdo con un cambio en la estructura del formato, lo que llevó a concluir la necesidad de realizar una reforma a la historia clínica.

## 6. RECOMENDACIONES

A luz de los resultados obtenidos en este estudio sobre una reforma a la historia clínica de odontopediatría en el Colegio Odontológico Colombiano sede Cali, se recomienda lo siguiente.

Realizar la aplicación clínica de la reforma planteada por el grupo de investigación para ser utilizada por los estudiantes de la clínica de Odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Cali. (Ver anexo A).

Responsabilizar a los estudiantes de registrar en la historia clínica cualquier manifestación de lesiones de tejidos blandos en la cavidad oral.

Hacer que los estudiantes realicen el examen de tejidos blandos siguiendo la secuencia establecida para una correcta valoración.

Según la lesión a la que se enfrenten los estudiantes, logren dar un diagnóstico acertado y un tratamiento adecuado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Resolución No. 1.995 de 1999
2. Ibid.
3. SEGARRA, María Mercedes; CASTILLO DE SOLANO, Alcira. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Registros médicos y de salud - módulos de aprendizaje. Módulo 1: registros de salud e historia clínica.
4. Op. cit. 2
5. Op. cit. 2
6. Op. cit. 2
7. Op. cit. 2
8. Op. cit. 3
9. Ibid
10. Op. cit. 9
11. Op. cit. 9
12. Op. cit. 9
13. Op. cit. 9
14. RODRÍGUEZ DONADO, Manuel; NEMENDEZ F. Llanes. Lesiones cancerizables de la cavidad bucal. Cirugía bucal, patología y técnica.
15. ACOSTA, Julián; MIGLIORATI, César; MIGLIORATI, K.J. Erica. Lesiones orales y VIH.
16. Simposio Internacional Infectología Aplicada para el Cono Sur. Manifestaciones inflamatorias e infecciosas de la boca.
17. POLITO M., Pedro. Prevención del cáncer de la boca (cavidad oral).
18. MARTÍNEZ, R. Benjamín. Lesiones ulcerativas de la mucosa oral. Universidad Mayor, Facultad de Odontología, Unidades de Autoaprendizaje.
19. GINER, P.; CAJARAVILLE G., Alonso P.; SOTOCA, J.M. Mucositis 2000
20. Op. cit. 18
21. QUINTANA DÍAZ, Juan Carlos. Efectos del propóleo en los tratamientos quirúrgicos y las úlceras bucales. En: Revista Cubana de Estomatología. 1996.

22. Op. cit. 18
23. SÁNCHEZ David. Aftas bucales. Manual Merck. Copyright 2001 Sharp & Dohme de España S.A. Madrid, España.
24. SCHITT, B. D. Estomatitis aftosa recurrente. Uv Es/Vicalegs. 2001. 34 p.
25. POCE CEVALLOS, José A. Dentición y salud oral. Marzo 5 de 1999
26. Op. cit. 15
27. SORIANO JIMÉNEZ, J.V.; BAGAN Sebastián. Investigación- Reserch Milian Masanet Maestomatits Aftosa Recidivante del tipo menor: Análisis clínico y determinación de sus deficiencias hemáticas a propósito de 60 casos. Medicina Oral No. 1. 1996.
28. Op. cit. 22
29. SALAS MORALES, M.; DÍAZ VENTURAS, J. Estomatitis aftosa recidivante. Medicina general
30. ADLER, Isabel; et al. Estudio clínico epidemiológico en aftas recidivantes bucales. Octubre 2000 - Enero 2001.
31. GÓMEZ FERNÁNDEZ M.L.; DE LA PEÑA GARCÍA PUENTE N.M. Qué hay detrás de unas úlceras en la boca. Diciembre 2000
32. MARTELL LANTIGUA A. María; et. al. Síndrome de Behcet. Presentacion de un caso.
33. Op. cit. 22
34. McDONALD, R. E.; AVERY, D. R. Gingivitis y enfermedad periodontal. Odontología pediátrica y del adolescente. Panamericana, 1996. 429 p.
35. SOLANO CARDONA, Lloria E.; BAGAN, A. Milian. Lupus eritematoso sistémico. Medicina oral. 1996.
36. Op. cit. 22
37. Ibid.
38. FONSECA, Daniele María; et al. Biopsias orales en pacientes pediátricos. En: Journal Of Dentistry For Children. March - April 2000.
39. QUINTANA DIAZE, Juan Carlos. Manifestaciones clínicas bucales detectadas en pacientes con giardiasis. En: Revista Cubana de Estomatología, 1997. Clínica Estomatológica Docente Artemisa.
40. MIRET, María Alejandra; et. al. Determinación de los niveles de ICAM-1E IgA secretorio en saliva en pacientes con diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente. En: Revista Salus, Tomo 4, 1995.
41. EVERSOLE, Lewis. Patología bucal. Diagnóstico y tratamiento. 28 ed. México: El Manual Moderno, 1993.
42. GARLIN, Robert; et. al. Patología oral. 2 ed. Barcelona: Salvat, 1980.

43. SCHOROEDER, Steven. Diagnóstico clínico y tratamiento. 28 ed. México: El Manual Moderno, 1993.
44. McKENDRICK, McGILL J.; WOOD, M. Herpes zoster. Hospital Carlos Andrade . Agosto 8 del 2000
45. GUTIÉRREZ, J. Herpes Zoster. Proyecto para la educación y entrenamiento sobre el SIDA. Nuevo México. Revisado El 2 de Agosto de 2001.
46. SIGURDSSON J.; HELGASON S.; GUDMUNDSSON. The Clinical Course Of Herpes Zoster: A Prospective Study In Primary Care. European Journal Of General Practice March 1996. En: Journal Club On De Web. Institución: National University Hospital, Iceland
47. Op. cit. 31
48. Op. cit. 32
49. Op. cit. 31
50. MASORRA BENÍTEZ Dania; et. al. Herpes simple y varicela zoster en pacientes seropositivos al VIH y SIDA. En: Revista Cubana de Enfermería. 1997.
51. CHASWELL MARTÍNEZ, Daysi; CALZADO DE SILVA, Milagros; SANCHET GARCÍA Teresa. Evaluación clínico-citológica del herpes labial tratado con láser. En: Revista Cubana de Estomatología. 2001.
52. Op. cit. 31
53. Ibid
54. RHOUNE, J.W; POULEN, D. Treatment Issues. Herpes. Fact Sheet. 2000.
55. Op. cit. 31
56. Op. cit. 39
57. Op. cit. 31

## **ANEXOS**

**ANEXO A. Formato de historia clínica de odontopediatría propuesto, en el que se incluye el diagnóstico de lesiones de tejidos blandos**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLÓGIA INTEGRAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**  
**CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA**  
**HISTORIA CLÍNICA**

Historia Clínica No. \_\_\_\_\_  
 Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Alumno: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
 Docente: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN**  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Acudiente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE SALUD**

**PRENATALES**

	SI	NO		Meses	
1. Controles prenatales			Embarazo	_____	
2. Enfermedades			Parto normal	_____	Cesárea _____
3. Consumo de drogas					
4. Consumo de flúor					

Observaciones: \_\_\_\_\_

**NEONATALES**

	SI	NO		SI	NO
6. Ictericia			7. Cianosis		
7. Hipoxia			8. Otros		

Observaciones: \_\_\_\_\_

**POSNATALES**

	SI	NO		SI	NO
9. Anomalías congénitas			<b>SISTEMA RESPIRATORIO</b>		
<b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b>			21. Rinitis		
10. Pérdida del conocimiento			22. Asma		
11. Epilepsia			23. Infecciones Respiratorias		
12. Convulsiones			24. Amígdalas hipertróficas		
13. Retardo mental			25. Adenoides hipertróficos		
14. Parálisis cerebral			<b>SISTEMA INMUNOLÓGICO</b>		
<b>SISTEMA HEMATOLÓGICO</b>			26. Linfadenopatías		
15. Petequias			27. Inmunodeficiencias		
16. Epistaxis			<b>OTROS</b>		
17. Trastornos plaquetarios			39. Accidentes		
18. Transfusiones			40. Fracturas		
19. Anemia			41. Hospitalizaciones		
20. Hemofilia			42. Cirugías		
<b>SISTEMA CARDIACO</b>			43. Antibioticoterapia		
28. Soplos Cardíacos			44. Hepatitis		
29. Fiebre Reumática			45. Herpes		
30. Endocarditis Bacteriana			46. Dermatitis		
31. Cardiopatía Congénita			47. Enfermedades eruptivas		
<b>SISTEMA ENDÓCRINO</b>			48. Parotiditis		
32. Hipotiroidismo			49. Aftas		
33. Hipertiroidismo			50. Gingivostomatitis herpética		
34. Diabetes			51. Desnutrición		
<b>ORGANOS DE LOS SENTIDOS</b>			52. Tumores		
35. Trastornos de visión			53. Quimio o radioterapia		
36. Trastornos auditivos					
37. Otitis					
38. Alteraciones de lenguaje					

Observaciones: \_\_\_\_\_

**FAMILIARES**

	SI	NO		SI	NO
1. Congénitas			6. Cáncer		
2. Enfermedades Cardiovasculares			7. Enfermedades Hematológicas		
3. Diabetes			8. TBC		
4. Artritis			9. Hipertensión		
5. SIDA			10. Enfermedades Venéreas		

Observaciones: \_\_\_\_\_

**MÉDICOS**

Última visita al médico: \_\_\_\_\_

Relación médico - niño: \_\_\_\_\_

Tratamiento médico actual  SI  NO Especifique \_\_\_\_\_Interconsulta médica  SI  NO Razón \_\_\_\_\_

Remitido a: \_\_\_\_\_

**ODONTOLÓGICOS**

Última visita al odontólogo: \_\_\_\_\_

Relación odontólogo - niño: \_\_\_\_\_

Anestesia local  SI  NO Reacción: \_\_\_\_\_

Traumatismos dentoalveolares: \_\_\_\_\_

Inflamación de la cara: \_\_\_\_\_

Odontalgia: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Observaciones:** \_\_\_\_\_**DESARROLLO PSICOMOTOR**

Anotar en meses la edad en que el niño realizó las siguientes actividades:

Sentarse: \_\_\_\_\_ Gatear: \_\_\_\_\_ Caminar: \_\_\_\_\_

Amarrarse los zapatos: \_\_\_\_\_ Control de esfínteres: \_\_\_\_\_

**PERFIL PSICOSOCIAL**

¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_

¿Quién ejerce mayor autoridad? \_\_\_\_\_

**COMPORTEAMIENTO**Tímido Agresivo Consentido Aprehensivo Introverso Extroverso Sobreprotegido **Observaciones:** \_\_\_\_\_**ALIMENTACIÓN**Lactancia materna  SI  NOBiberón  SI  NO

Ablactación: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE DIETA****PRIMER DÍA****SEGUNDO DÍA****TERCER DÍA**

	PRIMER DÍA	SEGUNDO DÍA	TERCER DÍA
DESAYUNO			
MEDIAS NUEVES			
ALMUERZO			
ONCES			
CENA			
ANTES DE ACOSTARSE			

Momentos de azúcar: \_\_\_\_\_ Consecuencias: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de dieta: \_\_\_\_\_

Aparente estado nutricional: \_\_\_\_\_

**INMUNIZACIONES****1º DOSIS****2º DOSIS****3º DOSIS****1º REF.****2º REF.****3º REF.**

	1º DOSIS	2º DOSIS	3º DOSIS	1º REF.	2º REF.	3º REF.
BCG						
DPT						
POLIO						
DT						
MMR						
SARAMPIÓN						
H. INFLUENZA						
HEPATITIS B						
OTRA						



**SISTEMA BUCAL**

**1. Labios (superior e inferior)**

1.1 Tono muscular	Hipertónico	<input type="checkbox"/>	Hipotónico	<input type="checkbox"/>
1.2 Tamaño	Hipertrófico	<input type="checkbox"/>	Hipotrófico	<input type="checkbox"/>
1.3 Competencia labial	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>
1.4 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**2. Comisuras labiales**

2.1 Integridad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
2.2 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**3. Frenillos labiales**

3.1 Integridad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
3.2 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**4. Mucosa (bucal y labial)**

4.1 Integridad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
4.2 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**5. Paladares (duro y blando)**

5.1 Integridad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
5.2 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**6. Úvula**

6.1 Integridad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
6.2 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**7. Orofaringe**

7.1 Integridad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
7.2 Color	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	<input type="checkbox"/>
7.3 Amígdalas	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	<input type="checkbox"/>
7.4 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**8. Lengua**

8.1 Movilidad	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	<input type="checkbox"/>
8.2 Color	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	<input type="checkbox"/>
8.3 Papilas	Normal	<input type="checkbox"/>	Hipertrofia	<input type="checkbox"/>
8.4 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**9. Frenillo lingual**

9.1 Integridad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
9.2 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**10. Piso de la boca**

10.1 Función salival	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	<input type="checkbox"/>
10.2 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**11. Glándulas salivares**

11.1 Integridad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
11.2 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**12. Ganglios linfáticos**

12.1 Integridad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
12.2 Lesión	Presente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>

**13. Saliva**

13.1 Mucosa	<input type="checkbox"/>	13.2 Serosa	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	-------------	--------------------------

Observaciones: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO BUCAL : \_\_\_\_\_

**SISTEMA PERIODONTAL  
ENCIÁ**

Color \_\_\_\_\_ Textura \_\_\_\_\_  
 Consistencia \_\_\_\_\_ Margen \_\_\_\_\_  
 Papilas \_\_\_\_\_ Hemorragia \_\_\_\_\_

**FACTORES ETIOLÓGICOS**

Placa bacteriana \_\_\_\_\_ Localización \_\_\_\_\_  
 Cálculos \_\_\_\_\_ Localización \_\_\_\_\_  
 Iatrogenia \_\_\_\_\_ Localización \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_

**CONTROL DIARIO DE PLACA BACTERIANA**

Fecha																				
16 - 55																				
11 - 51																				
26 - 65																				
36 - 75																				
31 - 71																				
46 - 85																				
X																				
%																				