

Roberto J. Beltrán Neira

Profesor emérito, Profesor extraordinario
investigador. Facultad de Estomatología. Universidad
Peruana Cayetano Heredia.

La enseñanza - aprendizaje - evaluación del diagnóstico en Estomatología

Beltrán-Neira RJ. La enseñanza-aprendizaje-evaluación del diagnóstico en Estomatología. Rev Estomatol Herediana. 2011; 21(2):119.

Sumariamente los principios fundamentales del diagnóstico en Estomatología son:

- 1.- El diagnóstico es el reconocimiento del estado de salud del paciente.
- 2.- El diagnóstico es integral, debe comprender la historia de la salud del paciente, el motivo de la consulta (anamnesis o interrogatorio) y su reconocimiento físico, así como los aportes de laboratorio y radiología.
- 3.- El reconocimiento tiene dos componentes, el reconocimiento o examen clínico general y el reconocimiento o examen clínico especial (Según lo demande el motivo de la consulta), en nuestra especialidad será el examen clínico de la región buco-máxilo-facial (Tejidos duros y blandos).
- 4.- La realización de una correcta anamnesis y examen clínico requiere un tiempo considerable, por lo cual no se puede hacer a la ligera o solo para completar una rutina. De una buena anamnesis y un correcto examen clínico depende lo acertado del diagnóstico.
- 5.- No hay que confundir el llamado *triaje* con el diagnóstico. El *triaje* solamente tiene el propósito de hacer una primera clasificación del paciente mediante una breve anamnesis y un examen clínico por inspección.
- 6.- Los tiempos clínicos para el reconocimiento del paciente son INSPECCION PALPACIÓN PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN. En estomatología los más empleados son los tres primeros.
- 7.- Los resultados de la anamnesis o interrogatorio y los resultados del reconocimiento clínico y el resultado de exámenes auxiliares de laboratorio y radiología deben quedar claramente consignados en un documento escrito que se llama HISTORIA CLINICA. Documento de referencia que se mantiene en un archivo vivo, vale decir, que se puede consultar en cualquier momento.
- 8.- Reunida toda la información se formula un diagnóstico presuntivo que es sometido a su comprobación o rectificación durante el curso del tratamiento que se indique en cada caso.
- 9.- Así como hay un diagnóstico de entrada, cuando se admite al paciente, hay un *diagnóstico de salida o de alta*, que se consigna en la historia clínica haciendo constar la condición de salud al término definitivo o temporal del tratamiento. Durante el curso del tratamiento se registrará la medicación, otras formas de tratamiento indicado y todo tipo de eventualidad.
- 10.- En todos los documentos de la historia clínica debe constar el nombre y firma de los responsables que hayan intervenido en el diagnóstico y tratamiento.
- 11.- La evaluación del aprendizaje del diagnóstico se hace por observación directa de la actuación del alumno y por la confrontación de la historia clínica con la realidad del paciente.