

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN- LEÓN



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Trabajo Monográfico para optar al Título de Cirujano Dentista

“Evaluación del llenado de las historias clínicas de pacientes ingresados a las clínicas de Prótesis Parcial Fija, Endodoncia y Operatoria Dental, realizada por los estudiantes del 4to año de odontología durante el año 2007.”

Elaborado por:

- ☞ Robertha Rosa Aguilar Morales
- ☞ Rosa Alejandrina Calderón González
- ☞ Adilia Delgadillo Jarquín

Tutor:

Dr. Humberto Altamirano

León 13 Agosto 2009

DEDICATORIA.

A Dios, ya que sin Él nada podemos hacer. Dios es quien nos concede el privilegio de la vida y nos ofrece lo necesario para lograr nuestras metas y por habernos dado la vida y fortaleza para terminar este proyecto de investigación, quien ha estado a nuestro lado en todo momento dándonos las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se nos presentan.

A nuestros padres por su comprensión y ayuda en los momentos buenos y malos. Nos han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Nos han dado todo lo que somos como personas, nuestros valores, principios, perseverancia y empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

A todas aquellas personas que nos apoyan, que siempre han estado en las buenas y en las malas; y no solamente a los que nos han apoyado, sino también para todo aquel que se pueda beneficiar de este trabajo. Está hecho con todo nuestro amor y toda nuestra dedicación, lo cual produce una gran satisfacción en poder servir a quien así lo requiera.

Robertha Aguilar.
Rosa A. Calderón.
Adilia Delgadillo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirnos realizar nuestras metas.

A nuestros padres por su amor y apoyo incondicional.

Agradecemos sinceramente a nuestro director y tutor de Tesis, Dr. Humberto Altamirano, por su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para nuestra formación como investigadores.

A la Dra. Gloria Estela Sánchez, por brindarnos su valioso tiempo, experiencia y conocimiento en la conducción de nuestro trabajo.

A todos nuestros profesores a lo largo de nuestra preparación profesional de los cuales no solo aprendimos los conocimientos científicos básicos para nuestra formación, sino también por sus experiencias que nos ayudaran a crecer como persona y profesionales.

En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido con nosotros la realización de esta tesis.

Robertha Aguilar.
Rosa A. Calderón.
Adilia Delgadillo.

ÍNDICE.

Introducción.....	1
Objetivos.....	3
Marco Teórico.....	4
Diseño Metodológico.....	23
Resultados.....	28
Discusión de los resultados.....	32
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	35
Bibliografía.....	36
Anexos.....	38

INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica es el conjunto de datos obtenidos del interrogatorio de un paciente y del examen físico del mismo. La historia clínica es para siempre, deberá ser un documento que debidamente usado y archivado se conservara durante periodos que con frecuencia exceden varios años, por eso es necesario que la calidad de la misma satisfaga ciertos requisitos mínimos que justifiquen su preservación. Es un documento docente, las historias clínicas nos servirán de entrenamiento, la evaluación y revisión de estas por los profesores ayudaran a determinar una serie de datos acerca del aprendizaje de los alumnos.

También hay que recordar que es un documento científico, y que gracias a la existencia de estas existen diversas investigaciones clínicas que están basados en la revisión y registro de información de los expedientes clínicos, en muchas ocasiones las historias clínicas carecen del mínimo de información y esto impide la elaboración de estudios que requieren de información completa, ordenada y confiable. Y por último y no por eso menos importante es un documento humano, la historia clínica nos permite ver aspectos referentes al paciente como un ser humano sobre quien influye constantemente una gran cantidad de factores económicos, sociales, educacionales y morales.

La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente. Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento y con letra legible. Debe tener un formato unificado, tiene que haber una ordenación de los documentos y de ser posible, una unificación en el tipo de historia a realizar (narrativa, orientada por problemas, etc.).

Tiene carácter confidencial. Por lo tanto, todos los profesionales que tienen acceso a dicha información en su actividad diaria, tienen la obligación de mantener la confidencialidad. En caso de utilización de algunos de los datos de la historia clínica con fines docentes, epidemiológicos, etc., debe hacerse sin revelar ningún dato que pueda identificar al paciente.

El ejercicio de la Odontología es una actividad altamente multidisciplinaria, no podemos aunque así lo deseemos, trabajar en forma aislada. Para ello debemos reunir una gran cantidad y calidad de conocimientos adquiridos en nuestra formación académica y ejercicio profesional. En nuestra actividad clínica diaria no debemos objetar ningún paso, de esta manera daremos un cien por ciento de éxito seguro en el tratamiento ejecutado a nuestros pacientes. La mayoría de los odontólogos nos abocamos directamente al plan de tratamiento con tan solo ver al paciente, en consecuencia nos precipitamos a la terapéutica del mismo. La única forma en que nos detenemos a examinar y diagnosticar meticulosamente, es cuando los casos fallan o están en peligro de no ser tan exitosos.

El ejercicio de la odontología tanto institucionalizada como privada, está basada en la relación odontólogo-paciente de la que se derivan derechos y deberes recíprocos. Todo lo anteriormente expuesto nos indica la gran importancia de la historia clínica desde varios puntos de vista: asistencial, ético, médico legal. Todos los aspectos que rodean y afectan a la historia clínica no pueden ser obviados por el odontólogo. Es por eso que nuestro trabajo investigativo lo hemos realizado en base a nuestra propia experiencia ya que existe poco interés en el llenado de las historias clínicas, la pobre información recopilada y las variantes en cuanto a las exigencias del llenado con respecto a cada tutor y en las diferentes clínicas.

Por lo tanto, por medio de nuestro trabajo investigativo queremos dar a conocer la importancia del buen llenado de la Historia Clínica para que esta no se vea solo como una tarea administrativa sino de índole profesional debiendo ser realizadas con precisión, rigor y minucia, dado que de ello depende el correcto seguimiento de la evolución del paciente, que visitado en su internación por diversos profesionales, adecuan

su tarea a la evolución allí consignada. Por lo que un error o una omisión pueden derivar en consecuencias graves y hasta fatales. A la vez hacerles ver que la finalidad de la historia clínica es recoger todos los datos del paciente para así establecer un Diagnóstico, Pronóstico y Plan de tratamiento garantizando así un éxito en nuestro trabajo. Hay que tener muy en cuenta que la historia clínica es un elemento de prueba en los casos de responsabilidad odontológica: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad odontológica, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional, constituyendo un documento médico legal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del odontólogo como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar como llenaron los estudiantes de IV Año de Odontología las historias clínicas de los pacientes que ingresaron a las clínicas de Operatoria dental, Endodoncia y Prótesis Parcial Fija durante el año 2007.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar como realizaron el llenado de la anamnesis en las historias clínicas de operatoria dental, endodoncia y prótesis parcial fija.
2. Indagar que datos fueron recogidos en el examen clínico y radiográfico de las historias clínicas de operatoria dental, endodoncia y prótesis parcial fija.
3. Establecer si realizaron una adecuada simbolización del periodontograma, cariograma y control de placa en las historias de endodoncia, operatoria dental y prótesis parcial fija.
4. Verificar como realizaron el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento en las historias clínicas de operatoria, endodoncia y prótesis parcial fija.

MARCO
TEÒRICO

CONCEPTO

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades odontólogo-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda.

La historia clínica es una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos y conocimientos, remotos y actuales, personales y familiares, relativos al enfermo, que sirven como base para el conocimiento de la enfermedad actual.⁴

IMPORTANCIA Y REPERCUSIONES DE LA HISTORIA CLINICA

1-CONSTITUYE EL REGISTRO DE VARIOS HECHOS DE LA VIDA DE UN SER HUMANO

Por definición, historia es la relación de eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Adicionalmente, se involucran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado.

2-INTENTA ENCUADRAR EL PROBLEMA DEL PACIENTE

De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de involucrar sus síntomas, signos y documentos para clínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.

3-ORIENTA LA TERAPÉUTICA

La historia clínica orienta a la terapéutica ya que el odontólogo obtiene la información del paciente, la procesa y la utiliza para emitir una opinión científica y en base a ella disponer un tratamiento.

4-POSEE UN CONTENIDO CIENTÍFICO INVESTIGATIVO

La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Y con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Por otro lado cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad.

5-TIENE IMPLICACIONES MEDICOLEGALES

La historia clínica constituye un medio de prueba de suma importancia en los juicios por responsabilidad médica, a tal grado que la sola imposibilidad de la institución de suministrarla puede llegar a ser asimilada con una conducta negligente.

Desde el punto de vista legal, la Historia Clínica adquiere especial relevancia por cuanto representa un documento que integra la relación contractual entre el médico y su paciente. Así mismo es de notar que en el ámbito académico se hace énfasis en su correcta elaboración desde que el personal de salud se está formando. Se les enseña a que adquieran hábitos correctos a la hora de consignar datos sobre el estado clínico de un

paciente y no caigan en el vicio de dar todo por entendido y obvien pasos, la mayoría de veces necesarios para describir correctamente a otro (s) lector (es) sobre la condición clínica de un enfermo.¹⁷

CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA

1-SU PRÁCTICA DEBE SER OBLIGATORIA

Ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica. En las instituciones de salud se exige la historia clínica como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad.

Por otro lado, en casos de complicaciones (salvo en algunos casos de extrema urgencia y corto tiempo disponible), su ausencia no tiene excusa.

2-ES IRREEMPLAZABLE

La escritura de la historia no puede ser reemplazada por la memoria del médico. Por tanto, no se deben dejar espacios en blanco sin llenar ya que esto se presta a implicaciones desde el punto de vista legal.

3-ES PRIVADA Y PERTENECE AL PACIENTE

Aquí se involucran los conceptos de confidencialidad, secreto profesional e información.

a. Confidencialidad

Se reconoce el derecho del paciente al respeto a su [privacidad](#). Esta privacidad incluye tanto los datos y las sustancias biológicas que permitan la identificación personal de un paciente como los datos referentes a su enfermedad ([diagnóstico](#), [pronóstico](#) y [tratamiento](#)).

De esta forma todo el personal que trata con los [datos de carácter personal](#) de los pacientes (ficheros de cualquier tipo) o que mantiene relación laboral con ellos, y por tanto tiene acceso a [información](#) confidencial está obligado a mantener el secreto de la información conocida.

El mantenimiento de la confidencialidad y privacidad de los pacientes implica primeramente a la historia clínica, que debe estar custodiada de forma adecuada, permaneciendo accesible únicamente al personal autorizado.

b. Secreto profesional

El secreto profesional cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión se haya visto, oído o comprendido y que no es ético o lícito revelar, salvo que exista una causa justa y en los casos contemplados por disposiciones legales.

c. Información

La información que se presente al paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo.

Esta información es un derecho esencial del paciente para poner en ejercicio su libertad. De lo contrario, al presentar el odontólogo una explicación errónea, falsa o malintencionada, no solamente se está faltando a un principio ético, sino está vulnerando la libertad de decisión del paciente.

La información adecuada equivale al conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido.

d. Es objetiva y veraz

Se basa en hechos ciertos y describe las situaciones como son y no como el odontólogo quisiera que fueran. Los datos en la historia clínica deben expresarse de manera inequívoca, que no pueda dar lugar a dudas o diversidad de interpretaciones.

Además, debe estar libre de especulaciones. Se aceptan únicamente las disquisiciones diagnósticas y los criterios de las Juntas Médicas.

Existen algunas situaciones en las que se enuncian juicios de valor, pero ellas son de alta peligrosidad debido a las implicaciones legales que conllevan.

En la elaboración de la historia clínica el paciente debe expresar su versión de los síntomas y el médico no puede guiarlo hacia un diagnóstico específico.²

CARACTERÍSTICAS DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA.

1) Completa: la historia clínica debe contener la totalidad de información relevante sobre los antecedentes del paciente, reportes de exámenes complementarios, sobre su diagnóstico y su tratamiento, en fin, que consigne de manera clara e íntegra la información que requiere el profesional para conocer y atender en forma adecuada a una persona.

2) Sustentada: Soportada en estudios científicos.

3) No dejar espacios en blanco sin llenar:

4) Incluir Autorizaciones: Algunos procedimientos o tratamientos, en razón de su complejidad o posibles complicaciones y/o resultados, requieren de una autorización expresa y escrita del paciente. Sea que las autorizaciones se consignen en formatos independientes o que se incluyan como otra anotación en ella. Dentro de la historia debe estar siempre la constancia clara de que se cuenta con el consentimiento informado y la autorización expresa del paciente.

5) Fechada y Firmada: Estos datos formales dan a la Historia Clínica el carácter de documento privado; identifican al autor de cada anotación y precisan el momento en que cada profesional involucrado interviene.

Existe un principio general de derecho según el cual cada persona responde por sus propias acciones u omisiones. La identificación de la persona a cargo y del momento en que se verifica determinada actuación, permite independizar cada implicado de manera tal que los errores o accidentes ocurridos a un paciente no deben ser imputados en forma solidaria a todos los médicos vinculados a su atención sino a quien en el momento de ocurrir el incidente estaba respondiendo por la atención del paciente. Por tanto, las firmas deben ir acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y de ser posible, de un sello.

6) Legible: Este requisito que pudiera parecer obvio, es, en el caso de las Historias Clínicas, imposible de pasar por alto. Si algún defecto comparte la inmensa mayoría de estos documentos es el de la dificultad que implica su lectura. La letra que usan los clínicos al hacer las anotaciones propias de una historia es prácticamente indescifrable y por tanto su comprensión está seriamente cuestionada. Los jueces, los peritos e incluso los propios médicos tienen que interpretar más que leer las historias clínicas, con lo cual se asume el riesgo de que la interpretación no corresponda con exactitud al texto ni refleje adecuadamente la conducta

médica realizada. En algunos casos incluso se requiere la intervención de un perito grafólogo para traducir una historia clínica, circunstancia que puede dilatar innecesariamente un proceso con obvias consecuencias negativas para el afectado.

Pero no es solo la letra la que dificulta la comprensión de las Historias Clínicas también influye el uso, cada vez más frecuente y generalizado de siglas o abreviaturas las cuales deben evitarse.

Es deber de odontólogos en ejercicio, docentes, jefes de los servicios, estudiantes, etc. revisar su actitud frente a la forma en que asumen el manejo de estos documentos, pues solo de su conducta depende el valor jurídico que pueda darse judicialmente a una Historia Clínica¹⁵.

FUNDAMENTOS DE LA HISTORIA CLINICA

INTEGRIDAD Y ESTRUCTURACION INTERNA

No puede omitirse ninguna de sus partes constitutivas. Debe existir orden y coherencia entre las diferentes partes de la historia clínica. No solamente debe ser completa, sino estructurada entre sus partes.

PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA¹

La información contenida en la historia clínica puede obtenerse por diferentes vías que son: anamnesis, exploración física y exámenes complementarios.

1. ANAMNESIS:

Es la información surgida de la [entrevista clínica](#) proporcionada por el propio paciente. Es una parte de la historia clínica en la que por medio de una serie de preguntas y respuesta, se obtiene información sobre diversos aspectos del padecimiento de un paciente. El odontólogo permitirá al paciente el expresarse libremente, este solo intervendrá para mantener la conversación dentro de los límites deseados, ese método no es generalmente aplicable a todos los pacientes ya que tienden a expresar en forma incorrecta y desordenada la información referente a su padecimiento y ocasiona una pérdida de información y tiempo. La sistematización y el orden del interrogatorio tienen una gran importancia en el estudio de los pacientes.

El odontólogo deberá en todos los casos asegurarse de que es comprendido y de que el lenguaje utilizado es común para ambos. Es ideal el disponer de un sitio adecuado, con iluminación y ventilación apropiadas, en lo posible protegido de interrupciones que rompan la tranquilidad que existe durante el interrogatorio.

Este “capítulo” de la historia clínica tiene por objeto recabar datos importantes suministrados por el propio paciente o sus familiares, sobre la enfermedad. Comprende los siguientes apartados: motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales (médicos, odontológicos y odontológicos – hábitos orales), y antecedentes familiares (médico-odontológicos).

ASPECTOS QUE INFLUYEN DURANTE EL INTERROGATORIO:

1.- Lugar donde se desarrolla la entrevista

- Adecuado.
- Privacidad.
- Silencio.
- Iluminación.

2. El Manejo Tiempo

3. Actitud y Preparación Profesional

- Actitud de Servicio.

- Serenidad.
- Tranquilidad.
- Seguridad.
- Integridad.
- Honestidad

4. Entrevista Médica:

- Escoger el Trato más Adecuado
- Sentir cómodo al paciente.
- Trato formal.
- Respetuoso.

Saber escuchar y ser capaz de dirigir la entrevista

- Dar primeros minutos al paciente.
- Debe orientarse a los problemas.
- Control entrevista.
- Precisar síntomas.

Saber Que Preguntar.

- Saber cómo preguntar.
- Cuidado con el lenguaje no hablado:
- Actitud.
- Expresión rostro.
- Tono voz.
- Mantener contacto visual

La anamnesis incluye los siguientes aspectos :

a. DATOS GENERALES:

Comprende la serie de datos personales que rodean al enfermo y que a su vez lo caracterizan. En la historia clínica se averiguan estos datos:

- **EL NOMBRE DEL PACIENTE:** Nos sirve para dirigirnos al paciente con toda propiedad y nos revela aparte del interés que se tiene en el enfermo y nos puede orientar hacia la nacionalidad y raza del mismo.
- **EDAD:** Nos ayuda a determinar el tipo de enfermedades que se presentan a determinadas edades y nos ayudan a orientar la conducta en el trato del paciente y la manera en que nos podemos dirigir a él.
- **SEXO:** Existen determinadas enfermedades que predominan en determinado sexo y el conocer el sexo del paciente nos ayuda para identificarlas y explorarlas.
- **ESTADO CIVIL:** Nos orienta para determinar procesos patológicos y psicológicos con ciertas repercusiones.
- **LUGAR DE ORIGEN Y LUGAR DE RESIDENCIA:** Nos habla de la nacionalidad del paciente y nos pone en alerta de las posibles padecimientos endémicos frecuentes en determinadas zonas.
- **OCUPACIÓN:** Determinados grupos de trabajadores especializados o no están sujetos a irritaciones, presiones y otros factores, como son el automatismo del trabajo, la atención al público, entre otros no conducen a verdaderas psicosis o neurosis en ocasiones colectivas.

b. MOTIVO DE LA CONSULTA:

Es la causa que llevó al paciente a asistir al servicio odontológico. Debe anotarse en forma legible y entre comillas utilizando frases breves sin anotar detalles descriptivos, antecedentes o diagnósticos.

c. HISTORIA DE LA PRESENTE ENFERMEDAD:

Consiste en el análisis concienzudo, tal como su nombre nos indica del inicio y la evolución de estos signos y síntomas principales, anotando todas las características que podamos interrogar sobre el signo o síntoma más importante.

d. HISTORIA BUCODENTAL:⁷

Incluye aspectos relacionados con la salud bucal del paciente. Debe preguntarse por la última visita al odontólogo, tratamientos y experiencias anteriores, presencia de aparatos en boca, educación en salud oral, frecuencia de cepillado y uso de la seda dental, aplicación previa de flúor y sellantes de fosas y fisuras.

Registra hábitos tales como: higiene, respiración bucal, bruxismo, apretamiento, succión digital, queliofagia, lengua protráctil, onicofagia, alcohol, tabaco, empuje lingual, morder lápices, hilos entre otros.

e. ANTECEDENTES PERSONALES:

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES: Se interroga sobre enfermedades sistémicas que haya padecido ó padezca el paciente. Se debe realizar por sistemas anotando el diagnóstico (si lo sabe) y el tratamiento (medicamentos y dosificación). Cabeza, cuello, cardiovascular, renal, endocrino, hepático, nervioso, inmune. También debe preguntarse acerca de procedimientos quirúrgicos, hospitalizaciones, transfusiones, alergias. Si es mujer en edad fértil preguntar siempre si existe embarazo ó lactancia. En pacientes pediátricos interrogar acerca del embarazo, parto, lactancia y vacunas.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS Y SOCIOLÓGICOS:¹ hay que interrogar sobre la alimentación, habitación, animales domésticos, lugar de excretas, agua de ingesta, hábitos higiénicos e inmunizaciones, hábitos como higiene, respiración bucal, bruxismo, succión digital, onicofagia, alcohol, tabaco, morder lápices, etc. Incluye también el estado socioeconómico actual.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Constituye la historia de enfermedades familiares en las que se incluyen entidades con tendencia a ser hereditarias (hemofilia, diabetes, cáncer, alergias, trastornos mentales y nerviosos entre otros), o que tienen la posibilidad de contagio infeccioso (tuberculosis, sida y sífilis, entre otros).

f. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

En el interrogatorio por aparatos y sistemas debemos tener en cuenta la sistematización y el orden en que vamos a interrogar cada uno de los aparatos.

El odontólogo realiza una serie de preguntas al paciente acerca del funcionamiento de los diferentes sistemas del organismo desde la cabeza a los pies. Los diferentes sistemas del organismo se agrupan en: sistema respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario, sistema endocrino y nervioso. El

odontólogo debe registrar los síntomas que describe el paciente y realizar una serie de preguntas, anotando los síntomas tanto presentes como ausentes.³

2. EXPLORACIÓN FÍSICA O CLÍNICA.

La exploración física es el paso que sigue del interrogatorio. Para su realización el operador dispone cuatro métodos clínicos de diagnóstico: inspección, palpación, auscultación y percusión aplicables durante el examen.⁴

Es importante realizar un examen completo y ordenado para obtener mejores resultados. Comprende la observación global y metodológica de las características del paciente (constitucional y dinámico).

El examen físico básico que el odontólogo debe practicar incluye la evaluación de la constitución genética y el hábito corporal del enfermo, la coloración de la piel y mucosas, reconocer las facies, realizar una correcta semiología de la cabeza y el cuello, así como determinar el pulso y la tensión arterial. Estas prácticas constituyen el examen físico básico para el odontólogo.

Constitución: Es el conjunto de características morfológicas, fisiológicas y síquicas, heredadas o adquiridas, que establecen la personalidad de cada individuo y lo distinguen de los demás. El hábito corporal o biotopo es la manifestación morfológica de la persona.

Coloración de la piel y la mucosa: está determinada por los caracteres hereditarios y raciales, los hábitos nutricionales y sociales, y las enfermedades localizadas o generalizadas.

Puede observarse una palidez generalizada en los estados anémicos y en el albinismo; rubicundez, en la poliglobulia; cianosis, en la insuficiencia cardíaca o respiratoria, e Ictericia en las afectaciones hepatobiliares.

El examen de piel y mucosa debe efectuarse con buena iluminación, de preferencia la luz natural.

Facies: se denomina facies a la expresión del rostro. Esto incluye su configuración anatómica, sus rasgos expresivos y coloración. El estudio de la facies brinda importante información en el examen del paciente y, en muchas situaciones patológicas, ofrece una correcta orientación diagnóstica.

Exploración de ganglios linfáticos: se debe evaluar localización, tamaño, consistencia, movilidad, adherencia a planos profundos, unilateralidad o bilateralidad, número y compromiso del grupo ganglionar.

EXAMEN CLÍNICO BUCAL

El examen se sustenta básicamente en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la palpación radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección.

Este procedimiento sencillo y poco invasivo usualmente toma aproximadamente cinco minutos. Su propósito es detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables.

Este examen comienza con la evaluación general del estado de salud bucal: higiene, estado de piezas dentarias, presencia de prótesis, evaluación de tejidos blandos, coloración, halitosis, etc. La exploración debe ser detallada, minuciosa y siguiendo una metodología ordenada avanzando desde los labios hasta las fauces:

1. **Labios:** El revestimiento cutáneo (la piel) se examina en primer lugar y con la boca cerrada. Se deben observar la forma, el tamaño, el color, la textura y las alteraciones (si las tuviera). El borde libre se evalúa por medio de la inspección y la palpación digital (con los dedos pulgar e índice). Se estira la semimucosa y se observan los sectores comisural derecho, centro e izquierdo.

El revestimiento mucoso interno (mucosa) debe ser explorado de la siguiente forma: se evierten ambos labios con los dedos pulgar por dentro e índice por fuera, en forma bimanual. Deben analizarse el color, la textura y la humedad de la mucosa. Se procede al secado de esta utilizando una gasa para evaluar la secreción de las glándulas salivales accesorias.

2. **Mucosa Yugal (carrillos):** Se evalúan los orificios de salida de los conductos de Stensen y la línea alba bucal o interoclusal. Los primeros se ubican a la altura del primer molar superior, tienen aspecto de papila y al comprimir la glándula parótida homolateral se observa la excreción de saliva fluida y clara. La segunda, de color blanco, sobresaliente y de dirección antero posterior, coincide con la línea de la oclusión y es modificada por el trauma masticatorio y el edema yugal.

En la mucosa yugal se palpa el músculo masetero, la arteria facial, la bola de Bichat (situada en el borde anterior del masetero) y el trayecto del conducto Stensen.

3. **Paladar:** Está compuesto por dos partes: el paladar duro y el paladar blando.

Paladar duro: formado por mucosa firme fuertemente adherida al hueso subyacente y paraqueratinizado. Es de color rosado más pálido que el resto. Se delimitan en él dos sectores: anterior y posterior. En el primero, que se examina de forma indirecta con el espejo bucal, se observa la papila interincisiva, rugas palatinas y rafe medio (torus palatino). En el segundo que se evalúa por visión directa se encuentran las fovéolas palatinas.

Paladar blando: mucosa delgada y lisa, de color rosado, no queratinizada. Para su inspección se pide al paciente que pronuncie “ahhh” o se induce al reflejo nauseoso.

4. **Ítmo de las fauces:** situado en el borde inferior del velo del paladar, la base de la lengua y los pilares anteriores. Se debe examinar en cuanto a forma, tamaño, movilidad de la úvula, aspecto y tamaño de las amígdalas.

5. **Piso de la boca:** se observa la mucosa que lo recubre, la cual es fina y deslizante. Las carúnculas sublinguales ubicadas a ambos lados del frenillo. En los pliegues sublinguales son visibles las desembocaduras de los conductos salivales.

La palpación del piso de la boca es endobucal, exobucal y bimanual. Consiste en colocar el dedo índice de una mano dentro de la boca (endobucal) para que recorra y reconozca las distintas estructuras, y la mano contraria (exobucal) haciendo plano submandibular. Deben palparse sistemáticamente la cara interna de la mandíbula, la línea oblicua interna, el torus mandibular, la apófisis geni, las glándulas y los ganglios submaxilares.

6. **Lengua:** se examina en reposo y en movimiento. La evaluación en reposo mediante la inspección directa y en extensión, se realiza sujetando la punta de la lengua con una gasa para observar la cara dorsal, base y bordes.

Se evalúa la movilidad activa solicitando al paciente que realice movimientos linguales hacia afuera, arriba, a los lados y analizando también la punta. En la cara dorsal se hallan las papilas filiformes, fungiformes, foliadas y caliciformes y el agujero ciego ubicado en el vértice de la V lingual.

La amígdala lingual para su observación debe traccionarse la lengua hacia los lados. En la cara dorsal de la lengua se observan las venas raninas, el frenillo y, cerca de la punta de la lengua, las glándulas linguales anteriores.

7. **Encía:** Las encías son un tejido del interior de la boca, que cubre las mandíbulas, protegiendo y ayudando a sujetar los dientes. Las encías son visibles al levantar los labios, la encía sana es de color rosado pálido. Tiene una consistencia dura, firme y no deslizable. Su superficie está queratinizada y puede presentar prominencias en forma de piel de naranja. En ciertas ocasiones puede estar pigmentada con un color marrón. Esta pigmentación depende de unas células que se llaman melanocitos, encargadas de producir el pigmento melanina.
8. **Dientes:** se observará número de dientes, dientes fracturados, desplazados, con cambio de color, movilidad, sensibilidad a la percusión o a cambios de temperatura, continuidad de bases óseas, presencia o no de fracturas o fragmentos de hueso o de dientes tanto de alvéolos como en tejidos blandos.¹⁷

Cariograma

Una vez realizado el examen clínico bucal, se lleva a cabo una revisión diente por diente, en forma visual mediante un espejo intraoral y con ayuda de otros métodos diagnósticos como tinciones especiales y/o transluminación, con el fin de detectar el estado en que ellas se encuentran. Los hallazgos se representan mediante un esquema que presenta todas las caras de los dientes presentes en boca y sobre cada una se señalaran, mediante las diferentes convenciones, las patologías, el estado del diente denominado Odontograma o Cariograma utilizando una nomenclatura o simbología preestablecida.¹⁶

Nomenclatura

Se utilizarán los colores azul y rojo, en donde el **rojo** está indicado para caries colocándolo un punto o rellenando sobre la superficie del diente afectada y el **azul** representa obturaciones (rellenando la superficie que tenga la obturación), extracciones indicadas (se coloca una flecha hacia arriba sobre el diente que se debe extraer) o dientes extraídos (se coloca una X sobre el diente), dientes no erupcionados (línea horizontal sobre el diente sin erupcionar), cavidad preparada (se hace un halo sobre la superficie que está preparada). En el cuadro de estado se colocará: Satisfactorio: Sat; bordes deficientes: Bd; Anatomía deficiente: Ad; Fractura: Fr; Amalgama: A; Inlay Met corona F.1 porcelana: C.F.P; Composita.¹⁶

Índice de placa bacteriana

Hemos incluido el índice de O'Leary para la enseñanza de cepillado y cuantificación de la placa bacteriana. Indica el porcentaje de superficies teñidas (color rosa oscuro, si se emplea eritrosina; rosa y azul, si usa doble tono; o azul si se aplica azul de metileno) sobre el total de superficies dentarias presentes.

Este índice se aplica en el momento inicial y a lo largo del tratamiento para determinar la capacidad de controlar la placa bacteriana, antes y después de la enseñanza de la higiene bucal. Y se obtiene aplicando la siguiente fórmula.

$$\frac{\text{Cantidad de superficies teñidas}}{\text{Total de superficies Presentes}} \times 100 = [\quad] \%$$

Cada diente se considera constituido por cuatro superficies. El registro para determinar el índice de O'Leary se realiza marcando la superficie teñida sobre los diagramas de la ficha dental. Hay tres diagramas, **el primer diagrama** es utilizado para evaluar el cepillado dental del paciente.

El segundo se realiza a mitad del tratamiento y se realiza para saber el progreso en el paciente de la higiene bucal.

El tercer diagrama es utilizado cuando damos el alta del paciente, y su valor de referencia debe ser menor a 20 %. Si es mayor debemos comenzar una terapia de apoyo al cepillado dental.

Periodontograma

Concepto

Es una representación gráfica de los dientes y los niveles de inserción de la encía medidos en milímetros, procedimiento que lleva a cabo el odontólogo mediante una sonda periodontal que está graduada en milímetros. Esta se introduce en el surco gingival o bolsa periodontal y se mide su profundidad. Estas medidas del sondaje se realizan en 6 sitios diferentes por diente: 3 por vestibular (distal, central y mesial) y 3 por lingual o palatino (distal, central y lingual) están medidas se van colocando y coloreando en el PERIODONTOGRAMA para cada uno de los dientes.¹⁶

Sondaje periodontal

El instrumento diagnóstico más utilizado para la valoración clínica de la destrucción del tejido periodontal, es la sonda periodontal.

Técnica de sondaje periodontal: para medir una bolsa periodontal, la sonda debe insertarse suavemente con una presión de 20 a 25 gramos paralela al eje vertical del diente para luego deslizar en circunferencia alrededor de cada superficie del diente para detectar su configuración y las áreas de penetración más profundas.

Para el examen de sondaje periodontal deben considerarse entre otros los siguientes factores:

- ❖ Salud gingival: cuando la encía está inflamada, la sonda frecuentemente pasa a través del epitelio de unión y penetra en el tejido conectivo subyacente exagerando de esta manera la profundidad del saco/bolsa. En tejido sano, el epitelio de unión usualmente resiste esta penetración.
- ❖ Fuerza aplicada: la fuerza del sondaje es una de las principales variables que afectan la extensión de la penetración de las sondas. Se recomienda una fuerza de sondaje de 20 a 25 gramos.
- ❖ Angulación: excepto para las caras distales de la última pieza dentaria, dientes localizados en áreas desdentadas, la profundidad de la bolsa interproximal es medida desde la línea del ángulo vestibular - palatino y vestibular-lingual, de modo que una mayor o menor angulación puede determinar diferente profundidad de la bolsa/saco periodontal.

NOMENCLATURA DEL PERIODONTOGRAMA.

Los colores a utilizar son: rojo, negro, azul, naranja y verde.

Rojo:

1. Dibujar el margen gingival
2. Remarcar áreas de inflamación gingival.
3. Marcar los puntos sangrantes.
4. Borde defectuoso de las restauraciones.
5. Dibujar círculo que indican fístulas.
6. Endodoncia (se pinta de acuerdo al estado radiográfico)
7. Furcas (se dibuja un círculo de la furca afectada)
8. Lesión periapical.
9. Caries.

Negro:

1. Marcar las bolsas periodontales.
2. Colorear dientes ausentes.
3. Dibujar la posición del diente incluido sin colorearlo.
4. Impactación de alimentos (flechas en dirección al margen ↓ ↓)
5. Diastemas (dos líneas verticales paralelas ||)
6. Desgaste dental por atrición, abrasión, bruxismo.
7. Fractura dental.

Azul:

1. Colorear restauraciones de amalgama.
2. Colorear la corona de dientes con prótesis fija.
3. Flecha que indica la migración, rotación y extrusión de un diente.
4. Prótesis parcial removible dibujando el gancho sobre el diente pilar
5. Implante.

Naranja:

1. Colorear dientes y pónicos de una prótesis provisional.
2. Flecha que indica exudado (la dirección de la flecha es hacia oclusal o incisal)
3. Colorear restauraciones de resina.

Verde:

1. Dibujar línea mucogingival.
- Prótesis total se escribirá en las casillas de menciones (color verde).

3. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Una vez realizada la anamnesis y luego el examen físico o general y el examen clínico bucal, se aplican los exámenes complementarios que son los exámenes especiales que ayudan al clínico a comprobar o descartar un diagnóstico. Se dividen en:

Exámenes de laboratorio generales: la citología o biometría hemática, el examen general de orina, la química sanguínea que incluye la urea, creatinina y glucosa sanguínea y el examen coproparasitoscópico.

Exámenes de laboratorio especiales: las pruebas de diferentes órganos, como las pruebas funcionales renales, los electrolitos séricos, pruebas de función tiroidea y de función hepática, pruebas de función pulmonar pruebas de innovación.⁴ Entre otros tenemos: radiografías, tomografía computarizada, resonancia magnética, ecografía, electrocardiograma, espirometría, exploración quirúrgica, punción biopsia, etc.

El examen complementario con mayor uso en odontología es el examen radiográfico.

Examen radiográfico:¹⁰ el principal objetivo del examen radiográfico es identificar la presencia o ausencia de enfermedad. En la práctica odontológica esto implica la necesidad de elegir métodos que aporten la máxima información posible con la menor dosis de irradiación para el paciente. Una vez identificada una imagen radiográfica determinada, esta debe describirse de acuerdo a un orden establecido. Si observamos ordenadamente los detalles que confluyen en la imagen patológica, tendremos menos probabilidades de pasar por alto otros hallazgos.

Método de interpretación de radiografías retro alveolares individuales con técnica del paralelismo o de la bisectriz. Secuencia de observación radiográfica.

1. **Identificación y posición de la pieza dentaria.** Se realiza teniendo en cuenta la nomenclatura universal manejada que consta de dos dígitos. El primero identifica el diente respecto del cuadrante que ocupa. El segundo lo identifica de manera individual. Según la posición se debe tener en cuenta cualquier alteración de la misma con respecto al plano de oclusión como extrusiones, intrusiones, inclusiones, retenciones, inclinaciones del eje axial hacia mesial, distal o en sentido vestibulolingual o palatino, migraciones dentarias teniendo en cuenta la dirección de las mismas y finalmente rotaciones.

2. **Reborde óseo marginal.** Evaluación del nivel óseo del diente al tomar como punto de referencia las cuñas adamantinas proximales. Esta distancia no debe superar 1.5 mm. Con este parámetro se busca valorar el soporte óseo dental, verificar la ausencia de reabsorciones o su presencia. Se debe tener en cuenta el grado de reabsorción que puede ser incipiente, leve, moderada, avanzada o total, la dirección de la reabsorción, si es vertical u horizontal, la relación existente entre la corona y la raíz; en esta relación la raíz corresponderá únicamente a la zona donde se observa soporte óseo. Por último, la presencia y localización de cálculo o tártaro dental.

3. **Corona.** La evaluación se realiza desde proximal hacia el interior, comenzando por las bandas adamantinas, verificando su integridad en cuanto a la forma y densidad. Este paso es fundamental para valorar caries que pueden ser incipientes, dentinarias, penetrantes, residuales o recurrentes, fracturas coronarias, atriciones, abrasiones, anomalías de estructura y forma, adaptación de obturaciones, restauraciones coronarias individuales o como soporte de prótesis.

4. **Cavidad Pulpar.** Cámara y conducto radicular; tamaño, forma y contenido de la cámara pulpar; verificar si hay retracción de los cuernos pulpares, calcificación parcial o total, presencia de pulpólitos, signos de reabsorción interna o externa. En cuanto al conducto, evaluar el calibre, la dirección y el número. Si existen tratamientos endodónticos verificar la obturación de los conductos verificando si es total o parcial, residuos de material cementante, instrumentos fracturados y su ubicación, presencia de núcleos intrarradiculares, falsas vías con o sin perforación y reabsorciones internas o externas.

5. **Raíz.** Número, tamaño, forma y densidad. Evaluación de reabsorciones externas y su localización, curvaturas, dilaceraciones, hipercementosis y fracturas en donde es preciso señalar la localización y dirección.

6. **Espacio del ligamento periodontal.** Calibre y continuidad. Alteraciones en presencia de lesiones apicales, periodontales y centrales. Ausencia del espacio periodontal o anquilosis.

7. **Cortical alveolar.** Evaluar el calibre y continuidad de la misma.

8. **Hueso periradicular.** Evaluar la densidad, extensión de los espacios trabeculares e identificar correctamente las estructuras anatómicas vecinas para no confundirlas con procesos patológicos, como son las cavidades y conductos, que brindan imágenes radiolúcidas.

9. **Estructuras anatómicas vecinas.** Verificar su ubicación y evaluar la presencia de alteraciones en la densidad y/o límites.

Método de interpretación radiográfica en radiografías coronales, interproximales o de aleta de mordida.

La secuencia de observación radiográfica es la misma, según el orden de los cuadrantes, con la única diferencia de que este juego de radiografías no incluye la zona de incisivos ni de caninos.

1. **Identificación y posición de la pieza dentaria.** Se siguen los mismos parámetros de observación ya descritos.

2. **Reborde óseo marginal.** El análisis se hace siempre y cuando la pieza dentaria presente un soporte óseo en altura dentro de los límites de la proyección radiográfica; esto significa que sólo se podrán valorar reabsorciones incipientes y leves o moderadas. Cuando la proyección se realiza teniendo en cuenta el eje vertical de la película radiográfica, se podrán evaluar reabsorciones avanzadas.

3. **Corona.** Se tienen en cuenta los parámetros ya expresados.

4. **Cavidad pulpar.** Se valora sólo la cámara pulpar.

4. DIAGNÓSTICO

La palabra diagnóstico deriva de dos voces griegas: *dià* que quiere decir a través y *grocein*, conocer. Es pues el diagnóstico, el conocimiento o identificación de una enfermedad a través de sus signos y síntomas, diferenciándola de cualquier otra con la que pudiera tener analogías o semejanzas.⁵

Medios que nos valemos para el diagnóstico.

- a. La investigación completa y detallada de los signos y síntomas, su identificación y reconocimiento. Esto se logra a través del llenado de la historia clínica: anamnesis, examen físico y clínico bucal y de los exámenes complementarios.
- b. La interpretación de toda la información obtenida. No es suficiente reunir datos solamente, sino interpretarlos darles una explicación. Esta interpretación diagnóstica es el periodo más difícil y responsable del diagnóstico. Para ello se requiere de conocimiento, interés, intuición, curiosidad, paciencia y sentido común.

Redacción del diagnóstico

Una vez analizados e interpretados los datos obtenidos en la historia clínica a traves de la anamnesis, examen físico y de los exámenes complementarios, se procederá a la emisión del diagnóstico, redactándolo en la hoja de diagnóstico del expediente clínico de forma breve y clara.

Debe incluir los datos generales del paciente, continuando con un resumen del estado sistémico, clasificación ASA, y terminando con el o los diagnósticos orales iniciando con el relacionado con la molestia principal y seguida por los problemas secundarios.

Tipos de diagnósticos

- **Diagnostico presuntivo.** Es aquel que el profesional considera posible basándose en los datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico.
- **Diagnostico de certeza.** Es el diagnostico confirmado a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios.
- **Diagnóstico diferencial:** Es el conjunto de enfermedades que pueden ocasionar un síndrome, descartándose una a una según la hipótesis planteada y las exploraciones complementarias, hasta encontrar la enfermedad que ocasiona los síntomas del paciente.¹⁶

5. PRONÓSTICO

La palabra pronóstico, se deriva del griego *pro* antes; *gnocsein* conocer. Pronóstico es una predicción sobre el progreso, curso y término de una enfermedad.

Establecer un pronóstico es una de las funciones más importantes de la práctica clínica. Es un juicio sobre la futura evolución de una lesión, basado en varios factores:

- Diagnóstico de la enfermedad: la etiología, naturaleza, grado de evolución de la enfermedad, determinan su pronóstico.
- Respuesta del huésped: la edad. El vigor, salud, constitución, resistencia inmunitaria del paciente, influyen directamente en el pronóstico.
- Cooperación del paciente: es decisiva para el pronóstico ya que la evolución de muchas enfermedades depende directamente de este factor.
- Medio: existen enfermedades que son influidas por el medio en que el paciente se desenvuelve.
- Experiencia del clínico: el profesional debe tener los conocimientos, habilidades y la experiencia necesarios para tratar la enfermedad, lo cual repercute directamente del pronóstico de la misma.

Tipos de pronóstico

Pronóstico favorable:

Un pronóstico es favorable cuando es posible eliminar totalmente la enfermedad y su causa, devolviendo su salud y función del órgano afectado.

Pronóstico reservado:

Cuando la devolución de la salud depende de factores que no sabemos si podremos controlar o porque el avance de la lesión es muy grande.

Pronóstico desfavorable:

Cuando no es posible eliminar la enfermedad, ni restablecer la función.

Redacción del pronóstico

El pronóstico se redacta de forma breve especificando el tipo de pronóstico y justificándolo.

6. PLAN DE TRATAMIENTO:

Es un programa organizado de todos los procedimientos o medidas terapéuticas recomendados para restablecer y mantener la salud oral.

Un buen plan de tratamiento incluye además, medidas preventivas con el fin de limitar la recurrencia o progresión del proceso patológico y va encaminado tanto a las causas de la enfermedad como a los síntomas del enfermo. Por ello abarca tres grandes aspectos:

- a. Eliminación de factores etiológicos.
- b. Corrección de defectos creados por la enfermedad.
- c. Establecimiento de medidas preventivas para evitar que la enfermedad recidive.

El plan de tratamiento depende de factores como: edad del paciente, estado de salud general y factores de riesgo, naturaleza y extensión de la enfermedad diagnosticada, el pronóstico individual de los dientes y en general del estado de salud oral, las expectativas del paciente, el factor económico (que rige las alternativas del tratamiento).

Todo plan de tratamiento incluye cinco fases o etapas:

- 1- **Fase de emergencia:** en esta fase se incluyen todas las medidas terapéuticas que van en función de aliviar el dolor provocado por una urgencia.
- 2- **Fase sistémica:** al aplicar esta fase debemos considerar el estado sistémico del paciente y su influencia en el tratamiento odontológico que se desea efectuar. Por lo tanto, incluye las medidas preventivas que se deben tomar tanto para el paciente como para el odontólogo, sin olvidar hacer las interconsultas médicas requeridas.
- 3- **Fase higiénica:** corresponde a esta fase, la aplicación de todas las medidas terapéuticas necesarias para controlar y eliminar los factores causales de la enfermedad. A esto se le denomina ambientación de la cavidad oral.
- 4- **Fase restaurativa o correctiva:** esta fase abarca aquellas medidas que van encaminadas a restablecer la salud oral y la recuperación de la función, es decir, el tratamiento de las secuelas de la enfermedad.
- 5- **Fase de mantenimiento:** el objetivo de esta fase es la prevención de la repetición de la enfermedad. De nada sirve un tratamiento odontológico completo y de calidad sino recibe mantenimiento. Nosotros no podemos garantizar los resultados de un tratamiento si el paciente no regresa a chequeos periódicos con el fin de evaluar la respuesta de los tejidos a la terapia y el mantenimiento de la higiene oral.⁵

DISEÑO METODOLÒGICO

Tipo de Estudio: Retrospectivo, Descriptivo

Área de estudio: Clínica Multidisciplinaria de la Facultad de Odontología del Segundo Piso-Área de Archivo, Campus Médico.

Población: Historias Clínicas de Endodoncia, Prótesis Parcial Fija y Operatoria Dental de los pacientes atendidos por los alumnos de IV año durante el año 2007.

Unidad de Estudio: Historias Clínicas de pacientes atendidos en el área Endodoncia, Prótesis Parcial Fija y Operatoria Dental de año 2007.

Recolección de datos:

Para obtener la información se solicitaron todos los expedientes de los pacientes ingresados por los alumnos de 4to año del 2007 en donde se seleccionaron los Expedientes de Operatoria Dental (169 expedientes), Endodoncia (147) y Prótesis Parcial Fija (80). Se revisaron cada uno de los expedientes y partes de la misma en donde se anotaba en la ficha de recolección de datos elaborada por nosotros anotando el número de expediente y las clínicas donde fueron ingresados los pacientes dándole valor de bueno y malo con respecto a la operacionalización de variables luego realizamos la sumatoria para obtener los resultados en cada una de las clínicas luego por medio de una regla de tres se fue sacando cada uno de los porcentajes de los resultados obtenidos.

Se valoró por cada Clínica los siguientes acápite de las historias:

PROTESIS PARCIAL FIJA	ENDODONCIA	OPERATORIA DENTAL
❖ Anamnesis	✓ Anamnesis	➤ Anamnesis
❖ Examen Clínico	✓ Examen Clínico	➤ Examen Clínico
❖ Cariograma	✓ Examen Radiográfico	➤ Cariograma
❖ Periodontograma	✓ Diagnóstico	➤ Control de placa
❖ Control de placa	✓ Pronóstico	➤ Examen Radiográfico
❖ Examen Radiográfico	✓ Plan de Tratamiento	➤ Diagnostico y pronóstico
❖ Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento		➤ Plan de Tratamiento

Operacionalización de Variables:

<u>Variable</u>	<u>Concepto</u>	<u>Indicador</u>	<u>Valor</u>
<u>Anamnesis</u>	Es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente. Es una parte de la historia clínica en la que por medio de una serie de preguntas y respuesta, se obtiene información sobre diversos aspectos del padecimiento de un paciente.	<p>1. Datos Generales Completos: nombre, edad, sexo, ocupación, dirección, teléfono, número de cédula, tipo de sangre, número de seguro.</p> <p>2. Motivo de la consulta: debe estar la queja principal del paciente.</p> <p>3. Historia de la enfermedad actual: debe estar escrito en el siguiente orden: inicio, evolución y estado actual de la enfermedad</p> <p>4. Historia Bucodental: Registra hábitos tales como: higiene, respiración bucal, bruxismo, apretamiento, succión digital, queliofagia, lengua protráctil, onicofagia, alcohol, tabaco, empuje lingual, morder lápices, hilos entre otros.</p> <p>5. Antecedentes Personales:</p> <p>a. hereditarios y familiares</p> <p>b. personales no patológicos</p> <p>c. personales patológicos</p> <p>6. Revisión de órganos y sistemas, debe estar indicado de que padece el paciente así como el inicio, evolución y tratamiento recibido y el estado actual.</p>	<p>Bueno: Cuando hay Tres o más acápites llenados correctamente.</p> <p>Malo: cuando hay menos de tres.</p>
<u>Examen Clínico Bucal</u>	Es el procedimiento que realiza el odontólogo al examinar cada una de las partes de la cavidad oral con el objetivo de determinar la presencia o no de alguna patología.	<p>Debe llenar todas las características del estado bucal del paciente si está sano debe describirse un poco como se observa; si hay patología debe estar escrito: tamaño, color, forma, textura, localización, etc. Debe realizarse en el siguiente orden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Labios 2. Carrillos 3. Paladar duro y blando 4. Itsmo de las fauces. 5. Piso de la boca 6. Lengua 7. Encía 8. Dientes 	<p>Bueno: cuando en tres o más acápites se describe el estado bucal del paciente</p> <p>Malo: cuando hay menos de tres.</p>
<u>Periodontograma</u>	Es una representación gráfica de los dientes y los niveles de inserción de la encía medidos en milímetros, procedimiento que lleva a cabo el odontólogo mediante una sonda periodontal que está graduada en milímetros esta se introduce en el	<p>Rojos:</p> <p>Dibujar el margen gingival</p> <p>Remarcar áreas de inflamación gingival.</p> <p>Marcar los puntos sangrantes.</p> <p>Borde defectuoso de las restauraciones.</p> <p>Dibujar círculo que indican fistulas.</p>	<p>Bueno: cuando esta completo y con la simbología correcta</p> <p>Malo: cuando está incompleta o la simbología está mal</p>

	<p>surco gingival o bolsa periodontal y se mide su profundidad. Estas medidas del sondaje se realizan en 6 sitios diferentes por diente: 3 por vestibular (distal, central y mesial) y 3 por lingual o palatino (distal, central y lingual) están medidas se van colocando y coloreando en el PERIODONTOGRAMA para cada uno de los dientes</p>	<p>Endodoncia (se pinta de acuerdo al estado radiográfico) Furcas (se dibuja un círculo de la furca afectada) Lesión periapical. Caries.</p> <p>Negro: Marcar las bolsas periodontales. Colorear dientes ausentes. Dibujar la posición del diente incluido sin colorearlo. Impactación de alimentos (flechas en dirección al margen) Diastemas (dos líneas verticales paralelas) Desgaste dental por atrición, abrasión, bruxismo. Fractura dental.</p> <p>Azul: Colorear restauraciones de amalgama. Colorear la corona de dientes con prótesis fija. Flecha que indica la migración, rotación y extrusión de un diente. Prótesis parcial removible dibujando el gancho sobre el diente pilar Implante.</p> <p>Naranja: Colorear dientes y pónicos de una prótesis provisional. Flecha que indica exudado (la dirección de la flecha es hacia oclusal o incisal) Colorear restauraciones de resina.</p> <p>Verde: Dibujar línea mucogingival. Prótesis total se escribirá en las casillas de menciones (color verde).</p>	<p>aplicada.</p>
<p><u>Control de placa</u></p>	<p>Ficha que se utiliza para conocer el estado de higiene oral del paciente, es decir nos determina la cantidad de placa bacteriana que el paciente presenta.</p>	<p>Este índice se aplica en el momento inicial y a lo largo del tratamiento para determinar la capacidad de controlar la placa bacteriana, antes y después de la enseñanza de la higiene bucal.</p>	<p>Bueno: cuando hay dos o tres controles Malo: cuando solo hay un control</p>
<p><u>Cariograma</u></p>	<p>Representación gráfica mediante un esquema que presenta todas las caras de los dientes presentes en boca y sobre cada una se señalan, mediante las diferentes convenciones, las patologías, el estado del diente, etc</p>	<p>Rojo: caries Azul: diente no eruptado, diente ausente, obturación terminada, dientes extraídos o con extracción indicada, etc.</p>	<p>Bueno: cuando la simbología está correcta Malo: cuando está mal aplicada la simbología</p>

<u>Examen radiográfico</u>	Es una técnica o procedimiento realizada por el odontólogo con ayuda de una placa radiográfica y un equipo de rayos X que posteriormente es examinada e interpretada por el clínico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación y posición de la pieza dentaria. 2. Reborde óseo marginal 3. Corona. 4. Cavidad pulpar 5. Raíz. Número, tamaño, forma y densidad 6. Espacio del ligamento periodontal. Calibre y continuidad 7. Cortical alveolar 8. Hueso peri radicular 9. Estructuras anatómicas vecinas 	<p>Bueno: cuando está completa la interpretación</p> <p>Malo: cuando no se ha interpretado nada de la radiografía</p>
<u>Diagnóstico</u>	El conocimiento o identificación de una enfermedad a través de sus signos y síntomas, diferenciándola de cualquier otra con la que pudiera tener analogías o semejanzas.	La redacción debe ser breve y clara. Debe incluir los datos generales del paciente, continuando con un resumen del estado sistémico, clasificación ASA, y terminando con el o los diagnósticos orales iniciando con el relacionado con la molestia principal y seguida por los problemas secundarios.	<p>Bueno: cuando está bien redactado con todos los datos.</p> <p>Malo Cuando no está completo</p>
<u>Pronóstico</u>	Predicción sobre el progreso, curso y término de una enfermedad.	Se redacta de forma breve especificando el tipo de pronóstico y justificándolo.	<p>Bueno: cuando se especifica pronóstico</p> <p>Malo Cuando no está escrito el pronóstico</p>
<u>Plan de tratamiento</u>	Es un programa organizado de todos los procedimientos o medidas terapéuticas recomendados para restablecer y mantener la salud oral.	<ol style="list-style-type: none"> 1- <u>Fase de emergencia:</u> en esta fase se incluyen todas las medidas terapéuticas que van en función de aliviar el dolor provocado por una urgencia. 2- <u>Fase sistémica:</u> Incluye las medidas preventivas que se deben tomar tanto para el paciente como para el odontólogo, sin olvidar hacer las interconsultas médicas requeridas. 3- <u>Fase higiénica:</u> corresponde a esta fase, la aplicación de todas las medidas terapéuticas necesarias para controlar y eliminar los factores causales de la enfermedad. 4- <u>Fase restaurativa o correctiva:</u> esta fase abarca 	<p>Bueno: cuando está completa todas las fases</p> <p>Malo: cuando está incompleta.</p>

		<p>aquellas medidas que van encaminadas a restablecer la salud oral y la recuperación de la función, es decir, el tratamiento de las secuelas de la enfermedad.</p> <p>5- Fase de mantenimiento: el objetivo de esta fase es la prevención de la repetición de la enfermedad. Por lo tanto se especificará el tiempo entre cada cita con el fin de evaluar la respuesta de los tejidos a la terapia y el mantenimiento de la higiene oral.</p>	
--	--	---	--

RESULTADOS

Al revisar 80 Historia Clínicas de Prótesis Parcial Fija se observó que la Anamnesis en la mayoría presentaba un buen llenado de sus ítems (86%); en cuanto al Examen Clínico solo el 56% de las Historias presentaban un buen llenado contra un 44% que no presentó buen llenado. La mayoría del porcentaje de las Historias Clínicas revisadas presentaban un mal llenado en lo acápites del Cariograma (65%), Control de placa y Periodontograma (92%); Diagnóstico y Pronóstico (51%), Plan de Tratamiento (57%) y la totalidad de las Historias Clínicas presentó un mal llenado en cuanto al Examen Radiográfico (100%). (Tabla 1.-).

Tabla 1. Calidad del llenado de la historia clínica de Prótesis Parcial Fija por parte de los estudiantes del 4^{to} año de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León) en el periodo Febrero a Noviembre del 2007. (n=80)

Variable	n	%
ANAMNESIS		
Bueno	69	86
Malo	11	14
Total	80	100
EXAMEN CLÍNICO		
Bueno	45	56
Malo	35	44
Total	80	100
CARIOGRAMA		
Bueno	28	35
Malo	52	65
Total	80	100
CONTROL DE PLACA		
Bueno	6	8
Malo	74	92
Total	80	100
PERIODONTOGRAMA		
Bueno	6	8
Malo	74	92
Total	80	100
EXAMEN RADIOGRÁFICO		
Bueno	0	0
Malo	80	100
TOTAL	80	100
DIAGNÒSTICO Y PRONÓSTICO		
Bueno	39	49
Malo	41	51
Total	80	100
PLAN DE TRATAMIENTO		
Bueno	34	43
Malo	46	57
Total	80	100

Al revisar 147 Historias Clínicas de Endodoncia, el 91% presentaba buen llenado en los ítems de Anamnesis, un 69% del total presentó buen llenado en los ítems del Examen Clínico. En el Examen Radiográfico el 65% presentaba un buen llenado y en cuanto al Diagnóstico, Pronóstico (76%) y Plan de Tratamiento (71%) estaban bien llenados. (Tabla 2.-).

Tabla 2. Calidad del llenado de la historia clínica de Endodoncia por parte de los estudiantes del 4^{to} año de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León) en el periodo Febrero a Noviembre del 2007. (n=147)

Variable	n	%
ANAMNESIS		
Bueno	134	91
Malo	13	9
Total	147	100
EXAMEN CLÍNICO		
Bueno	102	69
Malo	45	31
Total	147	100
EXAMEN RADIOGRÁFICO		
Bueno	96	65
Malo	51	35
Total	147	100
DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO		
Bueno	111	76
Malo	36	24
Total	147	100
PLAN DE TRATAMIENTO		
Bueno	105	71
Malo	42	29
Total	147	100

De 169 Historias Clínicas de Operatoria Dental, la mayoría poseían buen llenado en cuanto a la Anamnesis (93%); al revisar los ítems del Examen Clínico y Cariograma la mayoría 67% estaban bien llenados pero a la vez los ítems del Control de Placa (80%) y Examen Radiográfico (94%) en su mayoría estaban mal llenados. Sólo el 70% del total de las historias clínicas revisadas presentaban buen llenado en cuanto a Plan de Tratamiento, Diagnóstico y Pronóstico. (Tabla 3.-).

Tabla 3. Calidad del llenado de la historia clínica de Operatoria Dental por parte de los estudiantes del 4^{to} año de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León) en el periodo Febrero a Noviembre del 2007. (n=169)

Variables	n	%
ANAMNESIS		
Bueno	158	93
Malo	11	7
Total	169	100
EXAMEN CLÍNICO		
Bueno	113	67
Malo	56	33
Total	169	100
CARIOGRAMA		
Bueno	113	67
Malo	56	33
Total	169	100
CONTROL DE PLACA		
Bueno	33	20
Malo	136	80
Total	169	100
EXAMEN RADIOGRÁFICO		
Bueno	10	6
Malo	159	94
Total	169	100
DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO		
Bueno	119	70
Malo	50	30
Total	169	100
PLAN DE TRATAMIENTO		
Bueno	119	70
Malo	50	30
Total	169	100

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En los datos obtenidos se encontró que las historias clínicas de Operatoria Dental, Prótesis Fija y Endodoncia, la Anamnesis ha sido llenada correctamente porque reúne la mayoría de los requisitos, siendo esta una de las partes más importantes ya que a través de ella se inicia una relación odontólogo-paciente, además nos brinda una serie de información sobre diversos aspectos de padecimientos del paciente. Es por eso que es de suma importancia un buen interrogatorio ya que a través de él podemos asociar algunas enfermedades y nuestro diagnóstico será más certero y podremos dar una atención adecuada a nuestro paciente.

El paso que sigue después de la Anamnesis, es el Examen Clínico del paciente, encontramos que la mayoría realiza un buen llenado del examen clínico, esto te permite al igual que el interrogatorio detectar la presencia o ausencia de cualquier patología y al final obtener un buen diagnóstico en base a los signos del paciente.

En base a la simbología del Cariograma podemos apreciar que en la clínica de Operatoria Dental es en la única que hay una correcta simbolización ya que es el instrumento principal de trabajo para esta clínica. En cambio se observó que la ficha de Control de Placa estaba mal llenada en las dos clínicas que se tomo en cuenta (PPF y Operatoria Dental) ya que en algunos expedientes no los llenaron y en otros solo se realizó una vez. Hay que tener en cuenta que este control debe ser exigido la realización a los pacientes ya que nos brindará el estado de higiene oral al inicio del tratamiento y el progreso que ha tenido el paciente después de haber brindado la educación en salud, esto se medirá a la mitad del tratamiento y al finalizar, ya que esto repercutirá en el trabajo a realizarle al paciente.

Con respecto al Periodontograma se tomó en cuenta en Prótesis Parcial Fija existiendo una deficiencia en la utilización adecuada de los símbolos ya que en algunos no estaba completo, en otros era incorrecto el uso de los colores, es muy preocupante ya que a través de este nos damos cuenta del estado de salud periodontal, porque a como se ha enseñado, en un periodonto enfermo no es posible realizar ningún trabajo sin antes devolver la salud al periodonto.

Al revisar el Examen Radiográfico se encontró que en la Clínica de Endodoncia es en la única en la que se realiza descripción de las radiografías ya que es un requisito para poder realizar el tratamiento al paciente. Se tiene que tomar en cuenta la realización de este examen en todas las demás clínicas ya que su objetivo principal es identificar la presencia o ausencia de alguna patología para establecer un diagnóstico. Dado que no existe una hoja donde se escriba la interpretación de la radiografía en las historias clínicas de Prótesis Parcial Fija y Operatoria Dental es posible que esa sea una de las causas del porque no exista en la historia clínica la interpretación radiográfica a como la hay en la historia clínica de Endodoncia.

En el Diagnóstico y Pronóstico de Endodoncia y Operatoria Dental hay un llenado correcto, redactándolos de manera breve y clara, esto es de mucha importancia ya que al realizar un buen Diagnóstico y Pronóstico se nos facilita la elaboración de un buen Plan de Tratamiento. Del mismo modo el Plan de Tratamiento fue bien llenado en las clínicas de Endodoncia y Operatoria Dental ya que en estas clínicas este es un requisito para empezar a realizar el trabajo en el paciente.

Es indispensable realizar un correcto llenado de la Historia Clínica ya que es un instrumento que nos brinda la información necesaria del paciente sin que esté presente, nos orienta al diagnóstico y a la terapéutica ya que en ella queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y

así llegar a conclusiones válidas. Es un instrumento que además tiene una implicación médico-legal en donde se hace constar que se realizó un trabajo con el consentimiento del paciente, en donde él sabe su diagnóstico y los posibles tratamientos a realizar.

Consideramos que la Historia Clínica debe ser única, por lo tanto no se debe de excluir ningún acápite de esta ya en las clínicas estudiadas se seleccionaron los acápites que cada área pide por ejemplo en endodoncia no se pide llenar control de placa ni cariograma mucho menos periodontograma cuando son puntos o pilares bases para un diagnóstico los cuales no deben de omitirse ya que son parte de la historia clínica porque hay que recordar que este es un documento médico-legal en el que tiene que estar explícito todo lo que el paciente presenta en la cavidad oral, consideramos que el colectivo de las áreas clínicas estudiadas tienen que tomar en cuenta esto y darles la debida importancia a la historia clínica en donde deba estar llenada completa y correctamente y no dejar pasar por alto ni un punto ya que esta es la base del éxito del tratamiento.

CONCLUSIONES

1. En general existe conocimiento y buena redacción en el llenado de la Anamnesis y Examen Clínico de las Historias Clínicas.
2. En el examen clínico de Endodoncia, Operatoria Dental y Prótesis Fija, de los datos obtenidos encontramos un buen llenado, pero para el examen radiográfico únicamente está bien llenado en Endodoncia.
3. En la simbología del Periodontograma revisado en la Clínica de Prótesis Parcial Fija se encontró que estaba mal llenado.
4. En las fichas de Control de Placa tomadas en cuenta en las clínicas de Prótesis Parcial Fija y Operatoria Dental obtuvimos como resultado que estaban mal llenadas.
5. En la revisión del Cariograma en las clínicas de Prótesis Fija y Operatoria Dental se encontró como resultado que la única clínica que estaba bien llenada fue en Operatoria Dental.
6. En Prótesis Fija no hubo buen llenado del Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento tal como lo hay en las Historias Clínicas de Operatoria Dental y Endodoncia que son fundamentales para iniciar el trabajo al paciente

RECOMENDACIONES

1. Realizar el llenado completo de las Historias Clínicas en todos los componentes.
2. Implementar estrategias para la evaluación continua de las Historias Clínicas de cada paciente para que sea llenado correctamente.
3. Anexar a la Historia Clínica una hoja destinada al examen radiográfico tal como se hace en el área de Endodoncia.
4. Concientizar a los estudiantes de la importancia que tiene la Historia Clínica ya que es un documento que:
 - Planifica el tratamiento requerido del paciente.
 - Respalda el trabajo realizado (requisitos).
 - En cualquier problema o demanda la historia clínica es un documento legal en donde el paciente está consciente de su diagnóstico y posible tratamiento a realizar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica
- 2- <http://www.sdpt.net/hcd.htm> historia clínica dental curso virtual Od. Marcelo Alberto Iruretagoyena Salud Dental Para Todos. Buenos Aires. Argentina. Revisado el: 23 de March de 2008.
- 3- <http://ciam.uco.mx/salud/descargas/La%20Historia%20Clinica/La%20Historia%20Clinica.doc>
- 4- Semiología en la práctica odontológica. Giglio-Nicolosi. McGraw-Hill interamericana 2000
- 5- Semiología médica y técnica exploratoria. Antonio Surós 8va. Edición Masson
- 6- Fundamentos de la Odontología. Periodoncia Mariano Sanz, David Herrera. Facultad de Odontología. Pontificia Universidad Javeriana. Año 2000. Cap. 6 y 7
- 7- <http://docencia.udea.edu.co/odontologia/HistoriaClinica/anamnesis.html>
- 8- IWAKI FILHO, Liogi, DAMANTE, José Humberto, CONSOLARO, Alberto et al. Tumefações do soalho bucal relacionadas às glândulas sublinguais em pacientes edêntulos ou parcialmente edêntulos: estudo microscópico. J. Appl. Oral Sci. [online]. 2006, vol. 14, no. 42008-02-15], pp. 264-269. ISSN 1678-7757. doi: 10.1590/S1678-77572006000400010
http://es.wikipedia.org/wiki/Gl%C3%A1ndula_salival
- 9- http://bvs.sld.cu/revistas/abr/v39_2_00/abr09200.htm
http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_cardiac_sp/vital.cfm
- 10- <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO3/sistematizacion.htm>
- 11- Estructura del cuerpo humano Sobotta. Posel P. y Schulte, E. Ed. Marbán (2000). ISBN 84-7101-294-4
http://es.wikipedia.org/wiki/Articulaci%C3%B3n_temporomandibular
- 12- Exploración Neurológica en Odontología <http://www.uv.es/medicina-oral/Docencia/ampliacion/exploracion%20en%20neurologia.pdf>
- 13- Sakud Integral Programa de Medicina. http://ut.edu.co/fcs/1002/cursos/si_1/general/signos.html
- 14- UNIVERSITY OF VIRGINIA. Enfermedades cardiovasculares. Signos Vitales.
http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_cardiac_sp/vital.cfm
- 15- <http://lincolnmaylleantaurco.blogspot.com/2006/07/valor-mdico-legal-de-la-historia.html>
- 16- Manual de Odontología Básica Integrada. Dr. Mauricio Moya, Mercedes Pinzón y Darío Forero. Zamora editores tomo I. Imp. En Colombia.
- 17- <http://html.rincondelvago.com/legislacion-de-la-historia-clinica-en-america-latina.html> Legislación de la historia clínica en América Latina Salud. Sanidad. Archivo médico del paciente. Expediente clínico.

ANEXOS

