

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN – León

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE:



CIRUJANO DENTISTA

Evaluación del Registro de Historia Clínica de Cirugía Oral realizada por los alumnos de V año de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, Julio-Noviembre del año 2010.

Bachiller:

**Valeria Nazaret Cerda Montes
Sonia Benita Paguaga Martínez.**

Tutora:

Dra. Yadira Antonia Granados

Tutor Metodológico:

Dr. Humberto Altamirano.

Julio 2012.



DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

A Dios, Padre, dador de vida y fuente de inspiración.

A Dios Padre por su infinita bondad y amor.

A mi Madre, Alejandra Montes que sin ella no sería la mujer que soy, que con su tenacidad y empeño por salir adelante me ha inculcado buenas enseñanzas en la vida y por darme una visión sobre la filosofía del trabajo. Gracias por tu amor incondicional Madre, te quiero.

A mi hijo Nasyar Alejandro que fue una luz en mi camino. Te amo.

A mi hermano Bismarck y hermana Dayana que cada uno desde un punto de vista diferente me han guiado en la vida. Los quiero.

A mi mamita, tíos y demás familiares por su apoyo incondicional.

A Dra. Granados y Dr. Altamirano, por su interés en la investigación y en la ciencia, por su disposición y buena voluntad que con sabiduría y experiencia han sabido encausar mis inquietudes.

A todos mis amigos: Maying, Lester, Erika, Cristhian, Ronnier, David por su cariño, apoyo y consejos.

A todos gracias.

Valeria Cerda Montes

A Dios nuestro creador que me dio la sabiduría y la fuerza para seguir adelante.

A mis Padres Yamileth Martínez y Marvin Paguaga que con sus esfuerzos me ayudaron a prepararme y culminar mis estudios.

A mis Abuelos Miriam Herrera y Enrique Martínez (q.e.p.d.), que aunque no está conmigo lo llevaré siempre en mi corazón.

A mi esposo Lenin y a mis hijos Anthony y Andrey que han sido mi fortaleza aún en la distancia, siendo mi inspiración para salir adelante.

A toda mi Familia que de uno u otra manera me ayudaron.

A mis maestros, en especial a Dra. Yadira Granados.

A mis amigos en especial a la Dra. Elealva Pérez.

A todos gracias.

Sonia Paguaga Martínez

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS	3
MARCO TEORICO.....	4
DISEÑO METODOLOGICO.....	25
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	26
INFORME DE RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	31
CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES	34
BIBLIOGRAFIA.....	35
ANEXOS.	

INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica es un instrumento médico – legal de gran interés para el personal del área de la salud. Su importancia radica en el simple hecho que es una herramienta útil en el centro donde se labora, ya que en ella se plasma información suministrada por el paciente, de mucha importancia y provecho para el clínico.

Es un material que puede ser utilizado en el orden judicial tanto para el reconocimiento forense como en arbitrajes penales. La historia clínica, de acuerdo con las normas generales de las ciencias de la salud, es el primer contacto médico-paciente donde se inicia la base de la relación entre ambos. Es el resultado del trabajo médico en el paciente, el cual tendrá un análisis o síntesis que será conocido como diagnóstico y tratamiento.

Por eso es de interés para el clínico realizar un adecuado llenado de la historia clínica, donde quede plasmada toda la información requerida del paciente, para poder realizar un tratamiento conveniente sin posibles complicaciones.

En la Universidad percibimos que existe la problemática del llenado de la historia clínica, ya que puede resultar para muchos un procedimiento tedioso, ya sea porque algunos estudiantes no manejan el significado de ciertas patologías o por el afán de cumplir con sus requisitos en tiempo y forma no hacen hincapié en el llenado fidedigno de la misma. El no llenar correctamente esta historia podría traer complicaciones en la valoración del paciente para su correcto diagnóstico y plan de tratamiento. El presente trabajo es realizado con el objetivo de enfatizar la situación que se presenta en el componente de Cirugía Oral, en el llenado de la Historia Clínica de Quirófano, así como por la necesidad de obtener datos y resultados que aporten información adecuada en dicha área y de esta manera

mejorar la atención en las clínicas de cirugía de la Facultad de Odontología UNAN- León.

Al realizar este trabajo monográfico nos dimos a la tarea de investigar la existencia de trabajos precedentes al nuestro, encontrando solamente un trabajo donde se evaluó el llenado de las Historias Clínicas de pacientes atendidos en las clínicas de: Prótesis Fija, Endodoncia y Operatoria Dental, siendo un trabajo un poco similar al nuestro, con la diferencia que nuestra investigación va dirigida a la clínica de Cirugía Oral. Cabe aclarar que son Historias Clínicas diferentes pero de gran importancia que merecen ser estudiadas.

En la actualidad el llenado de la historia clínica es un medio importante para el clínico, pues sirve de apoyo para el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico, es por eso que el estudiante debe hacer énfasis en el llenado de la misma.

Objetivos

Objetivo General:

- ✚ Evaluar el correcto registro de Historia Clínica de Cirugía Oral realizado por los alumnos de V año de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, Julio a Noviembre del año 2010.

Objetivos Específicos:

- ✚ Analizar el registro completo de la Anamnesis en la Historia Clínica de Cirugía Oral.
- ✚ Examinar los datos recogidos en la Exploración física y Estudios de gabinete de la Historia Clínica de Cirugía Oral
- ✚ Conocer el llenado completo del acápite “ Datos de la cirugía” de la Historia Clínica de Cirugía Oral.

MARCO TEÓRICO

Concepto de Historia Clínica:

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 paciente y sirven como base para el conocimiento de la enfermedad actual.

Una historia clínica completa le permite al odontólogo, además, conocer las posibilidades y las limitaciones de determinada práctica odontológica, tomar precauciones especiales con ciertos enfermos o efectuar una oportuna interconsulta con el médico tratante.¹

La historia clínica está compuesta por partes fundamentales como son: la anamnesis, el examen físico o clínico, examen clínico bucal, exámenes complementarios, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.²

Objetivos de la Historia

1. Asistencial: Trata de conseguir una correcta elaboración del diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento
2. Docente: La información recogida en la historia clínica proporciona muchos datos utilizables en este ámbito.
3. Investigador: Íntimamente relacionado con el apartado anterior al correlacionar los datos registrados.
4. Sanitario o epidemiológico
5. Administrativo y económico.³

Características de una buena Historia Clínica

- 1- Completa: La historia clínica debe de contener la información relevante sobre los antecedentes del paciente, exámenes complementarios, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento que requiere el profesional para conocer y atender a un paciente.
- 2- Coherente: Se debe entender que cada anotación es un elemento integrante de un todo, pues obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite y aporte elementos importantes a las siguientes.
- 3- Sustentada: Soportada en estudios científicos: No quiere decirse con ello que cada anotación debe acompañarse de un artículo científico que la soporte; sin embargo hay algunas circunstancias en que ello sí debe ser así.
- 4- No dejar espacios en blanco.
- 5- 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. Dentro de la historia debe estar siempre la constancia clara de que se cuenta con el consentimiento informado y la autorización expresa del paciente.
- 6- 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.
- 7- Legible: Este requisito que a ojos de un observador desprevenido pudiera parecer obvio, es, en el caso de las Historias Clínicas, imposible de pasar

por alto. Si algún defecto comparten la inmensa mayoría de estos documentos ese es el de la dificultad que implica su lectura. La letra que usan los médicos 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. 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.

Es deber de médicos 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 Clínica.⁴

Componentes de una historia clínica

I - Anamnesis:

- Datos generales del paciente: Nombre, edad, género, etnia, lugar y fecha de nacimiento, escolaridad, religión, estado civil, dirección, ocupación, teléfono, número de cédula, remitido por, motivo de consulta.
- Antecedentes patológicos hereditarios (padecimientos de familiares en línea directa).madre: abuela materna, abuelo materno, padre: abuelo paterno, abuela paterna.
- Antecedentes personales no patológicos: grupo sanguíneo, factor Rh, inmunizaciones (infancia y adultos), adicciones: tabaco alcohol, drogas ilícitas. régimen alimenticios, condiciones habitacionales
- Antecedentes personales patológicos: enfermedades propias de la infancia, antecedentes traumáticos, antecedentes quirúrgicos,

antecedentes alérgicos (antibióticos, anestésicos, analgésicos, alimentos), transfusiones, radioterapia, quimioterapia, experiencia previa con la anestesia.

- Interrogatorio por aparatos y sistemas: aparato digestivo, aparato respiratorio, aparato cardiovascular, aparato genitourinario, sistema endocrino, enfermedades hematológicas(trastornos de la hemostasia), sistema neurológico, sistema musculo-esquelético, sistema inmunológico, aparato tegumentario. Clasificación ASA.
- Signos vitales: frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura.

II- Exploración Física: peso, talla, constitución física. Cabeza (cráneo y cara) piel, músculos, cuello.

Exploración del aparato estomatognático.

III- Estudios de gabinete:

- Estudio radiográfico.
- Biometría Hemática Completa
- Química sanguínea

IV- Datos de la Cirugía Oral:

- Diagnóstico
- Pronóstico
- Plan de tratamiento
- Indicaciones post-operatorias
- Receta₂

Los datos obtenidos en la Historia Clínica

I. Anamnesis

a) Datos generales:

En los datos generales debemos plasmar la información básica del paciente. Estos datos son brindados por él mismo o por los padres si se trata de un niño y aquí es el comienzo de la relación con el paciente.

b) Antecedentes patológicos hereditarios:

Estos se basan en las enfermedades hereditarias pertenecientes a sus familiares más cercanos a como son madre, padre, abuelo materno, abuela materna, abuelo paterno, abuela paterna.

c) Antecedentes personales no patológicos:

Debemos constatar el grupo sanguíneo y el factor RH del paciente, en el posible caso del que el paciente no lo refiere se remite la elaboración de examen grupo sanguíneo y factor RH.

Inmunizaciones de la infancia y la edad adulta:

Se debe de preguntar si cuenta con el esquema completo.

Adicciones:

Se debe de preguntar si el paciente consume tabaco, alcohol u otras drogas ilícitas en caso de respuesta afirmativa se deben indagar la cantidad y la frecuencia del consumo de los mismos.

Régimen alimenticio:

Se debe de preguntar el tipo de alimentación que tiene el paciente, así constatar el ritmo y el hábito alimenticio.

Condiciones habitacionales:

Se debe preguntar si cuenta con los servicios básicos para valorar el nivel socio cultural del paciente.

d) Antecedentes Personales Patológicos:

Este debe recoger todos los problemas activos, o inactivos relacionados o no con la patología actual, en ocasiones es importante tener constancia del tipo de afecciones durante el embarazo de la madre, situaciones que nos pueden informar sobre determinadas dolencias. Es conveniente repasar las enfermedades infantiles tanto exantemáticas como posibles antecedentes de raquitismo y sífilis, entre otros.

e) Interrogatorio por aparatos y sistemas:

Aparato Digestivo:

Es el conjunto de órganos (boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso) encargados del proceso de la digestión, es decir, la transformación de los alimentos para que puedan ser absorbidos y utilizados por las células del organismo.

Los principales síntomas relacionados con las alteraciones del aparato digestivo son las siguientes:

Disfagia, náuseas, vómitos, diarrea crónica, pirosis, hematemesis, ictericia.

El paciente puede referir haber padecido o padecer de alguna de las siguientes patologías, de ser así, se debe plasmar el estado actual y el tratamiento prescrito:

- Gastritis

- Cirrosis
- Colitis¹

Aparato Respiratorio:

Es el encargado de captar oxígeno y eliminar el dióxido de carbono procedente del metabolismo celular.

Los principales síntomas relacionados con las alteraciones del aparato respiratorio son:

Obstrucción nasal, tos, rinorrea, expectoración, disnea, cianosis, epistaxis y hemoptisis.

El paciente puede referir haber padecido o padecer de alguna de las siguientes patologías, de ser así, se debe plasmar el estado actual y el tratamiento prescrito:

- Gripe y resfriado común
- Inflamación de una o varias amígdalas linfáticas
- Sinusitis
- Asma
- Bronquitis
- Enfisema
- Tuberculosis
- Faringitis^{1,5}

Aparato cardiovascular:

El corazón y el aparato circulatorio componen el aparato cardiovascular. El corazón actúa como una bomba que impulsa la sangre hacia los órganos, tejidos y células del organismo. La sangre suministra oxígeno y nutrientes a cada célula y recoge el dióxido de carbono y las sustancias de desecho producidas por esas células. La sangre es transportada desde el corazón al resto del cuerpo por medio

de una red compleja de arterias, arteriolas y capilares y regresa al corazón por las vénulas y venas.

Los principales síntomas relacionados con las alteraciones del aparato cardiovascular son: Dolor precordial, fosfenos, lipotimia, acúfenos, disnea, cefalea y mareos.

El paciente puede referir haber padecido o padecer de alguna de las siguientes patologías, de ser así, se debe plasmar el estado actual y el tratamiento prescrito:

- Hipertensión
- Hipotensión
- Angina de pecho
- Infarto del miocardio
- Taquiarritmia
- Bradiarritmia
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Fiebre reumática
- Cardiopatías congénitas ^{1,6}

Aparato genitourinario:

El aparato urinario está constituido por el conjunto de órganos cuya función es la de secretar, almacenar y excretar la orina. Los órganos encargados de la secreción urinaria son los riñones. La orina una vez producida, es conducida por el aparato excretor, constituido por los cálices renales, la pelvis renal y los uréteres, hasta la vejiga urinaria, donde es almacenada hasta su evacuación al exterior a través de la uretra.

Los principales síntomas relacionados con las alteraciones del aparato genitourinario son: Incontinencia urinaria, dolor lumbar, disuria, hematuria, edema, nicturia y poliuria.

El paciente puede referir haber padecido o padecer de alguna de las siguientes patologías, de ser así, se debe plasmar el estado actual y el tratamiento prescrito:

- Infección
- Insuficiencia renal
- Síndrome nefrótico¹²

Sistema endocrino:

Consiste en la transmisión de un mensaje biológico para una sustancia química (hormona o precursores químicos) sintetizado in vivo por el sistema neuroendocrino diseminado o difuso y que actúa sobre el receptor específico.

Los principales síntomas relacionados con las alteraciones del sistema endocrino son:

Poliúria, polidipsia, polifagia, exoftalmos, hipertensión, nerviosismo, temblores, insomnio, pérdida o aumento de peso, intolerancia al frío o al calor

El paciente puede referir haber padecido o padecer de alguna de las siguientes patologías, de ser así, se debe plasmar el estado actual y el tratamiento prescrito:

- Hipo/hiperparatiroidismo
- Hipo/hipertiroidismo
- Insuficiencia adrenal
- Diabetes¹

Enfermedades hematológicas o trastornos de la hemostasia

Las enfermedades hematológicas conforman un grupo de trastornos que, dependiendo de la célula sanguínea afectada, pueden predisponer al individuo al desarrollo de infecciones, hemorragias, problemas de reparación o mala oxigenación o inclusive a desenlaces fatales.

Los principales síntomas relacionados con las enfermedades hematológicas o trastornos de la hemostasia son:

Epistaxis, hematuria, hematemesis, petequias, equimosis, adenopatías, sangrado espontáneo nasal o gingival, requerir transfusiones sanguíneas después de procedimientos quirúrgicos sencillos.

El paciente puede referir haber padecido o padecer de alguna de las siguientes patologías, de ser así, se debe plasmar el estado actual y el tratamiento prescrito:

- Anemia
- Policitemia
- Trastornos leucocitarios
- Leucemia
- Trastornos Vasculares
- Trastornos Plaquetarios
- Coagulopatías secundarias
- Hemofilia ^{5,7,10}

Sistema neurológico

El sistema nervioso es el gobernante y coordinador de todas las funciones, conscientes e inconscientes del organismo. Se conforma de un sistema cerebroespinal (encéfalo y medula espinal), los nervios y el sistema vegetativo o autónomo.

Los principales síntomas relacionados con las alteraciones del sistema neurológico son: convulsiones, cefaleas, lipotimia, parestesia, vértigo, temblor, ansiedad, irritabilidad y aprensión.

El paciente puede referir haber padecido o padecer de alguna de las siguientes patologías, de ser así, se debe plasmar el estado actual y el tratamiento prescrito:

- Parkinson
- Epilepsia
- Alzheimer
- Neurosis
- Depresión
- Farmacodependencia
- Parálisis
- Neuralgias¹

Sistema músculo esquelético

Está formado por la unión de huesos, de articulaciones y músculos constituyendo en conjunto el elemento de sostén, protección y movimiento del cuerpo humano con características anatómicas adaptadas a funciones que desempeñan.

Los principales síntomas relacionados con las alteraciones del sistema músculo esquelético son:

Deformidad articular, dolor articular, limitación de movimiento.

El paciente puede referir haber padecido o padecer de alguna de las siguientes patologías, de ser así, se debe plasmar el estado actual y el tratamiento prescrito:

- Artrosis
- Artritis
- Neuropatías
- Miopatías¹

Sistema inmunológico:

El sistema inmunológico es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones, como las bacterias y los virus. A través de una reacción bien organizada, su cuerpo ataca y destruye los organismos infecciosos que lo invaden.

Los principales síntomas relacionados con las alteraciones del sistema inmunológico son:

Adenopatías y edemas

El paciente puede referir haber padecido o padecer de alguna de las siguientes patologías, de ser así, se debe plasmar el estado actual y el tratamiento prescrito:

- Alergias
- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico
- Pénfigo
- Liquen plano
- Eritema multiforme
- Estomatitis aftosas recurrente
- VIH SIDA¹¹

Aparato tegumentario:

El sistema tegumentario está formado por la piel y los anexos o faneras. La piel es el órgano mayor extensión en el cuerpo y consiste en una envoltura resistente y flexible, cuyo epitelio de revestimiento se continúa con los del sistema respiratorio, digestivo y genitourinario.

Los principales síntomas relacionados con las alteraciones del aparato tegumentario son:

Cambio de color en piel, erupciones, prurito, hiperhidrosis, pérdida de pelo o vello, cutis seco.

El paciente puede referir haber padecido o padecer de alguna de las siguientes patologías, de ser así, se debe plasmar el estado actual y el tratamiento prescrito:

- Afecciones de piel
- Afecciones de pelo
- Afecciones de glándulas cutáneas.¹

Clasificación ASA

Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente:

ASA I: Paciente saludable

ASA II: Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante.

ASA III: Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante.

ASA IV: Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante.

ASA V: Se trata del enfermo terminal o moribundo.⁷

f) Signos vitales

Frecuencia cardíaca

La frecuencia cardíaca es el número de contracciones del corazón o pulsaciones por unidad de tiempo. Su medida se realiza en unas condiciones determinadas (reposo o actividad) y se expresa en latidos por minutos (lpm). La medida del pulso se puede efectuar en distintos puntos, siendo los más habituales la muñeca, en el cuello (sobre la arteria carótida) o en el pecho. Con independencia de la técnica de medida, el procedimiento que se recomienda seguir, para evitar errores en la medida y para que los valores obtenidos sean comparables, es el siguiente:

1. Medir la FC en condiciones de reposo, en un local a temperatura ambiente (20-24 °C) y en posición sentada.

2. Realizar la medida de la FC mediante palpación física 1 minuto antes de realizar la medida de la presión sanguínea.
3. Repetir dos veces la medición y calcular el valor promedio.

La frecuencia cardíaca en reposo depende de la genética, el estado físico, el estado psicológico, las condiciones ambientales, la postura, la edad y el sexo. Un adulto sano en reposo tiene generalmente el pulso en el rango 60-100. Durante el ejercicio físico, el rango puede subir a 150-200. Durante el sueño y para un atleta joven en reposo, el pulso bien puede estar en el rango 40-60.

Frecuencia respiratoria

La frecuencia respiratoria es el número de respiraciones que efectúa un ser vivo en un lapso específico (suele expresarse en respiraciones por minuto).

Frecuencia respiratoria normal por edad

- Recién nacidos: alrededor de 29-45 respiraciones por minuto
- Niño: 20–40 respiraciones por minuto
- Pre Adolescente: 20–30 respiraciones por minuto
- Adolescente: 16–25 respiraciones por minuto
- Adulto: 12–20 respiraciones por minuto
- Adultos a ejercicios moderados: 35–45 respiraciones por minuto
- Atletas: 50-60 respiraciones por minuto.

Tensión arterial

La presión arterial (PA) o tensión arterial (TA) es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar. Es un tipo de presión sanguínea.⁴

Temperatura

La temperatura corporal normal de los seres humanos varía entre los 36.5-37.5 °C. En general se habla de:

- Hipotermia, cuando la temperatura corporal es inferior a los 36 °C.
- Febrícula, cuando la temperatura es de 37.1-37.9 °C.
- Hipertermia o fiebre, cuando la temperatura es igual o superior a 38 °C.⁹

II- Exploración física

El examen físico comprende la observación global y metódica de las características del paciente (constitucionales y dinámicas).

Para su realización el operador dispone de técnicas o métodos clínicos de diagnóstico o métodos auxiliares o complementarios.

Métodos clínicos directos: Incluye técnicas de exploración física con el recurso de métodos auxiliares que son: inspección, palpación, auscultación y percusión.

*Inspección consiste en los datos que aporta la observación directa del paciente, comienza cuando se presenta el enfermo. Decimos que la inspección es estática si el examen se realiza con el paciente en determinada posición y es dinámica si se le estudia en movimiento.

*Palpación es la técnica de reconocimiento en que se emplea las manos, puede ser unimanual o bimanual. Permite distinguir diferencias de temperatura y tensión, localización, tamaño, sensibilidad o dolor de un sector del cuerpo o de un órgano.

*Auscultación se basa en la audición como método de exploración. Puede realizarse en forma directa, con el solo recurso del oído humano o indirecta cuando se utiliza el estetoscopio.

*Percusión consiste en la ejecución de pequeños golpes realizados con el dedo medio o índice o con el mango de un espejo bucal en caso que realicemos la percusión en los dientes.¹

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.

Constitución: es el conjunto de características morfológicas, fisiológicas y psíquicas heredadas o adquiridas que establecen la personalidad de cada individuo y lo distingue de los demás. El hábito corporal o biotipo 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.

Facies: se denomina facies a la expresión del rostro. Esto incluye su configuración anatómica, sus rasgos expresivos y coloración. El estudio de las 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

Este examen comienza con la evaluación general del estado de salud bucal: higiene, estado de piezas dentales, presencia de prótesis, evaluación de tejidos

blandos, coloración, halitosis etc. La exploración debe ser detallada y minuciosa y siguiendo una metodología ordenada avanzando desde los labios hasta las fauces.

Labios: se examina en primer lugar y con la boca cerrada se debe observar la forma, tamaño, el color, la textura y las alteraciones (si las tuviera).

Mucosa yugal (carrillos): aquí se palpa el músculo masetero, la arteria facial, la bola de Bichat y el trayecto del conducto de Stenon.

Paladar duro: se debe evaluar el color, la forma, textura, se examina las rugas palatinas, el rafe medio y si hay presencia de torus palatino.

Paladar blando: se debe evaluar la mucosa, color, forma, textura.

Istmo de las fauces: se debe examinar en cuanto a forma, tamaño, movilidad de la úvula, aspecto y tamaño de las amígdalas.

Piso de la boca: se observa la mucosa que lo cubre, 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

Lengua: Se observa cara dorsal, ventral, los bordes y el tamaño. Se examina en reposo y en movimiento. En la cara dorsal se hallan las papilas filiformes, fungiformes y calciformes y el agujero ciego ubicado en el vértice de la V lingual.

Encía: se observa sus características a saber que la encía sana es de color rosado pálido, de 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.

Dientes: se observa número de dientes, dientes fracturados, desplazados, con cambio de coloración, movilidad, sensibilidad a la percusión o a cambios de temperatura.

Padecimiento actual: se describe la lesión elemental, número de lesiones, forma, tamaño, color, superficie, base, consistencia, sintomatología, etiología, evolución, tratamiento recibido y cuadrante de ubicación.¹⁰

III-Estudios de gabinete

-Examen radiográfico: el principal objetivo del examen radiográfico es identificar la presencia o ausencia de enfermedad o corroborar un diagnóstico. 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 los detalles que confluyen en la imagen patológica, tendremos menos probabilidades de pasar por alto otros hallazgos.

-Exámenes complementarios

Estos exámenes se realizan una vez completada la anamnesis, examen físico y examen clínico bucal, son exámenes especiales que ayudan a comprobar o descartar un diagnóstico.

Exámenes de laboratorio generales: Biometría hemática completa, examen general de orina, química sanguínea que incluye urea, creatinina y glucosa sanguínea.¹

IV. Datos de la cirugía

Diagnóstico

La palabra diagnóstico deriva de dos voces griegas: *diá* 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.¹⁰

Medios de 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 través 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 diagnóstico

- a. Diagnóstico presuntivo. Es aquel que el profesional considera posible basándose en los datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico.
- b. Diagnóstico de certeza. Es el diagnóstico confirmado a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios.

- c. 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.¹¹

Pronóstico

La palabra pronóstico, se deriva del griego *pro* antes; *gnocerein* 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:

- i. Diagnóstico de la enfermedad: la etiología, naturaleza, grado de evolución de la enfermedad, determinan su pronóstico.
- ii. Respuesta del huésped: la edad, el vigor, salud, constitución, resistencia inmunitaria del paciente, influyen directamente en el pronóstico.
- iii. Cooperación del paciente: es decisiva para el pronóstico ya que la evolución de muchas enfermedades depende directamente de este factor.
- iv. Medio: existen enfermedades que son influidas por el medio en que el paciente se desenvuelve.
- v. Experiencia del clínico: el profesional deber 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 la 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.

Plan de Tratamiento:

Es un programa organizado de 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:

- I. Eliminación de factores etiológicos.
- II. Corrección de defectos creados por la enfermedad.
- III. 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).

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo, de corte Transversal.

Área de estudio: Área de archivo de la Facultad de Odontología. Complejo Docente de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de la Ciudad de León.

Período de estudio: Julio a Noviembre del 2010.

Universo: 175 Historias clínica de pacientes atendidos en la clínica de cirugía oral de Julio-Noviembre del 2010.

Criterios de inclusión:

Expedientes de cirugías orales menores realizadas por alumnos de V año en el período comprendido de Julio a Noviembre del 2010

Recolección de datos: Se realizó una carta al Dr. Alonso pidiendo la autorización de revisión de expedientes en el área de archivo para obtener la información, luego se solicitaron todos los expedientes de los pacientes atendidos en cirugía oral por los alumnos de V año del 2010 de Julio a Noviembre.

Se revisaron los expedientes con el método aleatorio en los que se encontraron 175 expedientes dentro de los criterios de inclusión, donde anotamos todos los resultados obtenidos de la historia y se colocaron en la ficha de recolección de datos.

Una vez recolectada la información y procesados los datos se hizo uso del programa **SPSS versión 18**, a través de una base de datos para analizar la información presentándose los resultados en tablas haciéndose el cálculo en porcentaje para dar respuesta a los objetivos planteados.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Valor
Anamnesis	Es la información sugerida de la entrevista clínica proporcionada por el paciente.	A través de la revisión de los expedientes clínicos I Datos Generales	Historia clínica Completo Historia clínica
Exploración Física	El examen físico comprende la observación global y metódica de las características del paciente.	A través de la revisión de los expedientes clínicos II Exploración del aparato estomatognatico	Historia clínica Completo Historia clínica Incompleta
Estudios de Gabinete	Son los exámenes especiales que ayudan al clínico a comprobar o descartar un diagnóstico.	A través de la revisión de los expedientes clínicos III Exámenes complementarios	Completo Incompleto
Datos de la Cirugía Oral	Es la información de la cirugía propiamente dicha, detallándose minuciosamente el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento	A través de la revisión de los expedientes clínicos IV Diagnóstico Pronóstico Plan de tratamiento	Historia clínica Completo Historia clínica Incompleto

INFORME DE RESULTADOS

Tabla # 1

Porcentaje de datos completos e incompletos en la Anamnesis de la Historia Clínica de Cirugía Oral

Anamnesis	Historias Clínicas	Porcentaje
Completo	66	37 %
Incompleto	109	63 %
Total	175	100

Fuente: Primaria.

Se observa que el mayor porcentaje de datos está incompleto con 109 expedientes que corresponden al (63 %) y en menor porcentaje los completos con 66 expedientes que corresponde al (37%)

Tabla # 2

Porcentaje de datos completos e incompletos en la Exploración Física de la Historia Clínica de Cirugía Oral

EXPLORACION FISICA	Historias Clínicas	Porcentaje
Completo	53	30 %
Incompleto	122	70 %
Total	175	100

Fuente: Primaria

Se observa que el mayor porcentaje de datos está incompleto con 122 expedientes que corresponden al (70 %) y en menor porcentaje los completos con 53 expedientes que corresponde al (30 %)

Tabla # 3

Porcentaje de datos completos e incompletos en Estudios de Gabinete de la Historia Clínica de Cirugía Oral

ESTUDIO DE GABINETE	Historias Clínicas	Porcentaje
Completo	77	44%
Incompleto	98	56%
Total	175	100

Fuente: Primaria

Se observa que el mayor porcentaje de datos está incompleto con 98 expedientes que corresponden al (56 %) y en menor porcentaje los completos con 77 expedientes que corresponde al (44 %)

Tabla # 4

Porcentaje de datos completos e incompletos en Datos de la Cirugía de la Historia Clínica de Cirugía Oral

DATOS DE LA CIRUGIA	Historias Clínicas	Porcentaje
Completo	85	48 %
Incompleto	90	52 %
Total	175	100

Fuente: Primaria

Se observa que el mayor porcentaje de datos está incompleto con 90 expedientes que corresponden al (52 %) y en menor porcentaje los completos con 85 expedientes que corresponde al (48 %)

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La Anamnesis es una parte de la historia determinante ya que a través de ella se debe de iniciar la confianza con el paciente, es decir la relación médico paciente, en esta parte inicial de la historia clínica, dicho paciente proporciona una serie de información que ayuda a dar un diagnóstico acertado. Cada alumno debe de emplear su ingenio y habilidades para lograr que el paciente brinde sin temor datos fidedignos. Se considera que siendo la primera parte de la historia clínica a llenar se espera que estén los datos completos en la mayoría de las historias pero no fue así. Probablemente el alumno no estableció el tiempo necesario para lograr completar los datos o simplemente no consideró importante el registrar completamente los datos. Cabe mencionar que la mayoría de los alumnos tienen mala ortografía, caligrafía y mala redacción.

Exploración física, segunda parte de la historia clínica, acá el alumno debe de desarrollar sus habilidades odontológicas para lograr una exploración física completa del paciente, en este punto se cuestiona si el alumno no tiene dichas habilidades o simplemente no quiso escribir. Se debe mencionar que en la facultad no existe cubículos disponibles para examinar al paciente cuando se está llenando el expediente clínico, por lo general el alumno inspecciona al paciente fuera de las clínicas a la vista de todos. Este factor puede coadyuvar a que esta parte de la historia clínica quede sin llenarse completamente.

Estudios de Gabinete, tercera parte de la historia clínica, estos exámenes deben estar presentes en todos los expedientes porque se debe de saber cuál es el estado sistémico del paciente antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico, así como tomar radiografías previas al tratamiento a realizar. A veces el estudiante adjunta en la carpeta los estudios de gabinete, pero se pierden o posiblemente se los regresa al paciente, es por eso que deben de anotarse en la historia clínica los resultados de dichos exámenes.

Datos de la Cirugía, cuarta parte de la historia clínica, en los expedientes clínicos el diagnóstico y el pronóstico se observa completo, siendo herramientas necesarias para realizar un adecuado tratamiento. En el plan de tratamiento, fundamental para poder realizar un procedimiento exitoso, se nota que lo que está incompleto es la explicación de la técnica quirúrgica, no hay firma del paciente, ni del doctor a cargo del caso, siendo esto muy importante ya que la historia clínica es un documento médico legal y el paciente debe de firmar el expediente

afirmando que está de acuerdo con los datos proporcionados por él mismo y que está autorizando el tratamiento que le realizarán.

Estos resultados indican que el alumno no realizó el registro completo de la historia clínica, existe la probabilidad que el alumno no esté capacitado o no tiene el interés por llenar de forma completa y adecuadamente la misma. Pero, ¿Por qué esta falta de interés? Probablemente no se ha concientizado al alumno acerca de lo que representa la Historia Clínica de Quirófano y no se le exige al estudiante que entregue la historia sin espacios en blanco. También puede incidir el hecho que no hay asignado un espacio o cubículo para que el alumno registre la historia, además se puede agregar la presión que ejerce cumplir con los requisitos de promoción de la asignatura y de los otros requisitos del semestre, en tiempo y forma, por esta razón el alumno puede que llene la historia clínica a la ligera, no pensando en que esto puede conllevar consecuencias graves.

CONCLUSIONES

1. La anamnesis de la Historia clínica de Cirugía Oral no fue llenada de forma completa.
2. Hay mala redacción.
3. Mala ortografía
4. Expedientes con letra poco legible.
5. Dejaban espacios en blanco.
6. Los datos recogidos en exploración física y estudios de gabinete de la Historia Clínica de Cirugía Oral, no están completos.
7. Los datos recogidos en el acápite “ Datos de la Cirugía” de la Historia Clínica de Cirugía Oral están incompletos.

RECOMENDACIONES

1. Que los tutores revisen minuciosamente las Historias Clínicas de cada paciente antes que autoricen la realización de la cirugía.
2. Exigir al estudiante un buen y correcto llenado de la historia clínica para poder proceder a la misma y así evitarse en un futuro problemas legales.
3. Describir paso a paso el estudio radiográfico para tener un mejor control a la hora de hacer la cirugía.
4. Concientizar a los estudiantes de la importancia del correcto llenado de la Historia clínica.
5. No debe ser llenada a la ligera por cumplir un requisito.
6. Siempre debe de llevar la firma del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Máximo J. Gglio, Liliana N. Nicolosi. Semiología en la práctica de la Odontología. Editorial Interamericana. Capitulo 1. 2000
2. es.wikipedia.org/wiki/Historia_clínica
3. Dr. Lincoln MaylleAntaurco (2006) Valor médico legal de la Historia. Obtenido el 17 de julio.
<http://lincolnmaylleantaurco.blogspot.com/2006/07/valor-mdico-legal-de-la-historia.html>.
4. <http://es.wikipedia.org>
5. Madrid. (2009) Enfermedades vasculares. Obtenido 18 agosto 2010.
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/infarto-miocardio>
6. Madrid. (2009). Leucemia. Obtenido 11 de marzo del 2010.
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/leucemia>
7. Cosme Gay Escoda, Leonardo BeriniAytés. Tratado de Cirugía Bucal. Volumen 2. Editorial Océano. 2006
8. Carolina Botella Dorta. (2011). Determinación de la temperatura corporal. Obtenido el 16 de septiembre. <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/determinacion-temperatura-corporal/>
9. Antonio Surós. Semiología Médica y Técnica exploratoria. Editorial Masson. 8va. Edición.
10. Dr. Mauricio Moya, Mercedes Pinzón y Darío Forero. Manual de Odontología Básica Integrada. Zamora editores tomo I. Imp. En Colombia.
11. María Rúa Limia (2009). Aparato Genitourinario. Obtenido el 26 de enero.
<http://rinconanatomico.blogspot.com/2009/01/aparato-genitourinario.html>

Anexos

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

UNAN-León

Ficha de Recolección de Datos.

Estimación del Registro de Historia Clínica de Cirugía Oral
realizada por los alumnos de V año de la Facultad de Odontología de la
UNAN-León Julio-Noviembre del año 2010.

Número de Expediente clínico: _____

Fecha de realizada la Cirugía: _____

Anamnesis		Exploración Física		Estudios de Gabinete		Datos de la cirugía	
C	I	C	I	C	I	C	I

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

Tabla # 1

Porcentaje de datos completos e incompletos en la Anamnesis de la Historia Clínica de Cirugía Oral

Anamnesis	Historias Clínicas	Porcentaje %
Completo		
Incompleto		
Total		

Fuente: Primaria.

Tabla # 2

Porcentaje de datos completos e incompletos en la Exploración Física de la Historia Clínica de Cirugía Oral

EXPLORACION FISICA	Historias Clínicas	Porcentaje %
Completo		
Incompleto		
Total		

Fuente: Primaria

Tabla # 3

Porcentaje de datos completos e incompletos en la Estudio de Gabinete de la Historia Clínica de Cirugía Oral

ESTUDIO DE GABINETE	Historias Clínicas	Porcentaje %
Completo		
Incompleto		
Total		

Fuente: Primaria

Tabla # 4

Porcentaje de datos completos e incompletos en Datos de la Cirugía de la Historia Clínica de Cirugía Oral

DATOS DE LA CIRUGIA	Historias Clínicas	Porcentaje %
Completo		
Incompleto		
Total		

Fuente: Primaria